

# Folkehelse i samhandlingens tegn

*De fleste nordmenn har god helse og gode levevaner. Det ser imidlertid ut til at det stadig er behov for forebyggende helsearbeid, særlig blant lavt utdannede og bosatte i nord. Forebygging er også et viktig stikkord for samhandlingsreformen. Det brukes mer penger på kommunale helse- og omsorgstjenester, og det er etablert nye kommunale tjenestetilbud. Antallet kvalifiserte hender som utfører tjenestene holder seg likevel relativt uendret.*

---

Linda M. Allertsen  
og Arne Jensen

---

Folkehelse og forebygging er viktige temaer for den pågående samhandlingsreformen i det norske helsevesenet. Norge kommer likevel ofte bra ut sammenlignet med andre land. Både tall fra EUs statistikkontor Eurostat og Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) viser at Norge ligger i helsetoppsjiktet og er blant landene med best helseutvikling over tid på flere områder.

## Vi hevder oss internasjonalt ...

I 2012 rapporterte åtte av ti personer i alderen 16 år og eldre i den norske befolkningen god egenvurdert helse. Det er på samme nivå som i Sverige, men høyere enn gjennomsnittet i EU (28 land) hvor sju av ti svarte det samme.

Når det gjelder forventet levealder, er det japanske kvinner og islandske menn som troner på toppen. Beregninger som sier noe om antall år personer forventes å leve uten alvorlige eller moderate helseproblemer (*healthy life years*), antyder likevel at Norge (og Sverige) ligger på et høyt nivå og høyere enn de fleste andre land det er naturlig å sammenligne med. I 2012 kunne for eksempel norske menn forvente at over 90 prosent av leveårene er friske år, mens tilsvarende tall for gjennomsnittet i EU er under 80 prosent.

Røyking og fedme er to viktige risikofaktorer når det gjelder forekomst av ulike sykdommer og for tidlig død. Med om lag 16 prosent dagligrøykere i 2012 kom Norge relativt bra ut av sammenligninger med OECD-gjennomsnittet som lå på over 20 prosent, og flere andre land det er naturlig å sammenligne oss med. Rett nok var andelen lavere i land som Sverige og Island, henholdsvis 13 og 14 prosent i 2012, men tall fra 2013 viser at andelen i den norske befolkningen har sunket med ytterligere 1 prosentpoeng, til 15 prosent.

## ... men det er flere forskjeller i befolkningens helsetilstand

Det er grunn til å nyansere bildet av det som kan kalles «folkehelsestanden» i Norge, noe. Det er ikke overraskende at helse og levevaner varierer etter alder og – til og med – kjønn, men det er over flere år også dokumentert en del helse- og levevaneforskjeller på nasjonalt nivå som har bakgrunn i mer sosio-økonomiske og geografiske forhold. Noen av disse er det verdt å dvele litt ved.

Det er færre høyt utdannede i Norge som vurderer egen helsetilstand som dårlig eller meget dårlig enn tilfellet er blant dem med lavere utdanning (henholdsvis 4 og 16 prosent i 2012), og den egenvurderte helsen i Nord-Norge er dårligere enn i andre landsdeler, og lavere enn landsgjennomsnittet. Mål for tannhelsetilstand og tannhelse viser i all hovedsak de samme resultatene. De



**Linda M. Allertsen** er cand. mag. og rådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (linda.allertsen@ssb.no)

**Arne Jensen** er statsviter og seniorrådgiver i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk. (arne.jensen@ssb.no)

med høy utdanning har bedre egenvurdert tannhelse og bedre tannstatus (antall egne tenner) enn dem med lav utdanning, og bosatte i Nord-Norge har dårligere egenvurdert tannhelsestilstand og tannstatus enn resten av landet ([Ekornrud og Jensen 2010](#)).

Når det gjelder forekomst av langvarig sykdom, er andelen 62 prosent blant høyt utdannede og 70 prosent blant lavt utdannede, og forskjellen etter utdanning trer enda sterkere fram når det gjelder sykdom som påvirker hverdagen i høy grad, der andelen er 8 prosent blant dem med universitets- og høgskoleutdanning og 16 prosent blant dem med kun grunnskole utdanning (se figur 1). Det synes å være mindre geografiske forskjeller, selv om bosatte i Nord-Norge er blant dem som rapporterer mest sykdom som påvirker hverdagen i høy grad.

Forekomsten av symptomer på psykiske helseproblemer i den norske befolkningen har økt noe fra 2002 til 2012, mens forskjellene i symptomer etter utdanningsnivå har holdt seg tilnærmet konstant i samme tiårsperiode. Målt etter Hopkins Symptoms Checklist (HSCL-25), som er et instrument for å kartlegge ulike psykiske plager (Nettelbladt mfl. 1993), er andelen med symptomer på psykisk uhelse lavere blant dem med universitets- og høgskoleutdanning (8 prosent) enn blant dem med grunnskole som høyeste utdanningsnivå (17 prosent). Her er det også store forskjeller mellom ulike aldersgrupper, med størst forekomst i aldersgruppen 16-24 år (18 prosent).

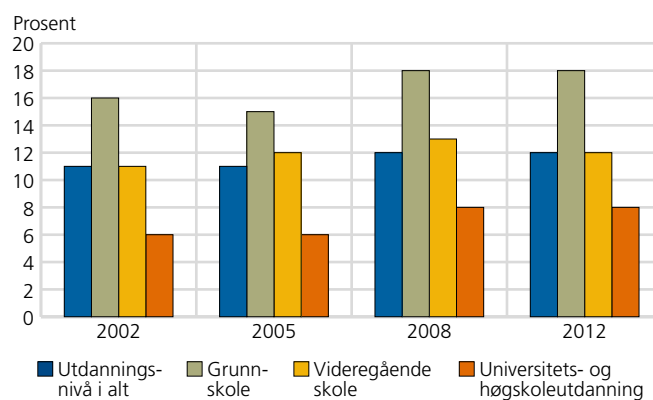
### Vi dør av de samme sykdommene som vi lever med ...

Hjerte- og karsykdommer og ondartet kreft er ifølge statistikk over dødsårsaker årsaken til flest dødsfall i Norge (åtte av ti dødsfall i 2012). Samtidig er det en tendens til at stadig flere dør av lungesykdommer (10 prosent i 2012) og demenssykdommer som for eksempel Alzheimers sykdom og vaskulær demens ([SSB 2013a](#)). Antallet dødsfall av selvmord gikk ned fra 598 i 2011 til 515 i 2012, men er et tall som har variert en del gjennom årene. Totalt var det 2 400 personer som døde av voldsomme dødsårsaker, et tall som foruten selvmord inkluderer ulykker og drap.

Dødeligheten ved hjerte- og karsykdommer er noe redusert over tid, og det er stadig flere som lever med denne typen sykdommer. Det er i følge levekårsundersøkelsen relativt store ulikheter etter utdanningsnivå i denne pasientgruppen. Blant dem som rapporterte varig sykdom (mer enn 6 måneder) i 2012, var det 13 prosent av dem med høyere utdanning som oppga å ha en hjerte- og karsykdom, mens samme tall var 19 prosent blant dem med lavere utdanning. Det er ellers grunn til å merke seg at denne utdanningsforskjellen i all hovedsak skyldes forskjeller blant kvinner, hvor andelen var 13 prosent blant kvinner med universitets- og høgskoleutdanning og 24 prosent blant kvinner med grunnskoleutdanning ([SSB 2013b](#)).

Det kan ellers være grunn til å nevne at forskjeller i sykdomsforekomst etter utdanningsbakgrunn gjelder flere av sykdomsgruppene, for eksempel sykdom i muskel- og skjelettsystemet hvor andelen var 18 prosent blant høyt utdannede og 28 prosent blant dem med lav utdanning.

Figur 1. Personer med langvarig sykdom som påvirker hverdagen i høy grad, etter år og utdanning

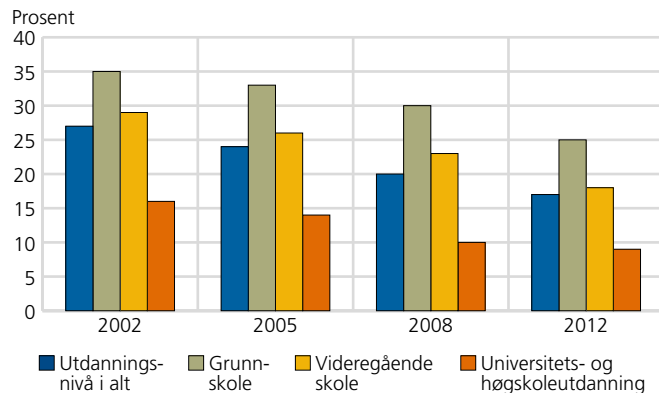


Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt, Statistisk sentralbyrå.

### ... og vi lever med noen (u)vaner

Tobakksbruk, alkoholkonsum, kosthold og trening er alle viktige kjennetegn ved en befolknings levevaner. Når det gjelder andel som røyker daglig, er den ifølge levekårsundersøkelsen nedadgående i befolkningen totalt, i alle utdanningsgrupper og i alle landsdeler og bostedsstrøk. Andelen dagligrøykere er lavere blant høyt utdannede (9 prosent) enn blant lavt utdannede (25

Figur 2. Personer som røyker daglig, etter år og utdanning



Kilde: Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt, Statistisk sentralbyrå.

prosent, se figur 2), og lavere blant bosatte på tettsteder med 100 000 eller flere innbyggere (12 prosent) enn blant bosatte i spredtbygde strøk med under 200 innbyggere (22 prosent). Det er ellers få, om noen, forskjeller i dagligrøyking etter landsdel. For øvrig er det grunn til å understreke trenden som viser at snusbruk er økende i befolkningen totalt, i alle utdanningsgrupper og i alle landsdeler og bostedsstrøk, og at andre undersøkelser viser tilsvarende utviklingstrender i tobakksbruk ([SSB 2014f](#)).

Det er om lag 20 prosent av den norske befolkningen i alderen 16 og eldre som drikker alkohol to eller flere ganger i uken. Menn drikker mer enn kvinner (henholdsvis 24 og 14 prosent i 2012), og det er menn med universitets- og høgskoleutdanning som drikker aller mest (38 prosent). Det er ulikheter etter bostedsstrøk. Mens det i

2012 var 27 prosent av dem som rapporterte å drikke alkohol minst to ganger i uken som var bosatt på tettsteder med 100 000 eller flere innbyggere, var tilsvarende andel 14 prosent for bosatte i spredtbygde strøk med under 200 innbyggere. Da er det ikke overraskende at de som konsumerer alkohol mer enn to ganger i uken, ofte er bosatt i Akershus og Oslo.

Når det gjelder kosthold, er det flere forskjeller i befolkningen som er verdt å nevne. På bakgrunn av resultater fra 2012 kan det se ut til at kvinner spiser noe sunnere enn menn, og at kostholdet blir noe sunnere med stigende alder. Det er videre sånn at andelen som spiser frisk frukt og bær daglig, er høyere blant høyt utdannede (68 prosent) enn blant lavt utdannede (56 prosent), og at forskjellen etter utdanning er enda større med hensyn til andel som spiser grønnsaker daglig (74 prosent blant høyt utdannede og 59 prosent blant lavt utdannede).

### Omfanget av overvekt og fedme øker noe ...

Over tid viser selvrapportert informasjon om høyde og vekt i befolkningen at forekomst av overvekt og fedme øker. Mens det i 1998 var 6 prosent av den voksne befolkningen som hadde en BMI (kroppsmasseindeks) på 30 eller over (fedme), var andelen økt til 10 prosent i 2012. Forekomsten av fedme var i 2012 høyere blant dem med lav utdanning (11 prosent) enn dem med høy (8 prosent), høyere blant bosatte i Nord-Norge (12 prosent) enn landstallet (10 prosent), og høyere i spredtbygde strøk med under 200 innbyggere (13 prosent) enn tettsteder med 100 000 eller flere (6 prosent).

Det synes ikke som om det er store systematiske skjevheter og forskjeller i forekomst av fedme etter dimensjoner som utdanning, landsdel og bostedsstrøk. Det er dessuten lite som tilsier at det som internasjonalt gjerne omtales som en fedmeepidemi, har satt seg i den norske befolkning på tilsvarende måte som det har i andre land. Det er også grunn til å nyansere bildet med tall i andre enden av BMI-skalaen, der tall fra Vernepliktsverket i 2011 viste

at hver tiende jente i alderen 17 år hadde en BMI på under 18,5 og var som undervektig å regne ([Kjelvik 2013](#)).

### ... samtidig som stadig flere mosjonerer

Andelen som gjennom levekårsundersøkelsen rapporterer å mosjonere ukentlig eller oftere, har økt fra 58 prosent i 1998 til 79 prosent i 2012, og det er særlig blant menn i aldersgruppen 16-24 år økningen har gjort seg gjeldende. Når det gjelder dem som rapporterer at de aldri mosjonerer, er denne andelen nedadgående for både menn og kvinner, i alle aldersgrupper, på alle utdanningsnivåer, i alle landsdeler og i alle bostedsstrøk. Det er likevel grunn til å understreke noen ulikheter i befolkningen.

I 2012 var det 85 prosent av dem med høy utdanning som opplyste at de mosjonerte ukentlig eller oftere, mens tilsvarende andel var 72 prosent blant dem med lav utdanning. I 2002 var tilsvarende tall henholdsvis 71 og 58 prosent. Når det gjelder geografi, er forskjellene etter landsdel små, mens det etter bostedsstrøk viser seg at andelen som mosjonerer minst, er størst blant bosatte i spredtbygde strøk med under 200 innbyggere.

Foruten å vektlegge folkehelse og folkehelsearbeid gjennom vedtak om ny folkehelselov, er samhandlingsreformen, som trådte i kraft 1. januar 2012 (se tekstboks), i helsevesenet tuftet på forebygging og desentralisert tjenesteyting (lov om folkehelsearbeid, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester, med flere). Det er grunn til å tro at reformens utvidelse av kommunalt ansvar og kommunal oppgaveportefølje bidrar til økte utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester (se tekstboks).

### Totale helseutgifter øker over tid ...

Helseregnskapet viser at totale utgifter til helse øker over tid ([SSB 2014b](#)). I 2013 beløp totale helseutgifter seg til om lag 288 milliarder kroner, eller drøyt 56 700 kroner per innbygger. Til sammenligning var tilsvarende tall i overkant av 230 milliarder kroner, eller litt over 47 700 per innbygger i 2009. Det er ellers verdt å nevne at totale utgifter til helse siste år før implementeringen av reformen startet (2011) beløp seg til over 255 milliarder kroner, eller nesten 51 600 per innbygger.

Helseregnskapet inkluderer mange ulike utgiftstørrelser og kostnadskomponenter, eksempelvis medisinsk behandling og rehabilitering som blant annet omfatter sykehustjenester og legebesøk. Om lag halvparten av de totale helseutgiftene i 2013 (48 prosent) gikk med til medisinsk behandling og rehabilitering, mens noe over en fjerdedel (27 prosent) var helserelaterte pleie- og omsorgsutgifter.

### ... og kommunale helse- og omsorgstjenester utgjør en stor andel

Utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester målt i brutto driftsutgifter inkluderer alle utgifter som er knyttet til det som tradisjonelt blir omtalt som kommunehelsetjenester og pleie- og omsorgstjenester, og utgjør om lag en tredjedel av det totale kommunebudsjettet ([SSB 2014c](#), [SSB 2014e](#)). I sum utgjorde disse utgiftene om lag 114 milliarder kroner i 2013, noe som innebærer en vekst på 5 prosent fra 2012. Det er ellers verdt å notere at utgiftene utgjorde 95 milliarder kroner i 2011, noe som betyr at veksten fra siste år før samhandlingsreformen til 2013 har vært på 20 prosent.

#### Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen trådte i kraft 1. januar 2012, og intensjonen er å bedre samarbeidet mellom ulike nivå i helsetjenesten (kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester) og effektivisere behandling av pasienter.

Reformen fører til noen organisatoriske endringer i helsetjenestene for eksempel desentralisering av enkelte helsetjenester, og inkluderer noen økonomiske virkemidler, som for eksempel kommunal medfinansiering av somatiske tjenester i spesialisthelsetjenester. For mer inngående lesing, se blant annet [Hjemås og Vold \(2011\)](#).

*Spesialisthelsetjenester* omfatter spesialiserte helsetjenester innenfor somatikk, psykisk helsevern, tverrfaglig spesialisert behandling av rusmiddelmissbruk, ambulansetjeneste og privatpraktiserende spesialister med driftsavtale. Tjenestene er hjemlet i lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 1999.

*Kommunale helse- og omsorgstjenester* omfatter allmennlegetjenesten, fysioterapitjenesten, jordmortjenesten og helsestasjons- og skolehelsetjenesten i tillegg til pleie- og omsorgstjenesten (institusjoner for eldre og funksjonshemmede, hjemmetjenester og boliger til pleie- og omsorgsformål), og inkluderer offentlig organiserte helse- og omsorgstjenester som ikke hører inn under stat eller fylkeskommune. Tjenestene er hjemlet i lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 2011.

### Utgiftene til pleie- og omsorgstjenester er klart størst ...

Det er utgifter til pleie- og omsorgstjenester som utgjør den største andelen av totale utgifter til kommunale helse- og omsorgstjenester (se figur 3). I 2013 gikk det med i underkant av 94,5 milliarder kroner til tjenestene, som innebærer en vekst på om lag 5 prosent fra 2012 og over 25 prosent fra 2009.

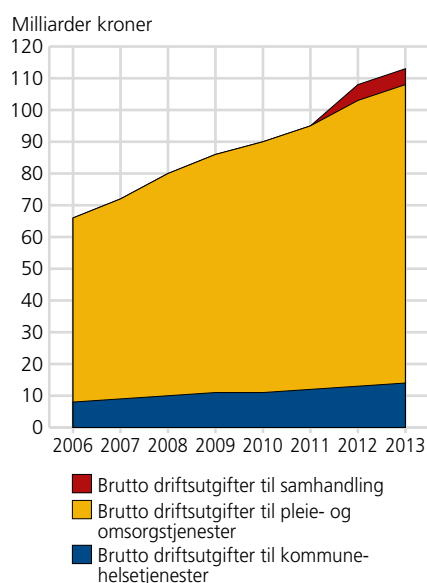
I lys av samhandlingsreformen er det verdt å nevne at utgiftene i 2011 var på 83,2 milliarder kroner, og at disse økte til 90,2 milliarder kroner i 2012, noe som tilsvarer en vekst på om lag 8 prosent. Det er grunn til å tro at reformen bidro til en del av veksten fra 2011 til 2012 og fra 2012 til 2013, men det er vanskelig å slå fast om reformen har størst betydning for utgifter til hjemmetjenester (for eksempel praktisk bistand og opplæring) eller institusjon (for eksempel betaling for utskrivningsklare sykehuspasienter). Utgiftene til hjemmetjenester utgjorde ellers 49 prosent av de totale utgiftene til pleie- og omsorgstjenester i 2013, mens utgiftene til institusjon utgjorde nesten 47 prosent.

### ... men utgiftene til kommunehelsetjenester øker mest over tid

Det er utgifter til kommunehelsetjenester som relativt sett har økt mest over tid, men utgiftsnivået er betydelig lavere enn tilfellet er for pleie- og omsorgstjenester (se figur 3). I 2013 beløp brutto driftsutgifter til kommunehelsetjenester seg til om lag 13,9 milliarder kroner, noe som er en vekst på nesten 7 prosent fra 2012 og 31 prosent fra 2009. Veksten fra 2011 til 2012, som var første år med reformen, var for øvrig på 778 millioner kroner, som representerer en vekst på 6 prosent.

Utgifter til diagnostisering, behandling, rehabilitering og habilitering (for eksempel utgifter til allmennmedisin i form av basistilskudd til fastleger) er største utgiftspost i kommunehelsetjenesten med nesten 10 milliarder kroner i 2013, etterfulgt av forebygging i helsestasjons- og skolehelsetjeneste (for eksempel helsestasjon for ungdom) som beløp seg til omtrent 2,8 milliarder kroner og annet forebyggende helsearbeid (for eksempel frisklivssentraler) som ble om lag 1,2 milliarder kroner samme år.

Figur 3. Kommunale utgifter til helse- og omsorgstjenester, etter type tjeneste



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå.

Kommunenes utgifter i tilknytning til samhandlingsreformen er utfordrende å tallfeste eksakt siden utgiftene gjerne inngår i utgifter knyttet til det ordinære tjenestetilbudet. Det er imidlertid to unntak som begge inngår i størrelsen brutto driftsutgifter til samhandling (se figur 3). Det ene unntaket er utgifter til kommunal medfinansiering av somatiske tjenester i spesialisthelsetjenesten, som i 2013 beløp seg til i underkant av 5,3 milliarder kroner, mens det andre er utgifter til døgnopphold for personer med behov for akutthjelp, som var på i overkant av 208 millioner kroner samme år. Sistnevnte har økt med rundt 168 millioner kroner fra 2012 til 2013, og forventes å øke samtidig med at kommunenes tilbud om døgnopphold for øyeblikkelig hjelp blir lovpålagt fra og med 2016.

### Et reformtilpasset kommunalt tjenestetilbud ...

I tillegg til at kommunene har startet tilpasningen for å ivareta det lovpålagte ansvaret, fra og med 2016, med hensyn til å tilby døgnopphold til pasienter og brukere med behov for øyeblikkelig helse- og omsorgshjelp, kan det nevnes at om lag halvparten av landets kommuner og bydeler har etablert såkalte frisklivssentraler.

Frisklivssentraler er verken en lovpålagt kommunal forebyggende helse- og omsorgstjeneste eller en lovpålagt form for organisering av det kommunale



tjenestetilbudet. Sentralene skal tilby forebyggende helsetilbud og -tjenester, men hvilke tilbud som blir gitt innenfor rammen av frisklivssentraler, varierer fra en kommune til en annen (Helsedirektoratet 2013).

Det er stor variasjon fra et fylke til et annet når det gjelder andel kommuner (andel bydeler i Oslo) som har etablert en eller flere frisklivssentraler. Blant fylkene er det Buskerud som har høyest andel, med 81 prosent, tett etterfulgt av Vest-Agder med 80 prosent. Østfold (11,1 prosent) og Finnmark (10,5 prosent) er fylkene med lavest andel kommuner med frisklivssentraler i sitt helse- og omsorgstjenestetilbud (se figur 4). I tillegg til fylkesvise variasjoner er det relativt stor forskjell i forekomst av frisklivssentraler etter kommunegrupper slik de defineres i kommune-stat-rapporteringen KOSTRA (se tekstboks om datagrunnlaget), kommuners sentralitet og etter helseregion. For eksempel er andel kommuner med frisklivssentral høyest i Helse Sør-Øst (56 prosent) og lavest i Helse Vest (35 prosent).

Strukturelle variasjoner og forskjeller i kommunenes tilbud gir grunn til å tro at fremtidige analyser bør se nærmere på hva som kjennetegner kommuner og bydeler med frisklivssentraler, hvilket konkret tilbud som blir gitt i ulike kommuner og bydeler frisklivssentraler, og hvilket samarbeid det er mellom frisklivssentralene og andre deler av den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

### ... og lovpålagte samarbeidsavtaler med spesialisthelsetjenesten

I motsetning til det som gjelder for frisklivssentraler, har kommunene en lovpålagt plikt til å inngå samarbeidsavtale med spesialisthelsetjenesten, primært representert ved det regionale helseforetaket i helseregionen kommunen sogner til. Målsettingen med samarbeidsavtaler er å bidra til at pasienter og brukere mottar et helhetlig tilbud om helse- og omsorgstjenester.

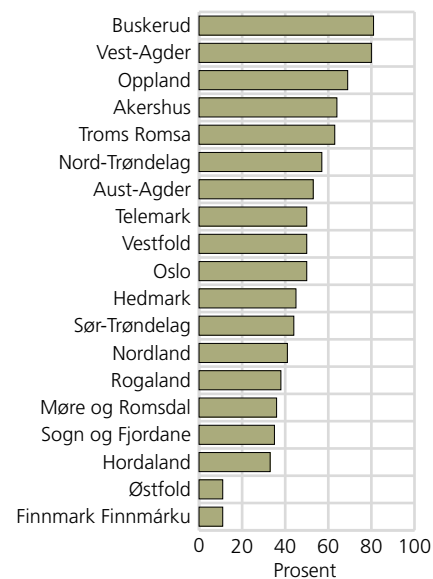
Det finnes ingen fullstendig og systematisert oversikt over lovpålagte samarbeidsavtaler som er inngått mellom enkeltkommuner eller samarbeidende kommuner på den ene siden og spesialisthelsetjenesten på den andre. Gjennom KOSTRA er det samlet inn informasjon om denne typen og tilsvarende avtaler til og med 2013. Informasjonen viser blant annet at det i 2013 var 97 prosent av kommunene/bydelene som hadde inngått avtale som regulerer utskrivning og innskrivningspraksis med spesialisthelsetjenesten, og andelen har økt med 15 prosentpoeng siden 2011. Det er grunn til å tro at det med reformen har blitt mer press på institusjonsplassene (sykehjem og aldershjem) i omsorgstjenesten, og at denne typen samarbeidsavtaler har blitt viktige for kommunene.

### Det var 25 000 leger og 104 000 sykepleiere i 2013 ...

Det er en nødvendig forutsetning for god tjenestekvalitet og tjenestetilgang at helsevesenet kan tilby kvalifiserte fagfolk. I 2013 var det sysselsatt i overkant av 25 000 leger i Norge, men summen av sysselsatte personer med utdanning som lege i henholdsvis kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten er noe lavere.

Det var i underkant av 4 400 sysselsatte med legeutdanning ansatt i kommunale helse- og omsorgstjenester i 2013, mens om lag 17 500 var ansatt i spesialisthelsetjenesten (SSB 2014g). Antallet leger i kommunale helse- og omsorgstjenester har økt med 14 prosent fra 2009 og 9 prosent fra 2011 (siste året før innføringen av samhandlingsreformen startet). Antall leger sysselsatt

Figur 4. Andel kommuner/bydeler som har etablert frisklivssentraler, etter fylke. 2013



Kilde: KOSTRA, Statistisk sentralbyrå.

#### Datagrunnlaget

I artikkelen er det benyttet grunnlagsdata fra flere statistikker og undersøkelser som Statistisk sentralbyrå (SSB) produserer og publiserer. Det gjelder blant annet levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt (Amdam og Vrålstad 2014) som gjennomføres hvert tredje år og senest i 2012.

Statistikk over dødsårsaker som SSB har publisert årlig til og med 2013, Kommune-stat-rapporteringen (KOSTRA) som gir statistikk om ressursinnsats, prioritering og måloppnåelse i fylkeskommuner, kommuner og bydeler, og registerbasert sysselsettingsstatistikk som gir tallgrunnlag for sysselsatte leger og sykepleiere i henholdsvis kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenester.

Det er også brukt data publisert av Eurostat og OECD hvor det i flere tilfeller er SSB som har rapportert opplysningene fra Norge.

i spesialisthelsetjenesten har på sin side økt med 11 prosent fra 2009 og 4 prosent fra 2011. Når det gjelder gruppen som verken jobber i kommunale helse- og omsorgstjenester eller i spesialisthelsetjenesten, har andelen vært om lag 13 prosent i hele perioden 2009-2013.

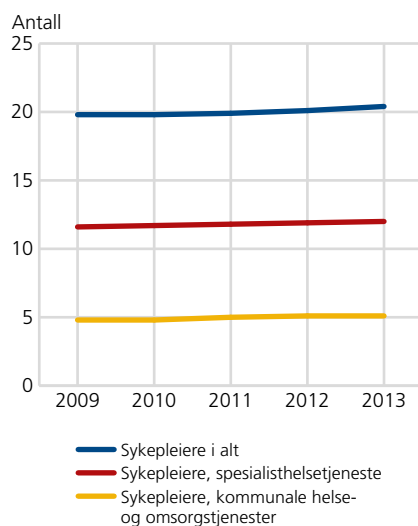
Det totale antall leger har økt med nær 12 prosent i perioden 2009-2013 og 6,5 prosent i perioden 2011-2013. Kontrollert for befolkningens mengde har det verken på nasjonalt eller regionalt nivå vært store endringer i legetetthet i femårsperioden fra 2009. Samtidig er Helse Nord den helseregionen som har flest leger ansatt per 1 000 innbyggere, både innenfor kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. Det er likevel grunn til å minne om at et slikt mål for legetetthet ikke tar hensyn til geografiske dimensjoner som for eksempel store avstander til legepraksis i de nordligste fylkene.

I 2013 var det videre i overkant av 104 000 sysselsatte personer med sykepleierutdanning, hvorav om lag 26 000 var sysselsatt i kommunale helse- og omsorgstjenester og over 61 000 i spesialisthelsetjenester. Når det gjelder sykepleiere sysselsatt i kommunale helse- og omsorgstjenester, har antallet økt med 13 prosent fra 2009 (23 221 sysselsatte) og 6 prosent fra 2011 (24 824 sysselsatte), som var siste året før samhandlingsreformens oppstart. Tilsvarende tall for sykepleiere sysselsatt i spesialisthelsetjenesten var en økning på 9 prosent fra 2009 (56 195 sysselsatte) og 4 prosent fra 2011 (59 066).

### ... og 46 200 sykepleiere fullførte videreutdanning

I 2013 var det 17 000 personer med sykepleierutdanning som var sysselsatt utenfor helsetjenesten, noe som utgjør 16 prosent av gruppen sykepleiere totalt. Antallet og andelen med sykepleierutdanning som arbeider utenfor helsevesenet, har holdt seg på om lag samme nivå den siste femårsperioden. Hovedsakelig jobbet disse innenfor undervisning (22 prosent), offentlig administrasjon og forsvar samt trygdeordninger underlagt offentlig forvaltning (19 prosent).

Figur 5. Sykepleiere per 1 000 innbyggere, etter type tjeneste



Kilde: Registerbasert sysselsettingsstatistikk, Statistisk sentralbyrå.

Sykepleiertettheten, målt som sykepleiere per 1 000 innbyggere, har fra 2009 til 2013 økt både totalt og på begge tjenestenivåer i helsetjenesten, men økningen var ikke stor (se figur 5). Det har videre vært en økning i tettheten i alle helseregioner, med unntak av Helse Nord. Det er likevel grunn til å påpeke at reduksjonen i sykepleiertetthet i Helse Nord skyldes reduksjon i personer som har sykepleierutdanning, og som jobber i andre deler av arbeidslivet enn i helsevesenet.

Det ble gjennomført 46 200 videreutdanninger for sykepleiere i 2013, som er en økning på 14 prosent fra 2009 (SSB 2014a). Det finnes en rekke mulige videreutdanninger for sykepleiere, og videreutdanning innenfor psykisk helsearbeid er den som totalt sett har økt mest i perioden 2009-2013. Vel 5 840 videreutdanninger innenfor dette området ble registrert i 2013, noe som gir en økning på vel 1 600 personer, eller 27 prosent, fra 2009.

Prosentvis er det videreutdanning innenfor rusomsorg som har hatt størst økning, 53 prosent. Her er det imidlertid færre personer det er snakk om, med 821 sykepleiere som ferdigstilte denne videreutdanningen i 2013. Det er for øvrig flere videreutdanninger som har hatt økning de siste fire årene, eksempelvis onkologi/kreftomsorg og geriatri/eldreomsorg inkludert geriatrisk sykepleier.

## Hvordan ser fremtiden ut?

Folkehelsen i befolkningen er god, og bedre enn det som er tilfellet i mange av de landene det er naturlig å sammenligne Norge med. Med samhandlingsreformen i helsevesenet og dens vektlegging av folkehelse og forebygging er dessuten forutsetningene for at folkehelsestanden skal styrke seg, til stede. Det er likevel grunn til å nyansere bildet og påpeke at det er folkehelseforskjeller i den norske befolkningen langs sentrale dimensjoner som helsetilstand, dødelighet og levevaner.

Folkehelse og uhelse varierer etter demografiske (kjønn og alder), sosioøkonomiske (utdanning) og geografiske (bostedsstrøk og landsdel) kjennetegn, noe som eksempelvis gir kommunale helse- og omsorgstjenester en del utfordringer. Organiseringen av, størrelsen på og innholdet i de kommunale tjenestene er én ting – tjenestenes kapasitet, kvalifikasjoner og kompetanse noe ganske annet.

Med vekst i de kommunale utgiftene er det naturlig å vurdere om kvaliteten i de kommunale tjenestene styrkes proporsjonalt. Det er også grunn til å tro at det er behov for mer kunnskap om utviklingen i yrkesgrupper som leger, sykepleiere, jordmødre, fysioterapeuter og så videre på ulike nivåer i helsetjenesten, noe som i sin tur kan bidra til å belyse effektene av samhandlingsreformen. Det er grunn til å reise spørsmål om kunnskapen om tjenesteyterne i kommunene og bydelene er god nok til å vurdere kvaliteten på det som blir levert.



### Flere tall og årganger

For [flere tall se indikortabellen](http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/sosiale-indikatorer), nå publisert kun i nettutgaven av Samfunnspeilet: <http://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/sosiale-indikatorer>

### Referanser

- Amdam, Sverre og Signe Vrålstad (2014): Levekårsundersøkelsen om helse, omsorg og sosial kontakt, 2012. Dokumentasjonsrapport, Notater 2014/3, Statistisk sentralbyrå. (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/levekårsundersøkelsen-om-helse-omsorg-og-sosial-kontakt-2012>)
- Ekornrud, Trond og Arne Jensen (2010): *Tannhelsestilstand og tannlegetenester. Analyser av regionale og sosiale skilnader i eigenvurdert tannhelse, tannstatus, bruk av tannlegetenester og eigenbetaling hos tannlege*. Rapporter 2010/51, Statistisk sentralbyrå. (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/tannhelsestilstand-og-tannlegetenester>)
- Helsedirektoratet (2013): *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering og organisering*, Veileder IS-1896. (<http://helsedirektoratet.no/folkehelse/frisklivssentraler/Sider/default.aspx>)
- Hjemås, Geir og Borgny Vold (2011): På randen av samhandling. *Samfunnspeilet* 5, 2011, Statistisk sentralbyrå. (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/paa-randen-av-samhandling>)
- Kjelvik, Julie (2013): Undervekt og overvekt blant jenter og gutter. 17-årige ungdommer, - hver 10. jente undervektig? *Samfunnspeilet* 1, 2013, Statistisk sentralbyrå (<http://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/17-aarige-ungdommer-hver-10-jente-undervektig>).
- Nettelbladt, P., L. Hansson, C.-G. Stefansson, L. Borgquist og G. Nordström (1993): Test characteristics of the Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) in Sweden, using the Present State Examination (PSE-9) as a caseness criterion. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. Volume 28, Issue 3, pp 130-133. (<http://link.springer.com/article/10.1007/BF00801743#>)
- SSB (2014a): Helse- og sosialpersonell, 2013, 4. kvartal. (<http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesopers>)
- SSB (2014b): Helseregnskap, 2013. (<http://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat>)
- SSB (2014c): Kommunehelsetenesta, 2013. (<http://www.ssb.no/helse/statistikker/helsetjo>)
- SSB (2014d): Kommune-Stat-Rapportering, KOSTRA. (<http://www.ssb.no/offentlig-sektor/kostra>)
- SSB (2014e): Pleie- og omsorgstjenester, 2013, førebelse tal. (<http://www.ssb.no/helse/statistikker/pleie>)
- SSB (2014f): Røykevaner, 2013. (<http://www.ssb.no/helse/statistikker/royk/aar/2014-02-05>)
- SSB (2014g): Sysselsetting, registerbasert, 2013, 4. kvartal. (<http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/regsys>)
- SSB (2013a): Dødsårsaker 2012. (<http://www.ssb.no/helse/statistikker/dodsarsak>)
- SSB (2013b): Helseforhold, levekårsundersøkelsen, 2012. (<http://www.ssb.no/helseforhold>)
- Nyttige lenker/tilleggs litteratur**
- European Commission, Eurostat: Public Health. (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/introduction>)
- Helse- og omsorgsdepartementet: Samhandlingsreformen. (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/samhandlingsreformen.html?id=680424>)
- Holmøy, Erling, Julie Kjelvik og Birger Strøm (2014): *Behovet for arbeidskraft i helse- og omsorgssektoren fremover*, Rapporter 2014/14, Statistisk sentralbyrå. (<http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/artikler-og-publikasjoner/behovet-for-arbeidskraft-i-helse-og-omsorgssektoren-fremover#content>)
- Lov om folkehelsearbeid (<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29?q=folkehelseloven>)
- Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av (<http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-+og+omsorgstjenesteloven>)
- Meld. St. 16 (2010-2011): *Nasjonal helse og omsorgsplan (2011-2015)*, Helse- og omsorgsdepartementet (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2010-2011/meld-st-16-20102011/1.html?id=639795>)
- Meld. St. 47 (2008-2009): *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted - til rett tid*, Helse- og omsorgsdepartementet (<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>)
- The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD), health (<http://www.oecd.org/health/>)