



Oslo

Kommunerevisjonen

Rapport 16/2025

# Oppfølging av fastlegetjenesten

Bydel Grünerløkka  
Bydel Nordre Aker

2025

Integritet og verdiskaping

## Forord

Denne rapporten er et resultat av forvaltningsrevisjonen *Oppfølging av fastlegetjenesten*. Rapporten omfatter også en enkel kartlegging av kommunens overordnede arbeid med å sikre tilstrekkelig fastlegekapasitet.

Revisjonen er forankret i kontrollutvalgets vedtak av 21. januar 2025 (sak 6) og tilhører området bærekraftig kommune, jamfør bystyrets vedtak om *Plan for forvaltningsrevisjon og eierskapskontroll 2024–2028* av 19. juni 2024 (sak 173).

Forvaltningsrevisjon er en lovpålagt oppgave for Oslo kommune. Forvaltningsrevisjon er definert slik i kommuneloven § 23-3:

*Forvaltningsrevisjon innebærer å gjennomføre systematiske vurderinger av økonomi, produktivitet, regeletterlevelse, måloppnåelse og virkninger ut fra kommunestyrets eller fylkestingets vedtak.*

Forvaltningsrevisjon i Oslo kommune gjennomføres i henhold til gjeldende standard for forvaltningsrevisjon i kommuner og fylkeskommuner i Norge (RSK 001).

Prosjektet er gjennomført av Solveig B.C. Stølan og Thea Westad Schjødt, med sistnevnte som prosjektleder.

Vi vil takke Byrådsavdeling for helse, Helsetaten, Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker for nødvendig bistand i løpet av prosjektet. Vi vil videre takke Pasient- og brukerombudet for gode innspill til undersøkelsen, og retter også en takk til legene vi har fått snakke med.

24. november 2025

Morten Andreas Engebretsen  
kst. avdelingsdirektør

Thea Westad Schjødt  
seniorrådgiver

# Innhold

## Innhold 3

|                                                                                    |           |
|------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>Hovedbudskap.....</b>                                                           | <b>5</b>  |
| <b>Sammendrag .....</b>                                                            | <b>5</b>  |
| <b>1 Innledning .....</b>                                                          | <b>9</b>  |
| 1.1 Bakgrunn.....                                                                  | 9         |
| 1.2 Formål og problemstillinger .....                                              | 9         |
| 1.3 Avgrensninger .....                                                            | 10        |
| 1.4 Revisjonskriterier .....                                                       | 10        |
| 1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring .....                                     | 10        |
| 1.6 Rapportens oppbygning.....                                                     | 10        |
| <b>2 Fastlegeordningen .....</b>                                                   | <b>12</b> |
| 2.1 Kommunens ansvar for fastlegeordningen .....                                   | 12        |
| 2.2 Utfordringer ved ordningen.....                                                | 12        |
| <b>3 Kapasitet og utvikling i fastlegetjenesten i Oslo kommune .....</b>           | <b>14</b> |
| 3.1 Kapasiteten i fastlegetjenesten.....                                           | 14        |
| 3.2 Kommunens arbeid med å sikre tilstrekkelig kapasitet i fastlegetjenesten ..... | 16        |
| <b>4 Bydelenes oppfølging av kapasitet i fastlegetjenesten .....</b>               | <b>21</b> |
| 4.1 Revisjonskriterium .....                                                       | 21        |
| 4.2 Faktabeskrivelse .....                                                         | 21        |
| 4.3 Kommunerevisjonens vurderinger .....                                           | 23        |
| <b>5 Tilretting for samarbeid mellom bydel og fastlege .....</b>                   | <b>24</b> |
| 5.1 Revisjonskriterium .....                                                       | 24        |
| 5.2 Faktabeskrivelse .....                                                         | 24        |
| 5.3 Kommunerevisjonens vurderinger .....                                           | 26        |
| <b>6 Tilgjengelighet .....</b>                                                     | <b>27</b> |
| 6.1 Revisjonskriterium .....                                                       | 27        |
| 6.2 Faktabeskrivelse .....                                                         | 27        |
| 6.3 Kommunerevisjonens vurderinger .....                                           | 31        |
| <b>7 Internkontroll .....</b>                                                      | <b>32</b> |
| 7.1 Revisjonskriterium .....                                                       | 32        |
| 7.2 Faktabeskrivelse .....                                                         | 32        |
| 7.3 Kommunerevisjonens vurderinger .....                                           | 37        |
| <b>8 Oppsummering, konklusjoner og anbefalinger .....</b>                          | <b>38</b> |
| 8.1 Kartleggingen .....                                                            | 38        |

|          |                                                                                  |           |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 8.2      | Konklusjon.....                                                                  | 38        |
| 8.3      | Anbefalinger .....                                                               | 40        |
| <b>9</b> | <b>Uttalelser til rapporten og Kommunerevisjonens vurderinger av disse .....</b> | <b>41</b> |
| 9.1      | Byråd for helse .....                                                            | 41        |
| 9.2      | Bydel Grünerløkka .....                                                          | 42        |
| 9.3      | Bydel Nordre Aker .....                                                          | 42        |
|          | <b>Figuroversikt .....</b>                                                       | <b>44</b> |
|          | <b>Referanser</b>                                                                | <b>45</b> |
|          | <b>Vedlegg 1 Revisjonskriterier .....</b>                                        | <b>47</b> |
|          | <b>Vedlegg 2 Metode .....</b>                                                    | <b>53</b> |
|          | <b>Vedlegg 3 Uttalelse fra byråden for helse .....</b>                           | <b>58</b> |
|          | <b>Vedlegg 4 Uttalelse fra Bydel Grünerløkka .....</b>                           | <b>60</b> |
|          | <b>Vedlegg 5 Uttalelse fra Bydel Nordre Aker .....</b>                           | <b>63</b> |

## Hovedbudskap

Kommunerevisjonen har undersøkt oppfølgingen av fastlegetjenesten i Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker og kartlagt kommunens overordnede arbeid med kapasitetsplanlegging. Kartleggingen viser at kapasiteten i fastlegetjenesten i Oslo kommune samlet sett er i tråd med kommunens måltall, men at flere bydeler tidvis lå under måltallet.

Oppfølgingen av fastlegetjenesten i Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker var på viktige områder ikke tilfredsstillende.

Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker fulgte med på kapasiteten i fastlegetjenesten og etablerte nye hjemler for å bidra til tilstrekkelig kapasitet. Bydel Nordre Aker hadde ikke en lokal legeplan som forutsatt. Undersøkelsen tyder på at samarbeidsutvalgene mellom bydelene og legene ikke fungerte som tiltenkt ettersom det ikke ble holdt møter så ofte som det skulle.

Undersøkelsen avdekket flere avvik hos fastlegene knyttet til tilgjengelighet, som kort åpningstid og lang ventetid på telefon og på konsultasjon. Manglende tilgjengelighet svekker innbyggernes tilgang til helsehjelp og undergraver hensikten med fastlegeordningen.

Bydelene fulgte i liten grad opp at fastlegene etterlevde kvalitets- og funksjonskravene, og hadde ikke et system for internkontroll på dette området. Mangelfull internkontroll og oppfølging gir risiko for at uheldig praksis hos enkelte leger ikke tas tak i tidlig.

## Sammendrag

Fastlegetjenesten skal sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid og en fast lege å forholde seg til. For å sikre en bærekraftig ordning er det viktig at fastlegeordningen er velfungerende, og at kommunen har oversikt over og har vurdert kapasiteten på kort og lengre sikt.

Kommunen har ansvar for å organisere fastlegeordningen og skal sørge for at personer som ønsker det, får en fastlege. Kommunen har også ansvar for at fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegetjenesten overholdes. Som en del av dette skal kommunen sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet hos fastlegene.

Det er flere krav knyttet til tilgjengelighet hos fastlegene. Det å kunne kontakte fastlegen og få time innen rimelig tid er grunnleggende viktig for at pasientene skal få dekket sitt behov for helsehjelp.

Problemstillingen for undersøkelsen har vært:

- Er Oslo kommunes oppfølging av fastlegetjenesten tilfredsstillende?

Kommunerevisjonen har besvart problemstillingen ved å undersøke følgende sider ved to bydelers oppfølging av fastlegetjenesten:

- kapasitet
- samarbeid

- tilgjengelighet
- internkontroll

I tillegg er det gjennomført en enkel kartlegging av kommunens overordnede arbeid med å sikre tilstrekkelig fastlegekapasitet.

Revisjonskriteriene er i hovedsak utledet fra helse- og omsorgstjenesteloven med tilhørende forskrifter.

Undersøkelsen er gjennomført i Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker. Bydelene ble valgt blant annet fordi det i årsrapporten var informasjon som tilsa utfordringer med kapasitet, eller fordi det ikke var informasjon om kapasitet. I tillegg er det tatt hensyn til revisjonsbelastning. Undersøkelsen har omfattet dokumentgjennomgang, intervjuer, analyse av registerdata og en telefonundersøkelse.

Undersøkelsesperioden har vært fra januar 2023 til august 2025.

## Oppsummering av kartleggingen

Oslo kommune har satt som måltall at hver bydel skal ha 4 prosent ledig kapasitet hos fastlegene. Kartleggingen viste at det i gjennomsnitt for bydelene per august 2025 var 4,5 prosent ledige plasser på fastlegenes lister. Det var imidlertid flere bydeler som hadde mindre enn 4 prosent ledig kapasitet på undersøkelsestidspunktet. Noen bydeler rapporterte om rekrutteringsproblemer.

Bydelene er gitt ansvaret for å sørge for tilstrekkelig kapasitet i fastlegetjenesten, og for å få til det oppretter de hjemler og rekrutterer fastleger. Kommunerevisjonen merker seg at utfordringene med å rekruttere fastleger fremstår som mindre enn før, og at det blant annet kan tilskrives statlige tiltak i form av omlegging av basistilskuddet og økt kommunalt ansvar for ordningen med spesialisering av allmennleger (ALIS). Samtidig medfører oppfølging av ALIS-ordningen mye arbeid for dem som har ansvar for oppfølging av fastlegetjenesten. Det går ut over deres kapasitet til å følge opp andre sider ved fastlegetjenesten.

## Sentrale vurderinger

### Kapasitet

Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker fulgte med på kapasiteten i fastlegetjenesten og iverksatte tiltak blant annet i form av etablering av nye hjemler for å bidra til tilstrekkelig kapasitet. Kapasiteten varierer mye og var ikke over måltallet til enhver tid. Lite ledig kapasitet hos fastlegene kan gå ut over pasientenes rett til å bytte fastlege og innhente en fornyet vurdering hos en annen lege. I begge bydeler var det fastleger som ikke hadde avtalt listetak i den individuelle avtalen i tråd med forskrift om fastlegeordning i kommunene (fastlegeforskriften). Manglende avtalefesting gir bydelene dårligere oversikt og kontroll over fastlegenes listelengde.

### Samarbeid

Lokalt samarbeidsutvalg er et forum for samarbeid mellom bydelen og fastlegene, mens allmennlegeutvalget er et forum for samarbeid fastlegene imellom. Bydelene hadde gjennom elektroniske meldinger innenfor pleie og omsorg og allmennlegeutvalg lagt til rette for

samarbeid mellom bydelen og fastlegene. Det var en svakhet at det i Bydel Nordre Aker over lengre tid ikke hadde vært allmennlegeutvalgsmøter. Både bydelen og fastlegene skal bidra til at disse møtene avholdes.

Samarbeidsutvalget mellom bydelen og fastlegene skal legge til rette for at driften av allmennlege-tjenesten skjer på en hensiktsmessig måte. Manglende avholdelse av møter i samarbeidsutvalget i begge bydelene tyder på at utvalgene ikke fungerte som tiltenkt. Når samarbeidsutvalgene ikke fungerer som tiltenkt, svekkes en kanal for kommunikasjon og samarbeid for bydelen og fastlegene som er viktig blant annet for målsettingen om at fastlegene skal være integrert i kommunens helse- og omsorgstjenester.

### Tilgjengelighet

Bydelene ga i de fleste fastlegeavtalene føringer om åpningstid og innhentet informasjon om fraværdekning i forbindelse med ferier, på bakgrunn av bestilling fra Helseetaten. Utover det fulgte ikke bydelene med på fastlegekontorenes tilgjengelighet med mindre de fikk klager.

Det var en rekke avvik knyttet til tilgjengelighet hos fastlegene i begge bydeler. Åpningstid var ikke avtalt i de individuelle avtalene til flere av fastlegene. Mange fastlegekontorer hadde kortere åpningstid og kortere telefontid enn det som var avtalt. Undersøkelsen tyder på at ventetiden på telefon ofte var lengre enn det fastlegeforskriften tilsa, og enkelte fastleger hadde mer enn en måned ventetid på konsultasjon.

Etter Kommunerevisjonens vurdering hadde bydelene ikke i tilstrekkelig grad sørget for at fastlegene overholdt kravene til tilgjengelighet. Det er viktig for pasientenes helse og trygghet at de kan komme i kontakt med fastlegen sin og få time til konsultasjon innen rimelig tid. Manglende tilgjengelighet gir risiko for at pasienter ikke får den hjelpen de har rett til hos legen sin.

### Internkontroll

Formålet med internkontroll er å sikre at fastlegene overholder kravene som stilles til tjenesten. Kommunerevisjonen har sett på bydelenes arbeid med planlegging, tilrettelegging og kontroll.

Bydel Grünerløkka hadde en lokal legeplan, mens Bydel Nordre Aker ikke hadde en slik plan for utvikling av tjenesten. Ifølge kommunens gjeldende legeplan fra 2020 skal alle bydelene ha fastsatt en lokal legeplan. Bydel Grünerløkka hadde individuelle avtaler med alle fastlegene i bydelen, mens Bydel Nordre Aker manglet avtale for sju av de 52 fastlegene i bydelen, og avtalene ble ikke oppdatert selv ved store endringer. Bydelene hadde ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp at fastlegene etterlevde kvalitets- og funksjonskravene i avtalene.

Bydelene fulgte ikke opp at fastlegene arbeidet systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Det er et brudd på § 7 i fastlegeforskriften, jf. § 4-2 i helse- og omsorgstjenesteloven. Ingen av bydelene hadde en etablert internkontroll på dette området, noe som er et brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. De gjennomførte ikke, eller i svært liten grad, risikovurderinger.

Kommunerevisjonen merker seg at begge bydelene etterlyste et mer felles system for internkontroll og håndtering av avvik.

Fraværet av system for planlegging og oppfølging av kvalitet i fastlegetjenesten gir risiko for at feil og avvik ikke forebygges, ikke fanges opp tidlig nok og ikke benyttes til læring og forbedring. Det utgjør en risiko for pasientsikkerheten.

## Anbefalinger

Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker bør

- vurdere tiltak for bedre samhandling, blant annet ved å sørge for at det avholdes jevnlige møter i samarbeidsutvalget
- etablere tilstrekkelig internkontroll med fastlegetjenesten ved å oppdatere avtaler og følge opp at fastlegene etterlever kvalitets- og funksjonskravene

Bydel Nordre Aker bør i tillegg

- få på plass individuelle avtaler med fastlegene og ferdigstille en lokal legeplan for bydelen

Byråden for helse bør

- vurdere tiltak for å bedre bydelenes internkontroll og oppfølging overfor fastlegene

## Uttalelser til rapporten

Kommunerevisjonen har mottatt uttalelser fra byråden for helse, Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker. I uttalelsene ble det varslet relevante tiltak. Bydel Nordre Aker varslet et generelt tiltak om å arbeide for å rette opp avvik og iverksette forbedringsarbeid som rapporten påpeker. I kapittel 9 oppsummerer og vurderer vi vesentlige momenter i uttalelsene. Uttalelsene følger i sin helhet i vedleggene 3-5.

# 1 Innledning

## 1.1 Bakgrunn

Fastlegetjenesten skal sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid og en fast lege å forholde seg til. Det å ha samme fastlege over tid er vist å gi mindre sannsynlighet for bruk av legevakt, innleggelse på sykehus og død (Sandvik mfl. 2022).

Fastlegen er sentral for å gi og koordinere pasientenes behov for medisinsk hjelp. Dette er spesielt viktig når befolkningen blir eldre og flere skal bo hjemme, når flere har sammensatte diagnoser og funksjonsnedsettelse, og når mange har utfordringer knyttet til psykisk helse og rusmisbruk. Det å ha en lege som kjenner pasienten, gir et godt utgangspunkt for riktig behandling og oppfølging.

Fastlegeordningen er basert på prinsippet om at helsetjenester skal ytes på det laveste effektive omsorgsnivået. Fastlegene spiller en viktig rolle i å skjerme spesialisthelsetjenesten, slik at den skal ha kapasitet til å hjelpe de pasientene som ikke kan få hjelp på annen måte. Tilsvarende fører manglende kapasitet eller tilgjengelighet i fastlegetjenesten til økt press på legevakten og spesialisthelsetjenesten. Det er samfunnsøkonomisk ulønnsomt og lite bærekraftig, se blant annet Meld. St. 23 (2024–2025) om allmennlegetjenesten.

Kommunen har ansvar for å sørge for at det er tilstrekkelig kapasitet hos fastlegene, slik at innbyggere som ønsker det, får en fastlege, og at fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegetjenesten overholdes. I Oslo kommune er det bydelene som har ansvar for å følge opp dette. I hovedsak er fastlegene selvstendig næringsdrivende. Kommunen utbetaler et pasienttilpasset basistilskudd som er justert etter et sett indikatorer for pasientenes behov for fastlegetjenester. Fastlegenes øvrige inntekter er basert på refusjon og egenandeler.

Helfo (Helseøkonomiforvaltningen) er et statlig organ som blant annet bistår kommunene med administrasjon av fastlegeordningen, og som står for utbetalinger til fastlegene og kontroll av refusjonskrav. Statens ansvar for øvrig er å sette rammer for fastlegeordningen gjennom lover og regulering og bidrag til finansiering. Statsforvalteren og Statens helsetilsyn behandler klager på fastlegene som handler om brudd på helsepersonelloven, særlig forsvarlighetskravet.

En stor andel av henvendelsene til Pasient- og brukerombudet handler om fastleger. Henvendelsene til ombudet handler om kvalitet i tjenesten, urettmessig bruk av gebyr, manglende tilgjengelighet og dårlig atferd. Fravær av internkontroll og oppfølging av fastlegene gir risiko for at pasienter ikke får den hjelpen de har rett til hos legen sin, og at uheldig praksis hos enkelte leger ikke tas tak i på et tidlig tidspunkt.

## 1.2 Formål og problemstillinger

Formålet med forvaltningsrevisjonen er å gi kontrollutvalget og bystyret informasjon om hvorvidt bydelenes oppfølging av fastlegetjenesten er tilfredsstillende, og om kommunen følger opp at det er tilstrekkelig kapasitet og tilgjengelighet i fastlegetjenesten på kort og lang sikt.

Undersøkelsens problemstilling er følgende:

- Er Oslo kommunes oppfølging av fastlegetjenesten tilfredsstillende?

For å svare på problemstillingen har Kommunerevisjonen undersøkt om bydelene sikrer seg nødvendig styringsinformasjon om fastlegetjenesten, om de følger opp at den enkelte fastleges praksis er i tråd med krav og føringer, og om de håndterer eventuelle avvik. Som en del av undersøkelsen er det også gjennomført en enkel kartlegging av kommunens overordnede arbeid med å sikre tilstrekkelig fastlegekapasitet.

### 1.3 Avgrensninger

Undersøkelsen omfatter ikke vurderinger knyttet til kommunens bruk av fastleger i allmennlegevaktordningen.

Undersøkelsen omfatter ikke kommunens oppfølging av leger som er fast ansatt. Oslo kommune har ca. 180 legeårsverk i kommunale stillinger utenom fastlegeordningen. I mindre kommuner enn Oslo er det vanligere at noen av disse funksjonene, for eksempel lege i sykehjem eller kommuneoverlege, dekkes av fastleger eller kombineres med en fastlegestilling. I tillegg finnes det fastleger som er fast ansatt i studenthelsetjenesten, det vil si ikke av kommunen. Disse er heller ikke omfattet av undersøkelsen.

### 1.4 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er målestokken som ligger til grunn for Kommunerevisjonens vurderinger. I denne revisjonen er kriteriene i hovedsak utledet fra følgende kilder:

- helse- og omsorgstjenesteloven og tilhørende forskrifter og forarbeider
- pasient- og brukerrettighetsloven og tilhørende forskrifter og forarbeider
- folkehelseloven
- helsetilsynsloven
- rammeavtalen mellom Oslo kommune og Den norske legeforening om privat allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunen
- kommunens instruks for virksomhetsstyring og internkontroll, byrådsakene 1036/22 og 1037/22

Vedlegg 1 inneholder revisjonskriteriene og utledningen av dem.

### 1.5 Metodisk tilnærming og gjennomføring

Forvaltningsrevisjonen har omfattet Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker. Revisjonen baserer seg på intervjuer, dokumentgjennomgang, analyse av statistikk og en telefonundersøkelse. Datagrunnlaget består i hovedsak av informasjon fra de to undersøkte bydelene samt Byrådsavdeling for helse og Helseetaten. I tillegg har vi intervjuet noen leger. Vi har også innhentet informasjon og statistikk fra ulike statlige kilder. Hoveddelen av datainnsamlingen ble gjennomført mellom april og august 2025. Undersøkelsesperioden har vært fra januar 2023 til august 2025. Vedlegg 2 inneholder en mer detaljert beskrivelse av metoden.

### 1.6 Rapportens oppbygning

I kapittel 2 gir vi kortfattet informasjon om fastlegeordningen og kommunens ansvar for tjenesten. Kapittel 3 er en overordnet kartlegging av kapasiteten i fastlegetjenesten i Oslo

kommune og kommunens arbeid med å sørge for at kapasiteten er tilstrekkelig. Kapittel 4 handler om bydelenes arbeid med kapasitet i fastlegetjenesten. Kapittel 5 handler om samarbeid mellom bydelen og fastlegene, kapittel 6 om tilgjengelighet og kapittel 7 om internkontroll. Kommunerevisjonens konklusjoner og anbefalinger kommer i kapittel 8. I kapittel 9 oppsummerer og vurderer vi vesentlige momenter i uttalelsene. De mottatte uttalelsene følger i sin helhet som vedlegg 3-5 i rapporten.

## 2 Fastlegeordningen

I kapittelet redegjør vi nærmere for kommunens ansvar for fastlegeordningen. I kapittel 1 er det kort redegjort for hvordan staten og statlige virksomheter følger opp ordningen.

### 2.1 Kommunens ansvar for fastlegeordningen

Formålet med fastlegeordningen er «å sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til», jf. § 1 i forskrift om fastlegeordning i kommunene (fastlegeforskriften). Kommunen har ansvar for å organisere fastlegeordningen og skal sørge for at personer som ønsker det, får en fastlege. Det innebærer at kommunen må sørge for at et tilstrekkelig antall fastleger deltar i fastlegeordningen. Det innebærer også at det til enhver tid må være ledig kapasitet på listene, slik at pasientene får oppfylt sine rettigheter til å bytte fastlege og til å få en fornyet vurdering fra en annen fastlege.

Kommunen har også det overordnede ansvaret for kvalitet i fastlegetjenesten, uavhengig av om fastlegene er ansatt i kommunale stillinger eller er tilknyttet kommunen som næringsdrivende. I Oslo kommune er hovedregelen at fastleger er selvstendig næringsdrivende. Forarbeider til helse- og omsorgstjenesteloven (Prop. 91 L (2010–2011)) presiserer at kommunen har et overordnet ansvar for å tilrettelegge for etterlevelse av de nasjonale kravene til fastlegens virksomhet som ligger i regel- og avtaleverket. Kommunen skal også sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet hos fastlegene, jf. fastlegeforskriften § 7.

Kommunen skal i tråd med fastlegeforskriften § 30 inngå en individuell avtale med alle fastleger som skal delta i fastlegeordningen. I departementets merknad til fastlegeforskriften er det bemerkt at når kommunen inngår avtaler med private tjenesteytere, må kommunens mulighet til å påvirke tjenesteutøvelsen ivaretas på en annen måte enn gjennom arbeidsgiverens styringsrett. Avtalene vil derfor ifølge departementets merknad være viktige for kommunen og tjene som utgangspunkt for kommunens dialog med fastlegene om de tjenestene fastlegene skal yte.

### 2.2 Utfordringer ved ordningen

Den offentlige oppmerksomheten rundt fastlegeordningen har vært rettet mye mot kapasitets- og rekrutteringsutfordringer. Dersom tilgangen til fastlege ikke er god nok, har det konsekvenser for pasientene. Helsetilsynet utga i 2022 en rapport som beskrev at manglende tilgjengelighet og kontinuitet hos fastlegene hadde alvorlige konsekvenser for pasienter. Helsetilsynet var særlig bekymret for pasientene som har sammensatte helseproblemer, og som trenger oppfølging av fastlegen jevnlig, og pasienter som er avhengige av legeerklæringer for å få nødvendige velferdsytelser.

I 2025 meldes det fra flere hold at fastlegekrisen er over, for eksempel i Helsedirektoratets årsrapport for 2024 om arbeidet med allmennlegetjenesten og i lederen i Tidsskrift for Den norske legeforening i april 2025. Rekordmange ønsker å bli fastlege, og antallet pasienter uten fastlege er halvert på landsbasis. I KS' arbeidsgivermonitor gikk andelen kommuner som svarte at de hadde utfordringer med å rekruttere leger, ned fra 82 til 63 prosent mellom 2023 og

2025. Tiltakene for å løse utfordringene knyttet til å rekruttere og beholde fastleger har imidlertid påført staten og kommunen mer utgifter og kan utfordre ordningens bærekraft.

Kapasitet og tilgjengelighet henger sammen, men det kan være utfordringer med tilgjengelighet selv om kapasiteten i tjenesten i utgangspunktet er god nok. En lege som har mange pasienter på listen sin, bidrar til høy kapasitet, men mange pasienter kan også gjøre at legens tilgjengelighet blir dårligere fordi det blir for lite tid til å følge opp den enkelte pasient. Det å kunne kontakte fastlegen og få time innen rimelig tid er grunnleggende viktig for at pasientene skal få oppfylt sine behov for helsehjelp.

Utfordringer med tilgjengelighet hos fastlegene har også konsekvenser for de øvrige helsetjenestene. Det kan blant annet gi økt belastning på legevakten dersom pasienter ikke kan få rask hjelp hos fastlegen sin ved behov. Enkelte oppsøker privat helsehjelp i stedet for fastlegen sin, noe som bidrar til en todeling av helsevesenet.

I tillegg til rekrutterings- og kapasitetsutfordringer pekte den regjeringsnedsatte ekspertgruppen for gjennomgang av allmennlegetjenesten i sin rapport på at det er begrenset med data og forskning som belyser kvalitet i fastlegetjenesten.<sup>1</sup> De uttrykte at dette er et selvstendig punkt i utfordringsbildet for fastlegetjenesten.

---

<sup>1</sup> Gjennomgang av allmennlegetjenesten – Ekspertutvalgets rapport (2023), s. 42.

### 3 Kapasitet og utvikling i fastlegetjenesten i Oslo kommune

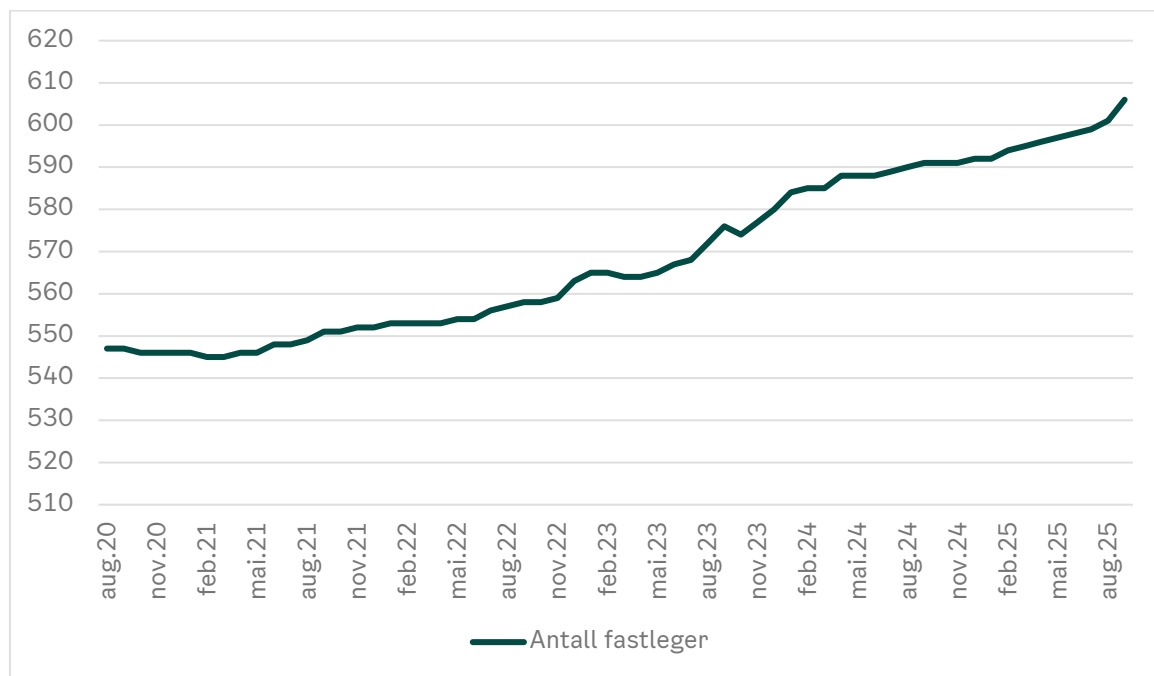
Kapittelet inneholder en kort beskrivelse av utviklingen i kapasiteten i fastlegetjenesten i Oslo kommune og kommunens arbeid med å sikre tilstrekkelig fastlegekapasitet over tid.

#### 3.1 Kapasiteten i fastlegetjenesten

Kapasiteten i fastlegetjenesten er et resultat av antallet fastleger, fastlegenes listelengde og antall innbyggere som ønsker fastlege.

Figur 1 viser utviklingen i antall fastleger i Oslo kommune de siste fem årene.

Figur 1 Utvikling i antall fastleger i Oslo kommune august 2020–august 2025

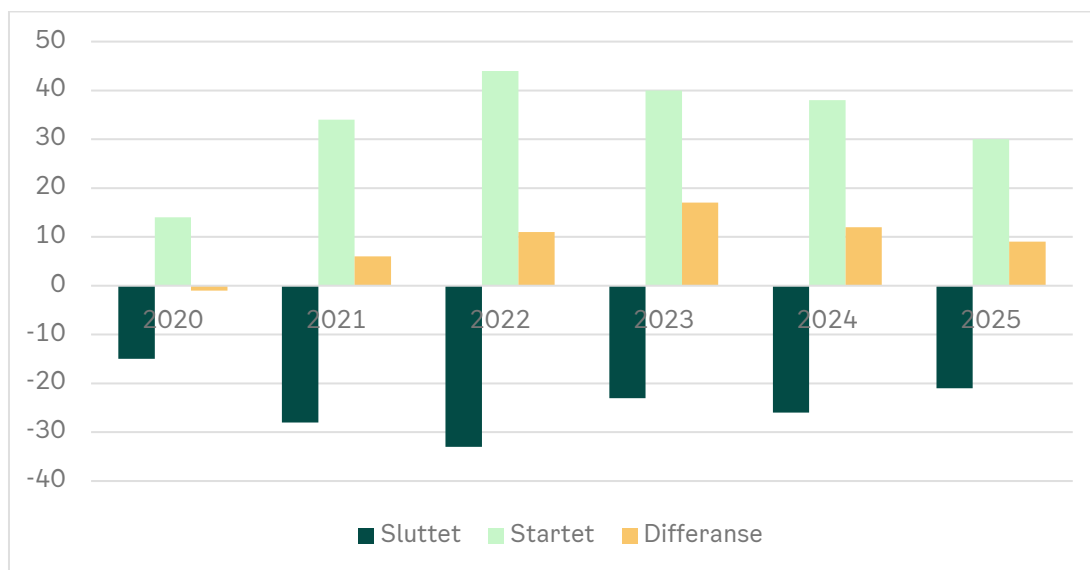


Note: Kilden er [Helfo – Fastlegestatistikk](#).

Figur 1 viser at antallet fastleger har økt med ca. 60 i perioden (ca. 11 prosent økning). I samme periode har kjønnsbalansen, fordelingen av kvinnelige og mannlige fastleger, blitt jevnere. I starten av perioden var det en klar overvekt av mannlige fastleger. I 2025 er gapet mellom antallet kvinnelige og mannlige fastleger betydelig redusert.

Figur 2 viser hvor mange fastleger i Oslo kommune som har sluttet hvert år, fra 2020 til og med august 2025, og hvor mange fastleger som har startet. Gjennomsnittsalderen for fastleger har mellom august 2021 og august 2025 gått noe ned – fra 51,1 til 50,5 år.

Figur 2 Antall fastleger som har sluttet og startet i Oslo kommune 2020–2025

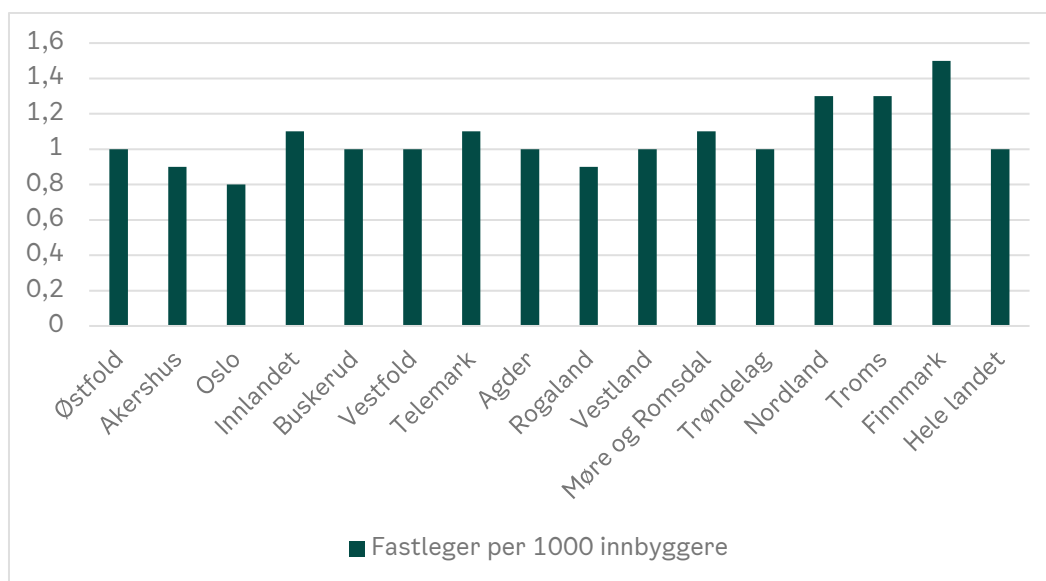


Note: Kilden er [Helfo – Fastlegestatistikk](#).

Figur 2 viser at antallet som har sluttet hvert år, har variert fra 15 til 33 i denne perioden. Bydelene må rekruttere fastleger tilsvarende dette antallet for å opprettholde gjeldende fastlegekapasitet, og flere for å øke kapasiteten. Positiv differanse betyr at flere fastleger har startet enn sluttet det aktuelle året, noe som da forklarer veksten vist i figur 1. Bydel Grünerløkka har oppgitt at ansettelsesprosesser og håndtering av vikarer har medført omfattende administrativt arbeid.

Sett i forhold til utviklingen i folketallet i 2020–2025 har det imidlertid ikke vært en tydelig økning i antallet fastleger. Antallet fastleger per 1000 innbyggere er tilnærmet det samme i 2025 som i 2020. Figur 3 viser antallet fastleger per 1000 innbyggere i alle landets fylker per mai 2025.

Figur 3 Fastleger per 1000 innbyggere, alle fylker. Mai 2025.



*Note: Kilden er Helsedirektoratet – Arbeidet med allmennlegetjenesten årsrapport 2024 – inklusive status per mai 2025.*

Som figur 3 viser, var det på landsbasis per mai 2025 én fastlege per 1000 innbyggere. I Oslo kommune var det tilsvarende tallet 0,8. Det er lavere enn landsgjennomsnittet og det laveste av alle fylkene.

Fastleger i Oslo har i snitt lengre pasientlister enn fastleger i de andre fylkene. Ved inngangen til 2025 var gjennomsnittlig listelengde for en fastlege i Oslo 1314 pasienter, og gjennomsnittlig listetak var 1355. Listetak er den avtalte øvre grensen for antall pasienter på en fastleges pasientliste. For landet som helhet var gjennomsnittlig listelengde for en fastlege 961 pasienter og listetaket 981. Den faktiske ledige fastlegekapasiteten i kommunen er vist i neste delkapittel.

Det er 110 000 personer fra andre kommuner som har fastlege i Oslo, mens ca. 58 000 osloborgere har fastlege i en annen kommune. Dette forholdet er ifølge Helseetaten ganske stabilt over tid.

Det er ikke registrert innbyggere uten fastlege i Oslo kommune. Det er flere enn de som er folkeregistrert i Oslo kommune, som har rett på fastlege i kommunen. Helseetaten administrerer en ordning med leger til personer med oppholds- eller arbeidstillatelse som ikke står på fastlegeliste i Oslo. Helseetaten har oppgitt at det er få fastleger som ønsker å delta i denne ordningen. Byrådsavdelingen oppgir også at de har fått tilbakemelding fra Helsesenter for papirløse om at de får mange henvendelser fra personer som har oppholdstillatelse og rett til fastlege, men som ikke får satt seg på en fastlegeliste. Byrådsavdelingen mener det tyder på at ordningen med leger til personer som ikke er folkeregistrert, ikke fungerer tilfredsstillende.

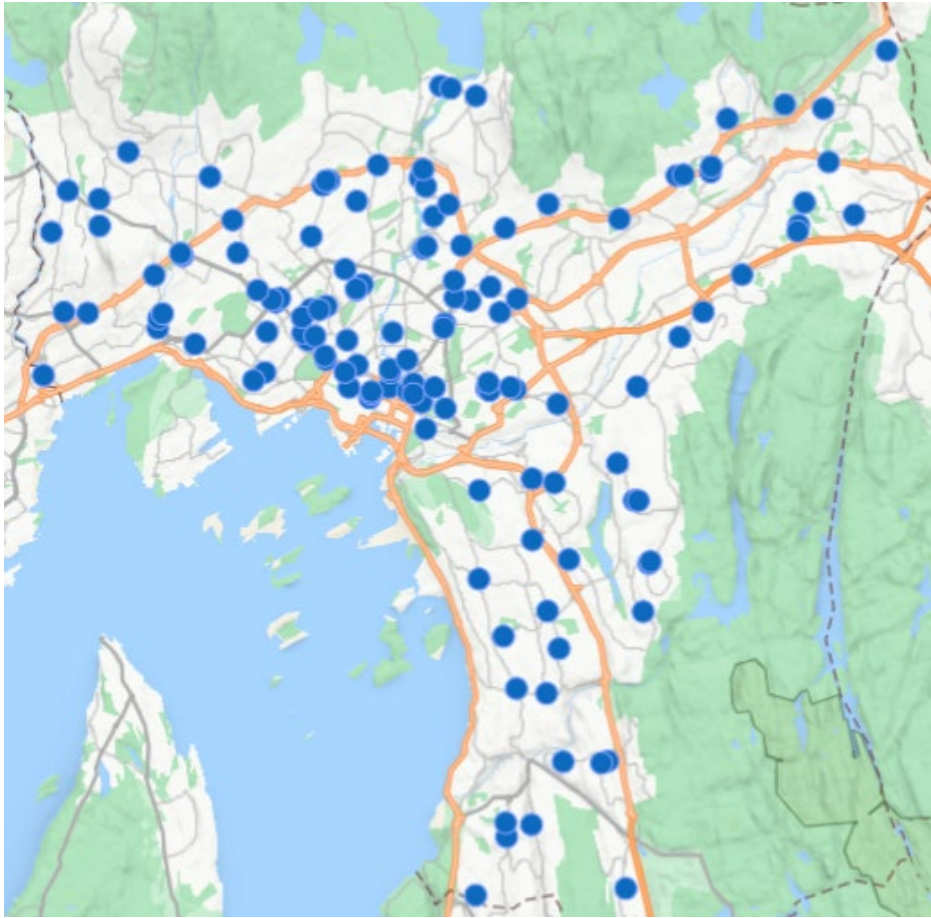
I august 2025 var det 26 207 personer som sto på venteliste til en fastlege i Oslo. Antallet har økt siden 2020. Dette er personer som allerede har fastlege, men som ønsker å bytte til en annen lege. De fleste av disse hadde fastlege i Oslo kommune, mens 13 prosent hadde fastlege i en annen kommune enn Oslo. Det er til enhver tid ledige plasser hos fastleger i kommunen, samtidig som enkelte fastleger har lange ventelister.

## 3.2 Kommunens arbeid med å sikre tilstrekkelig kapasitet i fastlegetjenesten

I Oslo kommune er ansvaret for å sikre tilstrekkelig kapasitet i fastlegetjenesten lagt til bydelene. I Legeplan for Oslo kommune 2020–2024, byrådssak 351/19, bystyresak 86/20, ble det gitt en føring til bydelene om at de skal ha minimum fire prosent ledig kapasitet på fastlegelistene, slik at befolkningen får en reell mulighet til å velge mellom ulike fastleger i sin bydel. For å oppnå dette skal bydelene beregne lokale behov for nye fastlegehjemler de neste årene og utlyse et tilstrekkelig antall fastlegeavtaler.

Mange innbyggere har fastlege i en annen bydel enn den de selv bor i, for eksempel i nærheten av arbeidsplassen. Det gir en geografisk skjevhet i hvordan fastlegehjemlene er fordelt, ved at det er flere fastleger i de sentrumsnære bydelene enn i de øvrige bydelene. Figur 4 viser beliggenheten til fastlegekontorene i Oslo kommune.

Figur 4 Lokalisering av fastlegekontorer i Oslo



*Note: Kartet er utarbeidet i Power BI basert på adressene til legekontorene i september 2025 og kartdata fra Bing.*

Byrådsavdelingen presiserte i tildelingsbrevet til bydelene i 2023 at ledig kapasitet skal beregnes med utgangspunkt i innbyggertallet i bydelen. Denne måten å beregne på gir bedre geografisk spredning av fastlegene. Den alternative beregningen har vært å ta utgangspunkt i antallet listepasienter.

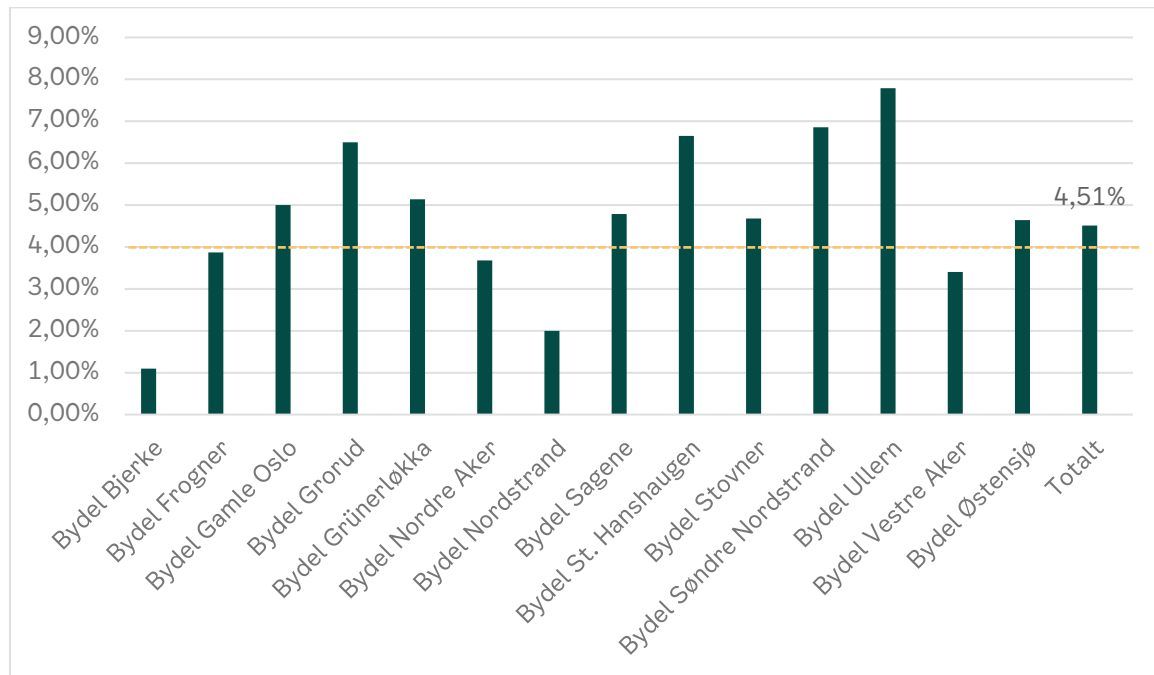
Som vist i figur 5 nedenfor hadde de fleste, men ikke alle, bydelene minst fire prosent ledig kapasitet i august 2025.

Rapportering på kravet i legeplanen om fire prosent ledig listekapasitet hos fastlegene ble lagt inn i tildelingsbrevet til bydelene for 2023. Bydelene rapporterte på ulike måter i årsrapportene for 2024. To bydeler skrev ikke om fastleger i årsberetningen. Tre bydeler oppga ikke konkret informasjon om hvordan de lå an med tanke på måltallet. Åtte oppga tall for kapasitet som var under måltallet, mens to oppga tall over måltallet. Noen beskrev utfordringer med å rekruttere, og at flere fastleger ønsket å redusere listelengden. Tiltakene som ble beskrevet, handlet for det meste om rekruttering og opprettelse av flere hjemler.

To bydelers arbeid med rekruttering av fastleger er omtalt i neste kapittel.

Kommunerevisjonen har hentet inn tall for ledig listekapasitet hos fastlegene fra Helsenorge. Figur 5 viser ledig fastlegekapasitet i forhold til innbyggertallet i de 15 bydelene per 28. august 2025.

Figur 5 Status for oppnåelse av målet om 4 prosent ledig kapasitet hos fastlegene i hver bydel og totalt per 28. august 2025



Note: Kildene er Helsenorge og Bydelsfakta. Tallene for ledig listekapasitet er fra 28. august 2025.

Befolkningstallene som ligger til grunn for beregningen, er per 1. januar 2025. For andre bydeler enn Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker kan det være avvik fordi det er fastleger i bydelene som av ulike grunner ikke skal regnes med.

Figur 5 viser at fem av bydelene på undersøkelsestidspunktet hadde en ledig kapasitet hos fastlegene som var lavere enn kommunens måltall på fire prosent. Totalt sett var den ledige kapasiteten i kommunen imidlertid over måltallet på fire prosent, nærmere bestemt 4,51 prosent. Den ledige kapasiteten hos fastlegene varierer en del gjennom året. For eksempel kan bydelene opprette en ny fastlegehjemmel. Dette vil da være en avtale uten pasientliste, en såkalt nullhjemmel. Når en fastlege tilsettes i en nullhjemmel, vil den ledige kapasiteten umiddelbart øke mye, og så vil den ledige kapasiteten bli mindre etter som legens liste fylles opp.

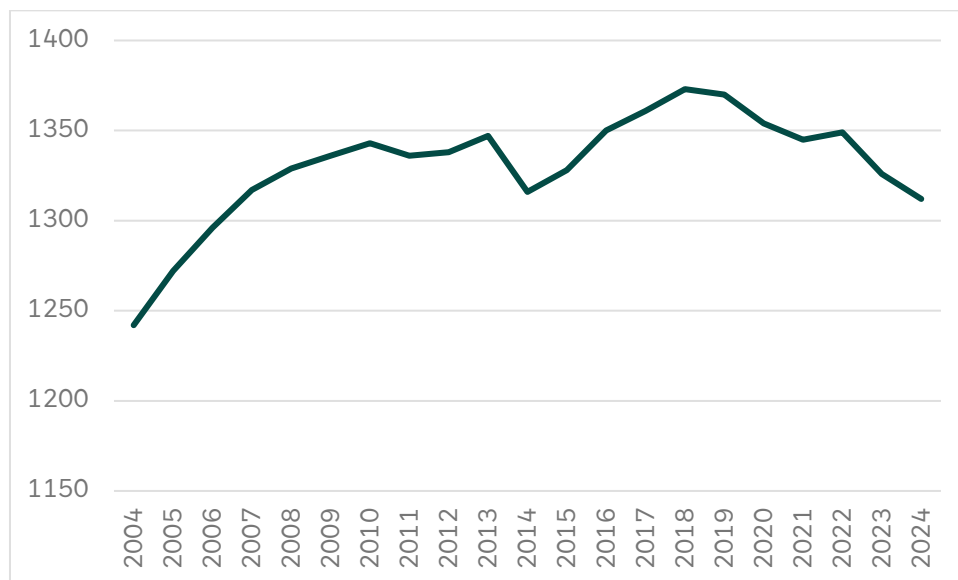
Byrådsavdeling for helse har fått utarbeidet et dashboard i Power BI som gir avdelingen oversikt over kapasiteten i fastlegetjenesten i bydelene. Dashboardet gir et øyeblikksbilde av antall plasser, antall ledige plasser og antall personer på venteliste og et kart som viser hvor legekontorene er plassert i byen. Bydelene hadde ikke tilgang til dette verktøyet på undersøkelsestidspunktet, men Byrådsavdeling for helse oppga at det var under vurdering.

De siste par årene er det gjort en del endringer fra statlig hold for å bedre situasjonen for fastleger. De mest sentrale er en omlegging av basistilskuddet legene mottar. Pasienttilpasset basistilskudd gir forholdsvis større tilskudd for listepasienter med stort behov for fastlegetjenester. Tiltaket ble innført 1. mai 2023. Hensikten er å bidra til bedre oppfølging av

pasienter med stort behov for helsetjenester og å gi legene mulighet for kortere arbeidsdager. Det kan bidra til å lette rekrutteringen av fastleger og til at fastleger blir lenger i jobben sin.

Figur 6 viser utviklingen i den gjennomsnittlige listelengden til fastlegene i Oslo kommune mellom 2004 og 2024.

Figur 6 Utvikling i gjennomsnittlig listelengde hos fastleger i Oslo 2004–2024



*Note: Kilden er Statistisk sentralbyrå. På spørsmål om hva nedgangen mellom 2013 og 2014 skyldtes, hadde Byrådsavdeling for helse ikke en åpenbar forklaring. De trakk frem noen utviklingstrekk som sammenfalt i tid: Samhandlingsreformen ble innført i 2012, Kommunal akutt døgnenhet (KAD) ble opprettet i 2013–2014, og rammeavtalen mellom kommunen og Legeforeningen ble revidert i 2014. Det kan også hende at nedgangen kan forklares med at det var flere leger med lange lister som gikk ut, og at avtalene ble utlyst med reduserte lister.*

Figur 6 viser at den gjennomsnittlige listelengden hos fastleger har gått ned i den siste femårsperioden. Det er i tråd med utviklingen i resten av landet, men representerer et brudd med situasjonen i Oslo tidligere. Mellom 2004 og 2018 var trenden at listelengden til fastlegene i Oslo økte. Det er grunn til å tro at omleggingen av basistilskuddet kan ha bidratt til å snu trenden. Når fastlegene har kortere lister, blir det nødvendig å rekruttere flere fastleger for å opprettholde og øke kapasiteten.

I legeplanen ble det også gitt føringer til bydelene om å utarbeide egne lokale legeplaner innen utgangen av 2020. Formålet med de lokale legeplanene er blant annet å planlegge for hvordan kvalitet og utvikling i legetjenesten skal følges opp. På grunn av pandemien ble det forsinkelser i dette arbeidet. Helseetaten sendte brev til bydelene og ba dem oversende legeplanene sine i januar 2022. Etaten purret i februar 2022 på de bydelene som ikke hadde oversendt plan. Ved inngangen til 2025 var det fremdeles flere bydeler som ikke hadde ferdigstilt en lokal legeplan og oversendt denne til Helseetaten: Bydel Gamle Oslo, Bydel Nordre Aker, Bydel Søndre Nordstrand og Bydel Vestre Aker.

Den gjeldende sentrale legeplanen er forlenget i påvente av ny legeplan. En ny legeplan vil komme etter 2025. Kommunen har blant annet ventet på melding til Stortinget om fastlegetjenesten som ble lagt frem 10. april 2025, Meld. St. 23 (2024–2025) *Fornye*,

*forsterke, forbedre – Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus.*

### **ALIS-ordningen (tilskuddsordningen for allmennleger i spesialisering)**

Et annet statlig tiltak er ALIS-ordningen, der økte tilskudd og en tydeligere rolle for kommunen har bidratt til at det har blitt mer attraktivt for leger å bli spesialister i allmennmedisin. Leger som skal jobbe som fastlege, må ha eller være i spesialisering i allmennmedisin. Kommunen fikk fra 1. mars 2019 ansvaret for utdanning av spesialister i allmennmedisin.

Tilskuddsordningen (ALIS) innebærer at leger som spesialiserer seg i allmennmedisin, kan få tilbud om en avtale med kommunen om et tilrettelagt spesialiseringsløp og kompensasjon for utgifter til utdanningen. Kommunen søker om og forvalter tilskuddet. Formålet med ordningen er blant annet å bidra til rekruttering av fastleger, og den påvirker derfor kapasiteten i fastlegetjenesten.

Kommunen oppgir at det er ressurskrevende for både bydelene og etaten å følge opp spesialiseringsordningen for fastlegene. Bydelene er pliktige til å oppnevne en veileder, og det skal utarbeides en individuell plan for leger som er i spesialisering. Legene i spesialisering skal ha individuell veiledning i minimum 42 timer per år, i tillegg til gruppeveiledning over 2 år i regi av Legeforeningen, og flere anbefalte kurs. I forbindelse med disse kursene er fastlegene ute av tjenesten. Oslo kommune anbefaler at legene som veileder, skal ha veilederkurs.

Kommunen har også ansvar for leger i spesialisering del 1 (LIS1) – det som tidligere ble kalt turnustjeneste. LIS1 består av tolv måneder tjeneste på sykehus og seks måneder i kommunehelsetjenesten. Helseetaten har et koordineringsansvar knyttet til LIS1. Det er bydelene som er arbeidsgiver og ansvarlig for at læringsmålene oppnås. Bydelene skal inngå en egen avtale med legesentre om mottak av LIS1 og med fastleger som er veiledere.

Per august 2025 var 77,4 prosent av fastlegene i Oslo spesialister i allmennmedisin. På landsbasis er andelen 65,8 prosent, ifølge statistikk fra Helfo. Samtidig er det mange vikarer i fastlegeordningen i Oslo, og disse har også krav på spesialisering. Ifølge byrådsavdelingen og Helseetaten er det utfordringer og svakheter i systemet for å melde inn og si fra om vikarbruk, for eksempel når del gjelder melding fra bydel til legevakt om nye fastleger og nye vikarer. Bydelene må ha oversikt over vikarbruk for å kunne følge opp ansvaret knyttet til spesialisering.

Bydelene mottar statlig tilskudd for å dekke merkostnader ved ALIS (f.eks. kursutgifter og praksiskompensasjon ved kursfravær). Det er Helsedirektoratet som forvalter tilskuddet, som endres fra år til år. Bydelene er ansvarlige for å søke om tilskudd. Tilskuddsordningen er organisert som en refusjonsordning, og det er arbeidskrevende å følge opp tilskuddet. Tilskuddet går i hovedsak til fastlegene som er i spesialisering, og deres veiledere, inkludert veilederkurs. Bydelen kan ta inntil fem prosent av tilskuddet i administrasjonskostnader. Kommunen skal årlig levere revisorattestasjon knyttet til ALIS. Kontroll og attestasjon gjennomføres av Kommunerevisjonen.

Bydelene opplyser at de bruker mye tid og ressurser på å følge opp spesialiseringsordningen for leger. Samtidig erfarer de at ordningen virker positivt med tanke på rekruttering av fastleger.

## 4 Bydelenes oppfølging av kapasitet i fastlegetjenesten

I dette kapittelet redegjør vi for og vurderer Bydel Grünerløkka og Bydel Vestre Akers arbeid med og oppfølging av kapasitet i fastlegetjenesten.

### 4.1 Revisjonskriterium

- Bydelen skal sørge for at et tilstrekkelig antall leger deltar i fastlegeordningen i bydelen.

Føringen fra Oslo kommune gjennom fastlegeplanen er at fastlegene i hver av bydelene skal ha minst fire prosent ledig listekapasitet. Den ledige kapasiteten skal bidra til å oppfylle pasientenes rett til å bytte fastlege og til å få en fornyet vurdering av en annen lege dersom de ønsker det. For å få til det skal bydelene beregne lokale behov for nye fastlegehemler og utlyse et tilstrekkelig antall fastlegeavtaler som sikrer behov og innbyggernes valgfrihet. Tilstrekkelig kapasitet er også viktig for at kommunen skal kunne benytte fastlegene til å utføre allmennmedisinske oppgaver i den grad den har behov for det.

### 4.2 Faktabeskrivelse

Fastlegenes listelengde er, sammen med antallet fastleger, avgjørende for den samlede kapasiteten i bydelens fastlegetjeneste. Det er derfor av betydning hva slags kontroll og innsikt bydelen har i fastlegenes listelengde. Bydelene får månedlig informasjon fra Helfo om fastlegenes listelengde, listekapasitet og basistilskudd. Bydelene innhenter av og til også relevante data fra Helsenorges nettsider.

#### Bydel Grünerløkka

Bydel Grünerløkka økte antallet selvstendig næringsdrivende fastleger i bydelen fra 41 til 44 i løpet av 2025 (til 28. august). I juni 2025 var 19 kvinner og 22 menn blant fastlegene. 30 av dem var spesialister i allmennmedisin, tilsvarende 73 prosent. Gjennomsnittsalderen til fastlegene var 50,6 år. 22 av legene hadde jobbet som fastlege i bydelen i mer enn fem år. Det var 13 legekontorer i bydelen, hvorav to solopraksiser.

Listetaket til legene i bydelen varierte fra 1000 til 2500, med et snitt på 1479. Per 28. august 2025 hadde 14 leger ledige plasser på sin liste, i alt 3413 ledige plasser. Det tilsvarte 5,1 prosent ledige plasser i forhold til folketallet i bydelen. I juni lå bydelen under måltallet. I tillegg var det én fastlege i bydelen som var finansiert av Helseetaten. Vedkommende hadde en rolle som bydelssomfattende lege for døve. 31 fastleger i bydelen hadde personer på venteliste. Det var 2160 personer på venteliste til leger i bydelen per 28. august.

I bydelens lokale legeplan inngikk en oversikt over demografisk utvikling og fremskriving som var satt i sammenheng med et behov for fremtidig rekruttering av fastleger.

I Bydel Grünerløkka hadde 11 fastleger lengre liste enn det som var avtalt i den individuelle avtalen. 14 hadde kortere liste, og 14 hadde lik liste som avtalt (inkludert to som hadde avtale om at listen kunne økes med 25 prosent). For to leger var det ikke avtalt maksimal listelengde. Bydel Grünerløkka hadde i det siste opplevd at det var flere leger som ønsket å øke listen sin.

### **Bydel Nordre Aker**

Bydel Nordre Aker hadde 52 selvstendig næringsdrivende fastleger per 1. juni 2025, en økning fra 48 i rapporteringen fra 2024. Det var 27 kvinner og 25 menn blant disse legene. 37 av dem var spesialister i allmennmedisin, det tilsvarer i overkant av 70 prosent. Gjennomsnittsalderen til fastlegene var 48,6 år. 30 av legene hadde jobbet som fastlege i bydelen i mer enn fem år. Det var 13 legekontorer i bydelen, hvorav én solopraksis.

I tillegg var 15 fastleger fast tilsatt av studenthelsetjenesten ved Universitetet i Oslo. Personer med tilknytning til universitetet som student, ansatt, pensjonert ansatt eller mindreårig barn av noen av disse kan velge å ha fastlege ved studenthelsetjenesten.

Listetaket til legene i bydelen varierte fra 500 til 2300, med et snitt på 1195. Som figur 5 viste, hadde bydelen per 28. august 2025 under 4 prosent ledig kapasitet hos fastlegene. Antallet ledige plasser varierer, slik at bydelen tidvis kan ligge over måltallet. 30 leger hadde personer på venteliste. Det var 1705 personer på venteliste til leger i bydelen per 28. august 2025.

Bydelen hadde ikke en lokal legeplan eller en skriftlig plan som viste det fremtidige behovet for fastleger. Bydelsoverlegen oppga at han fulgte med på forhold som påvirket behovet for fastlegetjenester i bydelen, for eksempel fastlegenes ønsker om listelengde eller boligbyggeprosjekter, og så hen til det ved planlegging av opprettelse av nye fastlegehjemler.

En tredjedel av legene i bydelen hadde lengre liste enn listelengden som var avtalt i individuell avtale, mens en tredjedel hadde kortere liste. For noen leger var det avtalt minimum listelengde i stedet for listetak. For fire leger var det ikke avtalt listelengde i avtalen. I tillegg manglet bydelen avtale med sju av fastlegene som hadde blitt tilsatt i mars 2020 eller tidligere. Bydelen forklarte at avtalene manglet i arkivet. Bydelen opplevde at flere fastleger enn tidligere ønsket kortere pasientlister.

### **Allmennmedisinske oppgaver i de to bydelene**

Bydelene benytter i noen grad fastleger for å løse andre allmennmedisinske oppgaver. Dette kan omfatte oppgaver som helsestasjons- og skolehelsetjeneste, helsestasjon for ungdom, migrasjonshelse og fengselshelsetjeneste. De allmennmedisinske oppgavene er knyttet til kapasitet av to grunner. For det første må bydelen sikre at de har tilstrekkelig fastlegekapasitet til å få løst de allmennmedisinske oppgavene. For det andre har fastleger rett til redusert pasientliste dersom de har slike oppgaver.

Det varierer mellom bydelene hvilke kommunale legeoppgaver som finnes, og om de benytter fastleger eller andre leger for å løse dem. I de to undersøkte bydelene ble fastleger i begrenset grad benyttet til offentlige oppgaver. I de tilfellene der bydelene benyttet fastleger til slike oppgaver, var det basert på frivillighet.

Bydel Grünerløkka hadde tre fastleger på timelønnet oppdrag innenfor migrasjonshelse, smittevern og helsestasjon. De individuelle avtalene med fastlegene i bydelen inneholdt en generell omtale av muligheten for tilplikting, men det var ikke avtalt konkrete oppgaver. Bydelen hadde på undersøkelsestidspunktet ikke noen egen skriftlig avtale med oppdragstakende leger. Men den fikk laget disse avtalene i august 2025 da Kommunerevisjonen

etterlyste dem. Bydel Grünerløkka oppga også at de hadde tre LIS1-leger som hadde tjenestetid og veiledning ved sykehjem og/eller helsehus.

Bydel Nordre Aker hadde hatt en avtale med en fastlege om å dekke behovet for legetjenester på et flyktningmottak i bydelen en gang i uken. Arbeidet var senere blitt overtatt av en pensjonert fastlege. Bydelen hadde inngått oppdragsavtaler med de aktuelle legene. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten i bydelen hadde egne avtaler med leger som ikke var fastleger.

Ellers oppga bydelen at den benyttet fastleger i forbindelse med noen prosjekter. I slike tilfeller fikk legene kompensasjon for å stille på møter. De individuelle avtalene inneholdt en generell omtale av muligheten for tilplikting. Noen eldre individuelle avtaler i Bydel Nordre Aker inneholdt en beskrivelse av tjeneste ved helsestasjon eller lignende som ikke lenger gjaldt.

### 4.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker fulgte med på kapasiteten i fastlegetjenesten og iverksatte tiltak blant annet i form av utlysning av nye hjemler for å bidra til tilstrekkelig kapasitet. Bydel Nordre Aker hadde ikke en lokal legeplan, til tross for at det ligger som et tiltak i den sentrale legeplanen bystyret har vedtatt.

Den ledige listekapasiteten hos fastlegene varierte mye. Begge bydelene hadde, på ulike tidspunkt, kapasitet under kommunens måltall i løpet av 2025.

Lav kapasitet i fastlegetjenesten kan gå ut over bydelens evne til å sikre innbyggernes rett til å bytte fastlege eller innhente en fornyet vurdering fra en annen fastlege. Begge bydelene hadde et betydelig antall leger med lengre liste enn det som var avtalt i den individuelle avtalen.

I begge bydeler var det fastleger som ikke hadde avtalt listetak i den individuelle avtalen, slik fastlegeforskriften krever. Kommunerevisjonen merker seg at Bydel Grünerløkka frem til undersøkelsestidspunktet ikke hadde noen skriftlig avtale om allmennmedisinske oppgaver med fastleger som utførte disse oppgavene i bydelen. Bruken av fastleger til slike oppgaver kan påvirke fastlegenes kapasitet til annet pasientrettet arbeid.

Manglende avtalefesting gir bydelene dårligere oversikt og kontroll over fastlegenes listelengde og andre sider ved fastlegenes arbeid. Det er en ulempe med tanke på planlegging av kapasitet i tjenesten og kan gjøre det vanskeligere å løse eventuelle uenigheter.

## 5 Tilrettelegging for samarbeid mellom bydel og fastlege

I dette kapittelet redegjør vi for og vurderer bydelenes samarbeid med fastlegene, i form av møter og gjennom utveksling av elektroniske meldinger (PLO-meldinger). Hjemmetjenesten i bydelene brukte PLO-meldinger (pleie- og omsorgsmeldinger) for å kommunisere med fastlegene, og meldingene er viktige for å sikre informasjonsutveksling mellom hjemmetjeneste og bydel om den enkelte pasient.

Det er to typer møter som er beskrevet i rammeavtalen mellom Oslo kommune og Legeforeningen:

*Allmennlegeutvalget er et forum for samarbeid mellom fastlegene i bydelen. Bydelens rolle er å bidra til at det er et allmennlegeutvalg der alle fastleger er deltakere. Allmennlegeutvalget representerer fastlegene overfor bydelen og har fullmakt blant annet til å fremme saker overfor samarbeidsutvalget.*

*Samarbeidsutvalget er et forum for samarbeid mellom bydelen og fastlegene. Utvalget skal ha møte minst halvårlig og ellers etter behov. Samarbeidsutvalget skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte.*

### 5.1 Revisjonskriterium

- Bydelen skal legge til rette for samarbeid mellom bydelen og fastlegene og bør følge opp at samarbeidsutvalgene fungerer etter hensikten.

### 5.2 Faktabeskrivelse

#### **Møtevirksomhet og samhandling mellom fastleger og bydel**

Både Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker hadde tillitsvalgte fastleger som var valgt av allmennlegeutvalget.

I begge bydelene mottok fastleger en økonomisk kompensasjon for å delta på møter i egenskap av å være tillitsvalgt, det vil si i samarbeidsutvalget eller dersom de deltok som tillitsvalgt på intervjuer med fastleger i forbindelse med rekruttering. I Bydel Grünerløkka fulgte størrelsen på kompensasjonen av byrådsavdelingens brev om basistilskudd og honorar til fastleger, der det var angitt satser for kommunalt allmennmedisinsk arbeid. Per 30. juni 2025 var honoraret per time 1194 kr for spesialister og 1046 for ikke-spesialister etter disse satsene. I Bydel Nordre Aker ble deltakelse på samarbeidsutvalgsmøter godtgjort i henhold til Reglement for godtgjøring av folkevalgte verv i Oslo kommune, punkt 5, kategori 3 (medlemmer). Det tilsvarte 981 kr.

Når det gjaldt andre kanaler for samarbeid og informasjonsdeling mellom bydelen og fastlegene, benyttet begge bydelene seg av e-post for å videresende informasjon til fastlegene i bydelen.

Bydel Grünerløkka

I Bydel Grünerløkka var det blitt avholdt ett møte i samarbeidsutvalget i 2022, ett i 2023, to i 2024 og så langt ett i 2025. Det var ett år mellom det siste møtet i 2024 og møtet i 2025. På møtene orienterte bydelen blant annet om endringer som var av betydning for fastlegene, knyttet til budsjett, personal med videre, om oppsigelser og nye hjemler blant fastlegene og om bydelstjenester. Representanter for fastlegene og fra bydelen var til stede. Møtedeltakerne spilte inn til agenda for neste møte.

I allmennlegeutvalget var det blitt holdt møter to til tre ganger i året mellom 2022 og 2024. Det forelå referat fra alle møtene. På de to møtene i 2024 der det fremgår av referatet hvem som deltok, var det henholdsvis 9 og 11 av 13 legekontorer som var representert. De legekantorene som ikke deltok den ene gangen, deltok den andre gangen. Noen legekantorer deltok med flere representanter. Bydelen oppga at alle fastleger får en påminnelse om obligatorisk deltakelse før hvert møte. Bydelen deltok og informerte på møtene. Både legene og bydelen tok opp saker. Bydelen presenterte for eksempel ulike tilbud til pasienter som fantes i bydelen, den tillitsvalgte fastlegen informerte om saker som handlet om fastlegenes arbeidsbetingelser, og det ble gitt informasjon om hva som var blitt diskutert i samarbeidsutvalget.

Bydel Grünerløkka samlet opp informasjon som skulle videresendes, og sendte ut et fast fredagsbrev til fastlegene. De hadde som et tiltak i sin legeplan å tilby fastlegene medarbeidersamtaler, men oppga at det ikke var noen interesse fra legene for det. Fastleger hadde deltatt i bydelens arbeid med lokal legeplan.

Bydel Nordre Aker

I Bydel Nordre Aker hadde det per august 2025 ikke vært avholdt møter i samarbeidsutvalget dette året. I 2024 ble det avholdt møter 27. juni og 25. september. I 2023 var det ingen møter i samarbeidsutvalget, men det ble avholdt et møte i november 2022. Det forelå referater fra møtene. Representanter for fastlegene og fra bydelen var representert.

I allmennlegeutvalget var det blitt holdt et møte 31. mai 2025. Bydelen deltok på første del av møtet. Bydelsdirektøren orienterte om bydelsreform, avdelingsdirektøren for helse og mestring orienterte om bydelens tjenester, og bydelsoverlegen fortalte om status for fastlegetjenesten i bydelen. Det var 36 deltakere på møtet, og med unntak av ett var alle legekantorene i bydelen representert. Andre del av møtet var med kun fastlegene til stede. Bydelen fikk ikke referat fra legenes møte. Dette var det første møtet i allmennlegeutvalget siden 24. november 2022. Bydelsoverlegen oppga at noe av grunnen til at det ikke var blitt holdt møter i 2023 og 2024, var at han hadde hatt langvarig fravær.

Bydel Nordre Aker oppga at de videresendte informasjon til fastlegene løpende. Bydelsoverlegen i Bydel Nordre Aker fortalte at han hadde besøkt nyoppstartede legekantorer, og at han hadde tenkt å besøke alle legekantorene i bydelen på sikt.

**Samarbeid mellom hjemmetjenesten og fastlegene om pasienter**

Hjemmetjenesten i bydelene brukte først og fremst PLO-meldinger for å kommunisere med fastlegene. PLO står for «pleie og omsorg».

I Bydel Grünerløkka opplevde hjemmetjenesten at mange leger var gode til å svare på slike meldinger i tide. Samtidig var det noen leger som ikke svarte, eller som svarte sent, etter gjentatte purringer. Også hjemmetjenesten i Bydel Nordre Aker opplevde at det varierte mellom fastlegene og de ulike legekontorene hvor raskt de svarte på meldinger. Mange av samhandlingsavvikene som ble meldt inn i bydelene, handlet om manglende eller sene svar. Manglende eller sene svar på PLO-meldinger var ikke blitt tematisert i møter i samarbeidsutvalget eller allmennlegeutvalget.

Hjemmetjenestene i begge bydeler opplevde et godt samarbeid med flere av fastlegene. I de tilfellene der samarbeidet fungerte bra, handlet det om at fastlegen kjente pasienten og pasientens historikk godt, hadde tett dialog med hjemmetjenesten og forsto hvordan hjemmetjenesten fungerte. I begge bydeler hadde hjemmetjenesten opplevd at fastleger kviet seg for å involvere seg i vanskelige pasientsituasjoner. Slike situasjoner kunne handle om behov for vurdering av samtykkekompetanse og iverksetting av tvangstiltak eller utskriving av medikamenter til pasienter i terminalfase. Hjemmetjenestene i begge bydeler oppga at de ønsket seg en egen lege i hjemmetjenesten.

Hjemmetjenesten i Bydel Grünerløkka uttrykte ønske om å få delta på et av bydelens møter med fastlegene, og fortalte at hjemmetjenesten ikke var blitt invitert til noe slikt møte de seneste årene. Avdelingsdirektøren for helse og mestring i Bydel Nordre Aker, som var ansvarlig for hjemmetjenesten, hadde vært til stede på et møte i allmennlegeutvalget i 2025.

En lege som Kommunerevisjonen snakket med, bemerket at fastlegene har pasienter fra mange forskjellige bydeler. Hun viste til at det var krevende for legene å orientere seg om tilbudene i ulike bydeler, ettersom de var forskjellige. Legen ønsket derfor at kommunen hadde bedre informasjon om dette på hjemmesidene sine.

Hjemmetjenesten viste til at det var enklere å få til et godt samarbeid med fastlegen dersom legen tilhørte deres bydel. I Bydel Grünerløkka viste hjemmetjenesten i den forbindelse til at det var enklere å forholde seg til bydelsoverlegen i egen bydel. I Bydel Nordre Aker beskrev hjemmetjenesten logistikk og avstander i forbindelse med levering av prøver og så videre som det mest utfordrende når en bruker hadde fastlege i en annen bydel. Hjemmetjenesten opplevde en forventning hos fastleger om at de skulle kjøre rundt til brukere og ta prøver som de så leverte til fastlegene. Det var en utfordring fordi det tok mye tid, og fordi det var bruk for fagpersonene hos brukerne.

### 5.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Bydelene hadde gjennom PLO-meldinger og allmennlegeutvalg lagt til rette for samarbeid mellom bydelen og fastlegene. Det var en svakhet at det i Bydel Nordre Aker over lengre tid ikke hadde vært avholdt allmennlegeutvalgsmøter. Både bydelen og fastlegene skal bidra til at disse møtene avholdes.

Manglende avholdelse av møter i samarbeidsutvalget i begge bydelene kan tyde på at samarbeidsutvalgene ikke fungerte som tiltenkt. Når samarbeidsutvalgene ikke fungerer som tiltenkt, svekkes en kanal for kommunikasjon og samarbeid for bydelen og fastlegene som er viktig blant annet for målsettingen om at fastlegene skal være integrert i kommunens helse- og omsorgstjenester.

## 6 Tilgjengelighet

I dette kapittelet redegjør vi for fastlegenes oppfyllelse av kravene til tilgjengelighet og vurderer bydelens oppfølging på området.

### 6.1 Revisjonskriterium

- Bydelen skal sørge for at fastlegene i bydelen overholder kravene til tilgjengelighet.

Det stilles en rekke konkrete krav til fastlegenes tilgjengelighet i lov- og avtaleverk. Kravene i regelverket omfatter åpningstid på legekantorene, svartid på telefon, mulighet for elektronisk timebestilling, ventetid for konsultasjon, mulighet for hjemmebesøk av fastlegen og fraværskning. Det er grunnleggende for pasientene at de kan komme i kontakt med fastlegen sin og få tid til konsultasjon innen lovfristen når de har behov for helsehjelp. Fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid.

### 6.2 Faktabeskrivelse

Pasient- og brukerombudet opplyste at tilgjengelighet var tema i en større andel av henvendelsene de fikk fra Oslo enn fra andre steder i landet. Disse henvendelsene dreide seg om at det var vanskelig å komme gjennom på telefonen, og at det var lang ventetid på time hos fastlegen.

Bydel Grünerløkka viste til at åpningstider fremgikk på hjemmesidene til alle legekantorene utenom ett. Bydelen oppga å ha fulgt dette opp med det aktuelle kontoret. De opplyste også at de fikk få klager på tilgjengelighet. Bydel Nordre Aker oppga at de hadde lite informasjon om tilgjengeligheten ved fastlegkantorene, men fortalte at publikum var flinke til å gi tilbakemeldinger. Kontroller av tilgjengelighet forekom ifølge bydelen dersom det ble meldt avvik.

#### 6.2.1 Åpningstid på legekantorene

Kommunerevisjonen har gjennomgått de individuelle avtalene med fastlegene i de to bydelene. Videre har vi innhentet informasjon om faktisk åpningstid fra legekantorenes hjemmesider, på telefon eller gjennom observasjon – sistnevnte dersom legekantoret ikke hadde en hjemmeside med informasjon.

De fleste individuelle avtalene med fastlegene i de to bydelene inneholdt en oversikt over avtalt åpningstid for legekantoret. To individuelle avtaler i Bydel Grünerløkka hadde ikke med bestemmelser om åpningstid. Seks leger i Bydel Grünerløkka hadde en åpningstid for kontoret som var mer enn 30 minutter kortere enn det som var avtalt i den individuelle avtalen.

I Bydel Nordre Aker var det ni leger som enten ikke hadde en individuell avtale, eller som hadde en avtale uten bestemmelser om åpningstider. 14 leger hadde en åpningstid på kontoret som var mer enn 30 minutter kortere enn det som var avtalt. Ett kontor hadde en ordinær åpningstid på 19,5 timer i uken.

For legekantorene som hadde en faktisk åpningstid som avvek fra det som var avtalt i den individuelle avtalen, dreide det seg i de fleste tilfeller om en halvtime senere åpningstid, lunsjpause, forkortet åpningstid én eller flere dager i uken eller kombinasjoner av disse.

### 6.2.2 Tilgjengelighet på telefon og elektronisk timebestilling

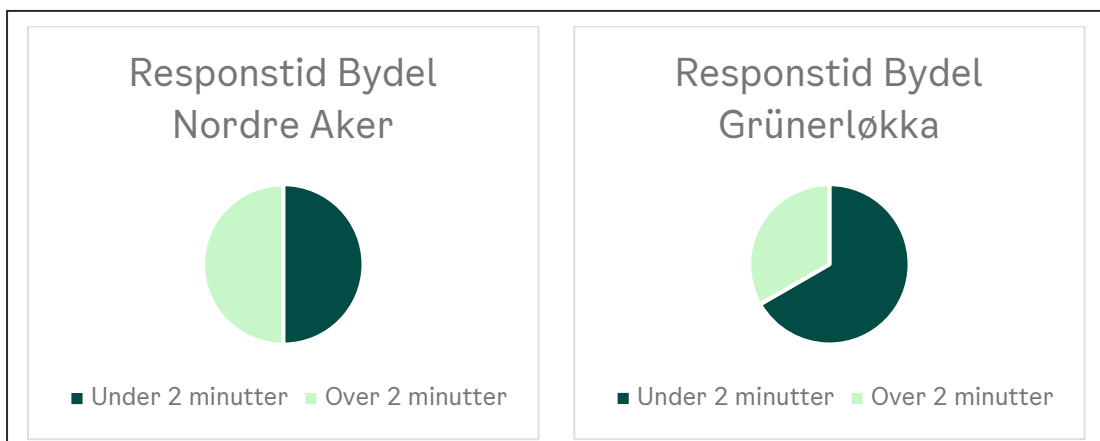
Fastlegekontorenes daglige telefontid i de to bydelene varierte mellom 30 minutter og 9 timer.

I Bydel Grünerløkka hadde 18 fastleger mer enn 30 minutter kortere telefontid enn det som var avtalt i den individuelle avtalen. I tillegg var det to fastleger som ikke hadde avtalt telefontid i den individuelle avtalen. Avviket i åpningstid på telefon var på inntil 5 timer per dag.

I Bydel Nordre Aker hadde 17 fastleger mer enn 30 minutter kortere telefontid enn avtalt. I tillegg var det fire fastleger som ikke hadde avtalt telefontid. Fire av de 14 legene med kortere åpningstid på telefon hadde også kortere åpningstid ved kontoret enn det som var avtalt. Ett av disse kontorene hadde en telefontid på kun 30 minutter, som var forbeholdt pasienter som trengte å bestille time akutt. Det var det samme kontoret som hadde åpent under 20 timer i uken. Avviket i åpningstid på telefon var på inntil 5 timer per dag.

Kommunerevisjonen har gjennomført en stikkprøvekontroll for å undersøke tilgjengeligheten til fastlegene i de to bydelene. Stikkprøvegjennomgangen viste at halvparten av anropene til legekantorene i Bydel Nordre Aker ble besvart innen to minutter. I Bydel Grünerløkka var andelen to tredjedeler. Fordelingen er vist i figur 7.

Figur 7 Responstid på telefon i Bydel Nordre Aker og Bydel Grünerløkka



Note: N = 24, 12 kontorer i hver bydel. Resultater fra Kommunerevisjonens stikkprøveundersøkelse.

Responstiden varierte fra 5 sekunder på det korteste til 13 minutter og 30 sekunder på det lengste. I det siste tilfellet ble pausemusikken avsluttet og samtalen automatisk lagt på etter denne ventetiden. Sekretæren ringte tilbake kort tid etterpå. Ett legekantor i Bydel Grünerløkka hadde ikke et fungerende telefonnummer på undersøkelsestidspunktet og var dermed ikke tilgjengelig på telefon. Da Kommunerevisjonen forsøkte noen uker senere, fungerte imidlertid nummeret.

Ved noen legekantorer var det fastlegene selv som svarte på telefonen, mens de fleste hadde én eller flere sekretærer som svarte på telefoner. Sekretærene hadde ofte andre oppgaver i tillegg, og ventetiden på telefon kunne bli lengre hvis sekretæren var opptatt med andre oppgaver. Noen forklarte at ventetiden var lengre enn vanlig den dagen vi ringte, på grunn av sykdomsfravær.

Vi fikk opplyst av flere legekontorer at svartiden kunne være betydelig lengre på starten av dagen enn den var da vi ringte. En halvtime var for eksempel ikke uvanlig.

Hjemmetjenesten oppga at det var vanskelig å komme frem til fastlegene på telefonen, og at det tok mye av deres tid. Begrenset åpningstid på telefonen hos fastlegene kunne også være en utfordring for dem. Ansatte i hjemmetjenesten kunne ha behov for å ringe fastlegekontorene for å etterlyse svar på en PLO-melding, eller fordi de hadde en akutt problemstilling som gjaldt en av deres brukere. Noen få fastlegekontorer hadde et eget telefonnummer som samarbeidspartnere, slik som hjemmetjenesten, kunne ringe.

Rådata fra Folkehelseinstituttets pasientundersøkelse som Kommunerevisjonen har fått tilgang til, inkluderte svar på spørsmål om legekantorenes tilgjengelighet på telefon. Beregninger Kommunerevisjonen har gjort, viser at Oslo hadde en snittskår på 70 (skala fra 0 til 100, hvor 100 er best). Resultatene for Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker var noe lavere, med en skår på henholdsvis 66 og 67.

Pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp blir på flere av legekantorenes hjemmesider oppfordret til å ringe på morgenen. Noen kontorer oppfordret pasienter som ikke har behov for øyeblikkelig hjelp, til å unngå å ringe på morgenen. Et par kontorer oppfordret til ikke å ringe dem i det hele tatt, og henviste i stedet til elektronisk timebestilling.

Alle legekantorene i de to bydelene hadde mulighet for elektronisk timebestilling.

Digitaliseringsdirektoratet (Digdir) har beregnet at hver femte innbygger ikke er i stand til å bruke digitale tjenester.<sup>2</sup> Det er spesifisert i departementets merknad til fastlegeforskriften at timebestillinger hos fastlegen skal kunne gjøres på både telefon, SMS, e-post og nettportal.

### 6.2.3 Tilgjengelighet for konsultasjoner

Som en del av telefonundersøkelsen spurte vi også om når første tilgjengelige time for ordinær konsultasjon var ved legekantorene. I Bydel Grünerløkka var det seks av de tolv legekantorene som oppga at en lege ved kontoret hadde ledig time for en ordinær konsultasjon innen fem virkedager.

I Bydel Nordre Aker var det ved ti av de elleve undersøkte kantorene mulig å få time til konsultasjon innen fem virkedager.

I begge de to bydelene var det ulik ventetid for leger ved samme kontor. Ventetiden for ordinær time hos fastlegene varierte fra at det var mulig å få time samme dag eller påfølgende dag på det minste, til to–tre uker, én måned eller opptil to måneder på det meste.

De fleste legekantorene i begge bydelene oppga at de hadde satt av tid til øyeblikkelig hjelp hver dag.

---

<sup>2</sup> [Kor mange opplever digitalt utanforskap?](#)

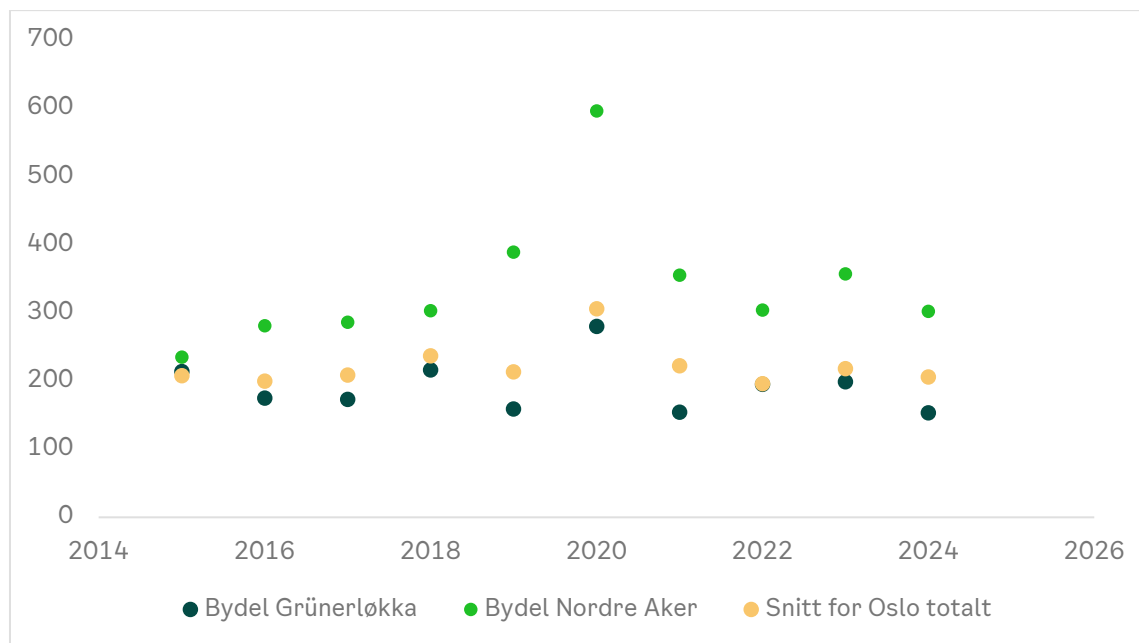
Tilgjengelighet er et av områdene der brukerne gir dårligst skår på spørsmål om fastlegetjenesten – seks av ti i Folkehelseinstituttets pasientundersøkelse. Det er omtrent på nivå med landsgjennomsnittet.

Beregninger Kommunerevisjonen har gjort med rådata fra Folkehelseinstituttets pasientundersøkelse, viser at 26 prosent av pasientene i Oslo opplevde at ventetiden for å få time hos fastlegen ikke var akseptabel. I undersøkelsen var det opp til respondenten selv å definere hva som var akseptabel ventetid. I Bydel Grünerløkka og i Bydel Nordre Aker var tilsvarende andel henholdsvis 28 prosent og 34 prosent.

#### 6.2.4 Hjemmebesøk

Noen pasienter er ikke i stand til å oppsøke legekontoret for å få nødvendig helsehjelp. For at disse pasientene skal ha tilgang til legetjenester, skal fastlegen deres gjøre hjemmebesøk ved behov. Figur 9 viser utviklingen i antall hjemmebesøk som er foretatt av fastleger, i alle bydelene mellom 2015 og 2024.

Figur 8 Antall hjemmebesøk av fastleger i bydelene 2015–2024



Note: Kilden er KUHR-databasen. KUHR står for kontroll og utbetaling av helserefusjoner Bruk av takst 11a sykebesøk. Omfatter alle fastleger, inkl. selvstendig næringsdrivende, fast ansatte og LIS1. Uvektet gjennomsnitt.

Figur 8 viser at antallet hjemmebesøk foretatt av fastlegene svinger noe. Det ble gjennomgående utført et høyere antall hjemmebesøk i 2020, det første pandemiåret, enn i de øvrige årene. Utover det er utviklingen relativt flat, til tross for at det antakelig blir stadig flere eldre og syke som bor hjemme. Antallet hjemmebesøk i Bydel Nordre Aker ligger over snittet for Oslo totalt, mens fastlegene i Bydel Grünerløkka foretar noe færre hjemmebesøk enn snittet.

Hjemmetjenesten i Bydel Grünerløkka hadde erfaring med fastleger som ikke ville foreta hjemmebesøk. Ifølge hjemmetjenesten viste fastlegene i disse tilfellene til at de ikke hadde kapasitet til å foreta slike besøk, og ba i stedet om at legevakt ble kontaktet. Bydelen oppga at

når de får henvendelser fra hjemmetjenesten om leger som ikke ønsker å ta hjemmebesøk, tar de kontakt med legene det gjelder.

### 6.2.5 Fraværdekning

Helseetaten har etablert en rutine med å skaffe oversikt over tilgjengelighet i ferieperioder (jul/påske/sommer) for å påse at fastlegene har kollegial fraværdekning, og for å samordne forventninger med hensyn til åpningstid i disse periodene. Etaten sender da en bestilling til bydelene, som så innhenter informasjon om åpningstiden for sine fastleger og oversender den til Helseetaten. De to bydelene i undersøkelsen fulgte opp disse bestillingene.

Fraværdekning var generelt omtalt i de individuelle avtalene i de to bydelene.

Hjemmetjenesten i Bydel Grünerløkka hadde erfaring med at noen fastlegekontorer ikke sørget for fraværdekning for å svare på PLO-meldinger. Det resulterte i at slike meldinger ble liggende ubesvart.

## 6.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Bydelene ga i de fleste fastlegeavtalene føringer om åpningstid, og de innhentet informasjon om fraværdekning i forbindelse med ferier på bakgrunn av bestilling fra Helseetaten. Utover det fulgte ikke bydelene med på fastlegekontorenes tilgjengelighet med mindre de fikk klager.

Kommunerevisjonens undersøkelse viser at åpningstid ikke var avtalt i de individuelle avtalene til flere fastleger. Videre viser undersøkelsen at mange fastlegekontorer i begge bydelene har kortere åpningstid og kortere telefontid enn det som er avtalt i de individuelle avtalene.

Undersøkelsen tyder videre på at det ofte er lengre ventetid på telefon til legekontorene enn det fastlegeforskriften tilsier. Enkelte fastleger har vesentlig lengre ventetid på konsultasjon enn de fem dagene som er angitt i forskriften. Ett legekontor i Bydel Nordre Aker brøt med flere av forskriftens krav til tilgjengelighet ved å ha svært begrenset ordinær åpningstid og ikke være tilgjengelig på telefon. Det er heller ikke i tråd med forskriften når fastleger ikke gjennomfører hjemmebesøk i de tilfellene der det er behov for det, slik hjemmetjenesten i Bydel Grünerløkka oppga at forekom. Kommunerevisjonen merker seg at bydelen oppgir at den følger opp de aktuelle fastlegene når den får beskjed om fastleger som ikke vil foreta hjemmebesøk.

Etter Kommunerevisjonens vurdering hadde bydelene ikke i tilstrekkelig grad sørget for at fastlegene overholdt kravene til tilgjengelighet. Det er viktig for pasientenes helse og trygghet at de kan komme i kontakt med fastlegen sin og få time til konsultasjon innen rimelig tid. Manglende tilgjengelighet gir risiko for at pasienter ikke får den hjelpen de har rett til hos legen sin.

## 7 Internkontroll

Kommunen er overordnet ansvarlig for kvaliteten i fastlegetjenesten. I dette kapittelet redegjør vi for og vurderer bydelenes internkontroll overfor fastlegene.

### 7.1 Revisjonskriterium

- Bydelen skal gjennom internkontroll sørge for at fastlegetjenesten er i tråd med krav i lov og forskrift.

Med internkontroll menes her å planlegge, legge til rette for og kontrollere at fastlegene oppfyller kravene til tjenesten.

### 7.2 Faktabeskrivelse

Ansvar for oppfølging av fastlegetjenesten lå i begge bydelene hos bydelsoverlegen. Bydelsoverlegen i Bydel Grünerløkka var spesialist i samfunnsmedisin. Bydelsoverlegen i Bydel Nordre Aker var spesialist i allmenn- og samfunnsmedisin og hadde selv jobbet som fastlege i en årrekke. I Bydel Grünerløkka var det to personer i tillegg til bydelsoverlegen som hadde oppfølging av fastlegetjenesten som en del av sitt arbeid. I Bydel Nordre Aker fikk bydelsoverlegen støtte til administrering av ordningen fra én person, som gjorde dette i tillegg til flere andre arbeidsoppgaver.

Begge bydelene oppga at de brukte mye tid og ressurser på å følge opp administrative sider ved fastlegetjenesten. Bydel Grünerløkka viste til at mange av arbeidsoppgavene utføres manuelt, med sending av papirdokumenter frem og tilbake.

#### 7.2.1 Bydelenes planlegging

Et aktuelt virkemiddel for å planlegge for at fastlegene oppfyller krav til tjenesten, er legeplaner. En lokal legeplan er et styringsverktøy som blant annet skal bidra til at bydelene legger planer for utvikling av tjenesten og hvordan kvalitet skal følges opp.

Bydel Grünerløkka hadde en legeplan som bydelsutvalget ble informert om i januar 2022. Bydelen hadde i juni 2024 gjort en evaluering av planen og mente der at planen hadde fungert delvis i tråd med formålet. De viste til flere tiltak som var gjennomført for å forbedre kvaliteten i tjenesten. Eksempler på tiltak var flere fastleger, at leger som ønsket det, hadde fått redusert sine lister, og at bydelen hadde jobbet for redusert vikarbruk og høy trivsel blant legene. Bydelen oppga at den skulle oppdatere legeplanen i løpet av 2025.

Bydel Nordre Aker hadde et utkast til legeplan fra 2020 som ikke var blitt ferdigstilt. Bydelen hadde på undersøkelsestidspunktet ikke en legeplan, men oppga at de hadde gjenopptatt arbeidet med sikte på å ferdigstille legeplanen i løpet av 2025.

#### 7.2.2 Bydelenes tilrettelegging

Aktuelle virkemidler for å legge til rette for at fastlegene oppfyller kravene til tjenesten, er individuelle avtaler, oppfølging av disse (kontraktstyring) og innhenting av styringsinformasjon.

### Individuelle avtaler og kontraktstyring

Bydel Grünerløkka hadde individuelle avtaler med alle fastlegene i bydelen. Bydel Nordre Aker fant ikke individuelle avtaler for sju av de 52 selvstendig næringsdrivende fastlegene. Avtalene i Bydel Nordre Aker ble sjelden eller aldri oppdatert, selv ved større endringer som oppstart av egen praksis. De eldste avtalene var fra år 2000, og var da inngått mellom fastlegen og en bydel som opphørte å eksistere med bydelsreformen i 2004, for eksempel Bydel Sogn. Bydel Grünerløkka påpekte at kontaktsmalene i kommunen fremsto som utdaterte og lite tilpasset dagens behov.

I kapittel 4.2 fremkommer det at det var flere tilfeller av avvik i begge bydelene mellom det som var avtalt i de individuelle avtalene med hensyn til listelengde, og fastlegenes faktiske listelengde. I kapittel 6.2.1 fremkommer det at det var flere tilfeller av avvik i begge bydelene mellom det som var avtalt i de individuelle avtalene med hensyn til åpningstider, og faktiske åpningstider ved legekantorene. I disse kapitlene er det også beskrevet at det i begge bydeler var flere avtaler som ikke inneholdt forskriftsmessige krav til listelengde eller åpningstider.

### Innhenting av styringsinformasjon

Begge bydelene fikk informasjon om fastlegetjenesten fra Helfo og innhentet til tider det som ligger åpent tilgjengelig på Helsenorge. Dette omfatter informasjon om fastlegenes listelengde og hvorvidt det er ledige plasser på fastlegenes lister. Det er også mulig å innhente informasjon om takstbruk fra KUHR-databasen (kontroll og utbetaling av helserefusjoner), som blant annet viser hjemmebesøk. Bydelene innhentet ikke informasjon fra KUHR.

Det er også annen informasjon om fastlegene man kan innhente uten å kontakte fastlegene direkte, for eksempel på nettsidene til legekantorene. Bydel Grünerløkka oppga at de benyttet fastlegekantorenes nettsider, og at de supplerte med innhenting av informasjon på telefon ved behov. Videre oppga de at de hadde vært i dialog med legekantorene som ikke hadde oppdaterte hjemmesider, for å få dem til å oppdatere. Bydel Nordre Aker viste til at de hadde lite informasjon for eksempel om tilgjengelighet, men at de fikk beskjed om avvik fra publikum, hjemmetjenesten og leger.

I de fleste fastlegeavtalene i de to bydelene var det skrevet at fastlegen kunne bli bedt om å avgi grunnlagsdata til bydelen. Bydelen innhentet imidlertid i liten grad informasjon fra fastlegene selv, og viste til at § 29 i fastlegeforskriften om innhenting av dokumentasjon fra fastlegekantorene ikke var trådt i kraft. Grunnen til at denne bestemmelsen ikke har trådt i kraft, er mangelfulle verktøy for datauttrekk. Bydelsoverlegene oppga at de brukte mye tid på uformell dialog med fastleger, for eksempel ved at fastlegene tok kontakt med dem om ulike problemstillinger. Det kunne for eksempel handle om konflikter mellom leger ved et legesenter.

Helseetaten inviterte i august 2025 bydelene til å gi samtykke til å dele data mellom bydelene og legevakten i Oslo for blant annet å gi bydelene tilgang til tall som viser innbyggernes bruk av legevakt. Dette skulle bidra til å styrke bydelenes arbeid med kvalitetsoppfølging og samhandling. Data skulle tilgjengeliggjøres ved hjelp av et Power BI-dashboard. Løsningen skulle etter planen gradvis ruller ut høsten 2025.

Ingen av bydelene innhentet informasjon fra pasienter, brukere eller pårørende når det gjaldt fastlegene. De viste til at det ville være krevende, blant annet fordi innbyggere i bydelen kan ha

fastlege i en annen bydel, og at det derfor ikke ga mening med en slik undersøkelse på bydelsnivå.

Folkehelseinstituttet gjennomfører spørreundersøkelser blant pasienter som inkluderer utvalg fra alle bydelene i Oslo. Beregninger Kommunerevisjonen har gjort på rådata fra undersøkelsene, viser blant annet at 83 prosent av pasientene i Oslo i stor grad eller i svært stor grad er fornøyd med fastlegen sin. Tilsvarende tall for Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker er henholdsvis 79 og 82 prosent. Byrådsavdeling for helse og Helseetaten oppga at de kjente til disse undersøkelsene.

### 7.2.3 Bydelenes kontroll

Aktuelle virkemidler for å kontrollere at fastlegene oppfyller kravene til tjenesten, er avvikshåndtering, systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og risikovurderinger.

#### **Avviksoppfølging og klagebehandling**

Bydel Grünerløkka opplyste at de fleste avvikene de registrerte, handlet om manglende svar fra fastleger på PLO-meldinger fra hjemmetjenesten, eller andre samhandlingsavvik. Det var registrert 13 slike avvik i 2023 og 14 i 2024. Avvikene ble registrert av hjemmetjenesten, og bydelen fulgte opp ved å kontakte den legen det gjaldt. Hjemmetjenesten oppga at de savnet å få tilbakemelding når de meldte inn et avvik, og at det varierte om fastlegen faktisk endret sin praksis utover for det konkrete tilfellet som ble meldt inn.

Bydel Grünerløkka oppga at informasjon om avvik som skal videreformidles til en annen bydel, typisk fordi innbyggerens lege holder til i en annen bydel, sendes som e-post. Bydelen mente det ville være hensiktsmessig med et felles, overordnet system for samhandling for bydelen, fastlegekontorene og sykehusene. Da kunne avvikene legges inn og besvares. Utfordringene med dette var knyttet til personvernbestemmelser, ifølge bydelen.

I Bydel Nordre Aker var det blitt registrert fem samhandlingsavvik i 2023 og tolv i 2024. Hendelsene handlet om manglende svar, manglende oppfølging av pasient, for eksempel ikke gjennomført hjemmebesøk, og medisinhåndtering. Rutinen ved slike avvik var at de skulle behandles av linjelederen, og at bydelsoverlegen ble involvert dersom man ikke oppnådde dialog med den aktuelle fastlegen.

Pasienter som ønsker å klage på fastlegen sin, kan henvende seg til den aktuelle fastlegen eller legekontoret vedkommende jobber på, eller klage direkte til Statsforvalteren. Det kan for eksempel være klager som gjelder feil i behandlingen. Statens helsetilsyn er da overordnet myndighet. Tilsynet er innrettet som et individtilsyn, og kommunen varsles ikke om at det blir opprettet en tilsynssak mot en fastlege. Tilsynsmyndighetene skal varsle bydelen dersom en fastlege bydelen har avtale med, blir ilagt en reaksjon, ettersom dette påvirker bydelen. Ifølge bydelsoverlegen i Bydel Nordre Aker hadde det vært tilfeller der bydelen ikke var blitt varslet om reaksjoner mot fastleger.

Bydel Grünerløkka oppga at de hadde mottatt et par klager i året på manglende tilgjengelighet og mellom én og tre klager i året som handlet om faglige sider ved legetjenesten, for eksempel

kommunikasjon, manglende henvisning eller legens faglige vurderinger. Klager var ofte sammensatt av flere forhold.

Helfo foretar kontroller av oppgjørskrav fra fastleger. Dersom Helfo avdekker alvorlige feil, kan fastlegen miste retten til å praktisere på trygdens regning i en periode på inntil fem år. Bydelen skal i tilfelle informeres om dette. Bydel Grünerløkka oppga at de i snitt fikk ett varsel i året fra Helfo om fastleger som mistet retten til å praktisere på trygdens regning.

Bydelene behandler selv klager som gjelder organisatoriske forhold ved fastlegetjenesten, slik som ventetid for å få time og tilgjengelighet på telefon, og gebyrer i forbindelse med ulike betalingsordninger. I den forbindelse er det aktuelt for bydelene å ta kontakt med den aktuelle fastlegen for å følge opp. Bydelene blir også involvert i forbindelse med avgjørelser mot fastlegene fra andre klageinstanser. Ved faglige pålegg skal bydelen involveres i opplegget for veiledning, mens bydelen må sikre at det kommer på plass vikar, eller at hjemmelen lyses ut, dersom en lege mister autorisasjonen eller retten til å praktisere på trygdens regning.

Bydel Grünerløkka oppga at de mottok skriftlige klager fra innbyggerne via postmottak og meldingsskjema, og muntlig på telefon. Antallet klager måtte telles manuelt. Bydelen henviste videre til Statsforvalteren dersom klagen handlet om kvaliteten på den medisinske behandlingen. Bydelen vurderte at det kunne være utfordrende for innbyggerne å vite hvor de skulle henvende seg med klager.

Bydel Nordre Aker viste til at de mottok klager fra pasienter på e-post og telefon. De hadde ikke en samlet oversikt over klager eller hva klagen handlet om. De fleste av disse henvendelsene førte ikke til klagesak, men ble ifølge bydelen løst ved at bydelsoverlegen ba fastlegen initiere dialog med pasienten og så melde tilbake. I slike tilfeller ble saken ikke dokumentert, og bydelsoverlegen oppga at det ofte var misforståelser som lå bak slike henvendelser.

Kommunerevisjonen har blitt forelagt noen klager fra Bydel Nordre Aker der det foreligger dokumentasjon. En sak var meldt inn av en pasient, mens en annen sak var meldt inn av en bydelsoverlege i en annen bydel. I disse tilfellene fulgte bydelsoverlegen opp ved å oversende klagen til fastlegen og be om et tilsvarende svar. Bydelen svarte deretter klageren med fastlegens tilsvarende svar og bydelens vurdering. I tillegg har vi fått forelagt en sak fra Statsforvalteren/Statens helsetilsyn som gjaldt faglig pålegg og senere tilbakekall av autorisasjon, og en sak fra Helfo som gjaldt tap av retten til å praktisere på trygdens regning.

Pasienter kan henvende seg til Pasient- og brukerombudet for å få hjelp til å klage. Om lag en tredjedel av henvendelsene til Pasient- og brukerombudet om kommunale helse- og omsorgstjenester gjelder fastlegene. De fleste klagen til Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus mellom 1. januar 2023 og 10. juni 2025 handlet om diagnostisering, egenandeler, tilgjengelighet, medisiner, henvisning og fastlegens oppførsel. Kommunen blir ikke informert om henvendelser til Pasient- og brukerombudet. Pasient- og brukerombudet oppga at mange innbyggere ikke vet at de kan klage på fastlegen til bydelen.

Det var enkelte leger og legekontorer som gikk igjen med hensyn til meldte avvik og klager. Bydel Grünerløkka oppga at de i slike tilfeller tok kontakt med legekantoret det gjaldt, og

inviterte til møte der hensikten var å gi tilbakemelding på det som ikke fungerte etter intensjonen. Ved alvorlige avvik og der det ikke synes som om det blir gjort noe med avviket, kan varsel om oppsigelse av fastlegeavtalen sendes. I praksis skal det ifølge bydelen mye til for at dette kan gjøres. Det hadde ikke forekommet i undersøkelsesperioden. Et eksempel på grunnlag for oppsigelse av avtalen kan være at legen har tapt retten til å praktisere på trygdens regning. Bydel Nordre Aker opplevde at de hadde svært få sanksjonsmuligheter overfor fastlegene. Ved åpenbare brudd på den individuelle fastlegeavtalen, for eksempel ved ureglementert fravær og manglende tilgjengelighet over tid, kunne bydelen holde tilbake basistilskuddet. Det hadde i praksis ikke skjedd i undersøkelsesperioden. Bydelen forsøkte ellers å løse vanskelige saker gjennom dialog.

### **Systematisk arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet og risikovurderinger**

I den lokale legeplanen har Bydel Grünerløkka skrevet følgende: «Fastlegene har selv et ansvar for å sørge for at de har god kvalitet på sine tjenester i forhold til lover, forskrifter og faglige retningslinjer. Bydelen kjenner ikke til hvordan legekantorene har systematisert dette.» Bydel Grünerløkka hadde gjort en risikovurdering av fastlege-tjenesten som handlet om personvern i forbindelse med e-poster til bydelsoverlegen. Bydelen hadde ikke gjort ytterligere risikovurderinger på området.

Bydel Nordre Aker viste til at det var henvist til lov og forskrift i de individuelle fastlegeavtalene. De hadde ikke informasjon om fastlegenes arbeid med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Bydelen gjorde ikke risikovurderinger på området. Bydelsoverlegen savnet felles maler og verktøy for bydelene når det gjaldt internkontrollsystem.

### **Ulovlige gebyrer**

Forbrukerrådet avslørte i en rapport i 2022 at enkelte selskaper hadde en forretningsmodell der pasienter ble avkrevd fakturagebyrer som var langt høyere enn de faktiske merutgiftene selskapene hadde med fakturering. Pasient- og brukerombudet skrev i årsrapporten for 2023 om fastleger som krevde betaling på Vipps, og ellers la på et fakturagebyr, til tross for at de ikke hadde gjort det mulig for pasientene å gjøre opp for seg verken med kort eller kontant.

Helsedirektoratet og Helfo har i flere runder presisert overfor fastlegene at det er ulovlig å ta gebyr for SMS-bestilling. Byrådsavdeling for helse presiserte i brev til bydelene i mai 2024 at helsepersonell ikke har anledning til å kreve betaling fra pasientene for timebestilling. På bestilling fra Byrådsavdeling for helse innhentet Helseetaten i 2024 informasjon fra bydelene om legekantorenes bruk av gebyrer ved timebestilling.

To bydeler, herunder Bydel Grünerløkka, meldte da om legekantorer som hadde en betalingsløsning for timebestilling. Begge bydelene meldte at de hadde gitt beskjed til de aktuelle legekantorene om at dette måtte endres. Bydel Grünerløkka meldte også om at de hadde gitt det aktuelle legekantoret pålegg om å tilbakebetale gebyrer. Bydel Nordre Aker meldte til byrådsavdelingen at det var et legesenter i bydelen som hadde benyttet en betalingsløsning, men at legesenteret hadde sagt opp avtalen om betalingsløsningen etter brevet fra Byrådsavdeling for helse i mai 2024.

I våre undersøkelser av tilgjengelighet ved fastlegekontorene fremgikk det at ett legekontor i hver av de to bydelene brukte private leverandører til elektronisk pasientkontakt (Helserespons og Pasientsky). Dette er aktører som har løsninger som kan medføre pasientbetaling.

### 7.3 Kommunerevisjonens vurderinger

Lokal legeplan er et viktig virkemiddel for kommunen når det gjelder å planlegge at fastlegene oppfyller kravene til tjenesten. Bydel Grünerløkka hadde en lokal legeplan. Det var en svakhet at Bydel Nordre Aker ikke hadde en slik plan for utvikling av fastlegetjenesten. Ifølge kommunens gjeldende legeplan fra 2020 skal alle bydelene ha fastsatt en lokal legeplan.

Bydel Grünerløkka hadde individuelle avtaler med alle fastlegene i bydelen. Bydel Nordre Aker fant ikke avtalene for flere av bydelens fastleger. Det var i flere tilfeller mangler ved de individuelle avtalene i begge bydeler, blant annet ved at listelengde og åpningstider ikke var fastsatt. Bydelene hadde heller ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp at fastlegene etterlevde kvalitets- og funksjonskravene i avtalene. I Bydel Nordre Aker var avtalene ikke oppdatert, selv ved store endringer.

Bydelene innhentet informasjon om fastlegetjenesten, blant annet listelengder, ledige plasser og ventelister. De benyttet i liten grad andre tilgjengelige kilder, inkludert direkte fra fastlegene selv, til tross for individuelle avtaler om dette. Klager og avvik ga noe innsikt i fastlegenes praksis, men håndteringen fremsto som lite systematisk, blant annet ved manglende dokumentasjon av klagen. Imidlertid håndterte bydelene klagen ved å ta forholdene direkte opp med de aktuelle fastlegene. Kommunerevisjonen merker seg at bydelene etterlyste et mer felles system for internkontroll og avvikshåndtering.

Bydelene fulgte ikke opp at fastlegene arbeidet systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Dette er et brudd på § 7 i fastlegeforskriften, jf. § 4-2 i helse- og omsorgstjenesteloven. Ingen av bydelene hadde en etablert internkontroll på dette området, noe som er et brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. De gjennomførte ikke, eller i svært liten grad, risikovurderinger.

Fraværet av et system for planlegging og oppfølging av kvalitet i fastlegetjenesten gir risiko for at feil og avvik ikke forebygges, ikke fanges opp tidlig nok og ikke benyttes til læring og forbedring. Det utgjør en risiko for pasientene.

## 8 Oppsummering, konklusjoner og anbefalinger

Kommunerevisjonen har undersøkt om Oslo kommunes oppfølging av fastlegetjenesten er tilfredsstillende. Det er gjort med utgangspunkt i Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Akers oppfølging av fastlegetjenesten. Som en del av undersøkelsen er det også gjennomført en enkel kartlegging av kommunens overordnede arbeid med å sikre tilstrekkelig fastlegekapasitet.

### 8.1 Kartleggingen

Oslo kommune har satt som måltall at hver bydel skal ha 4 prosent ledig kapasitet hos fastlegene. Kartleggingen viste at det i gjennomsnitt for bydelene per august 2025 var 4,5 prosent ledige plasser på fastlegenes lister. Det var imidlertid flere bydeler som hadde mindre enn 4 prosent ledig kapasitet på undersøkelsestidspunktet. Bydelene arbeidet med å sørge for tilstrekkelig kapasitet ved å opprette hjemler og rekruttere fastleger. Noen bydeler rapporterte i 2024 om rekrutteringsutfordringer.

Kommunerevisjonen merker seg at utfordringene med å rekruttere fastleger i 2025 fremstår som mindre enn før, og at det blant annet kan tilskrives statlige tiltak som omlegging av basistilskuddet og ALIS-ordningen. Samtidig medfører oppfølging av ALIS-ordningen mye arbeid for dem som har ansvar for oppfølging av fastlegetjenesten. Det går ut over deres kapasitet til å følge opp andre sider ved fastlegetjenesten.

### 8.2 Konklusjon

#### 8.2.1 Overordnet konklusjon

Oslo kommunes oppfølging av fastlegetjenesten i Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker var på viktige områder ikke tilfredsstillende. Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker fulgte med på kapasiteten i fastlegetjenesten og iverksatte tiltak blant annet i form av etablering av nye hjemler for å bidra til tilstrekkelig kapasitet. Kapasiteten var likevel ikke i tråd med måltallet til enhver tid. Bydel Nordre Aker hadde ikke en lokal legeplan som forutsatt. Undersøkelsen tyder på at samarbeidsutvalgene mellom bydelene og legene ikke fungerte som tiltenkt, ettersom det ikke ble holdt møter så ofte som det skulle.

Kommunerevisjonens undersøkelse avdekket flere avvik hos fastlegene knyttet til tilgjengelighet, som kort åpningstid og lang ventetid på telefon og på konsultasjon. Dette kan svekke pasientsikkerheten og undergraver hensikten med fastlegeordningen.

Bydelene fulgte i liten grad opp at fastlegene etterlevde kvalitets- og funksjonskravene, og hadde ikke et system for internkontroll på dette området. Mangelfull internkontroll og oppfølging gir risiko for at uheldig praksis hos enkelte leger ikke tas tak i tidlig.

#### 8.2.2 Konklusjonen bygger på følgende

##### Kapasitet

Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker fulgte med på kapasiteten i fastlegetjenesten og iverksatte tiltak blant annet i form av etablering av nye hjemler for å bidra til tilstrekkelig kapasitet. Kapasiteten varierte mye, og ledig listekapasitet hos fastlegene var ikke til enhver tid over måltallet. Lite ledig kapasitet hos fastlegene kan gå ut over pasientenes rett til å bytte fastlege og innhente en fornyet vurdering hos en annen lege. I begge bydeler var det fastleger

som ikke hadde avtalt listetak i den individuelle avtalen, slik fastlegeforskriften krever. Manglende avtalefesting gir bydelene dårligere oversikt og kontroll over fastlegenes listelengde og andre sider ved fastlegenes arbeid.

#### Samarbeid

Bydelene hadde gjennom elektroniske meldinger og allmennlegeutvalg lagt til rette for samarbeid mellom bydelen og fastlegene. Det var en svakhet at det i Bydel Nordre Aker over lengre tid ikke hadde vært avholdt allmennlegeutvalgsmøter. Både bydelen og fastlegene har et ansvar for at disse møtene avholdes.

Manglende avholdelse av møter i samarbeidsutvalget i begge bydelene tyder på at utvalgene ikke fungerte som tiltenkt. Når samarbeidsutvalgene ikke fungerer som tiltenkt, mister både bydelen og fastlegene en kanal for kommunikasjon og samarbeid som er viktig blant annet for målsettingen om at fastlegene skal være integrert i kommunens helse- og omsorgstjenester.

#### Tilgjengelighet

Bydelene ga i de fleste fastlegeavtalene føringer om åpningstid, og de innhentet informasjon om fraværssdekning i forbindelse med ferier på bakgrunn av bestilling fra Helseetaten. Utover det fulgte ikke bydelene med på fastlegekontorenes tilgjengelighet med mindre de fikk klager.

Kommunerevisjonens undersøkelse viser at åpningstid ikke var avtalt i de individuelle avtalene til flere av fastlegene. Mange fastlegekontorer i begge bydelene hadde kortere åpningstid og kortere telefontid enn det som var avtalt. Undersøkelsen tyder på at ventetiden på telefon ofte var lengre enn det fastlegeforskriften tilsa, og enkelte fastleger hadde mer enn en måned ventetid på konsultasjon.

Etter Kommunerevisjonens vurdering hadde bydelene ikke i tilstrekkelig grad sørget for at fastlegene overholdt kravene til tilgjengelighet. Det er viktig for pasientenes helse og trygghet at de kan komme i kontakt med fastlegen sin og få time til konsultasjon innen rimelig tid. Manglende tilgjengelighet gir risiko for at pasienter ikke får den hjelpen de har rett til hos legen sin.

#### Internkontroll

Bydel Grünerløkka hadde en lokal legeplan, mens Bydel Nordre Aker ikke hadde en slik plan for utvikling av tjenesten. Ifølge kommunens gjeldende legeplan fra 2020 skal alle bydelene ha fastsatt en lokal legeplan.

Bydel Grünerløkka hadde individuelle avtaler med alle fastlegene i bydelen. Bydel Nordre Aker fant ikke avtalene for sju av de 52 fastlegene i bydelen. Det var i flere tilfeller mangler ved de individuelle avtalene i begge bydeler, blant annet ved at listelengde og åpningstider ikke var fastsatt. Bydelene hadde heller ikke i tilstrekkelig grad fulgt opp at fastlegene etterlevde kvalitets- og funksjonskravene i avtalene. Kommunerevisjonen merker seg at bydelene etterlyste et mer felles system for internkontroll og avvikshåndtering.

Bydelene fulgte ikke opp at fastlegene arbeidet systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet. Dette er et brudd på § 7 i fastlegeforskriften, jf. § 4-2 i helse- og omsorgstjenesteloven. Ingen av bydelene hadde en etablert internkontroll på dette området,

noe som er et brudd på helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd. De gjennomførte ikke, eller i svært liten grad, risikovurderinger.

Fraværet av et system for planlegging og oppfølging av kvalitet i fastlegetjenesten gir risiko for at feil og avvik ikke forebygges, ikke fanges opp tidlig nok og ikke benyttes til læring og forbedring. Det utgjør en risiko for pasientene.

## 8.3 Anbefalinger

Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker bør

- vurdere tiltak for å bedre samhandlingen, blant annet ved å sørge for at det avholdes jevnlige møter i samarbeidsutvalget
- etablere en tilstrekkelig internkontroll med fastlegetjenesten ved å oppdatere avtaler og følge opp at fastlegene etterlever kvalitets- og funksjonskravene

Bydel Nordre Aker bør i tillegg

- få på plass individuelle avtaler med fastlegene og ferdigstille en lokal legeplan for bydelen

Byråden for helse bør

- vurdere tiltak for å bedre bydelenes internkontroll og oppfølging overfor fastlegene

## 9 Uttalelser til rapporten og Kommunerevisjonens vurderinger av disse

Kommunerevisjonen har mottatt uttalelser til rapporten fra byråd for helse, Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker. I dette kapittelet presenterer og vurderer Kommunerevisjonen sentrale momenter i uttalelsene. Uttalelsene følger i sin helhet i vedlegg 3-5.

### 9.1 Byråd for helse

#### 9.1.1 Byrådets uttalelse

Byråden skriver at informasjonen om undersøkelsen har vært fyllestgjørende og at revisjonskriteriene er tydelige og relevante, og at Kommunerevisjonen kunne vurdere å nevne den individuelle avtalen med fastlegen som kilde under revisjonskriteriene. Med hensyn til metode, stiller byråden spørsmål om det er gjort intervjuer av næringsdrivende fastleger i de aktuelle bydelene for å belyse deres oppfatning av bydelenes oppfølging av fastlegetjenesten.

Byråden påpeker at det er krevende for bydelene å skulle sikre at den ledige kapasiteten hos fastlegene til enhver tid er over 4 prosent. Dette ettersom hovedtiltaket for å øke kapasiteten er etablering av nye fastlegeavtaler. Byråden ønsker at rapporten nyanseres på dette punktet. Videre viser byråden til den lokale legeplanen som vesentlig for å tilpasse utvikling av fastlegetjenesten gitt forventet befolkningsutvikling.

Byråden vurderer forvaltningsrevisjonen som nyttig i det videre arbeidet med fastlegetjenesten.

Byråden melder at han vil søke å fremme forslag om utredning av tiltak for å bedre bydelenes internkontroll og oppfølging overfor fastlegene i arbeidet med revidering av Legeplan for Oslo i løpet av 2026. Byråden slår fast at bydelene gjennom individuell avtaleoppfølging regelmessig bør sikre at fastlegenes tilgjengelighet, åpningstider og listetak er i henhold til avtalen, eventuelt [om avtalen] må revideres. Videre vil byråden i etterkant av bystyrebehandlingen sørge for at rapporten sendes til alle Oslos bydeler for læring og iverksetting av tiltak.

#### 9.1.2 Kommunerevisjonens vurdering av byrådets uttalelse

Kommunerevisjonen har lagt inn individuelle avtaler med fastlegene i listen over kilder til revisjonskriteriene.

Med hensyn til informasjonsinnhenting fra fastleger, har vi ikke gjennomført intervjuer med næringsdrivende fastleger i de to bydelene. Vi fikk ikke svar på gjentatte henvendelser til tillitsvalgt fastlege i den ene bydelen. I stedet har vi snakket med andre fastleger i kommunen og med det fått med fastlegers perspektiv mer generelt. Vi har tydeliggjort dette i omtalen av intervjuer i metodekapittelet i den endelige rapporten. Forklaring og betraktninger rundt utfordringene med dette er omtalt i delkapittel om gyldighet og pålitelighet i metodekapittelet i vedlegg 2.

Når det gjelder vurderinger knyttet til måltall for ledig kapasitet hos fastlegene, er vi enige i at det er krevende for bydelene å sikre tilstrekkelig kapasitet til enhver tid. Vi tolker uttalelsen fra byråden slik at det ikke har vært byrådets intensjon at kapasiteten i hver av bydelene hele

tiden skal ligge over måltallet på fire prosent. Det er et faktum at kapasiteten i perioder var under måltallet, men vi har tatt bort vurderingen i hovedbudskapet som fastslo at kapasiteten dermed ikke var god nok. Vi har også endret formuleringen i den overordnede konklusjonen fra «Kapasiteten var likevel *ikke god nok* til enhver tid» til «Kapasiteten var likevel *ikke i tråd med måltallet* til enhver tid». Videre har vi presisert i den tilliggende risikovurderingen at lite ledig kapasitet hos fastlegene *kan* gå ut over pasientenes rett til å bytte fastlege og innhente en fornyet vurdering hos en annen lege. Opprinnelig skrev vi at dette «...går ut over pasientenes rett til å bytte fastlege...».

Byråden har varslet relevante tiltak.

## 9.2 Bydel Grünerløkka

### 9.2.1 Bydelens uttalelse

Bydelen uttaler at informasjonen om forvaltningsrevisjonen har vært tilstrekkelig klar, og har ingen kommentarer til undersøkelsens revisjonskriterier eller metode. Videre uttaler bydelen at rapporten fremstår som relevant og nyttig.

Med hensyn til tiltak, melder bydelen at den fremover vil sørge for at møter i det lokale samarbeidsutvalget gjennomføres jevnlig, med mål om å styrke dialogen og samarbeidet mellom fastlegene og bydelens administrasjon. Bydelen melder at møter for neste år er avtalt.

Bydelen melder videre at den vil innlede dialog med fastlegene der det er avdekket avvik mellom inngåtte fastlegeavtaler og faktisk praksis, med sikte på å bringe praksis i tråd med gjeldende avtaleverk. Der det er nødvendig, vil bydelen inngå nye avtaler. Det skal være gjennomført innen sommeren 2026. Bydelen melder også at den vil presentere og diskutere Kommunerevisjonens rapport i legenes samarbeidsutvalg som et ledd i det systematiske kvalitetsarbeidet. Bydelen uttaler at den i samarbeid med legenes samarbeidsutvalg vil oppdatere den lokale legeplanen våren 2026.

Avslutningsvis poengterer bydelen at forvaltningen av fastlegeordningen er både kompleks og ressurskrevende. Bydelen viser konkret til at det mangler felles elektroniske kvalitetssystemer for å følge opp klager og avvik, og lister opp en rekke oppgaver som inngår i bydelens oppfølging av fastlegeordningen.

### 9.2.2 Kommunerevisjonens vurdering av bydelens uttalelse

Bydelen har meldt relevante tiltak i lys av Kommunerevisjonens anbefalinger og vi har for øvrig ingen kommentarer til uttalelsen.

## 9.3 Bydel Nordre Aker

### 9.3.1 Bydelens uttalelse

Bydelen uttaler at informasjonen om forvaltningsrevisjonen har vært tilstrekkelig klar, og har ikke kommentarer til undersøkelsens metode. Med hensyn til revisjonskriteriene, viser bydelen til at den tidligere har spilt inn at kommunens utvidede ansvar for legespesialiseringen i allmenntilleggsmedisin kunne vært et aktuelt revisjonskriterium. Bydelen bemerker at temaet er omtalt i rapporten og anser at deres innspill er hensyntatt. Bydelen oppfatter rapporten som

nyttig, og skriver at den i tiden fremover vil bli brukt som et styringsverktøy i arbeidet med fastlegeordningen.

Når det gjelder tiltak, melder bydelen at den arbeider for å rette opp avvik og iverksette forbedringstiltak. Bydelen melder at rapporten vil bli lagt frem for de politiske organene i bydelen og for fastlegene etter at den er behandlet i kontrollutvalget.

Avslutningsvis har bydelen forslag til språklige presiseringer i rapportens vurderinger og anbefalinger. Innspillene gjelder formuleringen om at samarbeidsutvalgene ikke fungerte som tiltenkt, og omtalen av at de individuelle avtalene manglet.

### 9.3.2 Kommunerevisjonens vurdering av bydelens uttalelse

Kommunerevisjonen vurderer at bydelens innspill til ordlyd handler om språklige presiseringer og ikke endrer meningsinnholdet. Når det gjelder de individuelle avtalene som manglet, har vi på forespørsel ikke mottatt dem, og det er på det grunnlaget vi har formulert anbefalingen. Dersom avtalene finnes et annet sted enn i bydelens arkiv bør det være enkelt for bydelen å følge opp anbefalingen om å få disse på plass.

Når det gjelder samarbeidsutvalgene, har vi ment at disse fungerte som tiltenkt ettersom det ikke ble avholdt møter i utvalget så ofte som tenkt. Vi har presisert at vurderingen handler om de manglende møtene de stedene i rapporten der det ikke allerede fremgikk, blant annet i hovedbudskapet.

Bydelen har meldt relevante tiltak i lys av Kommunerevisjonens anbefalinger.

## Figuroversikt

|                                                                                                                                   |    |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figur 1 Utvikling i antall fastleger i Oslo kommune august 2020–august 2025 .....                                                 | 14 |
| Figur 2 Antall fastleger som har sluttet og startet i Oslo kommune 2020–2025 .....                                                | 15 |
| Figur 3 Fastleger per 1000 innbyggere, alle fylker. Mai 2025.....                                                                 | 15 |
| Figur 4 Lokalisering av fastlegekontorer i Oslo.....                                                                              | 17 |
| Figur 5 Status for oppnåelse av målet om 4 prosent ledig kapasitet hos fastlegene i hver bydel og totalt per 28. august 2025..... | 18 |
| Figur 6 Utvikling i gjennomsnittlig listelengde hos fastleger i Oslo 2004–2024 .....                                              | 19 |
| Figur 7 Responstid på telefon i Bydel Nordre Aker og Bydel Grünerløkka .....                                                      | 28 |
| Figur 8 Antall hjemmebesøk av fastleger i bydelene 2015–2024 .....                                                                | 30 |

## Referanser

### Referanser fra Oslo kommune

Byrådssak 351/19 Legeplan for Oslo kommune 2020–2024, tatt til orientering av bystyret 22. april 2020, sak 86.

Notat fra byråden for helse til helse- og sosialutvalget av 18. desember 2024: Prolongering av legeplan for Oslo kommune 2020–2024.

Rammeavtalen mellom Oslo kommune og Den norske legeforening om privat allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunen.

### Eksterne referanser

Ekspertutvalget for gjennomgang av allmennlegetjenesten (2023). *Gjennomgang av allmennlegetjenesten*.

Forbrukerrådet (2022). *Gebyrfabrikker* ([gebyrfabrikker-rapport.pdf](#)).

Helsedirektoratet (2025). *Arbeidet med allmennlegetjenesten – Årsrapport 2024*.

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

Norman, R.M., Skyrud, K., Jelin, E. og Bjertnæs, Ø.A. (2025). *Den norske fastlegetjenesten 2023–2024: En forskningsbasert baselinemåling av pasienterfaringer på kommunenivå*. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Sandvik, H., Hetlevik, Ø., Blinkenberg, J. og Hunskaar, S. (2022). Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway, *British Journal of General Practice*, 72(715), 84–90.

Sivertsen, Ø.S. (2025). Ramme alvor for fastlegene. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 145(5), <https://doi.org/10.4045/tidsskr.25.0243>

## Siste publikasjoner fra Kommunerevisjonen i Oslo

### Kommunerevisjonens rapporter i 2025

Rapport 1/2025 Kjøp og oppfølging av hjelpetiltak på barnevernsområdet  
Rapport 2/2025 Vedlikehold av skoler  
Rapport 3/2025 Regnskapsrevisjonen 2024 – Med vekt på økonomisk internkontroll  
Rapport 4/2025 Internkontroll i Kulturetaten  
Rapport 5/2025 Klimabudsjett og styringsinformasjon  
Rapport 6/2025 Eierskapskontroll: Styre- og ledergodtgjørelser i kommunens aksjeselskaper  
Rapport 7/2025 Utvidet oppfølging etter rapport 16/2023 *Kvalitet i helsehus*  
Rapport 8/2025 Forebygging av kriminalitet blant ungdom i Osloskolen  
Rapport 9/2025 Klima- og miljøkrav til transport – Vare- og tjenesteanskaffelser  
Rapport 10/2025 Helse, miljø og sikkerhet i Renovasjons- og gjenvinningsetaten  
Rapport 11/2025 Tilpasset opplæring i Osloskolen  
Rapport 12/2025 Oppfølging etter rapport 20/2022 *Ansettelse av ledere*  
Rapport 13/2025 Legemiddelhåndtering  
Rapport 14/2025 Oppfølging av barn i barnevernsinstitusjoner  
Rapport 15/2025 Eierskapskontroll Økonomistyring i konsernet Sporveien

### Kommunerevisjonens rapporter 2024

Rapport 1/2024 Vedlikehold og fornyelse av vann- og avløpsnett  
Rapport 2/2024 Eierskapskontroll av Oslobolig AS  
Rapport 3/2024 Grønne anskaffelser – klima- og miljøkrav  
Rapport 4/2024 Regnskapsrevisjonen 2023 – Oppsummering av utvalgte undersøkelser  
Rapport 5/2024 Økonomisk stønad til store barnefamilier  
Rapport 6/2024 Spesialpedagogisk hjelp til barn under opplæringspliktig alder  
Rapport 7/2024 Overordnet styring og koordinering av overvannshåndtering  
Rapport 8/2024 Næringsetatens kontroll av skjenkesteder  
Rapport 9/2024 Kontraktsoppfølging helse og omsorg  
Rapport 10/2024 Grønn material- og energibruk i nybygg  
Rapport 11/2024 Teknisk informasjonssikkerhet i Elvia AS  
Rapport 12/2024 Ytringskultur i Oslo kommune  
Rapport 13/2024 Byråders habilitet  
Rapport 14/2024 Kontraktsoppfølging i Fornebubanen  
Rapport 15/2024 Eierskapskontroll av Nasjonalt kommunesamarbeid for 110- sentralene IKS  
Rapport 16/2024 Arbeidsintegrering av flyktninger  
Rapport 17/2024 Kjøp og spredning av kommunale boliger

## Vedlegg 1 Revisjonskriterier

Revisjonskriteriene er de forventninger og krav Kommunerevisjonen legger til grunn for våre vurderinger, det vil si de krav, normer og/eller standarder som revisjonsobjektet skal vurderes mot. Revisjonskriteriene er utledet fra autoritative kilder, eller anerkjente kilder innenfor det reviderte området, i tråd med Standard for forvaltningsrevisjon (RSK 001).

Undersøkelsen har følgende hovedproblemstilling:

- Er Oslo kommunes oppfølging av fastlegetjenesten tilfredsstillende?

Revisjonskriteriene er utledet fra følgende kilder:

- lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30 (helse- og omsorgstjenesteloven)
- lov om pasient- og brukerrettigheter av 7. februar 1999 nr. 63 (pasient- og brukerrettighetsloven)
- lov om folkehelsearbeid av 24. juni 2011 nr. 29 (folkehelseloven)
- lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. av 15. desember 2017 nr. 107 (helsetilsynsloven)
- forskrift om fastlegeordning i kommunene av 29. august 2012 nr. 842 (fastlegeforskriften)
- forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen av 29. august 2012 nr. 843
- forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege av 26. juni 2024 nr. 1322
- forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten av 28. oktober 2016 nr. 1250
- forskrift om spesialistutdanning og spesialistgodkjenning for leger og tannleger av 8. desember 2016 nr. 1482 (spesialistforskriften)
- forskrift om kompetansekrav for leger i den kommunale helse- og omsorgstjenesten av 17. februar 2017 nr. 192 (forskrift om kompetansekrav for leger)
- forarbeider til fastlegeordningen, Ot.prp. nr. 99 (1998–1999)
- forarbeider til helse- og omsorgstjenesteloven, Prop. 91 L (2010–2011)
- rammeavtalen mellom Oslo kommune og Den norske legeforening om privat allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunen, og individuelle fastlegeavtaler
- kommunens instruks for virksomhetsstyring og internkontroll, byrådssakene 1036/22 og 1037/22

I det videre går vi gjennom revisjonskriteriene og utledningen som ligger bak dem.

### Kapasitet

#### Revisjonskriterium

- Bydelen skal sørge for at et tilstrekkelig antall leger deltar i fastlegeordningen i bydelen.

#### Utleddning

Fastlegeordningen skal sikre at alle får nødvendige allmennlegetjenester av god kvalitet til rett tid, og at personer bosatt i Norge får en fast allmennlege å forholde seg til (fastlegeforskriften

§ 1). Ordningen er hjemlet i helse- og omsorgstjenesteloven og er med dette en av de lovpålagte helsetjenestene kommunen har ansvar for å sikre, jf. lovens § 3-1 og § 3-2 nummer 4 og forskrift om fastlegeordning i kommunene § 3.

Ifølge § 4 i fastlegeforskriften skal kommunen organisere fastlegeordningen og sørge for at personer som ønsker det, får tilbud om plass på fastlegenes liste, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 2. For å kunne overholde dette kravet må bydelen ha kunnskap om innbyggernes behov for fastlegetjenester, jf. folkehelseloven § 5.

Kommunen skal sørge for at et tilstrekkelig antall leger deltar i fastlegeordningen. I merknader til § 4 i fastlegeforskriften presiseres det at kapasiteten i fastlegeordningen må være stor nok til å sikre pasientens rett til å bytte til en annen fastlege og til å få en ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege enn sin fastlege, jf. forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen §§ 6 og 7 og pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 c andre ledd.

I henhold til fastlegeforskriften § 12 kan fastleger pålegges å utføre allmennmedisinsk offentlig legearbeid inntil 7,5 timer per uke, for eksempel i helsestasjons- og skolehelsetjenesten, sykehjem og fengsler. I merknad til bestemmelsen er «allmennmedisinsk legearbeid» definert som oppgaver som inngår som en del av kommunens ansvar etter helse- og omsorgstjenesteloven. Det er videre presisert at dersom kommunen ønsker å tilplikte andre typer allmennlegeoppgaver enn de som er nevnt i bestemmelsen, står kommunen fritt til å gjøre det. Bydelen er nærmest til å vurdere hvilke oppgaver den har behov for å dekke.

Før pålegg gis, skal kommunen søke å inngå frivillige avtaler om utføring av disse oppgavene. Fastlegenes deltakelse i administrative møter med kommunen skal iberegnes i de 7,5 timene. I henhold til rammeavtalen mellom Oslo kommune og Den norske legeforening skal slikt arbeid nedfelles i den individuelle avtalen bydelen har med fastlegen. Allmennmedisinsk offentlig legearbeid gir legen rett til reduksjon i listelengde.

Leger som skal jobbe som fastlege, må ha eller være i spesialisering i allmennmedisin, og det er kommunens ansvar å sikre dette, jf. forskrift om kompetansekrav for leger § 3. Kommunen fikk fra 1. mars 2019 ansvaret for utdanning av spesialister i allmennmedisin, jf. spesialistforskriften. Kommunens ansvar omfatter krav til å være registrert utdanningsvirksomhet, og forpliktelser overfor den enkelte allmennlege i spesialisering (ALIS), jf. forskriften §§ 2, 5, 21, 23, 25 og 26.

Tilskuddsordningen for allmennleger i spesialisering innebærer at leger som spesialiserer seg i allmennmedisin, kan få tilbud om avtale med kommunen om et tilrettelagt spesialiseringsløp og kompensasjon for utgifter til utdanningen. Kommunen søker om og forvalter tilskuddet. Tilskuddsordningen skal bidra til å dekke kommunens merkostnader ved inngåelse av ALIS-avtale. Tilskuddet skal dekke kostnader knyttet til den enkelte ALIS sitt utdanningsløp, ikke rene administrasjonsutgifter for kommunen. Formålet med ordningen er blant annet å bidra til rekruttering av fastleger, og den påvirker derfor kapasiteten i fastlegetjenesten.

## Samarbeid

### Revisjonskriterium

- Bydelen skal legge til rette for samarbeid mellom bydelen og fastlegene og bør følge opp at samarbeidsutvalgene fungerer etter hensikten.

### Utlledning

I fastlegeforskriften § 8 første ledd fremgår det at kommunen skal legge til rette for samarbeid mellom kommunen og fastlegene.

Rammeavtalen mellom Oslo kommune og Den norske legeforening om privat allmennpraksis i fastlegeordningen i kommunen ble inngått i 2014 og blir automatisk forlenget for ett år om gangen dersom ingen av partene sier den opp. Avtalen regulerer kommunens og allmennlegenes oppgaver. I avtalen er det beskrevet rammer for utvalg i fastlegeordningen, herunder allmennlegeutvalg og samarbeidsutvalg. Avtalen mellom kommunen og Legeforeningen ble delvis reforhandlet i 2023 for det som gjaldt legevakt. Legevakt er ikke omfattet av revisjonen.

Allmennlegeutvalget er et forum for samarbeid mellom fastlegene i bydelen. Bydelen skal bidra til at det er et allmennlegeutvalg der alle fastleger er deltakere. Allmennlegeutvalget representerer fastlegene overfor bydelen og har fullmakt blant annet til å fremme saker overfor samarbeidsutvalget.

Samarbeidsutvalget er et forum for samarbeid mellom bydelen og fastlegene. Utvalget skal ha møte minst halvårlig og for øvrig etter behov. Samarbeidsutvalget skal legge til rette for at driften av allmennlegetjenesten skjer på en hensiktsmessig måte. I rammeavtalens punkt 5.3 er det listet opp i hvilke saker samarbeidsutvalget bør gi råd til bydelene, for eksempel planlegging av bydelenes fastlegetjeneste med hensyn til kapasitet og lokalisering, helseutfordringer i bydelene og kvalitetsarbeid.

## Tilgjengelighet

### Revisjonskriterium

- Bydelen skal sørge for at fastlegene i bydelen overholder kravene til tilgjengelighet.

Enhver som er bosatt i kommunen, har rett til å stå på liste hos en fastlege, i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1c første ledd og forskrift om pasient- og brukerrettigheter i fastlegeordningen § 2. I henhold til merknader til § 2 i forskriften innebærer retten til å stå på liste hos fastlegen at man har rett til å bli prioritert, noe som i praksis betyr at det skal være mulig å få legetime hos fastlegen innen fem dager, samt å nå legekantoret gjennom telefon for rådgivning og forespørsler.

I fastlegeforskriften § 21 er det ytterligere presiseringer av kravene til tilgjengelighet hos fastlegen:

*Fastlegen skal kunne motta og vurdere alle typer henvendelser i sin åpningstid.*

*Fastlegen skal prioritere listeinnbyggerne ut i fra en konkret medisinsk vurdering av haste- og alvorlighetsgrad. Listeinnbyggeren skal få tilbud om konsultasjon så tidlig som mulig, og normalt innen fem arbeidsdager.*

*Systemet for mottak av telefonhenvendelser skal innrettes slik at 80 prosent av alle henvendelser normalt kan besvares innen to minutter.*

*Fastlegen skal kunne motta timebestilling elektronisk.*

*Fastlegen skal sørge for fraværdeknning i forbindelse med ordinært fravær ved for eksempel ferie, kurs og etterutdanning.*

De allmenne tilgjengelighetsbestemmelsene kan ses i sammenheng med forskriftens § 22, som sier at fastlegen skal innrette sin praksis slik at listeinnbyggerne som må ha øyeblikkelig hjelp, kan mottas og vurderes i åpningstiden.

Tilbud om hjemmebesøk er også en måte å tilgjengeliggjøre hjelp fra fastlegen på. I tråd med fastlegeforskriften § 23 skal fastlegen gi tilbud om hjemmebesøk til egne listeinnbyggere som på grunn av sin helsetilstand eller funksjonsevne ikke er i stand til å møte til konsultasjon på legekontoret. Det følger videre av bestemmelsen at fastlegen ut fra en medisinsk vurdering skal prioritere når hjemmebesøk skal foretas.

Kommunen har ansvar for at fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen overholdes, jf. fastlegeforskriften § 7. Se utledning om internkontroll og kommunens ansvar for oppfølging av fastlegetjenestens overholdelse av kvalitets- og funksjonskrav i avsnittet om internkontroll. Tilgjengelighet er en del av disse kvalitets- og funksjonskravene. Avtalen bydelen inngår med fastlegen, skal regulere åpningstid, jf. fastlegeforskriften § 30 andre ledd.

I rammeavtalen mellom Oslo kommune og Den norske legeforening punkt 13.1 om åpningstid er det spesifisert at full tids kurativ virksomhet innebærer en gjennomsnittlig åpningstid på minst 28 timer per uke 44 uker i året.

## **Internkontroll**

### Revisjonskriterium

- Bydelen skal gjennom internkontroll sørge for at fastlegetjenesten er i tråd med krav i lov og forskrift.

### Utledning

Kommunen er overordnet ansvarlig for kvaliteten i fastlegetjenesten. Kommunens ansvar for kvalitet i fastlegetjenesten er omtalt i fastlegeforskriften § 7:

*Kommunen skal sørge for at befolkningen gis et forsvarlig tilbud av allmennlegetjenester, hvor fastsatte kvalitets- og funksjonskrav i fastlegeordningen overholdes, jf. kapittel 4.*

*Kommunen skal sørge for at det arbeides systematisk med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og § 4-2 og at tjenestene er i tråd med krav fastsatt i helse- og omsorgslovgivningen og i forskrifter gitt med hjemmel i disse lovene.*

*Kommunens ansvar gjelder uavhengig av om tjenestene ytes av ansatte leger eller det inngås avtaler med selvstendig næringsdrivende leger om å yte tjenestene.*

I departementets merknader til bestemmelsen presiseres det:

*Dette sørge-for-ansvaret for fastlegeordningen innebærer at kommunen skal legge til rette for og sikre at fastlegene i kommunen overholder de fastsatte kvalitets- og funksjonskrav som stilles i fastlegeforskriften.*

I forarbeidene til helse- og omsorgstjenesteloven, Prop. 91 L (2010–2011), s. 249, understreker departementet at kommunen har et overordnet ansvar for å tilrettelegge for etterlevelse av nasjonale krav om fastlegenes virksomhet og sørge for at disse blir etterlevd. Departementet utdyper at kommunen ved arbeids- eller driftsavtale med den enkelte fastlege må legge til rette for at de nasjonale kravene kan etterleves, og ha en slik sikring som del av sitt internkontrollsystem. Det innebærer også et krav til kommunene om å ha tilstrekkelig faglig kompetanse for å kunne utøve en forsvarlig styring av den kommunale allmennlegetjenesten, herunder fastlegeordningen.

Kommunen har ansvar for å arbeide systematisk med kvalitetsforbedring overfor fastlegene. Andre ledd i fastlegeforskriften § 7 handler om arbeid med kvalitetsforbedring, et ansvar som ligger på kommunen etter helse- og omsorgstjenesteloven §§ 4-1 og 4-2, og som ifølge departementets merknader til fastlegeforskriften er tatt med i forskriften for å vise at ansvaret også gjelder overfor fastlegene i kommunen.

Kommunens internkontrollansvar er omtalt i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og innebærer plikt til å planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere virksomheten, slik at tjenestenes omfang og innhold er i samsvar med krav fastsatt i lov eller forskrift. Dette ansvaret omfatter blant annet fastlegeordningen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 nummer 4.

Internkontroll er nærmere regulert i egen forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Etter forskriften skal kommunen blant annet ha oversikt over og beskrive virksomhetens mål, oppgaver, aktiviteter og organisering samt innhente tilstrekkelig informasjon og kunnskap til å kunne planlegge og gjennomføre oppgavene, jf. § 6 bokstav a og b.

Kommunen må innhente tilstrekkelig informasjon fra fastlegene for å kunne vurdere om fastlegene oppfyller forpliktelsene i regel- og avtaleverk, herunder kapittel 4 i fastlegeforskriften om funksjons- og kvalitetskrav. Det følger av Oslo kommunes instruks for internkontroll at kommunen må definere behovet for styringsinformasjon og etablere rutiner som sikrer nødvendig styringsinformasjon. Paragraf 29 i fastlegeforskriften, om krav til rapportering, er fremdeles ikke trådt i kraft. Kommunen kan i alle tilfeller samarbeide med fastlegene for å få utlevert data. Alminnelige regler om taushetsplikt gjelder. Informasjon om fastlegetjenesten finnes også i statlige systemer, inkludert fagsystemet FLO, som forvaltes av Helfo.

Videre har kommunen en plikt til å evaluere virksomhetens aktiviteter. Det innebærer blant annet å kontrollere at virksomhetens oppgaver, tiltak, planer og mål gjennomføres, jf. § 8 bokstav a i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Videre skal kommunen vurdere virksomheten på bakgrunn av pasienter, brukere og pårørendes erfaringer, jf. § 8 bokstav d. Kommunen skal også gjennomgå avvik, herunder uønskede hendelser, slik at lignende forhold kan forebygges, jf. § 8 bokstav e.

Som en del av sitt internkontrollsystem må bydelen dermed etablere et avvikssystem som gjør at den holder seg orientert om relevante feil og avvik hos fastlegene. Bydelen må sikre at fastlegene arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Rammeavtalen mellom Oslo kommune og Den norske legeforening kapittel 15 inneholder bestemmelser om korrigerende tiltak ved avtalebrudd. Ved brudd på bestemmelser i fastlegeforskriften, rammeavtalen eller individuell avtale kan kommunen kreve retting av forholdet. Dersom legen etter varsel ikke har rettet forholdet uten unødig opphold, kan kommunen holde tilbake en del av basistilskuddet inntil forholdet er rettet. I noen tilfeller vil bydelen også være ansvarlig for oppfølging av reaksjoner etter helsetilsynsloven. Det gjelder faglige pålegg til fastleger, jf. helsetilsynsloven § 8 tredje ledd, ettersom næringsdrivende fastleger ikke har noen arbeidsgiver som kan pålegges oppgaven med å følge opp.

Ifølge forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten skal kommunen også «minst en gang årlig systematisk gjennomgå og vurdere hele styringssystemet opp mot tilgjengelig statistikk og informasjon om virksomheten for å sikre at det fungerer som forutsatt og bidrar til kontinuerlig forbedring av virksomheten», jf. § 8 bokstav f. Kommunen skal altså evaluere sitt eget styringssystem hvert år ifølge forskriften.

Oslo kommunes prinsipper for virksomhetsstyring slår fast at risikostyring og internkontroll skal være integrert i virksomhetsstyringen, og at et system for internkontroll skal etableres, dokumenteres og følges opp i tråd med rammeverk for internkontroll i Oslo kommune. I prinsippene fremgår det også at risikovurderinger skal dokumenteres og følges opp i styringsdialogen, og at det løpende skal vurderes behov for risikoreduserende tiltak og kontrollaktiviteter.

En risiko med tanke på fastlegenes virksomhet er feilaktige krav om egenbetalinger fra pasienter. Pasienter skal ikke betale noe annet enn fastsatte egenandeler/egenbetalinger når de skal til fastlegen, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 11-2. Det må være hjemmel i lov eller forskrift for at pasientene skal kunne avkreves betaling. Forskrift om stønad til dekning av utgifter til undersøkelse og behandling hos lege regulerer hvilke egenandeler og hvilken egenbetaling fastleger kan kreve, jf. kap. II i forskriften. Det er presisert i § 2 nummer 6:

*Leger er forhindret fra selv å kreve, eller inngå avtaler som innebærer, pasientfinansiering av administrative systemer som betalingstjenester, timebestillingssystemer og lignende. Dersom pasienten ønsker å motta faktura, kan det avkreves et fakturagebyr. Fakturagebyret skal ikke overstige kostnadene ved faktureringen.*

## Vedlegg 2 Metode

### 1. Generelt om forvaltningsrevisjon

De sentrale delene av en forvaltningsrevisjon er beskrevet i Standard for forvaltningsrevisjon fra NKRF (RSK 001). Disse delene er like for alle forvaltningsrevisjoner.

Kort oppsummert bestemmer kontrollutvalget problemstillingen i sin bestilling til Kommunerevisjonen. Kommunerevisjonen utleder relevante revisjonskriterier for problemstillingen. Kriteriene er målestokken som vi holder den reviderte enheten opp mot. For å svare på spørsmålet om enheten når de gitte målene / oppfyller revisjonskriteriene, samler vi inn relevante data som vi bearbeider og analyserer. Dette gir oss et faktagrunnlag som vi vurderer opp mot revisjonskriteriene. Vurderingene leder frem til Kommunerevisjonens konklusjoner og eventuelle anbefalinger.

### 2. Beskrivelse av prosjektgjennomføring

Kommunerevisjonens undersøkelse har vært rettet mot Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker. I tillegg har vi innhentet informasjon fra Byrådsavdeling for helse og Helseetaten.

Kommunerevisjonen sendte brev om oppstart av undersøkelsen til Bydel Grünerløkka, Bydel Nordre Aker og Byrådsavdeling for helse 5. mars 2025. Vi gjennomførte oppstartsmøte med byrådsavdelingen 18. mars, med Bydel Grünerløkka 20. mars og med Bydel Nordre Aker 27. mars.

Vi oversendte utkast til revisjonskriterier for eventuelle kommentarer fra byrådsavdelingen, Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker 31. mars. Bydel Grünerløkka hadde ingen kommentarer til utkastet. Bydel Nordre Aker hadde ikke innvendinger til kriteriene, men ba Kommunerevisjonen inkludere spesialistforskriften i underlaget. Byrådsavdelingen viste i sin tilbakemelding til den gjeldende legeplanen og forlengelsen av den og til at rammeavtalen for fastlegene er delvis fornyet, med en avtale som gjelder legevakt for fastleger. Byrådsavdelingen viste videre til føring gitt i tildelingsbrev til bydelene om kapasitet og til en utdypende vurdering rundt åpningstid. Byrådsavdelingen oppga også tall for hvor mange fastleger som var godkjent spesialist i allmennmedisin.

Kommunerevisjonen tok hensyn til innspillene ved å legge inn en henvisning til spesialistforskriften og en omtale ALIS-ordningen i det endelige underlaget for revisjonskriteriene. Vi henviste også til at rammeavtalen med Legeforeningen var delvis fornyet. Kommunens bruk av fastleger i legevakt er imidlertid ikke en del av revisjonen.

Hoveddelen av datainnsamlingen har foregått mellom april og august 2025. Faktagrunnlag til verifisering, med noen spørsmål til virksomhetene, ble oversendt Bydel Grünerløkka, Bydel Nordre Aker og Byrådsavdeling for helse 16. september 2025. Vi mottok tilbakemeldingene 23. og 24. september 2025.

Forhåndspresentasjon med informasjon om Kommunerevisjonens foreløpige vurderinger ble avholdt 15. oktober 2025.

Rapport fra forvaltningsrevisjonen ble sendt til uttalelse 16. oktober 2025.

Uttalelsene er oppsummert og vurdert i kapittel 9 og foreligger i sin helhet som vedlegg 3–5 i rapporten.

### 3. Metode for datainnhenting

Undersøkellesperioden har vært fra januar 2023 til og med august 2025. Datainnsamlingen har foregått mellom mars og august 2025. Undersøkelsen er basert på flere metoder for datainnhenting.

#### Dokumentgjennomgang

Vi har innhentet og gjennomgått dokumentasjon i form av rutiner, planer, informasjon om klagesaker, referater og individuelle avtaler. Dokumentasjonen belyste bydelenes praksis med hensyn til både rammeverk og faktisk oppfølging av fastlegene.

#### Intervjuer

Vi har hatt intervjuer med medisinsk fagsjef i Byrådsavdeling for helse og kommuneoverlege og smittevernoverlege i Helseetaten om kommunens overordnede arbeid med kapasitet og utvikling av fastlegetjenesten. Vi har intervjuet bydelsoverlegene og ansatte som var involvert i oppfølging av fastlegetjenesten, samt ledere og ansatte i hjemmetjenesten, i de to bydelene. Dette har gitt oss informasjon om hvordan bydelenes oppfølging av fastlegetjenesten foregår. Vi har også intervjuet leger i kommunen og tillitsvalgtapparatet som kunne belyse fastlegenes situasjon, og vi har hatt møte med Pasient- og brukerombudet for å få informasjon om deres innsikt i pasienterfaringer i møte med fastlegetjenesten. Vi har ikke intervjuet næringsdrivende fastleger i de to bydelene. Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte intervjuer av 1–1,5 timers varighet, og i hovedsak som gruppeintervjuer med flere enn én person til stede. Referater fra intervjuene ble verifisert av intervjuobjektene.

#### Registerdata

Vi har innhentet og analysert registerdata om fastlegetjenesten fra Statistisk sentralbyrå, Helfo, Helsenorge, KUHR (kontroll og utbetaling av helserefusjoner) og Helsedirektoratet. Det har gitt oss informasjon blant annet om fastlegenes listelengde, ledige plasser, ventelister, alderssammensetning og hjemmebesøk. Vi har også fått tilgang til rådata fra Folkehelseinstituttets pasientundersøkelse. Dette er nærmere beskrevet i eget avsnitt nedenfor.

#### Stikkprøveundersøkelse på telefon

Vi har foretatt en stikkprøveundersøkelse i form av en ringerunde til fastlegekontorene i de to bydelene. Ett fastlegekontor i hver av bydelene var ikke tilgjengelig på telefon, slik at vi totalt ringte til 24 legekontorer, 12 i hver bydel. Formålet var å undersøke legekontorenes tilgjengelighet, både i form av svartid og åpningstid på telefon og i form av ventetid på konsultasjon. Oppringningene ble gjort i tidsrommet 17.–19. juni 2025 og i hovedsak etter kl. 12 for å unngå å blokkere linjen i tidsrommet på morgenen vi antar er mest brukt av pasienter som har behov for øyeblikkelig hjelp.

#### Observasjon og gjennomgang av fastlegekontorenes hjemmesider

Videre har vi brukt fastlegekontorenes hjemmesider til å finne informasjon om åpningstider. Noen fastlegekontorer hadde ikke hjemmesider, eller hjemmesidene inneholdt ikke informasjon

om åpningstider. I disse tilfellene oppsøkte vi legekantorene for å se hvilke åpningstider som var oppgitt på fysiske oppslag i lokalene.

### **Bruk av rådata fra Folkehelseinstituttets pasientundersøkelse**

Folkehelseinstituttet (FHI) har gjennomført en undersøkelse av pasienterfaringer med den norske fastlegetjenesten. Det er en forskningsbasert baselineundersøkelse som skal gi et utgangspunkt for å måle utvikling over tid, med resultater ned på kommunenivå. Resultatene er presentert i rapporten [Den norske fastlegetjenesten 2023–2024: En forskningsbasert baselinemåling av pasienterfaringer på kommunenivå \(FHI\)](#). Resultatene presenteres i rapporten som indikatorer og enkeltspørsmål. Indikatorskårene beregnes som et gjennomsnitt av spørsmål i indikatoren og presenteres på en skala fra 0 til 100, hvor 100 er best. Resultatene for indikatorene presenteres på ulike regionale nivåer og er justert for forskjeller i pasientsammensetning, slik at de blir sammenlignbare med gjennomsnittresultatene for hvert nivå. Kommunerevisjonen har av Folkehelseinstituttet fått tilgang til rådata på bydelsnivå for enkeltspørsmål fra undersøkelsen. Rådataene som Kommunerevisjonen har fått tilgang til, er uvektede og ujusterte. Kommunerevisjonen understreker derfor at resultatene som presenteres på bydelsnivå fra undersøkelsen i denne rapporten, ikke er sammenlignbare med kommunetallene i FHI sin rapport. Kommunerevisjonen er ansvarlig for anvendelsen av rådataene som er brukt i forbindelse med denne forvaltningsrevisjonen.

### **Valg av case**

I valget av to bydeler til gjennomføring av dybdeundersøkelse tok vi utgangspunkt i bydeler som ikke hadde en tilgjengelig lokal legeplan, og så hen til revisjonsbelastning og geografisk spredning. På dette grunnlaget valgte vi ut Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker. Det viste seg senere at Bydel Grünerløkka hadde en lokal legeplan, selv om dette ikke fremkom av postlistene som en oversendelse til Helseetaten i E-innsyn.

## **4. Behandling av personopplysninger**

Formålet med Kommunerevisjonens innhenting, behandling og oppbevaring av personopplysninger er å utføre den lovbestemte revisjonen av Oslo kommune. Hvilke personopplysninger vi samler inn og behandler, avhenger av hvilken informasjon vi trenger for å gjennomføre undersøkelsen. Personopplysningene vil kunne være opplysninger som kommunen er pålagt å innhente, som av andre grunner er i kommunens systemer, som ansatte plikter å oppgi til Kommunerevisjonen, eller som er gitt frivillig.

I denne forvaltningsrevisjonen har vi hatt tilgang til informasjon om klagesaker som gjaldt fastleger. Dette er å regne som sensitive personopplysninger i de tilfeller der fastlegene og/eller pasientene var identifisert.

Kommunerevisjonen følger bestemmelsene i personopplysningsloven og legger vekt på å begrense lagringen av personopplysninger. Vi legger vekt på bare å innhente data som er relevante for formålet med undersøkelsen. Vi tar bare vare på personopplysninger som er nødvendige for dokumentasjon av arbeidet vi utfører. Personopplysninger lagres utilgjengelig for uvedkommende.

Vi har ikke omtalt noen fastlegekontorer eller fastleger ved navn i rapporten, og vi har ikke omtalt konkrete detaljer fra slike saker som kan brukes til å identifisere hvem som er berørt.

Retten til å få slettet personopplysninger er blant annet styrt av at Kommunerevisjonen har ti års lagringsplikt for dokumentasjon av revisjonene.

Ytterligere informasjon om Kommunerevisjonens ansvar for og behandling av personopplysninger finnes i vår [personvernerklæring](#).

## 5. Gyldighet og pålitelighet

For å sikre datagrunnlaget har vi vurdert dataenes gyldighet og pålitelighet (reliabilitet). Med gyldighet menes hvor godt man klarer å måle det man har til hensikt å måle eller undersøke. Med pålitelighet menes hvor nøyaktig innsamling av data har vært.

Dataenes gyldighet og pålitelighet er vurdert og kvalitetssikret internt i Kommunerevisjonen. Kvalitetssikringen er foretatt av andre personer enn de som har samlet inn og behandlet dataene. Kommunerevisjonen har kvalitetssikret at revisjonskriteriene er relevante for undersøkelsens problemstillinger, både gjennom intern kvalitetssikring og ved at Bydel Grünerløkka, Bydel Nordre Aker og Byrådsavdeling for helse har hatt mulighet til å kommentere og foreslå endringer i kriteriene.

Informasjon innhentet gjennom intervjuer har blitt verifisert i etterkant av hvert intervju, og det helhetlige faktagrunnlaget har blitt sendt til verifisering og kommentarer av de reviderte. Bydelene har verifisert faktaene knyttet til identifiserte avvik mellom avtalt og faktisk praksis hos fastlegene og har i den forbindelse fått oppgitt hvilke fastleger avvikene gjaldt.

Vi forsøkte å komme i kontakt med tillitsvalgt fastlege i den ene bydelen, uten å få respons. Vi lot derfor være å kontakte tillitsvalgt fastlege i den andre bydelen, så det ikke skulle skape en skjevhet i datagrunnlaget mellom de to bydelene. Vi har dermed ikke intervjuet selvstendig næringsdrivende fastleger i de to undersøkte bydelene. Det har medført at vi ikke har informasjon om disse fastlegenes opplevelse av oppfølgingen fra bydelene. Vi har imidlertid intervjuet andre fastleger og leger som hadde innsikt i og kunne belyse fastlegenes situasjon mer generelt.

Telefonundersøkelsen var en stikkprøve, der vi bevisst unngikk å ringe i tidsrommet som vi antar vanligvis er mest travelt, og hvor man dermed kan forvente lengst ventetid. Grunnen var at vi ikke ønsket å blokkere linjen for pasienter som trengte å komme i kontakt med fastlegen fordi de hadde behov for helsehjelp. Det betyr at innsamlede data om ventetid på telefon ikke vil være representative for ventetiden generelt sett. Vi mener at det faktisk at ventetiden i flere tilfeller var lengre enn måltallet på to minutter også i dette tidsrommet, tyder på at ventetiden i mange tilfeller vil være lang.

For å styrke påliteligheten til dataene bygger undersøkelsen på data fra ulike kilder, og den er gjennomført med ulike metoder. Datagrunnlaget er triangulert så langt som mulig innenfor undersøkelsens rammer. Med triangulering har vi kryssjekket utsagn og praksis ved hjelp av de ulike metodene for datainnsamling: gjennomgang av dokumentasjon, intervjuer med ulike aktører, registerdata, observasjon og stikkprøve på telefon.

Vi har kvalitetssikret at det innhentede datagrunnlaget var relevant og dekkende for kriteriene de skulle vurderes opp mot, og for undersøkelsens vurderinger og konklusjoner. Kommunerevisjonens beskrivelser, vurderinger og konklusjoner er avpasset de mulighetene og

begrensningene som ligger i datagrunnlaget. Som grunnlag for våre vurderinger og konklusjoner mener vi at de innsamlede dataene er tilstrekkelig gyldige og pålitelige.

## Vedlegg 3 Uttalelse fra byråden for helse

### Byrådsavdeling for helse



Kommunerevisjonen  
Fredrik Selmers vei 3  
0663 OSLO

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):  
25/1154 - 10

Saksbeh.:  
Bjørn Sletvold,

Dato:  
17.11.2025

### Byrådens uttalelse - Rapport: Oppfølging av fastlegetjenesten

Jeg takker Kommunerevisjonen for gjennomført forvaltningsrevisjon om fastlegetjenesten etter undersøkelse av oppfølging av fastlegetjenesten i Bydel Grünerløkka og Bydel Nordre Aker. Jeg har mottatt rapporten fra undersøkelsen til uttalelse med svarfrist 13. november 2025. Nedenunder følger mine svar med angitte tiltak, til Kommunerevisjonens spørsmål:

1. Har informasjonen ved oppstart og gjennomføring av prosjektet vært tilstrekkelig klar?

Svar:

Jeg vurderer at Kommunerevisjonens informasjon ved oppstart og i gjennomføringen har vært fyllestgjørende, dette gjelder både formål og avgrensninger.

2. Har byråden kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Svar:

Jeg vil spørre om det er gjort intervjuer av næringsdrivende fastleger i de aktuelle bydelene for å belyse deres oppfatning av bydelens oppfølging av fastlegetjenesten.

3. Har byråden kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre vurderinger og konklusjoner? I tilfelle hvilke?

Svar:

Revisjonskriteriene er tydelige og relevante, godt begrunnet og utledet fra adekvate kilder. Kommunerevisjonen kan vurdere å nevne den individuelle avtalen med fastlegen som kilde under revisjonskriteriene.

4. Hva er byrådets samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefalinger?

Svar:

Jeg tar til orientering kommunerevisjonens overordnede konklusjoner og anbefalinger da disse fremstår godt begrunnet ut fra fakta fra undersøkelsene. Likevel ønsker jeg å nyansere betraktninger rundt tilstrekkelig kapasitet i fastlegetjenesten. De to aktuelle bydelene hadde pr august 2025 ledig kapasitet større enn måltallet på 4 %. Likevel konkluderes det med at kapasiteten ikke var god nok til enhver tid. Da hovedtiltaket for å øke kapasitet i tjenesten er å etablere nye fastlegeavtaler vil det være svært

 Oslo kommune  
Byrådsavdeling for helse

Besøksadresse:  
Olav V gate 4  
Postadresse:  
Rådhuset, 0037 OSLO

Telefon: 21 80 21 80  
postmottak@byr.oslo.kommune.no  
Org. Nr.: 876819872  
oslo.kommune.no

krevende å forvente at bydelene til enhver tid skal ha 4 % ledig kapasitet. Slik jeg forstår er det vesentlig at bydelen har en legeplan som beskriver plan for utvikling av fastlegetjenesten tilpasset endringene i en fremskrevet befolkning. Et alternativ til etablering av nye fastlegeavtaler er å øke listetakene hos eksisterende fastleger. Økning av listetak er tiltak som er krevende å pålegge fastlegene i en slik situasjon, og i hovedsak bør slik økning skje som en frivillig ordning. Fastlegene i Oslo har gjennomgående høyere listetak enn øvrige kommuner i landet. For å vurdere nødvendigheten av pålegg om økt listetak i påvente av etablering av nye fastlegeavtaler bør bydelene se hen til fastlegekapasiteten i tiliggende bydeler og kommunen som helhet.

Jeg erfarer at samarbeidsutvalget i bydelene er svært viktige samarbeidsarenaer for fastlegene og bydelene, og støtter fullt ut anbefalingen i rapporten om at bydelene må sørge for at det avholdes jevnlig møter i samarbeidsutvalget.

5. Har byråden iverksatt tiltak eller vil byråden vurdere tiltak på bakgrunn av rapporten og Kommunerevisjonens anbefalinger? I tilfelle, hvilke tiltak og når skal de gjennomføres?

Svar:

Jeg er anbefalt å vurdere tiltak for å bedre bydelenes internkontroll og oppfølging overfor fastlegene. Dette fremtrer som en godt begrunnet anbefaling ut fra undersøkelsene. Jeg vil søke å fremme forslag om utredning av slike tiltak i arbeidet med revidering av Legeplan for Oslo i løpet av 2026. Gjennom individuell avtaleoppfølging bør bydelene regelmessig sikre at fastlegenes tilgjengelighet, åpningstider og listetak er i henhold til avtalen, eventuelt må revideres. Byrådsavdelingen vil i etterkant av bystyrebehandlingen sørge for at rapporten sendes til alle Oslos bydeler for læring og iverksettelse av tiltak.

6. Oppfattes rapporten som nyttig? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har fremkommet som svar på ovenstående spørsmål.

Svar:

Jeg takker Kommunerevisjonen for en godt gjennomført undersøkelse av kommunens oppfølging av fastlegetjenesten og erfarer at den er nyttig i det videre arbeidet om fastlegetjenesten i Oslo.

7. Har byråden kommentarer til rapportens oppbygging og språkbruk?

Svar:

Rapporten er oversiktlig og godt strukturert, med gode redegjørelser og begrunnelser, og tydelige anbefalinger

Vennlig hilsen

Saliba Andreas Korkunc

byråd

## Vedlegg 4 Uttalelse fra Bydel Grünerløkka

Bydel Grünerløkka



Kommunerevisjonen  
Fredrik Selmers vei 3  
0663 OSLO

Deres ref.:

Vår ref. (saksnr.):  
25/12932 - 5

Saksbehandler:  
Gunhild Karin Angell

Dato: 04.11.2025

### Kommentarer til Forvaltningsrevisjonens rapport fastlegeordningen

Bydel Grünerløkka

Under følger Bydel Grünerløkkas vurdering av rapporten, dens konklusjoner og anbefalinger

1. **Har informasjonen ved oppstart og gjennomføring av prosjektet vært tilstrekkelig klar?**

Bydel Grünerløkka oppfatter at vi har fått god og klar informasjon om prosjektet.

2. **Har bydelen kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner? I tilfelle hvilke?**

Vi har ingen kommentarer til metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner.

3. **Har bydelen kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre vurderinger og konklusjoner? I tilfelle hvilke?**

Bydelen har ingen kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for vurderinger og konklusjoner.

4. **Hva er bydelens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefalinger?**

Rapporten fremstår som nyttig og gir et godt og nyansert innblikk i noen av de sentrale problemstillingene.

5. **Har bydelen iverksatt tiltak eller vil bydelen vurdere tiltak på bakgrunn av rapporten og Kommunerevisjonens anbefalinger? I tilfelle, hvilke tiltak og når skal de gjennomføres?**

 Oslo kommune  
Bydel Grünerløkka  
Seksjon Samhandling og Utvikling

Besøksadresse:  
Markveien 57, 0550 OSLO  
Postadresse:  
Postboks 2128 Grünerløkka, 0505  
OSLO

Telefon: 21802180  
postmottak@bga.oslo.kommune.no  
Org. nr.: 870534612  
oslo.kommune.no

side 2

Bydel Grünerløkka vil fremover sørge for at møter i legenes samarbeidsutvalg gjennomføres jevnlig, med mål om å styrke dialogen og samarbeidet mellom fastlegene og bydelens administrasjon. Møter for neste år er allerede avtalt.

Bydelen vil innlede dialog med fastlegene der det er avdekket avvik mellom inngåtte fastlegeavtaler og faktisk praksis, med sikte på å bringe praksis i tråd med gjeldende avtaleverk. Der det vurderes som nødvendig, vil det bli inngått nye avtaler dette skal være gjennomført innen sommeren 2026.

Når Kommunerevisjonens rapport blir offentliggjort, vil denne bli presentert og diskutert i legenes samarbeidsutvalg som et ledd i det systematiske kvalitetsarbeidet.

I samarbeid med Legenes samarbeidsutvalg vil den eksisterende legeplanen for Bydel Grünerløkka bli oppdatert våren 2026, med mål om å sikre en hensiktsmessig og fremtidsrettet organisering av fastlegetjenesten.

**6. Oppfattes rapporten som nyttig? Oppgi begrunnelse hvis dette ikke allerede har fremkommet som svar på ovenstående spørsmål.**

Rapporten fremstår som relevant og nyttig. Det er alltid verdifullt å få et eksternt perspektiv på virksomheten, da dette kan bidra til økt innsikt og videre utvikling.

**7. Har bydelen kommentarer til rapportens oppbygging og språkbruk?**

Vi har ingen tilbakemeldinger når det gjelder oppbygging og språkbruk.

Avslutningsvis ønsker bydelen å presisere at forvaltningen av fastlegeordningen er både ressurskrevende og kompleks. Det mangler felles elektroniske kvalitetssystemer for oppfølging av klager og avvik. Ansvar for pasientklager er fordelt mellom flere forvaltningsnivåer, noe som gjør det utfordrende å oppnå god oversikt over både antall klager og deres alvorlighetsgrad.

Videre opplever bydelen at en rekke oppgaver som forvaltningen involveres i er svært ressurskrevende, uten nødvendigvis å være direkte knyttet til de områdene som fremheves i overordnede rapporter og analyser. Eksempler på slike oppgaver er veiledning i komplekse pasientsaker og håndtering av situasjoner der fastleger mister autorisasjon eller retten til å praktisere på folketrygdens regning, noe som medfører behov for raske tiltak for å sikre kontinuitet i legetjenesten.

Bydelen har ansvar for en rekke administrative, faglige og koordinerende oppgaver knyttet til fastlegeordningen. Disse inkluderer:

1. **Avtalehåndtering**
  - Besvare henvendelser vedrørende fastlegeavtaler, herunder bruk av vikar, listelengde, flytting av listeinnbyggere, flytting av hjemler og permisjoner.
2. **Planlegging og kapasitetsstyring**
  - Kartlegge og holde oversikt over behov for nye fastlegehjemler, inkludert vurdering av geografisk lokalisering.
3. **Utdanning og kompetanse**
  - Utstedelse av attester knyttet til videreutdanning.

 **Oslo kommune**  
Bydel Grünerløkka  
Seksjon Samhandling og Utvikling

Besøksadresse:  
Markveien 57, 0550 OSLO  
Postadresse:  
Postboks 2128 Grünerløkka, 0505  
OSLO

Telefon: 21802180  
postmottak@bga.oslo.kommune.no  
Org. nr.: 870534612  
oslo.kommune.no

- Oppfølging av LIS1-leger (leger i spesialisering – del 1) og ALIS-leger (leger i spesialisering i allmennmedisin).
- 4. **Kvalitet og tjenesteoppfølging**
  - Behandling av klager på fastlegetjenesten.
  - Oppfølging ved avtalebrudd.
  - Oversikt og koordinering av kollegiale fraværsordninger.
- 5. **Dialog og samhandling**
  - Tilrettelegging og gjennomføring av møter i Lokalt samarbeidsutvalg (LSU) og Allmennlegeutvalg (ALU).
  - Informere fastlegene om relevante planer og forhold i bydelens helse- og omsorgstjenester.
  - Formidle faglig informasjon og svare på henvendelser fra fastlegene.
- 6. **Ressursforvaltning**
  - Fordeling og oppfølging av kommunalt ansatte leger til kommunale legeoppgaver.
  - Utbetaling av honorarer.
- 7. **Rekruttering og hjemmels tildeling**
  - Utlysning, ansettelse og tildeling av fastlegehjemler.

Bydel Grünerløkka takker Kommunerevisjonen for et godt samarbeid under utarbeidelsen av rapporten Oppfølging av fastlegetjenesten.

Vennlig hilsen

Anita Solstrand Lisbakken  
Bydelsdirektør

Lars Erik Hansen  
Bydelsoverlege

## Vedlegg 5 Uttalelse fra Bydel Nordre Aker

Bydel Nordre Aker



Kommunerevisjonen  
Fredrik Selmers vei 3  
0663 OSLO

Thea Westad Schjødt

Deres ref.:  
25/65-45

Vår ref. (saksnr.):  
25/12960 - 6

Saksbehandler:  
Tom Berner Sundar

Dato: 06.11.2025

### Svar – Oppfølging av fastlegetjenesten (rapport til uttalelse)

Bydel Nordre Aker viser til Kommunerevisjonens brev av 16. oktober vedr. rapport til uttalelse – oppfølging av fastlegetjenesten. Spørsmålene besvares:

1. Har informasjonen ved oppstart og gjennomføring av prosjektet vært tilstrekkelig klar?  
Ja

2. Har bydelen kommentarer til prosjektets metode, anvendte kilder eller data som kan ha betydning for rapportens konklusjoner?  
Nei

3. Har bydelen kommentarer til revisjonskriteriene som ligger til grunn for våre vurderinger og konklusjoner?

Vi har tidligere påpekt av kommunens utvidede ansvar fra 2019 for legespesialiseringen i allmennmedisin kunne vært egnet som et revisjonskriterium. Dette momentet er omtalt i rapporten og vi anser at det således er vurdert og hensyntatt.

4. Hva er bydelens samlede vurdering av rapportens konklusjoner og anbefalinger?

Fastlegetjenesten er bærebjelke i den kommunale helsetjeneste og er regulert av forskrifter, myndighetskrav og avtaleverk. Følgelig er det viktig og betimelig å sette søkelys på hvordan kommunen følger opp fastlegeordningen. Bydelen berømmer Kommunerevisjonen for arbeidet som er gjort og vi tar konklusjonene til etterretning og oppfølging.

5. Har bydelen iverksatt tiltak eller vil bydelen vurdere tiltak på bakgrunn av rapporten og Kommunerevisjonens anbefalinger?

Bydelen arbeider for å rette opp avvik og iverksette forbedringstiltak som rapporten påpeker. Rapporten vil bli lagt frem for våre politiske organer samt fastlegene etter at den blir behandlet i bystyrets kontrollutvalg.

 Oslo kommune  
Bydel Nordre Aker  
Bydelsoverlege

Besøksadresse:  
Nydalsveien 21, 0484 Oslo  
Postadresse:  
Postboks 4433 Nydalen, 0403 OSLO

Telefon: 21802180  
postmottak@bna.oslo.kommune.no  
Org. nr.: 974778882  
oslo.kommune.no

6. Oppfattes rapporten som nyttig?

Ja, rapporten vil i tiden som kommer bli brukt som et styringsverktøy i arbeidet med fastlegeordningen. Den inneholder ikke minst nyttig statistikk om f.eks. tilgjengelighet – noe som vil bli lagt frem for fastlegene og relevante aktører.

7. Har bydelen kommentarer til rapportens oppbygging og språkbruk?

Rapporten er godt strukturert. Språkbruken er lettfattelig slik og budskapet er spisset i oppsummeringen innledningsvis. Drøftingen av metodikk og referansehenvisningene i siste del bidrar til å sikre troverdighet.

Noen få merknader til slutt:

s 6

«Undersøkelsen tyder på at samarbeidsutvalgene mellom bydelene og legene ikke fungerte som tiltenkt.»

Denne ordlyden kan skape inntrykk av at SU ikke fungerer; foreslås nyansert til

«Undersøkelsen tyder på at samarbeidsutvalgene mellom bydelene og legene ikke fungerte godt nok i forhold til intensjonene.»

(nyansering bes vurdert også på s 8 og s 39)

s 9

«Bydel Nordre Aker bør i tillegg:

- Få på plass individuelle avtaler med fastlegene og ferdigstille en lokal legeplan for bydelen»

foreslås endret til

«(...) få på plass individuelle fastlegeavtale som mangler i bydelens arkiv og ferdigstille en lokal legeplan for bydelen»

s 41

Samme merknad som rett ovenfor

Vennlig hilsen

Trine Cecilie Køhncke Urholt  
bydelsdirektør

Tom Berner Sundar  
bydelsoverlege

 **Oslo kommune**  
**Bydel Nordre Aker**  
**Bydelsoverlege**

Besøksadresse:  
Nydalsveien 21, 0484 Oslo  
Postadresse:  
Postboks 4433 Nydalen, 0403 OSLO

Telefon: 21802180  
postmottak@bna.oslo.kommune.no  
Org. nr.: 974778882  
oslo.kommune.no



Oslo

Oslo kommune  
Kommunerevisjonen  
Fredrik Selmers vei 3  
0663 Oslo

Tlf. +21 80 21 80

Rapport 16/2025

Du finner mer informasjon  
om Kommunerevisjonen  
og våre rapporter på

[www.krv.oslo.kommune.no](http://www.krv.oslo.kommune.no)

.