

Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre europeiske OECD-land 2014

Notat fra Kunnskapsenteret
Kommentarer til OECD-rapport
Desember 2014

Tittel	Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre europeiske OECD-land 2014
English title:	The Norwegian health care system as compared to other European OECD countries 2014
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, <i>direktør</i>
Forfattere	Ingrid Sperre Saunes, <i>seniorrådgiver</i> Jon Helgeland, <i>seksjonsleder</i> Anne Karin Lindahl, <i>avdelingsdirektør</i>
ISBN	978-82-8121-933-5
Notat	Desember 2014
Notattype	Kommentar
Antall sider	23
Nøkkelord	OECD, helsetjeneste, kvalitetsindikator, Kunnskapssenteret
Sitering	Saunes IS, Helgeland J, Lindahl AK,: Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre europeiske OECD-land 2014. Notat, desember 2014. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014.

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 2014

Sammendrag

”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 henholdsvis Europa og Asia/Stillehavet i 2010, 2012 og 2014.

Kunnskapssenter presenterer i dette notatet viktige trekk ved den norske helsetjenesten i forhold til helsetjenesten i de øvrige europeiske OECD-landene. OECD-rapporten fra 2014 inneholder sammenliknbare data fra 35 europeiske land, basert på de nyeste tilgjengelige data fra 2012. Gjennomsnittsverdiene som oppgis er for EU-landene i OECD. Notatet vil gjøre informasjonen tilgjengelig for et bredere publikum og samtidig være et bidrag i debatten om kvalitet i den norske helsetjenesten. Vi har lagt vekt på informasjon om datakvalitet og sammenliknbarhet siden landene varierer med hensyn til befolkningssammensetning, finansiering og organisering av helsetjenester, samt at de har ulike måter å registrere og rapportere data på.

Helsetilstanden i Norge er generelt god, med høyere forventet levealder og lavere sykkelighet og dødelighet enn gjennomsnittet for EU-landene i OECD. Norske helsevaner er også bedre enn gjennomsnittet, med lavere forbruk av tobakk og alkohol og høyere inntak av grønnsaker.

Norge har de høyeste helseutgifter per innbygger i Europa målt per capita, – og skårer også høyt på de andre indikatorene for helseutgifter. Unntaket er utgifter til legemidler per capita hvor vi er blant de land som ligger lavest. Norge skiller seg ut med en høy andel 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 sammenlikningene viser at Norge har høy ressursbruk, er det usikkert om vi får tilsvarende bedre helsetilstand i befolkningen. Norsk helsetjeneste har hatt størst reduksjon i sykehusdødelighet på grunn av hjerneslag. Også når det gjelder overlevelse etter fem år ved livmorhalskreft og brystkreft er Norge best eller blant de beste i Europa. Når det gjelder pasientsikkerhetsindikatorene, skårer Norge dårligere. Oppslutning om vaksinasjonsprogram er gjennomsnittlig. Vi mangler fortsatt sammenliknbare data om kvalitet og resultater for deler av helsetjenesten.

Innhold

SAMMENDRAG	3
INNHold	4
INNLEDNING OG METODE	5
Health at a Glance: Europe 2014	5
Datagrunnlag og metode	6
HELSESTATUS I BEFOLKNINGEN	8
God helsetilstand i Norge	8
Gunstigere helsevaner i den norske befolkningen	9
KVALITET I HELSETJENESTEN	11
RESSURSER FOR HELSETJENESTEN	17
Høye utgifter til helsetjenesten	17
Høyt antall helsepersonell	19
Høyt aktivitetsnivå i norsk helsetjeneste	21
KONKLUSJON	23
LITTERATURLISTE	24

Innledning og metode

HEALTH AT A GLANCE: EUROPE 2014

OECD (The Organisation for Economic Co-operation and Development) er opprettet for å fremme politikk som bedrer økonomiske og sosiale levekår for mennesker over hele verden. Organisasjonen utgir en rekke publikasjoner som gir oversiktsbilder innen ulike policy-områder som utdanning, økonomi og miljøvern. Rapportserien for helsesektoren, «Health at a Glance» (HAG), ble første gang utgitt i 2001 og deretter hvert annet år. OECD -land fra hele verden rapporterer der på utvalgte helserelaterte indikatorer. De senere årene, fra 2010, publiseres det i tillegg regionale rapporter. «Health at a Glance: Europe 2014» er den tredje europeiske rapporten(1).

Rapporten inneholder data om helsetilstand og helsevaner i befolkningen, og rapporterer også på indikatorer for struktur, prosesser og resultater i de ulike europeiske helsesystemene. I hovedsak rapporteres det på de samme indikatorene hver gang, men tema som inngår i rapporten utvides etter hvert. OECD, EU-kommisjonen og Verdens helseorganisasjon (WHO) har også et felles samarbeidsprosjekt om kvalitetsindikator som ble etablert i 2002. Målsettingen er å utvikle indikatorer for kvalitet i helsetjenesten. Det har bidratt til at kvalitet i helsetjenesten ble inkludert i «Health at a Glance» i 2009, og fra 2011 har det vært rapportering på pasientsikkerhet.

Formålet med ”Health at a Glance: Europe 2014” er å gi beslutningstakere en samlet informasjon om organisering, finansiering og resultater av helsesystemet i alle EU og EØS land. På den måten får beslutningstagerne inntrykk av resultater av helsepolitikken som er ført, og kunnskap til å vurdere og eventuelt justere kursen. Den regionale rapporteringen for Europa er mer avgrenset enn den globale rapporten. Det er noe mindre informasjon om helsetjenestens ressurser og aktivitet enn i de globale rapportene, samt at pleie- og omsorgstjenester er utelatt.

Indikatorene i den europeiske rapporten er identisk med kortlisten av indikatorene som benyttes til rapportering i EU(2), det inkluderer også et nytt kapittel som ser på tilgang på helsetjenester.

DATAGRUNNLAG OG METODE

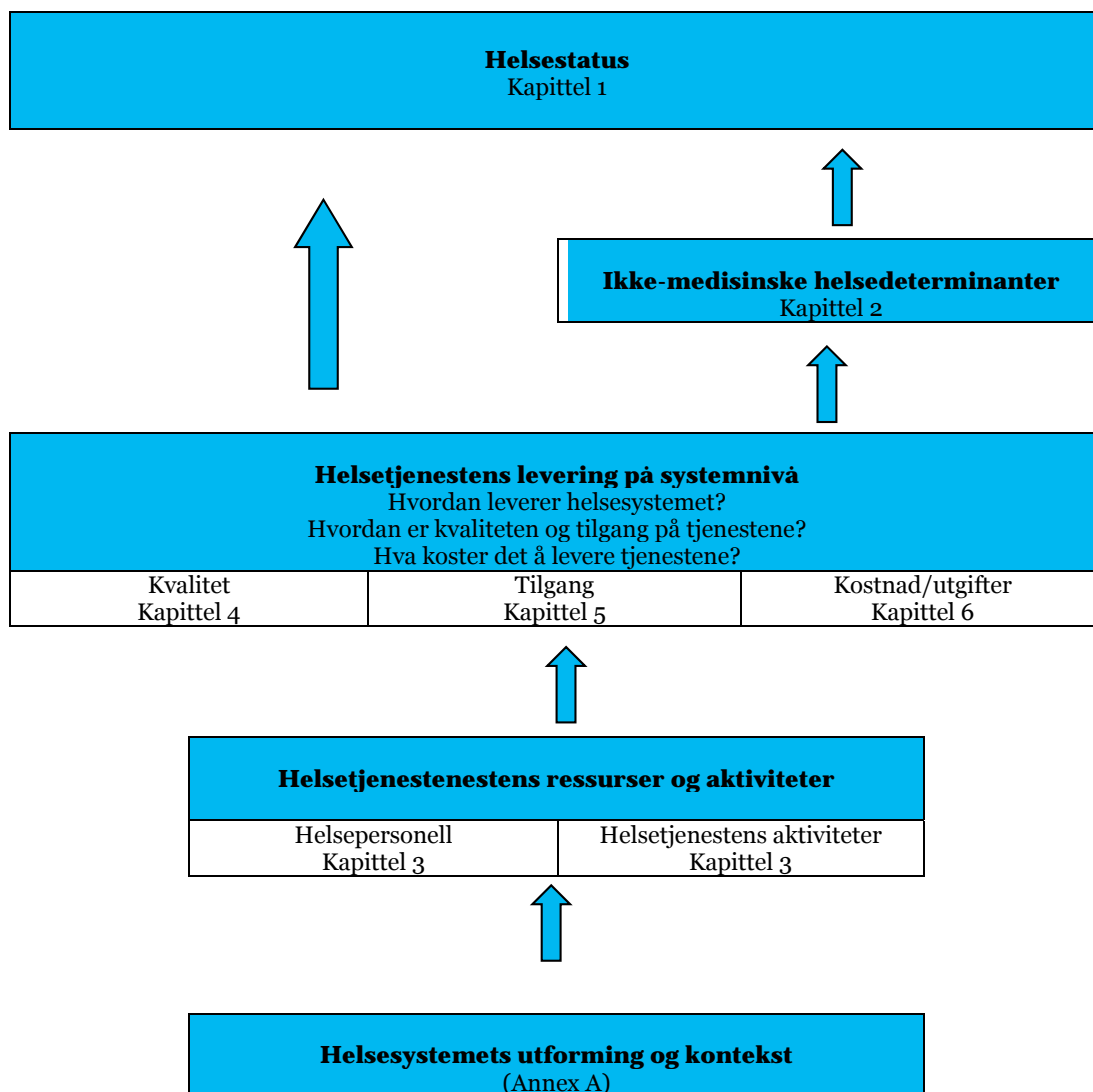
HAG Europa: 2014 har sammenlignbare data fra 35 europeiske OECD-land. Det vil si at foruten de 28 EU-landene som deltar i OECD, er det fire kandidatland til EU og tre EØS-land (Norge, Island og Liechtenstein) som er med i denne rapporten. Informasjon er basert på de nyeste tilgjengelige data, det vil si data registrert frem til og med 2012. Datasettene er ikke komplette for alle land, og hvilket år data er hentet fra, er alltid oppgitt i originalrapporten.

Rapporten viser til gjennomsnittsmål i figurer og tabeller. Målene referer alltid til EU-populasjonen, og Norge inngår derfor ikke i beregningen av gjennomsnittet. Henvisningen **EU28** indikerer at referansepopulasjonen for målet er samtlige EU land som er medlem av OECD. Står det **EU25** er det 25 EU-land som har rapportert på den indikatoren. Når vi i teksten viser til OECD-land, er det alle de 35 europeiske OECD-landene det vises til.

Det er forskjeller i befolknings sammensetning og levestandard i de ulike OECD-landene, og det er også ulikt hvordan helsetjenester er organisert og finansiert. OECD legger stor vekt på å få sammenlignbare data av høy kvalitet og benytter derfor et felles rapporteringssystem for å generere dataene som benyttes. Helseregnskapet («A system for Health Accounts») ble sist revidert i 2011(3). Helseregnskapet rapporterer både for offentlige og private helsetjenester, og utgiftene til helsetjeneste inkluderer privat helsetjeneste. Ikke alle temaområder i rapporten har like konsistent rapportering av data. Kapitlet om kvalitet er ikke basert på data fra helseregnskapet, men baseres på de pasientadministrative dataregistrene. SSB er rapporteringsansvarlig til OECD og rapporterer på helseregnskapet(4). Kunnskapssenteret rapporterer på kvalitet og pasientsikkerhetsindikatorer fra data i norsk pasientregister.

Formålet med rapporten er å gi et oversiktsbilde av hvordan helsesystem i ulike land fungerer. Rapporten gir først et bilde av helsetilstanden og helsevaner, deretter ser en på hvilke ressurser ulike land har og hvordan de benyttes. Tilgang til og kvalitet i helsetjenester presenteres før en ser på de økonomiske forhold som finansiering og utgifter i helsetjenesten. OECD har utviklet et konseptuelle rammeverket (figur 1) for kvalitetsmåling av helsesystemet. Rammeverket vises her med kapittelreferanser for HAG Europa 2014.

De siste årene har OECD publisert flere dokumentasjonsrapporter hvor metodologien og kunnskapsgrunnlaget for ulike tema, som for eksempel finansiering, kreftomsorg og ventetider, blir grundig belyst og analysert(5-7). Vi har vektlagt omtale av ressursbruk, kvalitet og ytelse mer 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

Helsestatus i befolkningen

GOD HELSETILSTAND I NORGE

Helsetilstanden i Norge er bedre enn gjennomsnittet for EU-land (EU28) på en del indikatorer (se tabell 1). Det gjelder forventet levealder ved fødsel, forventet levetid for menn ved 65 års alder, dødelighet på grunn av hjertesykdom og hjerneslag, trafikkulykker, spedbarnsdødelighet, fødselsvekt, selvoppfattet helsetilstand og forekomst av diabetes og AIDS. OECD har også sett på hvor mange av de forventede leveårene en kan forvente å ha god helse når man er 65 år. Der kommer Norge svært godt ut, norske kvinner og menn kan forvente flest gode leveår (>15år), av alle landene som er med i undersøkelsen. Andelen nordmenn som oppgir at de har langvarige sykdom eller plager er på nivå med gjennomsnittet i EU, samtidig er andelen nordmenn som opplever at de har begrensninger i forhold til vanlige aktiviteter er nest minst av alle landene. Det er bare Malta som har bedre skår på indikatoren for begrensninger for deltakelse i vanlige aktiviteter.

For enkelte andre indikatorer som forventet levetid for kvinner ved 65 års alder, dødelighet ved kreft, og andel selvmord er Norge nærmere gjennomsnittet for EU. Forventet levetid for kvinner ved 65 års alder er ganske lik i de nordiske landene, i Danmark er den på 20,2 år, i Norge er den på 21 år, og Sverige er 21,1. Sverige er i den øverste tredelen av land i lag med Finland som nesten er på topp med 21,4 år i forventet levetid. Dette viser at det er marginale forskjeller mellom landene med hensyn til forventet levetid. OECD har også undersøkt om det er forskjeller i forventet levetid basert på utdanningsnivå for menn og kvinner. En ser der at det er mindre forskjeller i Danmark og Sverige, hvor det er marginale forskjeller i effekten av utdanning for kvinner og menn. I Finland og Norge er effekten av utdanning større for menn enn for kvinner. Når det gjelder selvmord har både Danmark, Finland og Sverige en høyere andel selvmord enn Norge.

Tabell 1: Helsestatus – Norge relativt til OECD-landene

Indikator	Laveste tredel	Midtre tredel	Øverste tredel
Forventet levealder ved fødsel			☑
Forventet levetid ved 65 års alder kvinner		☑	
Forventet levetid ved 65 års alder menn			☑
Dødelighet av hjerteinfarkt og hjerneslag			☑
Dødelighet av kreft		☑	
Forekomst av kreft			☑
Dødelighet av trafikkulykker			☑
Selv mord		☑	
Spedbarnsdødelighet			☑
Spedbarnshelse: lav fødselsvekt			☑
Egenvurdert helse			☑
Diabetes utbredelse og forekomst			☑
AIDS forekomst			☑

GUNSTIGERE HELSEVANER I DEN NORSKE BEFOLKNINGEN

OECD har undersøkt hvordan enkelte ikke-medisinske helsefaktorer (helsevaner) er for den voksne befolkningen. Den norske befolkningen har gunstige helsevaner sammenlignet med gjennomsnittet for EU-landene i OECD (tabell 2). I Norge har andelen røykere blitt redusert med 45 % de siste ti årene, og det er nå bare 16 % som oppgir at de røyker til daglig. Det er kun på Island og i Sverige at andelen av daglige røykere er lavere enn i Norge. Sverige og Norge er de to eneste landene hvor det er like stor andel av mannlige og kvinnelige røykere. Det er ikke benyttet andre mål for tobakksforbruk som for eksempel snusbruk.

Italia er det EU-landet som rapporterer lavest alkoholforbruk, og det er kun Tyrkia og Makedonia som skårer lavere. Norge kommer på fjerdeplass tett fulgt av Island, Montenegro og Sverige. Forbruket er noe høyere i Finland og Danmark som rapporterer likt på denne indikatoren.

Kun Romania har lavere andel voksne som rapporterer overvekt eller fedme, enn Norge. Sammenligner en med de andre nordiske landene har Norge 10 %, Sverige har 11,8 %, Danmark har 13,4 % og Finland har 15,8 %.

Nytt i HAG 2014 er at OECD bruker en indikator for svevestøv for å vise luftforurensning. Det rapporteres på støvpartikler med en diameter på 10 µm og mindre, som også omtales som «particulate matter 10» eller PM10-fraksjon. Danmark og Finland er de to landene som har lavest rapportering på svevestøv med 12 mikrogram per m³. Tilsvarende tall for Sverige er 17 og Norge har 20. Alle de nordiske landene er blant den tredjedelen som rapporter minst svevestøv.

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

Indikator	Laveste tredel	Midtre tredel	Øverste tredel
Daglig røykere			<input checked="" type="checkbox"/>
Alkoholforbruk			<input checked="" type="checkbox"/>
Konsum av frukt		<input checked="" type="checkbox"/>	
Konsum av grønnsaker			<input checked="" type="checkbox"/>
Overvekt og fedme			<input checked="" type="checkbox"/>
Luftforurensning			<input checked="" type="checkbox"/>

Kvalitet i Helsetjenesten

Health at a Glance: Europa 2014 publiserte kvalitetsindikatorer for forebygging og behandling innen følgende områder:

- Kroniske tilstander: Astma, KOLS og diabetes
- Legemiddelbruk i primærhelsetjenesten
- Akutte tjenester: Hjerteinfarkt og hjerneslag
- Pasientsikkerhet: Prosedyrer, postoperative komplikasjoner og fødeselsskader
- Kreft: Livmorhals-, bryst- og kolorektalkreft
- Smittsomme sykdommer: Vaksineringsprogrammer

Kvalitetsindikatorene som benyttes, er resultatet av OECD-prosjektet Health Care Quality Indicators (HCQI) som ble startet i 2002. 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 en søker å sikre sammenliknbare grunnlagsdata i OECD-landene. Det er stor variasjon i hvor mange land som har rapportert på kvalitet i helsetjenesten. Flest land, trettifem i alt, har rapportert på vaksinasjonsprogrammet, mens det kun er elleve land som har rapportert på 30-dagers dødelighet for hjerte- og karsykdommer etter sykehusopphold. Tabell 3 sammenfatter hovedfunnene i rapporten.

Indikatorer for primærhelsetjenesten (PHT)

Ulik organisering av helsetjenesten i de forskjellige landene skaper særlige utfordringer for å finne sammenliknbare indikatorer for primærhelsetjenesten. For eksempel vil vaksineringsprogrammet i enkelte land regnes til primærhelsetjenesten, mens det i andre land er plassert i spesialisthelsetjenesten. Det er også utfordringer med å innhente data fra primærhelsetjenesten hvor en stor andel er private aktører. En benytter derfor forsøksvis data samlet inn fra spesialisthelsetjenesten og de pasientadministrative registrene som en tror reflekterer kvaliteten i primærhelsetjenesten. Innleggelse på sykehus for kronisk syke pasienter med astma, diabetes og KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) er eksempel på slike indikatorer. Rasjonalet 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. Indikatorene er standardiserte for kjønn og alder etter OECD's standardpopulasjon.

Tabell 3. 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"/>
Foreskriving av antibiotika i PHT			<input checked="" type="checkbox"/>
Volum av andrelinjes ¹ antibiotika			<input checked="" type="checkbox"/>
30 dagers overlevelse akutt hjerteinfarkt AMI i og utenfor sykehus			<input checked="" type="checkbox"/>
30 dagers dødelighet akutt slag i og utenfor sykehus			<input checked="" type="checkbox"/>
Postoperativ blodpropp ben/lunge		<input checked="" type="checkbox"/>	
Postoperativ sepsis		<input checked="" type="checkbox"/>	
Gjenglemt gjenstand i kropp etter operasjon	<input checked="" type="checkbox"/>		
Mammografiscreening			<input checked="" type="checkbox"/>
Screening livmorhalskreft			<input checked="" type="checkbox"/>
Fem års overlevelse brystkreft			<input checked="" type="checkbox"/>
Fem års overlevelse livmorhals			<input checked="" type="checkbox"/>
Fem års overlevelse endetarmskreft		<input checked="" type="checkbox"/>	
Barnevaksinasjon meslinger		<input checked="" type="checkbox"/>	
Barnevaksinasjon difteri, stivkrampe og kikhoste		<input checked="" type="checkbox"/>	

De norske innleggelsestallene er bedre enn gjennomsnittet for EU21 når det gjelder astma, hvor snittet for EU21 er på 51 innleggelser og Norge har 28 innleggelser per 100 000 innbygger. For KOLS er innleggingsraten i Norge 211 per 100 000, i Danmark er den 316, og gjennomsnittet for EU21 er 199. Både Sverige og Finland har færre innleggelser for KOLS. Det er ulike metoder for å estimere forekomsten av KOLS og ulik koding av diagnoser kan forklare mye av forskjellene i innleggingsrater. Usikkerheten i estimatene er her stor. Av de tre kroniske sykdommene er KOLS den sykdommen hvor Norge kommer ut nært gjennomsnittsverdien for EU21. For astma og diabetes er vi blant de land som har best resultat. En må tolke tallene med forsiktighet. Indikatoren tar ikke høyde for at det kan være forskjeller i prevalens (forekomst) av sykdommen i de europeiske landene. Indikatoren skiller heller ikke mellom ikke planlagte og planlagte innleggelser, og selv ved optimal behandling av kroniske tilstander vil det forekomme planlagte innleggelser og innleggelser som ikke kan unngås.

¹ Annenlinjes antibiotika skal primært benyttes om førstelinjes antibiotika ikke er effektiv. Restriktiv bruk av annenlinjes antibiotika bidrar til å redusere antibiotikaresistente bakterier.

I retningslinjer for antibiotikabruk fra Helsedirektoratet står det at «All antibiotikabruk fører til resistensutvikling og endringer av den normale bakteriefloraen» (8). Det er en uttalt målsetting å redusere antibiotikaforbruket. OECD benytte to indikatorer for å beskrive forbruk av antibiotika; en som viser til totalvolum av antibiotika i primærhelsetjenesten, og 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 16,5 definerte døgndoser (DDD) per 1000 innbyggere per døgn, klart mindre enn 20,4 DDD som er snittet for EU27. 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 Kypros, Malta og Romania hvor mer enn 30 % av foreskrevet antibiotikabruk er cefalosporiner og kinoloner.

Akutte tjenester: Hjerterinfarkt og hjerneslag

For hjerterinfarkt (AMI) og hjerneslag presenteres indikatorer for dødelighet i sykehus innen 30 dager etter innleggelse. Den ene viser dødelighet på sykehus, den andre indikatoren er basert på data fra enkelte land, inkludert Norge, hvor en kan følge pasienten etter sykehusinnleggelsen. For disse indikatorene kommer Norge klart bedre ut enn OECD-gjennomsnittet. Kun Danmark har lavere dødelighetsrate enn Norge og Sverige for hjerterinfarkt når en måler 30 dager etter innleggelse ved samme sykehus. Snittet for EU21 er 7,8 per 100 pasient, for Norge og Sverige er det 4,5 og Danmark har 3. For indikatoren hvor en følger pasientene etter sykehusinnleggelsen er gjennomsnittet for EU12 på 11,5, Norge har laveste skår på 8,2 tett fulgt av Sverige på 8,5 og Danmark på 9,6. Norske data som tidligere er publisert for tretti dagers overlevelse etter hjerterinfarkt 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 understøtte 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 hjerterinfarkt kan økende bruk av 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 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 fra lokalsykehus, til en spesialisert hjerteavdeling og tilbake til 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

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 denne 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 tre av indikatorene til bruk i årets utgave av Health at a Glance. Indikatorene viser til uønskede hendelser, såkalte "adverse events", som en ikke regner som mulig å forebygge helt. En av dem viser til såkalte "never events" eller "sentinel events", som det skal være mulig å unngå helt². Gjenglemte gjenstand i kropp etter operasjon er en indikator for en slik hendelse som ikke skal forekomme.

I Norge er forekomst av registrert postoperativ blodpropp i ben/lunge nært gjennomsnittet når man sammenlikner standardiserte resultater som er justert for alder og kjønn. Det samme gjelder forekomst av sepsis etter operasjon. I Norge er det 365 postoperative blodpropp etter proteseoperasjoner (kne og hofter) per 100 000 utskrivinger, snittet for EU13 er 385, for alle kirurgiske inngrep er gjennomsnittet i for EU13 på 557, og i Norge på 701. For Norge er det rapportert 6 gjenglemte gjenstander i kropp etter operasjon per 100000 utskrivinger, tilsvarende tall for Danmark er 1,6, Finland har 3,9, Sverige har 4,6. Belgia har færrest med 1,5.

² Health at a Glance 2013:116

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, da 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.

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. 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

En indikator for helsetilstand som OECD benytter, er dødelighet ved alle krefttyper. 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). Det vises relativ overlevelse etter fem år og dødelighet, samt screeningrate for livmorhals og brystkreft. Indikatorene er aldersstandardiserte i henhold til ICSS (International Cancer Survival Standard). Variasjon i overlevelsesraten mellom land kan skyldes flere faktorer. Det kan være forskjeller i forekomst av sykdom eller i diagnostisering, hvor tidlig i sykdomsforløpet kreften oppdages eller behandling av kreft. For helse-tjenesten er det relevant at overlevelse etter fem år kan tilskrives både screeningsarbeidet og behandlingen.

Ved sammenlikning av 5-årsoverlevelse plasseres Norge litt over OECD-gjennomsnittet for kolorektalkreft, men er det landet som har registrert høyest overlevelse ved livmorhalskreft. Vi er også blant de beste når det gjelder overlevelse ved brystkreft, hvor Sverige kommer best ut, tett fulgt av Island. OECD publiserte i slutten av oktober 2013 en større policyanalyse av kreftbehandling som gir en grundigere framstilling av kreftbehandling i OECD-landene(5). Norge har relativ høy screeningrate for livmorhalskreft (75,9%) og mammografi (72,6%).

Smittsomme sykdommer – vaksinasjonsprogrammer

The European Centre for Disease Control (ECDC) har satt seg som nytt mål å utrydde meslinger i Europa innen år 2015. 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. 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 160 000 dødsfall (<http://ecdc.europa.eu>).

De fleste landene i Europa har etablerte nasjonale vaksinasjonsprogrammer for små barn selv om 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, kusma, røde hunder og humant papillomavirus. Noen barn tilbys også vaksine mot tuberkulose og hepatitt B.

OECD presenterer resultater for tre barnevaksiner: 1) vaksine mot difteri/stivkrampe og kikhoste, 2) vaksine mot meslinger og 3) vaksine mot hepatitt B. I Norge er det 95 % vaksinasjonsrate for difteri, stivkrampe og kikhostevaksinen og 94 % rate for vaksine mot meslinger. En rate som er identisk med snittet for EU28. Både Finland og Sverige har høyere vaksinasjonsrate hvor begge landene har 97 % for meslinger og henholdsvis 99 % for Finland og 98 % for Sverige når det gjelder trippelvaksinen. Hepatitt B er ikke en del av det ordinære barnevaksinasjonsprogrammet i Norge. Snittet for 21 av EU-landene som rapporterte for vaksinasjon mot hepatitt B var 94 %.

Ressurser for helsetjenesten

HØYE UTGIFTER TIL HELSETJENESTEN

Måler en utgifter til helsetjenesten i Euro per person og justerer for forskjeller i kjøpekraft var Norge det landet som bruker mest i 2012. I Norge brukte man 4610 Euro og deretter kommer Sveits med 4565 Euro. Deretter kommer Nederland med 3829 Euro. Snittet for EU 28, på 2195 Euro. Et annet mål for utgifter til helsetjenesten er å se på hvor stor andel av helseutgiftene er i forhold til den totale verdiskapingen (BNP). I 2012 brukte Norge 9,3 % som er noe over snittet på 8,7 % for EU-landene (tabell 3). Norge kommer dermed så vidt inn i gruppen som har høyest andel av BNP. Den økonomiske krisen har satt sitt preg på utgiftene til helsetjeneste i de fleste europeiske land. For eksempel ble utgiftene til helsetjenesten redusert med 9 % i Hellas fra 2009 til 2012. I gjennomsnitt ble andelen av BNP til helseutgifter for EU28 redusert med 0,6% i perioden fra 2009-2014. I Norge økte utgiftene med 1,4 % i samme tidsrom.

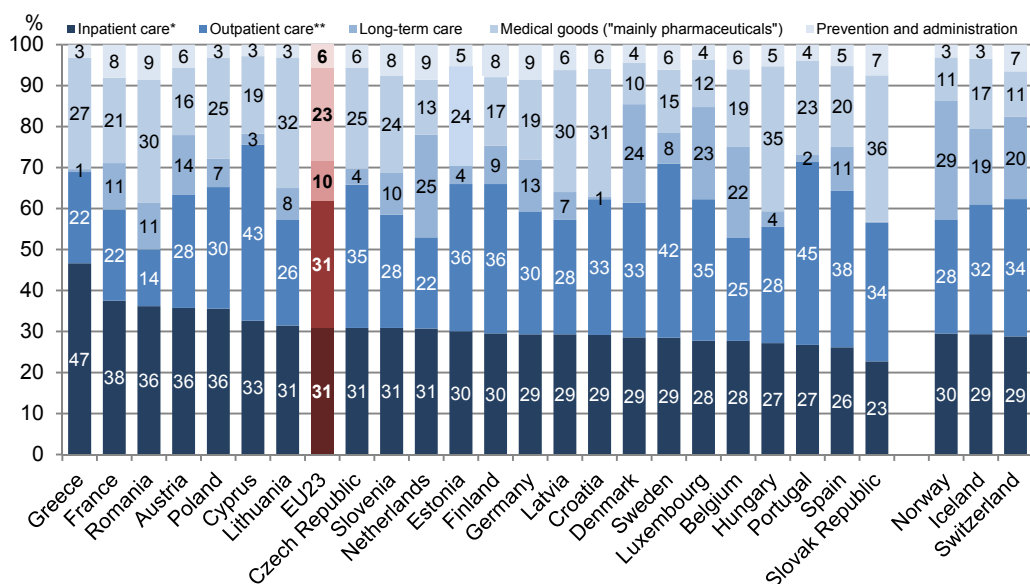
Tabell 4: Helseutgifter – Norge relativt til OECD-landene

Indikator	Laveste tredel	Midtre tredel	Høyeste tredel
Helseutgifter per innbygger			☑
Helseutgifter i prosent av BNP			☑
Årlig vekst i helseutgiftene 2009–2012			☑
Legemiddelutgiftenes andel av BNP	☑		
Andel av statsbudsjettet som går til helse			☑

Formålet med et felles system for helseregnskap (se side 5) 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 organisatoriske strukturene i hvert land. Helseregnskapet ble revidert i 2011, og OECD har også analysert bruken av ulike indikatorer for utgifter til helsetjenesten i en egen rapport «Comparing Hospital and Health Prices and Volumes Internationally: Results of a Eurostat/OECD Project»(7). Rapporten var et samarbeid med Eurostat hvor de analyserte hvor godt egnet ulike indikatorer er når en skal sammenligne utgifter til helsetjenester. Der benyttes også en egen sektorspesifikk kjøpekraftsparitet som tar

høyde for ulikt utgiftsnivå til helsesektoren i ulike land. Ved å benytte en sektor-spesifikk kjøpekraftsjustering unngår en forutsetningen om at prisnivået på helsetjenester følger det generelle prisnivået i landene en sammenligner. I rapporten anbefales å innføre sektorspesifikk kjøpekraftsjustering som en målemetode på sikt. Hvilke land som topper listen avhenger av hvilken indikator en benytter. Norge er fortsatt blant de tre landene som har høyest utgifter til helsetjenesten ved denne beregningsmetoden. Nytt i årets Health at a Glance-rapport er en indikator som viser helseutgiftenes andel av statsbudsjettet. Sveits, Nederland og Tyskland topper listen, tett fulgt av Norge hvor 18 % av statsbudsjettet går til helse.

Det store flertallet av land bruker nå helseregnskapet for innrapportering av data. Data som benyttes for å sammenligne helseutgifter etter ulike funksjoner har blitt bedre, men det er likevel noen rapporteringsforskjeller. Land som Belgia, Luxembourg og Nederland samt Danmark og Norge bruker mer enn 20 % av utgiftene til pleie- og omsorg, mens Sverige, Polen og Litauen bruker sju-åtte prosent. En ser også at i enkelte av Middelhavsland som Hellas, Kypros og Portugal utgjør omsorg for de eldre og pleietrengende langt mindre del av den formelle økonomien. I Spania brukes 11 % av utgiftene til denne sektoren. Sverige skiller seg fra rapporteringen i Danmark og Norge, ved at man der ikke har inkludert en del sosiale tjenester ("activities of daily living, ADL"), i helseregnskapet(9). 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 er det landet som, etter Danmark, bruker minst til legemidler og medisinsktekniske hjelpemidler (figur 2).

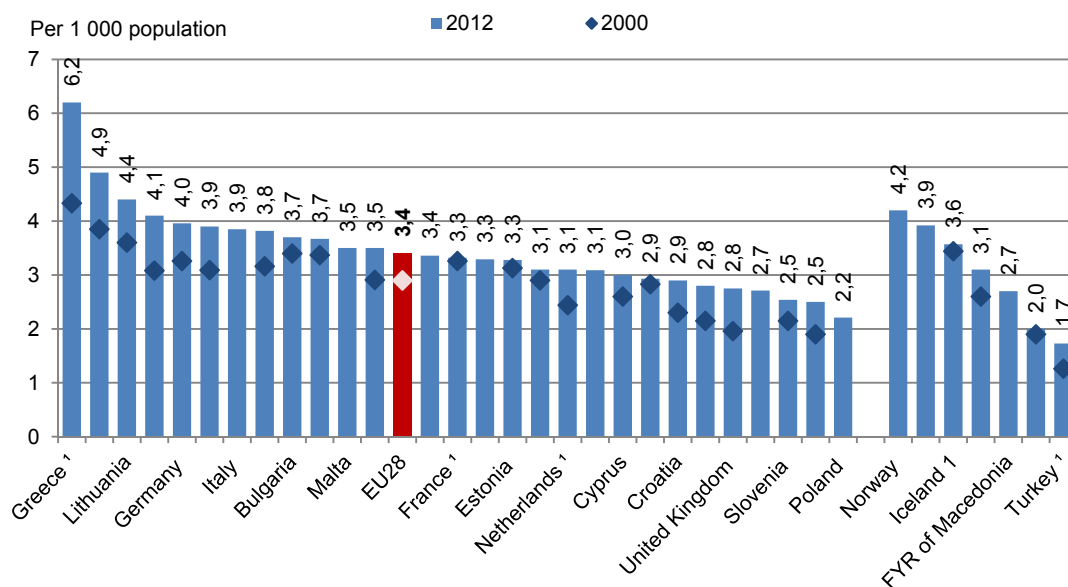


Figur 2: Utgifter til helsetjenesten etter type tjeneste³

³ Countries are ranked by inpatient care as a share of current health expenditure. * Refers to curative-rehabilitative care in inpatient and day care settings. ** Includes home-care and ancillary services. Source: OECD Health Statistics 2014, <http://dx.doi.org/10.1787/health-data-en>, Eurostat Statistics Database for non-OECD countries

HØYT ANTALL HELSEPERSONELL

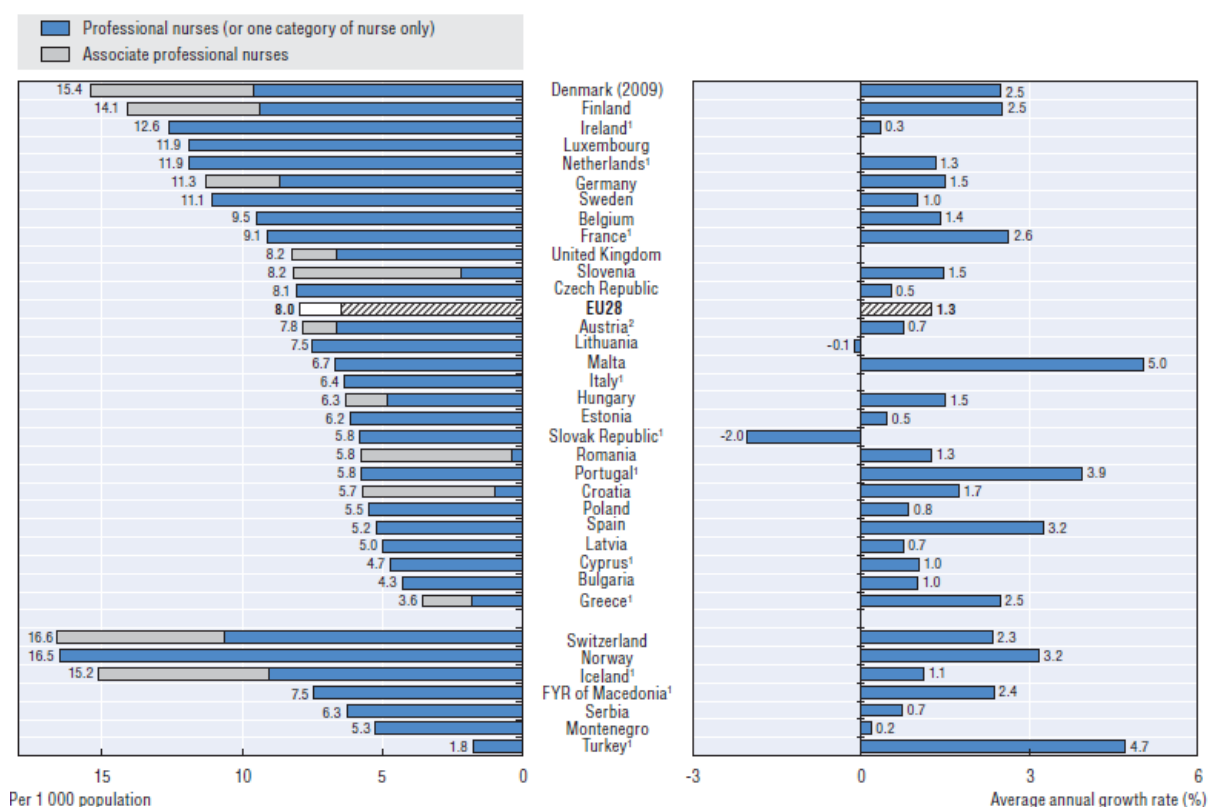
Norge er blant de land i Europa som har høyest antall leger og pleiepersonell ansatt i helsevesenet. Det var 4,2 praktiserende lege per 1000 innbyggere i Norge, sammenliknet med gjennomsnittet for EU28 på 3,4 lege per 1000 innbygger. I Europa er det er bare Hellas, Litauen og Østerrike som har høyere legetetthet enn Norge (figur 3).



Figur 3 Legetetthet per 1000 innbygger⁴

OECD har også sett på hvor mange ”practising nurses” det er i de ulike landene (figur 4). Vi har oversatt begrepet til yrkesaktivt pleiepersonell. Kategorien inkluderer offentlig og privat ansatte syke- og hjelpepleiere, enten de jobber med pasientbehandling, utdanning eller administrasjon. Pleiemedhjelpere og jordmødre skal ikke regnes til denne kategorien. Sveits og Norge toppe statistikken for pleiepersonell med henholdsvis 16,6 og 16,5 per 1000 innbygger. Gjennomsnittet for EU28 er på 8 pleiepersonell per 1000 innbygger (figur 4). Andelen sysselsatt pleiepersonell har i gjennomsnitt økt med 3,2 % fra 2000 til 2012 i Norge. I de andre nordiske landene var gjennomsnittlig tilvekst av pleiepersonell 2,5 % Finland og Danmark og i Sverige var det en gjennomsnittsøkningen på 1 %. Forskjeller i utdanning og registrering mellom landene fører til noe ulik innrapportering. I Norge og flere andre land er jordmødre utdannet som sykepleier før de spesialiserer seg som jordmor. Sverige rapporterte ikke antall hjelpepleiere, Østerrike inkluderte kun sykehusansatte pleiepersonell og Tyskland inkluderer ikke sykepleiere som arbeidet med omsorg for eldre.

⁴ 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 physicians who are licensed to practice. Source: OECD Health Statistics 2014; Eurostat Statistics Database; WHO European Health for All Database.



Figur 4 Registrert pleiepersonell per 1000 innbygger⁵

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 gjennomsnitts arbeidstid for sykepleiere 32 timer i uken i 2010, og for helsefagarbeidere 28 timer i snitt (10).

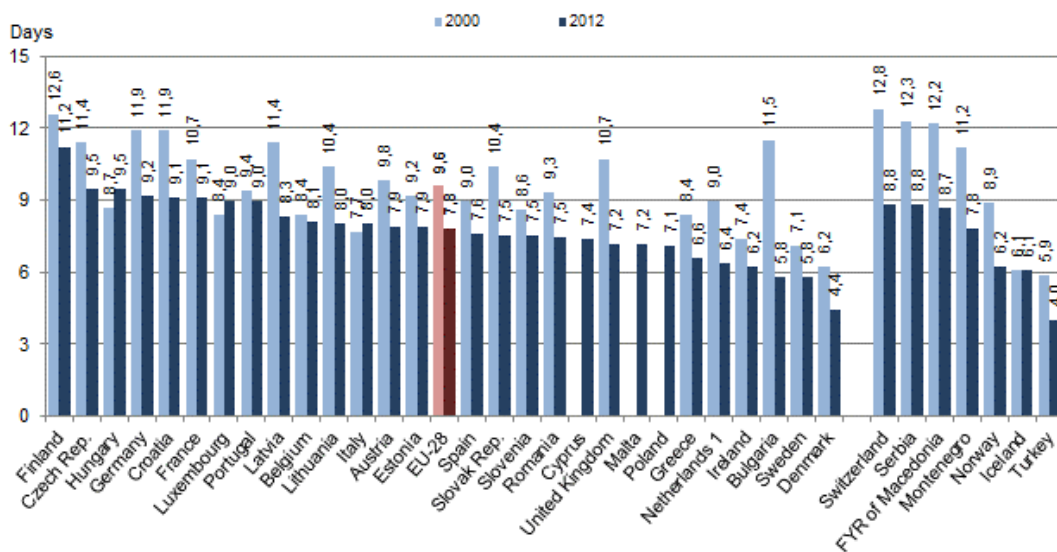
OECD ser også på antall legekonsultasjoner per person, og der ligger Norge klart under snitt med mindre enn 5 konsultasjoner per person. Snittet for EU28 var over 6 konsultasjoner per person. Antall konsultasjoner er beregnet på grunnlag av de pasientadministrative databasene, med noen unntak som Irland, Italia Nederland, Spania, Storbritannia og Sveits som rapporterer ut fra brukerundersøkelser. Det kan derfor være underrapportering fra de landene som følge av innsamlingsmetoden. I Nederland er også svangerskapskonsultasjoner og mor/barn ekskludert. I Storbritannia er konsultasjon med privatpraktiserende spesialister utenfor sykehus ekskludert, mens telefonkonsultasjoner med fastlegen er inkludert. I Tyskland rapporteres

⁵ 1. Data include not only nurses providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. 2. Austria reports only nurses employed in hospital. Source: OECD Health Statistics 2014, Eurostat Statistics Database, WHO European Health for All Database

kun den første konsultasjonen i en tre-måneders periode grunnet forsikringsordningen. Sverige og Finland har færre konsultasjoner, forklaringen 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).

HØYT AKTIVITETSNIVÅ I NORSK HELSETJENESTE

I 2012 var i Norge 4 sykehussenger per 1000 innbygger, det er mindre enn gjennomsnittet i EU-landene som er på 5,2. Både Danmark og Sverige hadde færre sykehussenger enn Norge med henholdsvis 3,1 og 2,5 senger. Antallet sykehussenger inkluderer sengeplasser innenfor rusomsorg og psykisk helse. De to sistnevnte gruppene utgjør mer enn 30 % av det totale antall sykehussenger, med 1,2 seng per 1000 innbygger. Samtidig hadde vi her i landet 175 utskrivninger per 1000 innbygger, noe som rett over gjennomsnittet i EU28 (173 per 1000 innbygger), og klart kortere sykehusopphold med et snitt på 6,2 liggedager (figur 5). Dette gjelder alle sykdomsgrupper. Det er noe lenger liggetid enn i Sverige som har 5,8 og Danmark som har 4,4. Finland har klart lengst liggetid av de nordiske landene med 11,2 dager, de har også flere sengeplasser hvor langtidspasientene utgjør om lag 30 % av sengeplassene. Norge har ikke rapportert sengeplasser for langtidspasienter i sykehusene, det er også en liten andel av langtidspasienter i Danmark og Sverige.



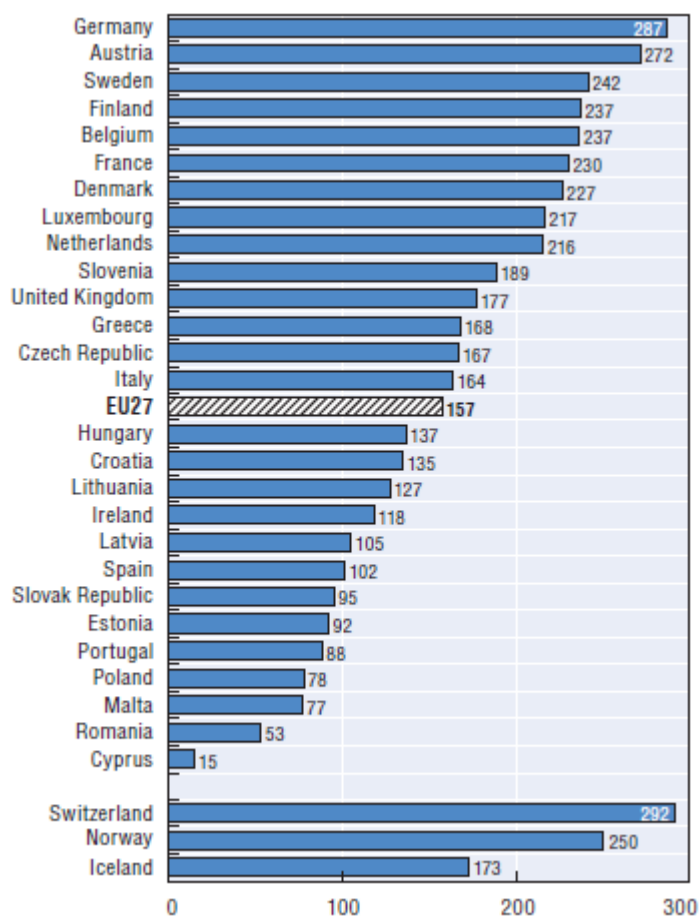
Figur 5 Gjennomsnittlig liggetid på sykehus⁶

Spesielt ved hjerteinfarkt er sykehusoppholdet blant de korteste i OECD. I Norge er snittet for antall liggedøgn på 4 for hjerteinfarkt, mens snittet for EU28 er på 7,1 liggedøgn. Danmark har kortest liggetid av alle landene med 3,9. I Sverige er liggetiden på 4,7 dager og i Finland er den på 7,5 dager. Kortere sykehusopphold ved hjerteinfarkt kan forklares ved at mange pasienter overflyttes for koronar intervensjon.

⁶ Data refer to average length of stay for curative (acute) care only (resulting in an under-estimation). Source: OECD Health Statistics 2014; Eurostat Statistics Database; WHO European Health for All Database.

Norge er blant de landene som har hyppigere bruk av koronarbypass og angioplastikk enn de fleste OECD-landene i Europa .

Sveits, Tyskland, Østerrike og Norge har den største andelen av hofteprotese operasjoner, tett fulgt av Sverige og Finland (figur 6). Norge har færrest kneproteseoperasjoner i Norden med 132 operasjoner per 100 000, alle de nordiske landene ligger klart over gjennomsnittet for EU24 som er på 113 per 100000 innbygger.



Figur 6 Hofteproteseoperasjon per 100 000 innbygger⁷

⁷ Source: OECD Health Statistics 2014; Eurostat Statistics Database.

Konklusjon

Resultatene som presenteres i OECD sin rapport ”Health at a Glance 2014 - Europe” viser at innbyggere i Norge ligger på topp når det gjelder helse og har gode helsevaner sammenliknet med andre europeiske OECD-land. Selv om forventet levealder for norske kvinner bare er litt over snittet i de europeiske landene, er det marginale forskjeller fra landene som skårer best. Forskjellen mellom Sverige som er i øverste gruppen og Norge er på 0,1 leveår. En ser at den forventende levealderen i Europa øker, og forskjellen på menns og kvinners levealder minker.

Norske helseutgifter er blant de høyeste i OECD uansett måten å måle det på. Samtidig leverer den norske helsetjenesten resultater bedre enn OECD-gjennomsnittet på områder der vi har pålitelige data. Det er også klart at vi fortsatt mangler eller ikke leverer sammenliknbare data om kvalitet og resultater for viktige deler av helsetjenesten. Norge har ikke levert data om tilgang på medisinsk tekniske hjelpemidler som MRI enheter og CT-skannere, heller ikke informasjon om ventetider.

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.

Rapportserien viser at internasjonalt samarbeid bidrar til å bedre kvaliteten på og tilgangen til data om helsetjenesten. Sammenliknbare data gjør at vi kan identifisere svake og sterke sider ved helsetjenesten i ulike land, 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. Informasjon om kontekst og organisering av helsetjenesten finner en nå både på OECD sine hjemmesider og på sidene til European Observatory (<http://www.hspm.org/mainpage.aspx>).

Litteraturliste

1. OECD. Health at a Glance: Europe 2014. OECD Publishing; 2014.
http://dx.doi.org/10.1787/health_glance_eur-2014-en
2. European Core Health Indicators (ECHI).[Oppdatert 26.06.2014; Lest 26.06.2014]. Tilgjengelig fra:
http://ec.europa.eu/health/indicators/echi/index_en.htm.
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. OECD. Cancer Care: Assuring Quality to Improve Survival. 2013. (OECD Health Policy Studies).
6. Siciliani L, Borowitz M, Moran V. Waiting Time Policies in the Health Sector, WHAT WORKS? OECD; 2013. (OECD Health Policy Studies:).
<http://dx.doi.org/10.1787/9789264179080-en>
7. Koechlin F, et al. Comparing Hospital and Health Prices and Volumes Internationally: Results of a Eurostat/OECD Project. OECD Publishing; 2014. (OECD Health Working Papers).
8. 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>.
9. SSB. Helseregnskap, 1997-2011: 250 milliarder til helse.[Oppdatert 12/21/2012]. Tilgjengelig fra: <http://www.ssb.no/helsesat/>.
10. Køber T, Vigran Å. Arbeidstid blant helsepersonell: Stort omfang av deltidsarbeid. Samfunnsspeilet 2011-2. Statistisk sentralbyrå2011.
<http://www.ssb.no/vis/samfunnsspeilet/utg/201102/11/art-2011-05-02-01.html>

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Notat: ISBN 978-82-8121-933-5

Desember 2014

 kunnskapssenteret