

Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre europeiske OECD-land 2012

Notat fra Kunnskapsenteret
Januar 2013

Tittel	Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre europeiske OECD-land 2012
English title:	The Norwegian health care system as compared to other European OECD Countries 2012
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, <i>direktør</i>
Forfattere	Ingrid Sperre Saunes, <i>seniorrådgiver</i> Ånen Ringard, <i>seniorrådgiver</i> Jon Helgeland, <i>seksjonsleder</i> Anne Karin Lindahl, <i>avdelingsdirektør</i>
ISBN	978-82-8121-513-9
Notat	Januar 2013
Notattype	Kommentar
Antall sider	23
Nøkkelord	OECD, helsetjeneste, kvalitetsindikator, Kunnskapssenteret
Sitering	Saunes IS, Ringard Å, Helgeland J, Lindahl AK,: Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre europeiske OECD-land 2012. Notat, januar 2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2012.

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.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, januar 2013

Sammendrag

BAKGRUNN OG METODE

”Health at a Glance” er en rapportserie fra OECD som utgis annethvert år. Rapporten gir et oversiktsbilde over befolkningens helsetilstand og helsetjeneste ved hjelp av ulike indikatorer for samtlige OECD-land. I tillegg publiserte OECD regionale rapporter for henholdvis Europa og Asia/Stillehavet i 2010 og 2012.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten belyser i denne kommentarrapporten til Health at a Glance: Europe 2012 viktige trekk ved den norske helsetjenesten sett i forhold til helsetjenesten i de øvrige europeiske OECD-landene. OECD-rapporten fra 2012 inneholder sammenliknbare data fra 35 europeiske land, basert på de nyeste tilgjengelige data fra 2010. Gjennomsnittsverdiene som oppgis er for EU-landene i OECD. Kommentarrapporten er ment å være et bidrag i den pågående debatten om kvalitet i den norske helsetjenesten. Det er lagt vekt på å få frem områder hvor Norge klart skiller seg ut fra de andre europeiske OECD-landene. Vi drøfter i tillegg datakvalitet og sammenliknbarhet, siden landene varierer med hensyn til befolknings sammensetning, finansiering og organisering av helsetjenester, samt at de har ulike måter å registrere og rapportere data på.

Kunnskapssenteret publiserte en tilsvarende kommentarrapport i 2009.

RESULTAT OG DISKUSJON

Helsetilstand 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 de europeiske OECD-landene, som også gjelder Norge. Forekomst av fedme i Norge er imidlertid under gjennomsnittet for de andre OECD-landene i Europa.

Norske helsevaner er også bedre enn gjennomsnittet i OECD, med lavere forbruk av tobakk og alkohol og høyere inntak av frukt. Spesielt positivt er det at andelen unge som røyker i Norge er blant de laveste i sammenlikningen. Et negativ funn er at an-

delen unge i Norge som er fysisk aktive, er blant de laveste i de europeiske OECD-landene.

Helsesystemets utgifter og resultater

Norge har de høyeste helseutgifter per innbygger i Europa målt per capita. Ser man på prioritering av utgifter til helsetjenesten som andel av den totale verdiskapingen (BNP), plasseres derimot Norge litt over gjennomsnittet, med 9,4 % av BNP sammenliknet med 9,0 % av BNP for de europeiske OECD-landene. Helseutgiftenes andel av BNP i EU-landene har for øvrig sunket fra 9,2 % i 2009. Norge skiller seg ut med den høyeste andelen ressurser brukt på pleie og omsorg og et høyt antall pleie- og omsorgspersonell per innbygger i forhold til de andre europeiske OECD-landene.

Selv om disse sammenlikningene indikerer at Norge har langt høyere ressursbruk enn de fleste andre europeiske OECD-landene, er det likevel usikkert om vi får tilsvarende bedre helsetilstand i befolkningen. Sammenliknet med de europeiske OECD-landene, har norsk helsetjeneste hatt størst reduksjon i sykehusdødelighet på grunn av hjerneslag. Også for overlevelse etter fem år ved brystkreft, livmorhalskreft, tykktarmskreft og endetarmskreft skårer Norge godt over OECD-gjennomsnittet. Når det gjelder pasientsikkerhetsindikatorerne for fødselsskader skårer Norge litt dårligere enn gjennomsnittet i Europa for normalfødsler, men bedre enn snittet for kvinner som har kompliserte fødsler. Oppslutning om barnevaksinasjonsprogrammet er lik det europeiske gjennomsnittet. Det er fortsatt behov for å utvikle pålitelige resultatindikatorer på mange områder innen helsetjenesten, både i europeiske land og i Norge.

KONKLUSJON

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

Innhold

SAMMENDRAG	2
Bakgrunn og metode	2
Resultat og diskusjon	2
Konklusjon	3
INNHold	4
INNLEDNING OG METODE	5
Health at a Glance: Europa 2012	5
RESULTAT FOR FOLKEHELSE	7
God helsetilstand i Norge	7
Gunstigere helsevaner i den norske befolkningen	8
RESULTAT FOR HELSETJENESTEN	9
Høye utgifter til helsetjenesten	9
Høyt antall helsepersonell	12
Høyt aktivitetsnivå i norsk helsetjeneste	14
Kvalitet i Helsetjenesten	14
KONKLUSJON	20
LITTERATURLISTE	21
EXECUTIVE SUMMARY (IN ENGLISH)	22

Innledning og metode

HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2012

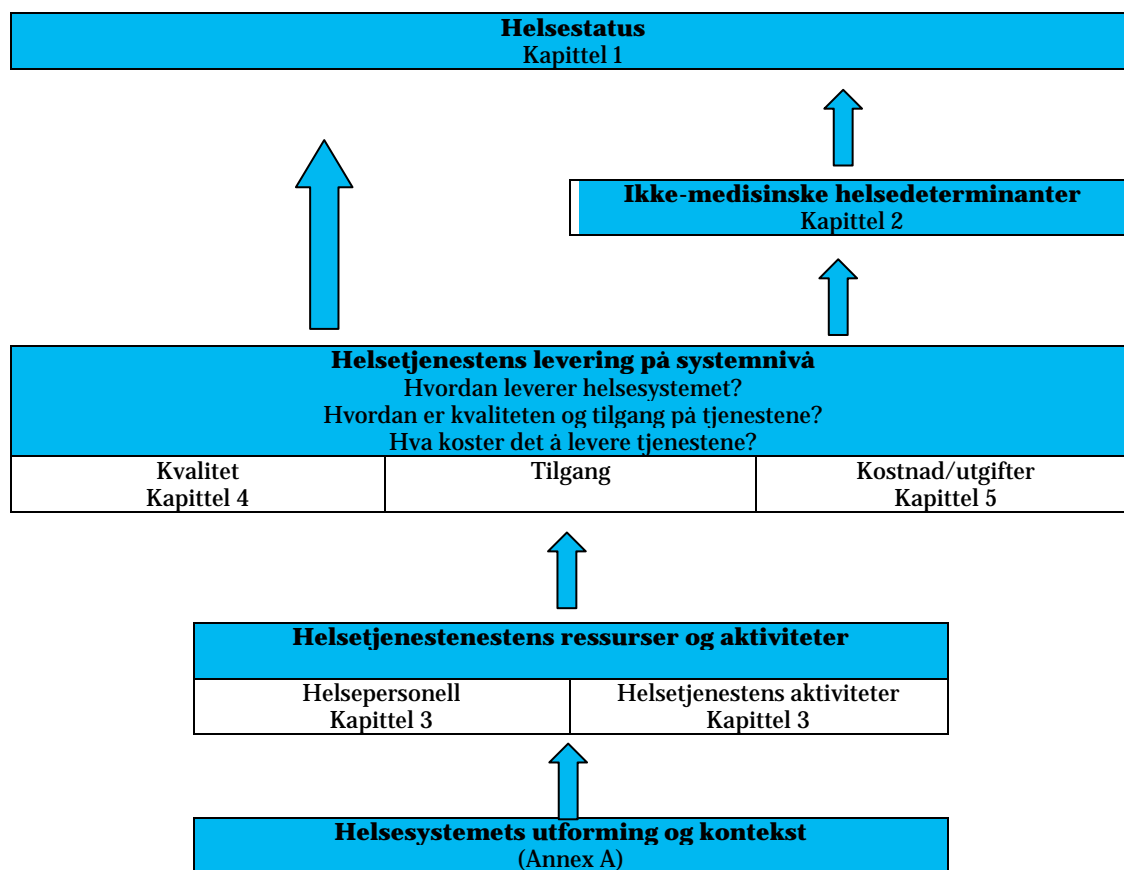
”Health at a Glance” (HAG) er en rapportserie fra OECD som utgis annethvert år for samtlige OECD land (1). ”Health at a Glance: Europe 2012” er en sammenstilling av data om helsetilstanden, helsevaner, og helsesystemets struktur, prosesser og resultater i de europeiske OECD-landene. Hensikten er å gi beslutningstakere informasjon om organisering, finansiering og resultater av helsesystemet i et land sett opp mot tilsvarende informasjon fra andre land. Dermed kan de samme beslutningstakerne få et inntrykk av resultater av helsepolitikken som er ført, og eventuelt justere kursen. Rapporten skal i prinsippet inneholde de samme indikatorene hver gang og tema er gradvis blitt utvidet. I 2009 kom for første gang et eget kapittel om kvalitet i helsetjenesten (2). Nytt i 2011 var at enkelte pasientsikkerhetsindikatorer ble inkludert, samt et kapittel om pleie- og omsorgstjenester.

I 2010 kom den første regionale rapporteringen for Europa som er en litt avgrenset oppdatering av den globale rapporten. Det er noe mindre informasjon om helsetjenestens ressurser og aktivitet enn i de globale rapportene, samt at kapitlene om tilgang til helsetjenesten og pleie- og omsorgstjenester er utelatt. I den europeiske rapporten for 2012 (3) kommer det også tydelig fram at indikatorene som OECD her benytter er identisk med kortlisten av indikatorene som benyttes til rapportering i EU, samt kvalitets og pasientsikkerhetsindikatorene for helsetjenesten som OECD har utviklet. Fra 2005 har kvalitetsindikatorprosjektet vært et felles samarbeidsprosjekt mellom OECD, EU-kommisjonen og Verdens helseorganisasjon (WHO).

Den europeiske Health at a Glance-rapporten inneholder sammenlignbare data fra 35 europeiske OECD-land basert på de nyest tilgjengelige data, det vil si data registrert frem til 2010. Det vil si at foruten de 27 EU-landene som deltar i OECD, er det fem kandidatland til EU, og tre øvrige EØS-land (Norge, Island og Liechtenstein) som har levert data til denne rapporten. Henvisingene for gjennomsnittsmål i figurer og tabeller er i de følgende kapitlene angitt i forhold til ulike populasjoner. **EU 27** indikerer at referansepopulasjonen for målet er samtlige EU land som er medlem av OECD. Står det **EU 22** er det 22 av landene som har rapportert på den indikatoren. Når vi i denne kommentarrapporten henviser til OECD-land er det de europeiske OECD-landene det henvises til om ikke annet er eksplisitt redegjort for i teksten.

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 lagt vekt på at dataene er sammenliknbare og har høy kvalitet, og benytter derfor et felles rapporteringssystem for å generere dataene som benyttes. Systemet som ligger til grunn kalles "A system for Health Accounts" (SHA), det ble sist revidert i 2011 (4). Det innebærer blant annet at det er rapportert både for offentlige og private helsetjenester og at utgiftene til helsetjeneste inkluderer privat helsetjeneste. Likevel finnes det fortsatt temaområder hvor dataene er mindre konsistente enn på andre områder. Det gjelder for eksempel kapittelet om kvalitet som ikke er omfattet av SHA.

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. Figur 1 viser det konseptuelle rammeverket for måling av helsesystemets resultater med referanse til det aktuelle kapittelet i HAG Europa 2012. I denne kommentarrapporten gir vi helsetjenestens kvalitet og ytelser større plass enn helsestatus og ikke-medisinske helsedeterminanter.



Tilpasset etter OECD 2006, 'Conceptual Framework for the OECD Health Care Quality Indicators Project', OECD Health Working Paper, No.23, OECD Publishing, Paris

Figur 1: Konseptuelt rammeverk

Resultat for folkehelse

GOD HELSETILSTAND I NORGE

Norge er klart bedre enn OECD-gjennomsnittet (EU27) på indikatorer om helsetilstanden (se tabell 1). Det dreier seg om forventet levealder, dødelighet på grunn av hjertesykdom og hjerneslag, kreft, trafikkulykker (EU 25) og tannhelse, selvoppfattet helsetilstand og forekomst av diabetes og AIDS. Andel selvmord er den eneste indikatoren hvor Norge er nært gjennomsnittet. Ser man på de øvrige nordiske landene har Danmark lavere andel selvmord, Finland og Sverige har høyere andel selvmord.

Selv om forekomsten av diabetes type 2 er lavere i Norge enn OECD-gjennomsnittet, er det registrert en økende forekomst (prevalens) av tilstanden(5;6).

Tabell 1: Helsestatus – Norge relativt til OECD-landene

Indikator	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel
Forventet levealder ved fødsel			☑
Forventet levetid ved 65 års alder			☑
Dødelighet av hjerteinfarkt og hjerneslag			☑
Dødelighet av kreft			☑
Dødelighet av trafikkulykker			☑
Selvmord		☑	
Spedbarnsdødelighet			☑
Spedbarnshelse: lav fødselsvekt			☑
Egenvurdert helse			☑
Diabetes utbredelse og forekomst			☑
AIDS forekomst			☑

GUNSTIGERE HELSEVANER I DEN NORSKE BEFOLKNINGEN

Sammenliknet med OECD-landene rapporterer norske innbyggere gunstigere helsevaner (tabell 2). Det er færre som røyker i Norge enn i de fleste andre europeiske land. Andelen røykere er redusert med 40 % de siste ti årene. Andelen voksne som oppgir at de var daglige røykere var 19 % i 2010. Tallet er lavere enn gjennomsnittet i OECD, likt med Finland, men høyere enn i Island og Sverige. Andelen som røyker er lik for menn og kvinner. Statistikken for 15-åringer viser at det kun er Island har lavere andel som røyker ukentlig blant 15 åringer. I Norge er andelen 8 % for jenter og 9 % for gutter. Det er ikke benyttet andre mål for tobakksforbruk blant barn eller voksne.

Det gjennomsnittlige alkoholforbruket er også lavere i Norge enn i de andre europeiske OECD-landene. Voksne nordmenn er blant dem som rapporterer lavest på denne indikatoren, kun Tyrkia og Makedonia skårer lavere. Det er imidlertid en økning i det norske alkoholforbruket med 10 % siden 1980, mot reduksjon på 15 % i EU-landene i OECD. Andelen av 15 åringer som oppgir at de har drukket seg full minst to ganger, er i Norge henholdsvis 26 % for gutter og 28 % for jenter, noe som er under snittet for EU24 som er 31 % for jenter og 36 % for gutter. Danmark, Litauen og Finland er øverst på listen over 15-åringers alkoholforbruk med omlag dobbelt så stor andel som Norge.

Andelen voksne i Norge med overvekt eller fedme, er under OECD-gjennomsnittet, selv om andelen har økt fra 6 % i 2000 til 10 % i 2010. Andelen 15-åringer som er overvektig i Norge er likt gjennomsnittet i EU-landene i OECD, 11 % av jentene og 17 % av guttene er overvektige. Det er to prosents økning i andelen unge som er overvektige de siste 5 årene. (7).

Tabell 2: Ikke-medisinske helsedeterminanter – Norge relativt til OECD-landene

Indikator	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel
Daglig røykere blant voksne			☑
Ukentlig røyking blant 15 åringer			☑
Alkoholforbruk blant voksne			☑
Alkoholforbruk blant 15 åringer		☑	
Overvekt og fedme blant voksne			☑
Overvekt og fedme blant 15 åringer		☑	

Resultater for helsetjenesten

HØYE UTGIFTER TIL HELSETJENESTEN

Norge og Sveits er de to europeiske OECD-landene som bruker mest penger på helsetjenesten når en har justert for kjøpekraft. I Norge brukte man i 2010 4156 Euro PPP¹, Sveits brukte 100 Euro mindre enn Norge per person. Dette var likevel nesten dobbelt så mye som snittet i for EU 27, som var på 2171 Euro. Ser man på utgifter til helsetjenester som prosent av den totale verdiskapingen (BNP), er Norge litt over snittet med 9,4 % mot 9,0 % for EU-landene i OECD i 2010 (tabell 3).

Norske helseutgifter har i perioden 2000-2009 vokst mindre enn i OECD, med årlig gjennomsnittlig vekst på 2,9 % sammenliknet med 4,6 % i gjennomsnitt for EU-landene i OECD. Noen land hadde høy vekst på grunn av en tilsiktet økning i den offentlige delen av helseutgiftene. Den økonomiske krisen har satt sitt preg på utgiftene til helsetjeneste i de fleste europeiske land, for eksempel ble utgiftene til helsetjenesten redusert med tilnærmet 8 % i Irland og 7 % i Hellas fra 2009 til 2010.

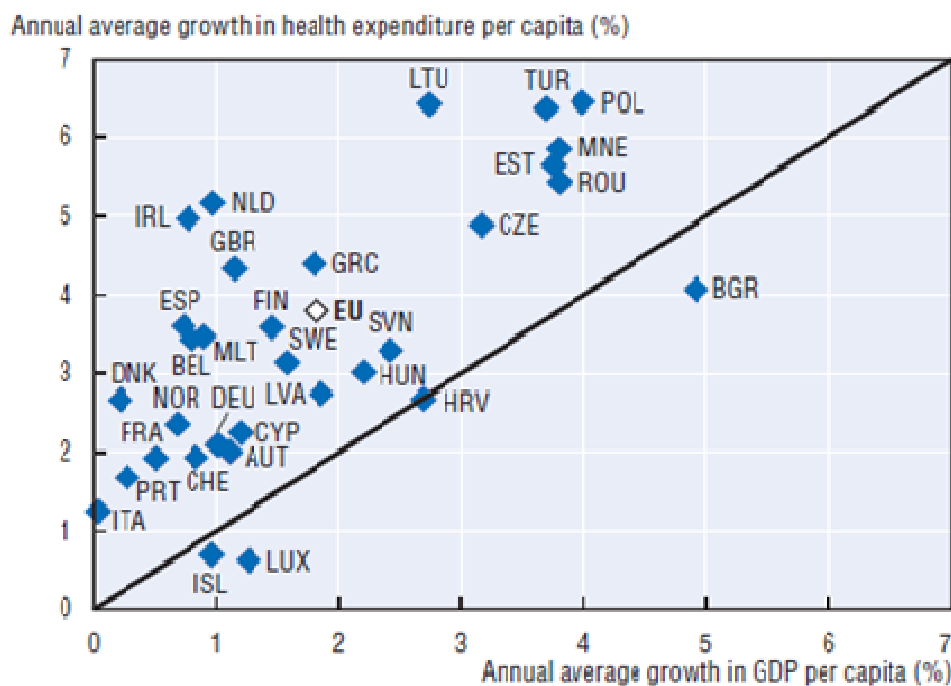
Tabell 3: Helseutgifter – Norge relativt til OECD-landene

Indikator	Laveste tredel	Midtre tredel	Høyeste tredel
Helseutgifter per innbygger			<input checked="" type="checkbox"/>
Helseutgifter i prosent av BNP		<input checked="" type="checkbox"/>	
Årlig vekst i helseutgiftene 1997–2007	<input checked="" type="checkbox"/>		

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 2.

¹. PPP (kjøpekraftsparitet) benyttes for å sammenlikne relative utgifter til helse i forhold til resten av økonomien. OECD regner om de ulike landenes helseutgifter til en felles valuta (Euro), og korrigerer for ulikheter i prisnivå. I denne omregningen har OECD valgt å bruke kjøpekraftspariteten for totaløkonomien, det vil si BNP. Denne pariteten er tilgjengelig for alle OECD-land, og regnes av OECD som den mest pålitelige kjøpekraftspariteten.

Formålet med et felles system for helseregnskap er å få sammenlignbare data over tid og mellom land. 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 helsetjenester kan antagelig finnes i de høye lønnskostnadene og høyere antall leger og pleiepersonell per innbygger i Norge enn i OECD-landene, det kan også være at forbruket av helsetjenester er større i Norge.



Source: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO Global Health Expenditure Database.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888932705482>

Figur 2: Utgifter til helsetjenesten

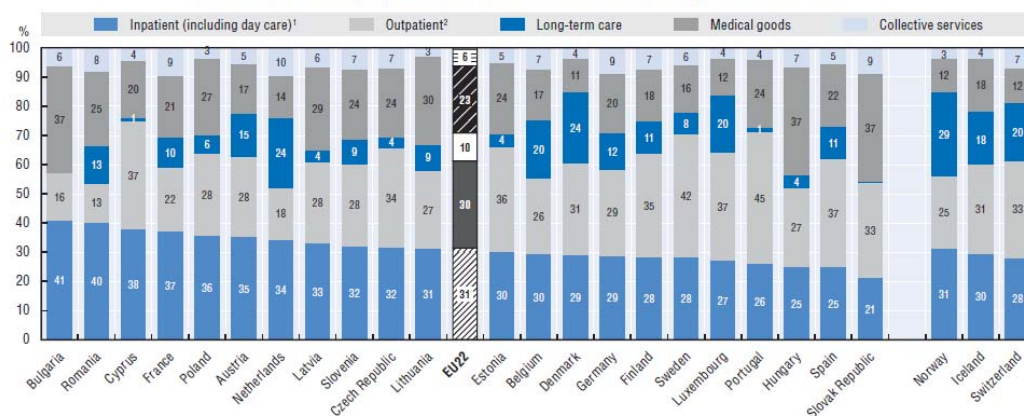
De fleste landene i OECD leverer nå tall i henhold til helseregnskapet, men det hefter likevel en del usikkerhet til sammenlignbarheten ettersom ikke alle land har innført helseregnskapet etter OECD standard, og det er noen rapporteringsforskjeller med hensyn til hva som inkluderes i helseregnskapet. Land som Norge, Nederland og Danmark bruker mer enn 20 % av utgiftene til eldreomsorg, mens enkelte andre land som Portugal og Spania utgjør omsorg for de eldre og pleietrengende en langt mindre del av den formelle økonomien.

Når helseutgiftene fordeles mellom ulike typer tjenester, skiller Norge seg ut fra andre OECD-land på to områder. Norge har den høyeste andel av utgiftene til langtidsbehandling, og den laveste andel på legemidler og medisinsktekniske hjelpemidler (figur 3).

I Norge ble det brukt 29 % av helseutgiftene til pleie og omsorg, som også omfatter kommunale sykehjem og hjemmesykepleie. Andelen er den høyeste i de europeiske OECD-landene. Forskjellene i utgifter kan være reelle, men de kan også skyldes ulike måter å registrere helse- og sosialutgifter på. Tallene for Sverige skiller seg av den sistnevnte grunn klart fra rapporteringen i Danmark og Norge, ved at man der ikke har inkludert en del sosiale tjenester ("activities of daily living, ADL"), i helseregnskapet (8). Tall fra Statistisk sentralbyrå bekrefter også trenden at utgifter til langtidsbehandling har hatt den største veksten i Norge fra år 2000, sammenliknet med utgiftene til andre typer helsetjenester.

Det andre området hvor Norge skiller seg ut fra de øvrige landene når det gjelder ressursbruk er medisinsktekniske hjelpemidler ("medical goods"). Norge brukte 12 % av helseutgiftene til legemidler og medisinsktekniske hjelpemidler. Andelen er blant de laveste i OECD. De lave utgiftene kan blant annet skyldes lavere legemid-

5.4.1. Current health expenditure by function of health care, 2010 (or nearest year)
Countries are ranked by inpatient curative care as a share of current expenditure on health



1. Refers to curative and rehabilitative inpatient and day care provided in hospitals, day surgery clinics, etc.
2. Refers to curative and rehabilitative care in doctors' offices, clinics, outpatient departments of hospitals, home care and ancillary services.
Source: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932705520>

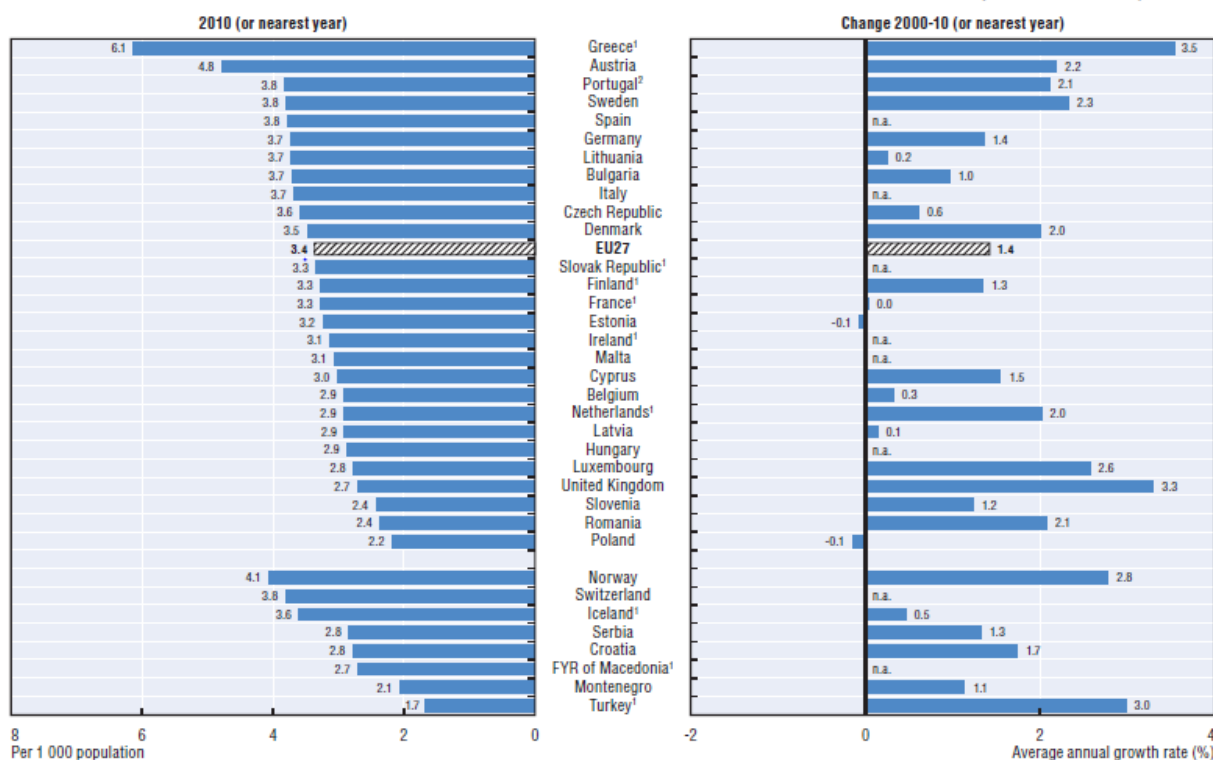
Figur 3: Utgifter til helsetjenesten etter type tjeneste

delpriser. Norge er blant landene som har de laveste legemiddelpriiser i Vest-Europa, og legemidler i Norge har i perioden den siste tiårsperioden hatt en årlig realprisreduksjon på 4 % (9). En prisbegrensende faktor er at Stortinget har fastsatt hva som er maksimal avanse for reseptpliktige legemidler for apotekene.

HØYT ANTALL HELSEPERSONELL

Norge er blant de land i OECD som har høyest antall leger og pleiepersonell ansatt i helsevesenet. Det var 4,1 praktiserende leger per 1000 innbyggere i Norge, sammenliknet med gjennomsnittet for EU27 på 3,4 leger per 1000 innbygger. Det er bare Hellas og Østerrike som har høyere legetetthet enn Norge i Europa. Veksten i antall leger er også tredje høyest (figur 4). I Norge økte legeutdanningen kapasiteten med nærmere 60 % på 90-tallet, og legedekning er nå god. Det framgår også av statistisk sentralbyrås analyser av arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell(10).

3.1.1. Practising doctors per 1 000 population, 2010 and change between 2000 and 2010 (or nearest year)



1. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors).

2. Data refer to all doctors who are licensed to practice.

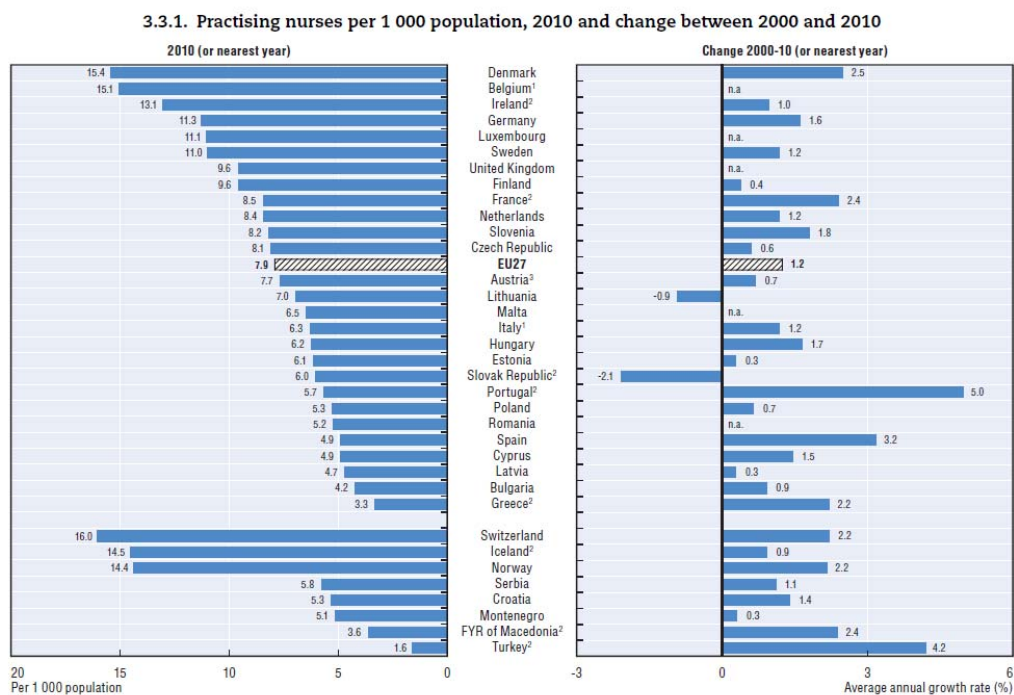
Source: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO European Health for All Database.

Figur 4: Legetetthet per 1000 innbygger

OECD ser også på antall legekonsultasjoner per person, og der ligger Norge klart under snitt med 5,2 konsultasjoner per person. Snittet for EU27 var 6,3 konsultasjoner per person. Antall konsultasjoner er beregnet på grunnlag av de pasientadministrative databasene, med noen unntak som Storbritannia, Nederland og enkelte andre land som rapporterer ut fra brukerundersøkelser. De fleste landene har mellom 4-7 konsultasjoner per person, men Sverige har knapt 3. En forklaring på det lave antall konsultasjoner i Sverige og Finland kan være at sykepleiere har en mye større andel av konsultasjoner i primærhelsetjenesten enn det som er vanlig i de andre europeiske OECD-landene (11).

Når det gjelder yrkesaktivt pleiepersonell benytter OECD betegnelsen ”practising nurses” (her oversatt til pleiepersonell). Det omfatter offentlig og privat ansatte syke- og hjelpepleiere, enten de jobber med pasientbehandling, utdanning eller administrasjon. Pleiemedhjelpere og jordmødre omfattes ikke av denne definisjonen. Det har, i følge OECD, ført til noe ulik innrapportering. For eksempel er jordmødre i flere land utdannet som sykepleier før de spesialiserer seg som jordmor. Sverige rapporterte ikke antall hjelpepleiere, Østerrike inkluderte kun sykehusansatte pleiepersonell og Tyskland tok ikke med jordmødre og sykepleiere som arbeidet i eldre omsorg.

Norge er blant de fem landene som topper OECD-statistikken med hensyn til antall pleiepersonell. Sveits, Danmark, Belgia og Island har flere yrkesaktive pleiepersonell per 1000 innbygger enn Norge med sine 14,4 yrkesaktive pleiepersonell. Gjennomsnittet for EU27 er knapt 8 pleiepersonell per 1000 innbygger. Se figur 5.



1. Data refer to all nurses who are licensed to practice.
 2. Data include not only nurses providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc.
 3. Austria reports only nurses employed in hospitals.
 Source: OECD Health Data 2012; Eurostat Statistics Database; WHO European Health for All Database.

StatLink <http://dx.doi.org/10.1787/888932704266>

Figur 5 Registrert pleiepersonell per 1000 innbygger

Videre vises *antall* norsk personell som er ansatt i helsetjenesten, og ikke årsverk. Det er i henhold til definisjonen fra OECD. I Norge er det utstrakt bruk av deltidsstillinger i helsesektoren, mange har mer enn en deltidsstilling, men likevel var det i 2010 gjennomsnitts arbeidstid for sykepleiere 32 timer i uken, og for helsefagarbeidere 28 timer i snitt(12).

HØYT AKTIVITETSNIVÅ I NORSK HELSETJENESTE

Norge har et lavere antall sykehussenger per innbygger enn OECD-gjennomsnittet. Totalt antall sykehussenger i Norge er 3,3 seng per 1000 innbygger, det inkluderer også senger innenfor rusomsorg og psykisk helse. De to sistnevnte gruppene utgjør 30 % av det totale antall sykehussenger, med vel 1 seng per 1000 innbygger. Gjennomsnitt for OECD-landene i Europa er 5,3 sykehusseng per 1000 innbygger. Samtidig hadde vi her i landet like mange utskrivinger som gjennomsnittet i EU24 (175 per 1000 innbygger), og klart kortere sykehusopphold med et snitt på 4,5 liggedager. Dette gjelder alle sykdomsgrupper.

Spesielt ved hjerteinfarkt er sykehusoppholdet blant de korteste i OECD. I Norge er snittet for antall liggedøgn på 4,1 for hjerteinfarkt, mens snittet for EU27 er på 7,1 liggedøgn. Kortere sykehusopphold ved hjerteinfarkt kan forklares ved at mange pasienter overflyttes for koronar intervensjon. Koronarbypass og angioplastikk utføres oftere i Norge enn i OECD.

OECD-rapporten gir ikke noen indikasjon på hvor effektive sykehusene er. Samdata rapporterer i 2011 at norske sykehus er blitt mer effektive, men inneholder ikke opplysninger om internasjonale resultater (13).

KVALITET I HELSETJENESTEN

Den europeiske OECD rapporten publiserte kvalitetsindikatorer for forebygging og behandling innen følgende områder:

- Kroniske tilstander: astma, KOLS og diabetes
- Akutte tjenester: Hjerteinfarkt og hjerneslag
- Pasientsikkerhet: prosedyrer, postoperative komplikasjoner og fødeselsskader
- Kreft: livmorhals-, bryst- og kolorektalkreft
- Smittsomme sykdommer: vaksineringsprogrammer

Kvalitetsindikatorerne som benyttes 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. Det er stor variasjon i hvor mange land som har rapportert på kvalitet i helsetjenesten. Flest land, tjuetre i alt, har rapportert på innleggelse for astma, mens det kun er åtte land som har rapportert på postoperativ sepsis. Tabell 1 sammenfatter hovedfunnene i rapporten.

Tabell 4. Kvalitet på tjenestene– Norge relativt til OECD-landene

Kvalitetsindikator	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel
Innleggelse astma		<input checked="" type="checkbox"/>	
Innleggelse KOLS	<input checked="" type="checkbox"/>		
Innleggelse diabetes			<input checked="" type="checkbox"/>
30 dagers overlevelse akutt hjerteinfarkt			<input checked="" type="checkbox"/>
30 dagers dødelighet akutt slag (blodpropp)			<input checked="" type="checkbox"/>
30 dagers dødelighet akutt slag (blødning)			<input checked="" type="checkbox"/>
Postoperativ blodpropp ben/lunge			<input checked="" type="checkbox"/>
Fødselsskade mor, vanlig fødsel med instrument		<input checked="" type="checkbox"/>	
Fødselsskade mor, vanlig fødsel uten instrument		<input checked="" type="checkbox"/>	
Screening livmorhalskreft			<input checked="" type="checkbox"/>
5-års overlevelse kreft livmorhals, bryst, endetarm			<input checked="" type="checkbox"/>
Mammografiscreening			<input checked="" type="checkbox"/>
Fem års overlevelse brystkreft			<input checked="" type="checkbox"/>
Fem års overlevelse endetarmskreft			<input checked="" type="checkbox"/>
Barnevaksinasjon meslinger		<input checked="" type="checkbox"/>	

Indikatorer for kroniske tilstander

En indikator for et helsesystems behandling av kroniske tilstander er antall innleggesler som potensielt kan unngås ved optimal behandling i primærhelsetjenesten samt det forebyggende arbeidet. OECD har valgt å se på antall innleggesler per 100.000 innbyggere med følgende diagnoser: astma, KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) og diabetes. Resultatene for disse indikatorene er standardiserte for kjønn og alder etter OECDs standard populasjon.

De norske innleggelsestallene ligger noe under gjennomsnittet for EU20 når det gjelder astma, med 48 per 100 000 innbygger. For KOLS er innleggelsesraten klart over OECD-gjennomsnittet. Kun Danmark, Østerrike og Irland har flere innleggesler for KOLS. Ulike måter å estimere av forekomsten av KOLS og ulik diagnosekoding kan forklare mye av forskjellene i innleggelsesrater. Usikkerheten i estimatene er her stor. Av de tre kroniske sykdommene er diabetes den sykdommen hvor Norge har relativt liten andel innleggesler i forhold til de andre europeiske OECD-landene.

Tallene må tolkes med forsiktighet. Selv om innleggelser i mange tilfeller kan unngås ved optimal behandling i primærhelsetjenesten eller poliklinisk, kan det forekomme planlagte innleggelser og innleggelser som ikke kan unngås. Samtidig tas det ikke hensyn til prevalensen (forekomsten) av sykdommene i de forskjellige land.

Akutte tjenester: Hjerteinfarkt og hjerneslag

For hjerteinfarkt og hjerneslag presenteres indikatorer for dødelighet i sykehus innen 30 dager etter innleggelse. For disse indikatorene kommer Norge klart bedre ut enn OECD-gjennomsnittet. Kun Danmark har lavere dødelighetsrate enn Norge for hjerteinfarkt. Norske data som tidligere er publisert for tretti dagers overlevelse etter hjerteinfarkt og hjerneslag er basert på informasjon også om forhold etter sykehusoppholdet(14).

For hjerneslag (hjerneinfarkt og hjerneblødning) har Norge hatt 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.

Det er likevel viktig å være oppmerksom på at det er tolkningsproblemer knyttet til disse indikatorene. Dødeligheten er ikke bare avhengig av helsetjenestens kvalitet, men også av pasientfaktorer (alder, helsetilstand med mer) og sykdommens alvorlighetsgrad.

For hjerteinfarkt kan økende bruk 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:

1. **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. For internasjonale sammenlikninger gir standardiserte dødelighetsrater et riktigere bilde enn rådata, men for en nasjon som ønsker å følge sine egne resultater vil rådata trolig være bedre egnet.
2. **Kort oppholdslengde på sykehus:** Det regnes bare med dødsfall som inntreffer på det sykehuset som først tar imot pasienten. Kort liggetid vil føre til lav registrering av dødelighet i sykehus.
3. **Overflytting mellom sykehus:** I Norge blir mange hjerteinfarktpasienter overflyttet mellom en spesialisert hjerteavdeling og lokalsykehus. En infarktepisode kan

dermed generere flere registrerte utskrivinger med pasientstatus som levende. Dette kan delvis forklare den lave dødeligheten i Norge.

Når det i større utstrekning blir tilgjengelig data fra personentydige registre, vil det de nærmeste årene bli mulig å følge pasienter mellom ulike sykehus og behandlingssted. Denne endringen vil også gjøre det mulig å beregne dødelighetstall som ikke er beheftet med like store metodiske problemer.

Pasientsikkerhet: postoperative komplikasjoner og fødselsskader

Norge har deltatt i OECD og Nordisk ministerråds arbeid med å utrede og utvikle mulige indikatorer for pasientsikkerhet. De erfaringene som er gjort i den sammenheng baserer seg på diagnose- og komplikasjonsregistreringer (ICD-10) fra de administrative databasene i de landene som har deltatt i utviklingsprosjektet. For Norge har det vært benyttet data fra Norsk pasientregister (NPR).

OECD har valgt ut noen av indikatorene til bruk i Health at a Glance. Norge har rapportert sammenliknbare resultat for postoperativ blodpropp i ben/lunge og fødselsskader for mor. Fødselsskader for mor rapporteres for vanlig fødsel med eller uten instrument. I 2008 undersøkte Kunnskapssenteret om det var forskjeller i rapportering om en hentet data fra Medisinsk fødselsregister eller fra NPR. Det var ikke forskjeller i forekomst mellom de to registrene.

Norge er klart bedre enn snittet når det gjelder forekomst av registrert postoperativ blodpropp i ben/lunge når man sammenlikner standardiserte resultater som er justert for alder og kjønn. Kun Danmark, Sveits, Portugal og Spania har lavere rate. I Norge er det 428 postoperative blodpropp per 100 000 utskrivinger, snittet for EU11 er 528.

Når det gjelder fødselsskader hos mor er det alvorlige rifter i underlivet (kategori 3 og 4) som rapporteres. Sannsynligheten for alvorlige rifter er større ved kompliserte fødsler hvor det benyttes fødselsinstrument (tang/kopp), det er derfor to ulike rapporteringer for samme indikator. I Norge er det knapt fire prosent av kvinnene ved de instrumentassisterte fødslene som får alvorlige rifter. Snittet for EU14 er nærmere 5. Norge er med sine 3.8 % nærmere Finland som har 3.4 %. Danmark og Sverige har henholdsvis 6.6 % og 11,1 %. Forskjeller i diagnostisering vil ha betydning for rapportering.

Spesielt når det gjelder pasientsikkerhetsindikatorer skal en være oppmerksom på at en relativ høy rapportert forekomst av uønskede hendelser ikke nødvendigvis kan knyttes til større brist på pasientsikkerhet, det kan være en indikasjon på økt oppmerksomhet og derved økt rapportering. Høyere forekomst kan altså være et tegn økt fokus på pasientsikkerhet. Det er derfor særlig viktig å følge utviklingen over tid før en trekker konklusjoner om nivået på pasientsikkerhet.

Andelen kvinner som får alvorlige rifter i underlivet er langt lavere ved ukompliserte fødsler (fødsler hvor det ikke benyttes fødselsinstrument). I Norge er det registrert for 2 %, noe som er over snittet for EU14 som er på 1,3 %. Norge skårer fortsatt bedre enn Danmark og Sverige, men klart svakere enn Finland hvor det knapt er en halv prosent av kvinnene som er registrert med denne typen alvorlige rifter.

Forskjellen i forekomst av postoperative komplikasjoner mellom ulike land kan ha mange årsaker, det kan blant annet skyldes forskjeller i rapporteringspraksis, eller kvaliteten på postoperative overvåkingssystem. Indikatorene viser at mange pasienter blir berørt av uønskede hendelser. Når det gjelder forskjeller i forekomst av fødselsskader kan det være forskjeller knyttet til datakilder. Flere land har basert rapporteringen sin på data fra fødselsregister og ikke på pasientadministrative register. Kvaliteten på registreringer i fødselsregistrene antas å være mer presis og det kan forklare en høyere registreringsrate for de landene. Forskjellen mellom de nordiske landene hvor Finland skiller seg klart ut i positiv retning kan knyttes til forskjeller i fødselshjelpen.

Gjennom økt åpenhet om målinger og usikkerheten som er knyttet til dem ønsker OECD å bidra til bedre kvalitet både i målinger og arbeidet for bedre pasientsikkerhet.

God kreftoverlevelse i Norge

Tre krefttyper er omtalt i HAG Europa 2012: livmorhalskreft, brystkreft, og kolorektalkreft. For hver krefttype vises tre kvalitetsindikatorer: screeningsrate, overlevelse etter fem år og dødelighet.

Norge har høy screeningrate for livmorhalskreft og mammografi. 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 godt over OECD-gjennomsnittet for alle de tre kreftformene. Ved kolorektal kreft har overlevelsen økt i OECD de siste årene.

Overlevelseshastigheten 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 forskjeller i diagnostisering, hvor tidlig sykdommen er oppdaget, behandling av kreft og som forskjeller i forekomst. Relevant for helsetjenesten er at overlevelse etter fem år kan tilskrives både screeningsarbeidet og behandlingen.

Smittsomme sykdommer – vaksinasjonsprogrammer

De fleste landene i Europa har etablerte nasjonale vaksinasjonsprogrammer for små barn og innholdet i programmene kan variere noe. Barnevaksinasjonsprogrammet i

Norge inneholder vaksiner mot ti forskjellige sykdommer: Difteri, stivkrampe, kikhoste, infeksjon med Haemophilus influenzae type b (Hib), pneumokokksykdom, poliomyelitt, meslinger, kuma, røde hunder og humant papillomavirus. Noen barn tilbys også vaksine mot tuberkulose og hepatitt B.

OECD presenterer resultater for tre vaksiner: vaksine mot difteri/stivkrampe og kikhoste, mot meslinger og mot hepatitt B. I Norge er det 93 % vaksinasjonsrate for difteri, stivkrampe og kikhostevaksinen og samme rate for vaksine mot meslinger. En rate som er mer eller mindre identisk med snittet for EU27. Både Finland og Sverige har høyere vaksinasjonsrate med henholdsvis 98 % og 96 % for meslinger og 99 % og 98 % for trippelvaksinen. Hepatitt B er ikke en del av det ordinære norske barnevaksinasjonsprogrammet. Snittet for 18 av EU-landene som rapporterte for vaksinasjon mot hepatitt B var 95 %.

The European Centre for Disease Control (ECDC) har tidligere hatt en uttalt målsetting om å utrydde meslinger i Europa innen år 2010. De senere år har man hatt mange og til dels store meslingeutbrudd i Europa blant annet i Frankrike, Storbritannia, Spania, Romania, Bulgaria, Tyskland, Italia og Østerrike med om lag 30 000 smittede. Flere utbrudd har forekommet i befolkningsgrupper som av ulike grunner har lav vaksinasjonsdekning som romfolket og andre reisende befolkningsgrupper, antroposofiske miljøer og grupper av ortodokse jøder i noen land. Det er forholdsvis vanlig med internasjonal smittespredning innen slike grupper. På verdensbasis forårsaker sykdommen årlig om lag 164 000 dødsfall (<http://ecdc.europa.eu>).

Konklusjon

OECDs rapport "Health at a Glance 2012 - Europe" viser at innbyggere i Norge har god helse og gode helsevaner sammenliknet med andre OECD-land. Norske helseutgifter er blant de høyeste i OECD uansett måte å måle det på. Samtidig leverer den norske helsetjenesten resultater bedre enn OECD-gjennomsnittet på områder der vi har pålitelige data. Samtidig er det viktig å erkjenne at vi fortsatt mangler sammenliknbare data om kvalitet og resultater for viktige deler av helsetjenesten.

Norge har svært gode resultater på mange viktige områder som hjerneslag og kreft, imidlertid er det metodiske svakheter ved målingene og det arbeides systematisk for å få bedre metoder og datagrunnlag. Kapittelet om kvalitet på helsetjenesten viser at det er stor forskjell på hvor mange land som kan levere data på de ulike indikatorene, og at det nettopp derfor er viktig at vi aktivt jobber for og utvikler gode kvalitets- og pasientsikkerhetsindikatorer for helsetjenesten både nasjonalt og internasjonalt.

Rapporten viser at vi må samarbeide i internasjonale fora for å skaffe sammenliknbare data om helsetjenesten. Sammenliknbare data gjør at vi kan identifisere våre svake og sterke sider, samt identifisere hvilke land som gjør det best på de ulike områdene. Ved å se på likheter og forskjeller i helsesystemene mellom de som kommer best ut og de som kommer dårligere ut, får en relevant kunnskap når en skal vurdere hvilke tiltak som kan iverksettes for å bedre kvaliteten på tjenestene

Samtidig er det nødvendig å støtte opp under den økte innsatsen for å utvikle et nasjonalt kvalitetsindikatorsystem i Norge. Mer spesifikk kunnskap om kvaliteten på den norske helsetjenesten, og eventuelle variasjoner i den, er viktig både for de som har ansvar for helsetjenesten, utøverne i helsetjenesten og brukerne av helsetjenesten.

Litteraturliste

1. OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. Paris: OECD Publishing; 2012.
2. Nguyen KN, Helgeland J. Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009. (Notat.)
3. OECD. Health at a Glance: Europe 2012. Paris: OECD Publishing; 2012.
4. OECD, WHO, Eurostat. A System of Health Accounts 2011. 2011.
5. Stene L, Midthjell K, Jenum A, Skeie S, Birkeland K, Lund E, et al. Hvor mange har diabetes mellitus i Norge? Tidsskr Nor Lægeforen 2004;2004:124(11):1511-4.
6. Folkehelseinstituttet. Diabetes - faktaark med helsestatistikk. <http://www.fhi.no/faktaark>. [Oppdatert 21.5.2012; Lest 21.12.2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/faktaark>
7. Folkehelseinstituttet. Helsetilstanden i Norge: Overvekt og fedme. <http://www.fhi.no/faktaark>. [Oppdatert 21.5.2012; Lest 21.12.2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/artikler/?id=84303>
8. Statistics Norway. Helseregnskap, 1997-2011: 250 milliarder til helse. Statistisk sentralbyrå. [Oppdatert 19.4.2012; Lest 21.12.2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/helsesat/>
9. Legemiddelindustrien. Tall og fakta 2012. Legemiddelindustrien (LMI). [Oppdatert 2.2012; Lest 21.12.2012]. Tilgjengelig fra: http://www.lmi.no/media/2825145/tall_og_fakta_web.pdf
10. Roksvaag K TI. Arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell fram mot år 2035. Dokumentasjon av beregninger med HELSEMOD 2012. Oslo: Statistisk sentralbyrå; 2012. (Rapport 14/2012).
11. Delamaire M, Lafortune G. Nurses in Advanced Roles: A Description and Evaluation of Experiences in 12 Developed Countries. Paris: OECD Publishing; 2010. (OECD Health Working Papers No 54.)
12. Køber T, Vigran Å. Arbeidstid blant helsepersonell: Stort omfang av deltidsarbeid. Samfunnsspeilet 2011-2. Statistisk sentralbyrå. [Oppdatert 2011; Lest 21.2.2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/201102/11/art-2011-05-02-01.html>
13. Helsedirektoratet. Nøkkeltall for helsesektoren 2011. Oslo: Helsedirektoratet; 2012.
14. Helgeland J, Damgaard K, Kristoffersen D, Lindman A, Dimoski T, Rygh LH. 30 dagers overlevelse etter innleggelse i norske sykehus – interimanalyse fra forskningsprosjektet. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011. (Notat).

Executive summary (in English)

BACKGROUND AND METHOD

The OECD report: “Health at a Glance: Europe 2012” presents a set of key indicators of health status, determinants of health, health care resources and activities, quality of care, health expenditure and financing in 35 European countries, including the 27 European Union member states, 5 candidate countries and 3 EFTA countries.

The Norwegian Knowledge Center for Health Services would like to comment on important aspects of the Norwegian health services in a comparative view. We would thereby contribute to the ongoing debate about quality 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 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, even though results for adults are among the best for the European OECD countries.

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. Norwegian youths score at the European average for obesity and alcohol consumption. One particularly positive finding is that the proportion of adolescents who smoke is among the lowest in the OECD.

Norway has the highest health expenditure per capita. If health spending is calculated as a percentage of the gross domestic products (GDP), Norway is 0,4 % over the average for the European OECD countries with 9,4 % of GDP. The trend in average growth in health expenditure is among the lowest in the European countries. Norway stands out with the highest resources spent on long-term care and a high number of nurses per capita in the OECD.

With the higher expenditure on health care than most other countries, it is imperative to ask whether we have proportionately better health care results. Norway has shown the greatest reduction in hospital mortality due to stroke, and the 5-year survival rate of breast, cervix and colorectal cancer in Norway is well above the European OECD average. Norway is below average coverage for child vaccination for measles, diphtheria, tetanus and pertussis. 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. The Norwegian health expenditure is among the highest in the OECD, and the Norwegian health system delivers results above the OECD average for European countries 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 continuously 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

Full report (pdf): www.kunnskapssenteret.no

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Notat: ISBN 978-82-8121-513-9

Januar 2013