



Hudtilbudet i Norge: Ulik tilgang og ulike forløp

En kartlegging av organisering, kapasitet og pasientforløp

oslo**economics**



Tittel: Hudtilbudet i Norge: Ulik tilgang og ulike forløp

Utarbeidet av: Oslo Economics

Finansiering fra: Stiftelsen Dam, AbbVie, Almirall, Leo Pharma, Novartis, Sanofi og UCB

Samarbeid med: Psoriasis- og eksemforbundet og Norsk forening for dermatologi og venerologi

Publisert: August 2026

Rapportnummer: 2026-56

Kontaktperson: Christoffer Bugge / Partner

E-post: cbu@osloeconomics.no

Tel: +47 98 63 62 21

Foto/illustrasjon forside: iStock/triocean

Innhold

Sammendrag	4
1. Kartlegging av tilbudet til hudpasienter	7
1.1 Behov for helhetlig oversikt over hudtilbudet	7
1.2 Mandat	8
1.3 Metode	8
1.4 Finansiering	9
2. Hvem er hudpasientene i Norge?	10
2.1 Hudpasienter i Norge	10
2.2 Pasienter i kontakt med helsetjenesten	11
3. Tilbudet til norske hudpasienter	13
3.1 Organisering av tilbudet	13
3.2 Utvikling i antall hudleger	14
3.3 Fordeling av hudleger på tvers av tjenesten	16
3.4 Organisering av hudleger sammenlignet med andre spesialiteter	19
3.5 Hudlegetilbudet i ulike regioner	19
4. Behandlingspraksis og pasientforløp	22
4.1 Veien fra første kontakt til videre oppfølging	22
4.2 Geografiske forskjeller i behandlingspraksis	24
4.3 Fra henvisning til behandling og oppfølging	25
5. Vurderinger av dagens pasienttilbud	31
5.1 Dagens arbeidsdeling	31
5.2 Vurderinger av hudlegedekning	32
5.3 Forskjeller i tilgang mellom pasientgrupper	33
5.4 Opplevelse av tilbudet	35
6. Virkninger av dagens organisering	37
6.1 Tilgang til ulike tjenestetyper	37
6.2 Variasjon i reisevei	37
6.3 Prioritering og ventetid	38
6.4 Henvisning som inngang til tjenesten	41
6.5 Det private markedet får en større rolle	41
7. Veien videre	43
7.1 Økende etterspørsel	43
7.2 Rekruttering og sårbarhet	44
7.3 Videreutvikling av tjenesten	45
8. Referanser	47
9. Vedlegg	50

Sammendrag

Hudsykdommer rammer mange pasienter, og for flere innebærer sykdommen langvarige og komplekse behandlingsforløp. Denne kartleggingen viser at det i dag er store geografiske forskjeller i hvordan tilbudet til denne pasientgruppen er organisert, og at dette påvirker både tilgang til og kvalitet i behandlingen. En økende andel hudleger arbeider utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten, og økningen er større enn for andre legespesialiteter. Pasientene etterlyser mer helhetlig behandling, kortere ventetider, bedre samhandling mellom fastlege og hudlege, samt forbedring av det offentlige tilbudet.

Behov for kartlegging av tilbudet til hudpasienter

Pasienter og fagmiljøer har over tid pekt på at det er lange ventetider og ulik tilgang til helsetjenester for pasienter med hudsykdommer. Samtidig er det i dag svært begrenset helhetlig kunnskap om hvordan tilbudet til pasientgruppen er organisert, hvor hudlegene arbeider og hvordan pasientforløpet faktisk er. På oppdrag for Psoriasis- og eksemforbundet har Oslo Economics gjennomført en kartlegging av hudtilbudet i Norge. Kartleggingen bygger på et bredt informasjonsgrunnlag og består av dokumentgjennomgang, registerdata, spørreundersøkelser til pasienter og hudleger, intervjuer med hudleger og annen relevant statistikk. Arbeidet er gjort i tett samarbeid med Psoriasis- og eksemforbundet (PEF) og Norsk forening for dermatologi og venerologi (NFDV).

Behandling av pasienter med hudsykdommer

Mange nordmenn lever i dag med en hudsykdom, slik som psoriasis, eksem, urtikaria (elveblest) og hidradenitis suppurativa (HS). HS er også kjent som svettekjertelbetennelse. Sykdommene varierer i symptomer og alvorlighetsgrad, både mellom og innenfor diagnosene. Dette bidrar til at pasientforløpene varierer, både etter diagnose, bosted og behov for oppfølging.

Hudsykdommer behandles på ulike nivåer i helsetjenesten, avhengig av tilstandens alvorlighetsgrad, kompleksitet og behov for spesialisert kompetanse. Pasientene kan få behandling hos fastlege, legevakt eller spesialister i hud- og veneriske sykdommer. De fleste følges i hovedsak opp i primærhelsetjenesten.

Som følge av manglende data har denne kartleggingen ikke kunnet følge behandlingen av hudpasienter i sykehus. Analysene av pasientforløpet er derfor avgrenset til behandling hos fastlege, legevakt og avtalespesialister. I en pågående oppfølgingsstudie vil vi inkludere data fra Norsk pasientregister for å dekke hele behandlingsforløpet i den offentlige helsetjenesten.

Kartleggingen viser at antallet pasienter som oppsøker fastlege for psoriasis, urtikaria og kontakteksem, har vært relativt stabilt de siste ti årene. Samtidig har antallet pasienter som er i kontakt med helsetjenesten for atopisk dermatitt og HS, økt. Det har også vært en økning i antallet pasienter med HS som har vært i kontakt med spesialisthelsetjenesten. Psoriasis skiller seg fra de øvrige diagnosene ved at pasientene oftere henvises til avtalespesialist og i gjennomsnitt ser ut til å få raskere behandling. På tvers av helseregionene utgjør psoriasis den største andelen av konsultasjonene hos hudleger som arbeider som avtalespesialister. Samtidig ser pasienter med psoriasis i økende grad ut til å følges opp utenfor spesialisthelsetjenesten, og en mindre andel av behandlingsepisodene hos avtalespesialister er knyttet til psoriasis i dag enn for ti år siden.

Økende andel hudleger jobber utenfor den offentlige helsetjenesten

Spesialister i hud- og veneriske sykdommer kan blant annet arbeide ved sykehus, som avtalespesialister eller som helprivate hudleger (helt uten offentlig finansiering). I 2025 var det 231 avtalte årsverk¹ innen hud- og veneriske sykdommer i helse- og omsorgstjenesten.² Våre beregninger tilsier at 25 prosent av årsverkene var ved sykehus, 32 prosent hos avtalespesialister og 43 prosent utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten. Andelen årsverk utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten har økt fra 32 prosent i 2015 til 43 prosent i 2025. Utviklingen tyder dermed på at en større del av den samlede arbeidskapasiteten blant hudleger over tid har blitt organisert utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten. Økningen er større enn for andre legespesialiteter.

¹ Avtalte årsverk viser til summen av antall heltidsjobber (arbeidsforhold) og deltidsjobber omregnet til heltidsjobber.

² Omtales som helse- og sosialnæringene i SSBs statistikk.

Variasjon i organisering av hudtilbudet

Organiseringen av hudtilbudet varierer mellom helseregionene. Helse Nord og Helse Vest har i større grad sykehusbaserte tilbud og lavere dekning av avtalespesialister. Dette står i kontrast til Helse Sør-Øst, der Oslo universitetssykehus er det eneste sykehusbaserte hudtilbudet, samtidig som dekningen av avtalespesialister er relativt høy. Helse Midt-Norge har en kombinasjon av avtalespesialister og sykehusbaserte tilbud, men også intern variasjon, med høyere dekning av avtalespesialister i Trøndelag enn i Møre og Romsdal.

I områder med begrenset tilgang til avtalespesialister ser det ut til at pasienter i større grad har kontakt med fastlege for sin hudsykdom.

Forskjeller i tilgang har konsekvenser for pasientene

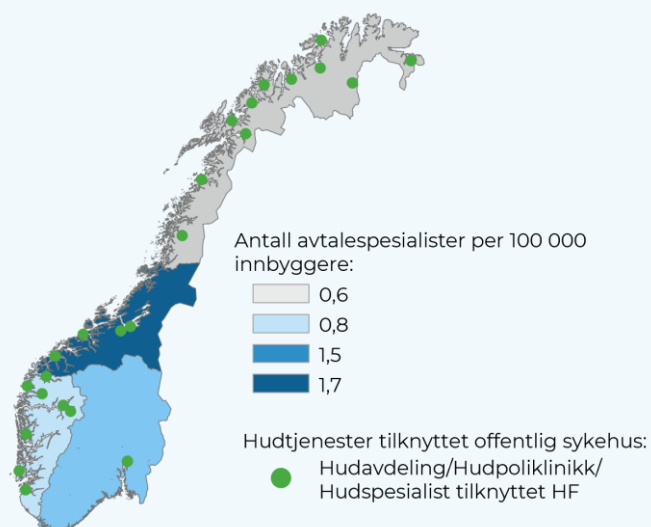
Både pasienter og hudleger peker på store regionale forskjeller i hudtilbudet i Norge. Særlig Helse Nord og Helse Sør-Øst trekkes frem som regioner med svak tilgang til hudtilbud. Omtrent halvparten av hudlegene mener også at tilgangen til hudtilbud varierer mellom pasientgrupper, og peker på dårlig tilgang som den viktigste forklaringen. Samtidig oppgir et flertall av pasientene at de var fornøyde med hjelpen de mottok ved sin forrige konsultasjon for sin hudsykdom.

Hvordan tilbudet til hudpasienter er organisert, kan ha betydning for både tilgang, ventetid og belastning for pasientene. Regional variasjon i hudlegedekning og arbeidsdeling mellom fastleger, avtalespesialister, sykehus og private aktører kan bidra til ulike ventetider, lengre reisevei og forskjeller i hvilke tilbud pasientene i praksis har tilgang til. Konsekvensene av å vente på time varierer mellom pasienter og påvirkes blant annet av diagnose, alvorlighetsgrad og individuelle forhold. Resultatene fra spørreundersøkelsen blant hudpasienter tyder på at den opplevde belastningen øker med lengden på ventetiden, og at ventetid påvirker både fysisk og psykisk helse. I intervjuer med hudleger trekkes kvaliteten på henvisninger og håndtering av fristbrudd ved sykehus frem som forhold som påvirker prioriteringen av pasientene. Både hudleger og pasienter fremhever ventetid i det offentlige som en sentral årsak til at pasienter velger å oppsøke private tilbud.

Økende etterspørsel etter hudtilbud fremover

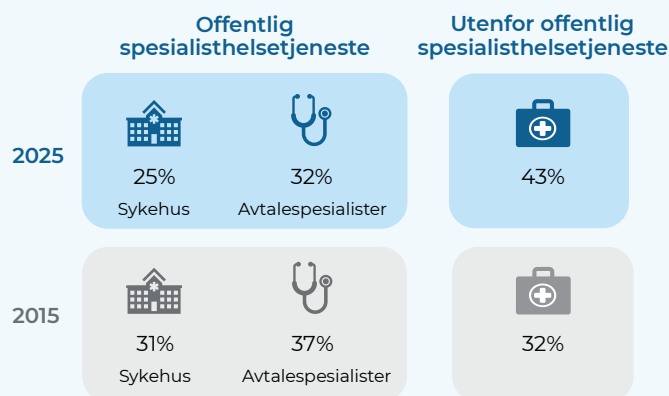
Fremover ventes etterspørselen etter hudlegetjenester å øke, blant annet som følge av en aldrende befolkning. Dette kan stille større krav til rekruttering, kapasitet og fordeling av kompetanse og oppgaver mellom offentlig og privat sektor. Hudleger oppgir i spørreundersøkelsen og i intervjuer at rekrutteringen til spesialiteten oppleves som god, men peker samtidig på utfordringer med å beholde kompetanse i offentlig sektor. Pasientene fremhever mer helhetlig behandling, kortere ventetid, flere offentlige hudtilbud og bedre kommunikasjon mellom fastlege og hudlege som viktige områder for videreutvikling av tilbudet.

Offentlig hudlegedekning i Norge, 2025



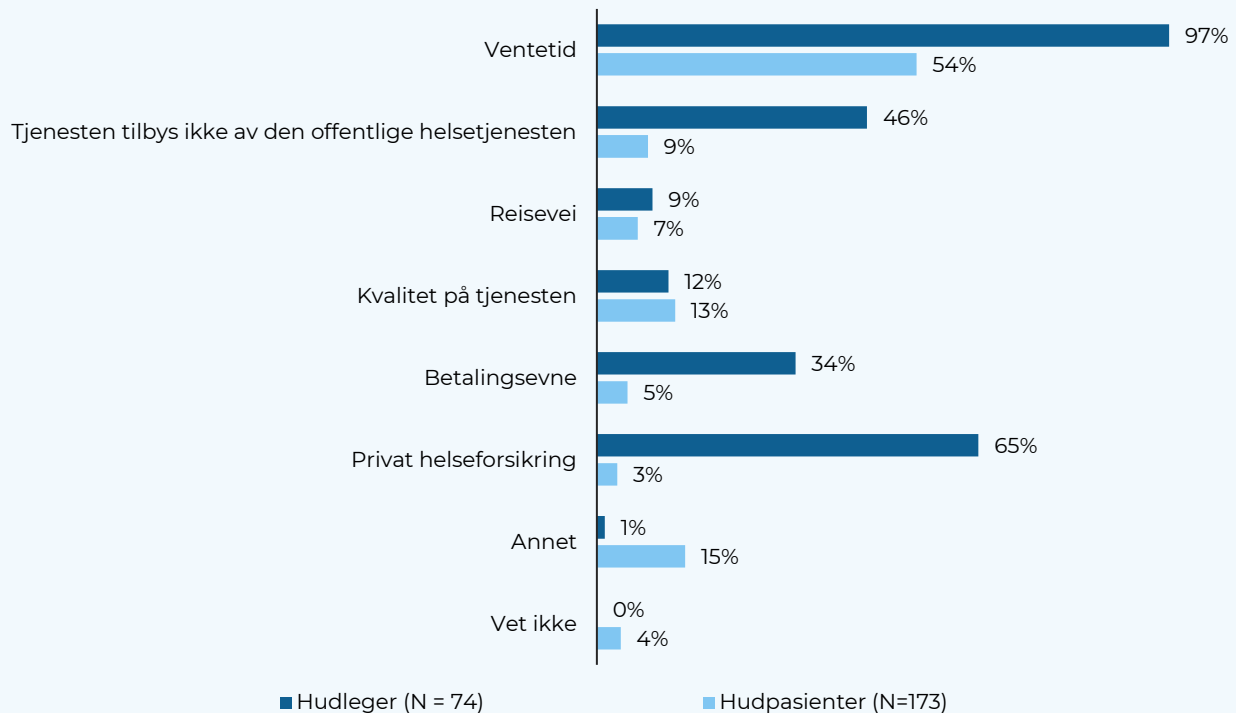
Kilde: SSB tabell 14080 og 13982 (42; 64) og offentlig informasjon fra sykehusenes nettsider (kartlegging av sykehusstilbud).

Hudlegers arbeidstilknytning i 2015 og 2025



Kilde: SSB tabell 14080 og 07935 (41; 42). Note: Avtalte årsverk viser summen av antall heltidsjobber (arbeidsforhold) og deltidsjobber omregnet til heltidsjobber.

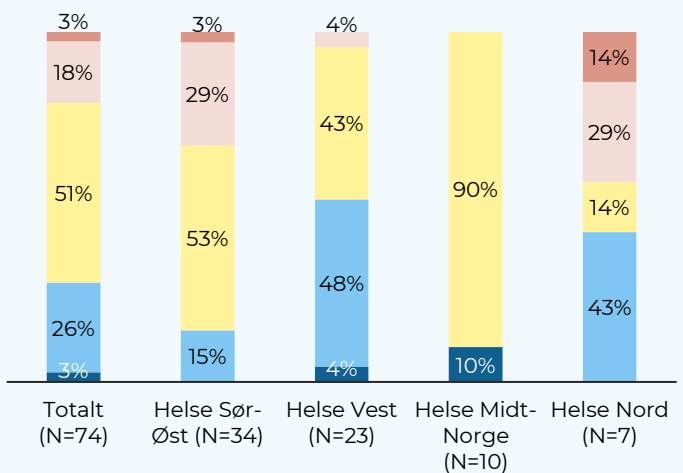
Årsaker til at hudpasienter oppsøker privat hudlege



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics. Spørsmål til hudpasienter: «Hva var de viktigste grunnene til at du oppsøkte en privat hudlege?» Spørsmål til hudleger: «Hva opplever du er de viktigste årsakene til at pasienter oppsøker private hudlegetjenester?» Note: Hudpasientene hadde også et svaralternativ som het «Jeg ble anbefalt å dra til en privat hudlege», hvor 22 prosent krysset av på dette. Dette svaralternativet hadde ikke hudlegene.

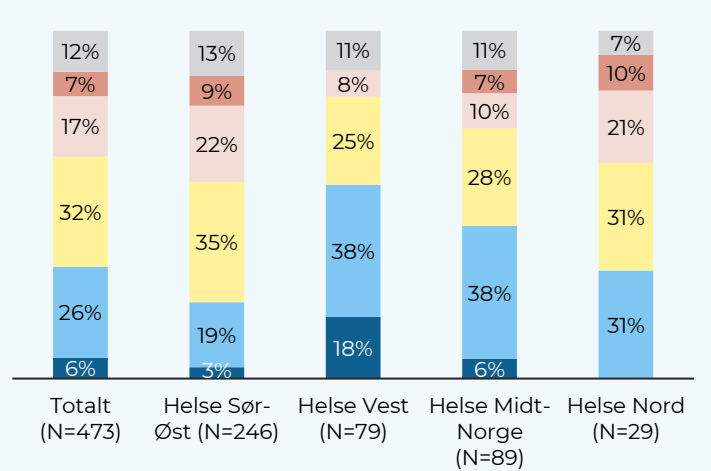
Hudlegers opplevelse av hudlegedekningen

Hvordan vurderer du det samlede offentlige hudlegetilbudet i din helseregion?



Pasienters opplevelse av hudlegedekningen

Hvordan vurderer du det samlede hudlegetilbudet i ditt fylke?



■ Svært godt ■ Godt ■ Middels ■ Dårlig ■ Svært dårlig ■ Vet ikke

Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics.

■ Svært godt ■ Godt ■ Middels ■ Dårlig ■ Svært dårlig ■ Vet ikke

Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics.

1. Kartlegging av tilbudet til hudpasienter

Hudsykdommer rammer mange pasienter. For mange kan sykdommen innebære langvarige og komplekse behandlingsforløp. Det mangler i dag en samlet oversikt over tilbudet til pasientgruppen. Det er begrenset helhetlig kunnskap om hvordan tilbudet til pasientgruppen er organisert, hvor hudlegene arbeider og hvordan pasientforløpet faktisk er. Både pasienter og fagmiljøer har over tid pekt på lange ventetider, ulik tilgang til tjenester og behovet for bedre kunnskap om dagens situasjon.

I dette kapittelet beskriver vi bakgrunnen for kartleggingen, formålet med prosjektet og metodene som er benyttet. Vi redegjør også for datakilder, avgrensninger og finansieringen av arbeidet.

1.1 Behov for helhetlig oversikt over hudtilbudet

Huden er kroppens største organ, og hudsykdommer omfatter et bredt spekter av tilstander med ulik alvorlighetsgrad og ulike behandlingsbehov. Kroniske hudsykdommer, som psoriasis og atopisk eksem, kan innebære langvarige pasientforløp med gjentatt behandling i både primær- og spesialisthelsetjenesten. Sykdommene kan gi betydelig fysisk belastning og er assosiert med økt risiko for psykiske lidelser (1; 2). Hudsykdommer kan i tillegg påvirke pasientenes arbeidsdeltakelse og muligheter i arbeidsmarkedet negativt (3). For mange pasienter har sykdommen stor betydning for livskvaliteten. I prioriteringsveilederen fra Helsedirektoratet fremheves det at livskvalitetsdimensjonen spiller en viktig rolle i vurderingen av prioritering til behandling for denne pasientgruppen (4).

En overordnet målsetting i norsk helsepolitikk er å sikre likeverdig og rask tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet (Prioriteringsmeldingen) (5). Samtidig står helse- og omsorgstjenesten overfor vedvarende kapasitets- og ressursutfordringer. Prioriteringsmeldingen understreker at gode prioriteringer og hensiktsmessig organisering av tjenestene er avgjørende for å ivareta og utvikle kvaliteten i helsetjenesten

fremover (5). Dette forutsetter kunnskap om hvordan tjenestene brukes, hvordan pasientforløpene utformes, og hvordan tilbudet varierer over tid, på tvers av diagnoser og mellom geografiske områder.

For hudsykdommer er denne kunnskapen i dag begrenset. Det finnes ikke et landsdekkende kvalitetsregister som gir en helhetlig oversikt over helsetilbudet til pasienter med hudsykdommer, eller som sammenligner kvalitetsindikatorer på tvers av tjenestetilbydere. Det er også begrenset systematisk og oppdatert kunnskap om hvordan hudtjenestene er organisert, hvordan pasientforløpene er strukturert, og hvordan tilgang til hudleger og ventetider varierer mellom geografiske områder.

Utfordringer i hudtilbudet er tidligere løftet frem i regionale planer og av fagmiljøer. I regional plan for hudsykdommer i Helse Nord 2014 til 2020 fremheves det at hudfaget har begrensede ressurser, og at det er utfordringer knyttet til rekruttering av spesialister. Planen viser også til at deler av tilbudet ivaretas gjennom bruk av innleide vikarer. Det foreligger lite systematisk dokumentasjon som belyser hvordan utviklingen i hudtjenestene har vært siden planen ble publisert (6).

Det har vært en økning i bruk og tilbud av private helsetjenester. Dette kan bidra til ulikhet i tilgang til helsehjelp, blant annet fordi enkelte pasienter har mulighet til å betale for private tjenester, enten av egen lomme eller gjennom privat helseforsikring. Ulikhet kan også oppstå dersom noen pasienter i større grad enn andre klarer å manøvrere seg frem i det offentlig finansierte tilbudet. Ved utgangen av 2024 hadde omkring 15 prosent av befolkningen privat helseforsikring. Dette tilsvarer om lag 840 000 personer i Norge, hvorav 740 000 hadde forsikring dekket av arbeidsgiver (7). Ny forskning viser at økt utbredelse av private helseforsikringer er assosiert med dårligere helse i befolkningen over tid, og at konsekvensene er særlig store for personer med lav sosioøkonomisk status (8).

Flere aktører, blant annet Psoriasis- og eksemforbundet (PEF) og Norsk forening for dermatologi og venerologi (NFDV), har pekt på at det er for få offentlige hudleger, og at ventetidene for hudpasienter mange steder er lange. Ventetider i helsetjenesten har fått økt oppmerksomhet den siste tiden, og regjeringen lanserte i mai 2024 Ventetidsløftet som et initiativ for å redusere ventetidene ved sykehusene. Lange ventetider kan

bidra til økt etterspørsel etter private helsetjenester, der ventetiden ofte er kortere (9).

Behovet for mer samordnet kunnskap om hudtilbud og pasientforløp i Norge er over tid blitt løftet frem av både fagmiljøer og pasientorganisasjoner. Et bedre kunnskapsgrunnlag om organisering, tilgang til tjenester og pasientforløp er viktig for å forstå dagens situasjon og for å legge til rette for videre utvikling av tjenestene i årene fremover.

1.2 Mandat

Som del av arbeidet med å styrke kunnskapsgrunnlaget om hudtilbud i Norge har Oslo Economics gjennomført en kartlegging av tilbudet til hudpasienter i Norge. Forskningsgruppen i Oslo Economics har hatt jevnlig dialog og forankring med PEF og NFDV i prosjektperioden.

Formålet med kartleggingen er å gi ny kunnskap om organiseringen av hudlegetjenester, tilgang til hudleger, geografiske forskjeller og utviklingen i tilbudet over tid. Kartleggingen skal også beskrive pasientforløp og tjenestebruk for utvalgte hud-diagnoser. Samlet kan dette gi et bedre beslutningsgrunnlag for organisering av tjenestene, rekruttering til fagområdet, utvikling av gode pasientforløp og håndtering av kapasitetsutfordringer.

1.3 Metode

1.3.1 Informasjonskilder

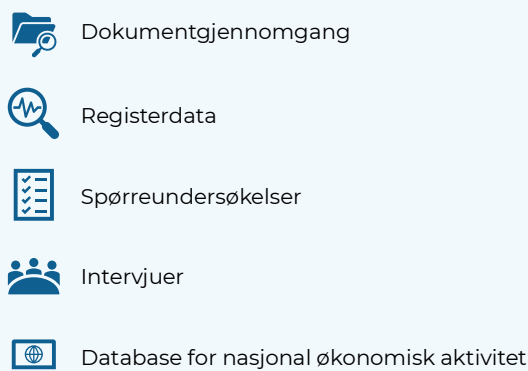
Kartleggingen bygger på flere informasjonskilder og metodiske tilnærminger. Analysen kombinerer dokumentgjennomgang, analyse av registerdata, spørreundersøkelser og kvalitative intervjuer. Samlet gir dette et bredt kunnskapsgrunnlag om organiseringen og bruken av hudtilbud, samt erfaringer fra både pasienter og behandlere. Mer detaljerte beskrivelser av datakilder, metode og analysegrunnlag er gitt i vedlegg.

Dokumentgjennomgang og nettsøk

Vi har gjennomgått offentlig tilgjengelige kilder om hudtilbud i Norge. Dette omfatter blant annet statistikk om antall spesialister i dermatologi og venerologi og informasjon om organiseringen av hudtilbud ved offentlige sykehus. Formålet har vært å etablere en overordnet oversikt over organiseringen av hudtjenestene og eksisterende kunnskap på området.

Kartleggingen av hudavdelinger, hudpoliklinikker og avtalespesialister bygger på en systematisk gjennomgang av offentlig tilgjengelig informasjon på sykehusenes nettsider. Den manuelle kartleggingen ble gjennomført høsten 2025.

Figur 1-1: Informasjonskilder



Informasjonen er ikke verifisert av samtlige institusjoner, og det kan forekomme unøyaktigheter, mangler eller senere endringer i tjenestetilbudet.

Data fra KUHR

Vi har innhentet aktivitets- og refusjonsdata fra primærhelsetjenesten og avtalespesialister fra KUHR-databasen (Kontroll og utbetaling av helserefusjoner). Dataene brukes til å belyse aktivitet knyttet til utvalgte huddiagnoser, herunder antall pasienter, antall behandlere, kontaktmønstre og geografisk fordeling.

Vi innhentet data for psoriasis, atopisk dermatitt, kontakteksem, hidradenitis suppurativa (HS) og urtikaria (Se vedlegg B for definisjoner). I tillegg innhentet vi data for malignt melanom i hud og andre ondartede svulster i hud (ICD-10-kodene C43 og C44). Disse diagnosene utgjør en viktig del av arbeidshverdagen til mange hudleger og inngår derfor i analysene av avtalespesialistenes aktivitet.

Spørreundersøkelser

Det ble gjennomført to spørreundersøkelser, én rettet mot hudleger og én rettet mot pasienter med hudsykdom. Undersøkelsene gir informasjon om erfaringer med tjenestetilbudet, vurderinger av tilgjengelighet og oppfølging, samt behandlingspraksis og pasientforløp.

Spørreundersøkelsene ble gjennomført høsten 2025 og vinteren 2026. De ble publisert i forbindelse med høstkonferansene til PEF og NFDV, der deltakerne kunne besvare undersøkelsene under konferansene. I tillegg ble undersøkelsen til hudleger distribuert per e-post til alle medlemmer i NFDV, mens pasientundersøkelsen ble formidlet via PEFs sosiale medier, nettside og medlemsblad. For å sikre et tilstrekkelig antall respondenter ble undersøkelsene holdt åpne til og med utgangen av

første kvartal 2026. Totalt svarte 480 pasienter og 79 hudleger på spørreundersøkelsene.

Intervjuer

Det ble gjennomført totalt 13 intervjuer med hudleger, herunder hudleger ansatt ved sykehus, avtalespesialister og helprivate hudleger. Temaene i intervjuene var organisering av tjenesten, tilgang til hudtilbud og rekruttering til spesialiteten. Formålet med intervjuene var å utdype og nyansere funn fra de øvrige datakildene, og å få mer inngående beskrivelser av erfaringer og utfordringer knyttet til organiseringen av hudtjenestene.

Oslo Economics' Database for nasjonal økonomisk aktivitet

For å kartlegge utviklingen i det private markedet har vi innhentet bedriftsdata fra Oslo Economics' database for nasjonal økonomisk aktivitet. Databasen inneholder basisinformasjon om alle virksomheter og regnskapsinformasjon for virksomheter med regnskapsplikt. Vi har hentet ut informasjon om alle virksomheter innenfor NACE-kode 86.221, som omfatter spesialiserte lege-tjenester, unntatt psykiatriske legetjenester.

1.3.2 Representativitet

Spørreundersøkelsene og intervjuene dekker utvalg av de aktuelle målgruppene.

Pasientundersøkelsen ble formidlet gjennom PEF og nådde trolig i hovedsak pasienter som er tilknyttet, eller følger, organisasjonen. Dette kan innebære en seleksjonseffekt, ettersom pasienter som er organisert eller engasjert i en pasientforening, kan skille seg fra pasientgruppen generelt. Resultatene bør derfor tolkes som erfaringer fra et utvalg av pasienter, og ikke nødvendigvis som representative for alle personer med de aktuelle huddiagnosene.

Undersøkelsen rettet mot hudleger ble distribuert av NFDV. Vi anslår at om lag 30 prosent av leger med spesialisering i dermatologi og venerologi har svart på undersøkelsen. Selv om svarene gir innsikt i erfaringer og vurderinger blant hudleger, er ikke resultatene uten videre representative for alle hudleger i Norge.

Intervjuene med hudlegene ble gjennomført med et begrenset antall informanter. Sammensetningen av informanter har bidratt til bredde i erfaringer og perspektiver, men utvalget omfatter ikke alle sykehus eller fagmiljøer. Formålet med intervjuene har vært å utdype og nyansere funn fra de øvrige datakildene. Intervjuene gir derfor kvalitative perspektiver på organiseringen av hudtjenestene, snarere enn et representativt bilde av alle aktører.

1.3.3 Avgrensninger

Kartleggingen omfatter i hovedsak et utvalg huddiagnoser og tjenestetilbudet til pasienter med disse diagnosene. De inkluderte diagnosene er psoriasis, atopisk dermatitt, kontaktdermatitt, hidradenitis suppurativa (HS) og urtikaria. HS omtales også som svettekjertelbetennelse, urtikaria som elveblest og dermatitt som eksem. Dette er diagnoser som Psoriasis- og eksemforbundet (PEF) spesielt jobber med.

Selv om kartleggingen primært omfatter pasienter med de utvalgte diagnosene, belyser den også mer generelle forhold ved organiseringen av hudtjenestene, tilgang til hudleger og bruk av tjenester. Kartleggingen kan dermed gi innsikt som er relevant for tilbudet til en bredere gruppe hudpasienter.

Dataene fra Helfo omfatter aktivitets- og refusjonsdata fra primærhelsetjenesten og avtalespesialister. Dataene dekker behandlingsepisoder hos fastlege, legevakt og avtalespesialister for pasienter med de utvalgte diagnosene. De inkluderer ikke aktivitet i sykehus eller behandling i helprivate tilbud. Kartleggingen gir derfor ikke en fullstendig beskrivelse av hele pasientforløpet eller det samlede tjenestetilbudet. Pasienter som ikke oppsøker helsetjenesten for sin hudsykdom, er heller ikke inkludert i datamaterialet.

Det private markedet for hudtilbud belyses gjennom virksomhetsinformasjon fra Brønnøysundregistrene. Denne delen av kartleggingen gir informasjon om utviklingen i private virksomheter, men gir ikke grunnlag for en inngående analyse av hvilke virksomheter som faktisk tilbyr hudlegetjenester, hvor mange pasienter som behandles, eller hvilken behandling pasientene mottar.

Vi arbeider med en tilleggsstudie som vil gi tilgang til data for hele forløpet i den offentlig finansierte helsetjenesten. Denne vil gi et mer helhetlig innblikk i utrednings- og behandlingsforløpet for de aktuelle pasientgruppene. Arbeidet med denne analysen ventes ferdigstilt i 2027.

1.4 Finansiering

Prosjektet er finansiert med støtte fra Stiftelsen Dam. I tillegg har PEF mottatt prosjektstøtte fra AbbVie, Almirall, LEO Pharma, Novartis, Sanofi og UCB. Legemiddelselskapene som har bidratt med finansiering, har ikke hatt påvirkning på kartleggingen, prosjektets innhold, analyser eller resultater.

2. Hvem er hudpasientene i Norge?

Mange nordmenn lever med hudsykdommer som psoriasis, dermatitt, urtikaria og hidradenitis suppurativa. Disse tilstandene gir ulike symptomer både mellom og innenfor diagnosene. Forekomsten av sykdommene påvirkes av en rekke faktorer, herunder alder, kjønn og geografi. Det er også forskjeller i hvor pasientene mottar behandling, både mellom diagnoser og på tvers av helseregioner.

I dette kapittelet beskriver vi kort symptomer og utbredelse for diagnosene som inngår i kartleggingen. Kapittelet er ment å gi et bakteppe for de videre analysene av organisering, tilgang og bruk av hudtilbud for de utvalgte diagnosene.

2.1 Hudpasienter i Norge

Ulike hudsykdommer gir ulike symptomer, og symptomgraden kan også variere innenfor samme diagnose. Dette kan blant annet skyldes forskjeller i sykdomsforløp, individuelle faktorer og respons på behandling. Tekstboks 2-1 gir en kort oversikt over hudsykdommene som er inkludert i kartleggingen.

Kunnskap om forekomst er viktig for å forstå hvor utbredt en sykdom er, både sammenlignet med andre tilstander i Norge og med samme tilstand i andre land. Slik kunnskap er også viktig for å kunne planlegge og dimensjonere tjenestetilbudet i tråd med forventet behov. Dimensjonering av tilbudet omfatter blant annet kapasitet, organisering og tilgang på personell, legemidler og utstyr.

Det kan være krevende å anslå forekomsten av hudsykdommer. Ikke alle med sykdom oppsøker helsetjenesten, og det kan være feilkilder i data-materialet. Det finnes likevel flere studier som kan belyse forekomsten av de ulike hudsykdommene i Norge.

2.1.1 Utbredelse av hudsykdommer

Anslag for forekomsten av psoriasis i Norge varierer avhengig av datakilde og metode. En studie basert på data fra Legemiddelregisteret anslår at omkring 3,8 til 4,6 prosent av befolkningen i Norge har psoriasis, noe som tilsvarer mellom 214 000 og 270 000 mennesker med dagens befolkningsstørrelse (10; 11). Studier basert på befolkningsundersøkelser viser imidlertid en

Tekstboks 2-1: Beskrivelse av utvalgte huddiagnoser

Psoriasis

Psoriasis er en kronisk inflammatorisk hudsykdom som kan gi røde og flassende utslett over store deler av kroppen. Utslettene oppstår på grunn av en overaktiv produksjon av hudceller som følge av en skjevhet i immunforsvaret. Dette skaper betennelse (inflammasjon) (55).

Eksem

Atopisk dermatitt, også kjent som atopisk eksem, er en tilstand med tørr, kløende hud hvor det ofte oppstår et rødt utslett med hevelse, og noen ganger væskende blemmer. Utslettene plassering varierer med alder. Det mest vanlig at spebarn og barn under to år har eksem i ansiktet og på strekksiden av armer og ben, mens hos ungdom og voksne er eksemet mest uttalt på hals, ansikt og hender (54).

Kontaktdermatitt, også kjent som kontakteksem, skyldes i omkring 70 prosent av tilfellene irritasjon mens det i 30 prosent skyldes allergiske reaksjoner. Kontaktdermatitt som følge av irritasjon kan for eksempel oppstå etter lang eksponering for vann, og er ofte knyttet til yrkesmessig eksponering. Allergisk kontaktdermatitt skyldes at huden blir utsatt for et allergen, slik som nikkel eller parfyme. Ved kontaktdermatitt blir hudområdet som rammes rødt og kløende (60; 52).

Hidradenitis suppurativa (HS)

Hidradenitis suppurativa (HS), også kalt svettekjertelbetennelse, er en inflammatorisk sykdom hvor huden endrer farge som følge av betennelse. HS kjennetegnes av smertefulle byller, dype follikulære knuter, byller (abscesser) og sår. Disse oppstår ofte i armhuler, under brystene, lysken, rundt endetarmsåpningen og i hudfolder (20).

Urtikaria

Kronisk urtikaria, ofte kalt elveblest, er en sykdom som kjennetegnes av kløende hevelser. Urtikaria kan oppstå hvor som helst på huden, og det skilles mellom akutt, kronisk induserbar og kronisk spontan urtikaria. Urtikaria skyldes frisetting av visse stoffer, blant annet histamin, som påvirker blodkarene i huden. Når denne frigjøringen skjer i de ytre lagene av huden, resulterer det i vabler (22).

Kilde: Psoriasis- og eksemforbundet og Langeland & Holm.

forekomst mellom 5 og 11 prosent (12; 13). Det er observert geografiske forskjeller i forekomst mellom de fire helseregionene i landet. Forekomsten er høyere i Helse Nord, hvor forekomsten er omkring 6 prosent mot 4 prosent i Helse Midt og Helse Vest (11).

Atopisk dermatitt er vanligst blant barn, og en studie gjennomført blant småbarn i Norge og Sverige finner at omkring 25 prosent har atopisk eksem (14). En annen studie finner blant to-åringer i Sør-Øst-Norge finner tilsvarende resultater (15). Blant tenåringer er andelen lavere, og studier finner at omkring 10 prosent av 18-åringer har atopisk dermatitt (16). Nyere studier peker imidlertid mot at forekomsten blant voksne kan være like høy som blant barn (17).

Kontaktdermatitt inkluderer både allergisk og irritativ kontaktdermatitt. Forekomsten av allergisk kontaktdermatitt i Nord-Europa anslås til omtrent 19 prosent (18). Mange tilfeller av kontaktdermatitt er yrkesrelaterte, og personer som arbeider i yrker med langvarig kontakt med vann eller hyppig bruk av gummihandsker, er særlig utsatt. Studier av håndeksem viser en forekomst på rundt 11 prosent, og en forekomst av arbeidsrelatert håndeksem på 5 prosent (19).

HS er en sykdom som rammer færre sammenlignet med psoriasis og dermatitt. Ifølge PEF får 1,7 prosent av nordmenn HS i løpet av livet (20). Det er flere kvinner enn menn som får HS, og andelen kvinner som får sykdommen i løpet av livet i Norge er anslått til 2,3 prosent (20; 21). Symptomer på sykdommen opptrer vanligvis i puberteten eller fra 40-årsalderen (20).

Forekomsten av urtikaria varierer mellom ulike former for sykdommen. Omtrent 15 til 20 prosent av befolkningen vil oppleve akutt urtikaria en gang i løpet av livet. Det er imidlertid bare 1 prosent av befolkningen som har kronisk urtikaria. Det er ikke kjønnsforskjeller i forekomsten av akutt urtikaria, mens kronisk urtikaria forekommer omtrent dobbelt så ofte blant kvinner som blant menn (22; 23).

Hudkreft og andre hudtumorer er en stor og voksende pasientgruppe som legger beslag på en betydelig del av ressursene i hudtilbudet (24). I Norge registreres det årlig rundt 6 500 nye tilfeller av melanom og ikke-melanom hudkreft samlet, men dette tallet inkluderer ikke basalcellekreft. Basalcellekreft er den vanligste hudkreftformen, og det er anslått om lag 20 000 til 25 000 nye tilfeller årlig i Norge (24; 25) .

2.2 Pasienter i kontakt med helsetjenesten

Kunnskap om hvor mange som oppsøker helsetjenesten for sin hudsykdom gir innblikk i etterspørselen etter hudtilbud. Norsk pasientregister (NPR) rapporterer data for aktiviteten i somatisk spesialisthelsetjeneste, som

dekker både behandling ved sykehus og avtalespesialister (26). KUHR-databasen omfatter behandlingsepisoder som finansieres av folketrygden, herunder fastleger, legevakt og avtalespesialister. Vi bruker disse datakildene for å beskrive antall hudpasienter som er i kontakt med helsetjenesten.

Registerdata gir verdifull innsikt, men fanger ikke opp alle pasienter med hudsykdommer. Symptomer varierer betydelig mellom personer, hvor enkelte opplever sterke plager og har behov for spesialisert behandling, mens andre har milde symptomer og velger å ikke oppsøke helsehjelp. Pasientrepresentanter og fagmiljø peker på at stadig flere pasienter får behandling utenfor den offentlige helsetjenesten. En konsekvens av dette er at ikke alle med en av de gitte hudsykdommene dukker opp i datagrunnlaget.

2.2.1 Pasienter i kontakt med fastlege

I 2024 hadde 95 329 pasienter minst én kontakt med fastlege der atopisk dermatitt var registrert som diagnosekode i oppgjøret til Helfo. Videre hadde 60 325 pasienter minst én kontakt der kontaktdermatitt var registrert, 33 884 der psoriasis var registrert, og 25 464 der urtikaria var registrert (Figur 2-1). Det presiseres at det at fastlegen registrerer diagnosen i oppgjøret til Helfo ikke nødvendigvis betyr at pasienten har den angitte diagnosen. For eksempel har vi fått opplyst av hudleger at fastlegen ofte setter diagnosen kontaktdermatitt når de henviser pasienter med håndeksem og ansiktsdermatitt.

I tillegg hadde 4 044 pasienter minst én kontakt der svettekjertelsykdom var registrert som diagnosekode. Denne diagnosekoden er bredere enn hidradenitis suppurativa (HS), og tallet kan derfor ikke tolkes som et presist anslag på antall pasienter med HS. Tallene er basert på diagnoser fastlegen har registrert i oppgjør til Helfo, og det kan forekomme både under- og overrapportering av de ulike diagnosene.

Antallet pasienter med minst én kontakt hos fastlege der en av de utvalgte huddiagnosene var registrert, har økt siden 2014 (Figur 2-2). Når diagnosene ses hver for seg, har det vært en gradvis økning i antallet pasienter med registrert atopisk dermatitt og svettekjertelsykdom, mens økningen har vært mindre for de øvrige huddiagnosene. Antallet pasienter med minst én kontakt der atopisk dermatitt var registrert, har økt med 80 prosent i perioden. For svettekjertelsykdom har økningen vært om lag 43 prosent. Økningen kan skyldes flere forhold, blant annet befolkningsvekst, faktisk økt forekomst, endret diagnosepraksis, nye

behandlingsmuligheter eller økt kunnskap om sykdommene.

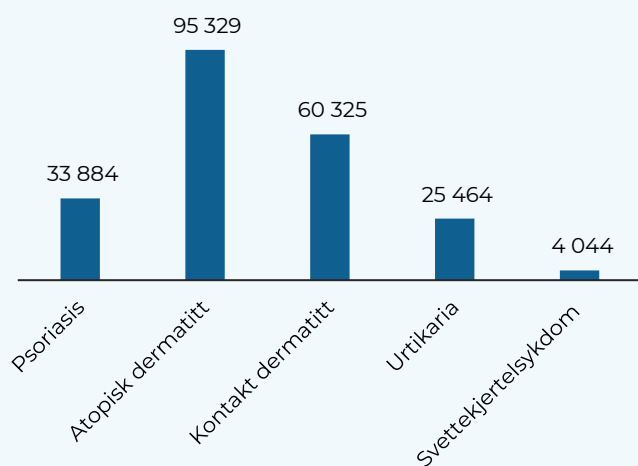
2.2.2 Pasienter i kontakt med sykehus eller avtalespesialist

For å belyse kontakt med sykehus og avtalespesialister benytter vi data fra Norsk pasientregister (NPR). Dataene viser at atopisk dermatitt er den vanligste diagnosen blant de utvalgte hudsykdommene i spesialisthelsetjenesten. I 2024 var 40 010 pasienter registrert med atopisk dermatitt i kontakt med sykehus eller avtalespesialist (Figur 2-3). Videre var 22 116 pasienter registrert med psoriasis, 1 007 med urtikaria og 2 883 med HS.

Færre pasienter er registrert med kontakt i spesialisthelsetjenesten enn hos fastlege. Dette henger blant annet sammen med at behovet for spesialisert behandling varierer mellom pasienter, avhengig av sykdommens alvorlighetsgrad og hvor de befinner seg i behandlingsforløpet.

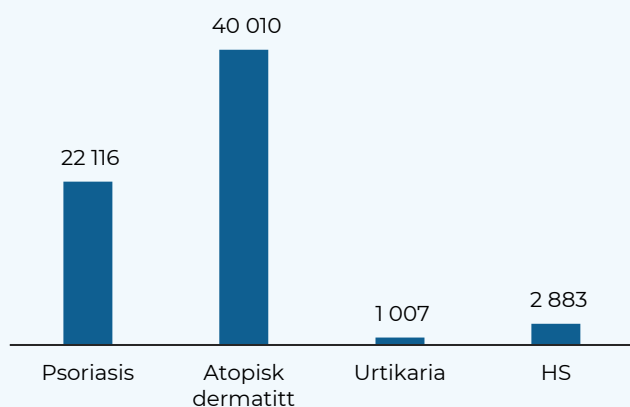
De aggregerte dataene fra NPR viser at antallet pasienter i kontakt med spesialisthelsetjenesten har vært relativt stabilt for psoriasis og atopisk dermatitt i perioden 2017 til 2025, mens det har vært en svak nedgang for urtikaria (Figur 2-4). For HS har det derimot vært en økning på omkring 60 prosent i samme periode. Dette kan skyldes økt kjennskap til sykdommen og utvikling av nye behandlingsmuligheter (27).

Figur 2-1: Antall pasienter med hudsykdom i kontakt med fastlege, 2024



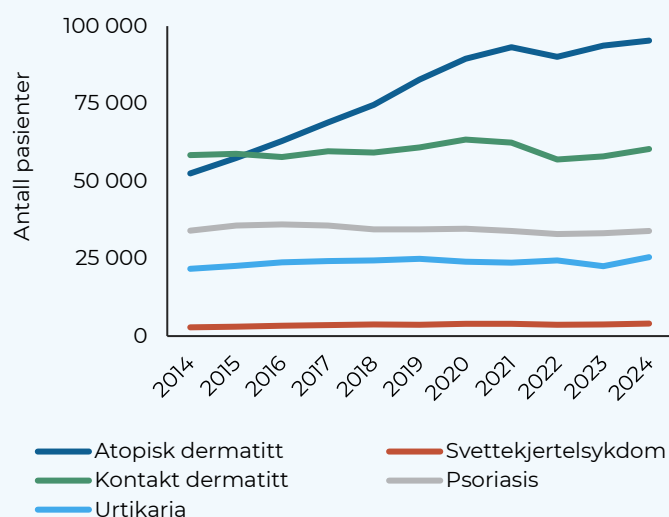
Kilde: Beregninger utført av Oslo Economics på bakgrunn av data fra KUHR.

Figur 2-3: Antall pasienter med hudsykdom i kontakt med sykehus eller avtalespesialist, 2024



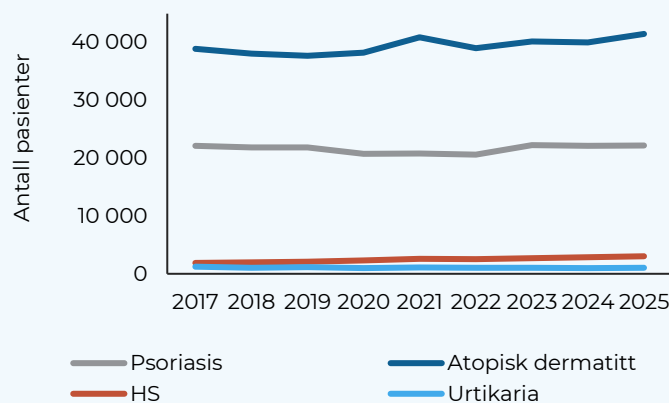
Kilde: Norsk pasientregister (26).

Figur 2-2: Utvikling i antall pasienter med hudsykdom i kontakt med fastlege, 2014 –2024



Kilde: Beregninger utført av Oslo Economics på bakgrunn av data fra KUHR.

Figur 2-4: Utvikling i antall pasienter med hudsykdom i kontakt med sykehus eller avtalespesialist, 2014 –2024



Kilde: Norsk pasientregister (26).

3. Tilbudet til norske hudpasienter

Helse Nord har i hovedsak et sykehus-basert tilbud, mens Helse Sør-Øst i større grad benytter avtalespesialister. Helse Vest og Helse Midt-Norge har en mer sammensatt organisering, med både sykehusbaserte tjenester og avtale-spesialister. Vi anslår at 32 prosent av hudlegeårsverkene i Norge utføres av avtalespesialister, 25 prosent ved sykehus og 43 prosent utenfor den offentlige helsetjenesten. Årsverkene utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten utføres i hovedsak av helprivate hudleger. Andelen som jobber utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten har økt de siste årene.

I dette kapittelet beskriver vi hvordan tilbudet til pasienter med hudsykdommer er organisert. Først omtaler vi ansvarsdelingen mellom ulike deler av helsetjenesten. Deretter beskriver vi utviklingen i antall hudleger, hudlegenes organisatoriske tilknytning og geografiske forskjeller i hudlegetjenestene.

3.1 Organisering av tilbudet

Pasienter med hudsykdommer i Norge møter et helsetilbud som er organisert i to nivåer: primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Disse nivåene har ulike oppgaver og kompetanse, men samarbeider for å gi pasientene et helhetlig tilbud (28).

3.1.1 Primærhelsetjenesten

Primærhelsetjenesten omfatter de kommunale helse- og omsorgstjenestene. Kommunen skal sørge for at alle som bor eller oppholder seg i kommunen, uavhengig av alder, funksjonsnivå og etnisk bakgrunn, får tilbud om nødvendige helse- og omsorgstjenester (28; 29). En sterk primærhelse-

tjeneste er viktig for å sikre gode, likeverdige og tilgjengelige helsetjenester.

For mange pasienter er primærhelsetjenesten det første møtet med helsetjenesten ved hudplager. Hudsykdommer håndteres flere steder i primærhelsetjenesten, blant annet hos fastlege, på legevakt, i hjemmetjenesten og i sykehjem. Fastlege og legevakt har likevel en særlig sentral rolle, fordi det ofte er her hudlidelser først vurderes, diagnostiseres og behandles, og fordi pasienter gjerne oppsøker disse tjenestene ved nye eller forverrede plager. I dette kapitlet omtales derfor i hovedsak fastlege og legevakt. For en nærmere omtale av annet helsepersonell som er involvert i behandling og oppfølging av hudsykdommer, se Tekstboks 3-1.

Fastlegeordningen omtales ofte som helse-tjenestens grunnmur (30). Ordningen gir alle innbyggere rett til en fast allmennlege som over tid kjenner pasienten og pasientens sykehistorie (28; 31). Fastlegene har ansvar for utredning, diagnostikk, behandling og oppfølging av sine listepasienter (32). De har også en viktig portvokterrolle inn mot spesialisthelsetjenesten ved å vurdere hvem som har behov for og rett til spesialisert behandling. På denne måten bidrar fastlegene til at spesialisthelsetjenestens ressurser brukes i tråd med medisinske prioriteringer (33). Fastlegene har i tillegg en sentral rolle i å koordinere pasientens helsetilbud på tvers av tjenester i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (28). Ifølge prioriteringsveilederen til Helsedirektoratet søker om lag 10–15 prosent av pasientene i en gjennomsnittlig allmennlegepraksis hjelp på grunn av plager i huden (4).

Legevakten er en tjeneste som gir akuttmedisinsk hjelp (28; 34). Tjenesten skal ivareta behovet for øyeblikkelig hjelp ved sykdom eller skade som ikke kan tas opp med fastlegen og vente til neste dag (28). For pasienter med hudplager innebærer dette vurdering og behandling av akutte tilstander, som alvorlige allergiske reaksjoner, infeksjoner og brannskader. Milde hudplager, kroniske

Figur 3-1: Organisering av behandlingstilbud for pasienter med hudsykdommer i Norge



Fastlege



Legevakt



Sykehus



Avtalespesialist



Helprivat hudlege

hudsykdommer og behov for gjentatt oppfølging ivaretas i hovedsak av fastlege eller spesialisthelsetjenesten.

3.1.2 Spesialisthelsetjenesten

Mange pasienter får god og tilstrekkelig behandling i primærhelsetjenesten, uten behov for videre oppfølging på høyere tjenestenivå (35). Andre har behov for mer spesialisert helsehjelp, blant annet ved alvorlige eller komplekse sykdommer og sjeldne tilstander (36).

Spesialisthelsetjenesten tilbyr utredning, behandling og oppfølging som krever særskilt kompetanse og spesialiserte ressurser, som medisinsk-teknisk utstyr og infrastruktur. For pasienter med hudsykdommer gis slik helsehjelp ofte av hudlege. Staten har det overordnede ansvaret for spesialisthelsetjenesten, som er organisert gjennom fire regionale helseforetak: Helse Sør-Øst, Helse Vest, Helse Midt-Norge og Helse Nord (37). Hvert regionalt helseforetak har ansvar for spesialisthelsetjenestene i sin region.

Hudleger er spesialister i hud- og veneriske sykdommer. De utreder og behandler sykdommer i hud, slimhinner, hår og negler, samt seksuelt overførbare infeksjoner (38). Barn med hudsykdommer som behandles i spesialisthelsetjenesten, kan følges opp både av hudleger og av spesialister i barnesykdommer (39). I det følgende er omtalen avgrenset til hudleger.

For å få oppfølging i den offentlige spesialisthelsetjenesten må pasienten som hovedregel henvises av fastlegen til vurdering og eventuell behandling hos hudlege. Dette forutsetter at fastlegen vurderer at pasienten har behov for helsehjelp som ikke kan gis i primærhelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten avgjør deretter om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp. I akutte situasjoner kan pasienten få øyeblikkelig hjelp uten henvisning (36). For ytterligere omtale av prioritering i spesialisthelsetjenesten, se kapittel 6.

Hudleger i den offentlige spesialisthelsetjenesten kan være organisert på ulike måter. En del hudleger er ansatt i helseforetakene og arbeider ved **sykehus**. Der kan de være tilknyttet hudavdelinger eller hudpoliklinikker, eller ambulere til sykehus som ikke har et fast hudlegetilbud (28). Med ambulerende menes at spesialisthelsetjenester ytes ved andre behandlingssteder enn der legen er fast tilknyttet.

Tekstboks 3-1: Oppfølging av pasienter med hudsykdommer i hjemmetjeneste og sykehjem

For hjemmeboende pasienter, inkludert personer som bor i omsorgsbolig med heldøgns tjenester, har fastlegen hovedansvar for medisinske behandlingsavklaringer (32; 62; 61). Ved innleggelse i sykehjem, enten for korttids- eller langtidsopphold, overtas dette ansvaret av sykehjemslegen i samarbeid med øvrig helse- og omsorgspersonell som kjenner pasienten (61; 35).

Sykepleiere og annet helsepersonell i hjemmetjenesten og i sykehjem har en viktig rolle i den daglige oppfølgingen av pasienter med hudsykdommer. Dette omfatter blant annet observasjon av hudforandringer, sårbehandling, hudpleie og annen praktisk oppfølging. De kan også bidra til å identifisere behov for ny medisinsk vurdering (50).

Avtalespesialister utgjør en annen del av det offentlig finansierte spesialisthelsetjenestetilbudet. Dette er privatpraktiserende hudleger med driftsavtale med et regionalt helseforetak. Avtalespesialistene driver egen praksis, men yter spesialisert helsehjelp som en del av det offentlige tilbudet (28). For utførte helsetjenester kan de kreve refusjon fra Helfo.

Pasienter med hudsykdommer kan også oppsøke hudlege gjennom **helprivate** tilbud. I slike tilbud er det ikke krav om henvisning fra fastlege eller rettighetsvurdering. Tilbudet inngår ikke i den offentlige spesialisthelsetjenesten, og pasientene må betale hele kostnaden for konsultasjon og eventuell behandling selv (40).

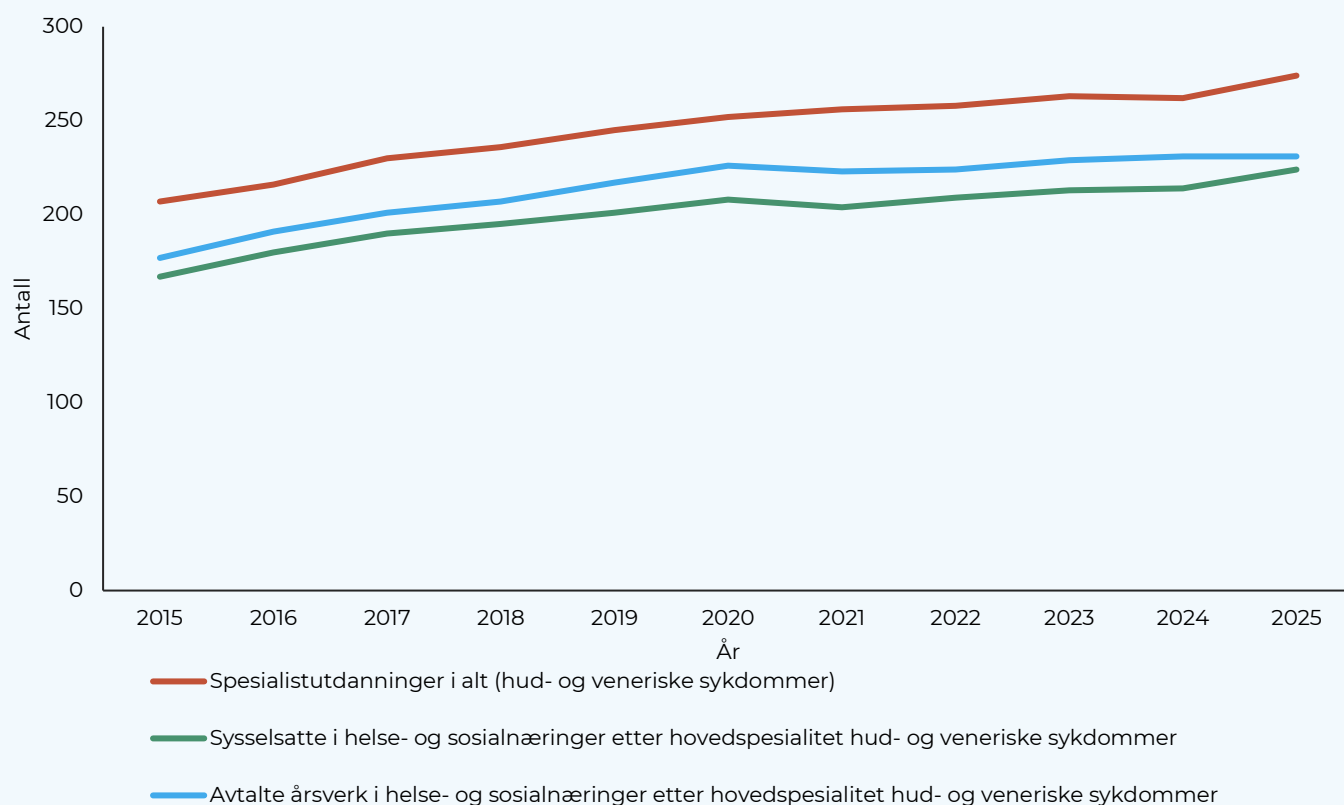
3.2 Utvikling i antall hudleger

Per mars 2025 var det 274 godkjente spesialister i hud- og veneriske sykdommer under 75 år i Norge (41) (Figur 3-2). Dette antallet er sammenlignet med et utvalg andre spesialiteter i Figur 3-3 (41).

Antallet spesialister i hud- og veneriske sykdommer har økt de siste ti årene. Fra 2015 til 2025 økte antallet med om lag 32 prosent. Dette er omtrent på nivå med veksten i øre-nese-halssykdommer, der antallet spesialister økte med rundt 31 prosent i samme periode, men lavere enn i revmatologi, der økningen var om lag 47 prosent (Figur 3-2) (41).

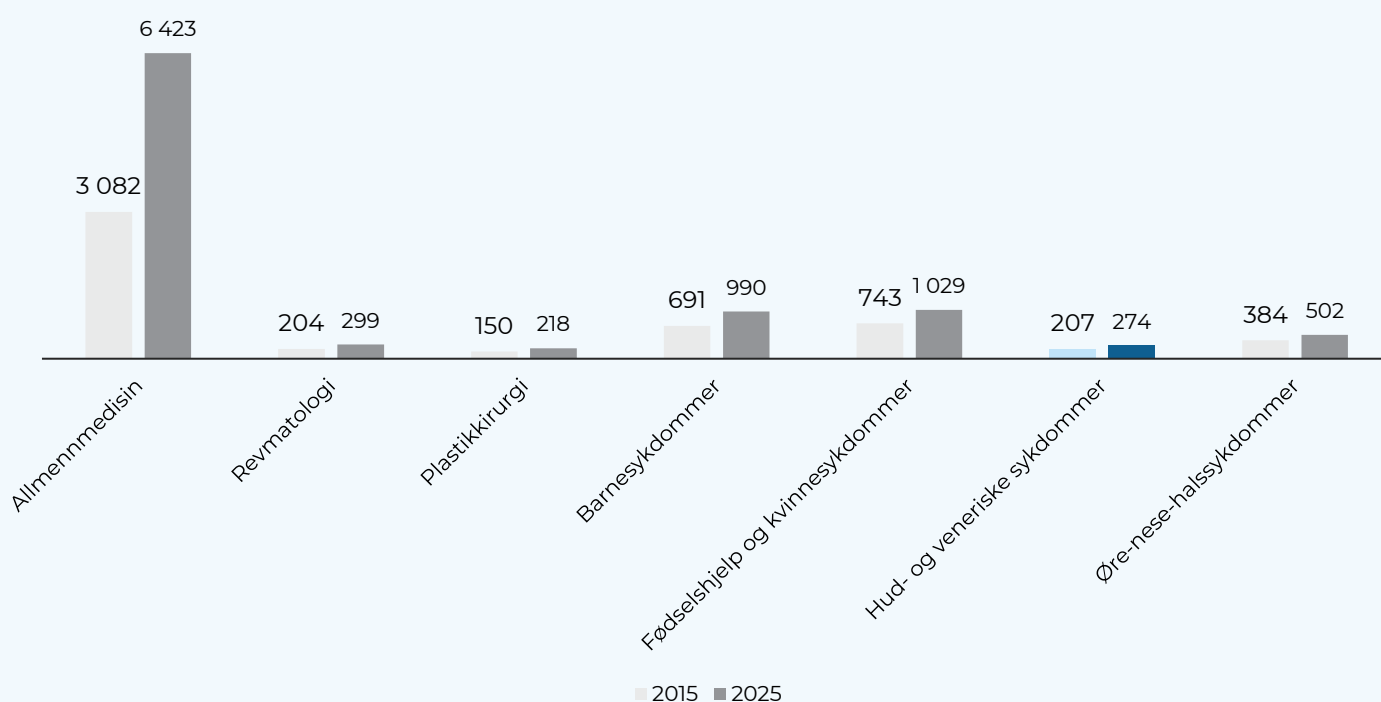
Kjønnfordelingen blant hudleger har også endret seg. I 2015 var fordelingen relativt jevn, med om lag 52 prosent menn og 48 prosent kvinner. I 2025 utgjorde kvinner om lag 56 prosent av spesialistene, mens menn utgjorde om lag 44 prosent (41).

Figur 3-2: Utvikling i antall hudleger i Norge, 2015-2025



*Avtalte årsverk i helse- og sosialnæringer etter hovedspesialitet. Note: Avtalte årsverk viser til summen av antall heltidsjobber (arbeidsforhold) og deltidsjobber omregnet til heltidsjobber. Kilde: SSB tabell 14080 og 07935 (42; 41)

Figur 3-3 Antall spesialister i utvalgte spesialistutdanninger



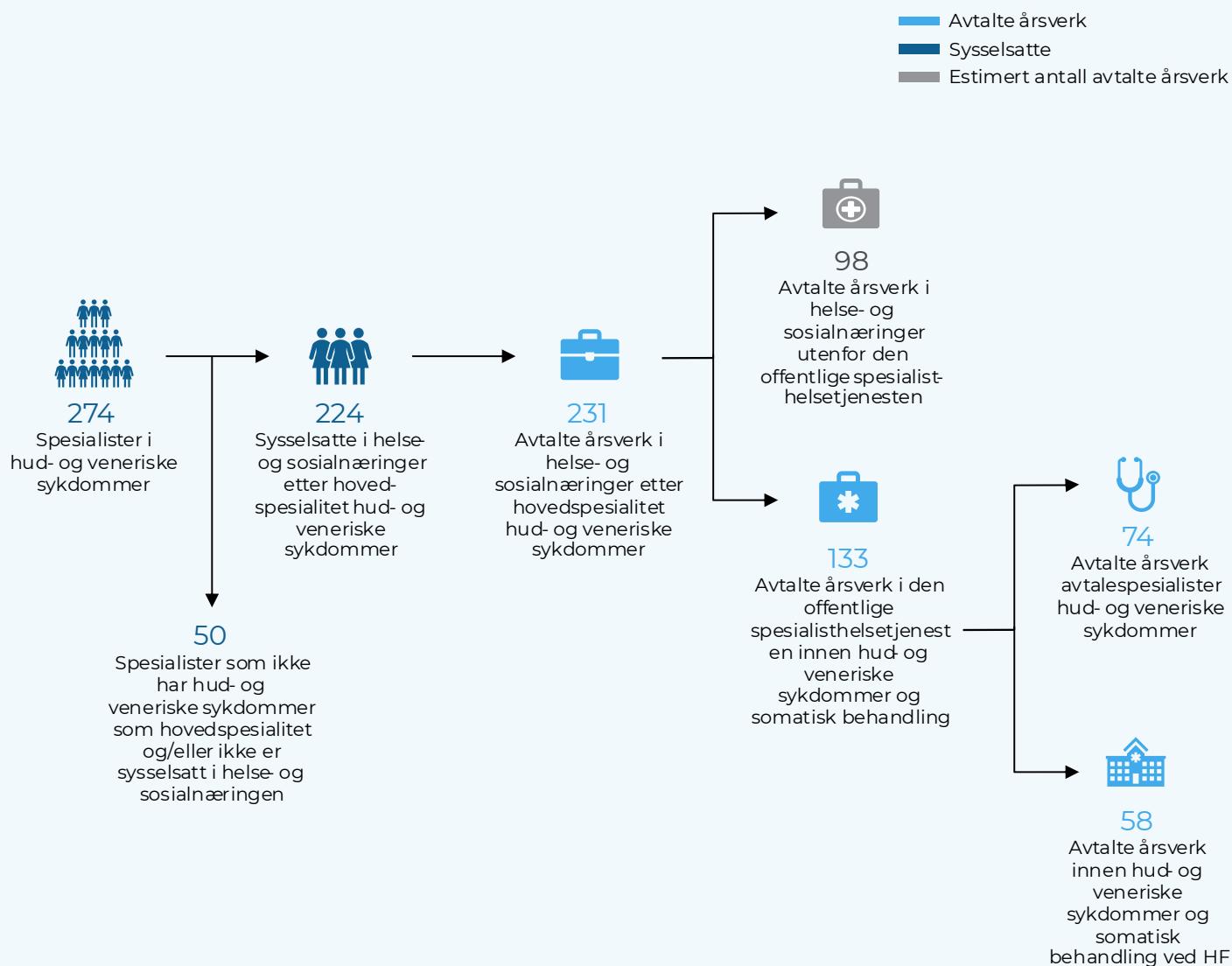
Kilde: SSB tabell 07935 (41).

3.3 Fordeling av hudleger på tvers av tjenesten

Ikke alle registrerte spesialister i hud- og veneriske sykdommer arbeider som hudleger i helse- og sosialnæringen. Av de 274 spesialistene var 224 sysselsatt i helse- og omsorgstjenesten med hud- og veneriske sykdommer som hovedspesialitet.³ De øvrige 50 hadde enten en annen hovedspesialitet eller var ikke sysselsatt i helse- og omsorgstjenesten.³ Dette kan blant annet gjelde leger med flere spesialistgodkjenninger, der en annen spesialitet er registrert som hovedspesialitet, personer som ikke er yrkesaktive, eller personer som arbeider utenfor helsetjenesten.

For å beskrive kapasiteten i tjenesten kan avtalte årsverk være et mer relevant mål enn antall hudleger alene. Avtalte årsverk viser samlet avtalt arbeidstid, der deltidsstillinger er omregnet til heltidsstillinger. Målet gir dermed et bedre bilde av tilgjengelig arbeidskapasitet, både samlet og i ulike deler av tjenesten. Dette er særlig relevant fordi hudleger kan ha flere arbeidsforhold samtidig, og fordi stillingsandelene kan variere. To hudleger som arbeider 50 prosent hver, tilsvarer for eksempel ett avtalt årsverk. En hudlege som arbeider 150 prosent fordelt på flere arbeidsforhold, tilsvarer 1,5 avtalte årsverk.

Figur 3-4: Arbeidstilknytning til hudleger i 2025



Kilde: SSB tabell 14080 og 07935 (42; 41). Note: Avtalte årsverk viser summen av antall heltidsjobber (arbeidsforhold) og deltidsjobber omregnet til heltidsjobber.

³Omtales som helse- og sosialnæringene i SSBs statistikk.

De 224 sysselsatte hudlegene fordeler seg på 231 avtalte årsverk i helse- og sosialnæringen i 2025 (42). Differansen mellom antall sysselsatte og antall avtalte årsverk kan tyde på at enkelte hudleger samlet sett arbeider mer enn én full stilling. Dette kan for eksempel gjelde hudleger som arbeider både ved sykehus og ved en privat klinikk.

Av de 231 avtalte årsverkene kan 133 knyttes til den offentlige spesialisthelsetjenesten, tilsvarende 57 prosent. Vi anslår at de øvrige 98 årsverkene er knyttet til helse- og sosialnæringer utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten, tilsvarende 43 prosent (42).

Innenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten fordeler årsverkene seg mellom helseforetak og avtalespesialister. I 2025 kan 74 årsverk tilskrives avtalespesialister, tilsvarende 32 prosent av alle avtalte årsverk. Helseforetakene tilskrives 58 årsverk, tilsvarende 25 prosent.

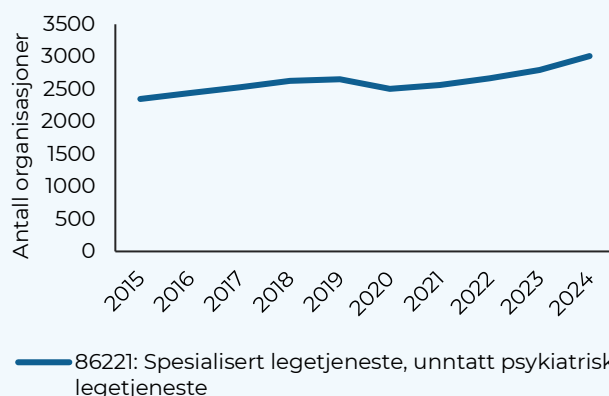
Data fra KUHR viser samtidig at 91 unike behandlere praktiserte som avtalespesialister innen hud- og veneriske sykdommer i 2024, definert som behandlere som sendte inn minst ett refusjonskrav. Det høyere antallet avtalespesialister enn avtalte årsverk kan blant annet skyldes utskiftninger i hjemler gjennom året, at flere leger deler samme hjemmel, eller bruk av vikarer.

Årsverkene utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten kan omfatte flere typer virksomhet, blant annet helprivate hudleger, leger i primærhelsetjenesten og leger i andre deler av helse- og sosialtjenesten. Vårt anslag på 43 prosent er i tråd med tall fra NFDV, som viser at om lag 40 prosent av godkjente spesialister i hud- og veneriske sykdommer blant medlemmene var registrert som privatpraktiserende i hovedstilling i 2024 (43). Dette tyder på at en betydelig del av årsverkene utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten kan være knyttet til privat praksis.

3.3.1 Utvikling over tid

Fordelingen av avtalte årsverk blant hudleger har endret seg over tid. Fra 2015 til 2025 økte det samlede antallet avtalte årsverk i helse- og sosialnæringer med hud- og veneriske sykdommer som hovedspesialitet fra 177 til 231. Samtidig viser våre beregninger at andelen årsverk i den offentlige spesialisthelsetjenesten har gått ned (Tabell 3-1).

Figur 3-5: Utvikling i behandlingstilbudet for spesialiserte legetjenester*



Kilde: Database for nasjonal økonomisk aktivitet. *Inkluderer alle spesialiteter, samt avtalespesialister.

I 2015 anslår vi at 31 prosent av årsverkene var knyttet til helseforetakene, mens 37 prosent var knyttet til avtalespesialister. Til sammen utgjorde dette 68 prosent av de avtalte årsverkene. I 2025 var de tilsvarende andelen redusert til henholdsvis 25 og 32 prosent, samlet 57 prosent. Dette innebærer at den offentlige spesialisthelsetjenesten utgjør en mindre del av den samlede hudlegekapasiteten enn tidligere.

Samtidig anslår vi at andelen årsverk utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten har økt. I 2015 utgjorde disse 32 prosent av de avtalte årsverkene, mot 43 prosent i 2025. Utviklingen tyder dermed på at en større del av hudlegenes samlede arbeidskapasitet over tid har vært organisert utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Flere informanter har pekt på at det helprivate markedet for helsetjenester har vokst de siste årene, særlig i de største byene. Også data for spesialiserte legetjenester viser en økning i behandlingstilbudet utenfor sykehus i perioden 2015 til 2024 (Figur 3-5). Datagrunnlaget omfatter alle spesialiteter og inkluderer både helprivate spesialister og avtalespesialister. Økningen kan derfor ikke tilskrives det helprivate markedet alene, men indikerer en bredere vekst i behandlingstilbudet utenfor sykehus. Deler av utviklingen kan også henge sammen med veksten i tele-dermatologi, der konsultasjoner gjennomføres digitalt, enten via video eller ved innsending av bilder.

Tabell 3-1: Organisering av hudleger over tid

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	
Avtalte årsverk i helse og sosialnæringer etter hovedspesialitet hud og veneriske sykdommer (N)	177	191	201	207	217	226	223	224	229	231	231	↑
Offentlige spesialisthelsetjenesten												
Avtalte årsverk ved HF innen hud og veneriske sykdommer og somatisk behandling (%)*	31 %	27 %	31 %	30 %	29 %	28 %	24 %	25 %	24 %	26 %	25 %	↓
Avtalte årsverk avtalespesialister hud- og veneriske sykdommer (%)*	37 %	34 %	31 %	33 %	32 %	32 %	32 %	33 %	32 %	33 %	32 %	↓
Utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten												
Avtalte årsverk i helse- og sosialnæringer etter hovedspesialitet hud og veneriske sykdommer utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten (%)*	32 %	40 %	38 %	37 %	39 %	40 %	44 %	42 %	44 %	41 %	43 %	↑

Note: Pilene viser endring, økning eller reduksjon, fra 2015 til 2025. *Prosentvis andel er estimert med utgangspunkt i at avtalte årsverk i helse- og sosialnæringer med hud- og veneriske sykdommer som hovedspesialitet utgjør 100 prosent. Kilde: SSB tabell 14080 og 07935 (42; 41).

Tabell 3-2: Antall avtalte årsverk fordelt på helseforetak (HF)

	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
HF											
Oslo Universitetssykehus HF (2009)	17	15	17	16	16	16	11	14	14	18	14
Sykehuset Innlandet HF (2003)	0	1	2	1	1	1	0	0	0	0	0
Sørlandet sykehus HF (2003)	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0
Helse Bergen HF	11	8	10	8	11	10	8	11	10	11	11
Helse Førde HF	0	1	3	2	2	3	2	2	2	1	1
Helse Stavanger HF	5	6	6	7	4	5	5	5	4	6	6
Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS	3	3	2	2	2	3	3	2	2	2	2
Helse Møre og Romsdal HF (2011)	2	2	3	3	3	4	4	2	3	4	6
St. Olavs Hospital HF	7	7	8	8	9	9	8	7	7	6	8
Finnmarkssykehuset HF	1	1	2	4	4	3	3	3	3	2	2
Helgelandssykehuset HF	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	2
Nordlandssykehuset HF	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1
Universitetssykehuset NordNorge HF	8	7	8	10	10	7	7	7	7	8	5
Avtalespesialister											
Helseregion Sør-Øst	45	44	43	46	47	49	47	50	49	48	49
Helseregion Vest	7	7	7	8	8	8	8	9	9	9	9
Helseregion Midt-Norge	12	11	11	12	12	13	13	13	13	16	13
Helseregion Nord	1	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3

Kilde: SSB tabell 07935 (41)

3.4 Organisering av hudleger sammenlignet med andre spesialiteter

For å vurdere om organiseringen av hudleger skiller seg fra andre deler av legetjenesten, sammenligner vi hud- og veneriske sykdommer med et utvalg andre spesialiteter (allmennmedisin, plastikkirurgi, barnesykdommer, revmatologi, øyesykdommer, øre-nese-halssykdommer og fødselshjelp og kvinnesykdommer).

Sammenligningen viser at hud- og veneriske sykdommer har en relativt høy andel årsverk utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten. I 2025 var andelen 42 prosent. Dette er høyere enn for plastikkirurgi, barnesykdommer, revmatologi, øyesykdommer, øre-nese-halssykdommer og fødselshjelp og kvinnesykdommer, men lavere enn for allmennmedisin (Figur 3-8). For allmennmedisin er dette forventet, ettersom de fleste årsverkene er knyttet til primærhelsetjenesten.

Hud- og veneriske sykdommer har også hatt den største økningen i andelen årsverk utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten fra 2015 til 2025 blant spesialitetene i sammenligningen (Figur 3-9). Dette tyder på at utviklingen blant hudleger skiller seg fra utviklingen i flere andre spesialiteter, og at endringen ikke bare reflekterer en generell forskyvning på tvers av spesialiteter.

3.5 Hudlegetilbudet i ulike regioner

Det er geografiske forskjeller i organiseringen av hudlegetjenester i Norge, både mellom helseregionene og innad i den enkelte region.

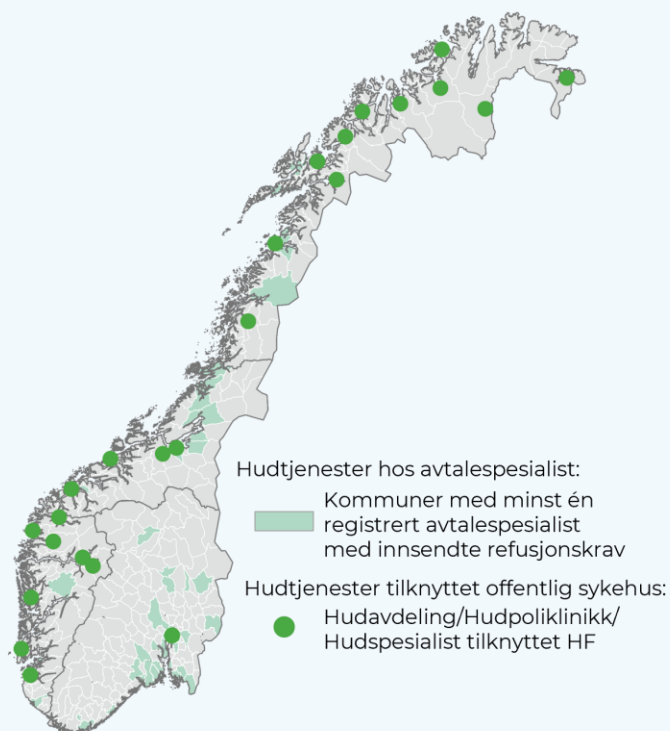
Figur 3-6 illustrerer organiseringen av den offentlige hudtjenesten i Norge. Kartet viser variasjon mellom helseregionene i avtalte årsverk for avtalespesialister innen hud- og veneriske sykdommer, justert for befolkningsstørrelse. I tillegg viser kartet lokasjoner for hudlegetjenester ved helseforetak, inkludert hudavdelinger, hudpoliklinikker og andre enheter med hudlege.

Figur 3-6: Offentlig hudlegedekning i 2025



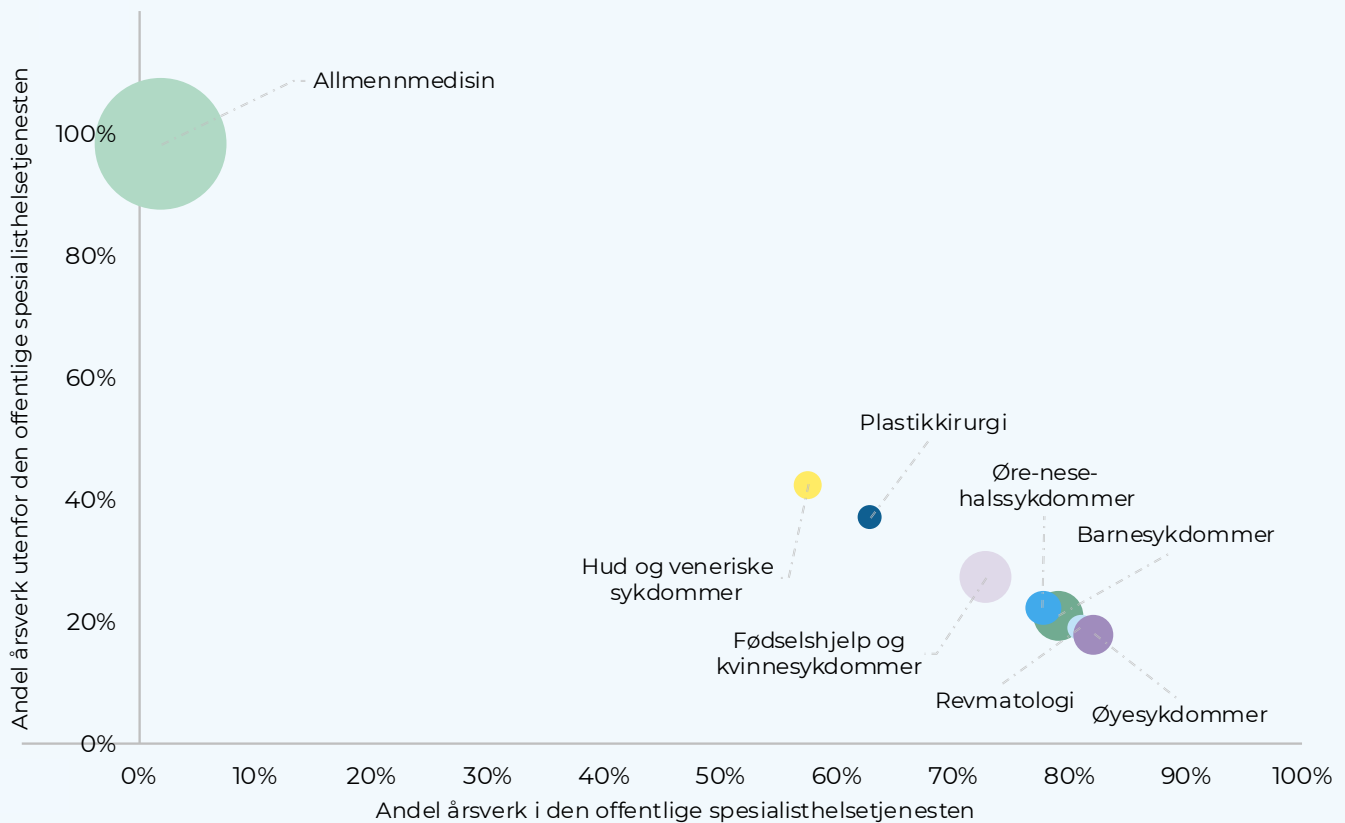
Kilde: SSB tabell 14080 og 13982 (42; 64) og offentlig informasjon fra sykehusenes nettsider (kartlegging av sykehustilbud).

Figur 3-7: Geografisk tilgjengelighet til offentlige hudtilbud i 2024



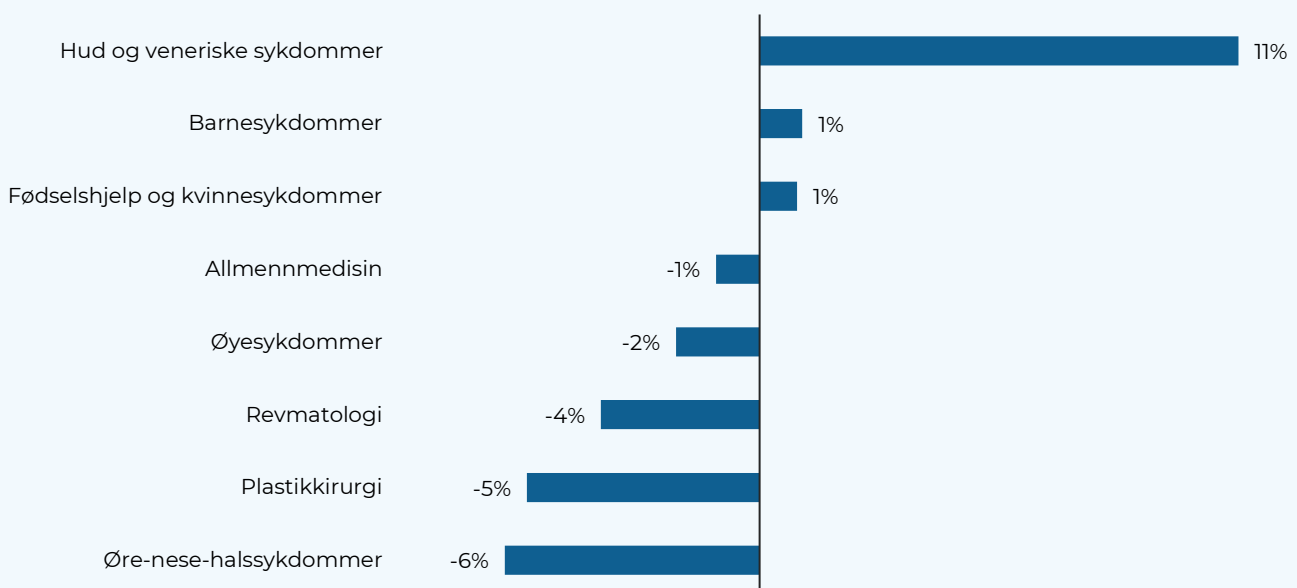
Kilde: KUHR-data

Figur 3-8: Andel avtalte årsverk innenfor og utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten i 2025, etter hovedspesialitet



Note: Sirkelstørrelsen reflekterer totalt antall avtalte årsverk innen hver hovedspesialitet. Kilde: SSB tabell 07935 (41)

Figur 3-9: Endring i andel avtalte årsverk utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten fra 2015 til 2025, etter hovedspesialitet (prosentpoeng)



Note: Endringen er beregnet som differansen i andelen avtalte årsverk utenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten av totalt antall avtalte årsverk i helse- og sosialnæringene, etter hovedspesialitet, mellom 2015 og 2025. Endringen oppgis i prosentpoeng. Kilde: SSB tabell 07935 (41)

Enheter som kun tilbyr lysbehandling, er ikke inkludert. Kartet bygger på offentlig tilgjengelig informasjon fra helseforetakenes nettsider.

Den geografiske tilgjengeligheten til offentlige hudtilbud er illustrert med Figur 3-7. Figuren viser hvilke kommuner som i 2024 hadde minst én registrert avtalespesialist innen hud- og veneriske sykdommer med innsendte refusjonskrav i KUHR-registeret, samt lokaliseringen av hudtilbud tilknyttet offentlige sykehus.

Beskrivelsene nedenfor gir et bilde av den geografiske organiseringen av hudtilbud i de fire helseregionene, basert på tilgjengelig informasjon om sykehusbaserte hudtilbud og avtalespesialister.

Helse Sør-Øst

I Helse Sør-Øst er de offentlige hudtilbudene i stor grad sentralisert. Seksjon for hudsykdommer ved Oslo universitetssykehus er landets største hudavdeling og det eneste sykehusbaserte hudtilbudet i regionen (Tabell 3-2 & Figur 3-6). Det har tidligere vært forsøkt etablert et hudtilbud ved Sørlandet sykehus, men dette ble ikke et vedvarende tilbud (Tabell 3-2).

Regionen har samtidig mange avtalespesialister innen hud- og veneriske sykdommer. Justert for befolkningsstørrelse tilsvarer dette om lag 1,5 avtalte årsverk for avtalespesialister per 100 000 innbyggere (Figur 3-6). KUHR-data viser en høyere konsentrasjon av avtalespesialister i Oslo og områdene rundt. I deler av regionen, blant annet i Vestfold og Agder, er den geografiske tilstedeværelsen av avtalespesialister lavere, samtidig som avstanden til sykehusbaserte hudtilbud er større (Figur 3-7).

Helse Vest

I Helse Vest er hudlegetilbudet i større grad organisert rundt sykehusene. Regionen har flere sykehus som tilbyr hudtilbud, samtidig som deknningen av avtalespesialister er noe lavere enn i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge. Regionen har om lag 0,8 avtalte årsverk for avtalespesialister per 100 000 innbyggere (Figur 3-6).

Kartleggingen viser en noe større geografisk tilstedeværelse av både sykehusbaserte hudtilbud og avtalespesialister i Vestland enn i Rogaland (Figur 3-7).

Helse Midt-Norge

I Helse Midt-Norge er hudlegetilbudet, som i Helse Vest, organisert med både sykehusbaserte hudtilbud og avtalespesialister. Regionen har om lag 1,7 avtalte årsverk⁴ for avtalespesialister per 100 000 innbyggere (Figur 3-6).

Det er samtidig intern variasjon i regionen. Den geografiske tilstedeværelsen av avtalespesialister fremstår høyere i Trøndelag enn i Møre og Romsdal (Figur 3-7).

Helse Nord

I Helse Nord er hudlegetilbudet i stor grad organisert ved sykehusene. Dekningen av avtalespesialister er lavest i landet. Regionen har om lag 0,6 avtalte årsverk for avtalespesialister innen hud- og veneriske sykdommer per 100 000 innbyggere, tilsvarende totalt tre avtalte årsverk i regionen (Tabell 3-2 & Figur 3-6).

KUHR-data indikerer at avtalespesialistene er registrert med praksis i Nordland, og at det ikke er avtalespesialister innen hud- og veneriske sykdommer registrert med praksis i Troms og Finnmark (Figur 3-7).

⁴ I en tidligere versjon av rapporten var tallet feilaktig oppgitt til 2,1. Tallet er korrigert i denne versjonen.

4. Behandlingspraksis og pasientforløp

Pasientforløpet til en hudpasient varierer betydelig avhengig av pasientens diagnose, behandlingsbehov og bosted. Forløpet kan involvere flere kontakter på tvers av tjenestenivåer. Pasientforløpene formes i stor grad av lokal organisering, med tilhørende forskjeller i tilgang og behandlingspraksis. I områder med begrenset tilgang til avtalespesialister ser det ut til at pasienter i større grad har kontakt med fastlege for sin hudsykdom.

I dette kapittelet beskriver vi pasientforløp for personer med hudsykdommer, fra første kontakt med helsetjenesten til videre oppfølging og behandling. Videre undersøker vi geografiske forskjeller i behandlingspraksis og hvordan pasienter følges opp etter at en huddiagnose er registrert hos fastlegen.

Forskjellene som beskrives må ses i lys av at hudtilbudet er organisert ulikt mellom helse-regionene, som beskrevet i kapittel 3.5, og at tallene derfor ikke nødvendigvis er direkte sammenlignbare. Analysene er basert på refusjonsdata fra KUHR og omfatter ikke aktivitet ved sykehus eller

hos helprivate hudleger. I en kommende utvidet kartlegging, finansiert av Stiftelsen Dam, vil vi inkludere større deler av tjenesten, noe som gir bedre grunnlag for å sammenligne pasientforløp, ressursbruk og konsekvenser for pasienter og helsetjenesten på tvers av regioner.

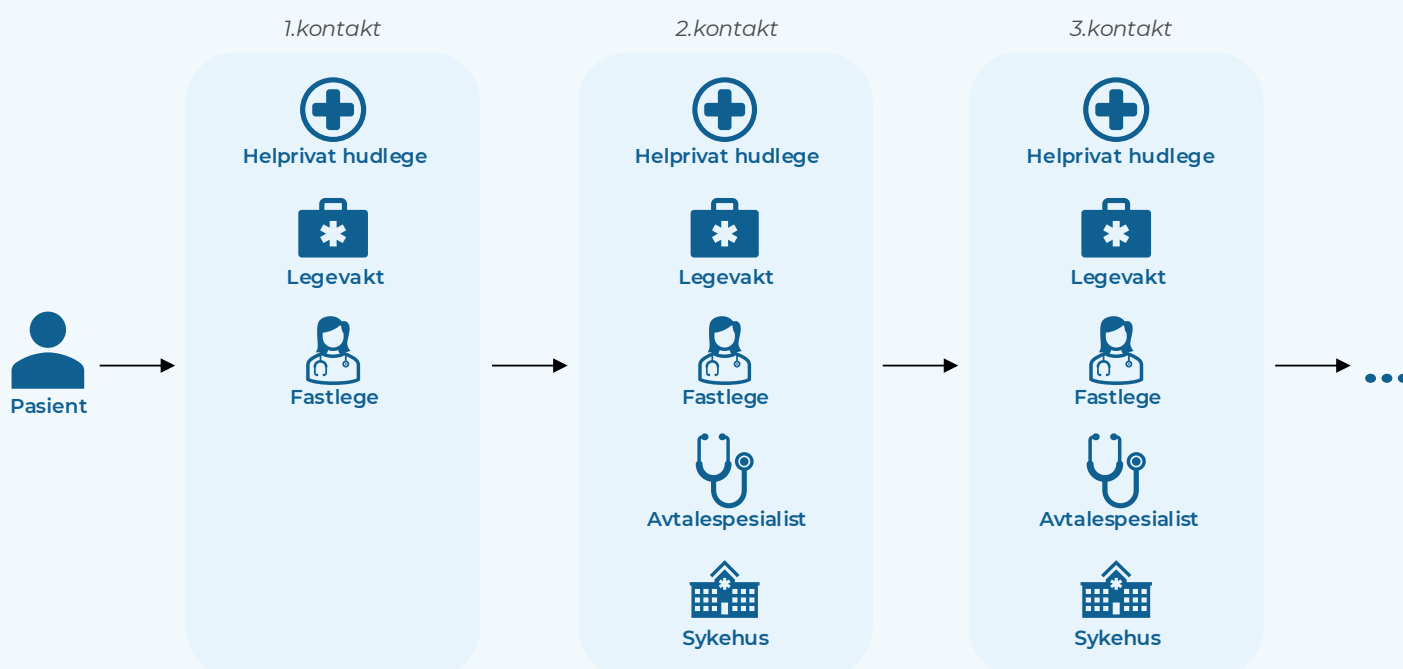
4.1 Veien fra første kontakt til videre oppfølging

Veien fra første kontakt med helsetjenesten til diagnose og videre oppfølging varierer mellom pasienter med hudsykdommer. Forløpet avhenger blant annet av sykdomsbilde, behandlingsbehov, hvor pasienten først oppsøker hjelp, og hvordan videre oppfølging er organisert der pasienten bor. Figur 4-1 illustrerer mulige kontaktpunkter i pasientforløpet etter første kontakt, og viser hvordan pasienter kan ha flere kontakter med helsetjenesten over tid.

4.1.1 Vurdering av å oppsøke helsehjelp

Før pasienten kommer i kontakt med helse-tjenesten, vurderer vedkommende ofte selv om symptomene tilsier behov for helsehjelp. Noen tar kontakt kort tid etter at symptomene oppstår, mens andre venter lenger. Enkelte oppsøker ikke helsehjelp, enten fordi plagene går over av seg selv, eller fordi de lærer seg å leve med dem.

Figur 4-1: Forenklet pasientforløp for hudpasienter



Terskelen for å oppsøke helsehjelp kan variere. Den kan blant annet påvirkes av symptomenes alvorlighetsgrad, hvor plagsomme de oppleves, pasientens helsekompetanse, reisevei til helse-tjenester, økonomiske forhold og kjennskap til mulige behandlingsalternativer.

4.1.2 Første kontakt med helsetjenesten

Når pasienter først oppsøker helsehjelp for hud-plager, skjer dette som hovedregel i primær-helsetjenesten. For mange vil fastlegen være det første kontaktpunktet for vurdering av plagene. Ved akutte tilstander kan pasienten også oppsøke legevakt.

Noen pasienter oppsøker spesialisert helsehjelp direkte, uten først å ha vært i kontakt med primærhelsetjenesten. I slike tilfeller skjer oppfølgingen som regel hos privat hudlege, ettersom oppfølging i den offentlige spesialist-helsetjenesten normalt krever henvisning.

4.1.3 Videre oppfølging i helsetjenesten

For mange pasienter er oppfølging i primær-helsetjenesten tilstrekkelig. Noen har imidlertid behov for mer spesialisert vurdering eller behandling og kan da henvises til den offentlige spesialisthelsetjenesten. Pasienter som følges opp hos privat hudlege, kan velge å fortsette opp-følgingen der, men noen kan også ha behov for

eller ønske overgang til den offentlige spesialist-helsetjenesten, for eksempel på grunn av kostnader.

Henvisningen gjøres av lege, ofte fastlegen. Ved henvisning til sykehus vurderes det om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp (se Tekstboks 6–1). Dersom pasienten får rett til nødvendig helsehjelp ved sykehus, vil videre oppfølging normalt skje ved hudavdeling i sykehus. Ved henvisning til avtale-spesialist gjelder ikke krav om rettighetsvurdering, ettersom avtalespesialister ikke er omfattet av dette regelverket (44).

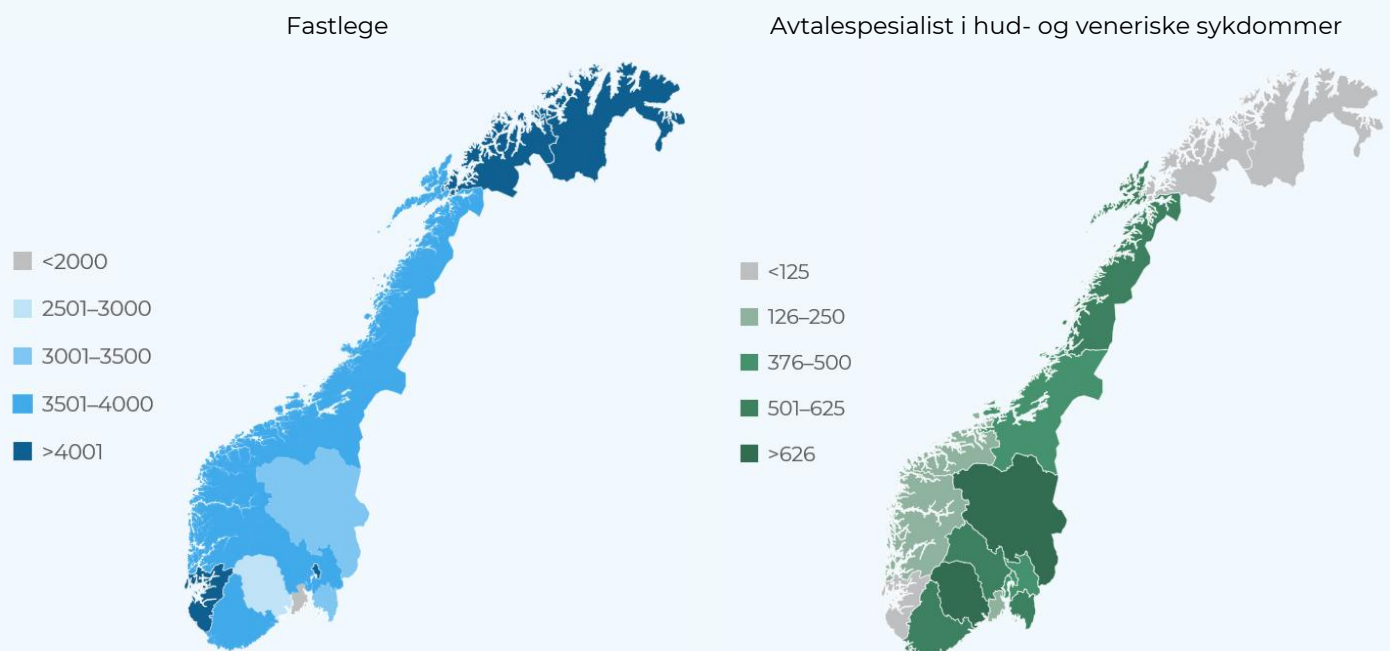
Dersom pasienten ikke får rett til nødvendig helsehjelp ved sykehus, vil videre oppfølging vanligvis skje i primærhelsetjenesten. Noen vil også kunne henvises til en avtalespesialist. Pasienten kan også velge å oppsøke privat hudlege, enten i stedet for offentlig oppfølging eller i påvente av time i den offentlige spesialisthelsetjenesten.

Tiden fra henvisning til konsultasjon hos spesialist vil blant annet avhenge av prioritering og kapasitet i tjenesten.

4.1.4 Variasjon i pasientforløp

Pasientforløp for hudpasienter følger ikke et fast mønster. Første kontakt kan være hos fastlege, legevakt eller privat hudlege. Videre oppfølging kan

Figur 4-2: Antall pasienter som oppsøker fastlege og avtalespesialist for utvalgte hudsykdommer



Kilde: Beregninger utført av Oslo Economics på bakgrunn av data fra KUHR. Tallene omfatter unike pasienter som i 2024 mottok behandling hos fastlege og/eller avtalespesialist i hud- og veneriske sykdommer.

skje hos privat hudlege, avtalespesialist, ved sykehus eller i primærhelsetjenesten.

I påvente av konsultasjon hos avtalespesialist kan pasienten ha flere konsultasjoner hos fastlege. Pasienter kan også forsøke behandling i primærhelsetjenesten over en periode før det eventuelt oppstår behov for mer spesialisert vurdering eller behandling.

Hudsykdommer kan være både akutte og kroniske. Pasienter med kroniske hudsykdommer kan derfor ha behov for langvarig oppfølging og gjentatte kontakter med helsetjenesten. Andre pasienter vil ha mer avgrensede forløp knyttet til enkelttilstander som behandles i løpet av kortere tid.

4.2 Geografiske forskjeller i behandlingspraksis

For å belyse geografiske forskjeller i behandlingspraksis benytter vi refusjonsdata fra KUHR. Som nevnt tidligere omfatter datagrunnlaget ikke kontakter ved sykehus eller hos private hudleger. Disse delene av tjenesten inngår derfor ikke i analysene som presenteres i dette kapitlet.

I det følgende ser vi nærmere på pasienter som hadde minst én kontakt med fastlege og/eller avtalespesialist i 2024 i forbindelse med minst én av hudsykdommene som inngår i kartleggingen.

Det ser ut til å være geografiske variasjoner i kontakt med fastlege ved hudsykdommer. I Troms

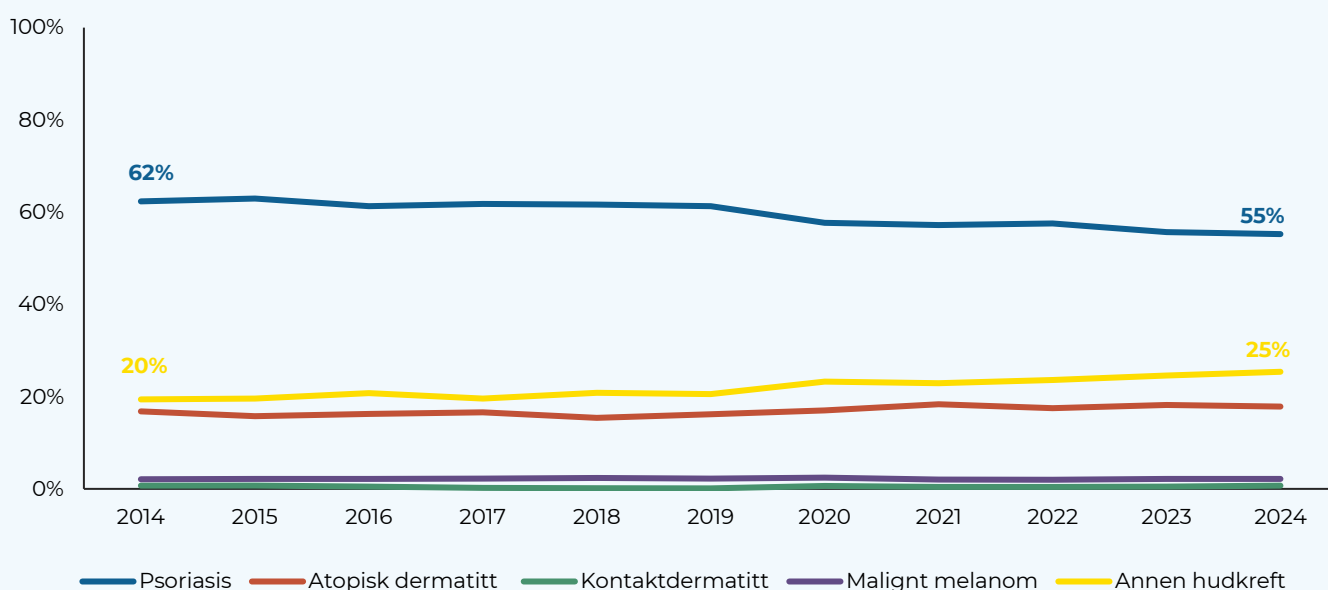
og Finnmark og Oslo var om lag 4 500 pasienter per 100 000 innbyggere i kontakt med fastlege i forbindelse med en hudsykdom i 2024. Tilsvarende tall i Vestfold var om lag 1 500. På landsbasis var om lag 3 600 pasienter per 100 000 innbyggere i kontakt med fastlege i forbindelse med en hudsykdom i 2024.

Bildet for avtalespesialister viser et annet mønster, enn for fastleger. I Troms og Finnmark mottok færre enn 15 pasienter per 100 000 innbyggere behandling hos avtalespesialist i dermatologi, mens tilsvarende tall i Telemark og Innlandet var om lag 650 pasienter per 100 000 innbyggere.

Dette reflekterer i stor grad organiseringen av hudtilbudet, som beskrevet i kapittel 3.5. Helse Nord har få avtalespesialister, og ingen avtalespesialister er lokalisert i Troms og Finnmark. Hudtilbudet i regionen er samtidig i større grad sykehusbasert. Dette gjenspeiles i få registrerte kontakter med avtalespesialist. Når tilbudet i liten grad er organisert gjennom avtalespesialister, vil en større del av det spesialiserte hudtilbudet trolig fanges opp av sykehusbaserte tjenester. Samtidig kan det relativt høye antallet fastlegekontakter knyttet til hudsykdom i Troms og Finnmark tyde på at fastlegen får en viktigere rolle når spesialiserte hudtilbud er mindre tilgjengelige, blant annet som følge av lengre reisevei.

Et tilsvarende mønster ses i Rogaland, som også har relativt lav dekning av avtalespesialister og et hudtilbud som i større grad er organisert gjennom

Figur 4-3: Utvikling i ulike diagnosers andel av behandlingsepisodene hos avtalespesialister



Kilde: Beregninger utført av Oslo Economics basert på data fra KUHR. Konsultasjoner refererer til samlet antall pasientkonsultasjoner for de utvalgte huddiagnosene i denne kartleggingen, ikke totalt antall konsultasjoner for alle diagnoser. Annen hudkreft = ICD-10 C44.

sykehusbaserte tilbud. I Telemark er bildet motsatt. Her er det relativt mange kontakter med avtalespesialist, samtidig som det er færre fastlegekontakter knyttet til hudsykdom.

Samlet sett tyder dette på at registrerte kontakter med avtalespesialist i stor grad henger sammen med tilgangen på avtalespesialister med driftshjemmel i de ulike fylkene. Tallene kan også indikere at fastlegen får en større rolle i områder der tilgangen til avtalespesialister er begrenset.

4.2.1 Endringer i hvilke huddiagnoser avtalespesialistene jobber med

Forskjeller i behandlingspraksis kan også undersøkes fra behandlernes perspektiv, for eksempel ved å se på hvilke sykdommer og diagnoser behandlerne arbeider med. Også her benytter vi data fra KUHR, som innebærer at analysen er begrenset til pasientkontakter hos avtalespesialister. I tillegg til huddiagnosene som omfattes av kartleggingen, har vi, som tidligere nevnt, inkludert malignt melanom og andre ondartede svulster i hud. Dette er diagnoser som påvirker den kliniske hverdagen for mange hudleger. Utviklingen i hvilke huddiagnoser avtalespesialistene arbeider med, er presentert i Figur 4-3.

En stor andel av behandlingsepisodene hos avtalespesialister i Norge gjelder psoriasis, men andelen har falt over tid. I 2014 var 61 prosent av alle konsultasjoner innen hudområdet knyttet til psoriasis, mens andelen var 54 prosent i 2024.

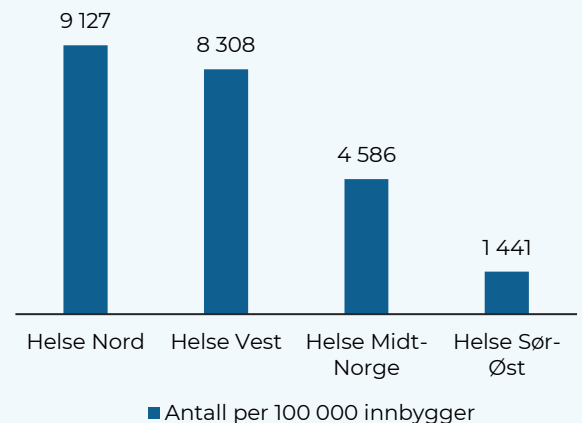
Stadig flere pasienter er i kontakt med avtalespesialist i forbindelse med hudkreft. I 2014 utgjorde konsultasjoner knyttet til melanom om lag to prosent av de registrerte diagnosekodene, mens andre ondartede svulster i hud utgjorde om lag 19 prosent. I 2024 utgjorde konsultasjoner knyttet til melanom fortsatt om lag to prosent, mens konsultasjoner knyttet til andre ondartede svulster i hud utgjorde rundt 25 prosent.

Andelen behandlingsepisoder knyttet til atopisk dermatitt og kontaktdermatitt har vært relativt stabil i perioden. I 2014 utgjorde atopisk dermatitt 17 prosent av konsultasjonene, mens andelen hadde økt svakt til 18 prosent i 2024. På tvers av analyseperioden har kontaktdermatitt utgjort om lag én prosent av konsultasjonene.

4.3 Fra henvisning til behandling og oppfølging

For å få et bedre bilde av pasientforløpet etter første kontakt med helsetjenesten har vi sett nærmere på

Figur 4-4: Polikliniske konsultasjoner innenfor hud- og veneriske sykdommer, 2025



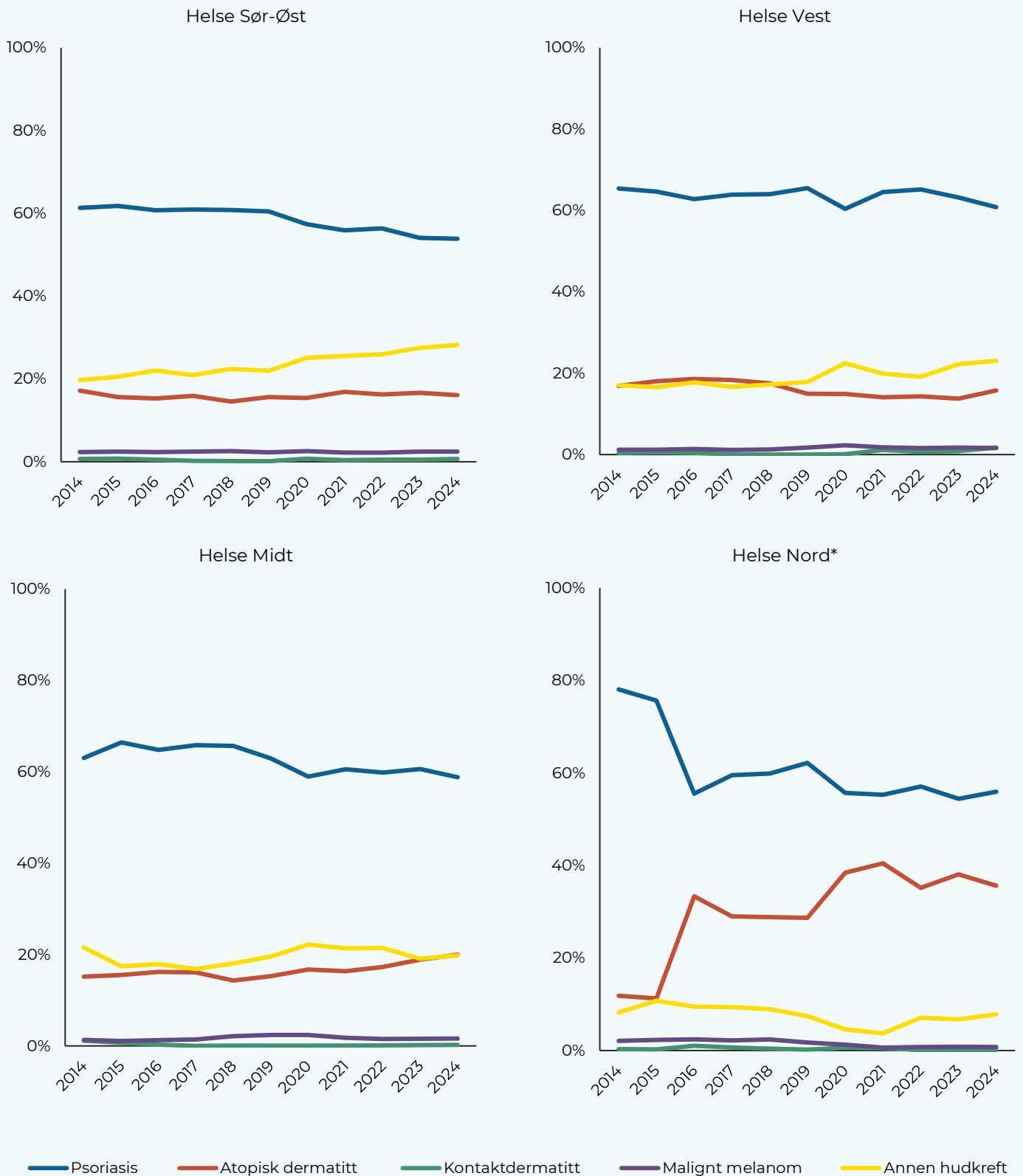
Kilde: Data fra Norsk pasientregister ved FHI, hentet fra Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (58).

pasienters kontakter med fastleger og avtalespesialister etter første gang vi observerer at pasienten fikk registrert den aktuelle huddiagnosen. Som en forenkling antar vi at pasienter som ikke har hatt kontakt med fastlege eller avtalespesialist med samme diagnose i årene før analyseperioden, er nye tilfeller. Vi har også avgrenset analysen til pasienter som starter forløpet hos fastlegen, ettersom fastlegen vanligvis er inngangen til videre behandling og den som vurderer behovet for videre oppfølging og eventuell henvisning til avtalespesialist. Videre ser vi nærmere på hva som skjer etter første konsultasjon hos fastlegen. Vi undersøker om pasienten får videre oppfølging hos fastlege, henvises til avtalespesialist i dermatologi, oppsøker en annen type spesialist, for eksempel barnelege, eller ikke har flere konsultasjoner i perioden etterpå.

Vi følger tre pasientgrupper som fikk første diagnosen i ulike perioder:

1. **Pasienter med diagnosen i 2015-2016**, og som ikke var i kontakt med fastlege eller avtalespesialist for samme diagnose i 2014
2. **Pasienter med diagnosen i 2018-2019**, og som ikke var i kontakt med fastlege eller avtalespesialist for samme diagnose i perioden 2014-2017
3. **Pasienter med diagnosen i 2021-2022**, og som ikke var i kontakt med fastlege eller avtalespesialist for samme diagnose i perioden 2014-2020

Figur 4-5: Utvikling i ulike diagnosers andel av behandlingsepisodene hos avtalespesialister, per helseregion



Kilde: Beregninger utført av Oslo Economics basert på data fra KUHR. Konsultasjoner refererer til samlet antall pasientkonsultasjoner for de utvalgte huddiagnosene i denne kartleggingen, ikke totalt antall konsultasjoner for alle diagnoser. Annen hudkreft = ICD-10 C44. * Helse Nord har et lavere behandlingsvolum enn øvrige helseregioner, noe som kan forklare tilsynelatende større variasjoner i resultatene fra år til år.

Alle pasienter følges i to år etter tidspunktet vi først observerer diagnosen. Dette gjør det mulig å studere hvordan behandlingsforløpet utvikler seg over tid. Siden datagrunnlaget går tilbake til 2014, kan det likevel ikke utelukkes at enkelte pasienter som fremstår som nye i perioden 2015 til 2016, har vært i kontakt med helsetjenesten for samme diagnose før 2014. Disse pasientene vil i så fall inngå som nye tilfeller i analysen. Risikoen for dette er lavere i de senere periodene, ettersom vi da har flere år med data som viser at pasienten ikke hadde den aktuelle diagnosen.

4.3.1 Fra fastlegen til videre behandling og oppfølging

Etter at en huddiagnose er registrert hos fastlege, varierer det videre forløpet mellom pasienter. Noen pasienter mottar ikke videre behandling, mens andre starter et behandlingsforløp hos fastlege eller avtalespesialist. Andelen pasienter som får videre behandling hos fastlege eller avtalespesialist, er illustrert med Figur 4-6. Merk at enkelte pasienter kan følges opp ved sykehus eller i den helprivate tjenesten, men at dette ikke inngår i analysene.

Blant pasienter med hudsykdommer ser vi at om lag halvparten kun får behandling hos fastlege. Dette mønsteret er stabilt på tvers av periodene vi har undersøkt.

Videre oppfølging hos avtalespesialist i dermatologi etter første konsultasjon hos fastlege forekommer sjeldnere. Om lag én til to prosent av pasientene hadde neste konsultasjon hos avtalespesialist i dermatologi, og andelen har falt svakt over tid.

Om lag halvparten av pasientene hadde ingen nye behandlingsepisoder hos fastlege eller avtalespesialist etter første konsultasjon hos fastlege. Dette kan tyde på at mange ikke har behov for ytterligere behandling, men kan også skyldes at pasientene er henvist til sykehus eller har oppsøkt helprivat hudlege.

En liten andel av pasientene mottar behandling hos en annen avtalespesialist enn hudlege. Dette gjelder hovedsakelig barn som får behandling hos barnelege.

4.3.2 Variasjon i pasientforløp mellom diagnoser og pasientgrupper

Noen sykdommer krever mer omfattende behandling og oppfølging enn andre, og dette gjenspeiles i hvor stor en andel som henvises videre til spesialisthelsetjenesten. Av hensyn til personvern

presenterer vi kun resultater for pasienter med psoriasis, atopisk dermatitt og kontaktdermatitt.

Pasienter med psoriasis følges i større grad enn den gjennomsnittlige hudpasienten opp hos avtalespesialist i dermatologi. Etter første konsultasjon hos fastlege hadde 6,5 prosent av pasientene med psoriasis neste kontakt hos avtalespesialist i dermatologi. Dette er høyere enn for de øvrige hudsykdommene i kartleggingen. Pasientene kommer også raskere til behandling enn de øvrige pasientgruppene.

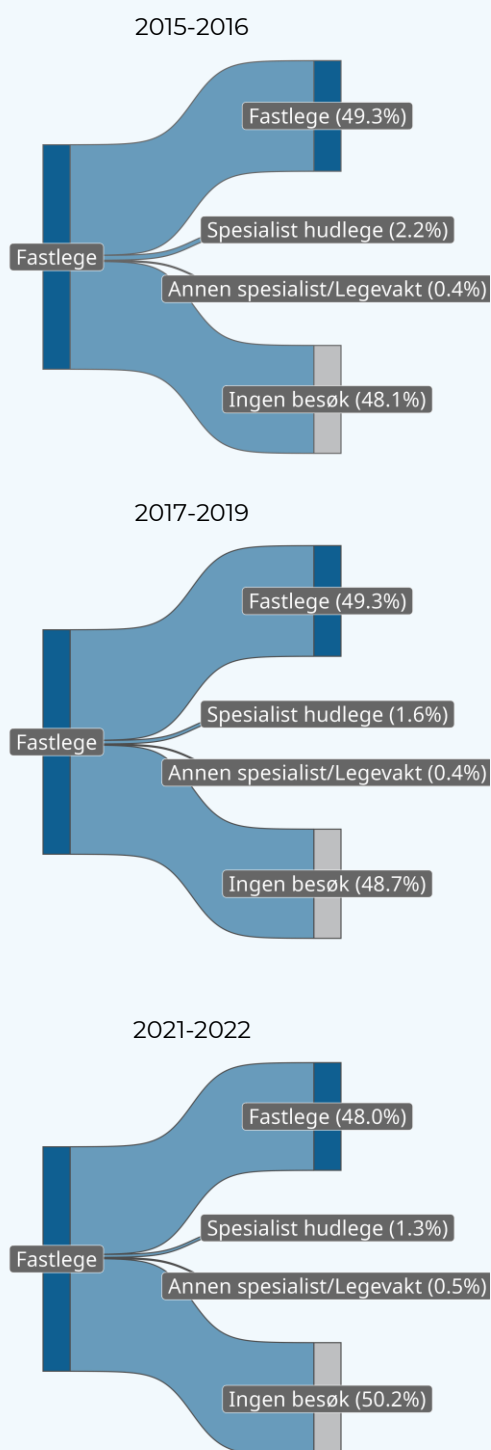
Analysen viser at 47,8 prosent av pasientene med psoriasis ikke har flere registrerte kontakter med fastlege eller avtalespesialist etter første konsultasjon. Dette gjelder trolig i stor grad pasienter med mild psoriasis, der mange kan håndtere sykdommen med kremer og salver. Pasienter med moderat eller alvorlig psoriasis har derimot ofte behov for mer omfattende oppfølging, som lysbehandling, systemisk behandling som krever oppfølging av spesialist eller en kombinasjon av ulike behandlingsformer. Disse pasientene krever tettere og mer langvarig oppfølging (45).

Blant pasienter med dermatitt, både atopisk dermatitt og kontaktdermatitt, ser vi et tydelig mønster. De fleste får videre oppfølging hos fastlege, og kun en liten andel har neste kontakt hos avtalespesialist. Én prosent av pasientene med atopisk dermatitt har konsultasjon hos avtalespesialist i dermatologi etter første konsultasjon hos fastlege, mens pasienter med kontaktdermatitt i praksis ikke henvises videre til avtalespesialist.

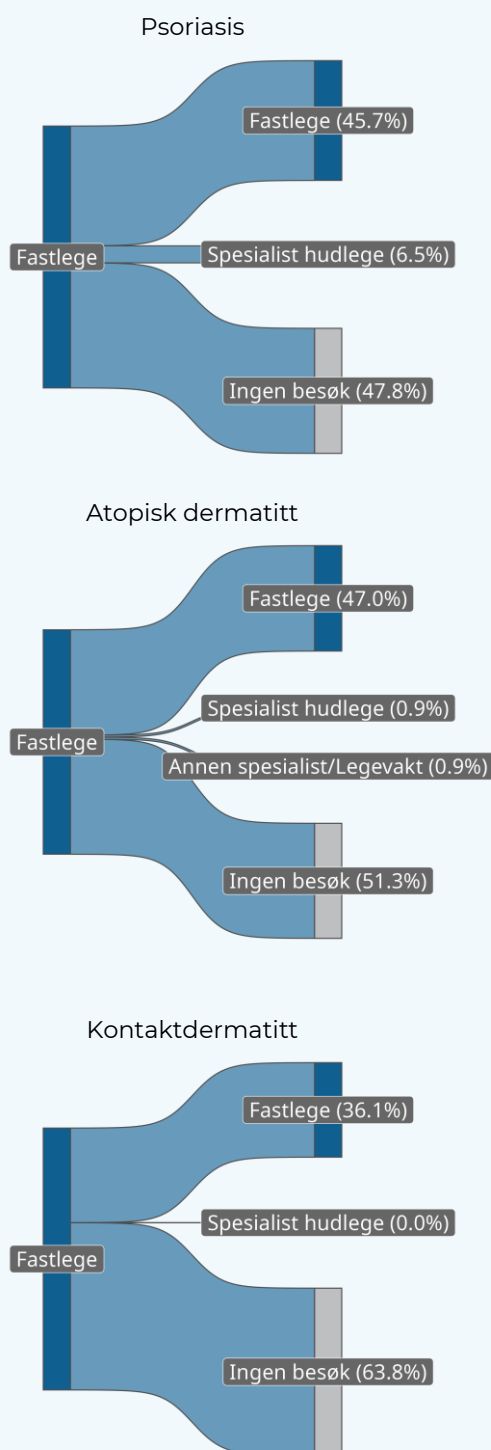
Halvparten av pasientene med atopisk dermatitt observeres kun med en konsultasjon hos fastlegen, og for pasienter med kontaktdermatitt gjelder dette rundt 60 prosent. Hvor mange som faktisk får videre behandling hos private hudleger er uklart.

Våre analyser viser at pasienter bosatt i Helse Sør-Øst generelt sett har bedre tilgang til avtalespesialister innen dermatologi enn pasienter bosatt andre steder i landet. Dette gjelder på tvers av alle diagnosene som er inkludert i kartleggingen. I de øvrige helseregionene er behandlingen i større grad organisert ved sykehus. Blant pasientene i Helse Sør-Øst som ble diagnostisert i 2015 eller 2016, fikk 2,9 prosent sin neste kontakt hos en avtalespesialist. Dette er langt høyere enn de øvrige regionene.

Figur 4-6: Pasientforløp for alle huddiagnoser



Figur 4-7: Pasientforløp per sykdom (2021-2022)



Kilde: Beregninger utført av Oslo Economics basert på data fra KUHR. Inkluderer nye pasienter. Nye pasienter er definert som pasienter uten kontakt med fastlegen med den gitte diagnosen året eller årene før definerte analyseperiode. Alle huddiagnoser omfatter pasienter som har fått diagnosen psoriasis, atopisk dermatitt, kontakt dermatitt, urtikaria og hidradenitis suppurativa.

4.3.3 Tid mellom første fastlegekontakt og oppfølging hos avtalespesialist

Vi har undersøkt tiden mellom første registrerte kontakt hos fastlege og første registrerte kontakt hos avtalespesialist for den aktuelle diagnosen. Analysen er avgrenset til pasienter som har fått registrert samme diagnose hos fastlege og avtalespesialist, og som ikke har hatt nye kontakter hos fastlegen for den samme diagnosen før første kontakt hos avtalespesialist.

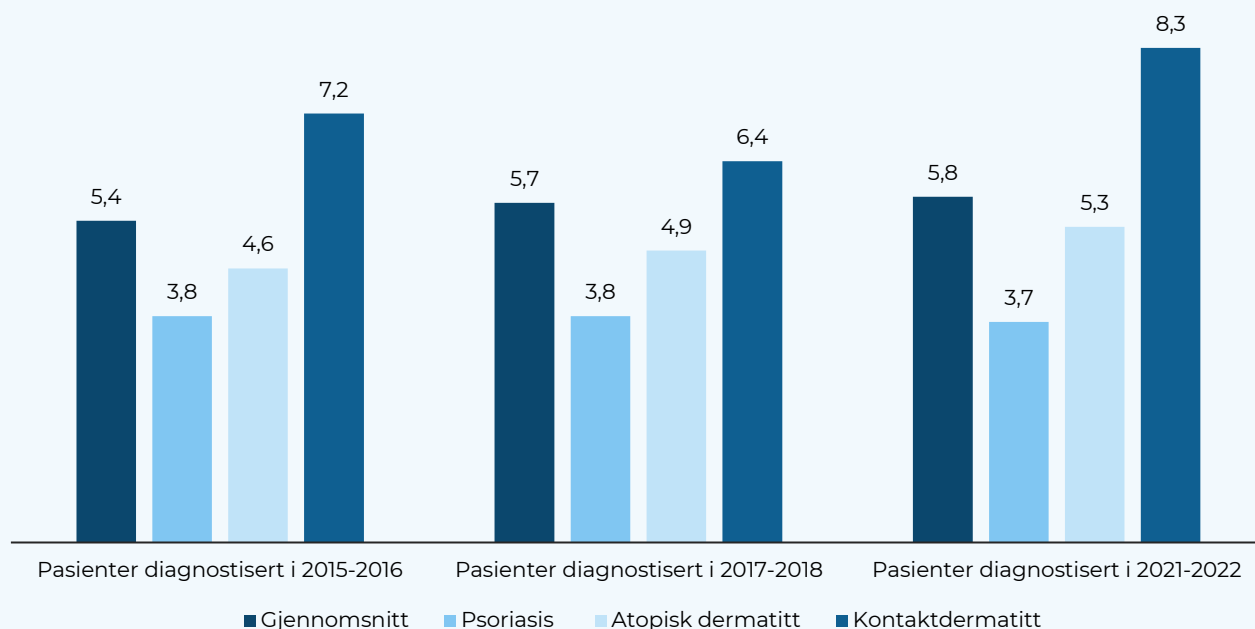
Gjennomsnittlig tid mellom første kontakt hos fastlege og første kontakt hos avtalespesialist mellom fem og seks måneder, avhengig av diagnosegruppe (Figur 4-11). Når vi sammenligner pasienter som fikk diagnosen i 2015 eller 2016 med pasienter som fikk diagnosen i 2021 eller 2022, ser vi at tiden mellom første fastlegekontakt og første kontakt hos avtalespesialist har økt.

Tiden mellom første fastlegekontakt og første kontakt hos avtalespesialist er kortest for pasienter med psoriasis. For disse pasientene er tiden mellom kontaktene i gjennomsnitt rundt fire måneder, og noe lavere i de senere periodene.

For pasienter med atopisk dermatitt er tiden mellom kontaktene noe lengre, i gjennomsnitt mellom fire og en halv og fem måneder. Tiden mellom kontaktene har økt noe over tid.

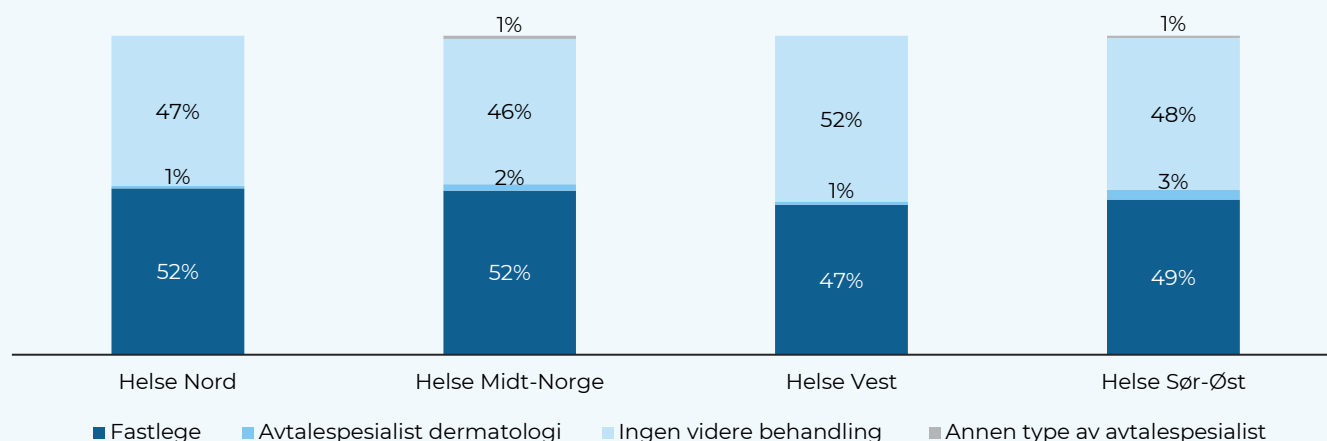
Pasienter med kontaktdermatitt har lengst tid mellom første fastlegekontakt og første kontakt hos avtalespesialist. For disse pasientene er tiden mellom kontaktene i gjennomsnitt seks til åtte måneder, med noe variasjon over tid. Det er viktig å understreke at få pasienter med kontaktdermatitt har kontakt med avtalespesialist, noe som gjør tallene mer usikre.

Figur 4-8: Gjennomsnittlig antall måneder fra første konsultasjon hos fastlege til pasienten behandles hos en avtalespesialist*



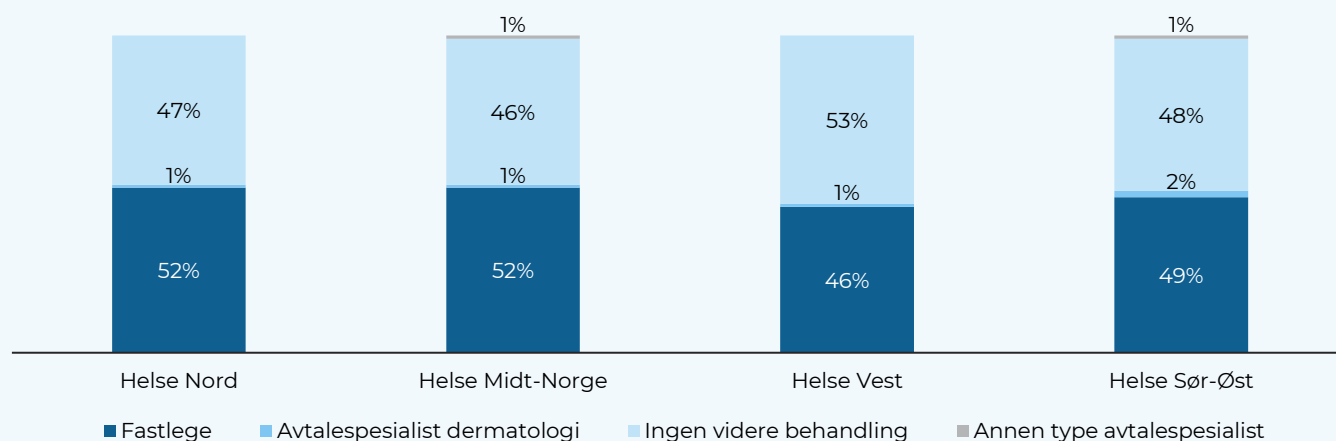
Kilde: Beregninger utført av Oslo Economics basert på data fra KUHR. Analysen omfatter pasienter som har oppsøkt fastlege som første kontakt, og viser gjennomsnittlig tid fra første konsultasjon hos fastlege til påfølgende konsultasjon hos avtalespesialist i hud- og veneriske sykdommer.
*Avgrenset til pasienter som har sin andre konsultasjon hos en avtalespesialist.

Figur 4-9: Fordeling av pasientens neste konsultasjon etter kontakt med fastlege (nye tilfeller 2015-2016)



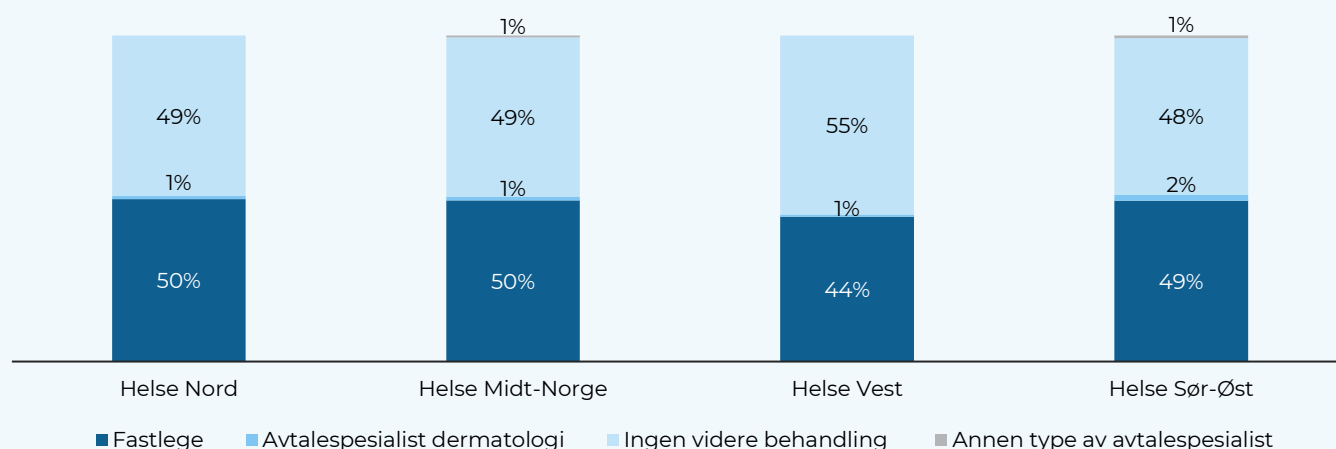
Kilde: Beregninger utført av Oslo Economics basert på data fra KUHR. Inkluderer nye pasienter fra første kontakt med fastlegen. Inkluderer nye pasienter fra første kontakt med fastlegen. Pasienter som har mottatt diagnosen for psoriasis, atopisk dermatitt, kontakt dermatitt, urtikaria og hidradenitis suppurativa er inkludert. Note: Summen av prosentandelene kan overstige 100 prosent som følge av avrunding.

Figur 4-10: Fordeling av pasientens neste konsultasjon etter kontakt med fastlege (nye tilfeller 2017-2018)



Kilde: Beregninger utført av Oslo Economics basert på data fra KUHR. Inkluderer nye pasienter fra første kontakt med fastlegen. Inkluderer nye pasienter fra første kontakt med fastlegen. Pasienter som har mottatt diagnosen for psoriasis, atopisk dermatitt, kontakt dermatitt, urtikaria og hidradenitis suppurativa er inkludert. Note: Summen av prosentandelene kan overstige 100 prosent som følge av avrunding.

Figur 4-11: Fordeling av pasientens neste konsultasjon etter kontakt med fastlege (nye tilfeller 2021-2022)



Kilde: Beregninger utført av Oslo Economics basert på data fra KUHR. Inkluderer nye pasienter fra første kontakt med fastlegen. Inkluderer nye pasienter fra første kontakt med fastlegen. Pasienter som har mottatt diagnosen for psoriasis, atopisk dermatitt, kontakt dermatitt, urtikaria og hidradenitis suppurativa er inkludert. Note: Summen av prosentandelene kan overstige 100 prosent som følge av avrunding.

5. Vurderinger av dagens pasienttilbud

Både pasienter og hudleger gir tilbakemelding om at de opplever at det er regionale forskjeller i hudtilbudet i Norge, hvor hudtilbudet i Helse Nord og Helse Sør-Øst trekkes frem som helseregioner med særlig dårlig tilgang til tjenester. Omtrent halvparten av hudlegene mener det er forskjeller i tilgangen til hudtilbud mellom pasientgrupper. Samtidig oppgir et flertall av hudpasientene at de er fornøyde med hjelpen de mottok ved sin forrige konsultasjon for sin hudsykdom.

I dette kapitlet presenterer vi hovedfunn fra spørreundersøkelsene som ble gjennomført blant hudleger og hudpasienter. Vi presenterer også tilbakemeldinger fra intervjuene gjennomført med hudleger. Intervjufunnene bidrar til å supplere vurderingene fra spørreundersøkelsene.

Funnene i dette kapitlet må ses i lys av utvalgene som ligger til grunn for spørreundersøkelsene og intervjuene, jf. omtalen av representativitet i avsnitt 1.3.2. Resultatene beskriver erfaringer fra utvalgte pasienter og hudleger, og kan ikke uten videre generaliseres til hele pasientgruppen eller alle hudleger i Norge. Pasientene som har svart på undersøkelsen, synes i stor grad å ha hudsykdom av en alvorlighetsgrad som gjør at de allerede har kontakt med spesialisthelsetjenesten eller hudlege. Erfaringene kan derfor skille seg fra erfaringene til et bredere pasientutvalg, for eksempel personer som henvises for første gang med moderat hudsykdom.

5.1 Dagens arbeidsdeling

Med arbeidsdeling mener vi hvordan ansvar og oppgaver knyttet til utredning, behandling og oppfølging av pasienter med hudsykdommer fordeles mellom ulike deler av helsetjenesten. Dette gjelder både fordelingen mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og arbeidsdelingen mellom avtalespesialister, sykehus og helprivate aktører. Hvordan oppgavene fordeles mellom de ulike nivåene og tilbyderne har betydning både for pasientenes tilgang til behandling og for hvordan ressursene i helsetjenesten brukes.

5.1.1 Vurdering av tjenestenivå

I intervjuene beskriver hudlegene at beslutningen om hvorvidt pasienter følges opp hos fastlege eller henvises videre til hudlege avhenger blant annet av fastlegens vurdering av sykdommens alvorlighet og kompleksitet, behov for behandling som kun tilbys i spesialisthelsetjenesten, samt fastlegens egen kompetanse på området.

Flere av hudlegene gir i intervju uttrykk for at de forventer at fastleger håndterer enkelte hudtilstander i primærhelsetjenesten. Eksempler som trekkes frem er behandling av vorter og prøvetaking av hudforandringer. Samtidig beskriver flere av informantene at de opplever variasjon i fastlegenes kompetanse og hvordan fastleger oppfatter sin rolle i behandling av hudsykdommer.

Ifølge informantene ser enkelte fastleger i større grad på hud som et spesialistansvar. Dette kan føre til at pasienter henvises videre til hudlege også i tilfeller der tilstanden kunne vært håndtert i primærhelsetjenesten. Samtidig fremheves det at mange fastleger har høy faglig kompetanse og håndterer både utredning, behandling og oppfølging selv, eventuelt etter konferering med spesialist.

Hudlegene peker også på at arbeidsdelingen i noen tilfeller kunne vært mer hensiktsmessig dersom fastleger gjennomførte enkelte vurderinger eller undersøkelser før henvisning. Informantene nevner blant annet mer utfyllende henvisninger, gjennomføring av enkelte utredningsprosedyrer som vevsprøver, eller bruk av bilder for å konferere med hudlege før eventuell henvisning.

I spørreundersøkelsen blant hudleger ble respondentene spurt om fastlegenes henvisningspraksis. 34 prosent oppgir at fastleger henviser i tråd med faglige retningslinjer, mens 53 prosent oppgir at dette skjer i noen grad. Videre opplever 8 prosent at fastleger i liten grad henviser i tråd med retningslinjene (se vedlegg).

I intervjuene fremhever hudlegene at fastlegenes kompetanse blant annet påvirkes av interesse for hudfaget, graden av faglig oppdatering og kvaliteten på råd og veiledning fra sykehus og avtalespesialister. Flere informanter beskriver at de forsøker å gi tydelige råd og behandlingsplaner når henvisninger avvises. Samtidig påpekes det at slik veiledning i liten grad kompenseres økonomisk, noe som ifølge informantene kan bidra til at dette arbeidet nedprioriteres i en travel klinisk hverdag.

5.1.2 Arbeidsdeling blant hudleger

Ifølge hudlegene vi har intervjuet behandler hudleger i det offentlige tilbudet i stor grad de samme pasientgruppene, og forskjeller arbeidsdelingen mellom sykehus og avtalespesialister er ofte geografiske betinget. Samtidig beskriver informantene at mer komplekse tilstander og pasienter med behov for tverrfaglig oppfølging eller innleggelse behandles ved sykehus.

Helprivate hudleger behandler ifølge informantene mange av de samme problemstillingene som i det offentlige tilbudet, men tilbyr også behandlinger som ikke dekkes av det offentlige, for eksempel kosmetiske behandlinger. Informantene forteller også at private aktører i noen tilfeller kan ha større mulighet til å investere i behandlinger eller helse-teknologi enn det offentlige. Samtidig beskrives det at helprivate hudleger ved enkelte tilstander henviser pasienter videre til det offentlige tilbudet.

Resultatene fra spørreundersøkelsen tyder på at arbeidsoppgavene varierer mellom helprivate og offentlige hudlegestillinger. Blant respondentene oppgir 21 prosent at arbeidsoppgavene i stor grad varierer mellom slike stillinger. Videre oppgir 50 prosent at arbeidsoppgavene varierer i noen grad, mens 20 prosent oppgir at de varierer i liten grad eller ikke i det hele tatt (se vedlegg).

Blant respondentene som oppgir å være helprivate hudleger, oppgir over halvparten at de antar at mer enn 75 prosent av pasientene de behandler ville hatt rett til behandling i det offentlige hudtilbudet (Tabell D-4). I intervjuer peker private hudleger på at dette bidraget i begrenset grad synliggjøres i dagens systemer. De etterlyser bedre rapportering og dokumentasjon av aktiviteten i den private delen av markedet, blant annet for å vise hvor mange pasienter som behandles privat, og i hvilken grad dette bidrar til å avlaste den offentlige spesialisthelsetjenesten.

5.2 Vurderinger av hudlegedekning

Med hudlegedekning mener vi fordelingen og organiseringen av hudlegetjenester. Kapasiteten i tjenesten er nærmere omtalt i kapittel 5.3.

5.2.1 Samlet tilbud

Hudleger og hudpasienter ble i spørreundersøkelsene spurt om hvordan de vurderer hudlegetilbudet. Hudpasienter ble spurt om hvordan de vurderer det samlede hudlegetilbudet i sitt fylke, og resultatene er presentert per helse-region (Figur 5-1). Hudleger ble spurt om hvordan

de vurderer det samlede offentlige hudlegetilbudet i egen helseregion (Figur 5-2).

Hudpasientene vurderer i hovedsak det samlede hudlegetilbudet i eget fylke som godt eller middels. I Helse Sør-Øst vurderer et flertall tilbudet som middels (35 prosent), samtidig som en betydelig andel oppgir at tilbudet er dårlig eller svært dårlig (31 prosent). I Helse Vest vurderer mange tilbudet som godt eller svært godt (44 prosent), og færre oppgir at tilbudet er dårlig (8 prosent). I Helse Midt-Norge vurderer de fleste tilbudet som godt eller middels (66 prosent). I Helse Nord er vurderingene mer delte, med en relativt stor andel som vurderer tilbudet som godt eller middels (62 prosent), men også en del som oppgir at tilbudet er dårlig eller svært dårlig (31 prosent).

Hudlegene vurderer i hovedsak det offentlige hudlegetilbudet i egen helseregion som middels. I Helse Sør-Øst oppgir et flertall at de vurderer tilbudet til å være middels (53 prosent), samtidig som en relativt stor andel vurderer tilbudet som dårlig eller svært dårlig (32 prosent). I Helse Vest vurderer de fleste tilbudet som godt eller svært godt (56 prosent). I Helse Midt-Norge oppgir et klart flertall at tilbudet er middels (90 prosent). I Helse Nord er vurderingene mer delte, og en større andel enn i de øvrige regionene oppgir at tilbudet er dårlig eller svært dårlig (43 prosent).

5.2.2 Geografiske forskjeller

Hudlegene i spørreundersøkelsen oppgir at de opplever forskjeller i tilgang til offentlige hudlegetjenester innenfor egen helseregion. Et flertall av respondentene oppgir at de opplever slike forskjeller i stor grad eller i noen grad (73 prosent). Opplevelsen av forskjeller fremstår sterkere i Helse Sør-Øst og Helse Midt-Norge enn i de øvrige regionene. I Helse Vest og Helse Nord er det i større grad respondenter som oppgir at forskjellene oppleves i noen eller i liten grad (Figur 5-3).

I intervjuene med hudleger fremkommer det eksempler på forhold som informantene mener bidrar til forskjeller i hudlegedekning både mellom regioner og innad i helseregionene.

I Helse Sør-Øst beskriver informantene hudlegetilbudet som relativt sentralisert. Hudavdelingen ved Oslo universitetssykehus omtales som et sentralt spesialisert tilbud som håndterer mer alvorlige og sjeldne hudsykdommer, mens avtalespesialister og helprivate aktører håndterer en betydelig del av pasientvolumet. Informantene beskriver dette i sammenheng med en arbeidsdeling der fastleger utgjør førstelinjen i helse-tjenesten, avtalespesialister fungerer som en andrelinje, og sykehusavdelingen ivaretar mer

spesialisert behandling på tredjelinjenivå. Ifølge hudlegene oppleves tilgjengeligheten som god i sentrale deler av Østlandsområdet, men svakere i mer perifere områder, der pasienter kan ha lengre reisevei til hudtilbud.

I Helse Vest peker informantene på at hudlege-tilbudet i større grad er organisert rundt sykehusene. Samtidig trekkes enkelte organisatoriske forskjeller frem internt i regionen. Blant annet beskriver hudlegene at Stavanger universitetssjukehus ikke har egen sengepost for hudsykdommer, og at pasienter som må legges inn ved sykehuset derfor behandles ved Haukeland universitetssjukehus. Informantene viser også til at antallet privatpraktiserende hudleger er lavere i Stavanger-området enn i Bergen.

I Helse Midt-Norge beskriver informantene tilgangen til hudtilbud som overordnet god, men samtidig bedre i Trøndelag enn i Møre og Romsdal. Hudlegene peker blant annet på utfordringer med rekruttering i Møre og Romsdal, noe som etter deres vurdering har bidratt til et svakere tilbud i deler av regionen.

I Helse Nord fremhever informantene at hudlege-tilbudet i stor grad er samlet ved sykehusene, og at avtalespesialister utgjør en liten del av tilbudet. Samtidig peker de på at denne organiseringen, kombinert med store geografiske avstander, innebærer at mange pasienter må reise langt for å få tilgang til hudtilbud ved sykehusene.

Pasientenes vurdering av hudlegetilbudet varierer også mellom fylkene innenfor de ulike helseregionene. I Helse Midt-Norge vurderer 25 prosent av hudpasientene bosatt i Møre og Romsdal tilbudet som dårlig eller svært dårlig, sammenlignet med 11 prosent i Trøndelag. Tilsvarende forskjeller mellom fylkene ses i Helse Nord, hvor 43 prosent av respondentene bosatt i Finnmark og 25 prosent av respondentene bosatt i Nordland vurderer hudlegetilbudet som dårlig eller svært dårlig sammenlignet med 14 prosent i Troms. I Helse Sør-Øst er andelen som vurderer hudlegetilbudet som dårlig eller svært dårlig høyest i Østfold (42 prosent). I Helse Vest er det derimot ingen tydelige forskjeller mellom fylkene, ikke forskjeller mellom fylkene. Det er imidlertid få respondenter i flere av fylkene, noe som kan være påvirke resultatene og gjør at forskjellene bør tolkes med varsomhet.

5.3 Forskjeller i tilgang mellom pasientgrupper

Tilgang til hudtilbud kan vurderes basert på i hvilken grad den enkelte pasient kan få time hos

hudlege når de har behov for det. Dette inkluderer blant annet terskelen for hvor alvorlig sykdommen må være før pasienten får henvisning til hudlege og hvor lenge pasienten må vente på konsultasjon.

I spørreundersøkelsen blant hudleger oppgir 47 prosent av at de opplever at det er pasientgrupper som har vanskeligere med å få tilgang til hudtilbud enn andre. Fordelt på helseregion er det flest i Helse Nord og Helse Sør-Øst som svarer dette, henholdsvis 62 prosent i Helse Sør-Øst og 86 prosent i Helse Nord. Tilsvarende er det 26 prosent som svarer det samme i Helse Vest og 20 prosent i Helse Midt (se vedlegg).

Blant respondentene som opplever at det er forskjeller i tilgang mellom pasientgrupper oppgir 35 prosent at det er diagnose som er årsaken til dette, mens 60 prosent mener det er andre forhold som påvirker tilgangen (Figur 5-4).

5.3.1 Forskjeller i tilgang som følge av diagnose

Forskjeller i tilgang som følge av diagnose kan skyldes alvorligheten knyttet til diagnosen, men også hvordan ulike tilstander prioriteres i helsetjenesten og i hvilken grad tilstanden vurderes som medisinsk nødvendig å behandle. Blant respondentene som svarer at diagnose er årsaken til forskjeller i tilgang mellom pasientgrupper trekkes akne (50 prosent) og kosmetiske problemstillinger (42 prosent) frem som diagnoseområder som kan oppleve redusert tilgang.

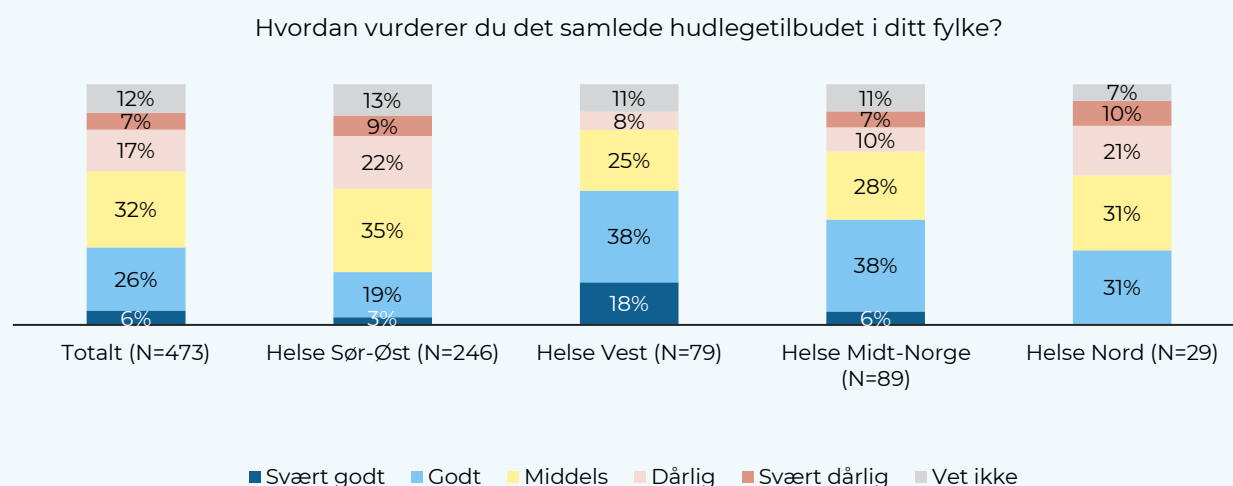
Videre trekkes også HS (33 prosent) og godartede svulster (33 prosent) frem som diagnoser som kan oppleve redusert tilgang. Det er også 42 prosent av respondentene som oppgir andre diagnoser. Det er ingen av respondentene som oppgir at maligne tilstander (inkludert melanom) har dårlig tilgang (se vedlegg).

Flere av hudlegene vi har intervjuet trekker også frem HS som en pasientgruppe som kan oppleve dårligere tilgang, samt eldre med kroniske sår.

5.3.2 Andre forhold som bidrar til redusert tilgang

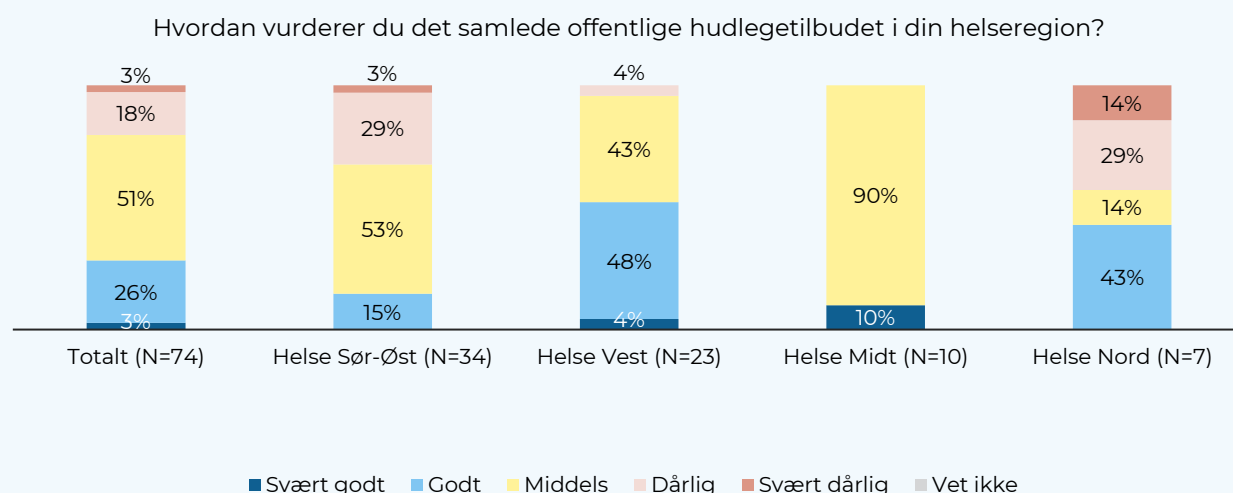
Blant hudlegene som oppgir at andre forhold enn diagnose bidrar til forskjeller i tilgang mellom pasientgrupper, trekkes manglende tilbud frem som den viktigste årsaken (83 prosent). Dette fremstår også som det mest fremtredende forholdet når svarene fordeles etter hvilken helseregion hudlegene arbeider i. Lang reisevei pekes også på som en viktig årsak til redusert tilgang til hudtilbud (40 prosent). Andelen som oppgir dette, er høyere i Helse Nord enn i de øvrige helseregionene (Figur 5-4).

Figur 5-1: Hudpasienters opplevelse av hudlegedekningen i helseregionene



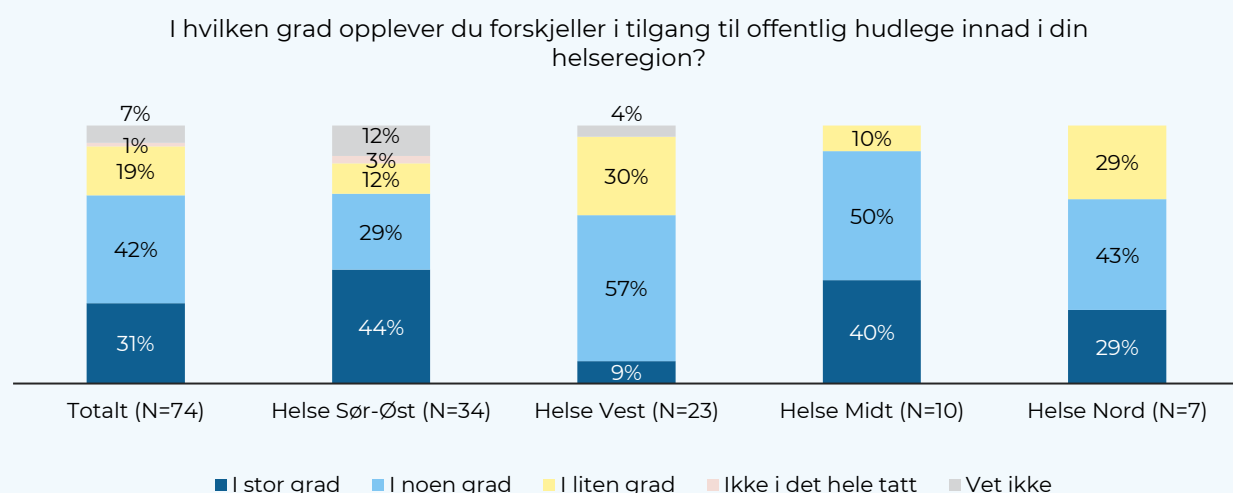
Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics.

Figur 5-2: Hudlegers opplevelse av hudlegedekningen i helseregionene



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics.

Figur 5-3: Hudlegers opplevelse av forskjeller i tilgang til hudtjenester innad i egen helseregion



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics.

Sosioøkonomiske forhold inkluderer økonomiske ressurser slik som inntekt, men også sosiale forhold som for eksempel utdanning. I spørreundersøkelsen blant hudleger trekkes sosioøkonomiske forhold som lav betalingsevne (37 prosent), mangel på privat helseforsikring (31 prosent) og lav helsekompetanse eller manglende kjennskap til egen tilstand (31 prosent) frem som årsaker til redusert tilgang til hudtilbud (Figur 5-4).

Økonomi spiller inn på tilgangen til hudlegetilbudet til pasientene ettersom privat hudlege kun er tilgjengelig for de som har mulighet til å betale for tjenesten eller har privat helseforsikring. Blant pasientrespondentene er det 32 prosent som oppgir at de på et tidspunkt har oppsøkt helprivat hudlege, mens 67 prosent ikke har gjort det (Tabell D-8).

Private helseforsikringer blir stadig mer vanlig (Figur 5-6). Dette er en forsikring som gir tilgang til rask behandling. Blant respondentene i spørreundersøkelsen er det i underkant av 5 prosent som oppgir at de har privat helseforsikring (Se Vedlegg C). Tall fra Finans Norge viser at antall individuelle avtaler for privat helseforsikring har økt med 130 prosent fra 2017 til 2025. For kollektive avtaler har økningen vært på 61 prosent i samme periode (7).

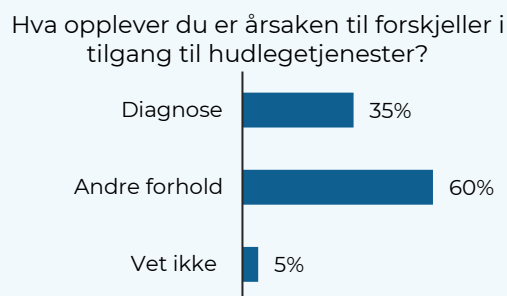
5.4 Opplevelse av tilbudet

Respondentene i spørreundersøkelsen ble bedt om å svare på om de opplevde at de fikk den hjelpen de trengte sist de var i kontakt med helsetjenesten for sin hudsykdom. En høyere andel av respondentene oppgir at de opplevde at de fikk den hjelpen de hadde behov for når deres siste kontakt med helsetjenesten var hos hudlege, sammenlignet med fastlege. Dette gjelder på tvers av hvor hudlegene arbeider, men høyest andel oppga dette blant de som sist var hos privat hudlege (68 prosent). Videre oppga 58 prosent av respondentene som sist var hos avtalespesialist at de fikk den hjelpen de hadde behov for og 53 prosent blant de som sist var hos offentlig sykehus (Figur 5-6).

Til sammenligning er det omkring en tredjedel av de som var hos fastlegen som oppgir det samme (32 prosent). Det er også blant disse respondentene man finner den høyeste andelen som oppgir at de ikke fikk den hjelpen de hadde behov for, sammenlignet med de som sist var i kontakt med spesialisthelsetjenesten (Figur 5-6).

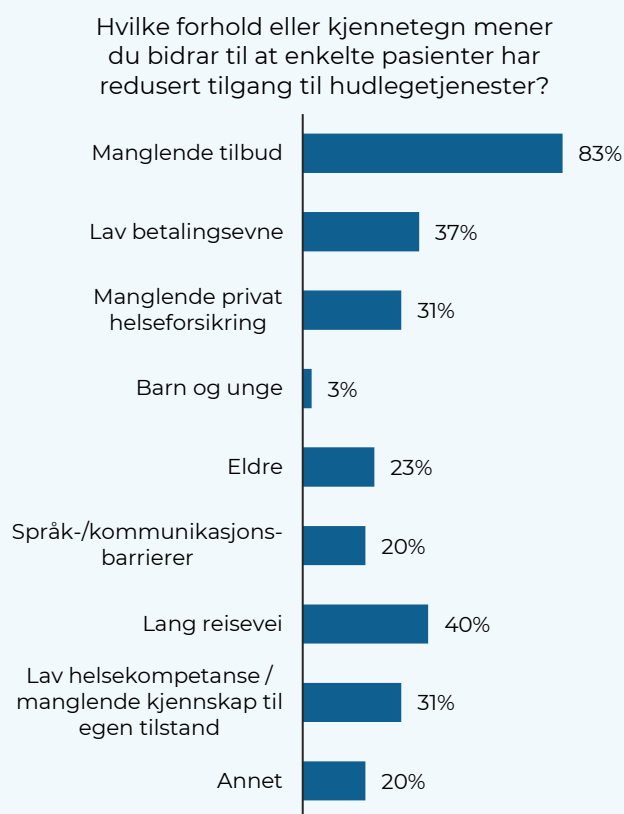
Blant respondenter som på et tidspunkt har oppsøkt privat hudlege, ikke nødvendigvis ved sin

Figur 5-4: Hudlegers vurdering av årsaker til forskjeller i tilgang mellom pasientgrupper



N=37. Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics.

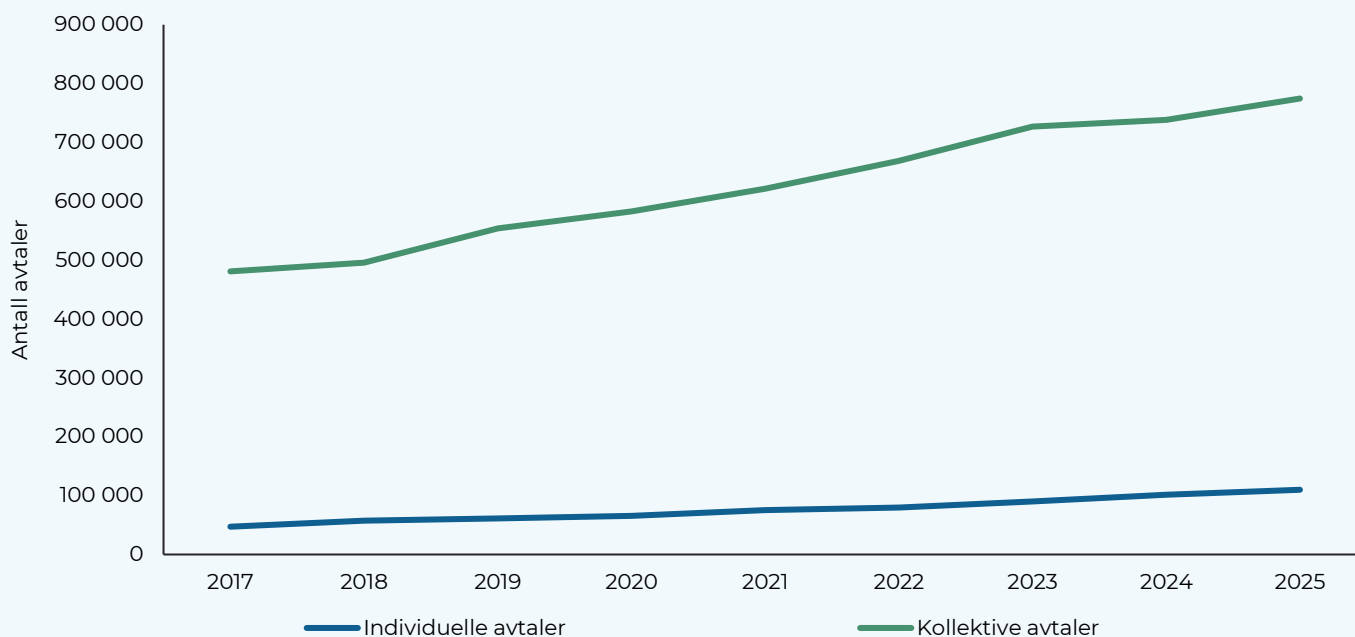
Figur 5-5: Hudlegers opplevelse av hvilke forhold som påvirker pasienters tilgang



N=37. Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics.

siste konsultasjon, oppgir omkring halvparten (48 prosent) at de fikk den hjelpen de hadde behov for, mens 17 prosent oppgir at de ikke fikk den behandlingen de trengte. Det var 30 prosent som svarte at de delvis fikk den hjelpen de trengte, men at de måtte oppsøke offentlig hudlege for videre behandling.

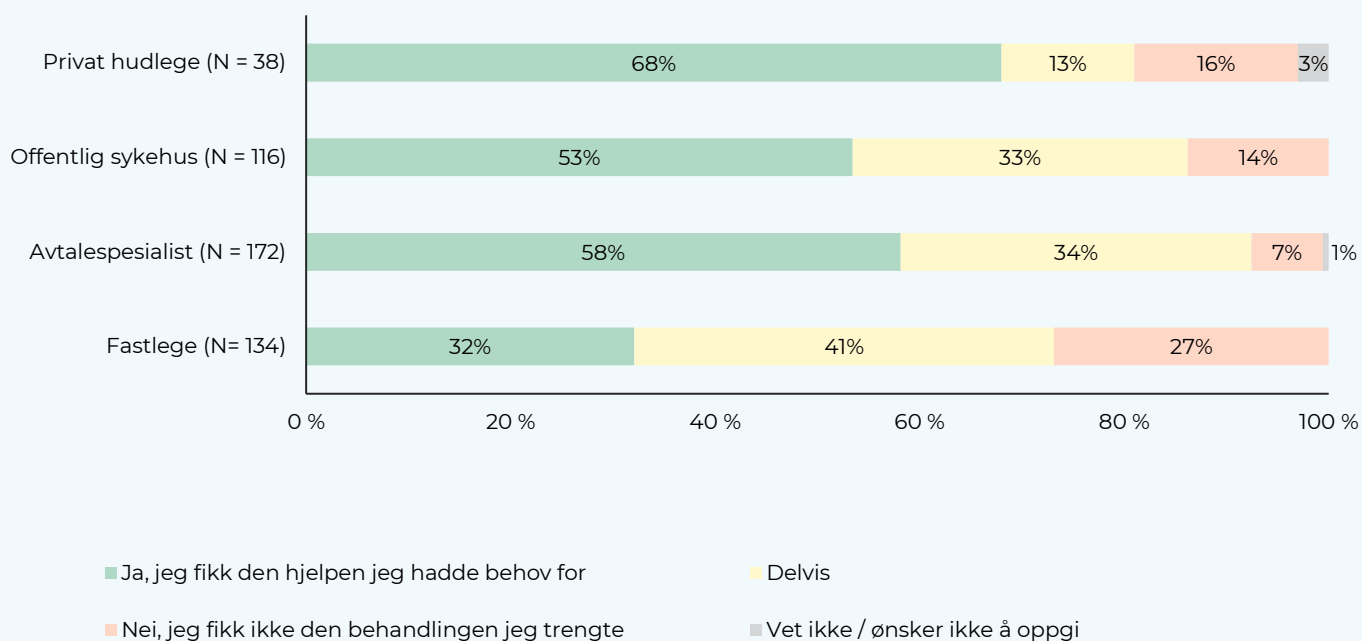
Figur 5-6: Utvikling i antall personer med privat helseforsikring



Kilde: Finans Norge (7).

Figur 5-7: Opplevd tilfredshet med helsetjenesten ved siste konsultasjon

Opplevde du at du fikk den hjelpen du trengte når du sist var i kontakt med helsetjenesten i forbindelse med din hudsykdom?



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics.

6. Virkninger av dagens organisering

Hvordan tilbudet til hudpasienter er organisert kan ha konsekvenser både for pasienter og pårørende. Forhold som arbeidsdeling, hudlegedekning og kapasitet påvirker om og når en pasient får helsehjelp og hvordan det er for pasienten å møte tjenesten. Lange ventetider i den offentlige tjenesten kan gjøre at flere velger å oppsøke private tilbydere, som igjen kan bidra til en uønsket todeling av tjenesten.

I dette kapittelet oppsummerer vi tilbakemeldinger knyttet til virkninger av dagens organisering av tjenestetilbudet.

6.1 Tilgang til ulike tjenestetyper

Dagens organisering av hudlegetjenesten innebærer at pasienters tilgang til ulike tjenestetyper varierer mellom regioner og innenfor regioner. Variasjonen henger sammen med hvordan tilbudet er organisert mellom sykehus, avtalespesialister og helprivate aktører.

I områder hvor både sykehus og avtalespesialister tilbyr hudlegetjenester, vil pasienter ha tilgang til flere behandlingssteder innenfor den offentlige spesialisthelsetjenesten. I tillegg kan det i enkelte områder være et innslag av helprivate tilbud, som gir pasientene flere mulige behandlingsalternativer. Helse Vest. Er en region som er organisert på denne måten.

I andre områder er tilbudet i større grad konsentrert til én type tjeneste. I Helse Nord er hudtilbudet i hovedsak organisert ved sykehus, og det er færre avtalespesialister og helprivate tilbud sammenlignet med andre regioner. Pasientenes tilgang til hudtilbud vil i slike områder i større grad være knyttet til kapasiteten ved sykehusene.

6.2 Variasjon i reisevei

Dagens organisering av hudtilbudet innebærer at pasienters reisevei til behandling varierer både mellom regioner og innad i regioner. Variasjonen henger sammen med den geografiske fordelingen av tjenestetilbudet.

Figur 6-1: Reisevei for pasient med hudsykdom bosatt i Kristiansand sentrum



Figur 6-2: Reisevei for pasient med hudsykdom bosatt i Svolvær



Kilde: Reisetidsanalyse gjennomført høsten 2025. Estimatenes må ikke tolkes som eksakte data, men er ment å illustrere forskjeller avhengig av pasientens bosted.

Hudleger og pasienter peker særlig på at pasienter i Helse Nord gjennomgående har lengre reisevei til hudtilbudet enn pasienter i andre regioner (Figur 6-2). Samtidig fremhever flere hudleger at også pasienter i Helse Sør-Øst kan ha betydelig reisevei til sykehustjenester.

I Oslo vil pasienter som regel ha tilgang til avtalespesialist, sykehus og private hudtilbud innenfor én times reisevei. I Kristiansand er det tilgang til avtalespesialister og private tilbud lokalt, mens pasienter må reise flere timer for sykehustjenester i Oslo (Figur 6-1).

I spørreundersøkelsen blant hudpasienter oppgir 14 prosent at de på et tidspunkt har latt være å oppsøke hudlege på grunn av reisevei. Andelen er vesentlig høyere i Helse Nord, der én av fire pasienter oppgir dette, sammenlignet med de øvrige regionene (11-12 prosent) (Figur 6-2).

Lengre reisevei innebærer økt tidsbruk og medfører transportkostnader for pasienten. For pasienter med behov for hyppig oppfølging kan dette utgjøre en stor belastning over tid. Samtidig kan enkelte pasienter være villige til å reise langt for å oppnå kortere ventetid eller tilgang til spesialisert kompetanse.

6.3 Prioritering og ventetid

Ventetid i spesialisthelsetjenesten kan defineres som tiden fra sykehuset har mottatt en pasient-henvisning til helsehjelpen er påbegynt (46).⁵

For tilstander med lav alvorlighetsgrad kan noe ventetid være faglig forsvarlig. Et eksempel som trekkes frem i intervjuer med hudleger, er enkelte former for hårtap, der det i noen tilfeller kan være hensiktsmessig å avvente utviklingen før videre utredning eller behandling igangsettes. Dette skyldes at tilstanden kan være forbigående og for eksempel relatert til stress. Samtidig er det et overordnet mål at ventetidene ikke skal være unødvendig lange (46).

Ventetid oppstår når etterspørselen etter helsetjenester overstiger tilgjengelig kapasitet. Varigheten av ventetider og størrelsen på pasientkøer påvirkes i stor grad av etterspørselen etter tjenester (47). Kapasiteten bestemmes blant annet av tilgang på helsepersonell og økonomiske ressurser, samtidig som også etterspørselen blir påvirket av tilbudet av tjenester.

Hvor lenge den enkelte pasient må vente, avgjøres gjennom prioriteringskriterier og medisinskfaglige vurderinger (se tekstboks 6-1). Ventetidene vil derfor variere mellom pasientgrupper og over tid.

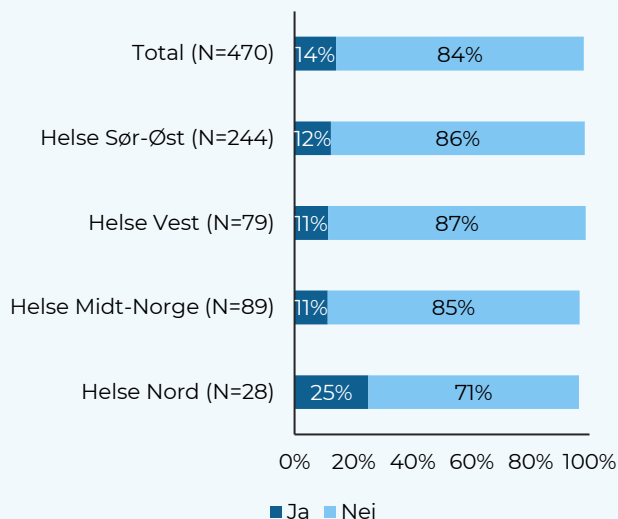
6.3.1 Pasientrapporterte konsekvenser av ventetid

Konsekvensene av å vente på time vil variere mellom pasienter, og påvirkes blant annet av diagnose, alvorlighetsgrad og individuelle forhold (47).

Spørreundersøkelsen gjennomført blant hudpasienter tyder på at opplevd belastning av ventetid øker med lengden på ventetiden. Respondenter som rapporterer kort ventetid oppgir i mindre grad negative konsekvenser, mens en høyere andel av de som har ventet lenger rapporterer påvirkning på både fysisk og psykisk helse. Blant respondenter som har ventet over fire

Figur 6-3: Reisevei sin betydning for å oppsøke helsehjelp

Har du noen gang latt være å oppsøke hudlege på grunn av reisevei?



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics.

måneder på time rapporter også en høyere andel at det påvirker arbeid og fritidsaktiviteter, sammenlignet med de som har ventet under fire måneder.

Blant pasientene i spørreundersøkelsen svarer omkring en tredjedel (32 prosent) av respondentene ja på spørsmålet om de noen gang har latt være å oppsøke hudlege på grunn av lang ventetid, mens omtrent to tredjedeler (66 prosent) svarer nei (se Vedlegg C).

6.3.2 Håndtering av fristbrudd og ventetidsløftet

Håndtering av fristbrudd trekkes frem som faktorer som påvirker ventetiden ved sykehusene. Se tekstboks 6-1 for beskrivelse av prioritering og frister i spesialisthelsetjenesten.

Uavhengig av huddiagnose oppgir flere hudleger i intervjuer at pasienter med behov for kontroll, ofte pasienter med kroniske sykdommer, nedprioriteres til fordel for oppstart av helsehjelp for nye henvisninger. Dette beskrives som en bevisst prioritering for å unngå fristbrudd og redusere ventetid, målt som tiden fra henvisning til påbegynt helsehjelp, i lys av ventetidsløftet.

⁵ Denne indikatoren kalles «Ventetid for påbegynt helsehjelp» i statistikken. Dette er hovedtallet myndighetene følger med på (46).

Private hudleger peker på at ventetidsløftet har bidratt til at kapasitet i den private delen av tilbudet tas i bruk, blant annet gjennom anbud til private aktører for å gjennomføre første konsultasjon. Dette kan bidra til å redusere ventetid til første vurdering og risikoen for fristbrudd. Samtidig fremhever informantene at private aktører i disse tilfellene kun gjennomfører den første konsultasjonen, mens videre utredning, behandling og oppfølging fortsatt må skje i den offentlige spesialisthelsetjenesten. Pasientene må dermed fortsatt vente på videre helsehjelp etter den første vurderingen.

Flere informanter oppgir at de opplever det som utfordrende at avtalespesialister ikke er underlagt de samme kravene som sykehusene når det gjelder rettighetsvurdering og fastsettelse av behandlingsfrist. Det fremkommer i intervjuene med hudlegene at noen fastleger i større grad henviser til sykehusbaserte tilbud enn til avtalespesialister som følge av dette, og at denne tendensen ble ytterligere forsterket som følge av ventetidsløftet. Informantene peker på at dette kan bidra til økte pasientkøer ved sykehusene.

Videre fremheves det at manglende krav til vurdering av behandlingsfrist hos avtalespesialister kan gi et inntrykk av at ventelistene i spesialisthelsetjenesten er mindre problematiske enn det som faktisk er tilfellet. En respondent i spørreundersøkelsen blant hudleger formulerer bekymringen slik:

[...] Det er trolig mange pasienter i Helse Sør-Øst som ikke blir rettighetsvurdert, siden de bli henvist til avtalespesialist. Dermed skjules det egentlige behovet og fristbrudd dukker ikke opp i statistikken.

Sitat fra hudlege, oppgitt i spørreundersøkelsen 2025/2026.

Avtalespesialister fremhever i intervjuer at de prioriterer i tråd med nasjonale faglige prioriteringsveiledere, og at de etterstreber å gjøre tilsvarende prioriteringer som i det offentlige. Samtidig påpeker de at de naturlig får en noe annerledes pasientgruppe, ettersom de ikke tilbyr de samme tjenestene og behandlingene som sykehusene.

Tekstboks 6-1: Prioritering i den offentlige spesialisthelsetjenesten

Prioritering i helsetjenesten innebærer å ta bevisste og begrunnede valg om fordeling av helseressurser. Det handler om hvem som skal få helsehjelp, hva som skal gjøres først og hva som må vente. Slike beslutninger er nødvendige fordi ressursene er begrensede, samtidig som behovene er store. Prioritering er derfor et sentralt, men krevende, element i helsetjenesten (63).

Pasienter har etter lovverket rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten etter en konkret helsefaglig vurdering. For at denne retten skal utløses, må to vilkår være oppfylt. For det første må pasienten ha forventet **nytte** av helsehjelpen. For det andre må **ressursbruken** stå i et rimelig forhold til den forventede nytten (63).

Blant pasienter som oppfyller disse vilkårene, skjer videre prioritering, blant annet med utgangspunkt i en vurdering av **alvorlighet**. Dette skal bidra til en rettferdig fordeling av helsehjelp (63; 4).

Prioriteringsveiledere er utviklet som beslutningsstøtte for helsepersonell som vurderer henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Veilederne skal bidra til mer ensartet praksis og likebehandling av pasienter, uavhengig av geografisk tilhørighet, fagområde og behandlingssted. De gir faglige råd om rettighetsvurdering og om maksimal frist for oppstart av helsehjelp. (59)

Pasienter som tildeles rett til nødvendig helsehjelp, har krav på at det fastsettes en individuell frist for når helsehjelpen senest skal starte. Dersom helsehjelpen ikke igangsettes innen fristen, foreligger et fristbrudd. Fristen er sentral for pasientens rett til å få helsehjelp innen en forsvarlig tidsramme (63).

Avtalespesialistene vurderer også henvisningene med utgangspunkt i nasjonale faglige prioriteringsveiledere, men er ikke juridisk bundet til å rettighetsvurdere eller å fastsette frister (65).

Ventetidsløftet

Ventetidsløftet er et initiativ for å redusere ventetidene ved sykehusene i landet. Ventetidsløftet ble lansert 13. mai 2024 (57). Målet er å redusere den gjennomsnittlige ventetiden fra sykehuset mottar en henvisning, til helsehjelpen er påbegynt.

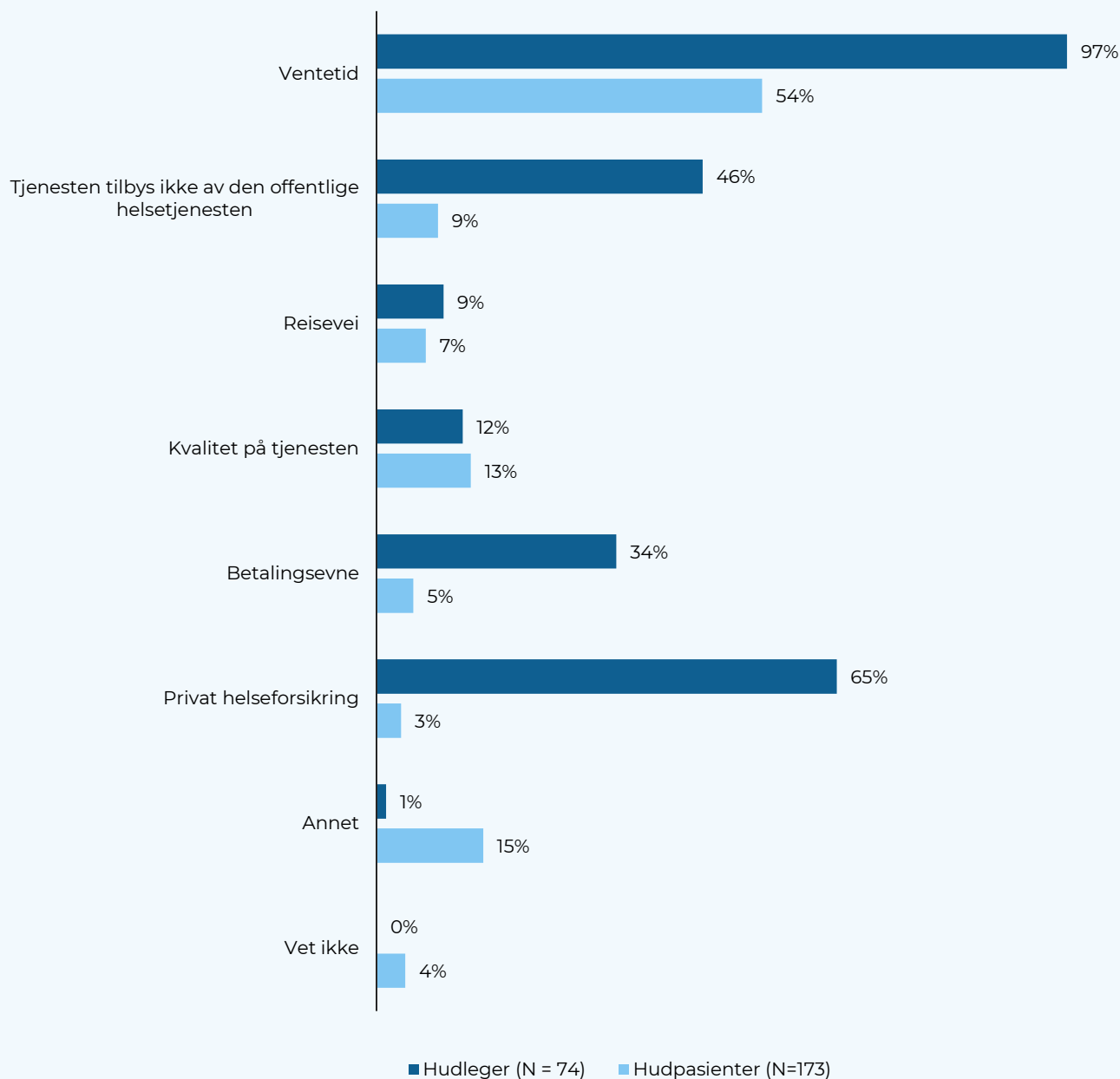
Ventetidsløftet er et forpliktende samarbeid mellom sentrale aktører i helsetjenesten. Formålet er å ta i bruk tilgjengelige virkemidler og tiltak for å snu utviklingen og oppnå en tydelig reduksjon i ventetidene (46).

Den 19. juni 2026 lanserte regjeringen et nytt langsiktig mål for Ventetidsløftet. Målet innebærer at pasienter normalt skal ha fått behandling eller være i gang med behandling innen 60 dager etter mottatt henvisning, med unntak for tilfeller der medisinske forhold tilsier senere behandling eller pasienten selv ønsker å utsette behandlingen (65).

Figur 6-4: Årsaker til at pasienter oppsøker private hudlegetjenester

Spørsmål til hudpasienter: Hva var de viktigste grunnene til at du oppsøkte en privat hudlege?

Spørsmål til hudleger: Hva opplever du er de viktigste årsakene til at pasienter oppsøker private hudlegetjenester?



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics. **Notat:** Noen av svaralternativene var formulert ulikt i de to undersøkelsene. For eksempel var alternativet «ventetid» i hudlegeundersøkelsen formulert som «Ventetiden i den offentlige tjenesten var for lang» i pasientundersøkelsen. Alternativene vurderes likevel å ha samme innholdsmessige betydning. I pasientundersøkelsen var det i tillegg et eget svaralternativ: «Jeg ble anbefalt å dra til en privat hudlege». Dette alternativet ble valgt av 22 prosent av respondentene, og inngikk ikke i hudlegeundersøkelsen.

6.4 Henvisning som inngang til tjenesten

Innholdet i henvisningen danner grunnlaget for spesialisthelsetjenestens vurdering av om pasienten har rett til nødvendig helsehjelp, samt hvilken prioritet pasienten skal gis. Opplysninger om diagnose, alvorlighetsgrad, symptombelastning og tidligere behandling er sentrale for vurderingen.

I intervju med hudleger kommer det frem at kvaliteten på henvisninger fra fastleger kan ha betydning for tilgang til hudleger og ventetid, ved at mer utfyllende henvisninger gir et bedre grunnlag for prioritering. Informantene viser blant annet til at en henvisning som kun beskriver akne, ikke nødvendigvis prioriteres høyt, mens en henvisning som også omtaler arrdannelse eller annen alvorlighetsgrad, kan gi grunnlag for høyere prioritet. Blir avhengig av enkeltpersoner, fastlegen hvorvidt man blir prioritert og får tilgang.

Videre peker flere hudleger med offentlig tilknytning på at pasienter som er henvist til den offentlige spesialisthelsetjenesten av privatpraktiserende hudlege, ofte har mer utfyllende og klinisk presise henvisninger. Dette kan medføre at pasienter som har mulighet til å oppsøke private tjenester først, får raskere tilgang til behandling i den offentlige spesialisthelsetjenesten, fordi henvisningene kan gi grunnlag for høyere prioritering.

6.5 Det private markedet får en større rolle

Private tilbud benyttes av pasienter som er villige til å betale for raskere tilgang til behandling, kortere reisevei eller for tjenester som i mindre grad tilbys i det offentlige, samt av pasienter som får tilgang gjennom privat helseforsikring. Det har vært en vridning mot økt bruk av private hudtilbud.

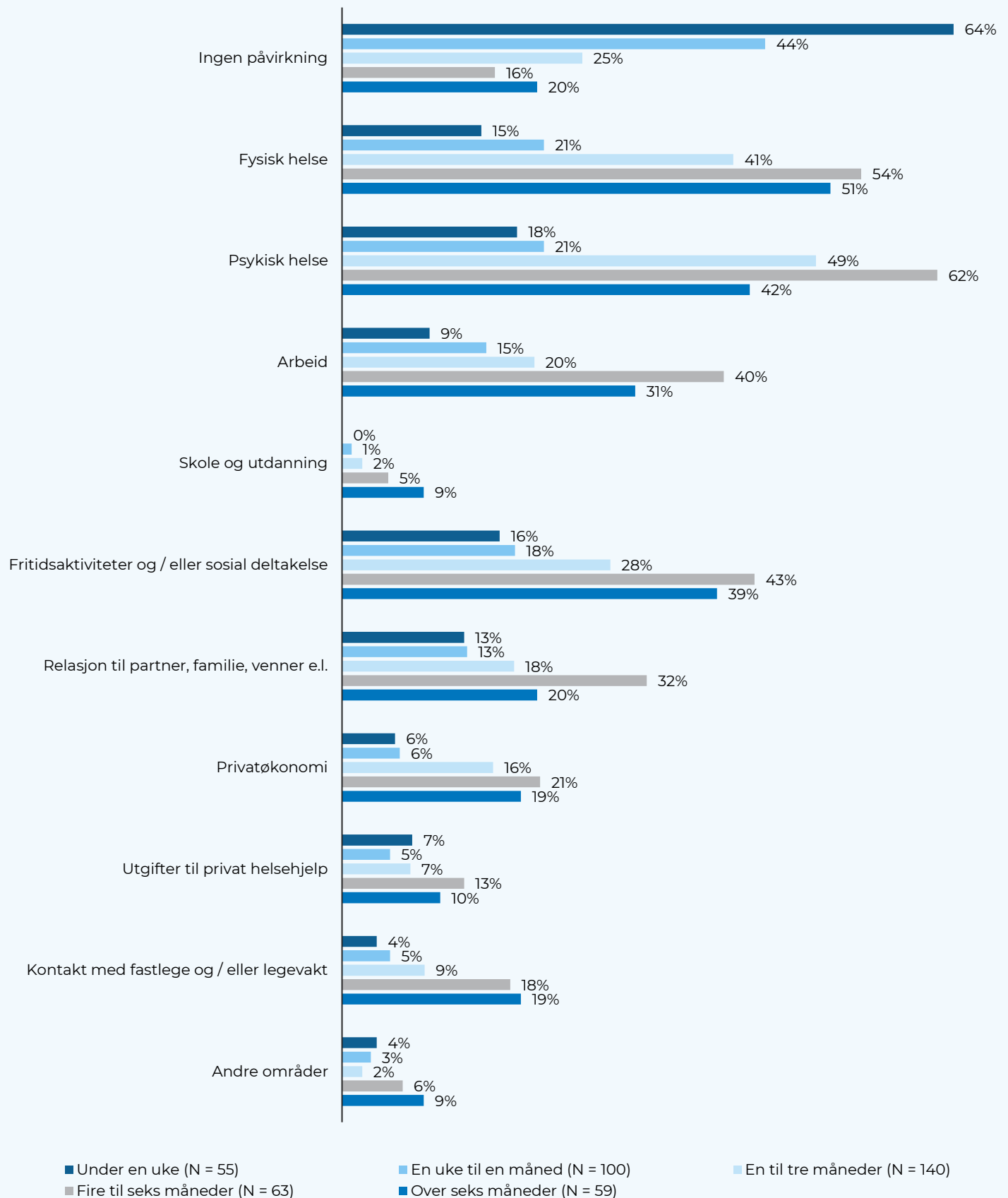
Denne utviklingen kan ses i sammenheng med økt tilgjengelighet av private tilbud. Flere aktører har etablert seg i markedet, og digitale konsultasjonsformer, som teledermatologi, har gjort det enklere for pasienter å oppsøke slike tjenester. I intervju med private hudleger fremheves det at private tilbud når pasientgrupper som tidligere ikke har hatt et geografisk nært tilbud, samt pasienter som i mindre grad har vært villige til å reise for å motta hudlegetjenester. Flere av hudlegene viser også til tilbakemeldinger fra pasienter om at de setter pris på å møte samme hudlege over tid. Hudlegene trekker frem kontinuitet i behandlerforholdet som en faktor som kan bidra til at enkelte pasienter velger private tilbud.

Samtidig trekkes ventetid i den offentlige spesialisthelsetjenesten frem som en sentral årsak til at pasienter oppsøker private tilbud. I spørreundersøkelsen blant hudleger oppgir 97 prosent at de anser ventetid som den viktigste årsaken til at pasienter velger private hudlegetjenester. Blant hudpasienter oppgir 54 prosent av de som har benyttet private tjenester, at ventetid var en av årsakene (Figur 6-4).

Flere hudleger viser også til at økt bruk av privat helseforsikring kan bidra til økt etterspørsel etter private tjenester, blant annet ved at pasienter tilbys rask tilgang til konsultasjon.

Figur 6-5: Pasientrapporterte konsekvenser av ventetid

Har ventetid på time hos hudlege påvirket noen av følgende områder av livet ditt?



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics. Merknad: Svaralternativet vet ikke/ønsker ikke å oppgi er ikke inkludert. Spørsmålet var et flervalgsspørsmål.

7. Veien videre

Økt etterspørsel etter hudtilbud, kombinert med begrenset vekst i tilgjengelige ressurser, tvinger frem behovet for tøffe prioriteringer. Det er behov for å utvikle helhetlige tiltak som legger til rette for effektiv ressursbruk, samtidig som at ressursene fordeles på en rettferdig måte. For at riktige tiltak prioriteres er det behov for å forstå virkninger av alternative tiltak, og ta innover seg både kostnader og nyttevirkninger på kort og lang sikt.

7.1 Økende etterspørsel

Hudsykdommer rammer mange mennesker, og medfører betydelige kostnader for helsetjenesten og samfunnet (48). Kostnadene oppstår i flere deler av helse- og omsorgstjenesten, og sykdommene påvirker både pasienter og deres pårørende på ulike måter. Tiltak for å redusere samfunnsbyrden knyttet til disse sykdommene vil kunne gi en rekke gevinster for den enkelte, helsetjenesten og samfunnet som helhet.

De samlede helsetjenestekostnadene knyttet til hudsykdommer vil trolig øke i tiden fremover. Ny forskning fra Universitetet i Oslo viser at kostnadene i helsetjenesten vil øke med om lag 70 prosent fra 2022 til 2050 ved fravær av tiltak (49). Dette innebærer en kostnadsvekst fra 11,3 milliarder til 18,9 milliarder kroner. Ifølge Kinge et al. (2023) skyldes økningen blant annet at etterspørselen etter hudtilbud forventes å øke som følge av en større og eldre befolkning.

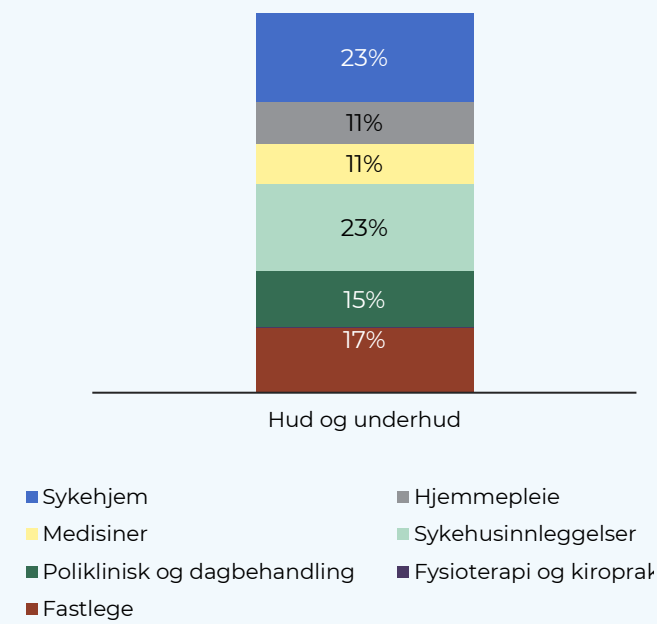
Hudleger som er intervjuet i forbindelse med denne kartleggingen, forventer også økt etterspørsel etter hudtilbud fremover. Informantene viser særlig til befolkningsvekst og økende levealder som sentrale drivere. Flere informanter peker også på at forventningene i befolkningen til hva helsetjenesten skal håndtere, og hvor raskt pasienter skal få tilgang til behandling, har økt. Ifølge informantene kan dette bidra til ytterligere press på tjenesten.

Flere informanter trekker frem at utviklingen av digitale løsninger kan påvirke etterspørselen etter hudtilbud. Digitale konsultasjoner og muligheten til å sende bilder av hudforandringer kan gjøre det enklere for pasienter å ta kontakt med

helsetjenesten, noe som ifølge informantene kan bidra til økt bruk av tjenestene.

Samtidig beskriver informantene at utviklingen i behandlingsmetoder kan redusere behovet for enkelte typer tjenestebruk. Nye behandlingsalternativer, blant annet systemiske behandlinger, har ifølge informantene redusert behovet for intensiv behandling og innleggelse ved enkelte hudsykdommer. Flere informanter opplever derfor at hudleger ved sykehus arbeider mer poliklinisk

Figur 7-1: Andel av totale helsetjenestekostnader for hudsykdommer ekskludert hudkreft



Tabell 7-1: Kostnadsøkning fra 2022 til 2050 (milliarder NOK)

Kostnadselement	Kostnad
Kostnad i 2022	11,26
Befolkningsøkning	2,16
Aldring	3,59
Forekomst	-2,08
Behandlingskostnad per pasient	3,96
Totalt	18,89

Kilde: Kinge et.al (2023) (48) & Kinge (2025) (49)

enn tidligere, og kan tilby mer effektiv behandling med mindre ressursbruk.

Reduksjon av sengeposter i takt med mer poliklinisk organisering beskrives av noen informanter som en naturlig og riktig utvikling. Andre informanter uttrykker imidlertid bekymring for at den geografiske tilgangen til sengeposter kan bli dårligere, og at enkelte pasienter derfor kan måtte reise langt for å få nødvendig behandling.

7.2 Rekruttering og sårbarhet

For å møte den forventede økningen i etterspørselen etter hudtilbud vil rekruttering til dermatologi og venerologi være en sentral faktor for kapasiteten i tjenesten også i årene fremover. Kontinuerlig rekruttering er viktig for å sikre et robust tjenestetilbud over hele landet.

Som beskrevet i kapittel 3 har antallet hudleger økt over tid, mens antallet avtalte årsverk for avtale-spesialister har vært relativt stabilt. Dersom antallet avtalte årsverk for avtalespesialister eller kapasiteten ved sykehusene ikke øker i takt med etterspørselen, kan den samlede kapasiteten i det offentlige hudlegetilbudet bli relativt sett lavere over tid. Deler av behovet kan dekkes av private aktører, men dette medfører økt risiko for uønskede forskjeller i befolkningens tilgang på tjenester og helse.

Rekruttering til spesialiteten

I intervjuer med hudleger fremkommer det at spesialistutdanningen i dermatologi og venerologi oppfattes som attraktiv. Flere informanter peker på at det ofte er mange søkere til utdanningsstillinger.

Resultatene fra spørreundersøkelsen blant hudleger gir et lignende bilde av rekrutteringssituasjonen. Et flertall av respondentene vurderer dagens rekruttering til spesialiteten som svært god eller god eller svært god (79 prosent). Samtidig oppgir 15 prosent at rekrutteringen er middels, mens 6 prosent vurderer rekrutteringen som dårlig eller svært dårlig (Figur 7-2).

Utdanningskapasitet

Hudlegene gir gjennom intervjuene ulike tilbakemeldinger på spørsmålet om dagens utdanningskapasitet er tilstrekkelig. Noen oppgir at det utdannes for få hudleger til å møte fremtidig etterspørsel, mens vurderer at nivået på utdanningen i seg selv er tilstrekkelig.

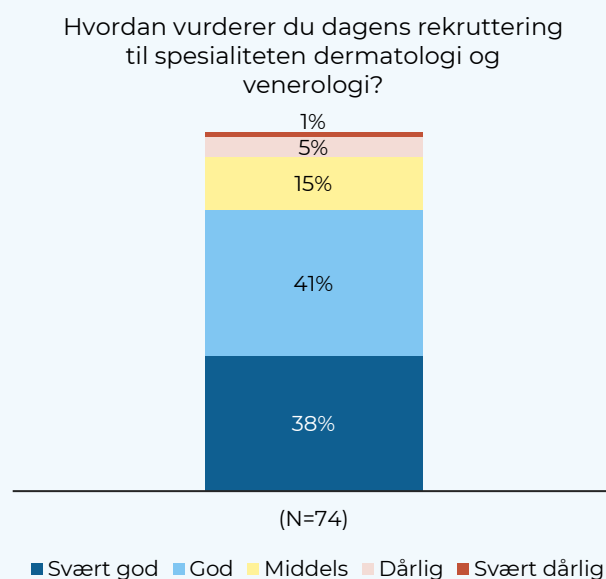
Spørreundersøkelsen blant hudleger viser også at vurderingene av utdanningskapasiteten varierer mellom regionene. Samlet oppgir et flertall av respondentene at antallet utdanningsstillinger (LIS-3 i dermatologi og venerologi) i helseregionen dekker behovet i tjenesten i stor grad eller i noen grad (75 prosent). Samtidig oppgir 18 prosent at behovet dekkes i liten grad, mens 1 prosent oppgir at det ikke dekkes i det hele tatt. Fem prosent oppgir at de ikke vet (Figur 7-4).

Rekruttering til offentlig tjenester

I intervjuene med hudleger fremkommer det at en del ferdige spesialister velger å arbeide i helprivat praksis etter endt spesialisering. Privat sektor beskrives av informantene som mer attraktiv for enkelte, blant annet på grunn av arbeidsvilkår og fleksibilitet. Hudlegene peker på at dette kan bidra til at kompetanse i mindre grad blir tilgjengelig i det offentlige hudlegetilbudet. Samtidig etterlyses tiltak som kan gjøre arbeid i offentlig sektor mer attraktivt. Andre peker på at det private tilbudet er et viktig komplement til den offentlige tjenesten, og at denne arbeidsdelingen fungerer bra. Det blir også trukket frem at det er nødvendig at flere arbeider i privat sektor ettersom det utdannes flere hudleger enn det er stillinger tilgjengelig i det offentlige.

Informantene viser også til eksempler på geografiske forskjeller i rekrutteringssituasjonen. Enkelte regioner og fylker oppleves som mer krevende å rekruttere til enn andre. I intervjuene trekkes blant annet Møre og Romsdal og Agder frem som områder der det har vært utfordringer med å rekruttere hudleger til stillinger ved sykehus.

Figur 7-2: Hudlegers vurdering av rekruttering



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics.

Betydningen av fagmiljø

Flere informanter fremhever betydningen av sterke fagmiljøer for rekruttering og for å beholde hudleger i tjenesten. Det pekes blant annet på at færre solopraksiser og flere arbeidsssteder der flere hudleger arbeider sammen, kan bidra til å styrke fagmiljøet og gjøre arbeidsplassene mer attraktive.

Spørreundersøkelsen blant hudleger viser også at fagmiljøets størrelse oppleves som viktig. Et flertall av respondentene oppgir at fagmiljøets størrelse spiller inn i stor grad eller i noen grad på motivasjonen for å arbeide innen dermatologi og venerologi (70 prosent) (Figur 7-5).

Små fagmiljøer kan utgjøre en sårbarhet for tjenesten. I miljøer med få spesialister kan tjenestetilbudet bli mer avhengig av enkeltpersoner, noe som kan gjøre rekruttering, faglig utvikling og stabil drift mer utfordrende.

7.3 Videreutvikling av tjenesten

I spørreundersøkelsen blant hudpasienter ble respondentene spurt om hva de mener er de

viktigste forholdene for å videreutvikle hudlegetilbudet. Forholdene som ble vurdert som viktigst, var mer helhetlig behandling, kortere ventetid, bedre kommunikasjon mellom fastlege og hudlege, samt flere offentlige tilbud (Figur 7-3).

Fremover vil det være helt avgjørende å forstå hvilke konsekvenser ulike tiltak faktisk medfører, både for pasientbehandling, ressursbruk og kapasitet i tjenestene. Tilgang til pålitelige og relevante data gir beslutningstakere et bedre grunnlag for å prioritere tiltak som gir størst nytte. Dette bidrar til en mer målrettet og effektiv utnyttelse av ressursene, samtidig som man kan unngå tiltak som gir liten effekt eller utilsiktede negative konsekvenser.

Samtidig vil helsetjenesten i årene fremover stå overfor behovet for stadig tøffere prioriteringer. Med økende etterspørsel og begrensede ressurser blir det viktig å sikre at innsatsen rettes mot de områdene som gir størst verdi for pasientene og samfunnet. En systematisk tilnærming til prioritering er derfor nødvendig for å opprettholde og videreutvikle et bærekraftig tjenestetilbud innenfor de rammene som er tilgjengelige

Figur 7-3: Pasienters vurdering av tiltak for å videreutvikle hudlegetilbudet

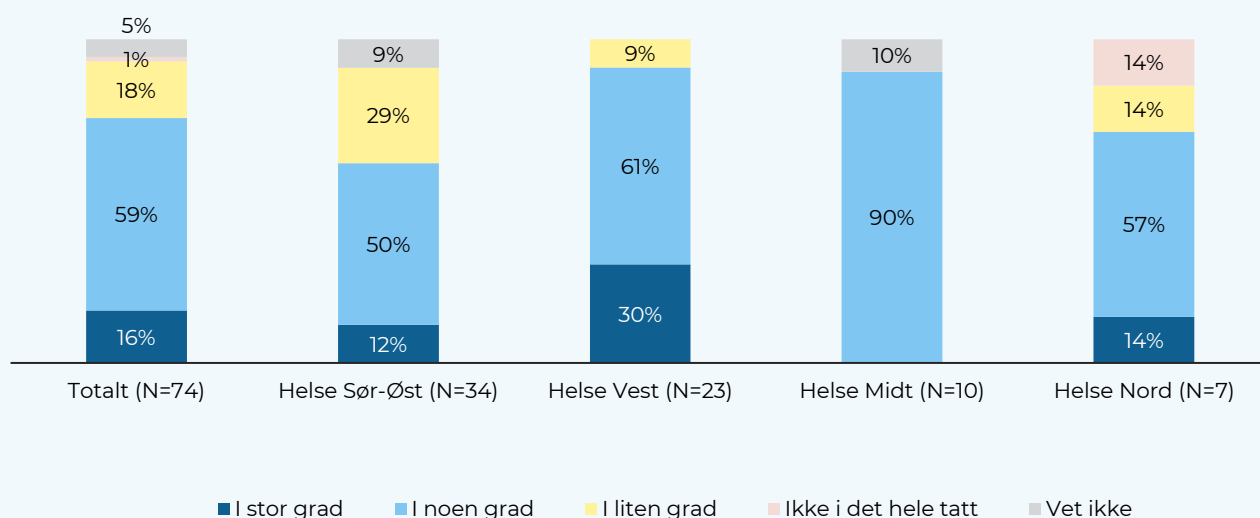
Hva mener du er de viktigste faktorene for å videreutvikle hudlegetilbudet?



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics. Note: Figuren viser vektet gjennomsnitt av pasientenes vurderinger. Svarene er gitt på en skala fra 1 til 5, der 1 = «Ikke viktig» og 5 = «Svært viktig».

Figur 7-4: Hudlegers opplevelse av antall utdanningsstillinger

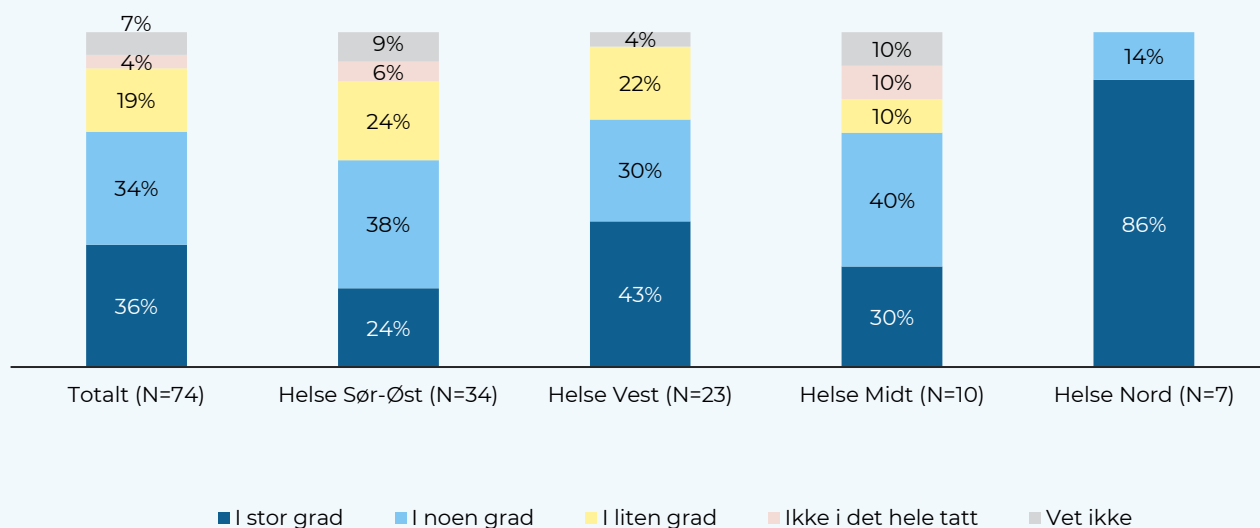
I hvilken grad opplever du at antallet utdanningsstillinger (LIS-3 i dermatologi og venerologi) i din helseregion dekker behovet i tjenesten?



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics.

Figur 7-5: Hudlegers opplevelse av størrelse på fagmiljø

I hvilken grad spiller fagmiljøets størrelse inn på din motivasjon for arbeid i området?



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics.

8. Referanser

1. **Borge, Randi Hovden, Johannessen, Håkon A og Alfonso, Jose Hernán.** Psychosocial work exposures as risk factors for skin problems. *International Archives of Occupational and Environmental Health*. 2025, 98, ss. 309-319.
2. **Olivier, C, et al.** The Risk of Depression, Anxiety, and Suicidality in Patients With Psoriasis: A Population-Based Cohort Study. *Arch Dermatol*. 146, 2010, 8, ss. 891-895.
3. **Padovan, Martina, et al.** Assessing the burden of dermatological diseases on work life from a gender perspective. *Scientific Reports*. 2025, 15.
4. **Helsedirektoratet.** Prioriteringsveileder. Hud- og veneriske sykdommer. 2015.
5. **Meld. St.21 (2024–2025).** Helse for alle. Rettferdig prioritering i vår felles helsetjeneste. s.l. : Helse- og omsorgsdepartementet.
6. **Helse Nord.** Regional plan for hudsykdommer i Helse Nord. 2014.
7. **Finans Norge.** Helseforsikring. *Finans Norge*. [Internett] [Sisert: 27 April 2026.] <https://www.finansnorge.no/tema/statistikk-og-analyse/forsikring/helseforsikring/#behandling>.
8. **Martinussen, Pål E og Nordheim, Oda.** Somebody get me a doctor: Voluntary health insurance, social background and subjective health in Europe, 2002–2022. *Health Policy*. 2026, 168.
9. **Siciliani, L., Borowitz, M og Moran, V.** *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* s.l. : OECD Publishing, 2013. 978-92-64-17908-0.
10. **Statistisk sentralbyrå.** Tabell 07459: Befolkning, etter region og år. Ssb. [Internett] 25 Februar 2026. [Sisert: 19 Mars 2026.] <https://www.ssb.no/statbank/table/07459>.
11. **Solberg, Silje Michelsen.** Psoriasis in Norway: A Prescription-based Registry Study of Incidence and Prevalence. *Acta dermato-venereologica*. 2023, 103.
12. **Danielsen, K, et al.** Is the prevalence of psoriasis increasing? A 30-year follow-up of a population-based cohort. *The British Journal of Dermatology*. 168, 2013, 6, ss. 1303-1310.
13. **Modalsli, Ellen Heilman, et al.** Validity of Self-Reported Psoriasis in a General Population: The HUNT Study, Norway. *The Journal of investigative dermatology*. 2016, 136, ss. 323-325.
14. **Skjerven, Håvard Ove, et al.** Early food intervention and skin emollients to prevent food allergy in young children (PreventADALL): a factorial, multicentre, cluster-randomised trial. *The Lancet*. 2022, 399, ss. 2398-2411.
15. **Berents, T.L, et al.** Vitamin D levels and atopic eczema in infancy and early childhood in Norway: a cohort study. *British Journal of Dermatology*. 2016, 175, ss. 95-101.
16. **Sørensen, M, et al.** Allergic disease and Staphylococcus aureus carriage in adolescents in the Arctic region of Norway. *Pediatric allergy and immunology*. 2016, 27, ss. 728-735.
17. **Abuabara, K, et al.** The prevalence of atopic dermatitis beyond childhood: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Allergy*. 2018, 73, ss. 696-704.
18. **Alinaghi, Farzad, et al.** Prevalence of contact allergy in the general population: A systematic review and meta-analysis. *Contact dermatitis*. 2018.
19. **Vindenes, Hilde Kristin, et al.** Prevalence of, and work-related risk factors for, hand eczema in a Norwegian general population (The HUNT Study). *Contact Dermatitis*. 2017, 77.
20. **Psoriasis- og eksemforbundet.** Hva er HS? *Hudportalen*. [Internett] 2026. [Sisert: 23 Mars 2026.] <https://hudportalen.no/hidradenitis-suppurativa-hs/hva-er-hs>.
21. **Ingram, John R.** The epidemiology of hidradenitis suppurativa. *The British journal of dermatology*. 2020, 183, ss. 990-998.
22. **Psoriasis- og eksemforbundet.** Hva er kronisk urtikaria? *Hudportalen*. [Internett] [Sisert: 23 Mars 2026.] <https://hudportalen.no/kronisk-urtikaria-elveblest/hva-er-kronisk-urtikaria>.
23. **Norsk legemiddelhåndbok.** T16.8.9.1 Urtikaria. *Norsk legemiddelhåndbok*. [Internett] 1 Januar 2026. [Sisert: 19 Juni 2026.] <https://www.legemiddelhandboka.no/T16.8.9.1/Urtikaria>.
24. **Folkehelseinstituttet.** *Cancer in Norway 2025. Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. 2026.
25. **Helsenorge.** Hudkreft. [Internett] 2025. [Sisert: 18 Juni 2026.] <https://www.helsenorge.no/sykdom/kreft/hudkreft/>.

26. **Norsk pasientregister.** Aktivitet i somatiske sykehus, spesialisthelsetjenesten. *FHI*. [Internett] 2026. [Sisert: 19 Juni 2026.] https://statistikk.fhi.no/npr/CJV3rajEfU8up3HsaoID-oJ5LQC0e-R_wxSjhpYH4A.
27. **Finstad, Regine L. E. Katrine, et al.** Hidradenitis suppurativa – nye behandlingsmuligheter på vei. *Tidsskriftet*. 2025, Vol. 145, 1.
28. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Grunnstrukturen i helsetenesta. [Internett] 2025. [Sisert: 24 Mars 2026.] <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/innsikt/grunnstrukturen-i-helsetenesta/id227440>.
29. **Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) (LOV-2011-06-24-30).** *Helse- og omsorgsdepartementet*.
30. **Helsedirektoratet.** 555 millioner til allmennleger i spesialisering. [Internett] 2025. [Sisert: 24 Mars 2026.] <https://www.helsedirektoratet.no/nyheter/555-millioner-til-allmennleger-i-spesialisering>.
31. **Helsenorge.** Rett til fastlege. [Internett] 2025. [Sisert: 24 Mars 2026.] <https://www.helsenorge.no/fastlegen/om/rett-til-fastlege>.
32. **Helsedirektoratet.** Vedlegg 1.15. Ansvar. [Internett] 2019. [Sisert: 25 Mars 2026.] <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/palliasjon-i-kreftomsorgen-handlingsprogram/organisering>.
33. **Meld. St. 23 (2024-2025).** Fornye, forsterke, forbedre: Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus. *Helse- og omsorgsdepartementet*. [Internett] 10 April 2025. [Sisert: 18 Juni 2026.] <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-23-20242025/id3096890/>.
34. **Helsedirektoratet.** Legevakt og legevaktsentral. 4. Definisjoner. [Internett] 2025. [Sisert: 24 Mars 2026.] <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/legevakt-og-legevaktsentral>.
35. **Meld. St. 23 (2024-2025).** Fornye, forsterke, forbedre. *Framtidens allmennlegetjenester og akuttmedisinske tjenester utenfor sykehus, Helse- og omsorgsdepartementet*. 2025.
36. **Helsenorge.** Rett til nødvendig hjelp fra spesialisthelsetjenesten. [Internett] 2023. [Sisert: 25 Mars 2026.] <https://www.helsenorge.no/rettigheter/sykehus-og-spesialist/rett-til-nodvendig-helsehjelp>.
37. **NDLA.** Spesialisthelsetjenesteloven. [Internett] 2026. [Sisert: 2026 Mars 2026.] <https://ndla.no/nb/r/yrkesliv-i-helsearbeiderfag-hs-hea-vg2/spesialisthelsetjenesteloven/a668640e1e>.
38. **Den norske legeforening.** Hud- og veneriske sykdommer. [Internett] [Sisert: 25 Mars 2026.] <https://www.legeforeningen.no/fag/spesialiteter/Hud-og-veneriske-sykdommer/>.
39. **Teresa Victoria Løvold Berents, Christian Dotterud, Elling Atle Faleide, Kristine Kirkeby Fuskeland, Trude Gildestad, Stina Camilla Gundersen, Lotte Haavik, Lene Helland, Elisabeth Lange, Astrid Haaskjold Lossius, Elin Martinsen, Hilde Olset, Ingvild Gaar.** Felles fagprosedyrer for barn med atopisk eksem. *Tidsskrift for Den norske legeforening*. 144, 2024.
40. **NOU 2020: 13.** *Private aktører i velferdsstaten. Velferdstjenesteutvalgets delutredning I og II om offentlig finansierte velferdstjenester. Nærings- og fiskeridepartementet*. 2020.
41. **Statistisk sentralbyrå.** Tabell 07935: Spesialistutdanning. 4.kvartal, etter spesialisitet og år. [Internett] 2026. [Sisert: 19 Juni 2026.] <https://www.ssb.no/statbank/table/07935>.
42. —. Tabell 14080: Årsverk for legespesialister og psykologer i spesialisthelsetjenesten, etter spesialisitet, år, region og tjenesteområde. [Internett] 2026. [Sisert: 19 Juni 2026.] <https://www.ssb.no/statbank/table/14080>.
43. **Norsk forening for dermatologi og venerologi.** *Innkalling og forslag til sakliste for Generalforsamling i NFDV*. 2024.
44. **Helsedirektoratet.** Om prioritering i pasient- og brukerrettighetsloven og prioriteringsforskriften. 3. Når henvisning mottas. [Internett] 2024. [Sisert: 18 Juni 2026.] <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/om-prioritering-i-pasient-og-brukerrettighetsloven-og-prioriteringsforskriften/nar-henvisning-mottas>.
45. **Norsk legemiddelhåndbok.** T16.4 Psoriasis. [Internett] 2026. [Sisert: 19 Juni 2026.] <https://www.legemiddelhandboka.no/T16.4/Psoriasis>.
46. **Helse- og omsorgsdepartementet.** Fakta om ventetider. [Internett] 2026. [Sisert: 19 Juni 2026.] <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/fakta-om-ventetider/id3044744/>.

47. —. NOU 2023: 4 Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. 2023.

48. **Jonas Minet Kinge, Joseph L. Dieleman, Øystein Karlstad, Ann Kristin Knudsen, Søren Toksvig Klitkou, Simon I. Hay, Theo Vos, Christopher J. L. Murray, Stein Emil Vollset.**

Disease-specific health spending by age, sex, and type of care in Norway: a national health registry study. s.l. : BMC Medicine, 2023.

49. **Jonas Minet Kinge, Henning Øien, Joseph L. Dieleman, Bjørn-Atle Reme, Ann Kristin Skrindo Knudsen, Geir Godager, Geir Selbæk, Jan C. Frich, Enis Bariş, Christopher J. L. Murray and Stein Emil Vollset.** *Forecasting total and cause-specific health expenditures for 116 health conditions health expenditures for 116 health conditions.* s.l. : BMC Medicine, 2025.

50. **Helsedirektoratet.** *Behandlingsavklaringer ved begrenset forventet levetid (HØRINGSUTKAST).* 2025.

51. **Langeland, Tor og Holm, Jan-Øivind.** Kontakteksem. *Store norske leksikon.* [Internett] 22 November 2024. <https://sml.snl.no/kontakteksem>.

52. **Hoff, Mari, et al.** Prevalence and incidence rates of psoriatic arthritis in central Norway: data from the Nord-Trøndelag health study (HUNT). *Annals of the rheumatic diseases.* 2015, 73, ss. 60-64.

53. **Psoriasis- og eksemforbundet.** Hva er atopisk eksem? *Hudportalen.* [Internett] 2026. [Sisert: 17 Mars 2026.] <https://hudportalen.no/atopisk-eksem/hva-er-atopisk-eksem>.

54. —. Hva er psoriasis? *Hudportalen.* [Internett] 2026. [Sisert: 23 Mars 2026.] <https://hudportalen.no/psoriasis/hva-er-psoriasis>.

55. —. Hva er psoriasisartritt (PsA)? *Hudportalen.* [Internett] 2026. [Sisert: 23 Mars 2026.] <https://hudportalen.no/psoriasisartritt/hva-er-psoriasisartritt>.

56. **Helse Sør-Øst.** *Hva er ventetidsløftet?* 2024.

57. **Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering.** Interregionalt klinisk dashboard. *SKDE.* [Internett] 24 April 2026. [Sisert: 18 Mai 2026.] <https://analyser.skde.no/no/klinisk-dashbord>.

58. **Helsedirektoratet.** *Prioriteringsveileder. Hud- og veneriske sykdommer. 3. Om prioriteringsveilederen.* 2025.

59. **Norsk legemiddelhåndbok.** T16.2.1 Kontakteksem. *Legemiddelhandboka.* [Internett] 2026. [Sisert: 23 Mars 2026.]

<https://www.legemiddelhandboka.no/T16.2.1/Kontakteksem>.

60. **Forskrift om fastlegeordning i kommunene (fastlegeforskriften) (FOR-2025-12-02-2405).** [Internett] [Sisert: 19 Juni 2026.]

61. **Helsedirektoratet.** Fastlegen og sykehjemslegen har ansvar for at det gjøres behandlingsavklaringer hos pasienter med begrenset forventet levetid. [Internett] [Sisert: 25 Mars 2026.]

62. —. Prioriteringer i helsetjenesten. [Internett] 2024. [Sisert: 17 Mars 2026.] <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/nasjonale-veiledere/prioriteringsveileder-info-om-lov-og-forskrift#prioriteringer-i-helsetjenesten>.

63. **Statistisk sentralbyrå.** Tabell 13982: Spesialisthelsetjenesten. Befolkning, etter region, år, tjenesteområde og kjønn. [Internett] 2025. [Sisert: 19 Juni 2026.] <https://www.ssb.no/statbank/table/13982>.

64. **Helse Nord, Helse Midt-Norge, Helse Vest , Helse Sør-Øst.** Utvikling og modernisering av avtalespesialistordningen. [Internett] 2023. [Sisert: 19 Juni 2026.] <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/yf/praktiserende-spesialisters-landsforening/aktuelt/rapport-utvikling-og-modernisering/>.

65. **Helse- og omsorgsdepartementet, Statsministerens kontor.** Regjeringen. *Pasienter skal normalt ha fått behandling eller være i gang med behandling innen 60 dager.* [Internett] 2026. [Sisert: 19 Juni 2026.] <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/nytt-ventetidsmal-i-sykehusene-pasienter-skal-normalt-ha-fatt-behandling-eller-vare-i-gang-med-behandling-innen-60-dager2/id3166801/>.

9. Vedlegg

Vedlegg A: Oversikt over hudavdelinger

Vi har kartlagt hudtilbudet ved helseforetakene ved å systematisk gjennomgå offentlig tilgjengelig informasjon på sykehusenes nettsider (merk: avtalespesialister er ikke inkludert). Samtlige helseforetak som SSB rapporterer at har tilknyttede årsverk innen hud- og veneriske sykdommer i somatisk behandling, inngår i kartleggingen. Informasjonen er ikke verifisert av de enkelte institusjonene, og det kan derfor forekomme unøyaktigheter, mangler eller senere endringer i tjenestetilbudet. Gjennomgangen ble gjennomført i september 2025.

Tabell 9-1: Lokasjon for hudtilbud tilknyttet offentlige helseforetak

Behandlingssted	Helseforetak	Hudtilbud
Hammerfest	FINNMARKSSYKEHUSET HF	Hudpoliklinikk
Kirkenes	FINNMARKSSYKEHUSET HF	Hudpoliklinikk
Klinikk Alta	FINNMARKSSYKEHUSET HF	Hudenhet
Spesialistlegesenteret i Karasjok	FINNMARKSSYKEHUSET HF	Hudlege fast
Harstad	UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF	Nevro, hud- og revmatologisk avdeling
Narvik	UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF	Hudpoliklinikk
Tromsø	UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF	Hud og revmatologisk poliklinikk og Lysenheten
Distriktsmedisinsk senter Midt-Troms, Finnsnes	UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF	Hudpoliklinikk
Sonjatun helsesenter	UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE HF	Hudlege ambulerer fra UNN Tromsø
Bodø	NORDLANDSSYKEHUSET HF	Medisinsk klinikk, Hud poliklinikk
Mosjøen	HELGELANDSSYKEHUSET HF	Hud poliklinikk
Stavanger	HELSE STAVANGER HF	Hudavdeling
Haugesund Sanitetsforenings Revmatismesykehus AS (HSR)	Avtale med Helse Vest RHF	Hudavdeling
Haukeland	HELSE BERGEN HF	Hudavdeling
Førde	HELSE FØRDE HF	Hudavdeling
Lærdal	HELSE FØRDE HF	Hudpoliklinikk
Nordfjord	HELSE FØRDE HF	Hudpoliklinikk
Sunnfjord medisinske senter	HELSE FØRDE HF	Hudavdeling
Sogndal (Rutlin)	HELSE FØRDE HF	Hudpoliklinikk
Orkdal	ST OLAVS HOSPITAL HF	Hudpoliklinikk
St. Olavs hospital	ST OLAVS HOSPITAL HF	Hudavdeling
Ålesund	HELSE MØRE OG ROMSDAL HF	Hudpoliklinikk
Rikshospitalet	OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer
Gaustad sykehus – Villa Derma	OSLO UNIVERSITETSSYKEHUS HF	Avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer
Sjukehuset Nordmøre og Romsdal Kristiansund	HELSE MØRE OG ROMSDAL HF	Avdeling for revmatologi, hud- og infeksjonssykdommer

Vedlegg B: Definisjon diagnoser

KUHR er et system som håndterer refusjonskrav fra behandlere og helseinstitusjoner til staten (Helfo). Data dekker informasjon om behandlinger hos fastlege, legevakt og avtalespesialister. Vi innhentet data på pasienter som har mottatt behandling for én eller flere av følgende sykdommer: Psoriasis, atopisk- og kontaktdermatitt, urticaria, svettekjertelsykdom og malignt melanom og andre ondartede svulster i hud.

Tabell 9-2: Diagnoser og diagnosekoder inkludert

ICPC-2		ICD10	
S91	Psoriasis	L40.0	Psoriasis
S87	Atopisk dermatitt/eksem	L40.1	Generalisert pustuløs psoriasis
S88	Kontaktdermatitt/allergisk dermatitt IKA	L40.3	Pustulosis palmaris et plantaris
S98	Urticaria	L40.4	Guttat psoriasis
S92	Svettekjertelsykdom	L40.8 - L40.9	Annen spesifisert psoriasis og uspesifisert psoriasis
		L20 - L20.9	Atopisk dermatitt og uspesifisert atopisk dermatitt
		L50	Urticaria
		L73.2	Purulent hidradenitt (hidradenitis suppurativa)
		L30.8	Annen spesifisert dermatitt
		L30.9	Uspesifisert dermatitt
		C43-C44	Malignt melanom og andre ondartede svulster i hud

Vedlegg C: Spørreundersøkelser

Spørreundersøkelse blant hudleger

Vi har gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot spesialister i hud- og veneriske sykdommer. Temaer i undersøkelsen var organisering og arbeidsoppgaver, tilbud og tilgjengelighet og rekruttering.

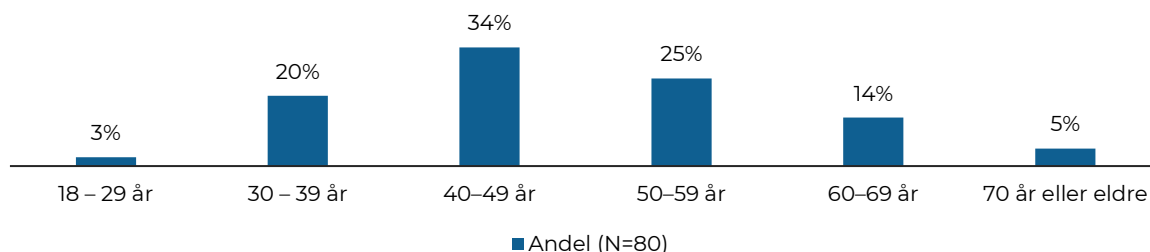
Relevante resultater fra spørreundersøkelsen er presentert i rapporten eller nedenfor. Enkelte spørsmål ble kun gitt til de respondentene som var relevante for spørsmålet. For eksempel ble utdypende spørsmål om helprivat praksis kun gitt til hudleger som oppga at de arbeidet som helprivate.

Spørreundersøkelsen ble lansert på Norsk forening for dermatologi og venerologi (NFDV) sitt høstmøte 31. oktober 2025. Publikum i salen fikk anledning til å scanne en QR-kode og besvare undersøkelsen. NFDV distribuerte også invitasjon til undersøkelsen via e-post til sine medlemmer. Undersøkelsen ble åpnet 31. oktober og avsluttet 16. april 2026. I løpet av gjennomføringsperioden sendte NFDV ut påminnelser om undersøkelsen på e-post.

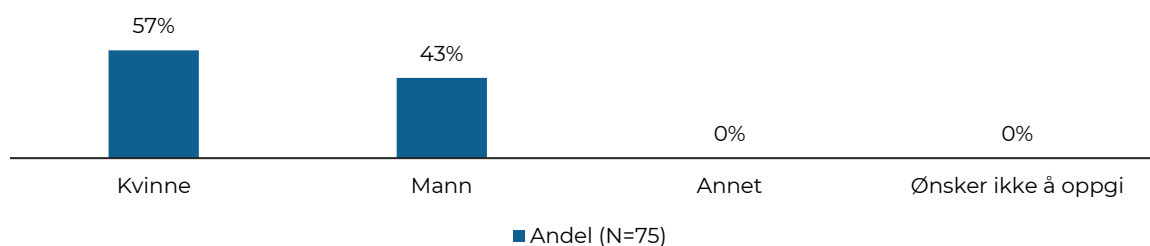
Totalt samtykket 80 respondenter til å delta i spørreundersøkelsen til hudleger. Dette tilsvarer en svarprosent på 29 prosent.

Figur 9-1: Kjennetegn ved hudlegene som besvarte spørreundersøkelsen

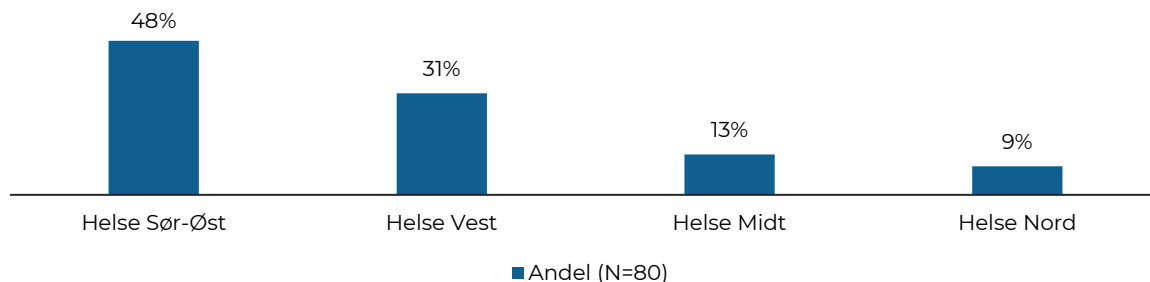
a) Alder



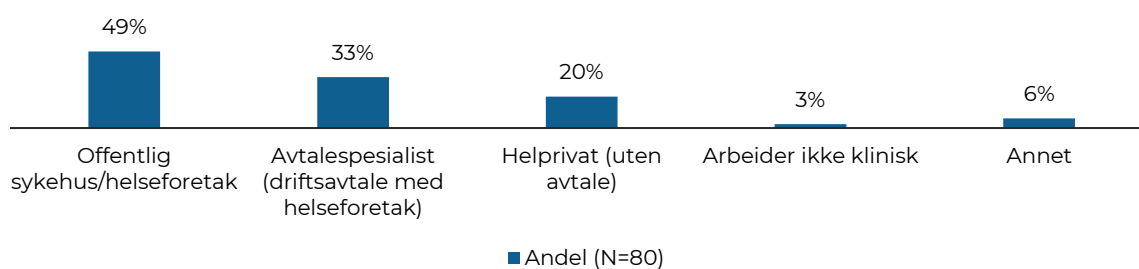
b) Kjønn



c) Helseregion



d) Klinisk virksomhet*



* Det var mulig å oppgi flere svar, derfor summerer andelene seg til over 100 prosent.

Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics.

Supplerende resultater fra spørreundersøkelsen til hudleger

Tabell 9-3: I hvilken grad opplever du at fastleger henviser i tråd med faglige retningslinjer?

Prosentvis fordeling.

Svaralternativ	Alle
Ikke i det hele tatt	0 %
I liten grad	8 %
I noen grad	53 %
I stor grad	34 %
Vet ikke	5 %
N	67

Tabell 9-4: I hvilken grad opplever du at arbeidsoppgaver varierer mellom helprivate og offentlige hudlegestillinger?

Prosentvis fordeling.

Svaralternativ	Alle
Ikke i det hele tatt	4 %
I liten grad	16 %
I noen grad	50 %
I stor grad	21 %
Vet ikke	9 %
N	80

Tabell 9-5: Omtrent hvor mange av pasientene du vurderer, tror du ville hatt rett til behandling i det offentlige hudtilbudet?

Prosentvis fordeling. [Spørsmålet gis kun til hudleger som oppgir å være helprivate.]

Svaralternativ	Alle
Ingen (0 prosent)	0 %
Færre enn 25 prosent	0 %
25 – 50 prosent	21 %
51 – 75 prosent	29 %
Mer enn 75 prosent	50 %
Vet ikke / Ønsker ikke å oppgi	0 %
N	14

Tabell 9-6: Er det pasientgrupper som etter din vurdering har vanskeligere med å få tilgang til hudlegetjenester enn andre?

Prosentvis fordeling.

Svaralternativ	Alle	Helse Sør-Øst	Helse Vest	Helse Midt-Norge	Helse Nord
Ja	47 %	62 %	26 %	20 %	86 %
Nei	23 %	21 %	22 %	40 %	14 %
Vet ikke	30 %	18 %	52 %	40 %	0 %
N	74	34	23	10	7

Tabell 9-7: Hva opplever du er årsaken til forskjeller i tilgang til hudlegetjenester?

Prosentvis fordeling. [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Ja» på spørsmålet: «Er det pasientgrupper som etter din vurdering har vanskeligere med å få tilgang til hudlegetjenester enn andre?».]

Svaralternativ	Alle
Diagnose	35%
Andre forhold	60%
Vet ikke	5%
N	37

Tabell 9-8: Hvilke diagnoseområder gjelder det?

Prosentvis fordeling. [Spørsmålet gis kun til de som har svart «Ja» på spørsmålet: «Er det pasientgrupper som etter din vurdering har vanskeligere med å få tilgang til hudlegetjenester enn andre?» og «Diagnose» på spørsmålet «Hva opplever du er årsaken til forskjeller i tilgang til hudlegetjenester?».]

Svaralternativ	Alle
Godartede svulster	33%
Maligne tilstander (inkludert melanom)	0%
Psoriasis og eksem	25%
Hidradenitis suppurativa	33%
Andre inflammatoriske hudsykdommer	17%
Akne	50%
Kosmetiske problemstillinger	42%
Forhold som ikke er relatert til diagnose	0%
Annet	42%
Vet ikke	0%
N	12

Spørreundersøkelse blant hudpasienter

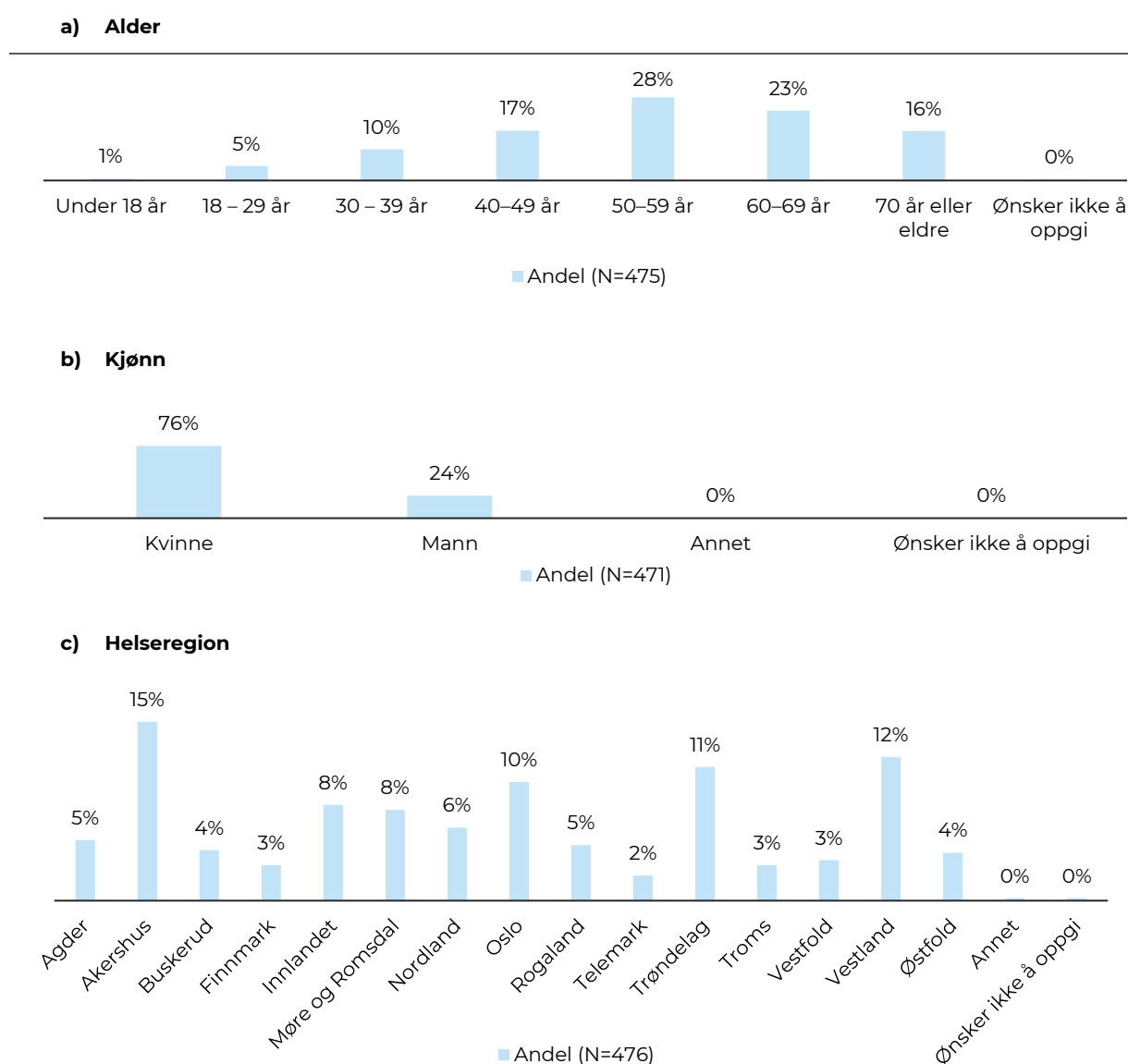
Vi har gjennomført en spørreundersøkelse rettet mot hudpasienter. Temaer i undersøkelsen var tilgang og ventetid, barrierer for behandling og bakgrunnsinformasjon. Relevante resultater fra spørreundersøkelsen er presentert i rapporten eller under. Fullstendig oversikt over spørsmålene i spørreundersøkelsen med resultater kan oppgis på forespørsel.

Enkelte spørsmål ble kun gitt til de respondentene som var relevante for spørsmålet. For eksempel ble utdypende spørsmål om konsultasjon hos privat hudlege kun gitt til pasienter som oppga at de tidligere hadde oppsøkt privat hudlege. Ikke alle respondenter svarte på alle spørsmål, noe som forklarer variasjon i antall respondenter på spørsmålene.

Spørreundersøkelsen ble lansert på Psoriasis- og eksemforbundets (PEF) høstkonferanse 25. oktober 2025. Publikum i salen fikk anledning til å scanne en QR-kode og besvare undersøkelsen. PEF distribuerte også QR-koden til sine medlemmer via nyhetsbrev, på nettsiden og i sosiale medier. Undersøkelsen ble åpnet 25. oktober og avsluttet 16. april 2026. I løpet av gjennomføringsperioden sendte PEF ut påminnelser om undersøkelsen i nyhetsbrev, samt delte den i sine kanaler.

Totalt samtykket 483 respondenter til å delta i spørreundersøkelsen til spesialister i hud- og veneriske sykdommer. Det er uklart hvor stor andel av populasjonen dette utgjør, siden det er knyttet noe usikkerhet til forekomsten av de ulike hudsykdommene i Norge.

Figur 9-2: Kjennetegn ved hudpasientene som besvarte spørreundersøkelsen



Kilde: Spørreundersøkelse gjennomført av Oslo Economics.

Supplerende resultater fra spørreundersøkelsen til hudpasienter

Tabell 9-9: Har du tidligere oppsøkt en privat hudlege?

Prosentvis fordeling.

Svaralternativ	Alle
Ja	32 %
Nei	67 %
Vet ikke / Ønsker ikke å oppgi	1 %
N	430

Tabell 9-10: Har du privat helseforsikring som dekker hudlegebehandling?

Prosentvis fordeling.

Svaralternativ	Alle
Ja	5 %
Nei	86 %
Vet ikke / Ønsker ikke å oppgi	9 %
N	471

Tabell 9-11: Opplevde du at du fikk den hjelpen du hadde behov for hos privat hudlege?

Prosentvis fordeling. Spørsmålet ble kun stilt til respondenter som svarte «Ja» på spørsmål om de tidligere har oppsøkt en privat hudlege.

Svaralternativ	Alle
Ja, jeg fikk den hjelpen jeg hadde behov for hos privat hudlege	48 %
Delvis, jeg måtte også oppsøke offentlig hudlege for videre behandling	30 %
Nei, jeg fikk ikke den behandlingen jeg trengte	17 %
Vet ikke / Ønsker ikke å oppgi	4 %
N	172

Tabell 9-12: Har du noen gang latt være å oppsøke hudlege på grunn av lang ventetid?

Prosentvis fordeling.

Svaralternativ	Alle
Ja	32 %
Nei	66 %
Vet ikke / Ønsker ikke å oppgi	2 %
N	471

Vedlegg D: Intervjuer med hudleger

Det var planlagt to intervjurunder med spesialister i hud- og veneriske sykdommer. Formålet var å innhente hudlegers erfaringer og få utdypende informasjon om temaene som ble belyst i spørreundersøkelsen.

Metode

Intervjuene ble gjennomført som semistrukturerte intervjuer. I semistrukturerte intervjuer tas det utgangspunkt i en felles intervjuguide, samtidig som det er rom for oppfølgingsspørsmål og utdypinger underveis.

Intervjuguiden var strukturert rundt de samme hovedtemaene som spørreundersøkelsen.

Temaene i intervjuguiden var:

- Arbeidsoppgaver og organisering
- Tilbud og tilgjengelighet
- Rekruttering og fremtidsperspektiv

Spesialister i hud- og veneriske sykdommer ble invitert til å delta via e-post. Invitasjonen inneholdt informasjon om formålet med intervjuene og den praktiske gjennomføringen. Intervjuguiden ble sendt til deltakerne i forkant, slik at de kunne forberede seg til intervjuet.

Innledende intervjuer høsten 2025

De innledende intervjuene ble gjennomført høsten 2025. Formålet med disse intervjuene var å utforske sentrale problemstillinger og gi grunnlag for videre utvikling av temalisten til hovedintervjuene. Det ble gjennomført to innledende intervjuer.

Intervjuer våren 2026

Den andre intervjurunden ble gjennomført i perioden januar til mars 2026. Totalt ble det gjennomført ti intervjuer med elleve informanter. Intervjuene ble gjennomført digitalt via Teams eller telefon, avhengig av deltakernes preferanser. Varigheten på intervjuene var omkring 30 minutter.

To personer fra prosjektgruppen deltok i intervjuene. Én hadde hovedansvar for å stille spørsmål, mens den andre tok notater og stilte oppfølgingsspørsmål ved behov.

Intervjunotatene ble analysert tematisk i etterkant. Analysen tok utgangspunkt i temaene fra intervjuguiden. Det ble samtidig lagt vekt på relevante beskrivelser og utsagn som falt utenfor de forhåndsdefinerte temaene

oslo**economics**

www.osloeconomics.no

E-post og telefon:
post@osloeconomics.no
+47 21 99 28 00

Besøksadresse:
Klingenberggata 7A
0161 Oslo

Postadresse:
Postboks 1562 Vika
0118 Oslo