

Fra Helsedirektoratet:

## HELSEHJELP TIL PERSONER UTEN LOVLIG OPPHOLD

Alle som oppholder seg i Norge, lovlig eller ulovlig, har rett til øyeblikkelig hjelp fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Helsehjelp skal ytes så lenge hjelpen er "påtrengende nødvendig".

### Barns rett til helsetjeneste

- Barn opp til fylte 18 år har i medhold av Barnekonvensjonen rett til helsetjenester på linje med andre selv om de ikke har lovlig opphold. Det betyr at de har rett til helsehjelp både fra kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, jfr. Barnekonvensjonen Art 24 "...barnets rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard og behandlingstilbud for sykdom og rehabilitering."

### Rett til kommunehelsetjeneste for voksne uten lovlig opphold (ut over øyeblikkelig hjelp)

- Voksne uten lovlig opphold har fra fylte 18 år i en viss utstrekning rett til nødvendig helsehjelp fra kommunen. Det dreier seg i hovedsak om helsehjelp som ikke kan utsettes. Helsehjelpen som ytes, skal være forsvarlig.
- Gravide vil i medhold av barnekonvensjonen ha rett til helseomsorg før og etter fødsel.

### Begrensninger

- Det er spørsmål om hvor langt retten til nødvendig helsehjelp i kommunehelsetjenesten går. Dette er særlig aktuelt i forhold til omfattende, langvarig behandlingsopplegg, rehabilitering m.v.
- Personer uten lovlig opphold har ikke rett til å stå på liste hos fastlege.

### Spesialisthelsetjeneste for voksne uten lovlig opphold (ut over øyeblikkelig hjelp)

- Voksne som har fylt 18 år som er her uten lovlig opphold, har i hovedsak ikke rett til annen helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten enn øyeblikkelig hjelp. I medhold av Barnekonvensjonen har gravide rett til helseomsorg fra spesialisthelsetjenesten før og etter fødsel.

### Rett til smittevern hjelp for voksne uten lovlig opphold

- Enhver har rett til smittevernhjelp etter smittevernlovens § 6 – 1.
- Smittevernhjelp for allmennfarlige smittsomme sykdommer er gratis for alle som oppholder seg i Norge, selv om de ikke har lovlig opphold (ikke er medlem av folketrygden).

### Betaling

- Retten til å få tjenester må skilles fra betaling for å få tjenester.

### Status som pasient

- Alle som mottar helsehjelp, har alminnelige pasientrettigheter
- Taushetsplikten er som hovedregel til hinder for at opplysninger gis til politiet uten at pasienten ønsker det. Dette gjelder selv om det

snakk om et straffbart forhold. Ulovlig opphold er i seg selv ikke tilstrekkelig til å melde fra til politiet. Opplysninger om en pasient kan bare gis til politiet i den utstrekning det finnes unntak fra taushetsplikten i lov eller i medhold av lov.

- Den som yter helsehjelp, kan ikke slippe inn politiet der hvor pasienten mottar hjelp.
- Pasientrettighetsloven og helselovgivningen for øvrig gjelder når det ytes helsehjelp. Dersom det gis humanitær hjelp, vil disse reglene ikke gjelde. Det betyr at pasientrettigheter kun oppnås i den utstrekning det faktisk ytes helsehjelp.

### Få vite at man har rett til helsehjelp og hvor hjelpen kan fås

- Personer uten lovlig opphold har krav på å få vite om den helsehjelp de har rett til og hvor de kan få den.

Referansekode: HRE 2009 – 7

Stikkord: Helsehjelp. Ulovlig opphold.

Apotekforeningen:

## FOR FORELDRE – BROSJYRER OM BARNES SYMPTOMER OG TEGN

Apotekforeningen har utarbeidet til sammen 15 brosjyrer beregnet på sped- og småbarnsforeldre. Det er også utarbeidet tilhørende fordypningsstoff for personalet på apotek og annet helsepersonell, f. eks. ved helsestasjonene.

Tekstene er utarbeidet av en tverrfaglig gruppe i samråd med eksterne sakkynndige og i samarbeid med Institutt for farmakoterapi og Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo. Brosjyrene er ikke sponset av industrien. Brosjyrene er inndelt i følgende temaer:

- «[Bleieutslett hos barn](#)»
- «[Såre brystknopper](#)»
- «[Fever hos barn](#)»
- «[Forstoppelse hos gravide og ammende](#)»
- «[Forstoppelse hos barn](#)»
- «[Kolikk hos barn](#)»
- «[Puss i øyet](#)»
- «[Barn og sol](#)»
- «[Når barnet ditt har tett nese](#)»
- «[Tørr hud hos barn](#)»
- «[Akutt magesyke hos barn](#)»
- «[Når barnet ditt hoster](#)»
- «[Småmark hos barn](#)»

To av brosjyrene er oversatt til engelsk, arabisk, somali og urdu:

- Når barnet ditt har feber
- Når barnet ditt har akutt magesyke



I Helsebiblioteket finner du brosjyrene på Emnebibliotek samfunnsmedisin og folkehelse, under tema «Helsestasjoner» i venstremenyen, undermenypunkt «Brosjyrer og plakater», eller på Emnebibliotek legemidler, under tema «Pasientgrupper», undermenypunkt «Barn» eller «Gravide og ammende».

Referansekode: HEL 2009 - 1

Stikkord: Brosjyrer. Småbarnsforeldre. Barn.

## SOSIALE ULIKHETER I BRUK AV HELSETJENESTER

Vi har her i 'Helserådet' gjengitt flere artikler eller rapporter om sosiale ulikheter i helse. Statistisk sentralbyrå har tidligere i år publisert en rapport med analyse av data fra sin levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt. Rapporten er resultat av et oppdrag Statistisk sentralbyrå har utført for Helse- og omsorgsdepartementet høsten 2008. Hele rapporten kan leses på [http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp\\_200906](http://www.ssb.no/emner/03/02/rapp_200906). Rapporten er skrevet av Arne Jensen. Her gjengis sammendraget:

Det er flere måter å tilnærme seg problemstillinger om sosiale ulikheter i helse. I litteraturen er det benyttet ulike tilnærminger, teoretisk, metodisk og empirisk, og det er relativt godt dokumentert at det eksisterer helseforskjeller som er sosialt betinget. Den teoretiske tilnærmingen som er lagt til grunn, er den som sier at helseforskjeller, her innholdsbestemt som forskjeller i bruk av helsetjenester, følger en sosial gradient gjennom hele befolkningen (gradienttilnærmingen).

Bruken av ulike typer av helsetjenester antas å variere systematisk etter forskjellige sosiale kjennetegn blant personer med tilnærmet samme behov for tjenestene. Det vil si at andelen som bruker ulike helsetjenester øker med stigende utdanning, inntekt og/eller sosioøkonomisk status i grupper med samme behov for helsetjenesten.

Det er i alt definert fire grupper som hver for seg antas å bestå av personer med tilnærmet samme behov for helsetjenester. Disse fire gruppene er ikke gjensidig utelukkende, men er innholdsbestemt på bakgrunn av utvalgte indikatorer i Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt. Levekårsundersøkelsen er dernest brukt som datakilde for å belyse eventuelle systematiske helseforskjeller innenfor gruppene.

Den teoretiske, metodiske og empiriske tilnærmingen er presentert i kapittel 2. Resultatene viser at det er forskjeller i bruk av helsetjenester som kan sies å være sosialt betinget i alle de forhåndsdefinerte gruppene av personer med tilnærmet samme behov for helsetjenester. Blant personer med dårlig helsetilstand, personer med varig sykdom, personer med hjer-

te- og karsykdommer og personer med sykdommer i muskel-skjelettsystemet, er det sosialt betingete forskjeller i bruk av primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester. Tjenestebruken varierer særlig etter utdanning, men også dels etter inntekt og sosioøkonomisk status. Ulikhetene i bruk av tjenester etter sosiale kjennetegn gjør seg gjeldende både blant kvinner og menn i alle aldersgrupper, men særlig i de to eldste aldersgruppene, 45-66 år og 67 år og eldre. I tillegg viser resultatene at forskjellene ofte vedvarer over tid. Det vil si at sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester opprettholdes fra én årgang av levekårsundersøkelsen til en annen på flere av indikatorene for primær- og spesialisthelsetjenester. Resultatene for alle de fire gruppene er presentert i kapittel 3.

Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester er definert som forskjeller som varierer systematisk etter utdanning, inntekt og sosioøkonomisk status i grupper med samme behov for tjenestene. Gitt forutsetningen om at de identifiserte gruppene består av personer med om lag samme tjenestebehov, gir resultatene relativt klare indikasjoner på at det eksisterer sosiale ulikheter og at det både med hensyn til primærhelsetjenester og spesialisthelsetjenester er slik at andelen som bruker tjenestene, øker med stigende sosial status (utdanning, inntekt og sosioøkonomisk status). Resultatene viser også at forskjellene i flere sammenhenger består over tid.

Resultatene stemmer dels med funn i studier av sosiale ulikheter i helse i andre land. Datamaterialet er ikke entydig i forhold til at den sosiale gradienten er brattere blant menn enn blant kvinner, med andre ord at andelen som bruker tjenester øker mer med stigende sosial status blant menn enn blant kvinner. Videre støtter data fra levekårsundersøkelsen det andre har vist om at sosiale forskjeller er størst blant middelaldrende, selv om de fleste sosialt betingete ulikhetene er å finne blant de eldre. Til sist viser undersøkelsen at forskjellene varierer etter valg av indikator for sosial status, det vil si etter utdanning, inntekt og sosioøkonomisk status. Diskusjonen av resultatene er presentert i kapittel 4.

Referansekode: ULI 2009 – 6

Stikkord: Helsetjenester. Ulikheter.

*Fra Helsetilsynet:*

## KAN MAN KLAGE PÅ ALTERNATIV BEHANDLING?

Statens helsetilsyn fører ikke tilsyn med utøvere av alternativ behandling, og behandler derfor ikke klager som retter seg mot slik behandling.

Alternativ behandling er regulert i lov om alternativ behandling av sykdom mv. Ifølge denne loven er det ingen offentlig instans som fører tilsyn med at virksomheten alternative behandlere driver, er forsvarlig. Det er heller ikke noe krav i loven om at slik virksomhet skal være forsvarlig. Det er ikke etablert autorisasjonsordninger for alternative behandlere, og det er ikke fastsatt krav til utdanning før noen kan tilby alternativ behandling av sykdom. Dette innebærer at pasienter som ønsker å benytte alternativ behandling, selv må bære risikoen når det gjelder valg av behandling, utfallet av denne, kostnader osv.

Alternative behandlere som grovt bryter bestemmelser i lov om alternativ behandling av sykdom mv., for eksempel ved at behandlingen utsetter noens liv eller helbred for alvorlig fare, kan straffes. I slike situasjoner har Statens helsetilsyn som oppgave å bistå politiet i etterforskningen av saken, og gjennom begjæring av offentlig påtale mot en alternativ behandler å vurdere om en konkret behandling bør straffefølges.

Straffefølgning av alternative behandlere vil bl.a. kunne være aktuelt når de behandler alvorlige eller allmennfarlige sykdommer. Slike tilstander skal kun behandles av autorisert helsepersonell. Behandling som utelukkende har til formål å styrke kroppens immunforsvar eller evne til selvhelbredelse er imidlertid ikke forbudt for alternative behandlere.

## Klager på markedsføring av alternative behandlingsmåter og/eller utstyr som brukes i alternativ behandling

Henvendelser om markedsføring av alternativ behandling rettes til Forbrukerombudet som rett instans. Jf. § 8 femte ledd og forskrift nr. 1501 om markedsføring av alternativ behandling av sykdom. Forbrukerombudet har utarbeidet egne retningslinjer for markedsføring av alternativ behandling.

## Bruk av laser og sterke optiske kilder av alternative utøvere som ikke er autorisert helsepersonell

Henvendelser om bruk av laser og lysutstyr av alternative behandlere rettes til Statens strålevern som rett instans.

### Lenkeliste

[Brukarinformasjon om alternativ behandling](#) (Forbrukerombudet)  
[Lov om alternativ behandling av sykdom mv.](#) (se Lovdata)  
[NAFKAM \(Nasjonalt forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin\)](#)

Referansekode: HRE 2009 – 6

Stikkord: Alternativ behandling. Klager. Statens helsetilsyn.

Fra Helsetilsynets *Tilsynsmelding 2008*:

## NÅR SVIKTEN LIGGER I STRUKTUR OG LEDELSE

**En hjelpepleier doserte insulin feilaktig under et hjemmebesøk. Helsetilsynet vurderte at det generelt ikke er uforsvarlig å delegere blodsuktermåling og administrering av insulin til en hjelpepleier, men i dette tilfellet var det gitt mangelfull opplæring, og det var ikke etablert et system for å etterspørre hjelp i uavklarte situasjoner.**

En eldre førstegangsfødende med misfarget fostervann kom inn på en meget travel vakt. Assistentlegen og overlegen hadde hendene fulle. Registrering av fosterets hjerteaktivitet (CTG) viste patologiske funn, men jordmoren var usikker på hvordan hun skulle tolke disse funnene. Overlegen mistet pasienten av syne, og nødvendig keisersnitt ble forsinket. Statens helsetilsyn fant at det ikke var utarbeidet retningslinjer for tilkalling av hjelp ved overbelastning, og at samhandlingen mellom jordmoren og legen om overvåking og rapportering var uklare og mangelfulle.

Disse to hendelsene er eksempler på at dagens helsetjeneste i stor grad utføres i et samspill mellom mange aktører med kompliserte samhandlingsmønstre og bruk av avansert teknologi. Uheldige hendelser er ofte en følge av uklare ansvarsforhold, sviktende kommunikasjon eller manglende oppmerksomhet om systemenes sårbarhet.

Statens helsetilsyn har ved utvikling av tilsynsmetodikken i større grad ønsket å vurdere systemet ved tilsyn etter uheldige hendelser. Mennesker i systemet vil ikke kunne unngå å vurdere eller handle feil. Virksomhetens ledelse må identifisere de risikofylte områdene eller situasjonene og etablere strukturer for å forhindre at menneskelig svikt fører til uheldige resultater.

- Helsetjenesten må organiseres slik at aktørene settes i stand til å yte forsvarlig helsehjelp.
- Det må være en gjennomgående sikkerhetskultur i organisasjonen.
- Det må etableres sikkerhetsbarrierer som skal forhindre uheldige hendelser.
- Det må være en åpen kultur for analyse og læring av hendelser.

Planlagt tilsyn ved hjelp av systemrevisjoner tar utgangspunkt i virksomhetens ledelse og styringssystemer, og analyserer hvordan de etablerte strukturene og rutineene vil kunne påvirke sluttresultatet. Tilsyn etter hendelser tar utgangspunkt i at den uheldige hendelsen allerede har inntruffet. Analysen består i å finne ut hva som skjedde, hvordan det skjedde, og hvorfor det skjedde. Først når analysen klarer å nærme seg disse spørsmålene, vil forholdene ligge til rette for institusjonell læring i forbindelse med avvikshendelser.

Både lov om spesialisthelsetjenesten og lov om kommunehelsetjenesten innholder bestemmelser om at den som er ansvarlig for virksomheten, skal sørge for forsvarlig drift. Forskrift om internkontroll i sosial- og helsetjenesten angir en rekke punkter om hvordan virksomheten skal planlegges og drives for å sikre forsvarlig drift, samt at virksomheten har plikt til å analysere avvikshendelser og rette opp forholdene.

I vår vurdering av tilsynssaker skal vi ha oppmerksomheten rettet mot virksomhetens styringssystem. Dette omfatter flere nivåer i organisasjonen:

- Vi skal etterspørre gjeldende rutiner for den aktuelle situasjonen.
- Vi skal identifisere mulige områder for systemsvikt.
- Vi skal etterspørre organisering og styring knyttet til hendelsen.
- Vi skal utfordre virksomheten til intern gransking.
- Vi skal vurdere handlingene til det involverte personellet i lys av de styringsmessige forholdene som er avdekket.

For å få klarlagt hendelsesforløpet og få kunnskap om de styringsmessige forholdene kan det være hensiktsmessig å avholde et møte med virksomheten tidlig i saksbehandlingen. Dette vil også kunne bidra til å peke på virksomhetens plikt til intern gransking av hendelsen, og dermed bidra til en bedre læringseffekt.

Referansekode: KVA 2009 – 1

Stikkord: Struktursvikt. Ledelse. Helsetilsynet.

## FORVENTET LEVEALDER I NORGE

*Fra Folkehelseinstituttet/Forskning.no:*

Tall fra SSB de siste årene viser at forventet levealder i Norge øker.

Ifølge Folkehelseinstituttet ble det i 2007 registrert de høyeste tallene for forventet levealder ved fødselen som noen gang er notert; nesten 83 år for kvinner og vel 78 år for menn.

Men økningen er ikke alle til del. Det er store variasjoner i forventet levealder knyttet til ulike demografiske og sosioøkonomiske forhold.

Det gjelder for eksempel ekteskapelig status og utdanning.

Kjersti Norgård Berntsen har undersøkt effekten av ekteskapelig status, utdanning og landsdel på nettopp dødelighet. Det har hun gjort ved hjelp av registerdata for hele Norges befolkning i alderen 30-89 år for perioden 1975-2002.

Norgård er masterstudent i samfunnsgeografi ved Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi ved Universitetet i Oslo.

Resultatet er rapporten "Trender i sosedemografiske og regionale forskjeller i dødelighet i Norge 1975-2002".

### Stor betydning

Berntsen viser at det er store variasjoner i dødelighet mellom personer med ulik ekteskapelig status og utdanningsnivå.

– I 2000-2002 var for eksempel sannsynligheten for å dø i løpet av et år omtrent dobbelt så stor i gruppen "aldri gifte menn" som blant "gifte menn", mens den var omtrent 1,7 ganger så stor blant aldri gifte kvinner som blant gifte kvinner.

– Tilsvarende var sannsynligheten for å dø i løpet av et år for menn og kvinner med lang, høyere utdanning omtrent halvparten av sannsynligheten for å dø i løpet av et år for personer som kun hadde grunnskole, sier Berntsen.

Relative forskjeller i dødelighet mellom ulike grupper av ekteskapelig status og utdanning har økt i perioden 1975-2002 for både kvinner og menn. Spesielt har det vært en sterk økning i dødeligheten blant aldri gifte i forhold til gifte.

Analysen av absolutte forskjeller i dødelighet gir mer blandede resultater. Regionale forskjeller i dødelighet er relativt små, og de har vært stabile over tid blant menn og svakt økende for kvinner.



## Ulike forventninger ved 30 år

Beregninger av hva dødelighetsforskjeller etter ekteskkelig status og utdanning utgjør i forventet gjenstående levetid for en person ved alder 30 år viser store ulikheter.

I 2000-2002 kunne 30 år gamle gifte menn og kvinner med minimum et kurs på høyskole eller universitet forvente å leve omtrent tolv år lenger enn aldri gifte menn og kvinner med grunnskole.

Dersom man undersøker ulikheter mellom de tilsvarende gruppene på henholdsvis Vestlandet og i Oslo, øker forskjellen til omtrent femten år.

Rapporten viser også at det har vært en stagnasjon eller reduksjon i forventet gjenstående levetid for 30 år gamle aldri gifte menn og kvinner som kun har grunnskole, i perioden 1975-2002.

## Årsaker til forskjellene

Sosiodemografiske forskjeller i dødelighet kan skyldes flere ting. Det kan være forhold bak valg av ekteskkelig status og utdanning som også påvirker dødelighet (seleksjon), beskyttelsesmekanismer knyttet til det å være gift, eller at utdanningsnivå kan ha konsekvenser for materielle forhold, helseatferd eller psykososiale faktorer.

Regionale forskjeller i dødelighet kan skyldes forhold ved landsdelen, som tilgjengelighet til helsetjenester, og dessuten forskjeller mellom personer som bor i ulike landsdeler.

– I denne rapporten har det med de tilgjengelige dataene ikke vært mulig å undersøke hvilke av disse mekanismene som bidrar til sosiodemografiske og regionale forskjeller i dødelighet i Norge, understreker Berntsen.

## Tiltak

Fra norske myndigheters side er det et uttalt mål å redusere forskjeller i helse og dødelighet (St.meld. nr. 20 (2006-2007)).

– Blant annet har Helsedirektoratet opprettet en ekspertgruppe på sosiale ulikheter i helse.

– Det er viktig å kartlegge trender i sosiodemografiske og regionale forskjeller i helse og dødelighet og å finne ut hvilke grupper som er ekstra hardt rammet, slik at man i neste omgang kan forsøke å identifisere hva som kan være de underliggende mekanismene, og deretter utarbeide tiltak for å prøve å redusere disse ulikhetene, avslutter Berntsen.

## Lenker:

Berntsen, K. N., 2009. Trender i sosiodemografiske og regionale forskjeller i dødelighet i Norge 1975-2002, utgitt av Helseøkonomisk forskningsprogram ved Universitetet i Oslo, skriftserie 2009:2.

SSB, befolkningsstatistikk: Beregn forventet levealder

Folkehelseinstituttet: Levealder i Norge - fakta om forventet levealder

Referansekode: HST 2009 – 1

Stikkord: Levealder. Dødelighet.

Fra Folkehelseinstituttet:

## TANNHELSE I NORGE

Nordmenns tannhelse varierer kraftig, blant annet avhengig av hvilken aldersgruppe de tilhører. Men tannhelsen har bedret seg over tid i flere grupper. Samtidig finnes det ikke god nok kunnskap om tannhelsen til mange grupper i befolkningen. Dette kommer frem i en fersk rapport fra Folkehelseinstituttet.

Den offentlige tannhelsetjenesten gir rutinemessige data om barns tannhelse, men det er ingen regelmessig innsamling av slike data i den voksne befolkningen. Det finnes heller ikke noe sentralt register som kan fortelle hvordan det står til med befolkningens tannhelse.

Den nye rapporten *Tannhelsestatus i Norge* (Rapport 2009:5 Tannhelsestatus i Norge. En oppsummering av eksisterende kunnskap) er en oppsummering av de data som per i dag finnes på området tannhelse/tannsykdommer. Denne rapporten er basert på data fra studier av barn og unge, rekrutter, voksne og eldre, samt enkelte spesielt utsatte

grupper. Mange av studiene er geografisk avgrenset og derfor ikke nødvendigvis representative for hele befolkningens tannhelse.



Det er heller ingen enighet om standardisert bruk av indikatorer samt fortolkningen av disse, noe som vanskeliggjør muligheten for å generalisere resultatene for de ulike gruppene i forhold til alder, sosial status osv.

## Noen resultater fra rapporten Tannhelsestatus i Norge.

- På landsbasis ser det ut til at andelen kariesfrie 3- og 5-åringer i 2007 er større enn noen gang tidligere; ca 85-90 % av 3-åringene og 75 % av 5-åringene.
- Blant 12-åringene var under 20 % kariesfri i 1985, mens andelen kariesfri 12-åringer har ligget over 40 % siden 1995, med en del svingninger.
- Gjennomsnittsrekruitten hadde i 1968 13,7 tenner med fyllinger, mens gjennomsnittet i 2008 var 4,8. Imidlertid økte andelen med erosjonsskader på tennene blant rekruttene fra 3 % i 1990 til 7 % i 1999.
- Tannhelsen hos de undersøkte gruppene som representerer den voksne normalbefolkningen har forbedret seg betydelig i løpet av de siste tiårene. Trøndelagsundersøkelsene viste bl. a. at i aldersgruppen 34-44 år ble andelen tenner med hull halvert i perioden 1973-2006.
- Andelen eldre som kun hadde egne tenner, har økt fra 1996 til 2004, dvs. det sees en bedring også blant eldre som i utgangspunktet vokste opp i en tid preget av begrenset tilbud og oppfølging av tannhelsen. Samtidig har en betydelig andel av de eldre smerter og/eller spisevaner.
- Tilbud om tannbehandling for grupper med spesielle behov varierer mellom fylkene, ettersom det er opptil den enkelte fylkeskommune å velge hvilke grupper som skal prioriteres.
- FUTT-undersøkelsen viste at nær 100 % av de rusmiddelavhengige hadde behov for tannbehandling. En annen undersøkelse av 227 pasienter med dobbeltdiagnose rus-psykiatri i 2006-2008 avdekket store behandlingsbehov – for eksempel hadde aldersgruppen 30-39 år i snitt nesten 8 tenner med karies, ti ganger så mange som en lignende aldersgruppe i Trøndelagsundersøkelsen i 2006.
- Rapporten gir også en oppsummering av data på faktorer knyttet til andre sykdommer i munnhulen.
- Basert på den kunnskapen som finnes per i dag er det vanskelig å konkludere med i hvilken grad det er sosiale ulikheter i tannhelse i Norge.

URL til denne artikkelen: <http://www.fhi.no/artikler?id=74933>

Referansekode: HST 2009 – 2

Stikkord: Tannhelse. Folkehelseinstituttet.

## HELSE RÅDET

Nytt fra emnebibliotek for samfunnsmedisin og folkehelsearbeid  
Helsebiblioteket, Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten

Postboks 7004 St. Olavs plass, 0130 Oslo

Redaktør: Anders Smith

Telefon 92 89 56 16

Internett: <http://www.helsebiblioteket.no>

e-post: [smi@helsebiblioteket.no](mailto:smi@helsebiblioteket.no)