

# Kompetanseløft og kostnadsvekst i helsesektoren

*Vi bruker stadig mer penger på helse i Norge. Helse utgjør i dag 10 prosent av totalproduksjonen i samfunnet målt ved bruttonasjonalproduktet. I kommunehelse-tjenesten øker antallet allmennleger, mens sykehus og psykisk helsevern preges av personell med høyere utdanning. Folk flest har god helse, men tre av fem voksne oppgir å ha et varig helseproblem.*

## 176 milliarder på helse

Foreløpige tall for 2005 viser at Norge brukte nær 176 milliarder kroner på helse. I OECD-sammenheng ligger nordiske land høyt når man måler nasjonale helsekostnader som andel av bruttonasjonalproduktet (BNP). I 2003 brukte de fleste nordiske land 9-10 prosent av BNP til helseformål – unntaket er Finland (OECD 2006). På 1980-tallet lå både Norge og Finland på om lag 7 prosent. Andelen i Norge har vokst til 10 prosent i 2003, mens Finland har hatt en andel på 7 prosent hele perioden.

Måler man helsekostnadene per innbygger, lå Norge i 2004 som nummer fire i OECD, etter USA, Sveits og Luxemburg. Av de nordiske land bruker Norge mest på helse med nesten 4 000 dollar per innbygger, mens Danmark og Sverige ligger på om lag 2 800. Et kjennetegn ved de nordiske helsesystemene er at de i stor grad finansieres av det offentlige – i Norge er dette kommunene og staten. Både Norge, Sverige, Danmark og Island har alle opp mot 85 prosent offentlig finansiering av helsevesenet, mens i Finland er andelen noe lavere med 77 prosent. USA derimot, som bruker mest per innbygger på helse, har et system bygd på private ordninger og forsikringer, og under halvparten av samlede helsekostnader i USA blir finansiert av det offentlige.

## Sykehus utgjør nær 30 prosent

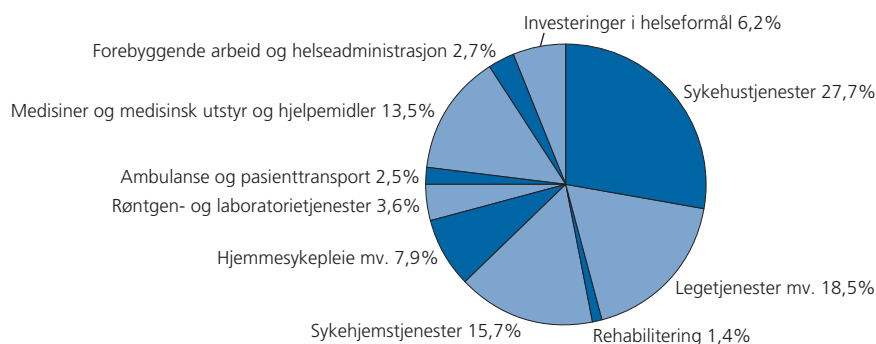
Av norske helsekroner går nær 30 prosent til behandling ved sykehus – i hovedsak heldøgnsopphold. De senere år har sykehusene i større grad gått over til dagopphold og poliklinisk behandling, og kostnadene til slik behandling har hatt en prosentvis større vekst enn kostnader til

---

Julie Kjelvik

---

Figur 1. Helsekostnader, etter hovedformål. 2005. Prosent



Kilde: Nasjonalregnskapet, Statistisk sentralbyrå.

Julie Kjelvik er førstekonsulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk (kje@ssb.no).

heldøgnsopphold. Nesten hver femte helsekrone gjelder forbruk av lege- og tannlegetjenester samt fysioterapeuter og kiropraktorer. Resterende går blant annet til rehabilitering, sykehjem og hjemmesykepleie, røntgen og laboratorietjenester, medisiner og teknisk utstyr, ambulanse og helseadministrasjon.

Bortimot all aktivitet i norske sykehus og psykisk helsevern er statlig finansiert – delvis ved basistilskudd og delvis ved aktivitetsbaserte tilskudd. I primærhelsetjenesten fordeles derimot finansieringen på staten, kommunene og folketrygden, og i tillegg finansieres en betydelig andel via egenbetalinger. Finansieringsordningen i primærlegetjenesten ble lagt om i 2001 i forbindelse med gjennomføringen av fastlegereformen. Etter reformen har de fleste primærleger driftsavtale med en kommune, noe som innebærer at de får tilskudd etter hvor mange pasienter de har på sin liste.

Danmark, England og Nederland er land som i mange år har hatt en velutviklet allmennlegetjeneste basert på listesystem (Norges forskningsråd 2005). Ordningen fungerer slik at hver enkelt innbygger står på liste hos en bestemt lege som er fastlege for pasienten. I disse landene er tjenesten hos listelegen gratis for pasientene, i motsetning til i Norge der pasienten betaler egenandeler. Et listesystem for allmennleger i Sverige har vært forsøkt innført, uten suksess, men noen landsting har fortsatt ordningen. Også i Finland har det vært eksperimentert med ordningen, og her kan kommunene selv velge om de ønsker å organisere legetjenesten etter dette prinsippet.

### **Kvinnelige fastleger henviser oftere**

Allmennlegen skal fungere som portvakt inn til spesialisthelsetjenesten og vurdere hvem som kan behandles i primærhelsetjenesten og hvem som trenger mer spesialisert behandling. Med innføringen av fastlegereformen har det vært diskutert om reformen har ført til en økning av pasienter som henvises videre til spesialist. Imidlertid er det variasjon mellom leger i henvisningshyppigheten, og det kan være flere forklaringer.

En analyse gjort på data fra SSBs levekårspanel koblet med data fra Rikstrykdeverkets register over fastleger, viser at kvinnelige leger og leger som er over 60 år oftere henviser pasienter videre i behandlingshierarkiet (Finnvold 2006). Når det tas hensyn til at kvinnelige leger ofte har mer krevende pasienter, blir sammenhengen enda sterkere. Et annet funn i studien var at leger med stor pasientgruppe ikke henviser oftere. Ved innføringen av fastlegereformen var det mange som ønsket seg nettopp disse legene, og gode pasient-lege-forhold samt kontinuitet i behandlingen kan medvirke til færre henvisninger. Studien avviser dermed teorier om at leger med lang pasientliste henviser flere for å frigjøre tid. Det finnes også teorier om at organisering av legepraksisen er en faktor som kan påvirke hvor hyppig allmennleger henviser til spesialist. Leger som arbeider i solopraksis kan være mer styrt av pasientens forventninger enn leger som arbeider i gruppepraksis. Med flere leger som arbeider i et fellesskap vil det være enklere å holde en allmenn profesjonell standard styrt av faglige kriterier. Studien fant imidlertid ingen tegn på at verken praksisformen, arbeidsbyrden eller spesialistkompetansen til fastlegen påvirker henvisningsraten.

### **Flere og flere næringsdrivende fastleger**

I 2005 var tre av fire leger i kommunehelsetjenesten næringsdrivende leger, mens resterende var kommunalt ansatte, turnuskandidater samt nærings-



Crestock.com

drivende leger uten avtale. Etter innføring av fastlegereformen i 2001 har det blitt flere og flere næringsdrivende fastleger med avtale, mens antallet av både kommunale leger og private leger utenfor ordningen er redusert. Antallet turnuskandidater har holdt seg noenlunde stabilt, men hadde en liten økning det siste året. Også blant fysioterapeuter er flere enn før næringsdrivende med avtale, mens antallet kommunale fysioterapeuter går ned.

De aller fleste har fastlege som benyttes ved behov for legehjelp – bare 6 prosent har ikke fast allmennlege. 12 prosent av befolkningen oppgir å ha konsultert allmennlege de siste 14 dagene, og med unntak av de yngste som ikke går så ofte til lege, er det ikke store forskjeller mellom aldersgruppene. Ser man imidlertid på legekontakten de siste tolv månedene, er det en klar tendens til å kontakte lege oftere jo eldre man er. Mens 9 prosent i den yngste aldersgruppen oppgir å ha hatt mer enn fem konsultasjoner de siste tolv månedene, var andelen for de over 67 år dobbelt så høy. Når man kontakter fastlegen for øyeblikkelig hjelp, er tendensen motsatt; flest unge kontakter allmennlegen for øyeblikkelig hjelp. Én forklaring kan være at eldre heller tar kontakt med sykehus når akutte situasjoner oppstår fordi tilstanden kan være livstruende. Eldre har også lengre pasienterfaring fra ulike deler av helsetjenesten, og kan bruke erfaringen til å oppsøke det tjenestnivå som de antar gir nødvendig helsehjelp. For yngre med mindre pasienterfaring kan fastlegen være eneste nivået de har hatt kontakt med, og dermed vil fastlegen være mest nærliggende å kontakte også ved akutte sykdommer og skader.

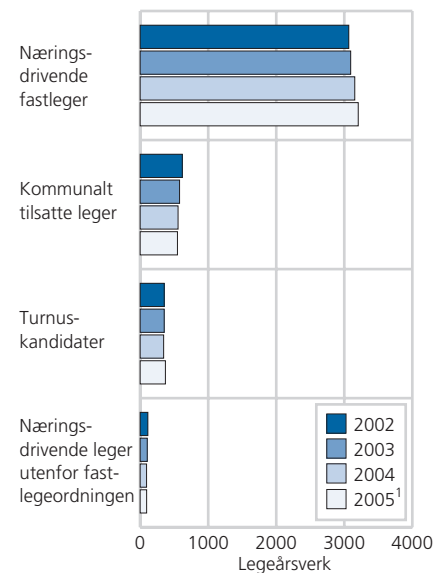
### Vanlig å ha helseproblem

Ifølge levekårsundersøkelsen om helse vurderer fire av fem sin egen helse som god. Befolkningens vurdering av egen helse har vært stabil siden 1995. Likevel oppgir mange at de har en varig sykdom, skade eller funksjonshemming: Tre av fem voksne nordmenn oppgir å ha et varig helseproblem. At andelen har vært stabil og høy, viser at det er nærmere normalen å ha slike helseproblemer enn ikke å ha noe problem. Imidlertid opplever ikke alle at helseproblemet har konsekvenser eller medfører begrensninger i dagliglivet. Om lag en tredel av befolkningen mener de har helseproblemer som påvirker hverdagen, og for 11 prosent medfører helseproblemene store begrensninger i hverdagen.

Selv om mer enn halvparten av befolkningen oppgir å ha et varig helseproblem, ser eldre ut til å bli sprekere og sprekere. Lavekårsundersøkelsen måler vansker i forhold til aktivitet og deltakelse i samfunnet, for eksempel å komme seg ut av boligen, å benytte offentlig transport og å delta i fritidsaktiviteter og sosialt samvær. Relativt sett har færre eldre slike problemer enn tidligere, noe som blant annet har sammenheng med at dagens eldre har hatt bedre oppvekstkår enn tidligere generasjoner. I tillegg har dagens samfunn større fokus på tilgjengelighet og tilrettelegging både for eldre og funksjonshemmede.

Funksjonshemmede i levekårsundersøkelsen er avgrenset til å omfatte personer med en psykisk eller fysisk tilstand som medfører store begrensninger i hverdagen. Fysiske begrensninger måles blant annet med spørsmål om man kan gå i trapper uten hvile og bruken av briller og høreapparat, mens spørsmål om følelser av nervøsitet, engstelse og tungsindighet avgjør psykisk tilstand. Med denne definisjonen var 7 prosent av befolkningen i

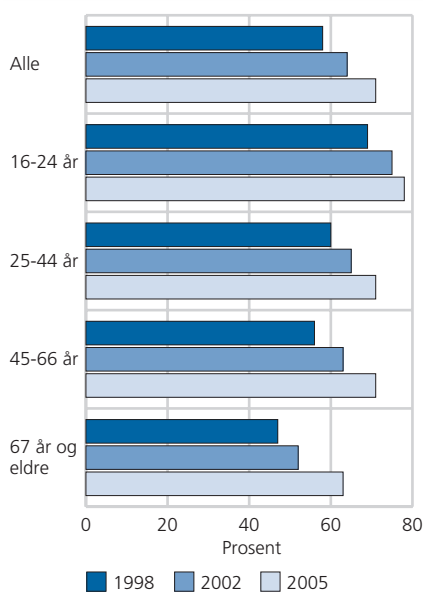
Figur 2. Legeårsverk i kommunehelsetjenesten, etter avtaleform. 2005



<sup>1</sup> Foreløpige tall.

Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå.

**Figur 3. Mosjonerer ukentlig eller oftere. Prosent**



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå.

aldersgruppen 16-66 år hemmet i forhold til konkrete aktiviteter i dagliglivet i 2002. Blant unge er psykiske begrensninger mest utbredt, men jo eldre man blir, jo mer øker fysiske hemninger i forhold til psykiske begrensninger, og for de over 45 år dominerer de fysiske begrensningene.

### Eldre mer opptatt av kosthold og mosjon

Sykdommer og helseproblemer påvirkes både av arvelige faktorer, kosthold og levevaner. Eldre i dag er mer aktive og mosjonerer oftere enn tidligere. Mens under halvparten av befolkningen over 67 år mosjonerte ukentlig i 1998, har flere og flere funnet det nyttig å holde seg i form. I 2002 og 2005 mosjonerte henholdsvis 52 og 63 prosent av de eldre. Den positive utviklingen er representativ for alle aldersgrupper, men mest markant for eldre.

Kostholdet er viktig for helsetilstanden. De over 67 år spiser oftere frisk frukt, bær og grønnsaker enn andre aldersgrupper. Eldre er også flinkere til regelmessige måltider; mer enn ni av ti spiser frokost og middag hver dag. Og de over 67 år sverger til melk; to av tre eldre drikker melkeprodukter hver dag.

### Færre røyker ...

Stadig færre, både eldre og yngre, oppgir at de røyker hver dag, og i 2005 røykte hver fjerde voksne nordmann. De siste 30 årene har stadig flere menn stumpet røyken: Mens over halvparten av norske menn røykte i 1973, er andelen nede i 26 prosent for 2005. For kvinner kom et trendskifte rundt 1998. Andel dagligrøykende kvinner gikk ned etter dette tidspunktet og er nå nede i 24 prosent. En del velger også snus, og da gjerne den yngre del av befolkningen. Bortimot en av ti i aldersgruppen 16-24 år bruker snus av og til eller daglig, og selv om også jenter snuser, er flesteparten gutter.

I nordisk sammenheng røyker mellom 25 og 30 prosent av menn (NOMESCO 2005). Unntaket er Sverige; kun 17 prosent av svenske menn røykte i 2003, mens andelen kvinner lå på 18 prosent. I Danmark derimot, røykte 30 prosent av menn og 24 prosent av kvinner. Røyking som en del av den danske livsstilen gjenspeiler seg blant annet i høye rater for nye tilfeller av lungekreft. I 2001 hadde danskene nesten 40 prosent flere nye lungekrefttilfeller enn Norge målt i forhold til antall innbyggere.

### ... men flere kvinner dør av lungekreft

I Norge er hvert fjerde dødsfall forårsaket av kreft. Lungekreft som dødsårsak er og har vært mest utbredt blant menn, men øker mest blant kvinner. De siste par årene har antall menn som dør av lungekreft gått ned, mens for kvinner har økningen vært på 9 prosent. Ifølge Krefregisteret er lungekreft en av få kreftformer hvor flere årsaker til sykdommen er kjente. Enkelte yrkesgrupper har hatt ekstra stor risiko på grunn av påvirkning i arbeidsmiljøet, og ved eksponering for kreftfremkallende stoffer i kombinasjon med røyking, kan risikoen for lungekreft mangedobles. Beregninger som er gjort, viser at om lag 85 prosent av alle tilfellene av lungekreft kunne vært unngått dersom nordmenn ikke hadde røykt (Krefregisteret 2006).

Av alle som dør i Norge, utgjør imidlertid de med hjerte- og karsykdommer som dødsårsak den største gruppen. I 2004 døde nesten 16 000 personer av denne typen sykdommer, og da spesielt hjerteinfarkt og hjerneslag. Antallet som dør av hjerte- og karsykdommer har vært fallende og bidrar også til at samlet dødelighet går ned. I 2004 døde til sammen i overkant av 41 000



Crestock.com

personer. De fleste dødsfall skjer enten i pleie- og omsorgsinstitusjoner eller på sykehus.

### Færre dager på sykehus

Pasienter som legges inn på sykehus, ligger færre dager enn før – nordmenn lå i gjennomsnitt fem dager i 2005, mot seks dager i 2000. Samtidig øker bruken av både polikliniske konsultasjoner og dagbehandlinger. Fra 2004 til 2005 var det en vekst på hele 10 prosent i antall dagbehandlinger, mens veksten i heldøgnsopphold var på 1,7 prosent.

Noe av endringen kan tilskrives ny teknologi og nye behandlingsmetoder – for eksempel har kikkhullskirurgi etter hvert erstattet åpen kirurgi for en rekke tilstander. Kikkhullskirurgi medfører redusert ligge- og rehabiliteringstid og dermed reduserte kostnader både for pasienten, sykehuset og samfunnet. Økt fokus på å korte ned ventelister er også en faktor som kan medføre kortere liggetid og mer bruk av dagbehandling. I tillegg kan økonomiske hensyn og et aktivitetsbasert finansieringssystem påvirke bruken av sykehus.

### Høyere kompetanse i spesialisthelsetjenesten

Antall årsverk i spesialisthelsetjenesten fortsetter å stige. I alt var det 92 700 årsverk i spesialisthelsetjenesten i 2005 – en økning på 15 prosent i løpet av en femårsperiode. Veksten har vært størst for personellgrupper med høy utdanning. Det har blitt flere leger, psykologer og sykepleiere de siste årene, mens antallet hjelpepleiere og barnepleiere går ned hvert år.

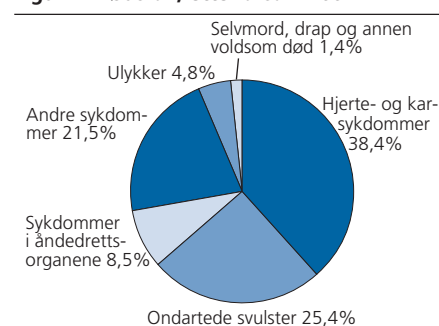
Av årsverkene er mer enn sju av ti knyttet til somatisk behandling, mens to av ti årsverk er innen psykisk helsevern. Men veksten er relativt høyere innen psykisk helsevern enn innen somatiske tjenester, dette gjelder særlig i institusjoner og poliklinikker for barn og unge. I tillegg overtok helseforetakene ansvaret for spesialisert behandling av rusmiddelmisbruk i 2004, noe som medførte i overkant av 2 300 flere årsverk for spesialisthelsetjenesten dette året.

### Omstrukturering i psykisk helsevern

Psykisk helsevern har vært et satsingsområde de siste årene. Stortinget vedtok en seksårig opptrappingsplan i 1999 med et overordnet mål om å bedre befolkningens psykiske helse, øke brukermedvirkningen og bedre kvaliteten på tjenestetilbudet. Opptrappingsplanen skulle samtidig være økonomisk forpliktende, og driftskostnadene skulle økes med 4,6 milliarder i planperioden. Senere ble planperioden utvidet med to år og varer nå frem til 2008 (Ottersen 2005).

Tilleggsbevilgningene til psykisk helsevern i perioden skulle blant annet brukes på flere døgnplasser med aktive behandlingstilbud, flere polikliniske konsultasjoner, flere årsverk og bedre kvalifisert personell. I dag er det flere årsverk i sektoren, personellet har gjennomgående høyere utdanning, og antallet polikliniske konsultasjoner har økt. For døgnplasser har det vært en sterk økning av plasser ved distriktpsikiatriske sentra (DPS), men likevel har det totale antallet døgnplasser gått ned. Dette skyldes i hovedsak at langtidsplasser ved psykiatriske sykehjem har blitt lagt ned, overført til kommunehelsetjenesten eller omgjort til behandlingsplasser ved DPS.

Figur 4. Dødsfall, etter årsak. 2004



Kilde: Dødsårsaksstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

I 2005 kostet behandlingen av pasienter innen psykisk helsevern 12,6 milliarder kroner. Sammenlignet med 1999, da opptrappingsplanen trådte i kraft, har kostnadene økt med nesten 4,9 milliarder kroner. Korrigert for pris- og lønnsvekst ligger økningen på 24 prosent. Etter sykehusreformen i 2002 har kostnader til psykisk helsevern ligget stabilt på 17-18 prosent av samlede driftskostnader innen spesialisthelsetjenesten.

### Flere unge kvinner til psykolog

Sett under ett har like mange nordmenn psykiske vansker nå som tidligere. Levekårsundersøkelsen om helse i 2005 viser at en av ti nordmenn har psykiske vansker, og dette er samme nivå som i 1998 og 2002. Fordelt på alder og kjønn har det imidlertid vært en nedgang både for kvinner og menn i de fleste aldersgruppene, men for unge kvinner har omfanget økt. Mens 13 prosent av kvinnene mellom 16 og 24 år oppga å ha psykiske vansker både i 1998 og 2002, var tilsvarende andel 17 prosent i 2005.

Unge kvinner går i tillegg oftere til psykolog enn før. I 1998 oppsøkte 4 prosent av kvinner under 45 år psykolog, mens tilsvarende andel for 2005 er 7 prosent. For menn i samme aldersgruppe var andelen på 2 prosent i begge år. Også antallet psykologkonsultasjoner har økt for kvinner; i samme tidsperiode økte antall konsultasjoner fra 53 til 84 per 100 kvinner i aldersgruppen 16-24 år. For øvrig ser det ut til at det å søke psykologhjelp ikke er et behov for den eldre garde. Av eldre over 67 år oppgir de færreste å ha konsultert psykolog de siste tolv månedene. Manglende behov for psykologhjelp kan være årsaken, men det å oppsøke psykolog er også et moderne fenomen som eldre muligens ikke ser nytten av. Ellers kan det ha sammenheng med at med stigende alder vil alderssykdommer og svekket fysisk helse muligens overskygge psykiske problemer.

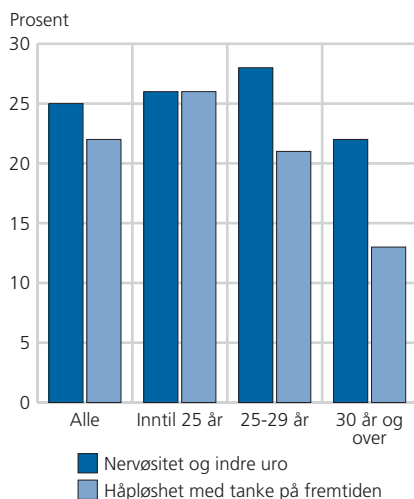
Psykiske lidelser rammer store deler av befolkningen, av og til som en pågående sykdom man må leve med, men ofte som en forbigående lidelse. Dårlig psykisk helse bunner noen ganger i stress i arbeidslivet eller endrede familiemønstre. Av studenter som deltok i levekårsundersøkelsen i 2005 oppga hver fjerde student at de var plaget av nervøsitet og indre uro som skyldtes studiesituasjonen, og kvinner var i større grad plaget enn menn (Ugreninov og Vaage 2006). 22 prosent av studentene svarte at de var plaget av håpløshet med tanke på fremtiden, og at det skyldtes studiesituasjonen. Håpløsheten avtar imidlertid med alder. De eldste studentene så mer optimistisk på fremtiden enn de yngre, og kvinner var mer bekymret enn menn.

### Flest menn får rusbehandling

Fra 1. januar 2004 overtok de regionale helseforetakene ansvaret for spesialisert tverrfaglig rusbehandling fra fylkeskommunene. Stortingets overordnede mål med reformen er å kunne gi rusmiddelmissbrukere med sammensatte problemer bedre tjenester og at behandlingsresultatene skal bli bedre. Behandlingen skal baseres på helhetlig og individuell tilnærming med vekt på både sosialfaglige og helsefaglige perspektiver (HOD 2004).

Kapasiteten i sektoren besto av nær 1 800 døgnbaserte plasser i 2005, og to av tre pasienter som legges inn er menn. I data fra Statens institutt for rusmiddelforskning fremgår det i tillegg at behandling av kvinner varierer med alder; av totalt antall henvendelser per tiltak er andelen kvinner høyere i de yngre aldersgruppene enn i de eldre (SIRUS 2004). Spesialisert behandling

**Figur 5. Studenter psykiske helse. Plager som skyldes studiesituasjon. 2005. Prosent**



Kilde: Levekårsstatistikk 2005, Statistisk sentralbyrå.

av rusmiddelmissbrukere kostet i 2005 i overkant av 2 milliarder kroner totalt. Tjenesten utførte om lag 2 650 årsverk og hadde 547 000 oppholdsdøgn. I behandlingen av rusmiddelmissbrukere er det mange private aktører, fordi helseforetakene kjøper behandlingsplasser fra private institusjoner. Rapporteringen av oppholdsdøgn viser høy privat andel; to av tre oppholdsdøgn på landsbasis ble utført i private institusjoner.

I dødsårsaksstatistikken fremgår det at 817 dødsfall skyldtes bruk av alkohol, narkotika og medikamenter i 2004. Alkoholbruk utgjør mer enn halvparten av dødsfallene, og de fleste personene i denne gruppen har hatt et langvarig misbruk av alkohol som bidrar til både leversykdom, svekkelse på sentralnervesystemet, adferdsforstyrrelser og psykiske lidelser. Rundt 190 dødsfall er relatert til bruk av narkotika og medikamenter, og de fleste er knyttet til overdoser. Videre er 160 dødsfall forgiftningsulykker som følge av inntak av andre giftige stoffer enn alkohol og narkotika.

### Mer enn 3 000 innsatte fikk tannlegehjelp

Den offentlige tannhelsetjenesten i fylkeskommunene skal, ifølge loven, prioritere personer med psykisk utviklingshemming, barn og ungdom, samt eldre, uføre og langtidssyke i institusjon eller hjemmesykepleie. I 2005 var 70 prosent av de som ble undersøkt og behandlet, barn og ungdom i alderen 3-18 år, mens eldre, uføre og langtidssyke samt psykisk utviklingshemmede utgjorde 6 prosent. Andre som ble behandlet var 19-20-åringer og voksent betalende klientell. Nytt fra 2005 er at tannhelsetjenester til fengselsinnsatte også synliggjøres i statistikken; i løpet av året ble 3 170 innsatte i norske fengsler undersøkt og behandlet.

I 2005 kostet den fylkeskommunale tannhelsetjenesten 1,75 milliarder kroner, noe som i gjennomsnitt utgjør 1 832 kroner per person som blir behandlet. Ettersom tannhelsetjenester også i stor grad tilbys utenfor den fylkeskommunalt organiserte tjenesten, vil de samlede kostnadene som brukes på tannlege være høyere. En undersøkelse om den voksne befolknings utgifter til tannlegebehandling viser at hver enkelt brukte i gjennomsnitt 2 253 kroner på utgifter til egenandeler gjennom et helt år (Holst, Grytten og Skau 2005).

I Norge er hovedregelen at voksne må betale besøk hos tannlegen selv, mens barn og unge under 18 år får gratis behandling finansiert av fylkeskommunen. I tillegg har de prioriterte gruppene nevnt ovenfor, gratis behandling. Tilsvarende ordninger for unge finnes i Sverige og Danmark, hvor barn og ungdom under henholdsvis 20 og 18 år slipper å betale for tannhelsetjenester. For voksne har både Sverige og Danmark subsidie- eller refusjonsordninger slik at voksne kun delvis dekker behandlingskostnaden selv ved egenbetaling. En del dansker har i tillegg private forsikringer som dekker kostnadene ved tannhelsetjenester.

**Tabell 1. Personer undersøkt/behandlet i den offentlige tannhelsetjenesten. 2005**

<b>Alle .....</b>	<b>957 680</b>
Barn/ungdom 3-18 år .....	679 721
Psykisk utviklingshemmede over 18 år .....	11 902
Eldre, langtidssyke og uføre i institusjon eller hjemmesykepleie .....	51 169
Ungdom 19-20 år .....	50 623
Fengselsinnsatte .....	3 170
Andre prioriterte personer .....	3 323
Voksent betalende .....	157 772
Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå.	

#### Referanser

Finnvold, Jon Erik (2006): Fastlegen som portvaktar for spesialisthelsetenester: Ikkje berre eit spørsmål om helse til pasienten, *Samfunnsspeilet* 2, 2006, Statistisk sentralbyrå.

HOD (2004): *Bedre behandlingstilbud til rusmiddelmissbrukere*, Strateginotat, Helse- og omsorgsdepartementet.

Holst, Dorthe, Jostein Grytten og Irene Skau (2005): *Etterspørsel etter og utgifter til tannbehandling i den voksne befolkningen*, Seksjon for samfunnsodontologi, Universitetet i Oslo.

Kreftregisteret (2006): [www.kreftregisteret.no](http://www.kreftregisteret.no).

NOMESCO (2005): *Health Statistics in the Nordic Countries 2003*.

Norges forskningsråd (2005): *Evaluering av fastlegereformen 2001-2005*.

OECD (2006): [www.oecd.org](http://www.oecd.org).

Ottersen, Ingunn Hegstad (2005): Syv år med Opptrappingsplanen for psykisk helse - hvor står vi, *Samfunnsspeilet* 5, 2005, Statistisk sentralbyrå.

SIRUS (2004): «Det nasjonale dokumentasjons-systemet innen tiltaksapparatet for rusmiddelmissbrukere», rapport fra Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS).

Ugreninov, Elisabeth og Vaage, Odd Frank (2006): *Studenters levekår 2005*, Rapport 22/2006, Statistisk sentralbyrå.