

Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land 2013

Notat fra Kunnskapssenteret
Kommentar
Desember 2013

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Notat: ISBN 978-82-8121-842-0

Desember 2013

 kunnskapssenteret

Tittel	Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land 2013
English title:	The Norwegian health care system as compared to other OECD Countries 2013
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, <i>direktør</i>
Forfattere	Ingrid Sperre Saunes, <i>seniorrådgiver</i> Jon Helgeland, <i>seksjonsleder</i> Ånen Ringard, <i>seniorrådgiver</i> Anne Karin Lindahl, <i>avdelingsdirektør</i>
ISBN	978-82-8121-842-0
Notat	Desember 2013
Notattype	Kommentar
Antall sider	30
Nøkkelord	OECD, helsetjeneste, kvalitetsindikator, Kunnskapssenteret
Sitering	Saunes IS, Helgeland J, Ringard Å, Lindahl AK: Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land 2013. Notat, desember, 2013. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2013.

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, desember 2013

Sammendrag

BAKGRUNN OG METODE

Rapporten ”Health at a Glance” utgis annethvert år av The Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). Den inneholder sammenliknbare data fra 40 land; OECDs 34 medlemsland, samt seks partnerland, som er i prosess for mulig medlemskap. Tallene i 2013-rapporten er fra 2011, som er de siste innsamlede kvalitetssikrede data. Ved hjelp av en rekke ulike indikatorer gir rapporten et oversiktsbilde over befolkningens helsetilstand og landenes helsetjenestesystemer. Kun OECD landene inngår i beregningene av gjennomsnittsverdiene, men resultatene for de seks partnerlandene presenteres også. Alle landene leverer data i et standardisert format, det såkalte ”helseregnskapet”. I tillegg benyttes data fra enkelte andre kilder som Verdens helseorganisasjon (WHO), Commonwealth Fund og egen nasjonal rapportering for kvalitetsindikatorer. OECD publiserte i tillegg regionale rapporter for henholdsvis Europa og Asia/Stillehavet i 2010 og 2012.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten (Kunnskapssenteret) belyser i denne kommentarrapporten viktige trekk ved den norske helsetjenesten sett i forhold til helsetjenesten i andre OECD-land.

Kommentarrapporten er ment å være et bidrag i debatten om kvalitet i den norske helsetjenesten. Vi trekker også fram forhold knyttet til datakvalitet og sammenliknbarhet. Dette er viktig fordi landene varierer med hensyn til befolkning, finansiering og organisering av helsetjenester, samt at de har ulike måter å registrere og rapportere data på. Kunnskapssenteret har tidligere publisert to tilsvarende rapporter, i 2009 og 2013.

RESULTAT OG DISKUSJON

Helsetilstand og helsevaner

Helsetilstanden i Norge er generelt god, med høyere forventet levealder og lavere sykkelighet og dødelighet enn OECD-gjennomsnittet. Økt forekomst av overvekt, fedme og diabetes er en negativ trend i OECD-landene, som også gjelder for Norge. Forekomst av fedme i Norge er imidlertid under gjennomsnittet for de andre OECD-landene.

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. Når det gjelder egenrapportert fysisk aktivitet blant unge er Norge om lag på gjennomsnittet i OECD.

Helsesystemets ressurser, utgifter og resultater

Norge har de nest høyeste helseutgifter per innbygger i OECD.

Ser man på prioritering av utgifter til helsetjenesten som andel av den totale verdiskapingen (BNP), plasseres derimot Norge på gjennomsnittet. 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 OECD-landene.

Selv om disse sammenlikningene indikerer at Norge har høyere ressursbruk enn de andre OECD-landene, med unntak av USA, er det ikke en entydig sammenheng mellom ressursbruk og helsetilstand. Norge har gode resultater på mange viktige områder som hjerneslag og overlevelse av enkelte kreftformer som livmorhalskreft, og er noe over snitt for overlevelse ved brystkreft og endetarmskreft. Når det gjelder pasientsikkerhetsindikatorerne for fødselsskader skårer Norge om lag på snittet for OECD for normalfødsler, men bedre enn snittet for kvinner som har kompliserte fødsler. Både Danmark og Sverige har høyere forekomst av fødselsskader.

Oppslutning om barnevaksinasjonsprogrammet er på eller under gjennomsnittet, men her er det små prosentvise forskjeller mellom landene.

KONKLUSJON

Innbyggere i Norge har relativt sett god helse og gode helsevaner sammenliknet med innbyggere i andre OECD-land. Mens norske helseutgifter, justert for kjøpekraft per innbygger, er blant de høyeste i OECD, leverer den norske helsetjenesten resultater både på og over OECD-gjennomsnittet på områder der vi har pålitelige data. På flere områder er vi blant de beste. Vi mangler imidlertid sammenliknbare data om kvalitet og resultater for deler av helsetjenesten. Vi mener derfor det er nødvendig å styrke arbeidet med det nasjonale kvalitetsindikatorssystemet.

Innhold

SAMMENDRAG	2
Bakgrunn og metode	2
Resultat og diskusjon	2
Konklusjon	3
INNHold	4
INNLEDNING OG METODE	5
Health at a Glance 2013: OECD indicators	5
Presentasjon av data	6
HELSETILSTAND	7
Helsetilstand i Norge	7
Gunstige helsevaner i den norske befolkningen	8
KVALITET I HELSETJENESTEN	10
RESSURSER I HELSETJENESTEN	20
Høye utgifter til helsetjenesten	20
Høyt antall helsepersonell	22
Høyt aktivitetsnivå i norsk helsetjeneste	24
KONKLUSJON	27
LITTERATURLISTE	29

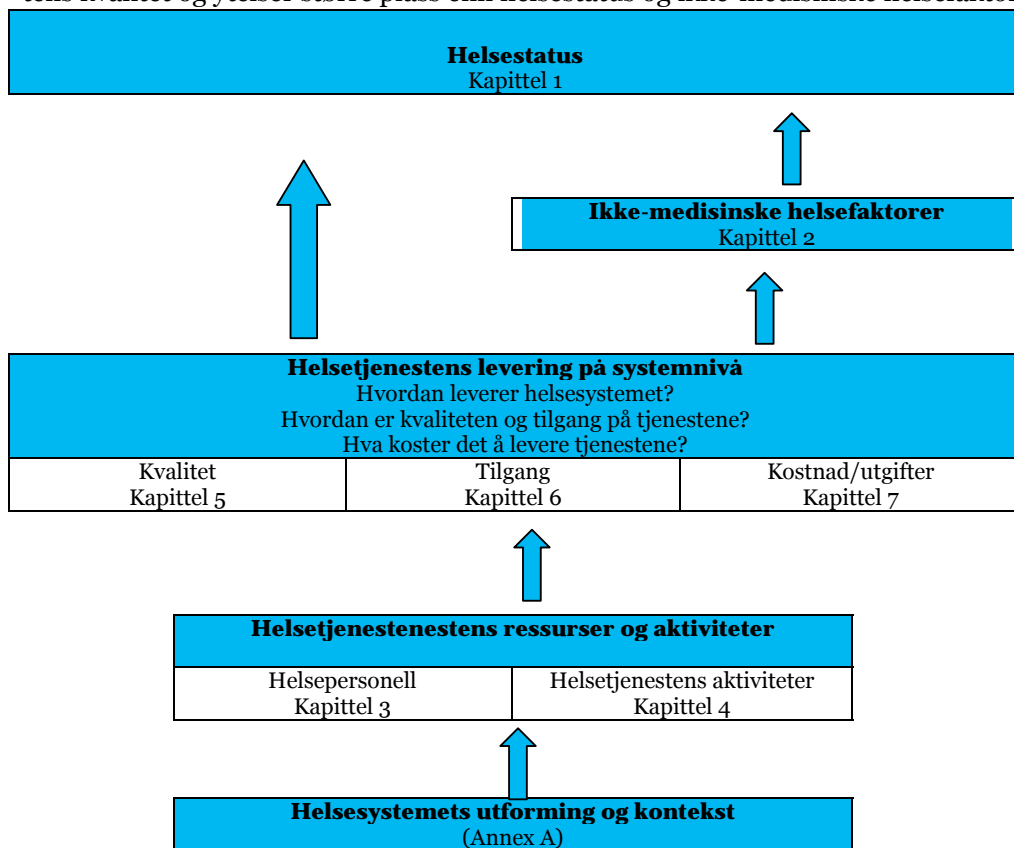
Innledning og metode

HEALTH AT A GLANCE 2013: OECD INDICATORS

”Health at a Glance” (HAG) er en rapport som utgis av OECD annethvert år og dekker samtlige av organisasjonens medlemsland (1). Rapporten inneholder informasjon om helsetilstand, helsevaner, samt helsesystemets struktur, prosesser og resultater i OECD-landene. Hensikten med rapporten er blant annet å tilby beslutnings-takere informasjon om organisering, finansiering og resultater av helsesystemet i et land sett opp mot tilsvarende informasjon fra andre land. Det er en målsetning at rapportene skal inneholde de samme kvalitetssikrede indikatorene hver gang og at rapporten utvides gradvis til å omfatte flere indikatorer. Fra 2005 har det såkalte kvalitetsindikatorprosjektet vært et felles samarbeidsprosjekt mellom OECD, EU-kommisjonen og Verdens helseorganisasjon (WHO). Et resultat av dette samarbeidsprosjektet var at HAG i 2009 for første gang inneholdt et eget kapittel om kvalitet i helsetjenesten (2). Nytt i 2011 var at informasjon om pasientsikkerhet og et kapittel om pleie- og omsorgstjenester. Rapporten for 2013 har for første gang inkludert primærhelsetjenesten i beskrivelsen av kvalitet

HAG-rapporten inneholder sammenlignbare data fra 34 OECD-land basert på de nyest tilgjengelige data. Det vil for de fleste land si data registrert frem til 2011. Foruten de 34 medlemslandene i OECD, er det i tillegg seks partnerland (Brasil, India, Indonesia, Kina, Russland og Sør-Afrika) som har levert data til årets rapport. Henvisningene for gjennomsnittsmål i figurer og tabeller er i de følgende kapitlene angitt i forhold til ulike populasjoner. **OECD 34** indikerer at referansepopulasjonen for målet er samtlige land som er med i rapporten har levert data til indikatoren. Står det **OECD 24** er det 24 av landene som har rapportert på den indikatoren. Partnerlandene inngår ikke i beregningen av gjennomsnittet for OECD, men resultatene presenteres i grafene. OECD-landene er forskjellige, ikke bare når det gjelder befolkning, levestandard, organisering og finansiering av helsetjenester, men også når det gjelder måten landene rapporterer tallene på. OECD har lagt vekt på at dataene skal være sammenliknbare og har høy kvalitet, og benytter derfor et felles rapporteringssystem ”A system for Health Accounts” (SHA) for å generere dataene som benyttes (3). SHA ble revidert i 2011, og omtales på norsk som helseregnskapet (4). Det innebærer blant annet at det er innrapportert tall 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 2013. I denne kommentarrapporten gir vi helsetjenestens kvalitet og ytelse større plass enn helsestatus og ikke-medisinske helsefaktorer.



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

PRESENTASJON AV DATA

Dette notatet er en forenklet framstillingen av OECD-rapporten. Behovet for å forenkle innebærer at ikke alle de temaer og tabeller som det gjøres rede for in HAG 2013 er omtalt her. I tillegg er det lagt vekt, gjennom tabeller, på å vise hvordan Norge er rangert på ulike indikatorer. Mer presist benyttes det en tredelt rangering: dårligste/midtre/beste tredel eller laveste/midterste/høyeste tredel. Flere indikatorer er standardisert, det henvises til OECD rapporten for en mer fullstendig redegjørelse av metode. OECD har endret standardiseringen i forhold til tidligere rapporter, noe som innebærer at dataene i 2013 utgaven ikke er direkte sammenliknbare med de tidligere rapportene.¹

¹ OECD har oppdatert populasjonsdata som benyttes i standardisering. (2010 OECD-population)

Helsetilstand

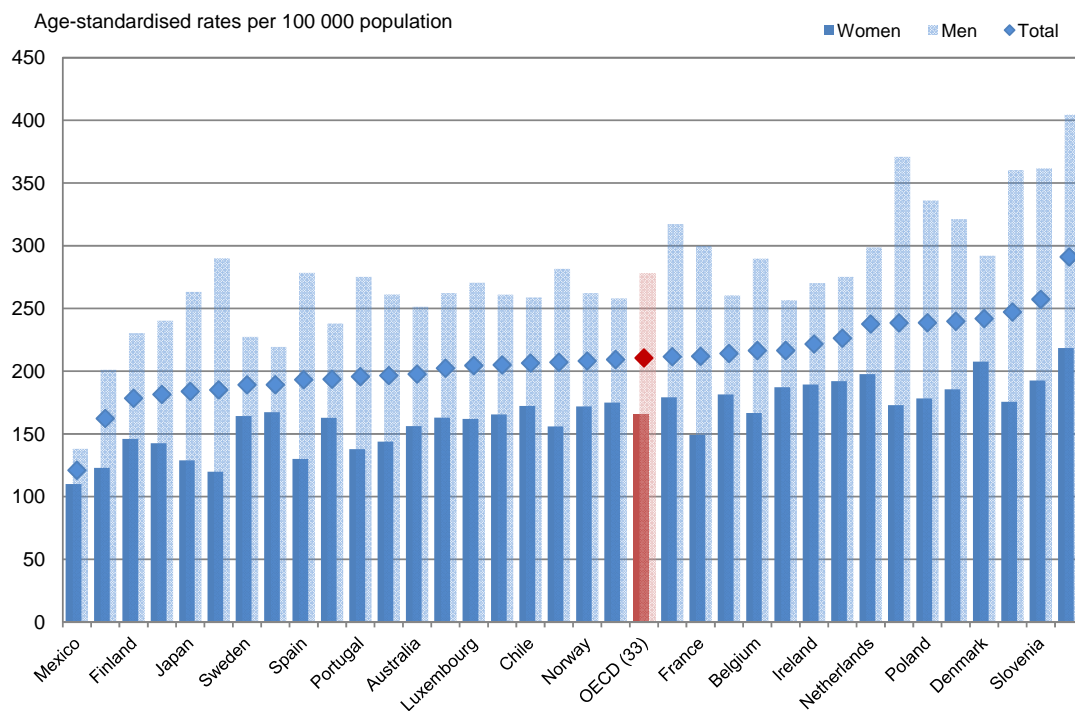
HELSETILSTAND I NORGE

Vi har gruppert landene i tre grupper etter rangering, med tilnærmet like mange i hver gruppe. Vi har valgt å betegne tredelene enten som dårligste/midtre/beste tredel eller laveste/midtre/ høyeste tredel (se tabell 1). Norge er bedre enn OECD-gjennomsnittet på flere indikatorer for helsetilstand. Det dreier seg om forventet levealder, trafikkulykker, spedbarnsdødelighet og spedbarns helse, og forekomst av diabetes. Norge er rundt snitt i OECD når det gjelder dødelighet på grunn av hjertesykdom og hjerneslag, total dødelighet for kreft, forekomst av selvmord og selvoppfattet helsetilstand. Andel selvmord er en indikator hvor Norge er nært gjennomsnittet. Ser man på de øvrige nordiske landene har Danmark og Sverige lavere andel selvmord, og Finland har høyere andel selvmord. Kun for en indikator skårer Norge i laveste tredel, det er forekomsten av Diabetes Type 1 hos barn, som er blant de høyeste i OECD, kun Sverige og Finland har høyere forekomst.

Tabell 1: Helsestatus – Norge relativt til OECD-landene

Indikator	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel
Forventet levealder ved fødsel			☑
Dødelighet av hjerteinfarkt og hjerneslag		☑	
Dødelighet av kreft		☑	
Dødelighet av trafikkulykker			☑
Selv mord		☑	
Spedbarnsdødelighet			☑
Spedbarnshelse: lav fødselsvekt			☑
Egenvurdert helse		☑	
Diabetes utbredelse voksne			☑
Diabetes forekomst barn	☑		

Norge skårer litt bedre enn snittet for OECD når det gjelder total dødelighet for alle krefttyper samlet. Finland har lavest dødelighet av de nordiske landene, og Danmark har høyest dødelighet. Indikatoren er hentet fra WHO's mortalitetsdatabase.



Figur 2: Samlet mortalitetsrate for alle typer kreft, totalt og fordelt på kjønn, 2011.

Source: OECD Health Statistics 2013 (extracted from WHO), <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

GUNSTIGE HELSEVANER I DEN NORSKE BEFOLKNINGEN

Sammenliknet med OECD-landene rapporterer norske innbyggere gunstige helsevaner (tabell 2). For eksempel er det færre som røyker i Norge enn i de fleste andre OECD land. Andelen røykere i Norge er redusert med 40 prosent de siste ti årene, i 2011 var det bare 17 prosent av de voksne som oppgir at de var daglige røykere. Det er klart under gjennomsnittet i OECD, noe lavere enn Finland, men det er noe høyere enn for Island og Sverige. Det er omtrent like stor andel menn og kvinner som røyker. Også ungdom kommer godt ut på statistikken, den viser at det kun er Island og USA som har lavere andel som røyker ukentlig blant 15 åringer. Andelen i Norge er 8 prosent for jenter og 9 prosent for gutter. Det er imidlertid ikke benyttet andre mål for tobakksforbruk blant barn eller voksne enn de selvrapporterte data om sigarettbruk (snusbruk er dermed ikke tatt med).

Tabell 2: Ikke-medisinske helsefaktorer – 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			☑
Daglig fruktkonsum blant 15 åringer			☑
Daglig grønnsakkonsum blant 15 åringer	☑		
Fysisk aktivitet blant 11- og 15- åringer	☑		

Felles for alle OECD land er at en økende andel av både den voksne delen av befolkningen rapporterer overvekt. Norge er i den beste tredelen av land, her i betydningen gunstig, når det gjelder overvekt og fedme. Det vil si at andelen overvektige voksne i Norge, hvor 10 prosent har rapportert overvekt, er den laveste i Norden. Ser man nærmere på resultatene for barn (i ulike aldersgrupper) kommer Norge også svært godt ut. Når en ser på egnerapportert overvekt hos 15-åringer kommer også Norge relativt godt ut, men det er flere gutter enn jenter som rapporterer overvekt. Aktivitetsnivået reduseres også for alle aldersgrupper når en sammenligner resultater fra 2005/06 med 2009/10. Nedgangen er på om lag 2 prosent for alle grupper (11,13 og 15 år). Gutter er fortsatt mer aktive enn jenter.

Ser en på daglig fruktkonsum hos 15-åringer, som det rapporteres på i tabell to, er det bare danske jenter som rapporterer at de spiser mer frukt enn norske jenter, norske gutter spiser klart mindre frukt, men er fortsatt over gjennomsnittet for gutter. Det spises mindre grønnsaker blant norsk ungdom, og jentene spiser mer grønnsaker enn guttene, her er rapporterer både gutter og jenter at de spiser mindre grønnsaker enn gjennomsnittet i OECD.

Kvalitet i Helsetjenesten

OECD rapporterer kvalitetsindikatorer for forebygging og behandling innen følgende områder:

- Primærhelsetjenesten: antibiotika og astma, KOLS og diabetes
- Akutte tjenester: hjerteinfarkt og hjerneslag
- Pasientsikkerhet: postoperative komplikasjoner og fødselsskader
- Psykisk helse
- Kreftbehandling: screening og overlevelse
- Smittsomme sykdommer: vaksineringsprogrammer
- Pasienterfaringer

Kvalitetsindikatorerne som brukes er valgt ut gjennom en omfattende prosess i OECD-prosjektet Health Care Quality Indicators (HCQI). Prosjektet startet i 2001 og målsettingen var å utvikle et sett med indikatorer som skulle være grunnlag for spørsmål om videre utredninger av kvalitet i helsetjenesten på tvers av landegrensene. Indikatorerne skulle ha høy vitenskapelige kvalitet, være klinisk og helsepolitisk relevante, samt være mulige å samle inn og være sammenlignbare på tvers av landene. Målsettingen var å forstå hvorfor det var forskjeller mellom land og hva som kan gjøres for å redusere forskjellene og forbedre kvaliteten. Indikatorerne ble opprinnelig ikke valgt ut for å gi en overordnet bedømmelse av kvalitet for helsetjenesten i de ulike landene.

Oppstarten av prosjektet baserte seg på to allerede etablerte internasjonale samarbeidsprosjekt, henholdsvis indikatorprosjektene til The Commonwealth Funds og Nordisk ministerråd. Etter en omfattende vurderingsprosess kom OECD fram til et indikatorsett som gjenspeiler kvaliteten av helsetjenesten, og som samtidig i størst mulig grad, er basert på sammenliknbare grunnlagsdata (5, 6).

Det er variasjon i hvor mange land som rapporterer på kvalitet i helsetjenesten. Flest land, førti i alt, har rapportert på vaksinasjonsprogrammer, mens det kun er sju land deriblant Norge, som har levert data hvor en undersøker om det er forhøyet dødelighet for alvorlig psykisk syke. Tabell 3 sammenfatter hovedfunnene i rapporten.

Tabell 3. Kvalitet på tjenestene– Norge relativt til OECD-landene

Kvalitetsindikator	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel
Innleggelse astma			☑
Innleggelse KOLS		☑	
Innleggelse diabetes			☑
Foreskriving av antibiotika i PHT			☑
Volum av andrelinjes ² antibiotika			☑
30 dagers overlevelse akutt hjerteinfarkt AMI på sykehus			☑
30 dagers overlevelse akutt hjerteinfarkt AMI i og utenfor sykehus			☑
30 dagers dødelighet akutt slag på sykehus			☑
30 dagers dødelighet akutt slag i og utenfor sykehus			☑
Postoperativ blodpropp ben/lunge		☑	
Postoperativ sepsis		☑	
Gjenglemt gjenstand i kropp etter operasjon		☑	
Fødselsskade mor, vanlig fødsel med instrument		☑	
Fødselsskade mor, vanlig fødsel uten instrument		☑	
Psykisk syke: Ikke planlagt reinnleggelse på sykehus, schizofreni		☑	
Psykisk syke: Ikke planlagt reinnleggelse på sykehus, bipolar	☑		
Screening livmorhalskreft			☑
5-års overlevelse kreft livmorhals			☑
Mammografiscreening			☑
Fem års overlevelse brystkreft		☑	
Fem års overlevelse endetarmskreft		☑	
Barnevaksinasjon difteri, stivkrampe og kikhoste	☑		
Barnevaksinasjon meslinger		☑	

² Annenlinjes antibiotika skal primært benyttes om førstelinjes antibiotika ikke er effektiv. Restriktiv bruk av annenlinjes antibiotika bidrar til å redusere antibiotikaresistente bakterier.

Indikatorer for primærhelsetjenesten (PHT)

Det er utfordrende å finne indikatorer for primærhelsetjenesten som kan benyttes til å sammenligne mellom land. Ulik organisering av helsetjenesten fører også til at det som i enkelte land regnes til primærhelsetjenesten, for eksempel vaksinerings, i andre land er plassert utenfor primærhelsetjenesten. Utfordringen med å samle data fra primærhelsetjenesten og å finne gode indikatorer som kan benyttes internasjonalt, har ført til at en blant annet benytter data samlet inn fra spesialisthelsetjenesten til å speile kvaliteten i primærhelsetjenesten. En slik indikator er antall innleggelser på sykehus for kronisk syke pasienter. Rasjonale bak indikatoren er at kronisk syke pasienter som får god oppfølging for sykdommen i primærhelsetjenesten i mindre grad må legges inn for behandling av sykdommen. OECD har valgt å se på antall innleggelser med følgende diagnoser: astma, KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) og diabetes. Resultatene for disse indikatorene er standardiserte for kjønn og alder etter OECD's standardpopulasjon.

De norske innleggelsestallene for astma er 28 innleggelser per 100 000 innbyggere, og klart under snittet for OECD på 46 per 100 000 innbyggere. For KOLS er innleggesraten i Norge på 211, noe over OECD snittet på 203. Det er store forskjeller i innleggesraten fra Japan som har rapportert færrest innleggelser (24 innleggelser per 100 000), til Ungarn som har flest innleggelser (378 per 100 000). Ulike måter å estimere forekomsten av KOLS og ulik diagnosekoding kan forklare mye av forskjellene i innleggesrater. Usikkerheten i estimatene er derfor stor her. Av de tre kroniske sykdommene er diabetes den sykdommen hvor Norge har relativt liten andel innleggelser i forhold til de andre OECD-landene. Færrest diabetikere legges inn i Italia, Island, Sveits, Storbritannia og Norge.

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.

Norske retningslinjer for antibiotikabruk sier at «*All antibiotikabruk fører til resistensutvikling og endringer av den normale bakteriefloraen*» (7). Det er derfor en målsetting å redusere bruk av antibiotika. OECD har valgt å benytte to indikatorer for å beskrive forbruk av antibiotika, den første indikatoren viser til totalvolum av antibiotika i primærhelsetjenesten, den andre viser hvor stor andel andrelinjes antibiotika (cefalosporiner og kinoloner) utgjør av totalvolumet. Resistensutvikling forekommer hyppigere og kan få mer alvorlige konsekvenser ved andrelinje antibiotika, derfor er et lavt forbruk av disse å foretrekke. I Norge forskrives det 15,8 i definerede døgndoser (DDD) per 1000 innbyggere per døgn, klart mindre enn 20,5

DDDer som er snittet for OECD³. Danmark, Norge og Storbritannia er de landene hvor det forskrives minst andrelinjes antibiotika, for Norges vedkommende er det 4,2 %. Landene som har høyest andel av andrelinjes antibiotika er Tyskland og Hellas hvor nesten 30 % av antibiotika som forskrives er cefalosporiner og kinoloner.

Akutte tjenester: Hjerteinfarkt og hjerneslag

For hjerteinfarkt (acute myocardial infarction eller AMI på engelsk) og hjerneslag (både hjerneinfarkt og hjerneblødning) presenteres indikatorer for dødelighet i sykehus innen 30 dager etter innleggelse. Nytt av året er at enkelte land har også levert data hvor en kan følge pasienten etter sykehusinnleggelsen. Indikatorene er aldersstandardisert til 2010 OECD populasjon 45+ som er innlagt på sykehus for AMI, det er en annen standardisering enn hva som har vært benyttet i tidligere utgaver av HAG. Endringen har ført til en høyere standardisert dødelighetsrate for alle landene.

Indikatoren for hjerteinfarkt kan også fange opp forhold ved behandlingsprosessen, slik som tid til behandling og effektive medisinske intervensjoner. Det er viktig å være oppmerksom på at det er tolkningsproblemer knyttet til disse indikatorene. Den blir påvirket ikke bare av kvalitet på behandling i sykehus, men også forskjeller knyttet til overføringer mellom sykehus, gjennomsnittlig liggetid og alvorlighetsgrad ved infarkt. Total dødelighet regnes som en mer robust indikator for måling av kvalitet på behandlingen i sykehus.

Når det gjelder hjerteinfarkt har Norge laveste dødelighet totalt. For dødelighet på sykehus har Danmark og New Zealand færre dødsfall enn Norge. Det er mindre variasjon mellom landene for total dødelighet enn for sykehusdødelighet. Norske data som tidligere er publisert for tretti dagers overlevelse etter hjerteinfarkt og hjerneslag er basert på informasjon også om forhold etter sykehusoppholdet(8, 14).

Om lag åtte prosent av dødsfallene i OECD tilskrives hjerneslag (hjerneinfarkt og hjerneblødning). Behandling av hjerneslag er dramatisk forbedret de senere år, forbedringen er knyttet til trombolytisk behandling og til behandling i spesielle hjerne-slagsenheter. I Norge har vi sett en stor reduksjon i dødeligheten på sykehus i løpet av ti år. Fra 2001 til 2011 er dødeligheten på sykehus i Norge redusert med 40%. OECD har tidligere vist til de nordiske landene som foregangsland i bruk av slagenhet ved sykehusene(8).

Noen forhold kan 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 2010 OECDs populasjon som er innlagt for AMI. For internasjonale

³ En døgndose på 10 DDD/1000 innbyggere/døgn betyr at 10 av 1000 personer (dvs. 1 % av befolkningen) daglig kan bruke dette legemidlet (har fått det forskrevet).

nale 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 liggetid 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.

Etter hvert som flere land får tilgjengelig data fra personentydige registre, blir det mulig å følge pasienter mellom ulike sykehus og behandlingssted. Kun halvparten av de 32 landene som leverte data for AMI leverte data på totaldødelighet etter 30 dager. Det samme forholdet gjelder rapportering for hjerneslag hvor det er 15 av 31 land som har levert data på total dødelighet.

Pasientsikkerhet: postoperative komplikasjoner og fødselsskader

Norge har deltatt både i OECD's 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 fra administrative databaser. For Norge har det vært benyttet data fra Norsk pasientregister (NPR). OECD har valgt ut fem av indikatorene til bruk i Health at a Glance. Fire av indikatorene viser til uønskede hendelser, såkalte "adverse events", som en ikke regner som mulig å forebygge helt. En indikator er inkludert for sjeldne og alvorlige pasientsikkerhetshendelser, såkalte "never events" eller "sentinel events", som det skal være mulig å unngå helt⁴. Gjenglemte gjenstand i kropp etter operasjon er en indikator for en slik hendelse som ikke skal forekomme.

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 på økt fokus på pasientsikkerhet. Det er derfor særlig viktig å følge utviklingen over tid før en trekker konklusjoner om nivået på pasientsikkerhet. En utfordring med hensyn til datakvaliteten ved internasjonal sammenligning av pasientsikkerhetsindikatorer er at indikatorene er hentet fra administrative databaser, ikke fra databaser eller system som er spesielt utformet for å overvåke uønskede hendelser. Det innebærer at det kan være forskjeller mellom land i hva som registreres hvor, i land hvor leger har ansvar for å rapportere hendelser kan det være mindre komplett registre-

⁴ Health at a Glance 2013:116

ring i de administrative registrene enn i land hvor det er spesialtrent administrativt personell som har ansvar for registrering av data (ref fotnote 2). Det er også forskjeller mellom landene i hvor godt tilrettelagt registrene er for å registrere bidiagnoser, og om registreringene brukes til aktivitetsbasert finansiering.

Norge har rapportert sammenliknbare data for postoperativ blodpropp i ben/lunge, postoperativ sepsis, gjenglemte gjenstand i kropp etter operasjon 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. En fant ikke forskjeller i registrert forekomst mellom de to registrene, tilsvarende undersøkelser er ikke gjennomført senere⁵.

Resultatene viser at det er stor variasjon mellom landene med hensyn til forekomst av registrert postoperativ blodpropp i ben/lunge når man sammenlikner standardiserte resultater som er justert for alder og kjønn. Indikatoren presenterer en samlet rate for alle operasjoner, hvor Norge er om lag på snittet av OECD. I tillegg presenteres resultat for hofte- og kneproteser, hvor pasientenes i utgangspunktet ble forventet å være i høyrisikogruppen for blodpropp. For risikogruppen er Norges resultater bedre enn snittet for OECD. Forekomsten av blodpropp etter operasjoner er om lag lik i Norge og Sverige, mens Danmark kommer og Finland har bedre resultat.

Gjenglemte gjenstand i kropp etter operasjon er en indikator for sjeldne og alvorlige pasientsikkerhetshendelser, såkalte *never events / sentinel events*. Gjenglemte gjenstander som nåler, skalpeller og bomullsdotter viser til svikt ved prosedyrer. De vanligste risikofaktorene som øker sannsynligheten for en slik hendelse, er akutt kirurgi, ikke planlagt endringer i prosedyrene, endringer i kirurgiteamet under operasjon og når pasienten er overvektig (9). I Norge er vi på grensen mellom den nederste og den midtre gruppen. OECDs ekspertgruppe har imidlertid diskutert om ulik kodepraksis kan være en betydelig feilkilde.

De to indikatorene for fødselsskader hos mor ser på forekomst av alvorlige rifter i underlivet (vaginalrifter kategori 3 og 4) som er rapportert i pasientadministrative databaser. 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 5,4 prosent av kvinnene i høyrisikogruppen (instrumentassisterte fødsler) som får alvorlige rifter. Snittet for OECD21 er på 6 prosent. Finland har snitt på 3,4 prosent, mens Sverige og Danmark har henholdsvis 12,7 og 17,3 prosent. Forskjeller i diagnostisering vil ha betydning for rapportering. 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 en forekomst på 1,6 prosent, som også er snittet for OECD21. Norge skårer fortsatt

⁵ E-post korrespondanse med Medisinsk fødselsregister i 2008

bedre enn Danmark og Sverige (3,2 og 3,5 prosent), men klart dårligere enn Finland hvor det noe over en halv prosent av kvinnene som er registrert med denne typen 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 registre. Kvaliteten på registreringen 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 imidlertid også skyldes 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.

Psykisk helse

Belastningen ved psykisk sykdom er vesentlig, og fører til redusert livskvalitet. Det har store omkostninger både for individ og samfunn. Det er også store variasjoner i hvor stor andel av helseutgiftene i de ulike land som går til psykisk helse. Bedre helsetjenester for psykisk syke er en prioritert oppgave i mange OECD-land, og de fleste landene beveger seg bort fra sykehusbasert behandling mot en integrert behandling av et tverrfaglig team i primærhelsetjenesten. Alvorlig psykisk syke pasienter mottar fortsatt spesialisert behandling på sykehus, og skal motta oppfølgende behandling etter at de er skrevet ut fra sykehus. De vil normalt ikke ha behov for ikke planlagt reinnleggelse innen 30 dager etter utskriving om de får den helsehjelp de har behov for etter utskriving⁶. Det er trolig store forskjeller mellom de ulike land i hvordan psykisk helsetjeneste er organisert og til dels regulert.

OECD har valgt en indikator for 30 dagers reinnleggelse på sykehus som en indikasjon på om pasienter mottar den helsehjelp de har behov for utenfor sykehus. De ser på andelen pasienter som blir innlagt på nytt (reinnlagt) for to grupper av pasienter, schizofreni og bipolare lidelser. Pasientgruppen som undersøkes er alle pasienter som er lagt inn med en av de to lidelsene som enten hoveddiagnose, alternativt som første- eller andre bidiagnose i et kalenderår. For at en innleggelse skal registreres som reinnleggelse må de legges inn på samme sykehus innen 30 dager for psykisk sykdom, pasienter som reinnlegges samme dag som de skrives ut registreres ikke. Indikatoren er ikke sammenlignbar med HAG 2009 og 2011 ettersom definisjonen er endret. I 2013 ser en på andelen pasienter som blir reinnlagt minst en gang innen 30 dager, tidligere registrerte en antall reinnleggelser.

⁶ Health at a Glance 2013:120.

I Norge er andelen pasienter som reinnlegges over snitt for både schizofreni og bipolare lidelser. Av de nordiske landene er det Finland som har lavest andel pasienter som reinnlegges for begge diagnosegrupper. Norge har lavere enn Danmark og Sverige for schizofreni, Danmark har noen færre reinnleggelser enn Norge når det gjelder bipolare lidelser. Sintef publiserte i november 2013 en rapport om som ser nærmere på psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling(10). De finner at ventende utskrivningsklare pasienter oftere har alvorlige psykiske lidelser sammenliknet med pasienter som ikke er vurdert som utskrivningsklare. De ventende utskrivningsklare pasientene er også oftere reinnlagt og det er behov for et mer omfattende behandlingstilbud for å unngå nye innleggelser. Sintef anslår at det største utviklingspotensialet av tjenestene sannsynligvis er i området mellom tjenestenivåene.

Norge har ikke levert data for forhøyet dødelighet for alvorlig psykisk syke.

God kreftoverlevelse i Norge

OECD bruker dødelighet ved alle krefttyper som en indikator for helsetilstand, i tillegg har de valgt ut tre krefttyper som de ser nærmere på i kapittelet for kvalitet. Det er livmorhalskreft, brystkreft, og kolorektalkreft (tykk- og endetarmskreft). For hver krefttype vises relativ overlevelse etter fem år og dødelighet, det angis også screeningrate for livmorhals og brystkreft. Alle indikatorene er aldersstandardiserte til i henhold til ICSS (International Cancer Survival Standard) og *ikke* OECD standardbefolkning. Datakvaliteten varierer fra land til land, men er generelt vurdert til å være høy. Det er også et skille mellom kohort og periodeanalyse når det gjelder fem års overlevelse. Norge og Finland benytter periodeanalyse som gir en mer oppdatert analyse enn kohortanalyse som Sverige og Danmark har rapportert på. Variasjonen i overlevelseshraten mellom landene skyldes flere faktorer, det kan skyldes forskjeller i diagnostisering, hvor tidlig sykdommen er oppdaget, behandling av kreft og forskjeller i forekomst av sykdom. Relevant for helsetjenesten er at overlevelse etter fem år kan tilskrives både screeningsarbeidet og behandlingen. Ved sammenlikning av 5-årsoverlevelse plasseres Norge godt over OECD-gjennomsnittet for alle de tre kreftformene. OECD publiserte i slutten av oktober 2013 en større policyanalyse av kreftbehandling som gir en grundigere framstilling av kreftbehandling i OECD-landene (11).

Norge har høy screeningrate for livmorhalskreft og brystkreft. Målgruppen og intervallene for screening for livmorhalskreft varierer mellom landene i OECD, og enkelte land som hadde høy screening rate i 2001 har en lavere rate i 2011. Dette gjelder også for Norge, som er blant de landene som har høyest screeningrate. Kun Korea har rapportert en høyere relativ overlevelseshrate enn Norge.

Brystkreft er den hyppigst forekommende krefttypen hos kvinner, OECD anslår at en av ni kvinner får sykdommen i løpet av livet. Målgruppen og intervallene for mammografi varierer mellom landene i OECD, og flere land som hadde høy mammografirate i 2001 har en lavere rate i 2011. Det gjelder USA, Storbritannia, Canada,

Irland, Norge, og Finland som fortsatt har høyeste screeningrate. Norge er over snittet i OECD, men har lavere screeningrate enn Finland og Danmark. En viktig kvalitetsindikator er overlevelsrate for brystkreft etter 5 år, som er avhengig av hvor tidlig sykdommen er oppdaget og hvordan den er behandlet. Norge har noe lavere overlevelse enn Sverige, men bedre enn Danmark og Finland. USA har den høyest rapporterte overlevelsrate for brystkreft.

Kolorektal kreft er den tredje hyppigst diagnostiserte kreftformen på verdensbasis, etter lunge- og brystkreft. Sykdommen er hyppigere i USA og Europa, og sjeldnere i Asia. Ved kolorektal kreft har overlevelsen økt i OECD de siste årene, det knyttes både til framskritt i diagnostisering og behandling. Overlevelsrate i Norge har økt de siste ti årene, og Norge ligger på snitt av OECD, rett under Sverige. Finland er under snitt og Danmark kommer svakest ut av de nordiske landene. I Norge gjennomføres det for tiden et pilotprosjekt for screening tykk og endetarmskreft i regi av Kreftregisteret og Helse Sør-Øst.

Smittsomme sykdommer – vaksinasjonsprogrammer

Alle OECD landene har etablerte nasjonale vaksinasjonsprogrammer for barn, men 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 95 % vaksinasjonsrate for difteri, stivkrampe og kikhostevaksinen og 94 % vaksinasjonsrate mot meslinger. Rater som er nær gjennomsnittet for OECD³⁴. Både Finland og Sverige har høyere vaksinasjonsrate. Hepatitt B er ikke en del av det ordinære barnevaksinasjonsprogrammet i Norge. Gjennomsnittet for OECD²³ er på 93 % for hepatitt B vaksine.

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 utbrudd av meslinger i Europa, for eksempel i Ukraina 2012 hvor det de to første månedene ble registrert over 5000 tilfeller. 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>).

Pasienters erfaringer med helsetjenesten

OECD har valgt å bruke Commonwealth Funds sine pasienterfaringsundersøkelser for å beskrive pasientens erfaringer med helsetjenesten. Hovedbildet er at Norges resultater er dårligere enn gjennomsnittet. Dette gjelder blant annet for opplevelsen av om fastlegen har nok tid til pasienten, gir lettfattelige forklaringer og åpner for mulighet til å stille spørsmål. Norge skårer på gjennomsnittet når det gjelder pasientinvolvering. En fullstendig gjennomgang av resultatene fra Commonwealth Fund undersøkelsen er publisert på Kunnskapssenteret (12).

Ressurser i helsetjenesten

OECD har utviklet et felles system for helseregnskap på nasjonalt nivå. Formålet med et felles system er å få sammenlignbare data over tid og mellom land. I dette notatet presenteres fem av sju mål for helseutgifter og finansiering. OECD har ikke resultater for Norge for helseutgifter fordelt etter alder og sykdom og indikatoren presenteres derfor ikke her. Norge skårer som ventet høyt på offentliges andel av helseutgifter og det er relativt lite import og eksport av helsetjenester i Norge.

OECD beregner kjøpekraftsjusterte helseutgifter per innbygger og betegner det som den mest tilgjengelige og pålitelige omregningsfaktoren for å sammenligne helseutgifter⁷. Inkludert i helseutgiftene er både offentlig og private konsum, inklusiv infrastrukturinvesteringer. Videre ser OECD også på helseutgiftenes andel av bruttonasjonalprodukt (BNP), det kan sees som ett uttrykk for prioritering av helsetjenesten i et land. Indikatoren regnes som et godt mål for de fleste land, men for Irland og Luxemburg kan brutto nasjonalinntekt muligens være et bedre mål ettersom en stor del av BNP for de landene eksporteres og ikke er tilgjengelig for nasjonalt forbruk.

HØYE UTGIFTER TIL HELSETJENESTEN

USA, Norge og Sveits er de tre OECD-landene som bruker mest penger på helsetjenesten når en har justert for kjøpekraft. USA topper statistikken med 8508 USD, det er 2839 USD mer enn i Norge. I Norge brukte man i 2011 5669 USD PPP⁸, Sveits brukte 5643 USD, som er 26 USD mindre enn hva vi brukte i Norge per person. USA bruker altså to og en halv ganger så mye som gjennomsnittet for hele OECD som var på 3339 USD. Ser man på utgifter til helsetjenester som prosent av den totale verdiskapningen (BNP), bruker Norge 9,3 %, hvilket tilsvarer snittet for OECD i 2011 (tabell 4).

⁷ OECD Health at a Glance 2013:154

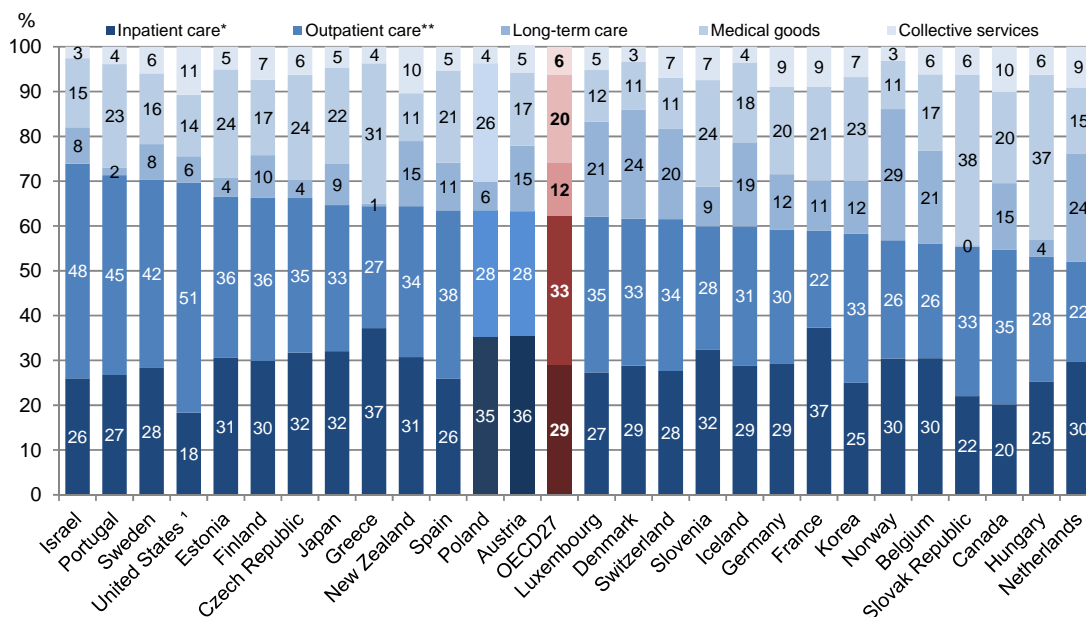
⁸. PPP (kjøpekraftsparitet) benyttes for å sammenlikne relative utgifter til helse i forhold til resten av økonomien. OECD regner om de ulike landenes helseutgifter til en felles valuta (US\$), og korrigerer for ulikheter i prisnivå. I denne omregningen har OECD valgt å bruke kjøpekraftspariteten for totaløkonomien, det vil si BNP. Denne pariteten er tilgjengelig for alle OECD-land, og regnes av OECD som den mest pålitelige kjøpekraftspariteten.

Tabell 4: Helseutgifter – Norge relativt til OECD-landene

Indikator	Laveste tredel	Midtre tredel	Høyeste tredel
Helseutgifter per innbygger			☑
Helseutgifter i prosent av BNP		☑	
Årlig vekst i legemiddelutgiftene 2000–2011	☑		
Legemiddelutgiftenes andel av BNP	☑		

Samlet ressursbruk til helsetjenester varierer sterkt mellom OECD-landene. Vi vet fra tidligere HAG rapporter at landenes ressursbruk til helsetjenester følger BNP. Jo høyere BNP per innbygger dess høyere ressursforbruk. 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 medisinske tekniske hjelpemidler (figur 3). Andelen av helseutgifter som benyttes til medisinsk teknisk utstyr i Norge er på 11 % og er det samme som i New Zealand, Danmark og Sveits. Land som Norge, Nederland og Danmark har etablert et offentlig omsorgstilbud til eldre og pleietrengende og har til felles at de bruker mer enn 20 % av utgiftene til langtidspleie. Enkelte andre land som Portugal og Spania representerer har mindre formalisert omsorg for de eldre og pleietrengende, og det utgjør derfor en langt mindre del av den formelle økonomien.

7.3.1. Current health expenditure by function of health care, 2011 (or nearest year)



Figur 3: Utgifter til helsetjenesten etter type tjeneste

Norge er blant landene som har de laveste legemiddelpriser i Vest-Europa, og legemidler i Norge har i perioden den siste tiårsperioden hatt en gjennomsnittlig realprisreduksjon på vel 4 % (13). En prisbegrensende faktor er at Stortinget har fastsatt hva som er maksimal avanse for reseptpliktige legemidler for apotekene, samt at det er innført generisk bytte av legemidler i norsk lovverk. Det innebærer at apoteket kan erstatte rekvirert legemiddel til et annet og rimeligere legemiddel som Statens legemiddelverk (SLV) har godkjent som byttbart⁹.

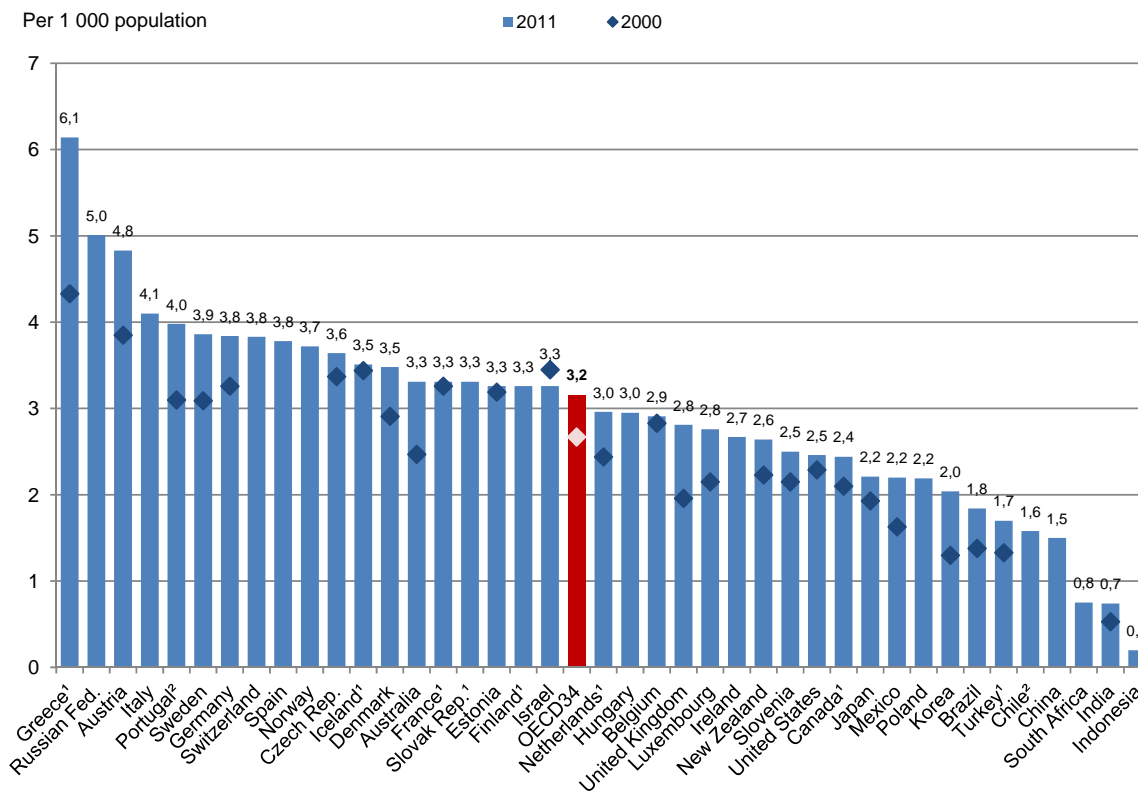
I Norge ble det brukt 29 % av helseutgiftene til pleie og omsorg, som også omfatter kommunale sykehjem og hjemmesykepleie. Andelen er den høyeste i OECD. Forskjellene i utgifter kan være reelle, men de kan også skyldes ulike måter å registrere helse- og sosialutgifter på. Tallene for Sverige skiller 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.

De fleste landene i OECD leverer nå tall i henhold til helseregnskapet, og det er noen rapporteringsforskjeller med hensyn til hva som inkluderes i helseregnskapet. 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 kanskje finnes i de høye lønnskostnadene og høyt antall leger og pleiepersonell per innbygger i Norge enn i OECD-landene, det kan også være at forbruket av helsetjenester er større i Norge. For å forstå hva som bidrar til forskjellene må en altså se nærmere på indikatorene i det enkelte land, noe som også er formålet med indikatorene.

HØYT ANTALL HELSEPERSONELL

Norge er blant de land som har et relativt høyt antall leger og pleiepersonell ansatt i helsevesenet. Det var 3,7 praktiserende lege per 1000 innbyggere i Norge, sammenliknet med gjennomsnittet for OECD³⁴ på 3,2 leger per 1000 innbygger. Blant de nordiske landene er det bare Sverige som har høyere legetetthet. I Norge regnes legedekningen som god, det er et resultat av at legeutdanningen økte kapasiteten med nærmere 60 % på 90-tallet. Det framgår også av statistisk sentralbyrås analyser av arbeidsmarkedet for helse- og sosialpersonell (10).

⁹ Apotekene kan ikke bytte legemiddel hvis det strider mot legens eller pasientens uttrykkelige ønske. Det blir lagt vekt på legens rett til begrunnet reservasjon mot bytte og pasientens informerte samtykke til bytte jfr apotekloven § 6-6.



Source: OECD Health Statistics 2013, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>.

Figur 4: Legetetthet per 1000 innbygger

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 eldreomsorgen. Den sistnevnte gruppen i Tyskland anslås til å omfatte 270000 sykepleiere i eldreomsorgen.

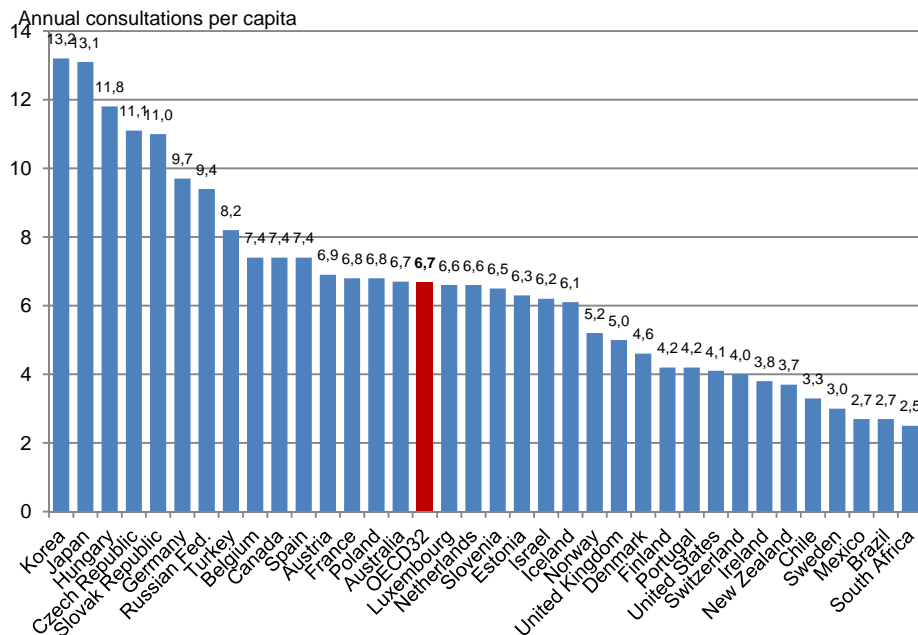
Norge er blant de fem landene som topper OECD-statistikken med hensyn til antall pleiepersonell. Sveits, Danmark, Belgia og Island har flere yrkesaktive pleiepersonell per 1000 innbygger enn Norge med sine 12,9 yrkesaktive pleiepersonell. Gjennomsnittet for OECD34 er 8,8 pleiepersonell per 1000 innbygger. Merk at Belgia også inkluderer ikke yrkesaktive pleiepersonell, de rapporterer alle som har lisens til å arbeide som pleiepersonell. Ser en på forholdstallet mellom pleiepersonell og leger er det på 3,5, noe over snittet for OECD 34 som er på 2,8 helsepersonell per lege. I Norden har Sverige det laveste forholdstallet med 2,9 og Danmark har 4,4. Det er viktig å merke seg at det her vises til *antall* 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. Statistikk fra SSB, siste kvartal 2012, viser at gjennomsnitts arbeidstid for spesialister var 37,7 timer i uken, for sykepleiere 31,3 timer i uken, og for helsefagarbeidere 28,4 timer i snitt. Gjennomsnitt arbeidstid er beregnet per person (14).

OECD presenterer også data for legers lønnsnivå i forhold til gjennomsnittslønn. I Norge er den årlige brutto inntekten for spesialister i offentlig sektor (offentlige sykehus) knapt dobbelt av gjennomsnittsinntekten (forholdstall på 1,8). Det gjenspeiler at Norge har relativt sett mindre lønnsforskjeller enn i andre OECD land. Sykepleiere årlige bruttoinntekt i Norge er lik med gjennomsnittslønnen (forholdstall 1). Sammenligner en inntekten med sykepleiere i andre land (PPP i USD) tjener norske sykepleiere 52000 USD, det er 2000 USD mindre enn danske sykepleiere, og er blant de landene som har høyest sykepleielønninger. Tilsvarende tall er ikke presentert i rapporten for leger eller leger med spesialistutdanning.

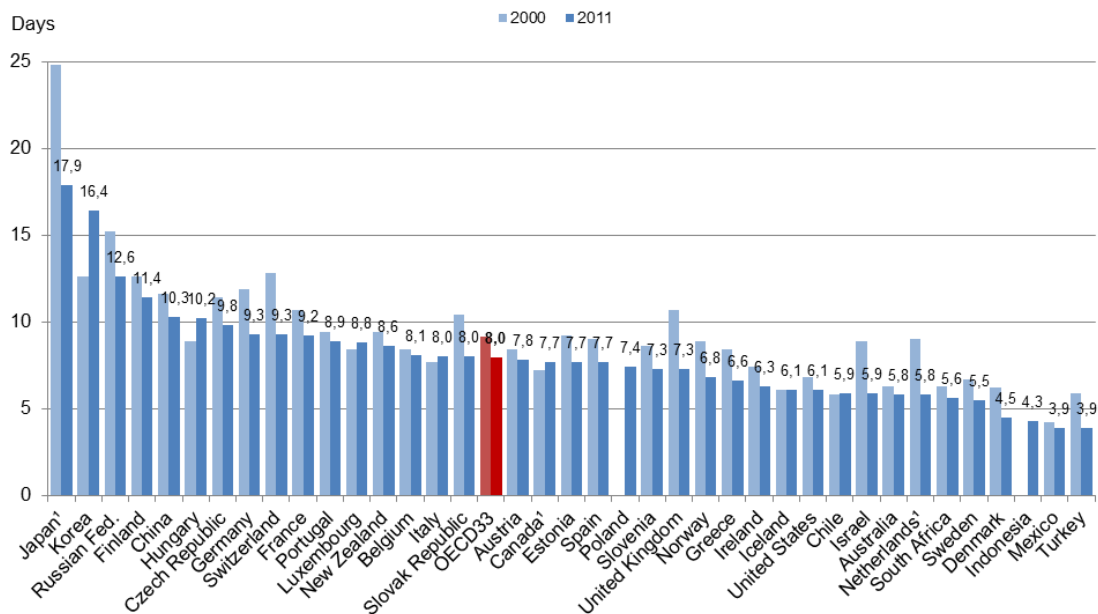
HØYT AKTIVITETSNIVÅ I NORSK HELSETJENESTE

OECD har sett på antall legekonsultasjoner per person, og der ligger Norge under snitt med 5,2 konsultasjoner per person. Snittet for OECD32 var 6,7 konsultasjoner per person. Antall konsultasjoner er beregnet på grunnlag av de pasientadministrative databasene, med noen unntak av Storbritannia, Nederland og enkelte andre land som rapporterer ut fra brukerundersøkelser. De fleste landene har mellom 4-7 konsultasjoner per person, men Sverige har 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(1).



Figur 5: Antall konsultasjoner i året per person

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. I Sverige er antall senger 2,7 og Danmark har 3,5. Gjennomsnitt for OECD-landene i Europa er 5,3 sykehusseng per 1000 innbygger. Samtidig hadde vi her i landet flere utskrivinger enn gjennomsnittet i OECD34 (175 /156 per 1000 innbygger), og klart kortere sykehusopphold med et snitt på 6,8 liggedager. Snittet i OECD33 er 8 dager, av de nordiske landene er det kun Finland som har lengre liggetid.



Figur 6: Gjennomsnittlig liggetid på sykehus

Spesielt ved hjerteinfarkt er sykehusoppholdet blant de korteste i OECD. I Norge er snittet for antall liggedøgn på 4,0 for hjerteinfarkt, mens snittet for OECD33 er på 6,9 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.

Liggetid etter fødsler varierer mellom de ulike land, der har Ungarn klart lengst liggetid med 5.2 dager og Mexico har kortest med 1,3 dager. Snittet for OECD32 er på 3dager, og Norge har i snitt liggetid på 3,1 dag. Kun Finland har lengre liggetid av de nordiske landene.

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).

Konklusjon

”Health at a Glance” er en rapport som utgis annethvert år av OECD. Den inneholder sammenliknbare data fra 40 land. Formålet med rapporten er at den kan gi grunnlag for og bidra til flere og grundigere undersøkelser av kvalitet i medlemslandenes helsetjeneste. Indikatorene som er brukt gir antydninger på hvor man kan undersøke nærmere og på hvordan Norge gjør det i forhold til andre land.

Årets rapport viser at innbyggere i Norge har relativt sett god helse og gode helsevaner sammenliknet med innbyggere i andre OECD-land, men helsestatus er ikke på topp i alle kategorier. Videre fremgår det at den norske helsetjenesten stort sett leverer godt over 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.

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 andelen unge i Norge som er fysisk aktive, er om lag på snitt i OECD-landene. Økt forekomst av overvekt, fedme og diabetes er en negativ trend i OECD-landene, som også gjelder Norge. Forekomst av fedme i Norge er imidlertid under gjennomsnittet for de andre OECD-landene. Norge har gode resultater på mange viktige områder som hjerneslag og overlevelse av enkelte kreftformer, og er på snitt for brystkreft og endetarmskreft.

Ser en på hvor stor del av samfunnets samlede ressurser som er stilt til rådighet for helsetjenesten i OECD-landene, er det klart at norske helseutgifter er blant de høyeste i OECD når man sammenligner kjøpekraftsjusterte totale utgifter til helsetjenesten. Tilgangen på leger og helsepersonell er også god, og det holdes et høyt aktivitetsnivå.

Vi ser av indikatorene for pasientsikkerhet at Norge plasserer seg rundt snittet i OECD. Samtidig gjennomføres det nå pasientsikkerhetskampanje i Norge. Kampanjen kan bidra til økt oppmerksomhet og økt rapportering på uønskede hendelser. Samtidig skal en være oppmerksom på at det for mange av pasientsikkerhetsindikatorne er små forskjeller mellom de land som plasseres i øverste tredel og de som

plasseres på midten eller i lavest skårende tredel. Ut fra de dataene som presenteres er det ikke mulig å si om forskjellene er statistisk signifikante.

OECD-rapporten antyder hvordan kvaliteten på helsetjenesten er i ulike land. 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, og avgjørende for at vi skal få en bedre tjeneste.

Kapittelet om kvalitet på helsetjenesten viser at det er stor forskjell på hvor mange land som kan levere data på de ulike indikatorene. Samtidig peker det på viktigheten av at det aktivt utvikles gode kvalitets- og pasientsikkerhetsindikatorer for helsetjenesten både nasjonalt og internasjonalt. Sammenlignbare data gjør at vi kan identifisere svake så vel som sterke sider ved et lands helsetjenester. I tillegg gir det mulighet til å peke på hvilke land som gjør det best på de ulike områdene. Ved å studere likheter og forskjeller i helsesystemene mellom de som kommer best ut og de som kommer dårligere ut, oppnår en i tillegg relevant kunnskap. Dette kan for eksempel være kunnskap omkring hvilke tiltak som kan og bør iverksettes for på kort sikt å bedre kvaliteten på tjenestene og på lengre sikt også helsetilstanden i befolkningen. OECD-rapporten antyder hvordan kvaliteten på helsetjenesten er i ulike land. 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, og avgjørende for at vi skal få en bedre tjeneste.

Litteraturliste

1. OECD. Health at a Glance 2013: OECD indicators. Paris: OECD Publishing; 2013.
2. Nguyen KN, Helgeland J. Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land. Oslo: 2009. (Notat).
<http://www.kunnskapssenteret.no/Publikasjoner/Norsk+helsetjeneste+samm-enliknet+med+andre+OECD-land.8031.cms>
3. OECD, WHO, Eurostat. A System of Health Accounts 2011. 2011
http://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/a-system-of-health-accounts_9789264116016-en
4. Hernæs KH, Brathaug AL. Helseregnskapet – et internasjonalt system. SSB Økonomiske analyser 2012;2012(2):18-23.
5. Kelley ET, Arispe I, Holmes J. Beyond the initial indicators: lessons from the OECD Health Care Quality Indicators Project and the US National Healthcare Quality Report. IntJQual Health Care 2006;18 Suppl 1:45-51.
6. Kelly E, Hurst J. Health care quality indicators project. Conceptual framework paper. Geneva: 2006 <http://www.oecd.org/dataoecd/1/36/36262363.pdf>
7. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus. Helsedirektoratet. [Oppdatert 03.05.2013; Lest 13.11.2013]. Tilgjengelig fra: <http://helsedirektoratet.no/sites/antibiotikabruk-i-sykehus/generelle-kapitler/rasjonell-antibiotikabruke/Sider/default.aspx>.
8. OECD. Health at a Glance 2011: OECD Indicators. Paris: 2012
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2011-en
9. Gawande AA, Studdert DM, Orav EJ, al e. Risk Factors for Retained Instruments and Sponges after Surgery. New England Journal of Medicine;348(No.3):229-235.
10. Ose SO, Slettebak R. Unødvendige innleggelser, utskrivningsklare pasienter og samarbeid rundt enkeltpasienter – omfang og kjennetegn ved pasientene. 2013. (SINTEF A25247).
<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/unodvendige-innleggelser-utskrivningsklare-pasienter-og-samarbeid-rundt-enkeltpasienter-omfang-og-kjennetegn-ved-pasientene/Publikasjoner/is-0397.pdf>
11. OECD. Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival. 2013. (OECD Health Policy Studies).
12. Skudal K, Bjertnæs Ø, Holmboe O, Bukholm G, Røttingen J. Commonwealth Fund-undersøkelsen 2010: Resultater fra en komparativ befolkningsundersøkelse i 11 land. Oslo: 2010. (Rapport fra Kunnskapssenteret nr 21 - 2010).

13. Tall og fakta 2013. Oslo: 2013. (Legemiddelindustrien (LMI)).
<http://www.lmi.no/media/3041220/tf2013.pdf>
14. SSB. Sysselsatte personer med helse- og sosialfaglig utdanning i helse- og sosialtjenester, etter fagutdanning og ukentlig avtalt arbeidstid. 4. kvartal. Statistisk Sentralbyrå. [Oppdatert 12.06.2013; Lest 07.11.2013]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/arbeid-og-lonn/statistikker/hesospers/aar/2013-06-12?fane=tabell#content>.