



# FREMTIDENS LEGEVAKT I HALLINGDAL

2026

## SAMMENDRAG

Prosjektrapporten har på oppdrag fra politisk og administrativ ledelse i Hol, Ål, Gol, Hemsedal og Nesbyen kommuner utredet modeller for fremtidens legevakt for de 5 kommunene Nesbyen, Gol, Hemsedal, Ål og Hol.

**Iselin Haugo Stavn**  
Prosjektleder

**Tittel:** Fremtidens legevakt i Hallingdal

**Utgitt 1.12.2026**

**Kontakt:** Hallinghelse, ved Iselin Haugo Stavn

**Forsidefoto:** Hol kommune

**Arbeidsgruppens kommunale medlemmer oppnevnt av  
Rådmenn/Kommunedirektører i de 5 kommunene:**

Prosjektleder: Iselin Haugo Stavn, Hallinghelse  
Fra Nesbyen kommune: Kommunalsjef Helse og Omsorg, Randi Rustand  
Fra Gol kommune: Kommunalsjef Helse og Omsorg, Conrad Alexander Ravnanger  
Fra Hemsedal kommune: Kommuneoverlege/fastlege Camilla Cecilie Underland  
Fra Ål kommune: Stab Helse-Omsorg/ Kommuneoverlege Geir Strømmen  
Fra Hol kommune: Kommuneoverlege/fastlege Karin Møller  
Fra Vestre Viken HF/Hallingdal Sjukestugu: Marit Øen Li

## Innhold

|                                                                            |    |
|----------------------------------------------------------------------------|----|
| Forord – en introduksjon til rapporten .....                               | 4  |
| Sammendrag .....                                                           | 7  |
| 1. Innledning.....                                                         | 8  |
| 1.1    Bakgrunn for utredningen .....                                      | 9  |
| 1.2    Mandat og rammebetingelser .....                                    | 10 |
| 1.3    Økonomi og kultur .....                                             | 11 |
| 2. Metode og tilnærming .....                                              | 11 |
| 2.1 Hvordan kartlegging og analyse er gjennomført .....                    | 11 |
| 2.2 Datainnsamling .....                                                   | 12 |
| 2.3 SWOT analyse .....                                                     | 12 |
| 3. Kontekst og føringer .....                                              | 13 |
| 3.1. Styrende dokumenter .....                                             | 13 |
| 3.2. Nasjonale føringer .....                                              | 15 |
| 3.2.1 Legevakt.....                                                        | 15 |
| 3.2.2. Pågående nasjonalt utviklingsarbeid. ....                           | 18 |
| 3.3.1 Turistkommuner .....                                                 | 19 |
| 3.3.2. Nasjonale transportveier .....                                      | 21 |
| 3.3.3. Fjellkommuner .....                                                 | 22 |
| 3.4. Bruk av allmennlegetjenester i kommunene og på legevakta .....        | 23 |
| 3.4.1. Dagens allmennlegetjenester .....                                   | 23 |
| 3.4.2 KUHR data. Nasjonale oversiktsdata .....                             | 25 |
| 3.4.2 Data fra legekantoret for ytelser .....                              | 26 |
| 3.4.3 Bruk av Legevakt på Ål.....                                          | 29 |
| 3.5 Forskning og lokale forhold .....                                      | 33 |
| 4. Hallingdal Sjukestugu. ....                                             | 36 |
| 4.1. Hvorfor er Hallingdal sjukestue viktig i denne utredning .....        | 37 |
| 4.2 Dagens tilbud ved HSS .....                                            | 37 |
| 5. Oversikt over modeller .....                                            | 39 |
| Utredning:.....                                                            | 41 |
| 5.1. Modell 1: Dagens modell for legevakt i kommunene .....                | 41 |
| 5.2 Modell 2: Interkommunal heldøgns legevakt på Hallingdal legevakt ..... | 48 |

Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

|                                                                                  |    |
|----------------------------------------------------------------------------------|----|
| 5.3 Modell 3: Interkommunal kveld/helg/natt-legevakt på Hallingdal legevakt..... | 52 |
| 6. SWOT med sammenligning.....                                                   | 55 |
| 6.1 Hallingdal Sjukestugu og SWOT.....                                           | 57 |
| 7. Fremtiden - forventet utvikling.....                                          | 59 |
| 8. Økonomiske beregninger .....                                                  | 61 |
| 8.1 Hvilke faktorer som har betydning .....                                      | 61 |
| 8.2. Hva er det som koster? .....                                                | 62 |
| 8.3 Hvor kommer penger fra .....                                                 | 63 |
| 9. Kan vi endre dagens legevaktorganisering?.....                                | 65 |
| 10. Konklusjon .....                                                             | 66 |
| 11. Kilder og litteratur .....                                                   | 70 |

## Forord – en introduksjon til rapporten.

Legevakt er en lovpålagt del av kommunenes beredskap og en viktig del av innbyggernes trygghet. Samtidig er legevakt en kompleks tjeneste som påvirkes av geografi, befolkningsutvikling, kompetanse, organisering og økonomi.

Denne rapporten er utarbeidet som et beslutningsgrunnlag for de fem kommunene Hol, Ål, Gol, Hemsedal og Nesbyen, etter bestilling fra Regionrådet. Formålet er ikke bare å beskrive dagens legevaktordning, men også å bidra til økt innsikt i legevakt og belyse hvordan framtidens legevakt kan organiseres på en måte som ivaretar både innbyggernes behov og kommunenes ansvar.

### **Fire spørsmål rapporten forsøker å besvare**

#### **1. Hvordan fungerer dagens legevaktordning?**

Rapporten beskriver dagens organisering av legevakt i Hallingdal, ressursbruk, aktivitet og erfaringer fra kommunene.

#### **2. Hvilke forhold gjør Hallingdal spesielt?**

Hallingdal skiller seg fra mange andre regioner gjennom:

- store geografiske avstander
- fjellområder og krevende værforhold
- lange avstander til sykehus
- betydelig turistaktivitet
- en faktisk befolkning som i perioder er mange ganger høyere enn antall folkeregistrerte innbyggere

Disse forholdene har stor betydning for hvordan legevakten bør organiseres.

#### **3. Hvilke alternativer finnes?**

Rapporten vurderer tre modeller:

##### **Modell 1** Videreføring av dagens organisering.

Dagens modell er faglig forsvarlig med dagens løsninger. Den er, sett i lyset av det er kjente utfordringsbildet, kanskje ikke robust nok på lang sikt.

##### **Modell 2** Felles interkommunal legevakt for alle kommunene hele døgnet.

En heldøgns felles legevakt vil kreve økte ressurser, både i form av utstyr, areal, og helsepersonell. I tillegg sentraliseres lokale akuttmedisinske tjenester med økt reiseavstand for innbyggere. Modellen fremstår som et usikkert og ressurskrevende alternativ.

**Modell 3** Felles interkommunal legevakt på kveld, natt, helg og helligdager, kombinert med lokal dagberedskap i kommunene. Den vil kunne utvides med forsterket legevakt i høysesong, som er etablert i Øvre Hallingdal i dagens legevakts modell.

Modellen sentraliserer deler av dagens løsning, og gir dermed en bedre balanse mellom nærhet og robusthet, sammenlignet med modell 2. Den vil kreve en harmonisering mellom kommunenes legetjenester og investering for å sikre nødvendig utstyr og areal til legevakt.

#### **4. Hvilken modell er best rustet for framtiden?**

Rapporten vurderer modellene opp mot kvalitet og pasientsikkerhet, tilgjengelighet for innbyggerne, beredskap, rekruttering og kompetanse, ressursutnyttelse og framtidig bærekraft

Det finnes ikke én løsning som er best på alle områder. Valg av modell innebærer avveininger mellom nærhet til tjenesten, robusthet, kompetanse og ressursbruk. Et sentralt spørsmål blir; hvilke utfordringer må kommunene i Hallingdal løse de neste 10–15 årene, for å bevare et trygt, tilstrekkelig akutt allmenn medisinsk helsetilbud til alle innbyggere?

#### **Sentrale budskap i rapporten**

Arbeidsgruppen mener særlig følgende forhold bør vektlegges i den politiske behandlingen:

#### **Hallingdal har en langt større faktisk befolkning enn innbyggertallene tilsier**

Legevakt og akuttmedisinske tjenester må dimensjoneres for både fastboende og tilreisende.

#### **Tilgang på helsepersonell blir en stor utfordring framover**

Framtidige utfordringer handler i stor grad om tilgang på leger, sykepleiere og annen helsekompetanse, inkl. prehospital tjeneste (ambulanse).

#### **Hallingdal Sjukestugu er en viktig strategisk ressurs**

Nærheten til Hallingdal Sjukestugu, legevaktsentral, ambulansetjeneste og luftambulanse påvirker mulighetene for framtidig organisering, og kan gi synergier for kvalitet på legevaktstjenesten.

#### **Lokal beredskap har stor verdi**

Store avstander og krevende geografi gjør at nærhet til akuttmedisinske tjenester fortsatt vil være viktig. Legevakta er en beredskapstjeneste, og en viktig del av kommunenes samlede beredskap – både i hverdagen og ved større hendelser.

Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

**Organisering alene løser ikke framtidens utfordringer**

Uavhengig av hvilken modell som velges, vil kommunene i framtida måtte samarbeide om kvalitet, kompetanseutvikling, beredskap og ressursutnyttelse.

Vi ønsker god lesning, og håper rapporten gir et godt grunnlag for videre drøfting og beslutning.

*Med vennlig hilsen*

**Iselin Haugo Stavn,**

Prosjektleder, Halling Helse

**Karin Møller,**

kommuneoverlege Hol

**Geir Strømmen**

kommuneoverlege Ål

**Camilla Underland,**

kommuneoverlege Hemsedal

**Randi Karin Rustand,**

kommunalsjef helse, Nesbyen

**Conrad Alexander Ravnanger,**

kommunalsjef helse, Gol

**Marit Øen Li**

samhandlingssjef, HSS

## Sammendrag

Kommunene Hol, Ål, Gol, Hemsedal og Nesbyen har gjennom mange år samarbeidet om legevaktstjenester. Legevakta er en sentral del av den kommunale beredskapen og skal sikre innbyggerne tilgang til akutt allmennmedisinsk hjelp hele døgnet. Kommunene i Hallingdal har i dag gode og trygge allmennmedisinske helsetjenester.

Regionrådet i Hallingdal har bedt om en ny vurdering av framtidig organisering av legevaktstjenesten. Bakgrunnen er økende krav til kvalitet og beredskap, forventet mangel på helsepersonell og en betydelig vekst i den faktiske befolkningen som følge av turisme og fritidsbebyggelse.

Utredningen sammenligner dagens organisering med to alternative modeller:

- Modell 1 – videreføring av dagens organisering
- Modell 2 – felles interkommunal legevakt for alle kommuner hele døgnet
- Modell 3 – felles interkommunal legevakt på kveld, natt, helg og helligdager

Arbeidsgruppen har vurdert modellene opp mot følgende kriterier:

- kvalitet og pasientsikkerhet
- beredskap
- tilgjengelighet for innbyggerne
- rekruttering og kompetanse
- ressursutnyttelse
- framtidig bærekraft
- Synergier ved samlokalisering av legevakt med Hallingdal Sjukestugu

Utredningen viser at Hallingdal har særskilte utfordringer sammenliknet med mange andre distrikter. Regionen har stor geografisk utstrekning, lange avstander til sykehus, betydelig turistaktivitet og en faktisk befolkning som i høysesonger er mange ganger høyere enn antall folkeregistrerte innbyggere.

Hallingdal har et helt spesielt beredskaps- og aktivitetsbilde som gjør at løsninger fra andre deler av landet ikke nødvendigvis kan kopieres direkte.

Arbeidsgruppen vurderer at framtidige løsninger må balansere hensynet til lokal tilgjengelighet og beredskap mot behovet for stabile fagmiljøer, rekruttering og effektiv ressursutnyttelse.

Valg av modell vil i stor grad være et politisk valg mellom nærhet til tjenesten og økt grad av sentralisering for å sikre en sterkere legevaktstjeneste som er mindre sårbar for svingninger i demografi og rekrutteringsutfordringer.

#### Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

I lyset av funn i utredningen og samlet bilde vurderer arbeidsgruppen at det i dag er mest hensiktsmessig å fastholde nåværende legevakts organisering (modell 1). Og samtidig gå videre med å utrede mulighetene for en fremtidig organisering med felles legevakts løsning på kveld-helg, som anført i modell 3. Modell 2, samlet heldøgns legevakt på Ål, vurderes ikke som et hensiktsmessig valg av organisering.

Uavhengig av valgt modell vurderes det som nødvendig å videreutvikle samarbeid om kvalitet, kompetanse, utstyr, beredskap og samhandling med Hallingdal Sjukestugu.



## 1. Innledning

Legevakttjenesten er lovpålagt og er en sentral del av kommunenes akuttmedisinske beredskap. Tjenesten skal sikre at alle som oppholder seg i kommunen får nødvendig allmennmedisinsk hjelp ved akutt sykdom, skade eller andre situasjoner som ikke kan vente til ordinær fastlegetjeneste er tilgjengelig.

72 % av alle innbyggere har kontakt med fastlegen i løpet av et år. Uttrykt i gjennomsnitt har hver innbygger kontakt med fastlegen 3 ganger i året. 16 % av alle innbyggere har kontakt med legevakta, i gjennomsnitt er det 0,26 gang pr innbygger i året (statistikk fra SSB 16.01.2026).

Kommunene i Hallingdal har over lang tid samarbeidet om utvikling av helse- og beredskapstjenester. Dagens legevaktorganisering er resultatet av mange års samarbeid og tilpasninger til lokale forhold. Samtidig står kommunene overfor nye utfordringer knyttet til demografi, tilgang på helsepersonell, økonomi og økende aktivitet som følge av turisme og fritidsbebyggelse. Helsepersonellkommisjonen peker i NOU 2023:4<sup>1</sup> på mangel på nøkkelpersonell, særlig leger og sykepleiere, som en sentral utfordring fremover. Dette stiller økte krav til organisering av legevakttjenestene, herunder bruk av teknologi som videokonsultasjoner og økt oppgavedeling mellom helsepersonell.

Regionrådet i Hallingdal har ønsket en ny vurdering av hvordan framtidens legevakt samlokalisert med Hallingdal sykestue på Ål bør organiseres.

Denne rapporten beskriver dagens situasjon, relevante nasjonale føringer og tre alternative modeller for framtidig organisering av legevakttjenesten.

### 1.1 Bakgrunn for utredningen

Et omforent regionråd i Hallingdal bestilte høst 2024 en sak med en utredning om felles legevakt lokalisert sammen med Hallingdal Sjukestugu på Ål.

Regionrådet er bestiller av oppdraget, mens kommunedirektør- og rådmannsutvalget er styringsgruppen for arbeidsgruppen. Arbeidsgruppen er satt sammen med ønske om en effektiv arbeidsgruppe, geografisk spredning, og med deltakelse fra administrativ ledelse (kommunalsjef helse og omsorg) og medisinskfaglig rådgivere (kommuneoverlegene), samt en representant fra Vestre Viken HF /Hallingdal Sjukestugu. Prosjektleder er daglig leder av Hallinghelse.

---

<sup>1</sup> NOU 2023: 4 - [regjeringen.no](https://regjeringen.no)

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Felles legevakt i Hallingdal er ikke en ny problemstilling, og er en tjenesteutviklingsdebatt som tas opp igjen regelmessig, både administrativt og politisk. Dette er 5. gang man igangsetter en utredning for å se på felles legevakt i Hallingdal. Forskjellen fra tidligere er at det denne gangen er et omforent mandat mellom kommunene, og en tydelig bestilling fra Regionrådet: Arbeidsgruppen skal se på en mulig felles interkommunal legevakt for Hol, Ål, Gol, Hemsedal og Nesbyen, samlokalisert ved Hallingdal Sjukestugu og eksisterende Hallingdal Legevaktssentral på Ål.

### 1.2 Mandat og rammebetingelser

Arbeidsgruppen har hatt som mandat å utrede hvordan kommunenes akutte allmennmedisinske tjenester, legevakta, kan designes for å møte fremtidens krav best mulig. Både for ivaretagelse av brukernes behov, sikre gode og bærekraftige arbeidsforhold for fagpersonell og bidra til best mulig ressursutnyttelse, og samtidig evne å møte fremtidige utfordringer i helsetjenesten

Arbeidsgruppen skal vurdere hvordan økt samarbeid og samlokalisering med Hallingdal Sjukestugu kan gi en sterkere, mer effektiv og framtidsrettet legevaktstjeneste med bedre kvalitet, ressursutnyttelse og rekruttering. Nasjonale føringer og utredninger skal medtas i utredningen.

Utredningen skal kartlegge dagens legevaktordninger i kommunene og vurdere dette mot to alternative løsninger:

1. Felles døgnlegevakt sammen med Hallingdal Sjukestugu.
2. Felles legevakt for alle kommunene på kveld og helg, i tillegg til natt som i dag ved Hallingdal Sjukestugu. Uendret daglegevakt i hver kommune.

Det skal presenteres analyse av gevinster og konsekvenser av samlokalisering med Hallingdal legevaktssentral og sambruk med Hallingdal Sjukestugu.

Arbeidet skal munne ut i en faglig og økonomisk vurdert anbefaling av organisering av framtidig legevakt i Hallingdal.

### Rammebetingelser og begrensninger

Prosjektet er ikke tillagt eget budsjett, men dekket innenfor ordinære budsjetttrammer i de respektive kommunene. Det ble stadfestet av styringsgruppen i januar 2025.

Prosjektperioden har vært knapt 1 år. Arbeidet ble påbegynt januar 2026, og det er hentet inn informasjon, forskning og nasjonale føringer frem til 01.08.2026. Rapporten er drøftet i faglige, samhandlings og politiske arenaer i september 2026, og er levert til oppdragsgivere 01.11.2026.

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Samlet har rammebetingelsene for arbeidet medført naturlige begrensninger i omfanget av analyser og utredninger som har vært mulig å gjennomføre. Det pågår parallelt med dette arbeid stadige både regionale og nasjonale utviklings og utredningsprosjekter, som vi har prøvd å ta med i det omfang det er vurdert relevant og mulig.

### 1.3 Økonomi og kultur

Mandatet definerer ikke økonomiske rammer for en felles legevakt.

Arbeidsgruppen har ikke funnet grunnlag for å legge til grunn at økt interkommunalt samarbeid automatisk vil gi lavere kostnader. Valg av organisasjonsmodell bør derfor primært vurderes ut fra kvalitet, beredskap, rekruttering og bærekraft, med økonomi som en viktig, men ikke avgjørende faktor.

De fem kommunene har i dag ulike løsninger for organisering og finansiering av plikten til øyeblikkelig allmennmedisinske tjenester gjennom døgnet. Det avspeiler ulike kulturer og lokal tradisjon, men utfordrer mulighetene for gode omforente økonomiske vurderinger. I tillegg finner man forskjellige oppfatninger hos innbyggere og besøkende om hvordan en legevakt skal være, tilgjengelighet og hva slags tjenester som ytes. En felles legevaktsløsning vil gi et behov for harmonisering av løsningen. Prosjektgruppen har hatt fokus på å finne gode tilgjengelige styringsdata og utarbeide en felles forståelse for hvordan legevaktstjenesten kan se ut.

## 2. Metode og tilnærming

### 2.1 Hvordan kartlegging og analyse er gjennomført

Prosjektgruppen mottok mandatet i november 2025. Arbeidet ble startet opp i januar 2026, og har leveringsfrist senest 01.10.2026.

Prosjektgruppen har gjennomført månedlige arbeidsmøter gjennom prosjekt perioden. I møtene har det vært vektlagt felles forståelse av oppdrag, felles forståelse av dagens situasjon og for legevakt som oppdrag, samt drøfting av data.

Innhenting av data, analyse og rapportskrivning har foregått mellom møtene. Alle kommuner har oppnevnt en egen representant, som har hatt hovedansvaret for å finne statistikk og data for egen kommune.

Evalueringsrapportene fra dagens løsninger er bebudet vår 2026. Hol, Ål og Hemsedal sin rapport er levert til arbeidsgruppen og er brukt som kunnskapsgrunnlag og referansedokument i arbeidet.

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Prosjektgruppen prioriterte å delta på den nasjonale lederkonferansen for legevakt 6.-7.februar 2026, for å få best mulig forståelse av dagens bilde og aktuelle fremtidsperspektiver.

Gjennom arbeidet har alle legekantor gjennomført SWOT-analyse av dagens legevaktsløsning sett opp mot de to skisserte alternativene med felles legevakt ved Hallingdal Sjukestugu. Prosjektleder har også orientert i Regionrådet og i KRU om fremdrift. Det har vært viktig for arbeidsgruppen å balansere behovet for ro rundt skriveprosess og datainnhenting, samt å gi god informasjon ut til berørte parter. Det er gjennomført informasjons- og innspills møter med fastlegene og politisk ledelse i kommunene før rapporten er ferdigstilt.

### 2.2 Datainnsamling

Data om aktivitet er hentet fra flere kilder. Det er benyttet både lokale uttrekk fra legesentrenes journalsystem (Pridok) og manuelle optellinger. I tillegg er data innhentet fra den nasjonale KUHR-databasen. (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner)

For å sette de lokale funnene i en bredere sammenheng, er det også inkludert resultater fra forskning og undersøkelser gjennomført av Norsk Kompetansesenter for Legevaksmedisin (NKLM) og Norwegian Research Center (NORCE)

Opplysninger om drift, bemanning og organisering er innhentet fra legesentrenes ledelse. Datagrunnlaget er videre supplert og nyansert gjennom innspill fra legesentrene i kommunene. Kommunedirektørene fikk i mai 2025 henvendelse om å sende inn regnskapstall for legevakt i hver kommune, slik at man kunne danne et grunnlag for kostnadsberegninger i rapporten. Tallene er ikke mottatt (forholdet er beskrevet nærmere i kap.8: økonomi).

### 2.3 SWOT analyse

Prosjektgruppen har, i dialog med styringsgruppen, valgt å benytte SWOT-analyser som metode for å vurdere styrker, svakheter, muligheter og trusler knyttet til de ulike modellene for fremtidig legevakt.

SWOT-analysen tar utgangspunkt i et strategisk og organisatorisk perspektiv, med særlig vekt på både beskyttende og begrensende forhold. Metoden gir grunnlag for å belyse sentrale faktorer som kompetanse, robusthet og fleksibilitet i de ulike modellene.

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

En tradisjonell ROS-analyse baserer seg på utvalgte scenarioer som vurderes med utgangspunkt i sannsynlighet og konsekvens, og danner grunnlag for identifisering av risikoreduserende tiltak. Arbeidsgruppen vurderer at en slik tilnærming i denne sammenhengen ikke ville gitt det samme helhetlige overblikket eller den samme forståelsen av de beskrevne modellene som SWOT-analysen gir.

SWOT-metoden er valgt fordi målet med utredningen er å sammenligne alternative organisasjonsmodeller, ikke å analysere konkrete risikoscenarioer.

| <br><b>Styrker- interne</b> | <br><b>Svakheter - interne</b>                            | <br><b>Muligheter – eksterne</b> | <br><b>Begrensninger - eksterne</b> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Hva er vi gode på?<br>Hvilke ressurser eller kompetanser har dere?<br>Noe vi er «verdensmestre» på?          | Hva er våre utfordringer?<br>Hva mangler vi av ressurser/kompetanser i forhold til erkjent behov?<br>Noe vi er mindre effektivt enn andre? | Hvilke muligheter har vi i dag – urealiserte potensialer?<br>Samarbeid?<br>Teknologi?                             | Hva er truslene mot vår virksomhet nå?<br>Hva kan påvirke oss?<br>Endringer i rammevilkår?                           |

Figur 2.1: SWOT analysens 4 moment.

### 3.Kontekst og føringer

Legevakta må organiseres og designes slik at den er innenfor dagens nasjonale føringer, både juridiske og faglige. Samtidig må den være i stand til å løfte de funksjoner som er tillagt legevakt, på en måte som gir den ønskede aktivitet på en meningsfylt og rasjonell måte. Det krever et fleksibelt og godt gjennomtenkt design.

I dette kapittel vil vi presentere nasjonale faglige og normative krav, samt beskrive de lokale forhold som er viktige rammevilkår for legevakta.

#### 3.1. Styrende dokumenter

Alle linker i anførte kilder er uthentet 6.januar 2026.

##### Lov og forskrift:

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2: Kommunen skal sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester, inkludert legevakt og akuttberedskap. ([Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Kapittel 3. Kommunenes ansvar for helse- og omsorgstjenester - Lovdata](#))

Akuttmedisinforskriften: Regulerer kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste og medisinsk nødmeldetjeneste. Formålet er å sikre forsvarlige og koordinerte akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. [[lovdata.no](#)]. Omtalt spes.kap.II, §§6-9. ([Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. \(akuttmedisinforskriften\) - Kapittel 2. Kommunal legevaktordning - Lovdata](#))

### Andre føringer:

Legevakt er en samhandlende tjeneste, og må relatere seg til flere lover og forskrifter, i tillegg til omfattende føringer i avtaleverk og faglige normer. Her en oversikt over grunnlagsdokumenter i rapporten:

Helsedirektoratets veileder for legevakt : [Legevakt og legevaktsentral - Helsedirektoratet](#) (bemerk spesielt: skal, bør og kan som virkemidler i veilederen).

Legers arbeidsforhold på LV: [Legevakt](#)

Avtaleverk: kommunalt ansatte og legevaktsordning: SFS 2305 § 5- m.m. [SFS 2305 for perioden 1.1.2024 – 31.12.2025](#). Om privat næringsdrivende og legevakt: [ASA-4310-2024-25.pdf](#)

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

Fastlegeforskriften : <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2025-12-02-2405>

Journalforskriften: [Forskrift om pasientjournal \(pasientjournalforskriften\) - Lovdata](#)

Om bemanning: <https://www.norceresearch.no/assets/images/file/cb63c-Bemanning-med-sykepleier-eller-annet-helsepersonell.pdf?v=1660820575>

Om tilskudd: [72 millioner til legevaktstilskudd for distriktskommuner - regjeringen.no](#)

Helsepersonell kommisjonens rapport i 2023: [Helsepersonellkomisjonen - regjeringen.no](#)

Helsepersonell og pasientretthetsloverket

### 3.2. Nasjonale føringer

Legevakt er en del av kommunenes allmenn medisinske tjenester. Det er et omfattende sett av føringer. Her presenteres:

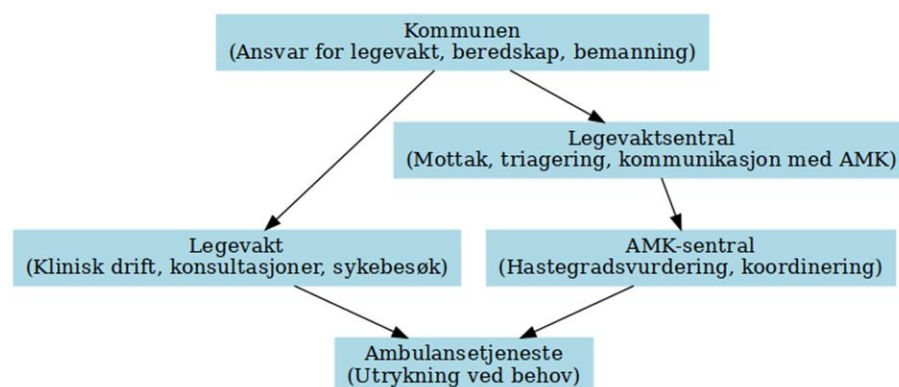
#### 3.2.1 Legevakt

Alle kommuner har som en del av den kommunale beredskapen plikt til å sikre at alle som oppholder seg i kommunen har tilgang til akutt allmenn medisinske helsetjenester hele døgnet alle dager i året<sup>2</sup>.

Fastleger har plikt til å yte øyeblikkelig hjelp (ØHJ) til egne listepasienter. Kommunen har samtidig ansvar for å sikre at øyeblikkelig hjelp tilbys alle som oppholder seg i kommunen, uavhengig av fastlegetilknytning. Når det vurderes medisinsk nødvendig, har fastlegen også plikt til å rykke ut fra legekontoret.

Legevaktssentralen (legevaktstelefonen 116117) mottar og vurderer alle telefoniske henvendelser fra innbyggere og samarbeidspartnere, herunder AMK og politi. Sentralen skal være bemannet med helsepersonell med helsefaglig utdanning på bachelornivå. Minst 80 prosent av henvendelsene skal besvares innen to minutter, og bemanningen skal dimensjoneres i tråd med dette kravet og forventet pågang.

Legevakten utfører medisinske vurderinger og behandling gjennom telefon og videoassistert rådgivning, konsultasjoner og sykebesøk. Tjenesten skal som minimum være bemannet med kvalifisert lege tilgjengelig hele døgnet. Av hensyn til både kvalitet og sikkerhet, legges det til grunn at legevaktsarbeid ikke bør utføres alene.



Figur 3.1. Illustrasjon av legevakt og legevaktssentral.

<sup>2</sup> [Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. \(helse- og omsorgstjenesteloven\) - Kapittel 1. Formål og virkeområde - Lovdata](#)

Legevakttjenesten skal være faglig forsvarlig og tilgjengelig for befolkningen<sup>3</sup>. Den skal være bemannet med personell som oppfyller klare krav til formell kompetanse, og den skal ha døgnkontinuerlig drift som en integrert del av samfunnets samlede beredskap. Legevakten samhandler tett med øvrige deler av den akuttmedisinske kjeden og har en særlig viktig rolle i distriktskommuner, der avstander og tilgjengelighet stiller særskilte krav til organisering og samhandling.

**Nasjonale hovedkrav til legevakt:**

- **Døgnkontinuerlig tilgjengelighet**
- **Faglig forsvarlighet**
- **Kompetent bemanning**
- **Evne til utrykning**
- **Samhandling med øvrig akuttmedisinsk kjede**

Nedenfor gis en kortfattet oversikt over sentrale nasjonale normative krav, strukturert under fire hoved overskrifter.

*Organisering*

Legevakten er en beredskapstjeneste med en sentral rolle både i den daglige helsetjenesten og ved større hendelser. Kommunen skal sørge for en legevaktordning som er tilgjengelig hele døgnet, hele året, og som dekker behovet for øyeblikkelig hjelp ved akutt sykdom og skade for alle som oppholder seg i kommunen.

Legevakt kan organiseres som:

- enkeltkommunal legevakt
- interkommunalt samarbeid mellom flere kommuner

Legevaktssentralen skal være tilgjengelig via nasjonalt legevaktnummer 116 117 og være tilknyttet nødnett.

Fra 1. januar 2026 åpnes det for at fastlege kan delegere enkelte oppgaver til navngitt sykepleier<sup>4</sup> og utløse egen takst, forutsatt at dette vurderes som faglig forsvarlig. Slik delegering skal dokumenteres i journal.

<sup>3</sup> [Forskrift om krav til og organisering av kommunal legevaktordning, ambulansetjeneste, medisinsk nødmeldetjeneste mv. \(akuttmedisinforskriften\) - Lovdata](#)

<sup>4</sup> <https://www.helfo.no/lege/Regelverk-og-takster-for-lege/delegering-fra-fastlege-til-sykepleier>

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Nasjonalt kompetansesenter for legevaktmedisin (NORCE Research AS)<sup>5</sup> har på oppdrag fra KS utarbeidet en rapport (Rapport 2/2026) der relevant forskning og utredningsarbeid er vektlagt, og fordeler og ulemper med ulik organisering av legevakt er drøftet. Rapporten peker på to viktige faktorer for organisering av legevakt: avstand og ventetid. Jo lenger pasienten bor fra legevaktlokalet, desto mindre brukes tjenesten – også ved alvorlige tilstander. Sykebesøk og utrykning faller markant når avstanden øker, noe som særlig rammer eldre og mennesker med psykisk sykdom. Lange avstander svekker også beredskapen. Lang ventetid på telefon eller i legevaktlokalet har også en «avvisende» effekt. Avstand setter dermed klare grenser for hvor store legevaktstrikter kan være, og forklarer hvorfor små enheter fortsatt er nødvendige i mange deler av landet.

### *Kvalitet og beredskap*

Legevakten skal ha et etablert internkontroll- og kvalitetssystem<sup>6</sup> og arbeide systematisk med kontinuerlig forbedring. Beredskap er en integrert del av legevaktens oppgaver og forutsetter oppdaterte og fleksible planer for håndtering av uforutsette hendelser, herunder smitteutbrudd, større ulykker og kriser. Det skal også foreligge omforente løsninger for håndtering av samtidighetskonflikter og prioritering.

Tjenesten skal ha tilgang til nødvendig medisinsk utstyr, legemidler og laboratorieanalyser for å kunne yte forsvarlig akutt allmennmedisinsk behandling. All pasientkontakt skal dokumenteres i legevaktens elektroniske journalsystem.

Legevaktssentralen er underlagt tilsvarende krav til organisering, kvalitet og journalføring. Sentralens tilgjengelighet måles blant annet gjennom nasjonale indikatorer, der kravet om at 80 prosent av samtaler skal besvares innen to minutter er et sentralt dimensjonerende kvalitetskrav.

Legevaksarbeid er forbundet med økt risiko for vold og trusler mot ansatte. Denne risikoen skal inngå i legevaktens ROS-analyse og tas hensyn til i bemanning og organisering. Helsepersonell bør ikke jobbe alene på legevakt.

### *Bemanning og kompetanse*

Legevakten skal være bemannet med lege tilgjengelig hele døgnet. Gjeldende risikovurderinger tilsier at legevakten bør være bemannet med både lege og hjelpepersonell.

Akuttmedisinforskriften stiller tydelige krav til formell kompetanse hos både lege og øvrig personell. Helsepersonell skal ha kompetanse til å vurdere hastegrad og pasientens helsetilstand, og til å gjennomføre nødvendig diagnostikk og behandling ved akutte allmennmedisinske tilstander.

---

<sup>5</sup> [Legevakt-ulike-modeller-for-organisering\\_22.05.2026.pdf](#)

<sup>6</sup> [Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten - Lovdata](#)

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Ved samlokalisering av legevakt og legevaktssentral må bemanningen dimensjoneres slik at begge funksjoner kan ivaretas samtidig, inkludert krav til svartid på telefon. Operatører ved legevaktssentral skal ha helsefaglig utdanning på bachelornivå, vanligvis sykepleiere.

Som hovedregel har fastleger plikt til å delta i legevaktsarbeid utenom kontortid, med enkelte avtalefestede fritaksordninger.

### *Utrykning og sykebesøk*

Legevakten skal kunne rykke ut ved ulykker og akutte hendelser. Beslutning om utrykning baseres på medisinsk vurdering i legevakten, AMK sin hastegradsvurdering og tilgjengelig kapasitet i tjenestene.

Bruk av video har fått økende betydning i samhandlingen mellom helsepersonell, blant annet som støtte i medisinske vurderinger og hastegradsvurdering. Telemedisin er et veletablert hjelpemiddel, og videre teknologisk utvikling, herunder bruk av kunstig intelligens, forventes å gi nye muligheter for legevaktstjenesten i årene som kommer.

### 3.2.2. Pågående nasjonalt utviklingsarbeid.

Det pågår kontinuerlig nasjonale utviklings- og reformprosesser som kan få betydning for organisering og innhold i de kommunale helsetjenestene, også for legevaktstjenesten. Det er en rask og omfattende utvikling innen feltet, og det kan ikke utelukkes at nye nasjonale føringer eller politiske beslutninger vil endre forutsetningene for legevakt slik den er organisert i dag, herunder grenseflatene mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

I mai 2026 kom NOU 2026:6<sup>7</sup>Den nye velferdskommunen. Det er et omfattende arbeid som skal danne både et kunnskaps- og et utviklingsgrunnlag for helse- og omsorgstjenester i kommunene som del i en samhandlende helsetjeneste. NOU-en slår fast at en sentral forutsetning er at disse tjenestene også i framtida skal være universelle og et offentlig ansvar. Det vises til et kontinuerlig behov for utvikling, nyskaping og justering av tjenestene i tråd med samfunnsutviklingen, demografisk utvikling og ny kunnskap. Et sentralt krav er at tjenestene må være fleksible, endringsvillige og bærekraftige.

Blant pågående prosesser er arbeidet i Helsereformutvalget, som skal vurdere fremtidig overordnet struktur for helsetjenestene. Utfallet av slike utredninger kan få betydning for ansvarsfordeling, organisering og samhandling på tvers av forvaltningsnivåer.

Legevakten har tett samhandling med spesialisthelsetjenesten, både lokalt og regionalt. Endringer i rammevilkårene for pre-hospitale tjenester og for nærsykehuset

<sup>7</sup> [nou202620260006000dddpdfs.pdf](#)

Hallingdal Sjukestugu vil kunne ha betydelig innvirkning på legevaktens rolle, oppgaver og arbeidsform.

Det ligger utenfor prosjektgruppens mandat og mulighet å fullt ut innarbeide konsekvenser av pågående og framtidige nasjonale utredninger i denne rapporten. Samtidig vurderes det som viktig å være bevisst på disse utviklingstrekkene, og å ta høyde for behov for justeringer og tilpasninger i årene som kommer.

### 3.3. Lokale dimensjonerende forhold

Hallingdal har i dag et godt utbygd og velfungerende helsetilbud til befolkningen.

Fastlegeordningen dekker både ordinære og akutte allmennmedisinske tjenester for alle innbyggere, og fastlegene deltar i regionens legevaktsordninger.

Ambulansetjenesten er etablert med baser i alle kommuner. Avstanden til regionens nærsykehus, Hallingdal Sjukestugu (HSS), er kort. HSS tilbyr lokale spesialisthelsetjenester, herunder døgninnleggelser og poliklinisk virksomhet, og har kapasitet for akutt CT-undersøkelse ved cerebrale hendelser. I tillegg fungerer HSS som base for luftambulansetjenesten.

Hallingdal har en rekke særtrekk, som er dimensjonerende for fremtidens legevakt. Det er særlig 3 hovedpremisser:

#### 3 hovedpremisser for legevakt i Hallingdal:

- Turistregion – med stor variasjon i befolkningsmengde og aktivitet
- Fjellregion med store avstander
- Gjennomfartsregion – med stor variasjon i trafikkbelastning og høy ulykkesstatistikk.

#### 3.3.1 Turistkommuner

Alle de 5 kommunene som omfattes av denne rapporten er turistkommuner.

Det avspeiles i faktisk befolkningstall, i boligmassen og i aktiviteter.

##### *Faktisk befolkningstall*

Den faktiske befolkningen i kommunen omfatter både den folkeregistrerte befolkningen og personer som til enhver tid oppholder seg i området, herunder eiere og brukere av fritidsboliger, gjennomreisende og andre besøkende.

Tellinger basert på registrering av antall mobiltelefoner i perioden 2019–2020 i tre kommuner viser at det gjennomsnittlige antallet personer til stede ligger mellom to og tre ganger høyere enn antallet folkeregistrerte innbyggere. I høysesong øker dette ytterligere, med en samlet tilstedeværelse på om lag tre til ti ganger det registrerte

#### Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

innbyggertallet. På enkelte dager kan det faktiske befolkningstallet være enda høyere. Det fremgår eksempelvis av registreringer fra samme periode at det ved én anledning var registrert over 10 000 mobiltelefoner i skianlegget i Hemsedal på én og samme dag.

|                 | <b>Innbyggere<br/>Folkeregistrerte</b> | <b>Gjennomsnitt pr<br/>dag</b> | <b>I høysesong</b> |
|-----------------|----------------------------------------|--------------------------------|--------------------|
| <b>Ål</b>       | 4835                                   | 8200                           | 12500              |
| <b>Hemsedal</b> | 2685                                   | 8006                           | 24000              |
| <b>Hol</b>      | 4527                                   | 13500                          | 45000              |
| <b>Gol</b>      | 4888                                   | 9115                           | 14500              |
| <b>Nesbyen</b>  | 3234                                   | 11000                          | 15200              |

Tabell 3.1. Faktisk befolkning i Hallingdalskommunene.

Samlet sett er det per 1. januar 2026 folkeregistrert 20 169 innbyggere i de fem kommunene. Når de samme faktorene legges til grunn som beskrevet over, anslås det faktiske antallet personer som til enhver tid oppholder seg i området til i gjennomsnitt å ligge mellom 40 000 og 60 000. I høysesong kan dette tallet øke betydelig, og anslås da å være opp mot 200 000 personer.

#### *Boliger*

Den tilgjengelige boligmassen utgjør et sentralt grunnlag for å estimere den faktiske tilstedeværende befolkningen i kommunene. Dette er relevant for å vurdere behovet for nødvendige allmennmedisinske tjenester, herunder legevakt.

Tallgrunnlag fra Statistisk sentralbyrå (SSB) viser at det i 2025 var følgende bygningsmasse i de fem kommunene som benyttes til boligformål:

|                 | <b>Ordinære boliger</b> | <b>Fritidsboliger</b> |
|-----------------|-------------------------|-----------------------|
| <b>Nesbyen</b>  | 1941                    | 3988                  |
| <b>Gol</b>      | 2978                    | 2732                  |
| <b>Hemsedal</b> | 1475                    | 2360                  |
| <b>Ål</b>       | 2677                    | 3163                  |
| <b>Hol</b>      | 2819                    | 6094                  |

Tabell 3.2: Boenheter i kommunene

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Ordinære boliger er eneboliger, tomannsboliger, rekkehus, boligblokk, bygninger med bofellesskap og lignende. Det er inkludert både bebodde og ubebodde. Fritidsboliger er hytter, leiligheter, og andre bygg som benyttes som fritidsboliger.

Samlet for de fem kommunene er det registrert 11 890 ordinære boliger og 16 411 fritidsboliger, tilsvarende om lag 38 prosent flere fritidsboliger enn ordinære boliger. Det er betydelige variasjoner kommunene imellom. I enkelte kommuner, som Gol, er antallet ordinære boliger og fritidsboliger tilnærmet likt, mens de øvrige kommunene har flere fritidsboliger enn ordinære boliger. I to kommuner, Nesbyen og Hol, er antallet fritidsboliger mer enn dobbelt så høyt som antallet ordinære boliger.

Antallet fritidsboliger har hatt en jevn økning over tid. Samlet for de fem kommunene økte antallet fritidsboliger med om lag 20 prosent i løpet av de siste ti årene, fra totalt 15 335 registrerte fritidsboliger i 2015 til 18 411 ved inngangen til 2026 (kilde: SSB). Den største veksten i perioden var i Nesbyen kommune, med en økning på 32 prosent.

I tillegg til fritidsboliger har regionen en betydelig kapasitet i form av hoteller, campingplasser og andre overnattingstilbud (herunder plattformer som Airbnb). Det foreligger imidlertid ikke en samlet, nasjonalt dekkende oversikt over denne kapasiteten.

### Aktivitet

Turistaktiviteten i Hallingdal er knyttet til både sommer- og vinterbaserte tilbud. Over tid har det vært en tydelig politisk målsetting å utvikle kommunene i regionen som helårsdestinasjoner, blant annet gjennom økt satsing på sykkelbaserte aktiviteter i flere av kommunene.

I alle kommuner – og særlig i Hol, Hemsedal og Nesbyen – innebærer dette et høyt aktivitetsnivå innen utendørsaktiviteter som er preget av fart og økt risiko for skader. I vintersesongen dominerer skisportrelaterte skader, mens fallskader og sykkelskader er mest fremtredende i sommersesongen. En betydelig andel av disse skadene krever akutt allmennmedisinsk vurdering og behandling hos fastlege eller legevakt, inkludert stabilisering. I mange tilfeller er det videre behov for ambulanse, og eventuelt luftambulanse, for transport til endelig behandling i spesialisthelsetjenesten.

### 3.3.2. Nasjonale transportveier

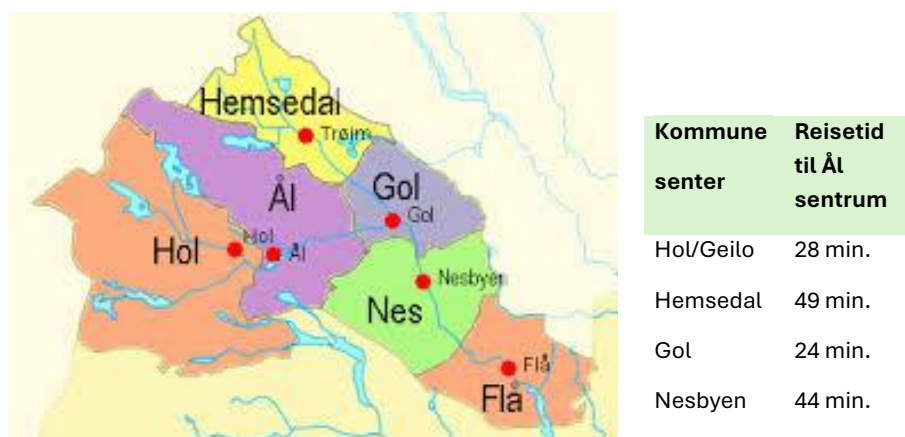
Flere nasjonalt viktige transportårer går gjennom kommunene i Hallingdal, bl.a. RV 7 og RV 52, fylkesvei 50 og fylkesvei 40, samt Bergensbanen. Disse veiene og jernbanestrekningen utgjør sentrale forbindelser mellom Øst- og Vestlandet og har høy trafikkbelastning. Dette medfører også økt risiko for trafikkulykker.

Ifølge tall fra Statistisk sentralbyrå (16.01.2026) ble det i 2024 registrert sju dødsulykker og om lag 200 personskader i veitrafikken i Buskerud. Tallene er ikke spesifisert for

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Hallingdal alene. Trafikkulykker utløser ofte behov for akutt bistand fra de kommunale allmennmedisinske tjenestene, herunder fastleger og legevakt, og kan videre innebære behov for ambulanse og annen akuttmedisinsk oppfølging.

### 3.3.3. Fjellkommuner



Figur 3.2 med tabell: Geografisk oversikt

Det samlede arealet for de fem kommunene i Hallingdal utgjør 5 840 km<sup>2</sup>. Avstanden fra østlig kommunegrense i Nesbyen til vestlig kommunegrense i Hol er om lag 126 kilometer, med en forventet reisetid på godt over to timer. Hallingdal legevakt er lokalisert sentralt på Ål. Reisetiden til legevakten fra kommunesentrene i de fire øvrige kommunesentre varierer fra om lag 24 til 49 minutter, med lengst reisetid fra Hemsedal (kilde: Google Maps, 21.01.2026).

Fra kommunesentrene i Hemsedal og Hol er det om lag 2,5 timer reisetid med bil til nærmeste regionssykehus, Ringerike sykehus i Hønefoss. Fra Nesbyen er reisetiden til sykehuset om lag 1,5 time og fra Ål om lag 2 timer. Hallingdal Sjukestugu, er nærsykehuset i regionen og lokalisert på Ål i samme bygg som Øvre Hallingdal Legevaktsentral.

Om lag 70 prosent av kommunenes samlede areal ligger over 900 meter over havet, noe som medfører økte vær- og klimautfordringer. Området omfatter blant annet Hallingskarvet. De høyeste punktene i regionen er Folarskardnuten i Hol kommune (1 933 moh.) og Høgeloft i Hemsedal kommune (1 920 moh.).

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Hol og Hemsedal ligger øverst i dalføret og er de høyestliggende kommunene. Fjellovergangene mot vest og nord øker risikoen for isolasjon. Regionen preges også av bratt terreng med fjellskråninger og fossefall, noe som gir økt risiko for ras, skred og flom. Ål fungerer som en overgangskommune mellom fjell og dalføre, mens Gol og Nesbyen, som ligger lavest i dalføret, er særlig utsatt for flomhendelser i tillegg til skredfare.

Den viktigste infrastrukturen mellom kommunene følger samme dalføre. Risiko for skred- og flomhendelser som kan ramme vei- og kommunikasjonsforbindelser, innebærer at alle kommunene må være forberedt på å kunne bli helt eller delvis isolert.

Dette understreker behovet for godt samordnede beredskaps- og innsatsplaner mellom nabokommunene.

### 3.4. Bruk av allmennlegetjenester i kommunene og på legevakta

I det følgende presenteres data for innbyggers bruk av helsetjenester og dagens allmennlegetjenester.

#### Hovedbudskap – dagens allmennlegetjenester i Hallingdal

- Høy aktivitet og spesialiserte tjenester
- Lokal forankring
- Gjester påvirker tallene i høy grad
- Sesongvariasjonene er store og avgjørende for faktiske behov for tjenester

#### 3.4.1. Dagens allmennlegetjenester

Den enkelte kommune har ansvar for å sikre at alle som oppholder seg i kommunen, har tilgang til nødvendige allmennlegetjenester. Folkeregistrerte innbyggere har i tillegg rett til å stå på liste hos og velge fastlege.

Det er kommunenes fastleger som bemanner både den ordinære dagberedskapen og legevakttjenesten. Plikten til å delta i legevakt følger av fastlegeforskriften, gjeldende avtaleverk og lokale fastlegeavtaler. Fastleger kan søke om fritak fra legevakt av nærmere definerte grunner, blant annet av hensyn til egen helse, alder eller særlig omsorgsansvar for mindreårige barn.

På nasjonalt nivå var gjennomsnittlig listelengde per fastlege i 2024 på 978 listepasienter.

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

### Oversikt over legedekningen i kommunene i dag

| Kommune         | Antall fastleger<br>100 %              | Antall fastleger/<br>folkeregistrert<br>innbygger | Antall fastleger/<br>faktisk<br>innbygger<br>* | Antall hjelpepers<br>Og utdann.                                    | Typisk bemanning           | Dagberedskap bemanning    |
|-----------------|----------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| <b>Hol</b>      | 9<br>1 LIS1                            | 503                                               | 1500                                           | 9 sykepleiere<br>Inkl. ledelse                                     | 8-10 leger<br>6-7 sykepl.  | 2 leger<br>2 sykepl.      |
| <b>Ål</b>       | 7,2<br>1 LIS1                          | 671                                               | 1138                                           | 6,6<br>Sykepleiere<br>Helsesekr                                    | 6 leger<br>5-6 sykepl.     | 1-2 leger<br>1 sykepleier |
| <b>Hemsedal</b> | 5                                      | 537                                               | 1601                                           | 4,1+<br>sesong 0,55.<br>Sykepleiere<br>Helsesekr.<br>Inkl. ledelse | 3 leger,<br>2-3 sykepl.    | 1-2 leger<br>1 sykepl     |
| <b>Gol</b>      | 5,4 og 1<br>sololege<br>(6,4<br>1 LIS1 | 764                                               | 1418                                           | 6,2<br>Sykepleier<br>og helseskr.<br>**                            | 4 leger<br>4 sykepl.<br>** | 1-2 leger<br>**           |
| <b>Nesbyen</b>  | 4<br>1 LIS 1                           | 809                                               | 2750                                           | 3,3 (4 pers)                                                       | 3 leger 3<br>hjelperpers   | 1 lege,<br>1 hjelpepers.  |

\*basert på data fra 2019-2020: gjennomsnittlig antall faktiske innbygger pr døgn i kommunen. Se avsnitt 4.3.1 i rapporten.

\*\* gjelder Gol kommunale legesenter.

Tabell 3.3: Fastlegekontorer i Hallingdal. Bemanning og listelengder.

### Åpningstider

Fastlegekontorene i kommunene har ordinære åpningstider på hverdager (mandag–fredag) fra kl. 08.00 til 16.00, med enkelte justeringer, for eksempel i forbindelse med personalmøter. Alle fastlegekontorer har ansvar for dagberedskap i egen kommune innenfor disse tidsrammene.

I Hol og Hemsedal tilpasses åpningstidene ved fastlegekontorene i vintersesongen for å møte et økt behov for helsehjelp. I perioden fra 1. desember til utgangen av april holdes kontorene åpne fra kl. 08.00 til 17.00 alle ukedager. I enkelte høytidsperioder, som jul, nyttår og påske, utvides åpningstidene ytterligere, i noen tilfeller fram til kl. 23.00.

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

### 3.4.2 KUHR data. Nasjonale oversiktsdata

KUHR-databasen (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner) inneholder data om aktivitet ved legesentrene basert på registreringer av fastlegenes takstbruk i HELFO. Databasen forvaltes av Helsedirektoratet.<sup>8</sup>

For å belyse aktiviteten ved fastlegekontorene i kommunene har prosjektgruppen sett på data for fysiske konsultasjoner på dagtid (takst 2ad) og kveldstid (takst 2ak), samt for sykebesøk på dagtid (takst 11ad) og kveldstid (takst 11ak). Dataene er samlet for de fem samarbeidende kommunene, og sammenstilt med tilsvarende tall for Buskerud og nasjonalt nivå.

Tabell 3.4: Konsultasjoner og sykebesøk utfra HELFO registrert takst.

| Takst                                          | Fastlege/<br>legevakt | Registrerte i HELFO takst –<br>Fysiske kons.(ikke tlf.og digital) i kommunne |             |              |              |              |
|------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------------|-------------|--------------|--------------|--------------|
|                                                |                       | Hol                                                                          | Hemsedal    | Ål           | Gol          | Nesbyen      |
| <b>11ad/ak</b>                                 | <b>Fastlege</b>       | 123                                                                          | 102         | 47           | 33           | 868          |
|                                                | <b>LV</b>             | 45                                                                           | 22          | 79           | 79           | 28           |
| <b>2ad/2ak</b>                                 | <b>Fastlege</b>       | 12077                                                                        | 8998        | 10875        | 10679        | 10675        |
|                                                | <b>LV</b>             | 2368                                                                         | 102         | 1766         | 670          | 238          |
| <b>Fysiske konsultasjoner i alt</b>            |                       | <b>14613</b>                                                                 | <b>9774</b> | <b>12767</b> | <b>11349</b> | <b>11799</b> |
| <b>Pr folkeregistrerte innbygger</b>           |                       | <b>3,22</b>                                                                  | <b>3,64</b> | <b>2,64</b>  | <b>2,32</b>  | <b>3,61</b>  |
| <b>Andel legevakts konsultasjoner av total</b> |                       | <b>16,5%</b>                                                                 | <b>1,3%</b> | <b>14,5%</b> | <b>6,6%</b>  | <b>2,3%</b>  |

Tallmaterialet reiser spørsmål knyttet til datakvalitet og validitet, og kan ikke tolkes isolert uten god kjennskap til lokale forhold. Det fremstår blant annet som påfallende at Hemsedal har færrest registrerte legevakts konsultasjoner og sykebesøk, etterfulgt av Nesbyen, samtidig som Hol har om lag åtte ganger flere registrerte legevakts kontakter enn kommunene med lavest aktivitet. Videre har Nesbyen nær fem ganger så mange registrerte sykebesøk per år som kommunene med nest høyest antall sykebesøk (Hol og Hemsedal). Disse forskjellene gir ikke et godt uttrykk for faktiske tjenester, men reflekterer i stor grad ulik organisering, praksis og kultur i kommunene. Prosjektgruppen vurderer at flere forhold har betydning for hvordan tallene fremstår, og at disse må forstås som uttrykk for dagens lokale organisering og arbeidsformer. Blant sentrale forklaringsfaktorer er:

- Tallene baserer seg på legenes takstbruk og koding i møte med Helfo. Legene har ulik avlønningsform i kommunene, som privat næringsdrivende eller fastlønnede, med eller uten provisjon, noe som kan påvirke takstbruk og registreringspraksis.

<sup>8</sup> [KUHR-databasen - Helsedirektoratet](#)

#### Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

- Kommunene har ulike organisatoriske avgrensninger mellom fastlegetjeneste og legevakt, samt mulig ulik registreringspraksis i journalsystemene.
- Fastlegetjenesten og sykehjemslegetjenesten er ulikt organisert kommunene imellom, noe som kan påvirke både arbeidsdeling og registrerte aktiviteter.

De lokale tallene må derfor vurderes i sammenheng med regionale og nasjonale data, og primært brukes som et sammenligningsgrunnlag snarere enn som absolutte mål på aktivitet eller behov.

Tilsvarende tall for Buskerud angir 2,58 konsultasjoner og sykebesøk pr innbygger, der 11 % skjer på legevakt. Nasjonalt er det registrert 2,70 konsultasjoner og sykebesøk pr innbygger, og 8,3 % skjer på legevakt.

Tre av kommunene – Hol, Hemsedal og Nesbyen – har et høyere antall konsultasjoner per innbygger enn både regions- og landsgjennomsnittet. Dette gjenspeiler den faktiske befolkningen i kommunene, der et høyt antall besøkende og tilreisende gir økt etterspørsel etter helsetjenester.

Det er godt dokumentert at primærhelsetjenesten, herunder fastlegeordningen og legevakten, har en sentral rolle som både portvakter og inngangsporter til spesialisthelsetjenesten. Om lag 1 prosent av konsultasjonene hos fastlege og 11 prosent av konsultasjonene på legevakt resulterer i innleggelse i sykehus. Hovedtyngden av henvendelsene vurderes og håndteres dermed innenfor primærhelsetjenesten.

#### 3.4.2 Data fra legekantoret for ytelser

Fastlegekontorene i Hallingdal benytter alle journalsystemet Pridok.

Det har vist seg krevende å få tilgang til samlet og sammenliknbar statistikk fra legekantorene, eksempelvis data som kan belyse belastningen knyttet til gjestepopulasjon ved legesentrene. Det er sendt flere forespørsler til Pridok sentralt i januar, februar og april 2026, uten at dette har resultert i tilgjengeliggjøring av aktuelle data. Legekantorene har selv mulighet til å hente ut enkelte enkeltstående rapporter, men øvrige data må i stor grad baseres på lokale registreringer og manuelle opptellinger, for eksempel gjennomgang av timebøker.

Det er i dag ikke en egen registrering av ressursbruk i KOSTRA tall for legevakt. I mange kommuner er all allmenn medisinsk øyeblikkelig hjelp på dagtid, inkl. legevakt, en del av den ordinære fastlegevirksomhet, og ikke skilt ut som en selvstendig enhet. Det gjør beregning av kostnad og forventer ressursbehov utfordrende. Bildet er kjent også fra nasjonale rapporter.

Prosjektgruppen har mottatt konkrete aktivitetsdata fra Hemsedal og Hol kommuner, og disse tallene er inkludert i utredningen. De øvrige kommunene har ikke rapportert

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

tilsvarende lokale data. Prosjektgruppen vurderer at tallene fra Hol og Hemsedal likevel gir relevant innsikt i behovet for legevakttenester, ettersom begge kommunene har et dokumentert høyt aktivitetsnivå og et økt behov for øyeblikkelig hjelp knyttet til både fastboende og tilreisende befolkning. Videre er det mottatt aktivitetsdata for legevaktssentralen og for aktivitet på legevakta julen 2025.

### *Pridok data for Hol kommune*

Ved Hol legesenter er det i 2025 registrert i alt 27.611 kontakter uansett type, ukedag og måned. Det er registrert 15.946 fysiske legekonsultasjoner eller sykebesøk, hvilket betyr at 58 % av alle kontakter ved legekontoret resulterer i en fysisk kontakt med legen.

Det er registrert 6037 tidstakster (2cd, 11cd, 2ck, 11ck), det er uttrykk for økt tidsbruk ved 38 % av kontaktene (konsultasjoner med varighet utover 20 min eller sykebesøk med varighet over 30 min).

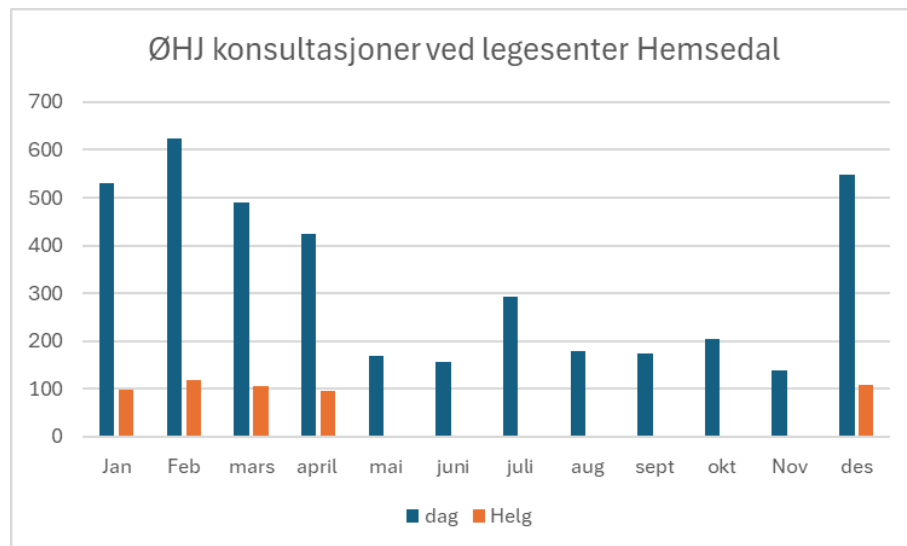
### *Øyeblikkelig hjelp Hol og Hemsedal legesentre.*

Behovet for øyeblikkelig hjelp er dimensjonerende for en felles legevakt også på dagtid.

Vi presenterer her data for øyeblikkelig hjelp timer fra Hemsedal og Hol legesentre.

Det er stor variasjon gjennom året i antall konsultasjoner. Det avspeiler både antall gjester til stede i kommunene og legesentrenes åpningstid (se avsnitt 5.1). Det er et identisk mønster for de to legesentre:

I Hemsedal ble det i 2025 gjennomført 4475 øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner i alt, derav 3936 på hverdager og 539 på helg og helligdager.

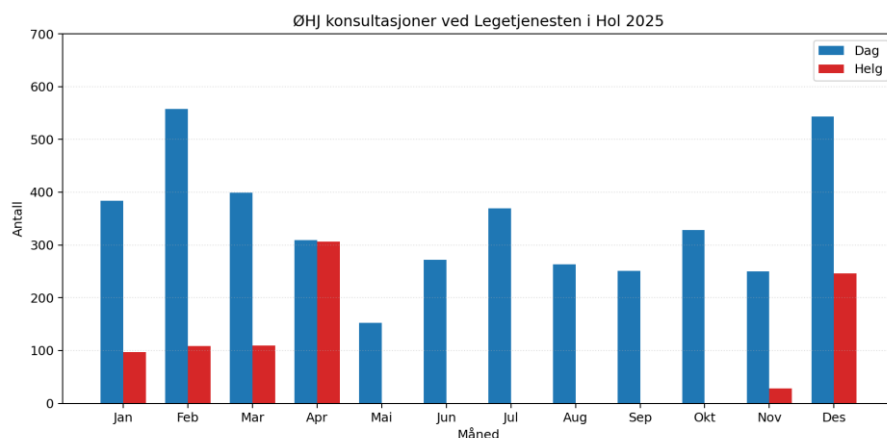


Tabell 3.5: Øyeblikkelig hjelp konsultasjoner i Hemsedal i 2025.

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Av totalt 3 149 konsultasjoner ble om lag 70 prosent av alle øyeblikkelig hjelp konsultasjoner gjennomført i vinterhalvåret (desember–april). Aktiviteten i juli ligger om lag 50 prosent høyere enn i øvrige måneder i vår-, sommer- og høstperioden. Dette reflekterer økt tilstrømning av besøkende, samt redusert ordinær virksomhet som følge av ferieavvikling.

Tilsvarende statistikk foreligger for Hol kommune. Her fremstår aktiviteten som mer jevnt fordelt gjennom året, med unntak av mai måned. Variasjonene vurderes å gjenspeile svingninger i tilstrømningen av besøkende til kommunen. Samlet er det registrert 4 755 øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner, noe som utgjør om lag 30 prosent av alle registrerte fysiske konsultasjoner ved legesenteret i løpet av året.



Tabell 3.6: Øyeblikkelig hjelp konsultasjoner i Hol i 2025.

Ved manuell gjennomgang av timebøker ved Hol legesenter for juleperioden (24.12.2025–01.01.2026, inklusive) ble det registrert totalt 417 øyeblikkelig hjelp-konsultasjoner. Dette tilsvarer et gjennomsnitt på 46,3 konsultasjoner per dag, med en variasjon fra 22 til 79 (median 38). To dager skiller seg ut med særlig høy aktivitet, med henholdsvis 78 og 79 konsultasjoner (29. og 30. desember).

Fordelt over åpningstiden utgjorde dette i gjennomsnitt 3,6 pasienter per time (variasjon 2,4–5,4; median 3,29). Andelen gjestepasienter med behov for øyeblikkelig hjelp var i gjennomsnitt 89 prosent (variasjon 77–95 prosent; median 89 prosent).

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Hol legesenter disponerer legevaktbil med utredningskapasitet. I 2025 er det registrert 150 utrykninger med rød respons fra legesenteret. Det foreligger ikke informasjon om utrykningene gjelder fastboende eller tilreisende.

### *Årsak til øyeblikkelig hjelp*

Erfaringer fra legesentrene og legevakt tilsier at om lag 50 prosent av øyeblikkelig hjelp-henvendelsene er relatert til indremedisinske tilstander, mens de resterende 50 prosentene skyldes skader, i hovedsak av ortopedisk karakter

### *Røntgenundersøkelser*

Samtlige fastlegekontor og legevakten på Ål disponerer eget røntgenutstyr og utfører behandling av enkle bruddskader, inkludert luksasjoner og reponeringer. Et doktorgradsarbeid fra 2025 (UiB/NORCE) viser at behandling av ukompliserte ortopediske skader i primærhelsetjenesten er faglig jevn god med tilsvarende behandling i spesialisthelsetjenesten, samtidig som kostnaden per pasient reduseres med om lag 7 000 kroner. I tillegg kommer besparelser knyttet til bortfall av transport til og fra sykehus, samt unngåelse av doble undersøkelser. Ifølge Prehospital tjeneste i Vestre Viken var kostnaden for ambulansetransport fra Geilo til Ringerike sykehus 22 500 kroner i 2025.

Normaltariffens takst 899 benyttes ved gjennomføring av røntgenundersøkelser. Data fra KUHR-databasen viser at det i 2024 totalt ble utført 3 073 røntgenundersøkelser i kommunen, med betydelig variasjon mellom kommunene. Om lag 40 prosent (1 264) ble gjennomført i Hemsedal, og 23 prosent (721) i Hol. Bruken av røntgen følger i hovedsak samme sesongvariasjon som antall øyeblikkelig hjelp-kontakter.

Lokal kompetanse til behandling av akutte ortopediske skader er faglig motiverende for helsepersonell. Det gir god, rask og trygg behandling av innbyggere. Det reduserer behovet for transport og øker dermed ambulansens tilstedeværelse i kommunen.

Det er kommunene som bekoster og vedlikeholder røntgenutstyret, samt sikrer at medarbeidere har fornøden kompetanse.

### **3.4.3 Bruk av Legevakt på Ål**

Kommunene bruker legevakta ulikt – det er i tråd med nasjonale data. Faktorer som avstand, tilgjengelighet til fastlege/legetjenester på dagtid og til legevakt øvrige døgn, samt demografiske faktorer.

Vi har fått frem data for bruk av legevakt i julen 2025 og for bruk av legevaktssentralen (telefon).

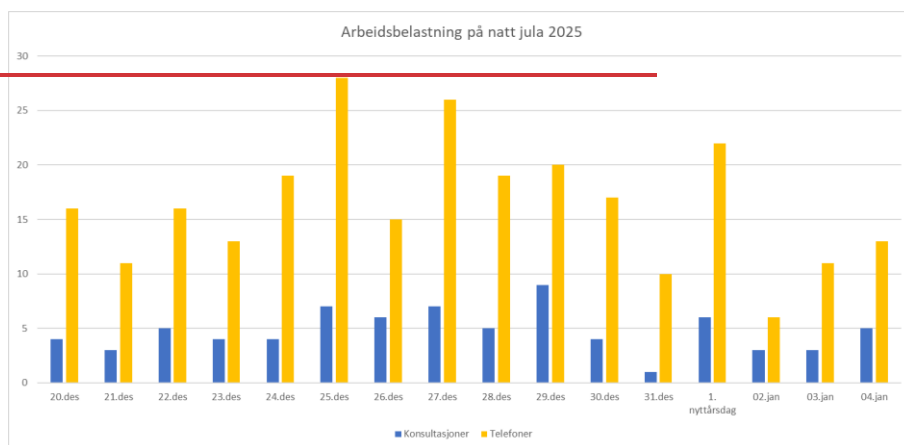
#### **3.4.3.1 Aktivitet på Hallingdal legevakt julen 2025**

Jul- og nyttår er tradisjonelt en absolutt høysesong for gjester i Hallingdals regionen, og befolkningen mangedobles (fra godt 20.000 til mellom 150-200.000).

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Det betyr økt aktivitet hele døgnet, inklusive på natt.

Data for perioden 20.12.25 til 04.01.26 beskriver dette. I gjennomsnitt er det ca. 16 telefonsamtaler til legevaktssentralen hver natt (median 16, variasjon 7-28 telefoner); og i gjennomsnitt 5 konsultasjoner hver natt (median 5, med variasjon 2-9 konsultasjoner). Det er samsvar mellom høy pågang på telefon og antall konsultasjoner.



Tabell 3.7: Hallingdal Legevaktssentral natt, julen 2025.

### 3.4.3.2. Telefoner til legevaktssentral pr kommune

Innbyggerne oppfordres til å ta kontakt med legevaktssentralen på telefon ved behov for akutt allmenntilleggs helsehjelp. Legevaktssentralen er døgnåpen og mottar alle henvendelser via det nasjonale legevaktnummeret (116 117).

I tillegg til telefonkontakt kommer en noen innbyggere direkte på døren for allmenn medisinsk hjelp. Samarbeidende etater, fx. politi, ambulanse og sengeavsnitt på HSS kan ta kontakt direkte med legevakta.

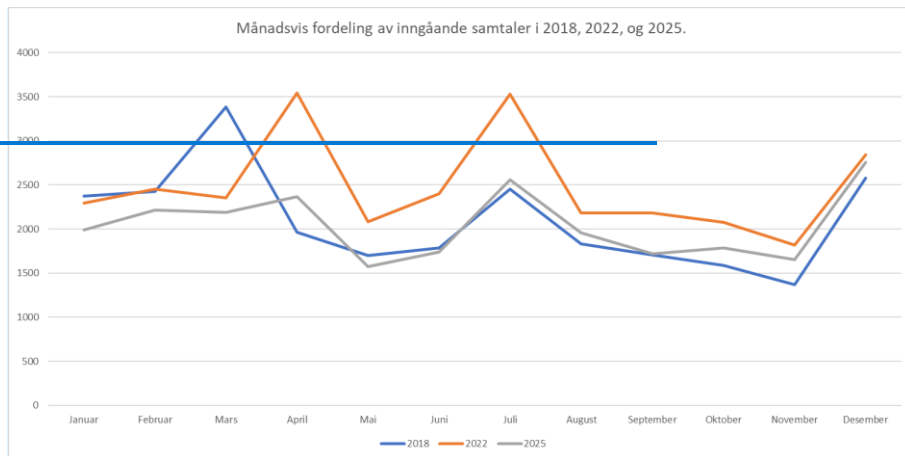
Basert på gjennomsnitt over en femårsperiode har legevaktssentralen håndtert om lag 20 200 telefonhenvendelser årlig, tilsvarende i gjennomsnitt rundt 55 henvendelser per døgn.

Vi har valgt to variabler for å gi en nærmere beskrivelse bruken av legevaktstelefonen: sessongvariasjon og variasjon i bruk utfra kommunetilhørighet:

#### Årstid

Pågangen på legevaktssentralens telefon varierer gjennom året i tråd med befolkningsgrunnlaget. Her er data for 3 år:

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026



**Kommentert [KM1]:** Den røde strek hva representerer den? Ikke gjennomsnitt

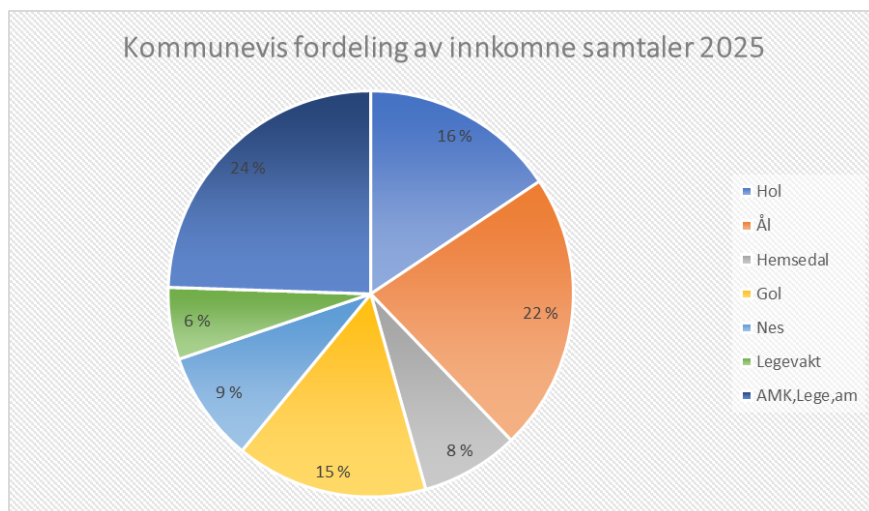
Tabell 3.8: Inngående samtaler ved legevaktssentralen pr måned i 2018, 2022, og 2025.

Det er tydelig toppe som er sentrert om vinterferie, påske, sommerferie og jul-nyttår, med høyeste registrerte kontakt i påsken og sommeren 2022 (første år etter pandemien). Øvrige år følger samme mønster, men på et lavere nivå. Flest kontakter er det ei mars-april og juli, med opptil 3500 kontakter i måneden (svarer til 117 telefoner daglig i gjennomsnitt).

### Kommuner

Det er innhentet data for telefonhenvendelser til felles legevaktssentral fra de fem samarbeidende kommunene. Registrerte kontakter er ikke fordelt etter folkeregistrerte innbyggere og tilreisende, men foreligger som samlede totaltall:

# Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026



Figur 3.3.: Registrerte innkomne samtaler pr kommune.

Tallene viser betydelige forskjeller i bruken av legevaktssentralen mellom kommunene, noe som indikerer variasjon i både etterspørsel og lokale forhold.

Tabellen viser antall registrerte telefonkontakter i gjennomsnitt pr kommune i perioden 2019-2023, og målt i forhold til antall registrerte innbyggere i 2023, kontakthyppheten pr innbygger:

|          | Gjennomsnitt antall kontakt per kommune | Antall innbyggere | Kontakt pr innbygger |
|----------|-----------------------------------------|-------------------|----------------------|
|          | 2019-2023                               | SSB 2023          |                      |
| Ål       | 6458                                    | 4862              | 1,3                  |
| Hol      | 4107                                    | 4506              | 0,9                  |
| Gol      | 5048                                    | 4767              | 1,1                  |
| Hemsedal | 2204                                    | 2645              | 0,8                  |
| Nesbyen  | 2404                                    | 3299              | 0,7                  |

Tabell 3.9: Telefonkontakter pr registrerte innbygger i kommunene.

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Tilsvarende variasjoner i bruk av legevaktssentralen er også kjent fra andre legevaktdistrikter. Blant faktorer som påvirker bruken er avstand til både legevaktssentral og legevakt, ventetid på telefon, samt lokal tilgjengelighet på legesenter og åpningstider for øyeblikkelig hjelp.

Bruken av det nasjonale legevaktnummeret 116 117 varierer mellom kommunene. Nummeret benyttes i størst grad i Ål kommune, mens innbyggere og lokalkjente i de øvrige kommunene ofte kontakter legevakt eller øyeblikkelig hjelp via direkte telefonnummer til lokalt legesenter.

### 3.5 Forskning og lokale forhold

Vi omtaler her to rapporter som har sett på hvem som bruker legevakta, og hva interkommunale løsninger kan bety for kvalitet på legevakt. I tillegg omtales brukerundersøkelser.

#### Hva forteller rapportene oss?

- Hallingdal har høyere aktivitetsnivå på legevakt enn nasjonale gjennomsnitt
- Turisme og fritidsbebyggelse påvirker behovet for legevakt betydelig
- Interkommunale legevakter gir ikke nødvendigvis høyere kvalitet eller rimeligere drift enn lokale løsninger
- De beste resultatene ser ut til å oppnås i robuste samarbeidsmodeller med tydelige kvalitetskrav og lokalt eierskap.

#### Kontakter til legevakt – hvem bruker legevakta?

NKLM/NORCE publiserer årlig en epidemiologisk oversikt over aktivitet ved legevakt, basert på data fra seks ulike legevakter i landet. Datagrunnlaget regnes som representativt for nasjonal legevaktaktivitet (kilde: NKLM/NORCE, Epidemiologiske data fra legevakt, 2024).

Ifølge rapporten for 2024 er den gjennomsnittlige kontaktfrekvensen til legevakt om lag 30 kontakter per 1 000 innbyggere per år, tilsvarende at rundt 30 prosent av befolkningen har kontakt med legevakt i løpet av et år. Dette tilsvarer i gjennomsnitt én kontakt per 1 000 innbyggere per døgn (kilde: NKLM/NORCE, 2024).

Overført til lokale forhold innebærer dette at antall kontakter til legevakt i regionen vil variere betydelig med faktisk befolkning. Avhengig av tilstedeværelse av gjester kan antallet kontakter anslås å variere fra om lag 600 til 6 000 per år. Lokale KUHR-data for 2024 viser imidlertid rundt 8 300 registrerte kontakter, noe som tilsier et aktivitetsnivå som ligger om lag 38 prosent høyere enn det nasjonale gjennomsnittet skulle tilsi. Dette

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

indikerer en betydelig tilleggseffekt av gjestepopulasjon og lokale forhold (kilde: NKLM/NORCE 2024; KUHR 2024).

Når det gjelder hastegradering, viser NORCE-data at om lag halvparten av kontaktene til legevakt vurderes som grønn/ikke-haster. Videre fordeler kontaktbildet seg med rundt 40 prosent i kategorien haster/gul og 10 prosent i akutt/rød hastegrad (kilde: NKLM/NORCE, 2024).

Aldersfordelingen blant brukere av legevakt er relativt jevn, men med tydelige tyngdepunkt. Barn under 15 år utgjør samlet rundt 20 prosent av kontaktene, unge voksne (16–29 år) rundt 20 prosent, og aldersgruppen 30–59 år den største andelen med om lag 30 prosent. Personer mellom 60 og 79 år står for rundt 20 prosent av kontaktene, mens de over 80 år utgjør omkring 10 prosent (kilde: NKLM/NORCE, 2024).

Kontaktmønsteret varierer gjennom døgnet og uken. Om lag 40 prosent av kontaktene skjer på dagtid, 45 prosent på kveldstid og 15 prosent om natten. Videre skjer rundt 40 prosent av kontaktene i helger og på helligdager (kilde: NKLM/NORCE, 2024).

En egen rapport fra NKLM om eldre over 65 år viser at denne aldersgruppen har et særlig høyt behov for akuttmedisinske tjenester. Kontakter fra eldre resulterer oftere i sykebesøk (6 prosent) og innleggelse via legevakt (17 prosent) enn i øvrige aldersgrupper. Eldre over 65 år sto for nær halvparten av alle kontakter til AMK og 15 prosent av henvendelsene til legevaktssentralen. I over halvparten av tilfellene ble legevakten kontaktet av pårørende. Rapporten viser også at mange henvendelser først vurderes som lite alvorlige, men senere oppjusteres til haster eller akutt ved legevakt, blant annet som følge av atypiske sykdomspresentasjoner hos eldre (kilde: NKLM, Eldre i den akuttmedisinske kjeden, 2021).

### *Hva vet vi om effekten på kvalitet i interkommunale legevakts løsninger?*

Blåka m.fl. publiserte i 2021 en studie som, med utgangspunkt i dagens legevaktsordning, undersøker betydningen av interkommunalt samarbeid for tjenestekvalitet, samt hvorvidt det finnes en optimal størrelse på slike samarbeid. Studien er basert på gjennomgang av litteratur og analyse av data fra fagmiljøer og sentrale registre. Representanter fra prosjektgruppen har supplert artikkelen med et digitalt drøftingsmøte med Blåka (21.5.26).

En underliggende antakelse er at interkommunale løsninger gir stordriftsfordeler. Tidligere studier har i hovedsak fokusert på økonomiske forhold, og det foreligger begrenset kunnskap om hvilken kvalitet som oppnås for de ressursene som investeres.

Blåka fremhever at interkommunale selskaper ikke har samme potensiale for alle sektorer. Hun fremhever som eksempel to forhold:

#### Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

- Hvor avhengig er tjenesten av å ha en lokasjon nær brukarene? Et eksempel er brann og redningstjenesten, som har stramme forskriftsmessige krav til nærhet. De samme krav gjelder ikke i dag for legevakt.
- Hva er målet for tjenestene? Hva ønsker man å samarbeide om? I vurderingen av om en interkommunal løsning er riktig, er det sentralt at partene er tydelig på hva målet er for tjenestene og utfra det vurdere om en interkommunal modell vil bidra til det.

Legevaktstjenesten kjennetegnes av to sentrale egenskaper: behov for raske og ofte kritiske beslutninger hele døgnet, samt krav til tilstrekkelig beredskapskapasitet til å håndtere variasjoner i etterspørselen gjennom året.

Statlige føringer for legevakt er i begrenset grad detaljerte. Det er fastsatt krav til kompetanse gjennom akuttmedisinforskriften, men det er i hovedsak opp til kommunene å organisere og dimensjonere tilbudet i tråd med lov- og forskriftskrav.

I studien operasjonaliseres kvalitet langs to dimensjoner: innsatsfaktorer (inputkvalitet), herunder tilgang på personell som lege og sykepleier, samt tilgang på medisinsk utstyr, for eksempel legevaktbil, samband og diagnostisk utstyr.

Resultatene indikerer at interkommunale legevaktsordninger ikke gjennomgående gir høyere kvalitet enn kommunale løsninger, verken når det gjelder personellressurser eller tilgang på utstyr. For personellressurser fremstår bildet som sammensatt, men det antydes at interkommunale ordninger må ha et visst volum – anslått til minst seks deltakerkommuner – for å oppnå mer stabile bemanningsforhold. En forklaring kan være at fastleger er kommunalt tilknyttet og har plikt til deltakelse i legevakt, mens øvrige personellgrupper i mindre grad er bundet til ordningen. I tillegg kan økt organisatorisk avstand svekke opplevd eierskap og påvirkning både for kommunal ledelse og fagpersonell.

Tilgangen på medisinsk utstyr fremstår i studien som svakere i interkommunale løsninger, basert på vurderinger av flere utstyrsparemetere (blant annet legevaktbil, kommunikasjonssystemer og medisinsk-teknisk utstyr). Dette kan blant annet forklares med at flere eiere med ulike prioriteringer kan gjøre beslutningsprosesser mer krevende, samt at avstanden til lokale behov og prioriteringer øker.

Forskerne konkluderer med at kvalitet, målt langs de to nevnte dimensjonene, synes best ivarettatt i mellomstore legevaktsordninger med nærhet mellom eierskap og beslutningstakere, og svakere i henholdsvis store interkommunale selskaper og små, enkeltkommunale legevakts løsninger.

Interkommunale løsninger er avhengige av enighet og felles bidrag fra alle kommuner. Erfaringene viser at det er svært viktig at nivået for tjenestekvaliteten er lagt ved etablering av en interkommunal løsning. Det legger press på kommunenes ledelse om å

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

etablere et tilstrekkelig faglig godt og fremtidsrettet konsept. Om det ikke er på plass ved start er det vanskelig å etablere i etterkant.

### *Hva vet vi om brukers tilfredshet og kontaktårsak*

Brukerundersøkelser bidrar til å belyse opplevde fordeler og ulemper ved ulike tjenstedesign.

Brukerundersøkelser er utfordrende å tolke og må vurderes varsomt. Det er en veldokumentert god validering i virksomheter som har salg og promotering som viktigste oppdrag. Der er det ofte en sammenheng mellom utbud og etterspørsel. Brukerundersøkelser er erkjent svakere som gode markører for kvalitet, i virksomheter som er kompetansestyrte, som f.eks. legevakt og mange andre offentlige tjenester. Det er en asymmetri i forholdet mellom bruker og tjenesteyter.

Vi har ikke nylige data om bruker opplevd tilfredshet med dagens legevakt.

Nasjonale data utgitt av NKLM april 2026<sup>9</sup> og av Helsedirektoratet i 2025<sup>10</sup> gir legevaktstjenestene høy bruker tilfredshet. 8 av 10 oppgir å være fornøyde. Dårligst opplevelse gis for faktorer knyttet til ventetid og organisering (6 av 10). De små legevakter scorer høyere på brukertilfredshet enn store. Av de som svarte oppgav 54 % av de tok kontakt på grunn av akutt helseproblem eller skade. 25 % oppgav at de opplevde at situasjonen var mindre alvorlig og kunne ha ventet til neste dag. 11 % oppgav at de hadde forsøkt å kontakte fastlegen før de tok kontakt med legevakt.

## 4. Hallingdal Sjukestugu.

Samlokalisert med den interkommunale legevakten, ligger også Hallingdal Sjukestugu (HSS). Virksomheten omfatter både døgnopphold og polikliniske tjenester.

---

<sup>9</sup> [Nasjonal brukerundersøkelse: Legevaktene leverer trygg og rask hjelp over hele landet - Norge](#)

<sup>10</sup> <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/pasienters-erfaringer-med-kommunale-legevakter-i-2025>

#### 4.1. Hvorfor er Hallingdal sjukestue viktig i denne utredning

HSS er nærsykehuset i Hallingdal

##### HSS – kort versjon

- Nærsykehuset i Hallingdal
- Akutt cerebral CT , og ordinære bildeundersøkelser
- Sengeplasser – kombinert og fleksibel bruk av kommunale og spesialisthelsetjenestesenger.
- Beredskap for hastefødsler (fødestue).
- Prehospitale tjenester: ambulanse og luftambulanse
- Spesialisthelsetjenester i poliklinikk, inkl. dialyse, diabetes og onkologisk behandling.

og en del av Vestre Viken helseforetak (VVHF).

HSS har et omfattende tilbud om spesialisthelsetjenester til lokal befolkningen, det inngår som en viktig del av kommunenes helseberedskap, og er samtidig en lokal kompetanse arbeidsplass. Det er etablerte gode samhandlingsakser mellom HSS og kommunenes helsetjenester.

#### 4.2 Dagens tilbud ved HSS

##### *Døgnopphold*

Somatisk sengepost ved HSS har totalt 20 sengeplasser, hvorav 10 er spesialisthelsetjenestesenger og 10 er interkommunale senger. Kommunene i Hallingdal har inngått en driftsavtale med VVHF om de kommunale sengene. Dette inkluderer også kommunale øyeblikkelig hjelp-senger (KAD), som er en lovpålagt tjeneste.

De fleste øyeblikkelig hjelp-pasienter legges først inn i spesialisthelsetjenesten i en diagnostisk sløyfe for å avklare tilstanden og videre behandlingsnivå. Videre innleggelse kan skje ved kommunal øyeblikkelig hjelp ved HSS, spesialisthelsetjeneste ved HSS eller ved sykehus.

I 2025 var det totalt 1 488 innleggelser ved somatisk sengepost. Av disse ble 64 % (950 pasienter) henvist fra fastlege eller legevakt for medisinsk behandling. De øvrige innleggelsene var hovedsakelig overføringer fra sykehus, primært Ringerike, og omfatter ortopediske, kirurgiske og medisinske pasientforløp. Palliativ behandling i livets slutfase utgjør også en viktig del av tilbudet ved HSS.

De fleste pasientene som legges inn ved HSS, skrives ut til egen bolig etter avsluttet behandling.

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

HSS har legebemanning på hverdager kl. 08.00–16.00, med tilgang til telefonkonsultasjon frem til kl. 22.00 fra HSS-lege. I tillegg er det bakvakt ved Ringerike sykehus hele døgnet. Det gjennomføres visitt på lørdager. Ved behov for fysisk legetilsyn utenom disse tidene ivaretas dette av legevaktslege. I 2025 ble det registrert totalt 25 slike tilsyn.

### *Poliklinikk og dagbehandling*

#### *Bildedagnostikk*

Bilde-diagnostisk avdeling har tre modaliteter: skjelettrøntgen, mammografi og CT. Avdelingen er åpen på hverdager.

I 2025 ble det utført 3 469 skjelettrøntgenundersøkelser og 1 361 CT-undersøkelser. Dette tilsvarer i gjennomsnitt rundt 14 skjelettrøntgen per dag, hvorav 3–5 er øyeblikkelig hjelp.

Det er etablert gode rutiner for akutt CT ved mistanke om hjerneslag, gjennom samarbeid mellom HSS, Ringerike sykehus og pre-hospitale tjenester (ambulansen på Ål). Det gjennomføres årlig om lag 50 trombolyselarmar.

#### *Dialyse*

HSS disponerer åtte dialysemaskiner og gjennomfører årlig rundt 1 300 dialysebehandlinger. Aktiviteten har økt betydelig fra cirka 600 behandlinger i 2021. Tilbudet omfatter også tilreisende pasienter; i 2025 ble det gjennomført 42 gjestedialyser.

Lokal dialysekapasitet er svært viktig for pasientene, da behandlingen må gjennomføres flere ganger per uke, og lange reiseavstander kan være en betydelig belastning.

#### *Poliklinisk virksomhet*

Det drives daglig poliklinisk virksomhet innen spesialisthelsetjenesten. Dette bidrar til et desentralisert tilbud med nærhet til innbyggerne og gir bedre kontinuitet i oppfølgingen.

Deler av tilbudet er legedrevet med spesialister fra sykehusene i Ringerike, Bærum og Drammen. Andre deler leveres av helsepersonell; sykepleiere, fysioterapeuter, kliniske ernæringsfysiologer, og psykologer. Videokonsultasjoner med spesialister inngår også i tilbudet.

Poliklinikken tilbyr både utredning og behandling, herunder kreftbehandling og spesialiserte prosedyrer som blodtransfusjon, blodtapping og injeksjonsbehandling.

Eksempler på tilbud:

- Oppfølging hos indremedisinsk spesialist for pasienter med kroniske sykdommer som diabetes, KOLS, nyresykdom og hjertesykdom
- Ortopediske vurderinger og enklere kirurgiske inngrep

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

- Kreftpoliklinikk
- Pusterom
- Hjertescole
- Laboratorietjenester (blodprøvetaking, analyser og tappe stasjon)
- Psykiatrisk poliklinikk for barn, ungdom og voksne

### *Pre-hospitale tjenester*

Det er base for både bilambulanse og luftambulanse ved HSS.

## 5. Oversikt over modeller

Mandatets oppdrag er at utredningen skal sammenligne dagens organisering med to alternative modeller:

- Modell 1 – videreføring av dagens organisering
- Modell 2 – felles interkommunal legevakt for alle kommuner hele døgnet
- Modell 3 – felles interkommunal legevakt på kveld, natt, helg og helligdager

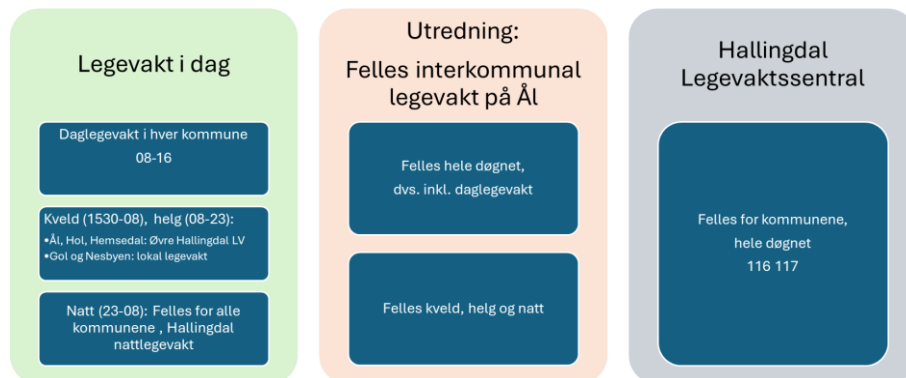
Felles interkommunal legevakt forutsettes samlokalisert med Hallingdal legevaktssentral og Hallingdal Sjukestugu (HSS).

Modellene skal beskrives og vurderes ut fra faglige, organisatoriske og pasientrelaterte perspektiver. Utredningen skal belyse økonomiske konsekvenser i et kost-nytte-perspektiv, samt fordeler ved samlokalisering med HSS og ulemper og fordeler knyttet til økt sentralisering av legevakttjenesten. Videre skal konsekvenser for rekruttering, kompetansebehov og vaktbelastning analyseres. Vurderingene skal også omfatte forhold knyttet til kvalitet, kontinuerlig forbedring og utviklingsmuligheter, herunder bruk av teknologiske løsninger.

Hallingdal legevaktssentral er allerede en felles ordning for alle kommunene og betjener legevaktstelefonen for hele regionen døgkontinuerlig via telefonnummer 116 117. Denne ordningen skal videreføres uendret og inngår ikke i utredningen.

Her er en figur som illustrerer utredningen:

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026



Figur 5.1.: oversikt over tre legevakts modeller.

### Felles for alle modeller

SWOT analysene for alle modeller med sammenstilling presenteres i kapittel 5.4.

### Om reisevei ved sentralisering.

Felles for de vurderte modellene er at akutte allmennmedisinske tjenester, herunder legevakt, samles ett sted for innbyggerne i de fem kommunene, enten hele eller deler av døgnet. Formålet er å bidra til bærekraftige og faglig forsvarlige tjenester gjennom hele døgnet. Interkommunalt samarbeid om helse- og omsorgstjenester, inkludert legevakt, fremstår som nødvendig for å oppnå dette.

En slik sentralisering vil samtidig medføre redusert lokalt tjenestetilbud i fire av de fem kommunene. Dette innebærer økt reisevei for innbyggerne og lengre utrykningstid for helsepersonell.

For Nesbyen kan dette i enkelte tilfeller innebære transport først til Ål og deretter videre til Ringerike sykehus ved behov for innleggelse. Kommunene har i dag felles legevakt på natt. I 2025 er det registrert ett tilfelle hvor en innbygger fra Nesbyen, etter undersøkelse ved legevakt, ble innlagt ved Ringerike sykehus. Øvrige tilfeller med behov for innleggelse er håndtert gjennom telefonisk avklaring, eventuelt ved bruk av video mellom legevakt, ambulanse og pasient, med direkte transport til sykehus.

Legevakten på Ål er lokalisert sentralt i Hallingdal, med en reisetid til kommunesentrene på under én time, men med betydelig lengre avstander til ytterpunktene i kommunene.

En sentralisert legevakt forutsetter forsvarlig bemanning tilpasset befolkningsgrunnlag og forventet aktivitetsnivå, men vil i mindre grad kunne ivareta lokale allmennmedisinske tjenester, som eksempelvis sykebesøk, i samme omfang som i dag. Økt reisevei vil medføre betydelig ressursbruk knyttet til transport og et økt behov for

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

bemannning med lege og sykepleier. Løsninger med dobbel vaktdekning, eksempelvis gjennom lokale bakvakter eller kjørende vaktberedskap, vurderes som lite bærekraftige, særlig som følge av økt vaktbelastning for fastlegene.

### Om bemanningsbehov

Vi vet at behovet for akutte allmennmedisinske helsetjenester er svært varierende i Hallingdal (se kap.3). Det er derfor beheftet med betydelig usikkerhet å si noe om forventet behov for bemanning.

NORCE-rapporten <sup>11</sup>anslår at om lag 1 per 1 000 innbyggere daglig tar kontakt med legevakt. Basert på KUHR-data har Hallingdalsregionen et høyere forbruk av legevaktstjenester enn landsgjennomsnittet. Det legges derfor til grunn et anslag på 1,5 kontakter per 1 000 innbyggere. Med et gjennomsnittlig innbyggertall på 47 820 i perioden 2019–2020, tilsvarer dette om lag 75 henvendelser til legevakt per døgn. Dette er i samsvar med rapportering fra legekantorene.

Det er samtidig betydelig variasjon i aktivitetsnivået. I definerte høysesonger øker etterspørselen markant. Som følge av utviklingen av Hallingdal som helårsdestinasjon, økende aktivitetsnivå og fortsatt utbygging av fritidsboliger og overnattingskapasitet, synes sesongvariasjonene å bli mindre, samtidig som samlet aktivitetsnivå øker.

Bemanningsbehovet vil variere etter valgt modell og må uansett modell være basert på fleksible løsninger.

### Utredning:

Her beskrives de tre modellene.

#### 5.1. Modell 1: Dagens modell for legevakt i kommunene

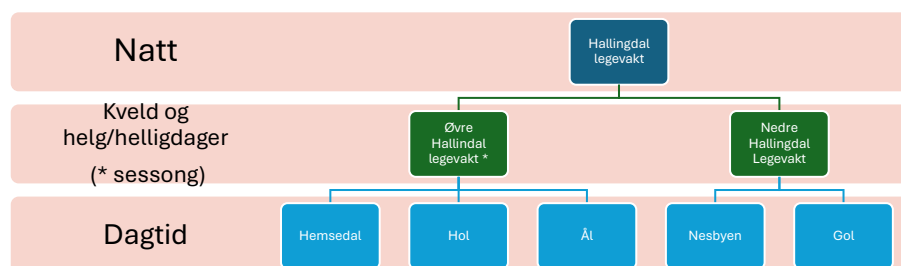
Nåværende legevaktsordning består i dag av 3 ulike løsninger: På dagtid på hverdager er legevakt lokalisert i hver enkel kommune. På kveld og helg er distriktet delt i to, med Øvre Hallingdal legevakt (Hol, Ål og Hemsedal) og Nedre Hallingdal legevakt (Nesbyen og Gol). På natt er det felles interkommunal legevakt for alle kommunene. Legevaktssentralen (116 117) er felles for alle kommunene hele døgnet.

Flå kommune er tilknyttet legevakts samarbeidet i Ringeriksregionen

---

<sup>11</sup> [Legevakt-ulike-modeller-for-organisering\\_22.05.2026.pdf](#)

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026



\* forsterket i Øvre Hallingdal i vintersesongen, se tekst for detaljer.

Figur 5.2.: Modell 1- dagens legevakt

### 5.1.1. Beskrivelse av modellen

| Tidspunkt        | Man- 08-16, fre                                                                                                            | 1530-23                                                                   | 23-08                                                         |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------|
|                  | Helg *                                                                                                                     | 08-23                                                                     |                                                               |
| Type             | Dagberedskap                                                                                                               | Legevakt                                                                  |                                                               |
| Design Legevakt  | 5 Fastlegekontorer, et i hver kommune, som har øyeblikkelig hjelp-ansvar for alle innbyggere som oppholder seg i kommunen. | 2-delt legevakt: 1.Øvre Hallingdal legevakt, Ål, for Hol, Ål og Hemsedal. | 1 delt legevakt, for alle kommunene, Hallingdal nattlegevakt. |
|                  | Lokalt akutt beredskap                                                                                                     | 2. Nedre Hallingdal legevakt: Gol og Nesbyen                              |                                                               |
| Hallingdal       | Tlf.: 116117.                                                                                                              |                                                                           |                                                               |
| Legevaktssentral | På Ål. Felles for alle 5 kommuner hele døgnet.                                                                             |                                                                           |                                                               |

\* forsterket i Øvre Hallingdal i vintersesongen, se tekst for detaljer.

Tabell 5.1.: Modell 1- dagens legevakt

I avsnitt 4.4 omtales data for dagens legetjenester og forbruk av helsetjenester.

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Ansvar for øyeblikkelig allmennmedisinsk helsehjelp og beredskap er i dag organisert ved fastlegekontorene i den enkelte kommune på dagtid (hverdager kl. 08.00–16.00). Det er den enkelte kommune som har ansvar for organisering, bemanning og faglig innhold i tjenesten.

På kveld, helg og helligdager er legevakttjenesten delt i to ordninger innenfor tidsrommet kl. 15.30–23.00 (kveld) og kl. 08.00–23.00 (helg/helligdager):

Øvre Hallingdal legevakt omfatter kommunene Ål, Hol og Hemsedal. Tjenesten er lokalisert på Ål og samlokalisert med legevaktssentralen. Lege har tilgang til sykepleierressurs og er ikke alene på vakt. Hver kommune stiller med egen legevaktbil.

Nedre Hallingdal legevakt omfatter kommunene Gol og Nesbyen. Tjenesten er organisert fra fastlegekontoret til vakthavende lege, med hjemmervakt. Legevakten er ikke fast bemannet med sykepleier eller annet hjelpepersonell. Fra høsten 2025 er det etablert ordning hvor lege kan anmode om bistand fra hjemmesykepleien. Det har vist seg velfungerende. Hver kommune stiller med egen legevaktbil.

På natt (kl. 23.00–08.00) er det felles legevakt for alle kommunene. Denne er lokalisert på Ål og samlokalisert med legevaktssentralen. Det er ikke egen legevakts bil til vakthavende natt lege.

I vintersesongen, fra 1. desember til og med helgen etter påske, styrkes beredskapen med tilstedeværende legevakslege ved fastlegekontorene i Hemsedal og på Geilo frem til kl. 22.00 alle dager i uken (med enkelte utvidelser i jul- og påskeperioden), parallelt med ordinær bemanning ved legevakten på Ål.

Fastlegene bemanner både fastlegekontorene og legevakttjenesten. I tabellen presenteres antall leger på vakt samlet for Hallingdal.

|                                | Dag | Kveld | Helg | Natt. |
|--------------------------------|-----|-------|------|-------|
| <b>Normal</b>                  | 8   | 2     | 2    | 1     |
| <b>Sesong<br/>01.12.-30.04</b> | 12  | 4     | 12   | 1     |

Tabell 5.2.: Antall leger på vakt daglig i dagens ordning i både Øvre og Nedre Hallingdal vakt-distriktforenklet oversikt

Kommunene satser fortsatt på utvikling av Hallingdal som helårsdestinasjoner med omfattende utbygging av fritidsboliger og arrangementer. Det er stadig økende aktivitet i sommerhalvåret. I alle kommunen merker legetjenestene er betydelig økt aktivitet særlig i juli og august.

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

### 5.1.2 Regnskap og budsjett forslag for Hallingdal Legevakt i 2027

Det gjeldende budsjett for 2026 kan bidra til å belyse kostnad knyttet til dagens legevakts løsning, der Ål kommune er vertskommune. Tallene inkluderer ikke lønn til legene og reisekostnad (sykebesøk, utrykninger o.lign.), og inkluderer ikke kostnad knyttet til løsningen i Nesbyen og Gol kommune.

Fordeling av kostnader mellom kommunene gjøres ulikt i de ulike aktiviteter:

Nødnett er et lovpålagt kryptert kommunikasjonsnett mellom nødetater og helsetjenester. Kostnad blir fordelt etter folketall. Samlet kostnad for nødnett i de 5 kommuner er 1.359 mill.kr.

Driftskostnadene til legevaktssentral og nattlegevakt blir fordelt etter regionrådsmodell, med 30 % fordelt likt på alle kommuner og 70 % etter folketall. Legevaktssentralen budsjetteres i 2026 med en samlet kostnad på 9.136 mill. kr. pr. år, og nattlegevakta med et overskudd på 0.111 mill. kr. pr. år.

Øvre Hallingdal legevakt (legevaktsamarbeid Hol, Hemsedal og Ål) budsjetteres med 1.932 mill. kr. I det samarbeid deles kostnad med 40 % av kostnad i Hol og Ål, og Hemsedal 20 % av kostnadene.

| Budsjett 2026 Hallingdal legevakt med kommunal fordeling. |              |              |              |              |              |
|-----------------------------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
| Oppgitt i hele 1000 kr.                                   |              |              |              |              |              |
|                                                           | Nesbyen      | Gol          | Hemsedal     | Ål           | Hol          |
| <b>Nødnett</b>                                            |              |              |              |              |              |
| Driftskostnad                                             | 236          | 253          | 194          | 349          | 327          |
| <b>Legevaktssentral</b>                                   |              |              |              |              |              |
| Lønn                                                      | 1.567        | 2.037        | 1.383        | 2.055        | 1.962        |
| Husleie                                                   | 9            | 12           | 8            | 12           | 12           |
| Drift                                                     | 8            | 11           | 8            | 11           | 11           |
| inntekt                                                   | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            |
| <b>Sum</b>                                                | <b>1.584</b> | <b>2.097</b> | <b>1.399</b> | <b>2.078</b> | <b>1.978</b> |
| <b>Nattlegevakt</b>                                       |              |              |              |              |              |
| Lønn                                                      | 0            | 0            | 0            | 0            | 0            |
| Husleige                                                  | 29           | 38           | 25           | 38           | 36           |

Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

|                                 |            |            |            |              |            |
|---------------------------------|------------|------------|------------|--------------|------------|
| Drift                           | 73         | 95         | 68         | 100          | 96         |
| Inntekt                         | -115       | -172       | -94        | -170         | -159       |
| <b>Sum</b>                      | <b>-13</b> | <b>-38</b> | <b>-1</b>  | <b>-32</b>   | <b>-27</b> |
| <b>Øvre Hallingdal legevakt</b> |            |            |            |              |            |
| Lønn                            | 0          | 0          | 338        | 535          | 535        |
| Husleige                        | 0          | 0          | 28         | 57           | 57         |
| Drift                           | 0          | 0          | 76         | 154          | 154        |
| Inntekt                         | 0          | 0          |            |              |            |
| <b>Sum</b>                      | <b>0</b>   | <b>0</b>   | <b>442</b> | <b>745</b>   | <b>745</b> |
| <b>Ål legevakt</b>              |            |            |            |              |            |
| Lønn                            | 0          | 0          | 0          | 1.580        | 0          |
| Husleige                        | 0          | 0          | 0          | 135          | 0          |
| Drift                           | 0          | 0          | 0          | 379          | 0          |
| Inntekter                       | 0          | 0          | 0          | 0            | 0          |
| <b>Sum</b>                      | <b>0</b>   | <b>0</b>   | <b>0</b>   | <b>2.094</b> | <b>0</b>   |

Tabell 5-3: Budsjett for Hallingdal Legevakt for 2026 med fordeling mellom kommunene. Beløp i 1000 kr.

I tillegg kjem utgifter til lønn til leger og reisekostnad (sykebesøk, utrykninger m.m.).

Ål kommune benytter lokalitetene i Hallingdal legevakt til egen daglegevakt. Kostnad til det inngår ikke i kostnadsfordeling mellom kommunen. Årlig budsjettert kostnad er 2.094 mill. i kr i 2026. Ål kommune er den eneste av de 5 kommuner som har adskilt kostnad til daglegevakt. Legevakta håndterer primært øyeblikkelig hjelp for de, som ikke har egen fastlege i kommunen og som er i behov for øyeblikkelig allmenn medisinsk helsehjelp. Fastlegene i varetar egne listepasienter.

Til sammenligning er det i forslag til budsjett for 2027 beregnet en samlet kostnad for:

- Nødnett : 1.127 mill kr.
- Legevaktssentralen 9.498 mill kr.
- Nattlegevakt : - 0.407 mill.kr
- Øvre Hallingdal legevakt 1,961 mill kr.
- Ål daglegevakt: 2.130 mill kr.

Det er lagt inn forventet økt inntekt på nattlegevakt. Det skyldes de reelle regnskapstallene for legevakt, samt økt fokus på rett taksting av ytelsene ved legevakta.

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Kostnad til nødnett reguleres av staten. Nesbyen kommune sa opp sin tilknytning til legevakta i 2025, men har valgt å bli med igjen. Det avspeiles også i budsjettdata.

Regnskapstall for 2025 viser en samlet kostnad på 12.349 mill. kr for legevaktstjenestene, der Ål kommune er vertskommune. Fordelingen baserer seg på samme modell som budsjettene for 2026 og 2027:

- Nødnett: 0.984 mill kr.
- Legevaktssentralen: 8.203 mill kr.
- Nattlegevakt: – 0.333 mill.kr.
- Øvre Hallingdal legevakt: 1.674 mill. kr.
- Ål daglegevakt: 1.823 mill kr.

Fordelt på de 5 deltakende kommuner var kostnad i 2025 for

- Nesbyen kommune 1.530 mill kr
- Gol kommune 2.028 mill kr.
- Hemsedal kommune 1.731 mill. kr
- Ål kommune 4.496 mill. kr.
- Hol kommune 2.563 mill. kr.

### 5.1.3. Dagens finansiering av leger i legevakt

Det foreligger ulike modeller for finansiering av leger i legevakt.

I Hol og Ål er fastlegene kommunalt ansatte og mottar fastlønn for legevaktstjeneste hele døgnet, alle dager. I Hemsedal, Gol og Nesbyen er fastlegene organisert som privat næringsdrivende og godtgjøres per utført ytelse.

Ved Øvre Hallingdal legevakt mottar leger fastlønn under vakt, uavhengig av kommunal tilknytning. Ved Nedre Hallingdal legevakt er legene organisert som privat næringsdrivende.

Nattlegevakten er fastlønnet for samtlige leger i regionen.

### 5.1.4 Utfordringsbildet i dag

Samtlige fem legetjenester beskriver dagens modell som velfungerende. Tjenestene er relativt små og oversiktlige, noe som bidrar til tett samarbeid mellom ansatte. Medarbeiderne jobber mye sammen og kjenner hverandre godt, også på tvers av profesjoner. Dette gir god pasientflyt, tydelig avklarte arbeidsoppgaver og hensiktsmessig arbeidsfordeling.

Fagkompetanse fremheves også som en sentral styrke. Legetjenestene har dedikerte og erfarne medarbeidere med god lokalkunnskap og solid forståelse av akuttmedisin.

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Samhandling med Hallingdal Sjugestugu og lokalt godt kjennskap fremheves som viktig. Nærheten til Norsk Luftambulanse trekkes frem som en betydelig styrke, sammen med tilgang til CT og trombolysebehandling ved hjerneslag. Dette bidrar til et svært godt akuttmedisinsk tilbud til pasienter langt unna sykehus.

Flere helsepersonell ved fastlegekontorer, legevakt og legevaktssentral beskriver en opplevelse av at det er vanskelig å håndtere gapet mellom forventningene befolkning og politikere har til tilgjengelighet til omfattende helsetjenester hele året – og det som er medisinsk faglig relevant og mulig å få til med de tilgjengelige ressursene man har. Legevakt er kommunens allmennmedisinske beredskap utenfor de ordinære tjenester.

### *Utstyr*

Hallingdal legevakt disponerer ikke egen legevakts bil. Legevaktslegene bruker egen bil eller der det er mulig egen kommunes legevakts bil. Det er ikke en felles integrert løsning og representerer en utfordring for forutsigbar tjenestekvalitet ved behov for utrykning og sykebesøk.

Det er betydelig variasjon mellom kommunene når det gjelder organisering, behovsvurderinger og utstyrsstandard for legevaktbilene.

Hallingdal legevakt disponere eget røntgen og ultralyd. I samarbeid med Hallingdal Sjugestugu er det tilgang til blære scanner og til akutt CT skanning ved cerebrale hendelser.

Hallingdal Legevakt benytter tilgangen til flere blodprøver analyser, spesielt blodgass, på Hallingdal Sjugestugu.

### *Bemannings*

Nedre Hallingdal legevakt har ikke fast tilknyttet helsepersonell som bistår legene i vakt. Legene jobber alene, men kan ta kontakt med hjemmetjenesten i Gol, eller sykepleierpoolen i Nesbyen, ved behov for bistand. Det å jobbe alene på legevakt kan gi økt risiko for svikt i tjenestene, og økt risiko for uønskete hendelser knyttet til vold og trusler mot ansatte. I Nesbyen kommune har legene beredskapsvakt fra hjemmet, med lengre akseptert utrykningstid enn andre kommuner.

Forskjellen er særlig tydelig i forhold til kommunene i Øvre Hallingdal legevakt.

Sykepleierressurser ved legevakt er i hovedsak knyttet til legevaktssentralen, og bistår ved behov når kapasiteten tillater det. I perioder med høy pågang på telefon sammenfaller dette ofte med økt pasienttilstrømning, noe som kan gi samtidighetskonflikter. Dette påvirker svartid på telefon og kan utfordre forsvarlig pasientbehandling.

#### Samtidighet

Legevakta åpner når fastlegekontorene stenger. Det kan utfordre oppmøtetid på legevakt for vakthavende lege, da de fleste leger har reisevei fra fastlegekontoret til legevakt. Det samme forhold er på morgenen på hverdager: legevakta stenger når fastlegekontoret åpner.

Legevaktsdistriktet er stort. Med en lege i vakt er det ikke mulig å kjøre sykebesøk eller utrykninger uten det medfører samtidighetskonflikter.

#### HSS

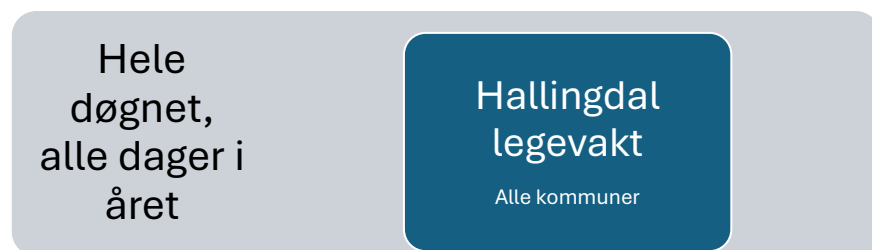
Samlokaliseringen med Hallingdal Sjukestugu gir mulighet for felles utnyttelse av fagressurser og utstyr.

På natten har kommunene i avtale med Vestre Viken HF avtalefestet at nattlegevakt har ansvar for medisinsk faglig bistand i sengeposten på Hallingdal Sjukestugu, både for innlagte pasienter i spesialisthelsetjenesten og kommunale senger. Dette gir grunnlag for et tett faglig samarbeid, korte avstander ved innleggelse fra legevakt, samt mulighet for sambruk av laboratorieutstyr.

### 5.2 Modell 2: Interkommunal heldøgns legevakt på Hallingdal legevakt

Modellen samler og sentraliserer det allmenn medisinske akutte helsetilbud (legevakt) for alle fem kommuner på Hallingdal legevakt, Ål, hele døgnet alle dager i året. Det er en radikal omlegging. En sådan modell er særlig kjent fra større byer og tettsteder, men mindre kjent i distriktskommuner,

#### 5.2.1 Beskrivelse av modellen



Figur 5.3: Modell 2: heldøgns legevakt

| Tidspunkt | Man-fre 08-16     | Alle dager 08-08 |
|-----------|-------------------|------------------|
| Type      | Fastlegetjenester | Legevakt på Ål,  |

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

|                        |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                              |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Design Legevakt</b> | 5 Fastlegekontorer, et i hver kommune, som i varetar listepopulasjonen, men ikke tar imot pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp/legevakts ytelser | Øyeblikkelig hjelp/legevakt for alle innbyggere, som ikke har fastlege i kommunene, og i tilfelle da fastlege ikke har kapasitet.<br><br>Samlokalisert med legevaktssentral. |
|------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Hallingdal** Tlf.: 116117.

**Legevaktssentral** På Ål. Felles for alle 5 kommuner hele døgnet.

\* forsterket i Øvre Hallingdal i vintersesongen.

Tabell 5.3: Modell 2: heldøgns legevakt

### 5.2.2 Ressurser, økonomi og fagkompetanse.

De formelle kravene til faglig kompetanse vil være uendret sammenlignet med dagens ordning. En utvidelse til døgnskcontinuerlig drift vil imidlertid medføre et økt behov for personell. Sesongvariasjonene tilsier at bemanningen må være fleksibel. Uten slik fleksibilitet vil bemanningen enten bli uforholdsmessig ressurskrevende eller ikke tilstrekkelig faglig forsvarlig.

Dersom all øyeblikkelig hjelp i regionen samles ved legevakten på Ål, anslås et behov for minimum tre leger i vakt på dagtid, med behov for økning til det dobbelte, mulig tredobbelte i høysesonger (desember–april, juli og deler av oktober). Dette forutsetter normal kapasitet til å ta imot øyeblikkelig hjelp for egne listepasienter på fastlegekontorene i kommunene.

Normtall for støttepersonell tilsier en bemanning på 0,8–1,0 per lege, hvilket innebærer minst tre sykepleiere i tillegg til bemanning på legevaktssentralen.

På kveld, helg og natt må bemanningen tilpasses sesong, med en minimumsbemanning på to leger i vakt.

Dersom legevakten også skal dekke sykebesøk i hele regionen, vil bemanningsbehovet øke ytterligere. Utkjørende legevakt forutsetter minimum to personer (lege og støttepersonell) av hensyn til faglig forsvarlighet og sikkerhet. De geografiske avstandene tilsier at én enhet ikke vil kunne dekke hele regionen. Alternativt kan sykebesøk ivaretas av lokale leger, noe som vil øke det samlede behovet for vaktpersonell.

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Dersom fastlegene i hovedsak bemanner en sentralisert legevakt, vil dette redusere kapasiteten til å ivareta egen listepopulasjon i fastlegepraksis. Lokal kjennskap er samtidig en viktig faktor for kvalitet og trygghet i tjenesten.

Et alternativ er å etablere et eget legevaktkorps, det vil si fast ansatte ved kun legevakt, eller benytte vikarbaserte løsninger. Erfaring tilsier at dette kan innebære utfordringer knyttet til stabilitet og rekruttering, samt øke ressursbruken og svekke samhandlingen mot kommunenes helsetjenester.

Det ligger utenfor rammene for denne utredningen å konkretisere hvordan en døgnkontinuerlig legevakt kan bemannes i praksis. Det påpekes samtidig at dagens legevaktslokaler ikke har kapasitet til å håndtere verken økt bemanning eller økt aktivitetsnivå.

### *5.2.3. Utfordringer - sentralisert modell for legevakt*

En felles legevakt samlet et sted vil sikre at alle kommunene har en bemannet akutt medisinsk tjeneste alle dager i året. Den vil være samlokalisert med legevaktssentralen og med Hallingdal Sjukestugu. Det kan etableres et sterkt fagmiljø og utvikles nye samhandlingsarenaer med HSS.

#### *Bemanning*

Fastlegene vil ikke kunne være bærebjelken for legetjenesten ved legevakta. Fastlegen er forpliktet til å ivareta sin listepopulasjon, og en forutsetning for en sentralisert legevakt er at fastlegene fortsatt kan se egne listepasienter som øyeblikkelig hjelp. Erfaringsmessig reduserer det også fastlegenes opplevde tilhørighet og forpliktelse mot den sentraliserte legevakt.

Legevakta vil være avhengig av å rekruttere et eget korps av legevaktsleger, og vil måtte integreres i organisasjonsmodellen, som bl.a. kan være om legevaktslegene rekrutteres fra fastlegetjenesten i de enkelte kommunene (som i dag), eller tilknyttes en egen legevakts virksomhet. Dagens fastleger opplever at akuttmedisin er en viktig rekrutterende faglig utfordring, særlig når dette er lokal forankret. Endring av organiseringen vil ha innflytelse på rekruttering, selv om de konkrete konsekvenser er usikre og vanskelig å forutsi i et fremtidsperspektiv.

#### *Lokal kjennskap*

Legevaktsleger uten lokal forankring og kjennskap til lokalbefolkningen, utfordrer samhandling mot kommunene og tap av viktig lokalkjennskap.

Sentralisering vil kunne bety tap av lokal tilhørighet og nærhet til legevakten for både innbyggere og fagpersonell.

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Forskning dokumenterer at bruk av supplerende undersøkelser, behandling, opplevd kvalitet og innleggelser øker når legevaktslegen ikke kjenner pasienten og ikke har lokal kjennskap. Fastlegene er samfunnets viktigste portvakt.

### *Beredskap*

I modellen vil legevakta fjernes fra lokalsamfunnet. Selv om man fremdeles vil ha legekantor, er det nærliggende å tro at disse vil ha mindre beredskap for akutt sykdom og skade. Slik vil den helt lokale akutte allmennmedisinske beredskapen til dels reduseres. Avstanden mellom innbyggere og legevakt vil påvirke tilgangen og bruken av legevaktstjenester. Færre vil søke kontakt, antall sykebesøk og utrykninger kan falle betraktelig. Særlig går det utover de, som kanskje trenger det mest; eldre, psykisk syke, barnefamilier.

Det vil bli økt behov for transport av pasienter med drosje og ambulanse.

Arbeidsgruppen har gjennom arbeidet også hatt dialog med pre-hospitale tjeneste i Vestre Viken, som er bekymret for at ambulanseberedskapen vil bli svekket, dersom antall transportoppdrag til og fra legevakt øker.

Distriktet er stort, og sannsynligheten for samtidighet er høy. Det øker risikoen for svikt i tjenestene og kan true forsvarligheten.

### *Synergier ved samlokalisering med HSS*

Arbeidsgruppen har sett på synergier ved en heldøgns legevakts modell i samlokalisasjon med Hallingdal Sjukestugu. Det har vært drøftet om man kan se noen gevinster knyttet til økt sambruk av personell, og oppgaveglidning mellom nivåene. Dersom man skulle falle ned på en slik løsning, vil det være naturlig at kommunene går i dialog med Vestre Viken HF for å se på hvordan en slik løsning kunne sett ut i praksis. Løsningen ville kunne styrket innbyggernes opplevelse av at Hallingdal Sjukestugu er nærsykehuset i Hallingdal.

Samlokalisering av en heldøgns legevakt ved Hallingdal Sjukestugu vil kunne medføre en økt bruk av spesialisthelsetjenesten ved at tilgangen er lettere tilgjengelig. Man vil på den andre siden få større erfaring av samarbeid mellom forvaltningsnivåene, og at bruken av de kommunale IMA-plassene på HSS kunne fått utvidet bruk av bl.a. observasjonsmulighet for pasienter. Dette vil dog medføre større behov for ressurser.

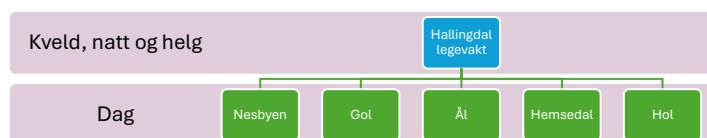
Ved at Hallingdal Sjukestugu og en heldøgns legevakt hadde vært samlokalisert kunne man også sett på å bruke Hallingdal Sjukestugu til base for andre helsegrupper, som f.eks. jordmortjenesten, FACT-ung, FACT-team, DPS og BUP.

Psykiatripasienter er en særlig sårbar gruppe hvor man gjennom felles legevakt og samordning med Hallingdal Sjukestugu kunne sett på regionale løsninger for denne pasientgruppen. Samling av fagkompetanse vil kunne skape et tydeligere fagmiljø innen

f.eks. psykiatri. Dagens rammer i kommuner og ved HSS innen økonomi, fagkompetanse, bemanning og areal er begrensede, og ville krevet betydelige økonomiske overføringer fra kommunene. Når det gjelder psykiatri viser forskning at sentralisering av akutte helsetjenester går særlig utover de mest sårbare pasientgruppene, noe som også kunne ført til et dårligere tilbud.

### 5.3 Modell 3: Interkommunal kveld/helg/natt-legevakt på Hallingdal legevakt.

Modell 3 kan enklest beskrives som en utvidelse av dagens legevakt. Den bevarer lokale legevaktstjenester i alle kommunene på dagtid på ordinære hverdager, og sentraliserer alle akutte allmenn medisinske tjenester til Hallingdal legevakt på Ål i øvrige deler av døgnet og året. Modellen ivaretar også muligheten for lokale tilpasninger i høysesong, som allerede er etablert i de forskjellige kommunene.



Figur 5.4.: Modell 3 : sentralisert kveld, helg og natt.

#### 5.3.1. Beskrive modellen

| Tidspunkt        | Man-fre.                                                                                                                   | 08-16,                                                      | 1530-08 |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------|
|                  | Helg                                                                                                                       | *                                                           | 08-08   |
| Type             | Dagberedskap                                                                                                               | Legevakt                                                    |         |
| Design Legevakt  | 5 Fastlegekontorer, et i hver kommune, som har øyeblikkelig hjelp ansvar for alle innbyggere som oppholder seg i kommunen. | 1 delt legevakt, for alle kommunene,<br>Hallingdal legevakt |         |
|                  | Ål kommune benytter legevaktens lokale til dagberedskap.                                                                   |                                                             |         |
|                  | Lokalt akutt beredskap                                                                                                     |                                                             |         |
| Hallingdal       | Tlf.: 116117.                                                                                                              |                                                             |         |
| Legevaktssentral | På Ål. Felles for alle 5 kommuner hele døgnet.                                                                             |                                                             |         |

Tabell 5.4: Modell 3: Sentralisert kveld, helg og natt.

Modellen tilsvarer dagens organisering på dagtid, hvor øyeblikkelig hjelp ivaretas i den enkelte kommune. For kveld, helg og natt innebærer modellen en sentralisering av legevaktstjenesten for alle fem kommuner i en felles ordning.

#### *5.3.2 Ressurser, økonomi og kompetanse*

Dagens legevakt betjener tre kommuner på kveld og helg i Øvre Hallingdal og to kommuner i Nedre Hallingdal. Kapasiteten vurderes gjennomgående som tilstrekkelig for å håndtere pasienter med behov for øyeblikkelig hjelp.

Ved en felles ordning for alle fem kommuner vil det samlede befolkningsgrunnlaget tilsi et økt bemanningsbehov. Det er og forventes fortsatt å være store svingninger i behov for akutt allmennmedisinsk helsehjelp i kommunene og en felles legevakt må derfor ha tilstrekkelig fleksibilitet i bemanningen.

Basert på dagens aktivitetsnivå vurderes en minimumsbemanning på to leger i vakt på kveld og helg som nødvendig. I tillegg vil det være behov for minst én sykepleier dedikert til legevaktfunksjonen, og ikke tilknyttet legevaktssentralen. Det innebærer økt bemanning på helsepersonellsiden, samt økt arealbehov sammenlignet med dagens ordning.

I perioder med økt aktivitet (sommer og vinter (1.des.til 1.mai)) må det vurderes ytterligere styrking av bemanningen med minimum dobbelte antall leger (6). Et alternativ er å kombinere, slik at man i høysesong bevarer dagens løsning med forsterket legevakt i de måneder med høyest befolkningstall og aktivitet (fra desember t.o.m. april, samt sannsynlig også i juli og første del august).

Det vil videre være behov for felles legevaktbil for å sikre tilstrekkelig beredskap ved utrykninger. En slik enhet forutsettes bemannet med både lege og sykepleier.

Dagens legevaktlokaler ved Ål helsesenter/Hallingdal Sjukestugu har ikke tilstrekkelig kapasitet til å håndtere verken økt bemanning eller økt aktivitetsnivå. Det vil trolig være mulig å utvide legevaktlokalene innenfor eksisterende bygningsmasse.

#### *5.3.3. Utfordringer knyttet til modell 3.*

En samling av legevaktstjenester i «lavsesong» perioder vil redusere sårbarhet for vakanse. Flere leger kan bidra.

Økt felles akuttmedisinsk base vil gi økt mulighet for harmonisering av faglige rutiner. Det er samtidig lagt opp til at hver kommune vil ha lokaler og utstyr tilgjengelig for akuttmedisinsk beredskap.

Reiseavstand mellom kommunene og legevakt på kveldstid vil fremdeles være den samme som i modell 2. Likevel vil man kunne ivareta mer sårbare grupper på dagtid.

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

### *«Kultur», utstyr og finansiering*

En samlokalisering av legevakt, og en utvidet versjon av dagens modell, vil kreve en harmonisering av virksomhetskulturer. Det innbefatter et omfattende arbeid med involvering av både utøvende helsepersonell og ledelse. Kommunenes ledelse må prioritere og være enige om valg av nivå for akutte allmennmedisinske helsetjenester i kommunene. Det må være en omforent forståelse av felles beslutninger. Det er kjent at jo flere «stakeholdere» en virksomhet har, dess vanskeligere er det å få til et godt utviklingsarbeid<sup>12</sup>. Eksempler er:

- Det må være lik finansiering av leger i vakt.
- Det vil være nødvendig med felles legevaktsbil.
- Det må være en felles forståelse av nødvendig utstyr og av nødvendig bemanning.
- Kompetanseplaner må harmoniseres.

### *Beredskap øyeblikkelig hjelp*

En sentralisering vil kreve betydelig fleksibilitet og kapasitet for å håndtere årstidsvariasjoner og samtidighet. Det kan bli veldig travle vakter for både leger og hjelpepersonell.

Det er høy risiko for at det ikke vil være tilstrekkelig kapasitet til å håndtere sesongpågang, og at legevakta i så måte vil mangle evne til sykebesøk, utrykning og håndtering av rød respons, dersom man ikke har tilstrekkelige økonomiske og menneskelige ressurser, eller avbøtende tiltak, til å tåle disse svingningene.

Transport av pasienter til legevakt vil redusere ambulansetjenestens beredskapskapasitet. Økt avstand til legevakt vil redusere innbyggeres bruk av legevakt, også de som reelt har et behov. Det gjelder særlig lokale fastboende med erkjente kroniske sykdommer.

### *HSS*

I likhet med i modell 2 er det flere muligheter for å se på ytterligere samarbeid og samhandling med HSS. I SWOT-analysene oppgis det fra leger og helsepersonell knyttet til Øvre Hallingdal legevakt at det oppleves sømløst med behandlingstilbudet ved Hallingdal Sjukstugu. «En dør inn»-prinsipper gjelder for pasienten, spesielt på dagtid, hvor man kan komme inn til konsultasjon på legevakt, få radiologisk undersøkelse på poliklinikken, og deretter bli innlagt på avdeling i samme hus.

I SWOT-analysene ser flere ansattgrupper muligheter knyttet til observasjon av pasientgrupper, som i dag ekskluderes av retningslinjene for innleggelse på HSS, med

---

<sup>12</sup> Blåka et al:

[https://scholar.google.com/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=no&user=nTqWRxsAAAAJ&citation\\_for\\_view=nTqWRxsAAAAJ:zYLM7Y9cAGgC](https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=no&user=nTqWRxsAAAAJ&citation_for_view=nTqWRxsAAAAJ:zYLM7Y9cAGgC)).

et større ansvar som hviler på legevakt. Nærheten til luftambulanse, bilambulanse og avgang med helseekspressen trekkes frem som positivt.

## 6. SWOT med sammenligning

Det er fordeler og ulemper uansett valg av organisering.

Utfra gjennomgangen ser vi at særlig fire moment går igjen i analysene, og kan legges som et grunnlag for vurderingene videre.

| Moment                                                                                                                                                                                                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentralisering kontra nærhet og lokalkjennskap</li> <li>• Forsvarlighet – kompetanse, bemanning og utstyr</li> <li>• Beredskap</li> <li>• Fleksibilitet</li> </ul> |

SWOT analyser for alle tre modeller sammenstilles her med sentrale nøkkelpunkt:

| Tema    | Modell 1 – Dagens ordning                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Modell 2 – Felles heldøgns legevakt                                                                                                                                                                                                                                               | Modell 3 – Felles legevakt kveld/helg/natt                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Styrker | <p><u>Nærhet</u> til innbyggerne. <u>Lokal</u> dagberedskap i alle kommuner. God lokal kjennskap til pasienter og geografi. Opprettholder akuttmedisinsk kompetanse i alle kommuner. <u>Etablert</u> og velfungerende organisering i dag.</p> <p><u>Fleksibel</u> i hver kommune i forhold til lokal belastning i høysesong (forsterket</p> | <p>Én <u>felles</u> legevakt for hele regionen. Samlet fagmiljø. <u>Samlokalisert</u> med legevaktssentral og HSS hele døgnet. <u>Lik</u> organisering for alle kommuner. Potensial for utvikling av legevakts medisin som eget fagmiljø, og for samhandlingsarenaer med HSS.</p> | <p><u>Bevarer lokal</u> dagberedskap samtidig som kveld-, helg- og nattjeneste samles. <u>Lik</u> løsning for alle kommuner utenom dagtid. Tilgang på sykepleier og kollegastøtte i vakt for alle kommuner. <u>Samlokalisering</u> med legevaktssentral og HSS uten å avvikle lokal ØHJ-funksjon.</p> <p>Kan <u>kombineres</u> med lokal forsterket legevakt (som alle kommunene har i</p> |

Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

|                   |                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                   | legevakt) og ved beredskapshendelser.                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                       | forskjellige variasjoner i dag) i høysesong.                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Svakheter</b>  | Ulik organisering mellom kommunene. Ulik tilgang på sykepleierressurs og legevaktbil. Små fagmiljøer og begrenset reservekapasitet. Vanskeligere å standardisere kvalitet og utstyr. Vanskelig å oppnår felles kultur.                  | Betydelig økt reisevei for pasienter. Svekket lokal tilstedeværelse. Lang avstand ved sykebesøk og utrykninger, som vil redusere tjenestene lokalt. Krever betydelig økt bemanning og større lokaler. Risiko for tap av lokalkunnskap. Vil kreve felles legevaktsbil. | Krever økt bemanning sammenlignet med dagens ordning. Kan få høy belastning i sesong. Økt reisevei utenom dagtid og økt bruk av ambulanse. Krever styrket kapasitet for å håndtere topper og samtidighetskonflikter, og dermed større lokaler. Vil kreve felles legevaktsbil |
| <b>Muligheter</b> | Standardisere utstyr, prosedyrer og kvalitetskrav. Styrke nattlegevakten. Etablere felles legevaktbil. Utvide samarbeid med HSS om observasjons plasser og KAD. Vurdere økning av administrativ ressurs (Fagsykepleier og legevaktsjef) | Utvikle et regionalt akuttmedisinsk fagmiljø. Felles observasjons plasser. Tettere samarbeid med HSS og bildediagnostikk. Eget legevaktspersonell over tid. Muligheter for utvikling av IMA-plasser og observasjons plasser.                                          | Styrket regionalt samarbeid uten å svekke lokal dagberedskap. Felles kvalitetsstandard. Felles legevaktbil. Mulighet for bedre utnyttelse av HSS. Flere ressurser på legevakt og et mer robust tilbud.<br><br>(se også modell 1)                                             |
| <b>Trusler</b>    | Økende mangel på leger og sykepleiere rammer kommunene ulikt. Små fagmiljø blir mer sårbare. Risiko for ulik kvalitetsutvikling mellom kommunene.                                                                                       | Sentralisering kan svekke lokal beredskap og rekruttering. Økt bruk av ambulanse til transport, som medfører lokalt redusert beredskap. Tap av lokal akuttmedisinsk                                                                                                   | Manglende kapasitet i høysesong. Risiko for overbelastning på legevakt og legevaktssentral. Økt behov for transport og ambulansebruk. Avhengig av tilstrekkelig bemanning og gode sesongtilpassede løsninger. Redusert                                                       |

Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

|                                                    |              |                                                                                                                              |                                          |
|----------------------------------------------------|--------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|
|                                                    |              | kompetanse. Lange avstander kan utfordre forsvarlighet ved enkelte hendelser. Tap av tilhørighet for fastlegene til legevakt | tilhørighet til legevakt for fastlegene. |
| <b>Tilgjengelighet for innbyggere</b>              | Best         | Svakest. Særlig utsatte grupper vil bli hardest rammet.                                                                      | Middels                                  |
| <b>Robusthet i bemanning</b>                       | Middels      | Usikker                                                                                                                      | Middels                                  |
| <b>Lokal beredskap</b>                             | Høy          | Lav                                                                                                                          | Middels-høy                              |
| <b>Samarbeid med HSS</b>                           | Middels-høy  | Usikker. Mange variabler.                                                                                                    | Middels- høy                             |
| <b>Behov for investeringer / drifts- endringer</b> | Lav          | Høy                                                                                                                          | Middels-høy                              |
| <b>Risiko ved innføring</b>                        | Lav          | Høy                                                                                                                          | Middels                                  |
| <b>Framtidig fleksibilitet</b>                     | Middels-lav* | Lav                                                                                                                          | Middels                                  |

Tabell 5.5: SWOT for de tre modellene.

\*Lav i Nedre Hallingdal, Middels i Øvre Hallingdal

## 6.1 Hallingdal Sjukestugu og SWOT

Hallingdal Sjukestugu (HSS) representerer en unik helsetjenestemodell og er et naturlig knutepunkt for helsetjenester i regionen, da både spesialist- og kommunale helsetjenester er samlet under samme tak. Her er et bredt spekter av helseressurser samlet på ett sted, noe som bidrar til effektiv pasientbehandling og god

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

ressursutnyttelse. Samlokaliseringen gir tilgang til helsepersonell fra både og spesialist- og kommunehelsetjenesten, noe som legger til rette for samarbeid og kompetansedeling. Samlokaliseringen av HSS og legevakt gir betydelige fordeler både for pasientene, kommunene og spesialisthelsetjenesten, og danner et godt grunnlag for videre utvikling av framtidens helsetjenester i Hallingdal.

HSS har samtidig en strategisk fordel gjennom nærheten til Ringerike sykehus og Vestre Viken HF, både når det gjelder spesialisthelsetjenester i form av kompetanse, personell og utstyr og Pre-hospitale ressurser som bil- og luftambulansse. Tilgangen til laboratorietjenester, radiologi, medisinteknisk utstyr, forbruksvarer og legemidler gjør det mulig å håndtere et bredt spekter av pasienter lokalt. Et eksempel på dette er muligheten for rask CT-diagnostikk ved mistanke om hjerneslag, som er avgjørende for videre behandling og prognose. At virksomheten er i drift hele døgnet, hele året, gir en robust beredskap for befolkningen i Hallingdal. HSS inngår dessuten som en del av Vestre Vikens samlede beredskapsorganisasjon og kan trekke på betydelige faglige og organisatoriske ressurser ved behov.

Da legeressurser på sengeposten er begrenset, er samarbeidet med legevakten en viktig forutsetning for å kunne opprettholde dagens tilbud på sengeavdelingen. Samlokalisering med legevakt bidrar til at det er lege tilgjengelig hele døgnet på HSS (legevaktslege dekker natt og helg).

HSS representerer en viktig praksisplass for helsepersonell under utdanning i regionen, og som et ledd i legenes spesialiseringsløp. Det er også en viktig kompetansearbeidsplass i Hallingdal.

Samtidig finnes det utfordringer i dagens organisering som kan begrense potensialet for videre utvikling. Legevakten og spesialisthelsetjenesten benytter ulike journalsystemer, noe som kan gjøre informasjonsflyten mindre effektiv og øke risikoen for dobbeltarbeid. Legevakten er bemannet av et høyt antall leger, noe som medfører begrenset kontinuitet og varierende kjennskap til driften ved HSS. Forskjellige forvaltningsnivåer skaper også organisatoriske og administrative utfordringer knyttet til styring, finansiering og utvikling av tjenestene.

Sykepleierressursene på sengeposten er i stor grad bundet til den daglige driften og har begrensede muligheter til å bistå utenfor sengeavdelingen.

Til tross for disse utfordringene finnes det flere spennende utviklingsmuligheter. Økt bruk av KAD-senger og observasjonssenger kan bidra til at flere pasienter får behandling på riktig nivå nær hjemstedet sitt, samtidig som presset på sykehusene reduseres. Videre utvikling av diagnostiske tjenester, herunder bedre utnyttelse av røntgen, CT og kunstig intelligens som beslutningsstøtte, kan styrke den lokale pasientbehandlingen ytterligere.

Ringerike sykehus har per i dag en akuttmottaksmedisiner, men jobber for å styrke ressurser avsatt til denne funksjon. Beslutningsstøtte fra dette fagmiljøet kan bidra til

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

økt trygghet og kvalitet både i legevakt og sengepost, særlig i komplekse pasientforløp. HSS kan også spille en sentral rolle i utdanningsløp for leger i spesialisering, noe som kan bidra til rekruttering, kompetansebygging og økt stabilitet i bemanningen over tid.

Utviklingen av hjemmebaserte tjenester, slik som «hjempsykehus» og hjemme-KAD, representerer også spennende muligheter. Ved å kombinere lokal kompetanse, digitale løsninger og ambulante tjenester kan flere pasienter få behandling i eget hjem når dette er medisinsk forsvarlig. Samtidig vil økt kunnskap om og kjennskap til tilbudene ved HSS blant helsepersonell i kommunene og spesialisthelsetjenesten kunne bidra til at pasientene i større grad blir lagt inn på riktig omsorgsnivå fra starten av. Vestre Viken HF, Ringerike Sykehus og Hallingdal Sjukestugu har i dag flere satsninger innen digitalisering av helsetjenester til befolkningen. Det kan være en gevinst hvis kommunene kan trekke på erfaringene fra disse prosjektene for å finne overføringsverdi til digitalisering av egne helsetjenester.

Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på noen grunnleggende begrensninger. HSS er utviklet over mange år, der tjenestene gradvis er bygget opp og tilpasset hverandre. Organiseringen kan beskrives som et helhetlig system der de ulike komponentene er gjensidig avhengige av hverandre for å sikre stabil drift. Samarbeidet med legevakten er en av bærebjelkene i denne modellen. Endringer i én del av systemet vil derfor kunne få konsekvenser for andre deler av virksomheten.

Videre må framtidig utvikling skje innenfor rammene av en krevende økonomisk situasjon både i kommunene og helseforetaket. Ulike forvaltningsnivåer vil fortsatt kreve gode samarbeidsstrukturer og felles prioriteringer. HSS er avhengig av et tett og forpliktende samarbeid, både med Hallingdalskommunene, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Dersom dette samarbeidet videreutvikles og styrkes, kan regionen fortsette å være en ledende aktør nasjonalt i arbeidet med å gi likeverdige og desentraliserte helsetjenester til sine innbyggere.

Det er Vestre Viken som eier og driver HSS. Kommunene er avhengige av et nært samarbeid og felles forståelse både internt og mot Vestre Viken for å bevare institusjonen. Modellen er bygget på en forutsetning om at alle kommunene i Hallingdal er en del av samarbeidet.

## 7. Fremtiden - forventet utvikling

Legevaktstjenesten i Hallingdal må utvikles i lys av flere samtidige utviklingstrekk. Arbeidsgruppen ønsker særlig å fremheve følgende:

### Demografi

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Befolkningen blir eldre. Eldre innbyggere bruker legevakt oftere enn yngre aldersgrupper og har oftere behov for sykebesøk, innleggelse og sammensatte helsetjenester.

Det må forventes økt behov for akuttmedisinske tjenester i årene framover.

Det er kjent allerede i dag, og må forventes å øke i årene som kommer. Både lokale og nasjonale føringer øker presset mot kommunene for å yte best mulige rasjonelle tjenester til eldre og multisyke innbyggere. Det fordrer nærhet til lokale, nødvendige helsetjenester, herunder legevakt med lokalkjennskap og stabile fastleger. Legevakt med nærhet og samlokalisasjon med Hallingdal sykestue, særlig på natt og helg øker lokalsamfunnets kapasitet.

Legetjenestene er en del av bærebjelken i lokalsamfunnet. Men ikke den eneste. Andre samfunnsfunksjoner både i og utenfor helsetjenestene er minst like viktige.

Forutsetning for å rekruttere, utvikle og fastholde gode legetjenester er levende og attraktive lokalsamfunn.

### **Turisme og faktisk befolkning**

Kommunene i Hallingdal har en av landets største konsentrasjoner av fritidsboliger og reiselivsaktivitet. Bildet er fortsatt vekst. Det legges til rette for helårsturisme med nye utendørs aktiviteter, som innebærer et betydelig økt skadepotensiale. Det bygges stadig nye fritidsenheter i kommunene.

Samtidig som den folkeregistrerte befolkningen er relativt stabil, har den faktiske befolkningen økt over tid. Denne utviklingen forventes å fortsette.

Behovet for legevakt vil derfor i stadig mindre grad kunne beregnes ut fra innbyggertall alene.

### **Helsepersonell**

Tilgangen på leger og sykepleiere forventes å bli en av de største utfordringene både lokalt og nasjonalt. For Hallingdalskommunene er det i dag en kjent problemstilling. Fremover vil det ikke nødvendigvis være økonomi eller lokaler, men tilgang på kvalifisert helsepersonell.

Dette stiller økte krav til høyt fokus på faglige gode tjenester med et tjenestedesign som legger til rette for samarbeid, fleksibilitet, oppgavedeling og effektiv bruk av kompetanse.

### **Teknologi**

Digitale løsninger, videokonsultasjoner og beslutningsstøtte er viktige hjelpeverktøy i den kliniske hverdag i dag – og forventes å få større betydning i årene som kommer. Det utvikles stadig nye muligheter.

Teknologi vil ikke erstatte behovet for lokal beredskap og kliniske vurderinger, men kan bidra til bedre ressursutnyttelse og støtte til fagpersonell.

### Beredskap

Klimaendringer, ekstremvær og økte krav til samfunnssikkerhet understreker betydningen av robuste lokale beredskapsløsninger.

Legevakta vil fortsatt være en sentral del av den akuttmedisinske kjeden og må organiseres slik at den kan håndtere både daglig drift og ekstraordinære hendelser.

### Oppsummering

Arbeidsgruppen vurderer at framtidens legevakt må være:

- robust
- fleksibel
- kompetansesterk
- teknologistøttet
- dimensjonert for faktisk befolkning
- tilpasset økende knapphet på helsepersonell

Fremtidens legevakt må uansett valg av design ha fokus på lokal forankring med tydelig lokal og formell faglig kompetanse hos leger og sykepleiere. Den må være fleksibel, både for pågang og aktivitet i hverdag og sesong, og for de stadige utviklinger både lokalt og nasjonalt. En felles legevakt må basere seg på gode omforente avtaler om drift, investering og utvikling. Samlokalisering med Hallingdal sykestue vurderes å være viktig for å bidra til kompetanse, kapasitet og fleksibilitet.

## 8. Økonomiske beregninger

Det har ikke vært mulig å beregne komplette kostnader for de ulike modellene. Det skyldes manglende tilgang på informasjonen som beskrevet bl.a. i SSB sin rapport, og lokalt p.g.a. av ulik organisering og regnskapsføring i de fem kommuner i dag.

Budsjett for 2007 for dagens felles løsninger ved Hallingdal legevakt frem går av kapittel 5.1 (modell 1), sammen med budsjett for Ål kommunes løsning for daglegevakt.

Vi har hentet data fra SSB sin rapport <sup>13</sup>. SSB har analysert dagens legevakts organiseringer – og fremhever i sin beskrivelse følgende:

### 8.1 Hvilke faktorer som har betydning

- Organisasjonsform

---

<sup>13</sup> [RAPP2024-38.pdf](#)

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

I dag har 80 % av alle kommuner dagberedskap/daglegevakt i egne kommuner. En tilsvarende andel, 4 av 5 har interkommunalt samarbeid om legevakt på kveld, helg og natt.

- Økonomi

Det er i dag ingen funksjon i kommunenes rapporteringssystemer – hverken kommunens egen eller nasjonale KOSTRA tall som entydig beskriver utgifter og inntekter i legevakt. Særlig kostnad knyttet til dagberedskap/legevakt er usikker. I mange kommuner er ikke legevakt skilt ut fra de samlede utgiftene i ordinære driftsutgifter. KUHR databasen baserer seg på takstbruk registrert i HELFO, og er avhengig av at legen bruker koden legevakt på kortet.

- Kommunestørrelse, sentralitet og geografisk plassering, nærhet til nabokommunen.

Store sentrale kommune har befolkningsgrunnlag og aktivitet til å etablere egne legevakter, ofte med spesialiserte enheter. Det er billigst å drive stort i sentrale kommuner. Billigst per innbygger er det i Oslo kommune. Der har legevakten ikke ansvar for skadebehandling (de går til Oslo Skadelegevakt som driftes av Oslo Universitetssykehus). I store kommuner kan det dras fordel av stordrift og nærhet til andre akutt medisinske funksjoner. Det blir mindre behov for observasjon og behandling av akutt medisinske tilstander.

Det er dyrest å drive i små kommuner, særlig der det er store avstander til nærmeste nabokommune og langt til nærmeste akuttmottak. Dyrest er det i Troms og Finnmark. Når avstanden til legevakt blir for lang blir den akutte allmenn medisinske tjenesten ikke forsvarlig.

SSB sine analyser viser at det krever en vis grad av kommunestørrelse og geografisk nærhet for å oppnå noen gunstig effekt av interkommunalt samarbeid. Vurderingen er at for kommuner mellom 2000 – 50000 innbyggere er et interkommunalt samarbeid sannsynlig rimeligst.

### 8.2. Hva er det som koster?

Legevakt er komplekst og som beskrevet dårlig beskrevet i dagens regnskapsføringer. SSB har etablert en oversikt over kostnadsdrivere (Rapport 2024/38, side 27):

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

Tabell 8.1: Økonomiske drivere for legevakt etter SSB

### Utgifter og inntekter til legevakt

Utgifter knyttet til drift av legevakt består hovedsakelig av:

- Lønn (ledelse, helsepersonell, annet)
- Kjøp eller leie av lokaler, renhold, strøm og vedlikehold
- Kjøp eller leie av medisinsk utstyr
- Kostnader til kvalitetskontroll, drift og serviceavtaler
- Opplæring og kompetanseutvikling
- Innkjøp, drift og vedlikehold av IKT, kommunikasjonsutstyr og Nødnett
- Innkjøp/leie og drift av framkomstmiddel, arbeidstøy og utstyr ved utrykning
- HMS-tiltak

Legevaktens inntekter er sammensatt og består blant annet av følgende:

- Kommunale rammemidler. (Tilsvaret i hovedsak kommunens netto driftsutgifter til legevakt.)
- Eventuelle bidrag fra samarbeidskommuner
- Egenandeler fra pasienter
- Statlige tilskudd til legevakt i enkelte distriktskommuner
- Refusjon fra Helfo for pasientbehandling
- Betaling for kostnader til forbruksmateriell, f.eks. bandasjemateriell, medikamenter og vaksiner
- Betaling fra politidistriktet for legeundersøkelse og/eller blodprøvetaking ved mistanke om kjøring i ruspåvirket tilstand.
- Utgiftsdekning fra helseforetak (f.eks. ambulansetransport med legefølge).

I kartleggingens veiledning ble det presisert at følgende utgifter skal holdes utenfor: Øyeblikkelig hjelp døgnopphold (ØHD/KAD) og tjenester som er organisert under spesialisthelsetjenesten (f.eks. overgrepsmottak, psykiatrisk legevakt og skadelegevakt). Utgifter til legevaktsentral skulle derimot inkluderes.

Legens arbeid og inntektsforhold i legevakt er ellers regulert i sentral forbundsvis særavtale mellom KS og Den norske legeforening ([SFS 2305](#)). Et unntak er Oslo kommune som har egen avtale.

Alle de fem kommuner og Hallingdal legevakt har alle ytterligere en kostnadsdriver: Legekontorene har eget kommunalt eid røntgenutstyr, som samhandler med spesialisthelsetjenesten for tolkning. Kommunene i vare tar behandling av flere akutte ortopediske skader. Det er kommunene som avholder utgifter til utstyr, utdanning og behandling av pasienter.

### 8.3 Hvor kommer penger fra

#### Nasjonalt

Et samlet nasjonalt anslag er at legevakta koster 4,8 milliarder pr år, eller i gjennomsnitt 858 kr. Pr innbygger i Norge.

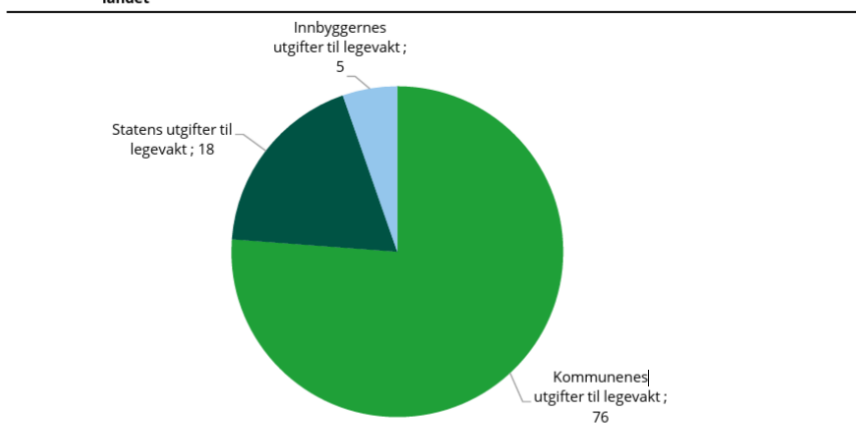
Inntekt til legevaktas drift kommer fra tre kilder:

## Utredning «Felles Legevakt i Hallingdal», 2026

- Kommunene bær hovedansvaret for finansieringen, og anslaget er årlig kostnad på 3,6 milliarder kroner (2024), eller svarende til 76 % av utgiftene. For kommunene er gjennomsnittskostnad 654 kr pr innbygger.
- Staten betaler via HELFO refusjonen (takster ved konsultasjonen) og tilskudd til små distriktskommuner i alt 880 millioner kr.pr år (tilskudd utgjør 51 mill kr.)
- Pasientene betaler med egenandel i alt 254 millioner kr. Pr år.

I figur 6.1 er utgiftene til kommunene, staten og innbyggerne fremstilt i et sektordiagram.

**Figur 6.1** Prosentvis fordeling av totale utgifter til legevakt, etter hvem som dekket utgiftene. 2023. Prosent. Hele landet



Kilde: KOSTRA-skjema 1, SSB, KUHR (Helfo) og Helsedirektoratet

Figur 8.1.: Utgiftsfordeling mellom kommune, stat og pasient. Modell SSB.

### Variasjon

Det er stor geografisk variasjon i kostnad pr innbygger. Størst forskjell er det mellom kostnad i Oslo kommune: 438 kr/innbygger og kostnad i Finnmark fylke: 2091 kr/innbygger (obs.: Data registrert i sentrale registre for behandlingsutgifter til innbyggere registreres etter behandlingsfylke, ikke etter bostedsfylke)

Det er en tilsvarende variasjon mellom kommunenes utgifter. Størst forskjell er det mellom Oslo kommune: 300 kr pr innbygger og kommuner i Finnmark: 1400 kr. For kommuner i Buskerud er gjennomsnittet nær likt det nasjonale gjennomsnitt: 663 kr/innbygger.

Variasjonen er også betydelig når kostnad beskrives etter kommunenes sentraliseringsgrad. For gruppe 5 er gjennomsnittskostnad 1050 kr (Geilo, Ål, Hemsedal, Nesbyen).

## 9. Kan vi endre dagens legevaktorganisering?

Endring av legevaktens organisering vil være en politisk beslutning, og må behandles og forankres i de aktuelle kommunene. Slike endringer er gjennomgående ressurskrevende, og krever derfor grundig planlegging og en systematisk risikovurdering i forkant av eventuelle beslutninger.

Det er godt dokumentert, både gjennom egne erfaringer og erfaringer fra andre kommuner, at organisatoriske endringer medfører betydelige kostnader. Dette gjelder også ved omorganisering av legevakt. Erfaringene viser at det ikke er tilstrekkelig å legge til grunn en forventning om gevinster alene, da endringsprosesser i seg selv krever både økonomiske ressurser og organisatorisk kapasitet over tid.

Det er samtidig avgjørende at det etableres tydelige og etterprøvbare begrunnelser for hvorfor en endring skal gjennomføres. Eksisterende forskning viser at argumenter knyttet til stordriftsfordeler, både når det gjelder kvalitet og økonomi, ikke entydig gir positive effekter. Dette understreker behovet for en nyansert og kunnskapsbasert tilnærming til vurderingen av alternative organisasjonsmodeller.

Samtidig må vurderingene ses i lys av regionale utfordringer. Hallingdal er en region hvor det må forventes økende knapphet på både personell og kompetanse i årene fremover. Og samtidig et økt behov for legevaktstjenester. I et slikt perspektiv kan en større og mer robust driftsenhet bidra til økt attraktivitet som arbeidsplass, blant annet ved å gi større fagmiljøer og mer fleksibel ressursbruk.

Endringer i komplekse, samhandlende organisasjoner med døgnskuttet drift og krav om øyeblikkelig hjelp innebærer i tillegg en særskilt risiko. Slike prosesser kan påvirke pasientsikkerheten, blant annet gjennom økt risiko for pasientskader og brudd i kontinuitet i tjenestene, særlig i omstillingsfasen.

For å lykkes med en eventuell omorganisering er det flere sentrale forutsetninger som må være oppfylt. Endringen må være godt forankret både politisk og administrativt, og det må settes av tilstrekkelige ressurser til gjennomføring. Videre må omorganiseringen være forankret i fagmiljøene, med en felles forståelse av mål, konsekvenser og forventet praksis. I tillegg er det viktig at endringene kommuniseres tydelig og helhetlig til befolkningen, slik at brukerne av tjenestene får nødvendig og tilstrekkelig informasjon.

## 10. Konklusjon

### *Modellene*

Arbeidsgruppen vurderer at alle de tre beskrevne modellene kan organiseres innenfor dagens lov- og forskriftsverk.

Valget mellom modellene handler derfor i begrenset grad om juridiske forhold og i større grad om hvilke mål kommunene ønsker å prioritere.

Dagens modell gir høy grad av lokal tilgjengelighet, lokal forankring og lokal beredskap. Samtidig innebærer den sårbarhet knyttet til små fagmiljøer. Modellen opprettholder ulik kultur mellom kommunene, herunder ulik organisering av legetjenestene også på vakt. Det kan være vanskeligere å oppnå en standardisering av legevaktstjenesten med dagens modell.

En heldøgns felles legevakt kan gi sterkere sentralisering av kompetanse og beredskap, men vil samtidig medføre betydelig økt reisevei for innbyggere og utfordringer knyttet til lokale sykebesøk, utrykninger og lokal beredskap.

En felles legevakt utenom ordinær dagtid representerer et mellomalternativ som kombinerer lokal dagberedskap med større grad av interkommunalt samarbeid på kveld, natt og helg.

### *Merknader*

Lokale data for legevakt viser at Hallingdal har om lag 38 % høyere legevakts aktivitet enn landsgjennomsnittet. Det forklares i høy grad av en stor gjestepopulasjon og betydelige sesongvariasjoner. Samlet gir det et spesielt beredskaps- og aktivitetsbilde som gjør at løsninger fra andre deler av landet ikke nødvendigvis kan kopieres direkte.

Den demografiske utviklingen vil påvirke behovet for nærhet og tilgjengelighet til legevakt. Eldre og multisyke pasienter har oftere behov for legevakt, sykebesøk, innleggelse og oppfølging. Et godt helsetilbud til kronisk syke i lokalsamfunnet krever kompetanse, tilgjengelighet, samhandling, og lokal kjennskap.

Legevakt må dimensjoneres for store svingninger i aktivitet gjennom året, samtidig som tjenesten skal ha tilstrekkelig beredskap hele døgnet. Fremtidens utfordring handler like mye om kapasitet som om organisering. Forskning viser at større interkommunale legevaktsamarbeid ikke nødvendigvis gir bedre kvalitet eller lavere kostnad. Gevinstene avhenger av organisering, størrelse og tydelige kvalitetsmål.

Ingen helsepersonell skal jobbe alene på legevakt. Det gir betydelig økt risiko for samtidighetskonflikter, svikt i dokumentasjon, og for trusler, vold og overgrep. Et valg om å bevare dagens modell vil likevel kreve en gjennomgang av organisasjonene.

### SWOT

Utfra SWOT analysene og gjennomgangene av modellene kan for og imot for sentrale parametere oppsummeres i en tabell:

| Vurderingskriterium  | Modell 1           | Modell 2                | Modell 3                                                                                                               |
|----------------------|--------------------|-------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nærhet til innbygger | +++                | +                       | ++                                                                                                                     |
| Lokal beredskap      | +++                | +                       | ++                                                                                                                     |
| Robust fagmiljø      | ++                 | +++                     | +++                                                                                                                    |
| Rekruttering         | ++/+++             | ++/+++                  | +++                                                                                                                    |
| Samarbeid med HSS    | +++                | +++                     | +++                                                                                                                    |
| Drift i høysesong    | +++                | ++                      | ++/+++                                                                                                                 |
| Gjennomførbarhet     | +++                | +                       | ++                                                                                                                     |
| Samlet vurdering     | Stabil, men sårbar | Mest omfattende endring | Tilgjengelig og fleksibel, vil kreve investering. Kan kombineres med «forsterket legevakt i sesong» som dagens ordning |

Tabell 10.1: Oppsummering av modellene- fordeler og ulemper.

Uavhengig av valgt modell vurderer arbeidsgruppen at følgende tiltak bør prioriteres:

- felles kvalitetskrav for legevakt
- felles krav til utstyr og legevaktbiler
- felles krav om hjelpepersonell på legevakt (ingen helsepersonell skal jobbe alene).
- videreutvikling av samarbeidet med Hallingdal Sjukestugu
- styrket fokus på rekruttering og kompetanseutvikling
- enhetlige prosedyrer og beredskapsplaner
- økt oppmerksomhet på sesongvariasjoner og turistbelastning

Arbeidsgruppen vurderer at den viktigste utfordringen for Hallingdalskommunene de kommende årene ikke vil være organisasjonsmodell alene, men evnen til å sikre

tilstrekkelig kompetanse, bemanning og beredskap i en situasjon med økende etterspørsel etter helsetjenester.

#### *Arbeidsgruppens vurdering av modellene.*

I enkel og kort presentasjon vurderer arbeidsgruppen de tre modellene slik:

**Modell 1** gir i dag gode fleksible tjenester, og er velimplementerte hos både ansatte, ledelse, politisk nivå og innbyggerne. Det er mulighetsrom for fortsatt utvikling både innenfor legevaktens tjenester og tettere samhandling med HSS. I dag er dette den mest attraktive løsningen. Den er imidlertid sårbar i et fremtidsperspektiv. Arbeidsgruppen har særlig drøftet generasjonsskiftet blant fastlegene, og muligheten for at Hallingdal som region vil slite med å tiltrekke seg nok kompetent arbeidskraft. Man ser også et generasjonsskille i både sykepleieprofesjonen og legeprofesjonen, hvor yngre arbeidstakere verdsetter større miljø og flere kollegaer på vakt samtidig.

**Modell 3** har mange likhetstrekk og anses som et mulig alternativ for en mer bærekraftig fremtidig løsning. En implementering av modell 3 vil kreve grundige forberedelser for å etablere en felles plattform for kultur og drift av legevaktstjenester, og en felles intern avtale om eierskap som inkluderer krav om kvalitet og utvikling. Dette vil kreve både politisk og administrative ressurser, det er likevel helt nødvendig å begynne å planlegge for denne utviklingen i god tid, og før tjenesten tvinges til en omlegging på bakgrunn av kompetansemangel og problemer med å levere tjenester på dagens nivå. Mulighetene for samhandling og samskaping med Hallingdal Sjukestugu vil kunne utnyttes i større grad, dersom man har fast legevakt for hele regionen i samme hus, også sett i lys av at kommunene i 2026 ser på hvordan man kan videreutvikle bruken av de kommunale sengene på HSS. Samlokalisering med legevakt på kveld, helg og natt, vil også styrke opplevelsen av «en dør inn» for pasienten, og samlokaliserte helsetilbud. Det vil også styrke merkevaren for Hallingdal Sjukestugu som «Nærsjukehuset i Hallingdal».

**Modell 2**, heldøgndsmodell på HSS, mener arbeidsgruppen ikke vil grunnlag for bærekraftig legevaktstjeneste i et fremtidsperspektiv. Ved å fjerne ø-hjelp og legevaktstilbud ved legekantorene vil man fjerne kompetanse ved legekantor, og den jevne innbygger vil ha lengre vei til legevakt. Avbøtende tiltak kan bidra til å sørge for at pasienter ikke får omvei før de skal på sykehus. Likevel mener arbeidsgruppen at attraktiviteten i fastlegestillingene på legekantoret vil bli betydelig redusert.

### **Konklusjon:**

Arbeidsgruppen anbefaler at dagens modell, modell 1, videreføres på nåværende tidspunkt, med vekt på fortsatt utvikling og tettere samhandling mellom legevakten og Hallingdal Sjukestugu.

Samtidig anbefaler arbeidsgruppen at kommunene allerede nå starter arbeidet med å forberede en mulig framtidig overgang til modell 3. Dette vil kreve tydelige politiske føringer, administrative ressurser og et langsiktig og forpliktende samarbeid mellom kommunene. Det må etableres en felles forståelse av hvordan legevakttjenesten skal organiseres og utvikles, og spørsmål knyttet til eierskap, ansvar, økonomi, kvalitet og ledelse må avklares. Ansatte, fastleger og andre berørte fagmiljøer bør involveres tidlig i prosessen.

Nettopp fordi en slik omlegging er omfattende, bør arbeidet begynne mens dagens løsning fortsatt fungerer godt. Det gir kommunene tid og handlingsrom til å utvikle en felles kultur, bygge et robust fagmiljø og finne gode løsninger i samarbeid med Hallingdal Sjukestugu. En planlagt og gradvis utvikling vil gi bedre mulighet til å forme en bærekraftig legevakttjeneste for framtiden, fremfor å måtte gjennomføre en omfattende omlegging under press som følge av rekrutteringsutfordringer, generasjonsskifte eller mangel på kompetanse.

## 11. Kilder og litteratur

Viser til oversikt i kapittel om styrende dokumenter.

Lokale aktører i primærhelsetjenesten og i kommunenes ledelser har bidratt med erfaringer og fortolkninger, samt erfaringsbasert vurdering av sentrale data.

### Andre kilder:

Norsk kompetansesenter for legevaksmedisin (NKLM/Norce):

<https://nkml.norceresearch.no/>

KUHR databasen, Helsedirektoratet (<https://www.helsedirektoratet.no/statistikk-registre-og-rapporter/helsedata-og-helseregistre/kuhr>)

Legevaksutgifter i 2023. SSB Rapport 2024/38. [RAPP2024-38.pdf](#)

Service Quality and the optimum number of members in intermunicipal cooperation. The case of emergency primary care services in Norway. Sara Blåka m.fl.. Public administration. Wiley. 2021

([https://scholar.google.com/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=no&user=nTqWRxsAAAAJ&citation\\_for\\_view=nTqWRxsAAAAJ:zYLM7Y9cAGgC](https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=no&user=nTqWRxsAAAAJ&citation_for_view=nTqWRxsAAAAJ:zYLM7Y9cAGgC)) .

NOU 2026:6. Den velferdskommunen. [nou202620260006000dddpdfs.pdf](#)-

NORCE: Legevakt – ulike modeller for organisering av legevakt. [Legevakt-ulike-modeller-for-organisering\\_22.05.2026.pdf](#)

NOU 2023:4 . Tid for handling. Helsepersonell kommisjonens rapport. [NOU 2023: 4 - regjeringen.no](#)