


# Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land

Notat fra Kunnskapssenteret  
desember 2009

 kunnskapssenteret  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

**Bakgrunn:** Rapporten "OECD Health at a Glance 2009" er utgitt av OECD og viser sammenlikninger av helsesystemer og deres resultater på en rekke dimensjoner. OECD har brukt ulike indikatorer som er valgt basert på betydningen for langsiktig kurs og om de er tilgjengelige og sammenliknbare. Vi ønsker med denne rapporten å belyse viktige trekk ved den norske helsetjenesten sett i forhold til OECD, spesielt på områder der Norge klart skilte seg ut fra andre OECD-land. **Resultat og diskusjon:** OECD-rapporten viser generelt både gunstige helsevaner og god helsetilstand i Norge, med høyere forventet levealder og lavere sykelighet og dødelighet enn OECD-gjennomsnittet. Samtidig har norsk helsetjeneste de nest høyeste helseutgiftene per innbygger etter USA og høyest andel av helseutgiftene som går til pleie og omsorg. Mens norsk helsetjeneste har vist den største reduksjonen i sykehusdødelighet på grunn av hjerneslag, er overlevelse etter fem år ved brystkreft, livmorhalskreft, tykktarmskreft og endetarmskreft i Norge omtrent på OECD-gjennomsnittet. På mange andre områder i helsetjenesten har vi ikke pålitelige resultatindikatorer. *(fortsetter på baksiden)*



Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Postboks 7004, St. Olavs plass  
N-0130 Oslo  
(+47) 23 25 50 00  
www.kunnskapssenteret.no  
ISBN: 978-82-8121-308-1

**desember 2009**



 kunnskapssenteret

*(fortsettelsen fra forsiden)*

**Konklusjon:** Internasjonal sammenlikning av helse-systemenes innsatsfaktorer og resultater gir viktig bidrag til debatten om organisering og prioritering i helsetjenesten. Det forutsetter at vi har et pålitelig system for å måle helsetjenestens resultater. Det mangler fortsatt sammenliknbare kvalitetsindikatorer for store deler av helsetjenesten. Vi mener derfor det er nødvendig å styrke arbeidet med å utvikle et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem.

<b>Tittel</b>	Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land
<b>English title:</b>	The Norwegian health care system as compared to other OECD countries
<b>Institusjon</b>	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
<b>Ansvarlig</b>	John-Arne Røttingen, <i>direktør</i>
<b>Forfattere</b>	Khang Ngoc Nguyen, <i>seniorrådgiver</i> Jon Helgeland, <i>fungerende seksjonsleder</i>
<b>ISBN</b>	978-82-8121-308-1
<b>Notat</b>	Desember 2009
<b>Notattype</b>	Kommentar
<b>Antall sider</b>	21
<b>Nøkkelord</b>	OECD, helsetjeneste, kvalitetsindikator, Kunnskapssenteret
<b>Sitering</b>	Nguyen KN, Helgeland J. Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land. Notat, desember 2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Kunnskapssenteret vil takke professor Vidje Hansen, spesialrådgiver Torhild Heggstad og stipendiat Liv Mellesdal for å ha bidratt med faglig diskusjon i dette prosjektet. Kunnskapssenteret tar det fulle ansvaret for synspunktene som er uttrykt i notatet.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten  
Oslo, desember 2009

---

# Sammendrag

---

## BAKGRUNN OG METODE

---

Rapporten "OECD Health at a Glance 2009" er nylig utgitt av OECD ([www.oecd.org/health/healthataglance](http://www.oecd.org/health/healthataglance)). Den viser sammenlikninger av helsesystemer og deres resultater ved en rekke dimensjoner. OECD har brukt ulike indikatorer for helse og helsetjenester i OECD-landene, og valgt data basert på betydningen for langsiktig kurs og om de er tilgjengelige og sammenliknbare.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten vil med denne kommentarrapporten belyse viktige trekk ved den norske helsetjenesten sett i forhold til OECD. Vi ønsker dermed å bidra til den pågående debatten om organiseringen av og prioriteringen i det norske helsesystemet. Det legges vekt på spesielle forhold som gjorde at Norge klart skilte seg ut fra andre OECD-land. Vi drøfter samtidig datakvaliteten og sammenliknbarheten, siden landene har ulik befolkningssammensetning, finansiering og organisering av helsetjenester, samt ulike måter å registrere og rapportere data på.

---

## RESULTAT OG DISKUSJON

---

### Helsetilstanden og helsevaner

Helsetilstanden i Norge er generelt god, med høyere forventet levealder og lavere sykelighet og dødelighet enn OECD-gjennomsnittet. Økt forekomst av overvekt, fedme og diabetes er en negativ trend i OECD, som også gjelder Norge, selv om den norske forekomsten er under OECD-gjennomsnittet.

Våre helsevaner er også gunstige i forhold til OECD, med lavere forbruk av tobakk og alkohol og høyere forbruk av frukt. Spesielt positivt er at andelen ungdommer som røyker er blant de laveste i sammenlikningen. Et negativt funn er at andelen fysisk aktive blant norske ungdommer er blant de laveste i OECD.

## **Helsesystemets utgifter og resultater**

Norge har nest høyeste helseutgifter per innbygger etter USA. Dersom helseutgiftene beregnes som andel av den totale verdiskapingen (BNP), plasseres derimot Norge på OECD-gjennomsnittet, dvs. 8,9 % av BNP. Norge skiller seg ut med den høyeste andelen ressurser brukt på pleie og omsorg og det høyeste antall pleie- og omsorgspersonell per innbygger i OECD.

Med langt høyere ressursbruk på helsetjenester enn de fleste andre land, er det likevel usikkert om vi får tilsvarende mer helse. Mens norsk helsetjeneste har vist den største reduksjonen i sykehusdødeligheten på grunn av hjerneslag, er overlevelse etter fem år ved brystkreft, livmorhalskreft, tykktarmskreft og endetarmskreft i Norge omtrent på OECD-gjennomsnittet. Det er fortsatt mange områder i norsk helsetjeneste der vi ikke har pålitelige resultatindikatorer.

---

## **KONKLUSJON**

---

Innbyggere i Norge har god helse og gode helsevaner sammenliknet med andre OECD-land. Mens norske helseutgifter er blant de høyeste i OECD, leverer den norske helsetjenesten resultater på OECD-gjennomsnittet på områder der vi har pålitelige data. Samtidig mangler vi sammenliknbare data om kvalitet og resultater for store deler av helsetjenesten. Vi mener derfor det er nødvendig å styrke arbeidet med utvikling av et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem.

---

# Innhold

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>2</b>
Bakgrunn og metode	2
Resultat og diskusjon	2
Konklusjon	3
<b>INNHold</b>	<b>4</b>
<b>INNLEDNING OG METODE</b>	<b>5</b>
<b>RESULTAT</b>	<b>7</b>
God helsetilstand i Norge	7
Gunstige helsevaner i den norske befolkningen	8
Høye utgifter til helsetjenesten	9
Helsetjenestens ytelser	13
<b>KONKLUSJON</b>	<b>18</b>
<b>REFERANSER</b>	<b>19</b>
<b>EXECUTIVE SUMMARY (IN ENGLISH)</b>	<b>20</b>

---

# Innledning og metode

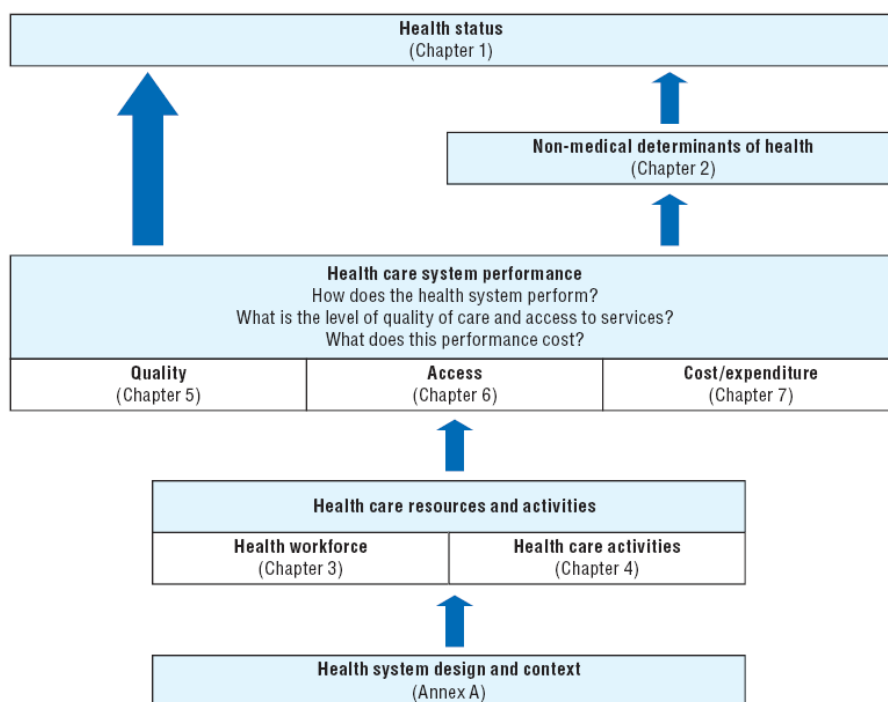
## **Om OECDs "Health at a Glance 2009"**

OECDs "Health at a Glance 2009" (Et blikk på helsen) er en sammenstilling av data om helsetilstanden, helsevaner, og helsesystemets struktur, prosesser og resultater i OECD-landene ([www.oecd.org/health/healthataglance](http://www.oecd.org/health/healthataglance)). Hensikten er å gi beslutningstakere nyttig informasjon om organisering, finansiering og resultater av helsesystemet i et land sammenliknet med andre land. Dermed kan man få et inntrykk av resultater av helsepolitikken som er ført, og eventuelt justere kursen.

OECD-landene er forskjellige, ikke bare når det gjelder befolknings sammensetning, levestandard, organisering og finansiering av helsetjenester, men også når det gjelder måten landene rapporterer tallene på. OECD har derfor lagt vekt på at dataene er sammenliknbare og har høy kvalitet. Likevel finnes det områder hvor dataene er mindre konsistente enn andre områder.

Selv om rapporten hovedsakelig dreier seg om helsetjenesten, omtales helsetilstanden og helsevaner i rapportens første kapitler. Dette er gjort for å gi et helhetlig bilde av sammenheng mellom helsetilstanden og helsetjenesten. Figuren på neste side viser det konseptuelle rammeverket for måling av helsesystemets resultater.

Figure 0.1. **Conceptual framework for health system performance assessment**



Source: Adaptation of the OECD (2006), "Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project", OECD Health Working Paper, No. 23, OECD Publishing, Paris.

### **Kunnskapssenterets tilnærming**

Prosjektgruppen gikk gjennom "OECD Health at a Glance 2009" og valgte ut en rekke funn for diskusjon. Ved utvelgelsen ble det lagt vekt på relevans for norsk helse-tjeneste og spesielle forhold som gjorde at Norge klart skilte seg ut fra andre OECD-land. Vi tar blant annet hensyn til sammenliknbarheten av dataene og diskuterer både datakvalitet og hvordan funnene passer med resultater fra andre studier.

Prosjektgruppen har bestått av:

- Khang Ngoc Nguyen, seniorrådgiver, Kunnskapssenteret
- Jon Helgeland, fungerende seksjonssjef, Kunnskapssenteret



---

# Resultat

---

## GOD HELSETILSTAND I NORGE

---

Norge plasserer seg på linje med eller bedre enn OECD-gjennomsnittet på alle indikatorer om helsetilstanden. Det dreier seg om forventet levealder, dødelighet på grunn av hjertesykdom og hjerneslag, kreft, trafikkulykker og selvmord samt tannhelse, selvoppfattet helsetilstand og forekomst av diabetes og AIDS.

Selv om forekomsten av diabetes type 2 er lavere i Norge enn OECD-gjennomsnittet, er det registrert en økende forekomst (prevalens) av tilstanden (Stene et al. 2004) (1). Dette henger sammen med økende forekomst av overvekt og fedme, samt mindre fysisk aktivitet i befolkningen.

Tabell. Health status – Norge relativt til OECD-landene

Indikator	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel
1.1 Life expectancy at birth			<input checked="" type="checkbox"/>
1.2 Life expectancy at age 65			<input checked="" type="checkbox"/>
1.3 Premature mortality			<input checked="" type="checkbox"/>
1.4 Mortality from heart disease and stroke		<input checked="" type="checkbox"/>	
1.5 Mortality from cancer			<input checked="" type="checkbox"/>
1.6 Mortality from road accidents			<input checked="" type="checkbox"/>
1.7 Suicide		<input checked="" type="checkbox"/>	
1.8 Infant mortality			<input checked="" type="checkbox"/>
1.9 Infant health: low birth weight		<input checked="" type="checkbox"/>	
1.10 Dental health among children		<input checked="" type="checkbox"/>	
1.11 Perceived health status			<input checked="" type="checkbox"/>
1.12 Diabetes prevalence and incidence			<input checked="" type="checkbox"/>
1.13 AIDS incidence			<input checked="" type="checkbox"/>

---

## GUNSTIGE HELSEVANER I DEN NORSKE BEFOLKNINGEN

---

Sammenliknet med OECD-landene har norske innbyggere gunstige helsevaner, med unntak av fysisk aktivitet:

- **Færre røykere i Norge:** Norske 15-åring er blant dem som røykte minst i OECD. Ni prosent av guttene og 12 % av jentene røykte minst én gang i uken. Hos voksne nordmenn er det 22 % daglige røykere. Tallet er lavere enn gjennomsnittet i OECD, men høyere enn i Finland, Island og Sverige.
- **Lavere alkoholforbruk:** Andelen norske femtenåringer som har vært fulle mer enn to ganger i sitt liv er på nivå med OECD-gjennomsnittet. Voksne nordmenn er blant dem som har lavest alkoholforbruk i OECD, men forbruket har økt med 25 % siden 1980, mot reduksjon på 13 % i OECD.
- **Høyere daglig forbruk av frukt:** Daglig forbruk av frukt ligger høyt i forhold til OECD hos norske ungdommer. I likhet med OECD synker andelen med daglig fruktforbruk betydelig fra 11-årsalderen til 15-årsalderen.
- **Mindre overvekt og fedme:** Andelen norske barn og voksne med overvekt eller fedme er under OECD-gjennomsnittet, selv om andelen har økt i løpet av de siste årene på lik linje med OECD.
- **For lite fysisk aktive:** Langt færre norske barn og ungdommer driver med daglig moderat til intensiv fysisk aktivitet enn OECD-gjennomsnittet (15,6 % for Norge mot 20,2 % for OECD).

*Kommentar:* Funnet strider imot vanlig oppfatning i Norge om at nordmenn er fysisk aktive. Det samme mønsteret ser vi blant voksne, der kun 17 % kan karakteriseres som fysisk aktive ifølge en rapport fra Helsedirektoratet (Ommundsen og Aadland 2009)(2).

Tabell. Non-medical determinants of health – Norge relativt til OECD-landene

Indikator	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel
2.1.a Smoking consumption at age 15			☑
2.1.b Alcohol consumption at age 15		☑	
2.2 Nutrition at ages 11, 13 and 15			☑
2.3 Physical activity at ages 11, 13 and 15	☑		
2.4 Overweight and obesity among children			☑
2.5 Tobacco consumption among adults		☑	
2.6 Alcohol consumption among adults			☑
2.7 Overweight and obesity among adults			☑

## HØYE UTGIFTER TIL HELSETJENESTEN

### OECD-funn:

Norge brukte USD 4.763 per innbygger mot OECD-gjennomsnittet på USD 2.966 på helsetjenester i 2007. Kun USA brukte mer ressurser på helsetjenester enn Norge. Beløpene er korrigert for kjøpekraft (purchasing power parity, PPP). Ser man på utgifter til helsetjenester som prosent av den totale verdiskapingen (BNP), er Norge på OECD-gjennomsnittet, dvs. 8,9 % i 2007.

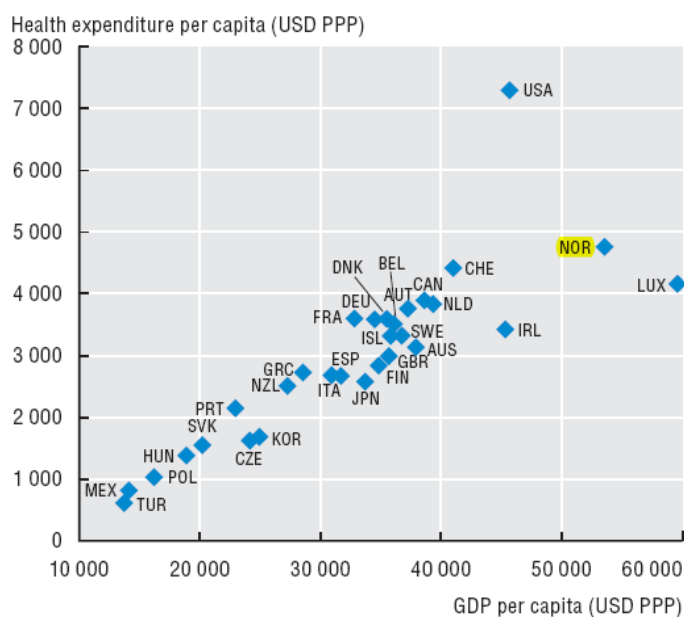
Norske helseutgifter har vokst mindre enn OECD i perioden 1997–2007, med årlig vekst på 2,4 % for Norge sammenliknet med OECD-gjennomsnittet på 4,1 %. Den forholdsvis høye veksten i helseutgiftene i OECD kan forklares med at land som Korea og Tyrkia hadde høy vekst ut fra et mye lavere utgiftsnivå i begynnelsen av perioden. Andre OECD-land hadde høy vekst på grunn av en tilsiktet økning i den offentlige delen av helseutgiftene.

Tabell. Helseutgifter – Norge relativt til OECD-landene (kapittel 7.1 og 7.2)

Indikator	Laveste tredel	Midtre tredel	Høyeste tredel
Helseutgifter per innbygger			☑
Helseutgifter i prosent av BNP		☑	
Årlig vekst i helseutgiftene 1997–2007	☑		

Samlet ressursbruk til helsetjenester varierer sterkt mellom OECD-landene. Landenes ressursbruk til helsetjenester følger BNP. Jo høyere BNP per innbygger, dess høyere ressursforbruk, se figur 7.2.4.

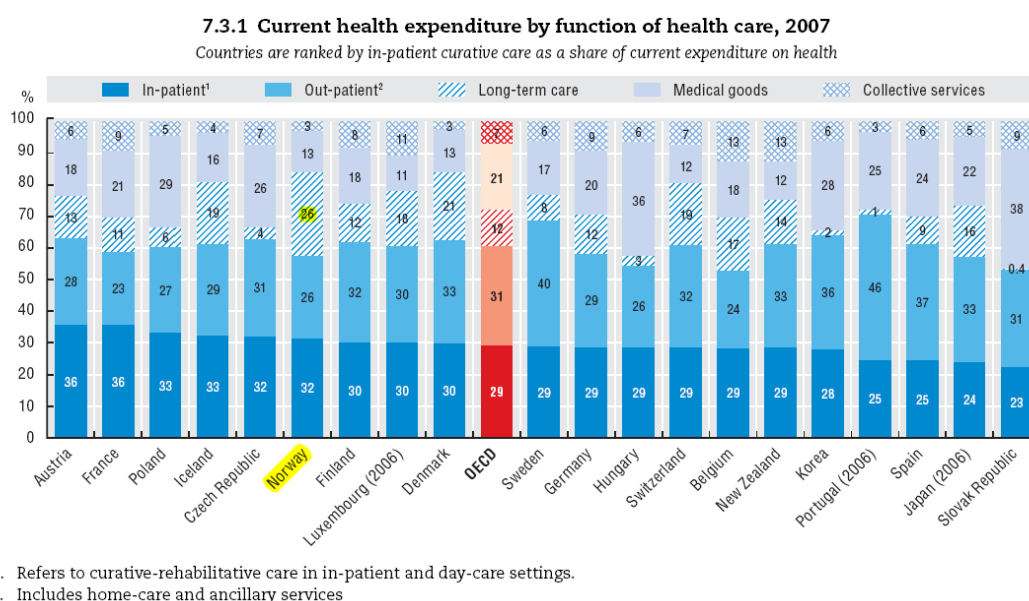
7.2.4 Total health expenditure per capita and GDP per capita, 2007



*Kommentar:* Forskjeller mellom landene i helseutgifter per innbygger gjenspeiler en rekke markedsmessige og sosiale faktorer samt de finansielle og organisatoriske strukturene i hvert land. Noe av forklaringene på de høye norske utgiftene til helse-tjenester kan finnes i de høye norske lønnskostnadene og de høyere antall leger og pleiepersonell per innbygger i Norge enn i OECD-landene.

## Høye utgifter til sykehjem og hjemmesykepleie, men mindre til legemidler (kapittel 7)

Når helseutgiftene fordeles mellom ulike typer tjenester, skiller Norge seg klart ut fra andre OECD-land på to områder: høyeste andel av utgiftene til langtidsbehandling, og laveste andel på medisiner og medisinsk-tekniske hjelpemidler, se figur 7.3.1.



**Pleie og omsorg:** Norge brukte 26 % av helseutgiftene til pleie og omsorg, som omfatter sykehjem og hjemmesykepleie. Andelen er den høyeste i OECD. Forskjellene kan være reelle, men kan også skyldes forskjellige lands ulike måter å registrere helse- og sosialutgifter på.

*Kommentar:* Tall fra Statistisk sentralbyrå bekrefter trenden at utgifter til langtidsbehandling har hatt den største veksten fra år 2000, sammenliknet med utgiftene til andre typer helsetjenester.

**Legemidler:** Norge brukte 3 % av helseutgiftene til legemidler og medisinske hjelpemidler. Andelen er blant de laveste i OECD.

*Kommentar:* De lave utgiftene skyldes blant annet lavere legemiddelpriser. Norge er blant landene som har laveste legemiddelpriser i Europa, og legemidler i Norge har i perioden 2000–2008 hatt en årlig realprisreduksjon på 4 % (Legemiddelindustriforeningen) (3).

Forbruksmønsteret varierer innen ulike terapeutiske områder. Mens Norge hadde høyere forbruk (målt i definerte døgndoser) av kolesterolsenkende midler og anti-depressiva, var forbruket av antibiotika og diabetesmidler lavere enn OECD (kapittel 4.10).

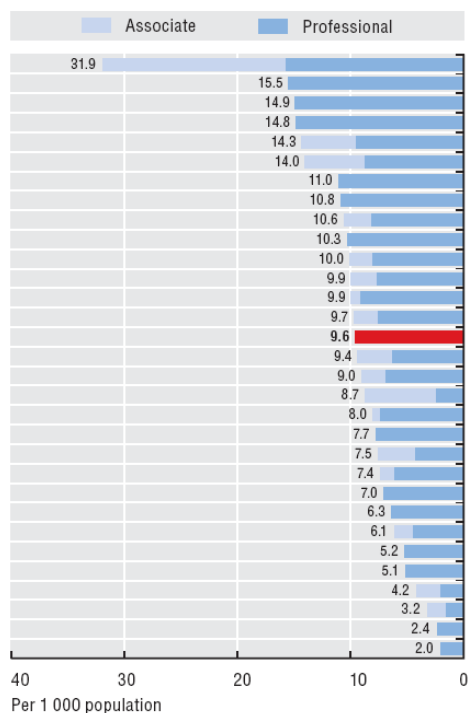
### Høyt antall helsepersonell (kapittel 3)

Både antall leger og pleiepersonell ansatt i helse- og sosialtjenester i Norge er blant de høyeste i OECD. Norge hadde 3,9 praktiserende lege per 1000 innbyggere, sammenliknet med OECD-gjennomsnittet på 3,1. Også veksten i antall leger er høyere i Norge enn OECD.

### Pleiepersonell

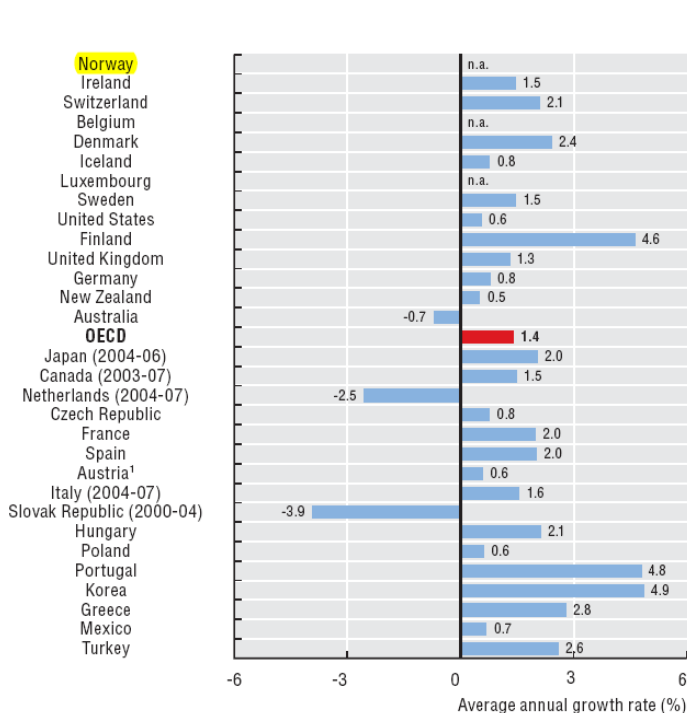
Med 31,9 "sykepleier" per 1.000 innbyggere og 8,3 "sykepleier" per lege troner Norge på toppen av OECD-statistikken. Norge har tre ganger flere "sykepleiere" per 1.000 innbyggere enn OECD-gjennomsnittet (31,9 vs. 9,6). Se figur 3.8.1.

3.8.1 Practising nurses per 1 000 population, 2007 (or latest year available)



1. Austria reports only nurses employed in hospitals.

3.8.2 Change in the number of practising nurses per 1 000 population, 2000-07



### Kommentar:

Det er mulig at Norge faktisk har flest sykepleiere per innbygger, men OECD-statistikken kan overestimere forskjellene på grunn av ulik rapportering fra landene. Mens rapporten viser antall pleie- og omsorgspersonell i Norge som har utdanning som sykepleiere, hjelpepleiere eller tilsvarende, slik OECD har definert som "nurses", manglet det tilsvarende tall fra flere OECD-land. Sverige rapporterte ikke antall

hjelpepleiere, Østerrike inkluderte kun sykehusansatte pleiepersonell og Tyskland tok ikke med jordmødre og sykepleiere som arbeidet i eldre omsorg.

Videre vises *antall* norsk personell som er ansatt i helsetjenesten, og ikke årsverk. Det er i henhold til definisjonen fra OECD. En ansatt i pleie- og omsorgstjenesten i Norge utfører typisk mindre enn ett årsverk, med gjennomsnittlig arbeidstid på henholdsvis 28 og 31 timer for hjelpepleiere og sykepleiere (Statistisk sentralbyrå 2008) (4).

#### **Høyt aktivitetsnivå i norsk helsetjeneste (Kapittel 4)**

Norge hadde lavere antall akutte sykehussenger per innbygger enn OECD-gjennomsnittet (2,9 mot 3,8 per 1.000 innbyggere), men hadde samtidig flere utskrivninger og kortere sykehusopphold. Dette gjelder alle sykdomsgrupper. Spesielt ved hjerteinfarkt er sykehusoppholdet blant de korteste i OECD (4,6 dager, mot et gjennomsnitt på 7,4 dager).

##### *Kommentar:*

Kortere sykehusopphold ved hjerteinfarkt kan forklares ved at mange pasienter overflyttes for koronar intervensjon. Koronarbypass og angioplastikk utføres oftere i Norge enn i OECD (331 mot 267). Samtidig utføres færre keisersnitt og gråstæroperasjoner i Norge enn i OECD.

OECD-rapporten gir ikke noen indikasjon på hvor effektive sykehusene er. En ny rapport fra SINTEF konkluderer med at norske sykehus er mindre effektive enn sykehus i Skandinavia (Kittelsen 2009) (5).

---

## HELSETJENESTENS YTELSE

---

Med helseutgifter per innbygger på toppen av OECD etter USA er det naturlig å spørre seg om den norske helsetjenesten yter tilsvarende mer enn hva man finner i andre land. Rapportens kapittel 5 (Kvalitet) og 6 (Tilgang) omhandler helsetjenestens ytelser. I den foreliggende rapporten publiseres kvalitetsindikatorer for forebygging og behandling innen følgende områder:

- Kroniske tilstander: astma, kols, diabetes, hjertesvikt, høyt blodtrykk
- Hjerteinfarkt og hjerneslag
- Psykiske lidelser: schizofreni, bipolar lidelse
- Kreft: livmorhals-, bryst- og kolorektalkreft
- Smittsomme sykdommer: vaksineringsprogrammer

### Oppsummering av kvalitetsindikatorer

Tabell. Quality of Care – Norge relativt til OECD-landene

Kvalitetsindikator	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel
5.1 a. Avoidable hospital admission rate for asthma			<input checked="" type="checkbox"/>
5.1 b. Avoidable hospital admission rate for chronic obstructive pulmonary disease		<input checked="" type="checkbox"/>	
5.2 Avoidable hospital admission rate for diabetes acute complications		<input checked="" type="checkbox"/>	
5.2 Avoidable hospital admission rate for diabetes lower extremity amputation			<input checked="" type="checkbox"/>
5.3 a. Avoidable hospital admission rate for congestive heart failure		<input checked="" type="checkbox"/>	
5.3 b. Avoidable hospital admission rate for hypertension		<input checked="" type="checkbox"/>	
5.4 In-hospital case fatality rate following acute myocardial infarction			<input checked="" type="checkbox"/>
5.5 In-hospital case fatality rate following stroke			<input checked="" type="checkbox"/>
5.6 a. Unplanned hospital re-admissions for patients with schizophrenia	<input checked="" type="checkbox"/>		
5.6 b. Unplanned hospital re-admissions for patients with bipolar disorder		<input checked="" type="checkbox"/>	
5.7 a. Cervical cancer screening rate			<input checked="" type="checkbox"/>
5.7 b. Cervical cancer five-year relative survival rate		<input checked="" type="checkbox"/>	
5.8 a. Mammography screening rate			<input checked="" type="checkbox"/>
5.8 b. Breast cancer five-year relative survival rate		<input checked="" type="checkbox"/>	
5.9 Colorectal cancer five-year relative survival rate		<input checked="" type="checkbox"/>	

Kvalitetsindikatorerne ovenfor er resultatet av OECD-prosjektet Health Care Quality Indicators (HCQI) som ble startet i 2003. Prosjektet har som mål å kunne sammenlikne helsetjenestens kvalitet mellom landene. Etter en omfattende vurderingsprosess har man kommet fram til et sett av kvalitetsindikatorer som gjenspeiler kvaliteten av helsetjenesten i de forskjellige land, samtidig som det i størst mulig grad er mulig å finne sammenliknbare grunnlagsdata i OECD-landene.

### **Vanskelig tolkning av indikatorer for kroniske tilstander**

#### *OECD-funn:*

Rapporten viser antall innleggelser per 100.000 innbyggere med diagnose:

- astma
- kols (kronisk obstruktiv lungesykdom)
- hjertesvikt
- hypertensjon

Videre presenteres antall innleggelser per 100.000 innbyggere for akutte komplikasjoner og tå-, fot- og benamputasjoner som komplikasjon til diabetes.

#### *Kommentar:*

En indikator for et helsesystems behandling av kroniske tilstander er antall innleggelser som potensielt kan unngås ved optimal behandling i primærhelsetjenesten samt det forebyggende arbeidet.

De norske innleggelsestallene ligger noe under gjennomsnittet for OECD med unntak av kols. For kols er innleggeslesraten noe over OECD-gjennomsnittet. Ulike måter å estimere av forekomsten av kols på kan forklare mye av de tilsynelatende forskjellene i innleggeslesrater, men her er usikkerheten i stor.

Tallene må dermed tolkes med en viss forsiktighet. Selv om uplanlagte innleggelser i mange tilfeller kan unngås ved optimal behandling i primærhelsetjenesten eller poliklinisk, kan det forekomme planlagte innleggelser og innleggelser som ikke kan unngås tross optimal helsetjeneste. Samtidig tas det ikke hensyn til prevalensen (forekomsten) av sykdommene i de forskjellige land. For en rekke av disse sykdommene finnes det ikke gode prevalensdata i Norge.

### **Hjerteinfarkt og hjerneslag (kapittel 5.4 og 5.5)**

#### *OECD-funn:*

For hjerteinfarkt og hjerneslag presenteres indikatorer for dødelighet i sykehus innen 30 dager etter innleggelse. For disse indikatorerne kommer Norge klart bedre ut enn OECD-gjennomsnittet.



For hjerneslag (hjerneinfarkt og hjerneblødning) hadde Norge den største reduksjonen i dødeligheten på sykehus siden 2002. OECD peker på at Norge har vært blant foregangslandene i bruk av slagenhet ved sykehusene. Dette kan underbygge en tolkning av indikatoren som en følge av bedre behandling i Norge.

*Kommentar:*

Det er store tolkningsproblemer knyttet til nettopp disse indikatorene. Dødeligheten er avhengig av pasientfaktorer (alder, helsetilstand med mer), sykdommens alvorlighetsgrad og helsetjenestens kvalitet.

For hjerteinfarkt kan økende bruk av optimal revaskularisering (som for eksempel perkutan koronar intervensjon) ha ført til lavere dødelighet. Samtidig kan flere forhold bidra til underestimering av dødeligheten i sykehus i Norge:

- **Aldersstandardisering:** For å gjøre tallene fra forskjellige land mest mulig sammenliknbare har OECD valgt å vekte aldersspesifikk dødelighet med alderssammensetningen i OECDs standardpopulasjon. Det medfører at dødeligheten for de relativt unge blir gitt langt større vekt enn i det faktiske pasientmaterialet, som i stor grad består av eldre. OECDs dødelighetsrater er derfor tilsynelatende svært lave sammenliknet med den faktiske dødeligheten. Den relative forskjellen mellom Norge og OECD blir mindre hvis vi ser på den faktiske (ikke aldersstandardiserte) dødeligheten.
- **Kort oppholdslengde på sykehus:** Det regnes bare med dødsfall som inntrer på det sykehuset som først tar imot pasienten. Kort liggetid vil føre til lav dødelighet i sykehus.
- **Overflytting mellom sykehus:** I Norge blir mange hjerteinfarktpasienter overflyttet mellom en spesialisert hjerteavdeling og lokalsykehus. En infarkt-episode kan dermed generere flere registrerte utskrivinger med pasientstatus som levende. Dette kan delvis forklare den lave dødeligheten i Norge.

Når data fra personentydige registre de nærmeste årene gjør det mulig å følge pasienter mellom ulike sykehus, vil det bli mulig å beregne dødelighetstall som ikke er beheftet med like store metodiske problemer. Med validering av journaler kan man vurdere datakvalitet og pasientfaktorer slik at man kommer enda nærmere årsaken til forskjeller i dødeligheten etter sykehusinnleggelse.

## **Hyppigere reinnleggelser i psykisk helsevern i Norge enn i OECD**

*OECD-funn:*

Norge og andre skandinaviske land har høyere reinnleggesrater for schizofreni og bipolare lidelser enn OECD-gjennomsnittet, se figur 5.6.1. Reinnleggelser innen 30 dager etter utskriving på grunn av schizofreni og bipolare lidelser utgjorde henholdsvis 22,6 % og 18,4 % i Norge, mot OECD-gjennomsnittet på 18,1 % og 16,8 %.

*Kommentar:*

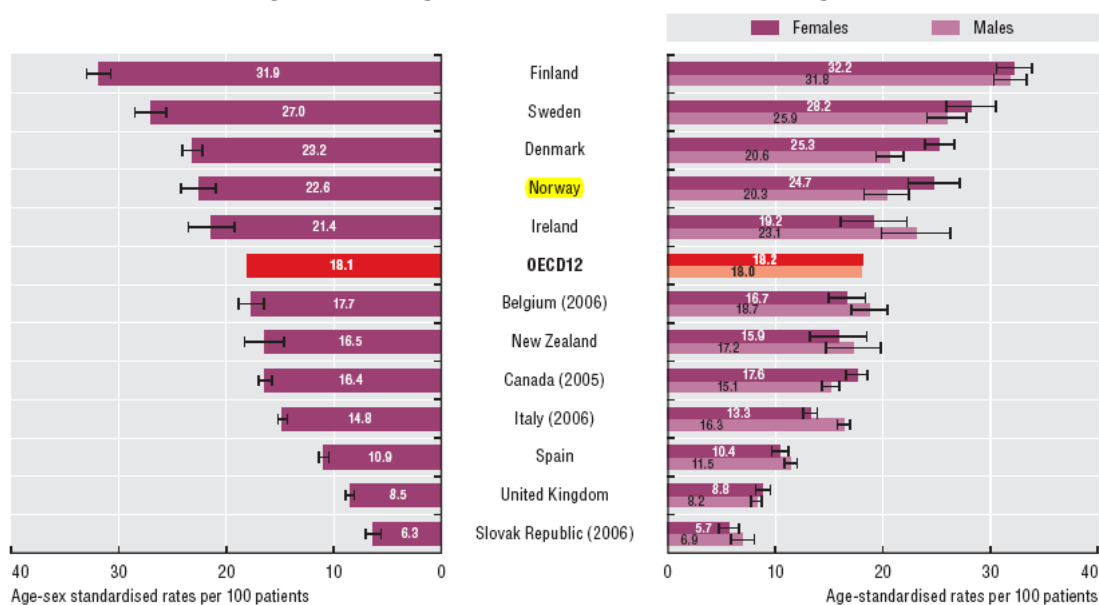
Uplanlagte reinnleggelser brukes i rapporten som en indikator på hvordan aktørene i helsetjenesten samhandler etter at en pasient utskrives fra en psykiatrisk institusjon. Flere faktorer kan bidra til de høye reinnleggingsratene for Norge i forhold til OECD, som for eksempel ulik rapporteringspraksis, organisering, lovgivning, prevalens og ressurstilgang. Indikatoren bør derfor tolkes med forsiktighet.

De norske tallene for uplanlagte reinnleggelser innen 30 dager kan være for høye siden de omfatter både uplanlagte og planlagte reinnleggelser. Både innleggelser på sykehus og distriktpspsykiatriske sentre (DPS) er inkludert. Reinnleggelser på DPS er oftere planlagte enn på sykehus, og planlagte reinnleggelser behøver ikke å være en indikator på dårlig kvalitet i behandlingsskjeden. Planlagte reinnleggelser kan faktisk være en bedre behandling enn lengre sykehusopphold.

Ved optimal sykehusbehandling og planlegging av utskrivingen samt godt ettervern bør det være mulig å holde antall uplanlagte reinnleggelser på et lavt nivå. OECD regner innleggelser innen 30 dager etter utskrivingen som uplanlagte.

Verken antall sykehussenger eller oppholdslengde kan ifølge OECD forklare forskjeller i reinnleggingsraten mellom landene. Norge hadde laveste oppholdslengde på psykiatrisk institusjon i OECD.

5.6.1 Unplanned schizophrenia re-admissions to the same hospital, 2007



Temaet uplanlagte reinnleggelser i psykisk helsevern som en kvalitetsindikator for helsetjenesten er likevel viktig. Valideringsstudier ved gjennomgang av journaler vil sannsynligvis avklare årsakene til den tilsynelatende høye reinnleggingsraten i Norge.

## **Kreftoverlevelse i Norge på OECD-nivået**

### *OECD-funn:*

Tre krefttyper er omtalt i "Health at a Glance 2009": livmorhalskreft, brystkreft, og kolorektalkreft. For hver krefttype vises tre kvalitetsindikatorer: screeningsrate, overlevelse etter fem år og dødelighet.

En viktig kvalitetsindikator er overlevelseshastighet etter 5 år, som er avhengig av hvor tidlig sykdommen er oppdaget og hvordan den er behandlet. Ved sammenlikning av 5-årsoverlevelse plasseres Norge omtrent på OECD-gjennomsnittet for alle de tre kreftformene. Ved kolorektal kreft har overlevelsen økt i OECD de siste årene. Den norske overlevelseshastigheten etter fem år ligger langt bak USA (55,7 % for Norge mot 67,3 % for USA).

### *Kommentar:*

Funnene for brystkreft og kolorektalkreft i OECD-rapporten viser samme trend som den internasjonale CONCORD-studien (Coleman 2008) (5). Datakvaliteten varierer fra land til land, men var generelt høy. Variasjonen av overlevelseshastigheten mellom landene skyldes flere faktorer. Det kan skyldes hvordan patologene definerer funnene som kreft, og hvor tidlig sykdommen er oppdaget. Relevant for helsetjenesten er at overlevelse etter fem år kan tilskrives screeningsarbeidet og behandlingen.

## **Smittsomme sykdommer – vaksinasjonsprogrammer**

OECD presenterer vaksinasjonsrater for toåringer. For OECD under ett er vaksinasjonsraten høy, over 90 %, for kikhoste, meslinger og hepatitt B. I Norge er raten omtrent på OECD-nivå for kikhoste. Det oppgis et lavere tall (82 %) for meslinger, som imidlertid ikke stemmer med tall fra SYSVAK-registeret (92 %). For hepatitt B finnes ikke norske tall da denne vaksinen ikke inngår i vårt regulære barnevaksinasjonsprogram.

---

# Konklusjon

OECDs "Health at a Glance 2009" viser at innbyggere i Norge har god helse og gode helsevaner sammenliknet med andre OECD-land. Mens norske helseutgifter er blant de høyeste i OECD, leverer den norske helsetjenesten resultater på OECD-gjennomsnittet på områder der vi har pålitelige data. Samtidig mangler vi sammenliknbare data om kvalitet og resultater for store deler av helsetjenesten.

Rapporten viser at det er viktig å styrke samarbeidet i internasjonale fora for å skaffe sammenliknbare data om helsetjenesten. Samtidig er det nødvendig å øke innsatsen for å utvikle et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem.

---

# Referanser

1. Stene LC, Midthjell K, Jenum AK, Skeie S, Birkeland KI, Lund E, et al. Hvor mange har diabetes mellitus i Norge? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124:1511-4.  
[http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks\\_id=1024815](http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=1024815)
2. Ommundsen Y, Aadland AA. Fysisk inaktive blant voksne i Norge. Hvem er inaktive – og hva motiverer til økt fysisk aktivitet? Helsedirektoratet, Kreftforeningen og Norges Bedriftsidrettsforbund. 2009  
[http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/fysisk\\_inaktive\\_voksne\\_i\\_norge\\_hvem\\_er\\_de\\_og\\_hva\\_motiverer\\_til\\_kt\\_fysisk\\_aktivitet\\_463564](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/rapporter/fysisk_inaktive_voksne_i_norge_hvem_er_de_og_hva_motiverer_til_kt_fysisk_aktivitet_463564)
3. Legemiddelindustriforeningen. Tall og fakta. 2009.  
<http://www.legemiddelstatistikk.com/tf/2009/index.html>
4. Statistisk sentralbyrå. Sysselsatte personer 16-66 år med helse- og sosialfaglig utdanning i helse- og sosialtjenester, etter fagutdanning og avtalt arbeidstid. 4. kvartal 2008. <http://www.ssb.no/hesospers/tab-2009-06-19-05.html>
5. Kittelsen SAC, Anthun KS, Kalseth S, Kalseth J, Halsteinli V, Magnussen J. 2009. En komparativ analyse av spesialisthelse-tjenesten i Finland, Sverige, Danmark og Norge: Aktivitet, ressursbruk og produktivitet 2005-2007, Rapport A12200, SINTEF, Trondheim  
<http://www.frisch.uio.no/sammendrag/774.html>
6. Coleman MP, Quaresma M, Berrino F, Lutz JM, De Angelis R, Capocaccia R, et al. Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD). Lancet Oncology 2008; 9: 730–56.  
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18639491>

---

# Executive summary (in English)

## BACKGROUND AND METHOD

The report "OECD Health at a Glance 2009" is recently published by the OECD ([www.oecd.org/health/healthataglance](http://www.oecd.org/health/healthataglance)). It shows the comparisons of health care systems, and their results at a number of dimensions. The OECD report has used different indicators of health and health care in OECD countries and selected data based on their relevance for policy and whether they are available and comparable.

The Norwegian Knowledge Center for Health Services would like to comment some selected topics on important aspects of the Norwegian health services in relation to the OECD. We would thereby contribute to the ongoing debate about the organization and prioritization in the Norwegian health system. Emphasis is placed on the specific circumstances that made Norway clearly stand out from other OECD countries. We also discuss data quality and comparability, since countries differ in population composition, financing and organizing of health services, as well as different ways to record and report data.

## RESULTS AND DISCUSSION

### **Health status and non-medical determinants of health**

Health status in Norway is generally good, with higher life expectancy and lower morbidity and mortality than the OECD average. Increasing prevalence of overweight, obesity and diabetes is a negative trend in the OECD, which also applies to Norway, although the Norwegian prevalence is below the OECD average.

Our non-medical determinants of health are also favourable compared to the OECD, with lower consumption of tobacco and alcohol, and higher consumption of fruit. One particularly positive finding is that the proportion of adolescents who smoke is among the lowest in the OECD. However, Norwegian youths score among the lowest regarding physical activity.

### **Health system expenditures and results**

Norway has the second highest health expenditure per capita after the United States. If health spending is calculated as a percentage of the gross domestic products (GDP), Norway is in the OECD average, ie 8.9% of GDP. Norway stands out with the

highest resources spent on long-term care and the highest number of nurses per capita in the OECD.

With the much higher expenditure on health care than most other countries, it is imperative to ask whether we have proportionately more health care results. While Norway has shown the greatest reduction in hospital mortality due to stroke, the 5-year survival rate of breast, cervix and colorectal cancer in Norway is at about the OECD average. There are still many areas in the Norwegian health service where we do not have reliable performance indicators.

## CONCLUSION

The residents of Norway have good health status and health habits. While the Norwegian health expenditure is among the highest in the OECD, the Norwegian health system delivers results at the OECD average in areas where we have reliable data. At the same time we lack comparable data on performance for large parts of the health service. We therefore think it is necessary to strengthen the work on the development of a national quality indicator system.

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services summarizes and disseminates evidence concerning the effect of treatments, methods, and interventions in health services, in addition to monitoring health service quality. Our goal is to support good decision making in order to provide patients in Norway with the best possible care. The Centre is organized under The Directorate of Health, but is scientifically and professionally independent. The Centre has no authority to develop health policy or responsibility to implement policies.

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services

PB 7004 St. Olavs plass

N-0130 Oslo, Norway

Telephone: +47 23 25 50 00

E-mail: [post@kunnskapssenteret.no](mailto:post@kunnskapssenteret.no)

Full report (pdf): [www.kunnskapssenteret.no](http://www.kunnskapssenteret.no)