

2017

RAPPORT

HELSESYSTEMANALYSE

Helse i Norge – 2017

Kommentarrapport til OECDs
sammenligning av helse i ulike land

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for helsetjenester
Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet
November 2017

Tittel:

Helse i Norge – 2017: Kommentarrapport til OECDs sammenligning av helse i ulike land

Forfattere:

Ingrid Sperre Saunes
Tonya Moen Hansen
Oliver Tomic
Anne Karin Lindahl

Oppdragsgiver:

Intern bestilling

Prosjektnummer:

Bestilling:

Rapporten kan lastes ned som pdf
på Folkehelseinstituttets nettsider: www.fhi.no

Grafisk designmal:

Per Kristian Svendsen

Foto omslag:

ISBN elektronisk utgave: 978-82-8082-883-5

Emneord (MeSH):

**Helsevesen, helsesystem, helsetjenester, helsetjenesteforskning, helsetjenesteevaluering
pasientsikkerhet, kvalitet, ressurser, helsepersonell**

Sitering: Saunes IS, Hansen TM, Tomic O, Lindahl AK. "Helse i Norge –2017: Kommentarrapport til OECDs sammenligning av helse i ulike land" . [Health in Norway–2017: a commentary to OECDs comparison of health in different countries] Rapport 2017. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016.

Forord

Område for helsetjenester i Folkehelseinstituttet deltar i OECD sin ekspertgruppe for utvikling av kvalitetsindikatorer i helsetjenesten. Samarbeidet startet i 2007, med utvikling av indikatorer for pasientsikkerhet og brukererfaringer som nå inngår i OECDs rapportserie *Health at a Glance*. Folkehelseinstituttets registre og fagmiljøer bidrar for øvrig med indikatorene for vaksinasjon, legemiddelbruk og smittevern.

Internasjonale sammenligninger kan gi nyttig informasjon om hvordan ulike helsesystem fungerer over tid, og bidra til bedre forståelse av helsetjenesten både nasjonalt og internasjonalt. Når en skal beskrive nasjonale forhold bør en også se resultatene i sammenheng med nasjonale rapporter. Kunnskap om datagrunnlaget og den lokale konteksten gir bedre tolkning og forståelse av hva som ligger i det enkelte resultat.

Den første norske kommentarrapporten til *Health at a Glance* ble publisert i 2009. Årets kommentarrapport er nummer syv i rekken. Formålet med rapporten er å gjøre informasjonen lettere tilgjengelig for et nordisk publikum, og å sammenligne Norges resultater med de andre nordiske OECD-landene.

Vi vil gjerne takke for hjelpen til Aina H Dahlen ved barnekreftregisteret og Ane Auraaen ved OECD. Videre vil vi takke til kollegaer og ansatte ved Folkehelseinstituttet, særlig Heidi SM Lyshol, Hege S Blix, Didrik F Vestrheim, Jeanette Stålcrantz og Jon Helgeland har bidratt til at rapporten har blitt bedre, eventuelle feil og mangler er forfatterene egne. Takk også til Kjell Arne Bakke som har hjulpet oss i innspurten med tilrettelegging og sist men ikke minst til Marthe H Sandli som har bidratt med tekst, tilrettelegging og kvalitetssikring.

Oslo, november 2017

Ingrid Sperre Saunes Tonya Moen Hansen Oliver Tomic Anne Karin Lindahl

Innholdsfortegnelse

Forord.....	2
Sammendrag	4
Summary	5
Innledning.....	6
<u>Metode og datagrunnlag.....</u>	<u>6</u>
Helsestatus i befolkningen	9
<u>Helsetilstanden i Norge.....</u>	<u>9</u>
<u>Levevaner og risikofaktorer i den norske befolkningen.....</u>	<u>10</u>
Kvalitetsindikatorer for helsetjenesten	12
<u>Primærhelsetjenesten.....</u>	<u>13</u>
<u>Akutte tilstander: Hjerteinfarkt og hjerneslag.....</u>	<u>15</u>
<u>Pasientsikkerhet: komplikasjoner etter operasjon.....</u>	<u>16</u>
<u>Pasientsikkerhet: fødselskomplikasjoner.....</u>	<u>17</u>
<u>Pasientsikkerhet og psykisk sykdom.....</u>	<u>17</u>
<u>Kreft overlevelse.....</u>	<u>18</u>
<u>Smittsomme sykdommer – vaksinasjonsprogram.....</u>	<u>19</u>
Ressurser i helsetjenesten.....	23
<u>Utgifter og finansiering.....</u>	<u>23</u>
<u>Arbeidsstyrke og helsepersonell.....</u>	<u>24</u>
<u>Aktivitetsnivå i helsetjenesten</u>	<u>26</u>
Legemidler	29
Aldring og helsetjenester	31
Konklusjon.....	32
Litteraturliste.....	33

Sammendrag

«Health at a Glance» er en rapportserie fra OECD som utgis annethvert år. Rapportene gir et oversiktsbilde over befolkningens helsetilstand og helsetjeneste ved hjelp av ulike indikatorer for samtlige OECD-land.

I denne rapporten presenteres resultatene for den norske helsetjenesten. OECD-rapporten fra 2017 inneholder sammenliknbare data fra 35 OECD-land, basert på de nyeste tilgjengelige data fra 2015 og 2016. Formålet med rapporten er å gjøre informasjonen lettere tilgjengelig for et bredere publikum og bidra til debatt om kvalitet og ressurser i helsetjenesten. OECD-landene varierer med hensyn til befolknings sammensetning, finansiering og organisering av helsetjenester, samt at de har ulike måter å registrere og rapportere data på. Derfor har vi lagt vekt på å formidle informasjon om datakvalitet og sammenliknbarhet.

Årets rapport bekrefter hovedinntrykk fra tidligere rapporter: Helsetilstanden i Norge er god, det er høy forventet levealder, god helse og lav dødelighet etter hjerteinfarkt og slag. Helsevaner er generelt sett gode, sammenlignet med gjennomsnittet i OECD-landene har vi lavere forbruk av tobakk og alkohol og høyere inntak av frukt. Norske, svenske og danske leger er blant de som foreskriver minst bredspektret antibiotika, og bidrar til å redusere framveksten av antibiotikaresistente bakterier.

Samtidig er forekomst av kreft høy. For flere kreftformer, som akutt leukemi hos barn eller brystkreft, er Norge blant de landene som har lavest dødelighet. Samtidig er dødeligheten for tarmkreft høyere enn i de fleste OECD-landene. Pasienter med alvorlige psykiatriske diagnoser har også flere ganger høyere dødelighet enn resten av befolkningen, også sammenlignet med tilsvarende pasienter i andre OECD-land.

Helseutgiftene i Norge er høye. Norge er også landet med høyest andel av helseutgifter til pleie og omsorg, tett fulgt av de andre nordiske landene. Samtidig er det færre sengeplasser innen eldreomsorg enn de andre nordiske landene og gjennomsnittet i OECD. Norge er også blant de land som har høyes andel leger og sykepleiere. Forbruk av tjenester i primærhelsetjenesten er høyt når man ser på legebesøk, befolkningen konsulterer lege oftere enn befolkningen i andre land. Samtidig er flere pasienter i Norge mindre fornøyd med kommunikasjon med lege.

Norge er blant de OECD-land som har høyest antall leger og sykepleiere i befolkningen. Høyt antall leger kan være en av årsakene til at legene har færre konsultasjoner enn i andre land, samtidig kan det være organisering av tjenesten og at fastlegers i Norge gjør flere oppgaver som løses av annet helsepersonell i andre land.

Summary

«Health at a Glance» is a series of reports published by the OECD every other/second year/biannually. The reports present the most recent comparable data on the health status of populations and health system performance in OECD countries. The 2017 edition contains results from 35 OECD countries, based on the latest available data from 2015 and 2016.

This report presents the results for the Norwegian health system. The purpose of the report is to make information more accessible to a wider audience and contribute to further debate on the quality and resources in health care. OECD countries vary in terms of population composition, funding and organization of health services, as well as different ways of registering and reporting data. We have therefore chosen to highlight issues on data quality and comparability where especially applicable.

This year's report confirms the general impression from previous reports: Health status in Norway is good with high life expectancy, good health and low mortality after acute conditions such as heart attacks and stroke. Lifestyle choices in the population are generally good, compared with the average in OECD countries, with a lower consumption of tobacco and alcohol and higher consumption of fruit. Norwegian, Swedish and Danish doctors are among those prescribing fewest broad spectrum antibiotics, helping to reduce the emergence of antibiotic-resistant bacteria.

Meanwhile, the incidence of cancer is high. For many cancers, such as acute leukemia in children and breast cancer, Norway is among those countries with lowest mortality. At the same time, the mortality rates for intestinal cancer is higher than in most OECD countries. Patients with severe psychiatric diagnoses also have considerably higher mortality than those in rest of the population, and compared to similar patients in other OECD countries.

Healthcare costs in Norway are high. Norway is also the country with the highest proportion of healthcare costs going to primary care and welfare, closely followed by the other Nordic countries. At the same time, there are fewer beds for the care of the elderly in Norway than in the other Nordic countries and the OECD average. Consumption of primary health care services in Norway is high when considering the number of doctor visits compared to the population, with the population consulting a doctor more often than those in other countries. At the same time, patients in Norway more often express discontent when it comes to communicating with a doctor.

Norway is among OECD countries with the highest number of doctors and nurses in the population and the number of consultations per doctor is low. The higher number of doctors can be one reason doctors have fewer consultations than in other countries. It could also be related to how the services are organized in Norway and that general practitioners in Norway are able to do more tasks typically solved by other healthcare professionals in other countries.

Innledning

Rapporten *Health at a Glance 2017* ble publisert av OECD i november 2017¹. *Health at a Glance* er en rapportserie som gir informasjon om helse og helsesystem for medlemslandene i OECD. Den første rapporten i serien ble publisert i 2001 og deretter hvert annet år. Fra 2010 er serien supplert med regionale rapporter for Europa (1) og Asia.

Formålet med OECD-rapportene er å gi beslutningstakere en felles og samlet informasjon om organisering, finansiering og resultater av helsesystemet i OECD-land. Rapporten gir mulighet til å følge resultater av helsepolitikken over tid, og kunnskap til å vurdere og eventuelt justere kursen. Temaene som beskrives er helsetilstand og helsevaner i befolkningen, samt utvalgte indikatorer for helsetjenesten i de landene som deltar. I hovedsak skal det rapporteres på de samme indikatorene hver gang, samtidig som det utvikles nye indikatorer for tema eller områder som ikke har vært dekket tidligere.

OECD, EU-kommisjonen og Verdens helseorganisasjon (WHO) har et felles samarbeidsprosjekt om kvalitetsindikatorer som ble etablert i 2002. Det har bidratt til et eget kapittel om kvalitet i rapporten. Område for helsetjenester (tidligere Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten) har siden 2007 deltatt i OECDs ekspertgruppe for utvikling av kvalitetsindikatorer og i flere av undergruppene som pasientsikkerhet, tannhelse, primærhelsetjeneste og brukerorientering. Fra 2009 har Kunnskapssenteret publisert en kommentarrapport, hvor resultatene presenteres i oversiktstabeller for et norsk publikum (2). Kunnskapssenteret ble innlemmet i Folkehelseinstituttet 1. januar 2016 og dette er den andre kommentarrapporten fra FHI.

Fra 2017 har WHO og OECD innledet et samarbeid med European Observatory on Health Systems and Policies som utarbeider korte nasjonale oppsummeringer. Folkehelseinstituttet er National Lead Institution for European Observatory Health System and Policy.

Metode og datagrunnlag

Health at a Glance gir en oversikt over hvordan helsesystemet i ulike land presterer på en rekke områder. Folkehelsen beskrives med helsetilstand og helserisiko i befolkningen, deretter ser en på hvilke ressurser helsetjenesten i de ulike landene har og hvordan de benyttes. I tillegg beskrives ulike effektivitets-, aktivitets- og tilgjengelighetsmål for helsetjenester. Kvaliteten på helsetjenester beskrives ved pasienterfaringer, og ulike mål for behandling og resultat av behandling. De to siste kapitlene ser på henholdsvis legemiddelmarkedet og omsorg for eldre.

Årets rapport viser resultater fra de 35 OECD-landene, samt for samarbeidspartnere når det er mulig. Informasjonen er basert på de nyeste tilgjengelige data, i hovedsak hentet fra offentlig statistikk samlet inn for OECD og WHO. Informasjon om datakildene finnes på hjemmesidene til OECD: <http://www.oecd.org/health/health-data.htm>. OECD har

¹ 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.

publisert en rekke dokumentasjonsrapporter hvor metodologien og kunnskapsgrunnlaget for ulike tema blir grundig beskrevet og analysert.

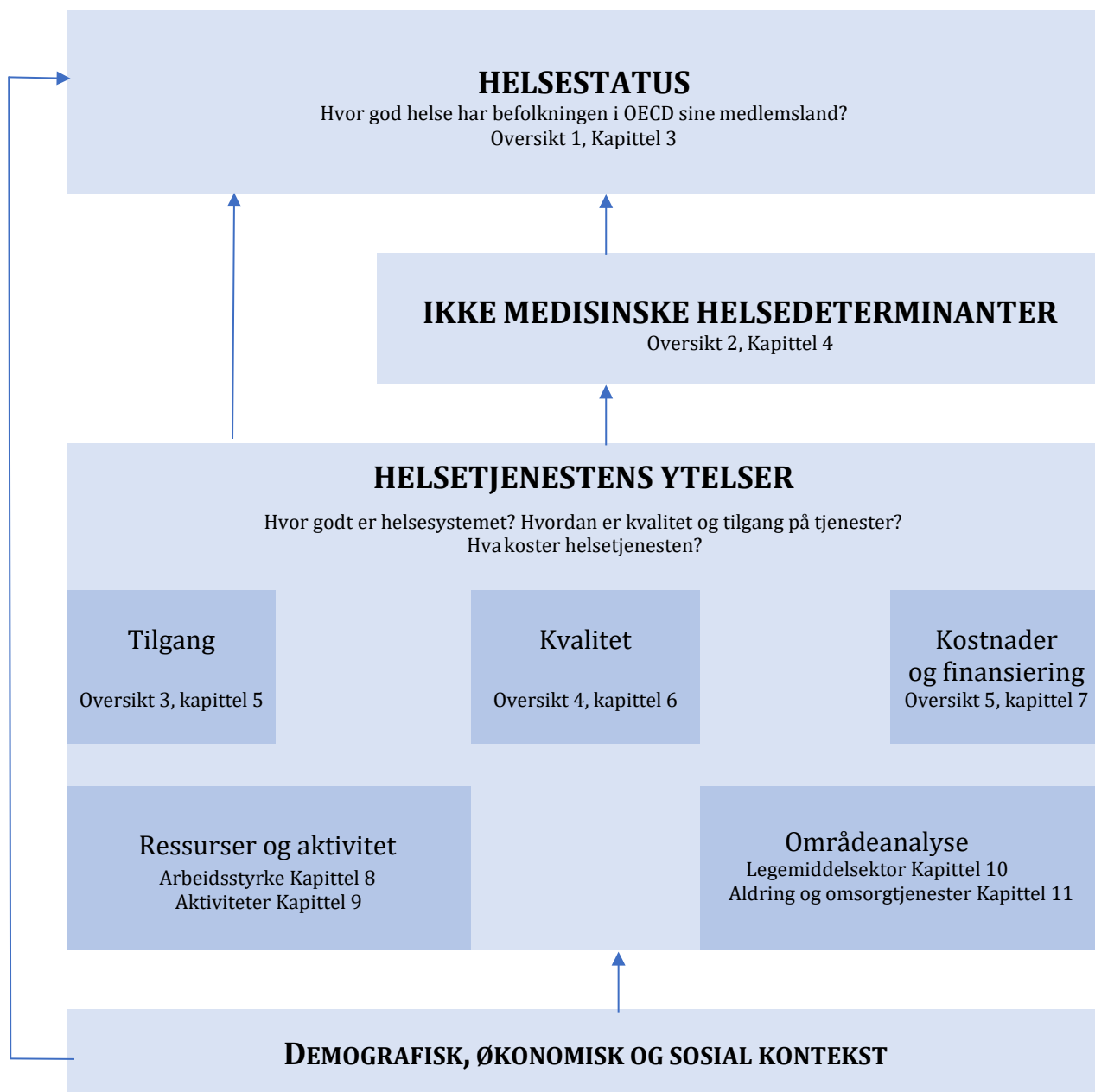
OECD har utviklet et konseptuelt rammeverk for analyser av helsesystem, se figur 1 (3). Rammeverket ble revidert i 2013. Vi har oversatt en forenklet utgave av figuren og satt kapittelhenvisning til Health at a Glance 2017. Det norske kvalitetsindikatorssystemet som Helsedirektoratet benytter er basert på denne OECD-modellen (4).

OECD benytter et felles rapporteringssystem for å hente inn mange av dataene som benyttes. Helseregnskapet, *A system for Health Accounts*, ble sist revidert i 2011 (6). I Norge er SSB rapporteringsansvarlig til OECD og rapporterer på helseregnskapet, som omfatter både offentlige og private helsetjenester. I tillegg publiserer OECD en rekke indikatorer for kvalitet i helsetjenesten og helsesystemet. Datakilder er i hovedsak pasientadministrative registre, og Folkehelseinstituttet koordinerer og rapporterer på kvalitet og pasientsikkerhetsindikatorer for Norge. I tillegg inngår data som instituttet leverer fra *Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner* til Verdens helseorganisasjon.

I Health at a Glance gis den enkelte indikator grundig omtale, med beskrivelse av kunnskapsgrunnlag, samt relevans, styrke og svakheter ved å bruke den indikatoren som er valgt. Deretter presenteres resultatene for alle land, samt gjennomsnittet for OECD-landene. I enhver sammenligning med enkeltland er det viktig å huske at befolkningssammensetning og levestandard varierer, og at finansiering og organisering av helsetjenester også er forskjellig. Datagrunnlaget er ikke komplett for alle land, og hvilket år data er samlet inn kan også variere fra land til land. For de som ønsker å benytte indikatorene, anbefales det å sette seg nøye inn i rapporten og datagrunnlaget som er tilgjengelig via OECDs nettsider.

Årets OECD-rapport viderefører rapportering ved enkle oversikter, såkalte dashbord, fra 2015. Det er fem områder: helsestatus, risikofaktorer for helsen, tilgang på tjenester, kvalitet i helsetjenesten og ressurser for helsetjenesten. Oversiktene viser nå resultatene for fire eller flere indikatorer på hvert område for alle land (se vedlegg). Valg av indikatorer til oversiktene er basert på helsepolitisk relevans og at de gir viktig informasjon om helsesystem som det må følges med på, samt at indikatorene er tilgjengelige og lett forståelige.

I denne rapporten har vi valgt å fokusere på de norske resultatene som i de tidligere norske kommentarrapportene. Det er en forenklet oversikt som viser om den norske rangeringen på en indikator er i gruppen av land som har best resultat, middels resultat eller svakest resultat. Dette er en svært forenklet framstilling, og det kan være marginale forskjeller mellom land som havner i ulike kategorier. Det er i hovedsak like mange land i hver kategori.



Figur 1 OECDs konseptuelle rammeverk

Tilpasset etter Carinci et al (2015): *Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. International Journal for Quality in Health Care, 2015, 27(2), 137–146*

Helsestatus i befolkningen

Helsetilstanden i Norge

Helsetilstanden i Norge er i hovedsak god og totalt sett befinner Norge seg i kategorien som ligger innenfor ett standardavvik fra gjennomsnittet i OECD (se vedlegg, oversikt 1).

Vi har valgt å se nærmere på elleve indikatorer for helse. Vi har delt landene inn i tre grupper, med tilnærmet like mange land i hver gruppe: de som skårer i øvre tredel, de som er nært snitt og de som skårer i nedre tredel. Deretter har vi sett på hvilken gruppe Norge ligger i og sammenlignet det med andre land (se tabell 1).

Norge er i beste tredel for seks av indikatorene, mens tre indikatorer er i midtre gruppe og to indikatorer i dårligste tredel, når man sammenligner med andre land². Norge er blant de land som har lengst forventet levetid, enten en ser på forventet levetid ved fødsel eller ved 65 års alder. Det gjelder alle de nordiske landene med unntak av Danmark. Forskjeller er store når det gjelder forventet levetid og Russland, Indonesia, India og Sør-Afrika er de landene som har lavest forventet levetid ved fødsel.

Tabell 1 Indikatorer for helsetilstand Norge relativt til andre OECD-land

Figur i HAG	Indikator	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel
3.1	Forventet levealder ved fødsel			<input checked="" type="checkbox"/>
3.3	Forventet levetid ved 65 års alder			<input checked="" type="checkbox"/>
3.5	Forventet levetid etter utdanning			<input checked="" type="checkbox"/>
3.8-9	Dødelighet av hjerteinfarkt og hjerneslag			<input checked="" type="checkbox"/>
3.10	Dødelighet av kreft		<input checked="" type="checkbox"/>	
3.13	Spedbarnsdødelighet			<input checked="" type="checkbox"/>
3.15	Selv mord		<input checked="" type="checkbox"/>	
3.18	Egenvurdert helse			<input checked="" type="checkbox"/>
3.20	Forekomst av kreft	<input checked="" type="checkbox"/>		
3.23	Diabetes forekomst voksne		<input checked="" type="checkbox"/>	
3.25	Diabetes (type 1) forekomst barn	<input checked="" type="checkbox"/>		

OECD har også sett på effekten av utdanning på forventet levetid for kvinner og menn ved 30 års alder. Menn med høyere utdanning kan forvente å leve i gjennomsnitt fem år lenger enn menn med laveste utdanningsnivå i Norge, mens kvinner med høyere utdanning kan i gjennomsnitt forvente å leve tre år lenger enn kvinner med laveste utdanningsnivå. Fjorårets rapport fra OECD så på utdanningens betydning for forventet levetid ved 65 års alder. Effekten av utdanning var mindre for den eldre generasjonen

² Beste tredel er de landene som har best resultat på en indikator, og en markering her betyr at Norge er i beste kategori på indikatoren.

både for kvinner og menn. Forekomsten av kreft³, det vil si diagnostisert forekomst av kreft, er høy i Norge, det er bare Australia, Belgia og Danmark som har høyere registrert forekomst. Finland og Sverige har forekomst av kreft rundt gjennomsnittet. Når det gjelder forekomst av brystkreft har Norge 73 tilfeller per 100 000 innbygger, nært gjennomsnittet for OECD, men Norge har den høyeste forekomsten av prostatakreft blant OECD-landene med 130 tilfeller per 100 000 innbygger. Blant landene som har lavest forekomst av kreft er Mexico, Hellas og Tyrkia. Høy forekomst av kreft er ikke entydig forbundet med høyere forekomst av risikofaktorer for kreft, det er også helsepolitiske forskjeller i bruk av screening, samt forskjeller i hvor godt forekomst av kreft blir diagnostisert og videre dokumentert i ulike registre. Statistikk for de nordiske landene er publisert i NORDCAN, et samarbeidsprosjekt for de nordiske kreftregistrene hvor en kan finne informasjon om ulike kreftformer. Her kan man både se insidensen (antall nye krefttilfeller det er i løpet av ett år), samt prevalens (antall i befolkningen som er registrert med krefttypen), og antall som dør med/av kreft. Insidensraten for alle kreftformer i 2012 fra NORDCAN (5) viser tilsvarende forskjeller mellom de nordiske landene som den aldersjusterte forekomsten rapportert i OECD. Sverige og Finland har klart lavere rate enn henholdsvis Norge og Danmark.

Forekomsten av diabetes⁴ i den voksne befolkningen i Norge er som gjennomsnittet i OECD, og som de andre skandinaviske landene. Når det gjelder forekomst av diabetes type1 hos barn har Sverige og Norge de høyeste forekomstene i verden, med henholdsvis 2,6 og 2 tilfeller per 1000 innbygger. En norsk studie som har undersøkt forekomsten av type 1-diabetes for barn under 15 år fra 1989 til 2012 viser at om lag 300 barn får diagnosen hvert år. Insidensen har vært stabil fra 2004 (6).

Levevaner og risikofaktorer i den norske befolkningen

Barn og voksne i Norge har stort sett gode levevaner sammenlignet med andre land (se tabell 2). Dashboard 2 viser at Norge er klart bedre enn OECD på to av fire indikatorer. Norge har færre røykere og lavere alkoholkonsum enn de andre OECD-landene, og er nær snittet når det gjelder overvekt og luftforurensing. Ser vi nærmere på enkeltindikatorer er vi blant de beste landene på sju av tretten indikatorer. Resultatene om barns helse er hentet fra HBSC-studien (Health Behaviour in School-aged Children), hvor man måler og sammenligner 15 år gamle skolebarn. Det er HEMIL-senteret i Bergen som har ansvar for den internasjonale databasen (7).

Norge er det landet som har hatt desidert størst nedgang i daglige røykere i den voksne befolkningen fra 2000–2015. Andelen 15-åringer som røyker i Norge er nest lavest, det er kun i Island at det er færre ungdommer som røyker. Snusbruk er ikke inkludert i beregning av tobakksforbruk. Norske undersøkelser viser at om lag 29 prosent av den voksne befolkning enten røyker eller snuser daglig (8). Konsumet av frukt og grønt er som gjennomsnittet i OECD-landene for voksne nordmenn. Norske barn er i den gruppen som spiser mest frukt og noe mindre grønnsaker, der er konsumet nærmere snittet for OECD.

For Norge er aktivitetsnivået for barn også i midterste gruppe av land. Det er ingen rapportering for fysisk aktivitet for voksne fra Norge. Når det gjelder

³ Forekomst av kreft, her målt ved insidensraten, viser antall nye forekomster av kreft som er registrert i ett land i løpet av ett år per 100 000 innbygger. Indikatoren er justert for alder, slik at ulike alderssammensetning i landene ikke skal gjenspeiles i forskjeller i indikatoren.

⁴ Forekomst av diabetes er estimert ut fra rapporteringer til reseptregisteret.

overvekt er Norge blant de land som har lavest andel både for barn og voksne, enten det er egen-rapportert eller målt. Norge og Danmark er også blant de land hvor andelen overvektige barn er relativt stabil når en sammenligner vekten til 15-åringer i 2001–2002 med 15-åringer i 2013–2014.

Tabell 2 Ikke-medisinske helse-determinanter. Norge relativt til andre OECD- land

Figur i HAG	Indikator	Dårligste Tredel	Midtre tredel	Beste Tredel
4.1	Daglig røykere voksne			<input checked="" type="checkbox"/>
4.3	Alkoholforbruk voksne			<input checked="" type="checkbox"/>
4.5	Røyking barn ¹			<input checked="" type="checkbox"/>
4.6	Alkoholforbruk barn (beruset mer enn to ganger)		<input checked="" type="checkbox"/>	
4.8	Konsum av frukt voksne		<input checked="" type="checkbox"/>	
4.9	Konsum av grønnsaker voksne		<input checked="" type="checkbox"/>	
4.11	Konsum av frukt barn			<input checked="" type="checkbox"/>
4.12	Konsum av grønnsaker barn		<input checked="" type="checkbox"/>	
4.13	Fysisk aktivitet barn 15 år		<input checked="" type="checkbox"/>	
4.14	Overvekt hos voksne (> 15 år) egenrapportert			<input checked="" type="checkbox"/>
4.17	Overvekt og fedme barn, målt			<input checked="" type="checkbox"/>
4.18	Overvekt og fedme barn, egenrapportert			<input checked="" type="checkbox"/>
4.20	Luftforurensning			<input checked="" type="checkbox"/>

1. Barn er definert som 15 år der ikke annet er spesifisert.

Andre norske studier som barnevekststudien, bekrefter også at forekomsten av fedme ser ut til å være relativt stabil. Studien har målt vekt hos tredjeklassebarn i et utvalg av skoler fra 2008–2012. Barnevekststudien viste at 15 prosent av guttene og 18 prosent av jentene i tredje klasse er overvektige (9). Undersøkelsen følges opp av en ungdomsundersøkelse som starter høsten 2017 (10).

OECD rapporterer på forekomst av svevestøv som en indikator for luftforurensning. Det rapporteres på forekomst av støvpartikler med en diameter på 2,5 µm eller mindre (particulate matter på 2.5 eller PM_{2.5}-fraksjon) som overskrider 10 mikrogram per m³. Indikatoren for luftkvalitet er hentet fra Verdensbanken og Sykdomsbyrdeprosjektet, som er basert på ulike datakilder og viser henholdsvis andel av befolkning som er utsatt

for forurensning og gjennomsnittlig andel av befolkningen som har vært utsatt for luftforurensning over grenseverdiene. I de nordiske landene, med unntak av Danmark, er det mindre enn 10 prosent av befolkningen som har vært utsatt for forhøyede verdier. Totalt sett har andel som utsettes for forhøyede grenseverdier gått ned fra 1990 til 2015 i de fleste land i verden. Imidlertid har den økt for de store nasjonene som Kina, India, Tyrkia og Sør-Korea.

Kvalitetsindikatorer for helsetjenesten

Health at a Glance 2017 sammenligner kvalitet på helsetjenesten innen følgende områder:

- Pasienterfaringer i primærhelsetjenesten
- Legemidler i primærhelsetjenesten
- Kroniske sykdommer i primærhelsetjenesten
- Behandling av akutt tilstander i sykehus
- Overlevelse etter innleggelse i sykehus
- Ventetid for operasjon på sykehus
- Pasientsikkerhet i sykehus
- Psykisk helse
- Behandling av kreft
- Forebygging av smittsomme sykdommer

Dashbord 4 (vedlegg 2) viser fem indikatorer som dekker ulike aspekt ved helsetjenesten, der kommer behandling av infarkt i spesialisthelsetjenesten i Norge ut som klart bedre enn de fleste OECD-landene⁵. De norske skårene er som snittet for OECD når det gjelder innleggelse på sykehus for kroniske sykdommer, totalt forbruk av antibiotika, overlevelse av tarmkreft og pasientsikkerhet ved fødsler.

Totalt har OECD valgt 44 ulike kvalitetsindikatorer i årets rapport. Indikatorene kvalitetssikres i OECD-prosjektet Health Care Quality Indicators (HCQI) som arbeider for å få best mulig grunnlag for å sammenligne kvalitet i helsetjenesten i OECD-landene. 35 OECD-land og ni partnerland har levert data til årets rapport, men det er stor variasjon i hvor mange land som rapporterer på de ulike indikatorene. Flest land, 42 i alt, har rapportert på vaksinasjonsprogram, mens kun åtte land har rapportert på forhøyet dødelighet for personer som har registrert bipolar diagnose. I denne kommentarrapporten viser vi 33 av 44 indikatorer. Samlet sett skårer Norge blant den beste tredelen av land på 15 av indikatorene, for sju er de norske resultatene i den midterste gruppen og for elleve av indikatorene er Norge blant den tredjedelen av land som har svakest resultater. Tabell 3 viser resultatene på 33 kvalitetsindikatorer for helsetjenesten.

⁵ Merk behandling av hjerteinfarkt kun omfatter data fra sykehus, såkalt admission based data. I land, som Norge, hvor mange pasienter med hjerteinfarkt overflyttes til andre enheter vil det føre til underestimerer dødelighet av hjerteinfarkt.

Primærhelsetjenesten

Det er svært utfordrende å utvikle gode indikatorer som kan brukes til å sammenligne primærhelsetjenester i ulike land. Det er stor grad av variasjon i hvordan helsetjenestene er organisert, for eksempel er vaksinerings i noen land lagt til primærhelsetjenesten, mens i andre land inngår vaksinerings i spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten har i de fleste land en stor utfordring med å innhente data ettersom antallet aktører er høyt og mange av enhetene er små. OECD har valgt å benytte en kombinasjon av ulike utvalgsundersøkelser for pasienterfaringer, samt samle inn data fra spesialisthelsetjenesten og pasientadministrative registre som et indirekte mål på kvaliteten i primærhelsetjenesten. Innleggelses på sykehus for kronisk syke pasienter, er basert på antagelsen om at pasienter som får god oppfølging i primærhelsetjenesten sjeldnere legges inn på sykehus for behandling av sykdommen. Indikatorene gir et indirekte mål på tilgjengelighet av tjenester og tjenester av god kvalitet i primærhelsetjenesten.

OECD bruker Commonwealth Funds (CWF) sine pasienterfaringsundersøkelser for å beskrive pasienters erfaringer med helsetjenesten, de suppleres med ulike nasjonale undersøkelser for enkelte land som ikke deltar i CWF sine undersøkelser. Norge skårer i gruppen av land som er minst fornøyd med legene, enten det gjelder å ha tid nok til pasienter, gi gode forklaringer eller involvere pasientene i beslutningene. Norge skårer på linje med Sverige, mens Danmark og Finland ikke deltar i undersøkelsene. Resultatene viser at nærmere en av fem nordmenn ikke er fornøyd med kommunikasjonen med sin lege. Det kan se ut som om andelen pasienter som ikke er fornøyd øker i flere av landene. De norske resultatene fra Commonwealth Fund-undersøkelsene publiseres på Folkehelseinstituttet (11). Gjennom flere år er det gjennomført flere tester av datakvaliteten på det norske utvalget i Commonwealth Fund sin undersøkelse, mens mindre er kjent om datakvaliteten i de andre landene. OECD viser til utfordringene ved å sammenligne, samt forskjeller i hvordan ulike land bruker denne type data. Både Sør-Korea, Norge, Sverige og Storbritannia har nasjonale pasienterfaringsundersøkelser som knyttes til finansiering av tjenester, mens Australia, Canada, Tsjekkia og Frankrike benytter pasienterfaringer i akkrediteringsarbeidet. Danmark benyttet tidligere pasienterfaringer til akkreditering, men sluttet med akkreditering i 2016.

En sammensatt indikator benyttes for å beskrive det totale forbruket av antibiotika i primærhelsetjenesten; og viser andel av såkalt andrelinjes antibiotika (cefalosporiner og kinoloner). Resistensutvikling forekommer hyppigere og kan få mer alvorlige konsekvenser ved bruk av bredspektrede antibiotika, definert som andrelinjes i OECD-rapporten. Et lavt forbruk av disse er derfor ønskelig. Av antibiotika ble det i Norge forskrevet totalt 15,8 definerte døgndoser (DDD) per 1000 innbygger per døgn, klart mindre enn 20,6 DDD som er snittet for OECD. Danmark, Norge og Sverige er de landene hvor det forskrives minst bredspektret antibiotika, for Norges vedkommende var det 0,54 DDD per 1000 innbygger per døgn. Landene med høyest andel bredspekteret antibiotika er Sør-Korea, Tyrkia og Italia. Ser en på det totale antibiotika-forbruket i primærhelsetjenesten, så foreskrives det noe mindre i Sverige enn i Norge, Danmark og Finland. Nederland er fortsatt landet hvor det foreskrives minst antibiotika totalt.

Canada og Norge er de to landene som har lavest antibiotika-forbruk for barn i aldersgruppen 0-9år, og Nederland og Norge er de landene som har lavest forbruk av antibiotika for barn og unge voksne i alderen 10-19 år.

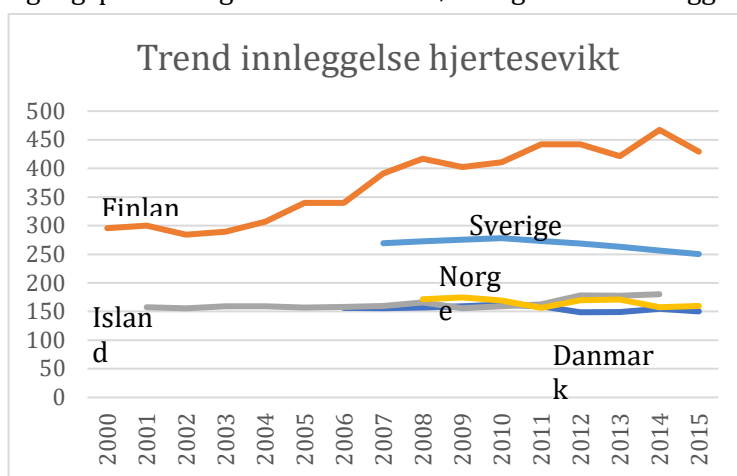
Analyse av legemiddelbruk hos eldre undersøker både hvor mange som har resept på

angst- eller sovemedisin (benzodiazepiner) over svært lang tid (definert som mer enn ett år), og hvor mange som har resept på langtidsvirkende benzodiazepiner. Norge er blant de land som har høyest andel eldre som har resept på angst- eller sovemedisin (benzodiazepiner) i mer enn ett år, 44 av 1000 eldre. Gjennomsnittet for de 16 OECD-landene som har levert på denne indikatoren er 25 av 1000 eldre. Ser en på bruk av legemiddel får 57 av 1000 eldre foreskrevet langtidsvirkende benzodiazepiner, det er noe under gjennomsnittet for OECD som er på 60. Riktigere legemiddelbruk hos eldre er både et nasjonalt og et internasjonalt innsatsområde. Det norske pasientsikkerhetsprogrammet har legemidler på sykehjem som et av sine innsatsområder. Hva som er riktig bruk av angst- eller sovemedisin må avgjøres i det enkelte tilfelle, OECD følger med på variasjon mellom landene i bruk av legemidler.

Norge har en klar helsepolitisk målsetting om å redusere antibiotika-forbruket for å forebygge utvikling av nye antibiotika-resistente bakterier (12). Helsedirektoratet publiserer også indikatorer for legemiddelbruk på helsenorge.no, som viser forskrivning av antibiotika generelt, samt for behandling av luftveisinfeksjoner hos barn og voksen, og ved urinveisinfeksjoner hos kvinner.

OECDs indikator for kroniske sykdommer er en indirekte indikator for kvalitet i primærhelsetjenesten. Den viser både samlet innleggsrate for astma og kols, samt fordeling på hver av tilstandene. Totalt sett er Norge nært snittet for OECD og viser at det er relativt mange som legges inn for kols, og klart færre som legges inn med astma. De norske resultatene er bedre enn gjennomsnittet for OECD når det gjelder astma, hvor snittet for OECD er på 47 innleggelser per 100 000 innbyggere, mens Norge har 30 innleggelser per 100 000 innbyggere. For kols er innleggsraten i Norge 230 per 100 000, i Danmark er den 282, og gjennomsnittet for OECD er 190. Både Sverige og Finland har færre innleggelser enn Norge for kols. Det er ulike metoder for å estimere forekomsten av kols og ulik bruk av diagnosekoding kan forklare mye av forskjellene i innleggsrater.

OECD har sett på utviklingen i innleggelser for hjertesvikt, hvor Norge har levert data fra 2008 til 2015. Forekomst av innleggelser og utvikling over tid i Norge er relativt lik som Danmark og Island (se figur 2). Forekomsten i Sverige er høyere, men viser en jevn nedgang i antall innleggelser de siste fem årene. Finland har høyere forekomst i utgangspunktet og har hatt en klar økning i antall innleggelser med hjertesvikt over tid.



Figur 2 Trend innleggelse etter hjertesvikt per 100 000 innbyggere, alders og kjønnsstandardisert (basert på OECD Health data 2017).

Også for diabetes er Norge blant de landene som har best resultat, det vil si færrest innleggelser for diabetespasienter, med nedgang i antall innleggelser siden 2010. De fleste OECD-landene har hatt en klar nedgang i antall innleggelser fra 2010 til 2015, noe som kan tyde på bedre behandling av diabetes i primærhelsetjenesten. De fleste diabetespasienter i Norge, 82 prosent, har fått foreskrevet blodtrykksregulerende medisin det siste året, det er som gjennomsnittet for OECD, og noen færre enn Danmark og Sverige, men flere enn Finland⁶. Finland og Norge er de to landene hvor flest diabetikere må amputere en fot. I Finland er det 255 av 100 000 diabetikere som må amputere en fot, og i Norge er det 148 amputasjoner per 100 000 diabetikere. Tilsvarende tall for Danmark er 101 per 100 000, hverken Island eller Sverige har rapportert på forekomsten av fotamputasjon for diabetespasienter.

Det er flere utfordringer med å sammenligne OECD-landene, som kan ha forskjeller i prevalens (forekomst) av sykdommen og usikkerheten i estimatene er stor. Forskjeller mellom land i fordeling av oppgaver og funksjoner mellom spesialist- og primærhelsetjenesten kan også bidra til forskjeller i innleggelsesrater og selv ved optimal behandling av kroniske tilstander er det for de fleste kroniske sykdommene innleggelser til sykehus som ikke kan eller bør unngås. Indikatoren skiller ikke mellom ikke-planlagte og planlagte innleggelser.

Akutte tilstander: Hjerterinfarkt og hjerneslag

For både hjerterinfarkt og hjerneslag presenteres det to indikatorer for dødelighet innen 30 dager. Den ene indikatoren viser dødelighet innen 30 dager etter innleggelse på et sykehus, og basert på data om innleggelse på det enkelte sykehus uten hensyn til eventuelle overflyttinger mellom sykehus. For land som Norge, der rundt halvparten av alle infarktpasienter blir overflyttet, vil denne indikatoren underestimere dødeligheten. Den andre indikatoren er beregnet ut fra pasientidentifiserbare data og viser dødelighet innen 30 dager, og inkluderer også dødsfall som skjer utenfor sykehus. Den siste indikatoren regnes som mer robust og gir mer pålitelige informasjon. Ikke alle land har tilgang til data som danner grunnlag for beregning av denne indikatoren, og OECD-rapporten presenterer derfor begge indikatorene. Vi viser her til resultatene for indikatoren med pasientidentifiserbare data. Det er også viktig å huske at hvorvidt pasienter dør under eller rett etter et sykehusopphold ikke bare er et resultat av helsetjenestens kvalitet, men også sykdommens alvorlighetsgrad, tjenestene som tilbys etter utskrivning og ulike pasientfaktorer.

Norge er blant de land som skårer best med hensyn til 30 dagers overlevelse etter de utvalgte akutte tilstandene. Ser en på dødelighet som følge av hjerneslag er Sør-Korea det landet som har signifikant best resultater, med 6,2 per 100 pasient. Deretter kommer Finland (7,7) Sveits (8,2), Norge (8,4), Israel (8,9), Italia (9,3) og Danmark (9,4). Norge er ikke signifikant forskjellig fra hverken Finland eller Danmark, men er signifikant bedre enn Sverige som har 9,6 per 100 pasient.

Indikatoren for behandling av hjerterinfarkt viser at Canada har best resultat, etterfulgt av Italia, Norge, Danmark og Sverige. Canada har ikke inkludert dødsfall utenfor sykehus (acute care hospitals). Det er små forskjeller mellom de landene som kommer best ut. I Canada er det i gjennomsnitt 7,1 pasient per 100 tilfelle som ikke overlever 30 dager

⁶ Populasjonen av diabetespasienter for Norge er beregnet ut fra de som har fått foreskrevet resept på diabetesmedikament i Reseptregisteret.

etter innleggelse, i Italia er det 7,6, Norge og Danmark 7,7 og Sverige 7,8. Norge rangeres før Danmark og har noe mindre spredning. For resultater for norske sykehus vises det til helsenorge.no og Folkehelseinstituttets publikasjoner om 30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse (13).

OECD har i årets rapport valgt å se på ventetid for operasjon for hoftebrudd. Det er også en av de norske kvalitetsindikatorerne. Indikatoren i OECD-rapporten viser andel pasienter som blir operert innen 48 timer etter innleggelse på sykehus med hoftebrudd. Norge, Danmark og Nederland er de tre landene hvor mer enn 95 prosent blir operert innen 48 timer. Dataene inneholder kun ventetid på sykehus og det sier ikke noe om hvor lang tid pasienter har hatt brudd før de legges inn på sykehus. Det er også stor variasjon mellom land i hvor gode data som er tilgjengelig.

Pasientsikkerhet: komplikasjoner etter operasjon

OECD fortsetter arbeidet med å utvikle indikatorer for pasientsikkerhet, som er av de områdene hvor det er vanskelig å finne gode sammenlignbare data. Det kan være store forskjeller i hvordan ulike land registrerer diagnoser og prosedyrer, og særlig koder knyttet til pasientsikkerhet. Å måle pasientsikkerhet betyr å måle hendelser og utfall som forekommer sjelden, og innebærer dermed at det er større usikkerhet knyttet til dataene og deretter tolkningen av resultatene. Det kan være at et dårligere resultat ikke skyldes dårligere pasientsikkerhet, men at enkelte land har utviklet bedre prosedyrer for å registrere hendelser og uheldige utfall, eller har utviklet en mer åpen pasientsikkerhetskultur. OECD planlegger å gjennomføre egne analyser av kodepraksis, resultatene av analysene har betydning for valg av indikatorer i framtiden. Årets rapport viser tre indikatorer for pasientsikkerhet ved kirurgiske inngrep, samt indikatorer for komplikasjoner ved fødsel.

Indikatoren for forekomst av en uønsket hendelse er gjenglemt gjenstand etter operasjon, en såkalt «never-event» som det skal være mulig å unngå helt. Den blir vist i to utgaver, alt etter hvilket datagrunnlag et land har mulighet til å rapportere på. Norge er ett av ti land hvor skader kan registreres også utenfor det sykehus hvor skaden oppsto. Norge skårer middels på indikatoren med 10 tilfeller av gjenglemte gjenstander per 100 000 innleggelser. Norsk pasientskadeerstatning har laget et eget tema-ark hvor de viser til omfang av saker hvor det er søkt om pasientskadeerstatning som følge av gjenglemt gjenstand etter operasjon. I perioden 2006–2015 var det 121 skadesaker som ble behandlet i Norge, av dem fikk 84 medhold. I 44 saker var den gjenglemte gjenstanden en kompress/tampong, i 25 saker var det en metallgjenstand og i fire tilfeller var det et dren eller en drensbit. Gjenstander og utstyr blir hyppigst gjenglemt i forbindelse med kirurgi innen ortopedi, mage-/tarm-lidelser, fødselshjelp og kvinnesykdommer, kreft og øre-nese-halssykdommer (14).

Den andre pasientsikkerhetsindikatoren er forekomst av registrert postoperativ blodpropp i lunge (PE) og ben (DVT) etter operasjon for hofte- og kneprotese. Også her presenteres indikatoren i to versjoner avhengig av hvilket datagrunnlag de ulike landene kan rapportere på. Tilgangen på pasientidentifiserbare data gjør at Norge også her kan rapportere på den mest robuste indikatoren, og for denne indikatoren er Norge blant de land som har lavest registrert forekomst av postoperativ blodpropp etter hofte- og kneproteser, kun Spania har færre registrerte tilfeller av blodpropp. Merk at polikliniske behandlinger ikke er inkludert. Det betyr en underrapportering av forekomst fra Norge og andre land, som behandler postoperativ blodpropp poliklinisk.

Norge skårer dårlig med hensyn til sykehusinfeksjoner etter større mage/tarm operasjoner, og har rapportert om lag dobbelt så mange tilfeller av sepsis som i Danmark og Sverige. Norge har rapportert en forekomst på 1395 per 100 000 pasient, snittet for den gruppen er 996. Det er kun elleve land som Norge kan sammenligne sine resultater med da informasjon i NPR ikke har identifisert formål med innleggelse på sykehus. Det betyr at pasientpopulasjonen ikke kan avgrenses til kirurgiske pasienter. Det er 14 land som rapporterer forekomst av sepsis hos pasienter som er lagt inn for å opereres. Gjennom-snittet for de landene er sepsis etter operasjoner i mageregionen hos 2117 av 100 000 pasienter.

OECD gjennomførte i 2016 en større kartlegging av pasientsikkerhetsarbeid i OECD-land, og publiserte sommeren 2017 en omfattende gjennomgang av ulike helsepolitiske aspekt ved pasientsikkerhet. Skader som følge av svikt ved pasientsikkerhet regnes som en sykdomsbyrde på nivå med malaria og tuberkulose, og rangerer på en fjortende plass globalt. De vanligste skaden regnes som helsetjenesterelaterte infeksjoner, blodpropp (dyp venetrombose), liggesår, legemiddelfeil og feil eller sviktende diagnose. Omkostninger for samfunnet er stor, ikke bare rent økonomisk men også ved at tillit til helsetjenesten svekkes. OECD anbefaler økt satsing på pasientsikkerhet og gode prioriteringsprosesser i arbeidet (15).

Pasientsikkerhet: fødselskomplikasjoner

OECD rapporterer på fødselsskader hos mor, målt som forekomst av alvorlige rifter i underlivet (vaginalrifter kategori 3 og 4) som er registrert 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 får 2,5 prosent av kvinnene i høyrisikogruppen (instrumentassisterte fødsler) alvorlige rifter. Snittet for OECD21 er på 5,7 prosent. Finland har snitt på 3,7 prosent, mens Sverige og Danmark har henholdsvis 11,3 og 10,9 prosent. Sammenligner en forekomst i 2015 med 2010 har Danmark hatt størst nedgang i antall skader, men antall skader er også halvert i Norge. Andelen som skades ser ut til å øke i Finland, som over lengre tid har vært blant de landene med færrest skader. Forskjeller i diagnostisering vil ha betydning for rapportering, og kan muligens forklare noe av forskjellene.

Andel 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 1,4 prosent alvorlige rifter, som er rett under snittet for OECD21 på 1,5 prosent. Andel som skades er redusert med 0,3 prosentpoeng fra 2012. Finland har lavest andel skader av de nordiske landene, men andel med registrert skade har økt fra 2010 til 2015. Skadeandelen er også redusert i Danmark og Sverige hvor andel med skade er henholdsvis 2,6 og 2,4 prosent. Det er ikke undersøkt om skadeforekomst er høyere i de land hvor keisersnitt benyttes sjeldnere. Dette er tenkt tatt med i utviklingsarbeidet for kvalitetsindikatorrapportering i OECD.

Pasientsikkerhet og psykisk sykdom

Belastningen ved psykisk sykdom er vesentlig, og fører til redusert livskvalitet for den som rammes. Omkostningene er store både for individet og samfunnet. Det er også stor variasjon i hvor stor andel av de totale helseutgiftene i de ulike land som går til psykisk

helse. Det er forskjeller i organisering og regulering av denne delen av helsetjenesten. 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.

OECD har nok en gang valgt fire indikatorer som ser på dødelighet og psykisk helse: to som ser på forekomst av selvmord (henholdsvis under eller etter et institusjonsopphold), og to som ser på forhøyet dødelighet for psykisk syke (med henholdsvis schizofrenidiagnose og bipolare lidelser). Norge har rapportert at forekomsten av selvmord når pasienten er lagt inn på institusjon er 0,03 av 100 pasienter. Resultatene er standardiserte for å øke sammenlignbarhet. Sverige har ikke rapport, men forekomsten av selvmord er klart høyere både i Finland og Danmark. Norge har ikke rapportert på forekomst av selvmord etter opphold på institusjon.

Norge rapporterer også om forhøyet dødelighet for både kvinner (6,2) og menn (5,3) med alvorlige psykiske sykdommer. Raten er svært høy for den pasientgruppen (med schizofreni-diagnose), og rapportering fra de andre nordiske landene viser tilsvarende tendens. Forhøyet dødelighet for bipolare lidelser er noe lavere, men fortsatt fire ganger så høy som for resten av befolkningen. En større analyse av pasienter som har vært innlagt på Sandviken sykehus de siste 20 årene viser blant annet til forhøyet dødelighet som følge av livsstilssykdommer for denne pasientgruppen (16).

Kreft overlevelse

OECD benytter overlevelse ved tre krefttyper som indikatorer for kvalitet. Det er valgt å fokusere på brystkreft, kolorektalkreft (tykk- og endetarmskreft) samt leukemi (blodkreft) hos barn. Indikatorene viser relativ overlevelse etter fem år og dødelighet, samt screeningrate for brystkreft.

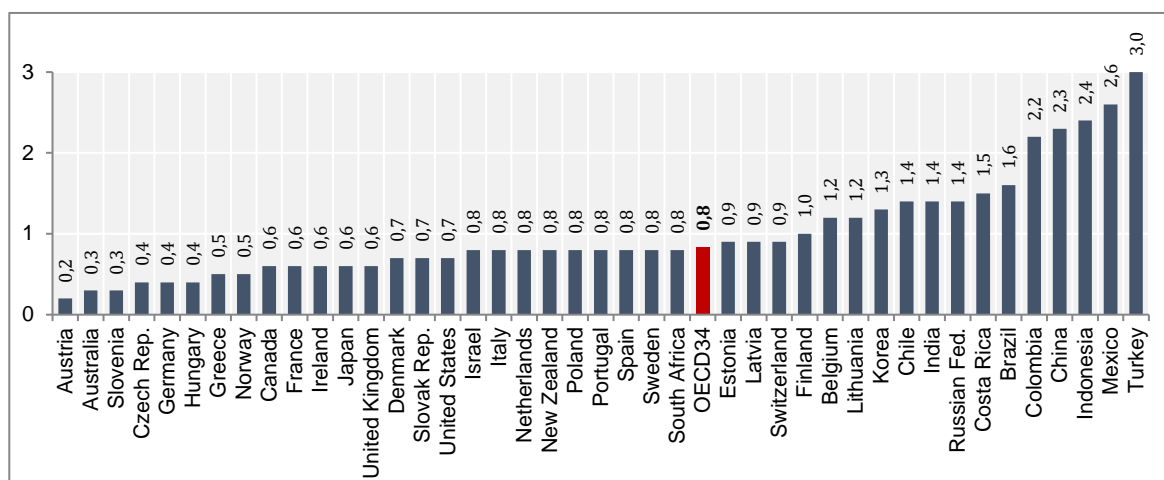
Indikatorene er aldersstandardiserte i henhold til OECD-befolkningen. Variasjon i overlevelsesraten kan skyldes flere faktorer. Det kan være forskjeller i forekomst av sykdom eller i diagnostisering, hvor tidlig i sykdomsforløpet kreften oppdages eller hvordan den behandles. For helsetjenesten er det relevant at overlevelse etter fem år kan tilskrives både screeningsarbeidet og behandlingen.

Norge har relativ høy screeningrate for mammografi (75,3 prosent). Sverige har høyest screeningrate på 90,4, mens Danmark har 83,9 og Finland har 82,7. Vi er også blant de landene som har høyest overlevelsesrate ved brystkreft. Av de nordiske landene er det Sverige som kommer best ut, tett fulgt av Finland og Norge. Finland, Sverige og Norge er også blant de landene som har lavest dødelighet som følge av brystkreft.

Norge har 66,6 prosent sannsynlighet for fem-årsoverlevelse ved tykktarmskreft, som er klart over snitt for OECD og noe bedre enn Sverige og Finland. Resultatene fra Danmark er rett under snitt for OECD. Norge er også blant de land med høyest andel som overlever fem år etter diagnose for endetarmskreft, med 69,2 prosent, Danmark, Sverige og Finland har om lag fem prosentpoeng lavere overlevelsesrate. Resultatene er mindre gode når det gjelder dødelighet i populasjonen for kolonrektalkreft. Der er Norge i gruppen av land som har høyest dødelighet, mens Danmark og Sverige er nær snittet for OECD og Finland er blant de land som lavest dødelighet.

Leukemi er den vanligste kreftformen hos barn, der mer enn 30 prosent av barn med kreft på verdensbasis har leukemi. Det er flere former for leukemi, og den som er mest utbredt er akutt leukemi (acute lymphoblastic leukaemia). Norge er blant de landene

som har høyest forekomst av sykdommen med 5,7 tilfeller per 100 000 barn (se figur 3). Finland har noe høyere forekomst med 6,5 mens Sverige har lavere forekomsten på 4,7, Danmark har forekomst av leukemi på 4,2 per 100 000 barn. Lavest forekomst av de nordiske landene er den i Island på 2,9 per 100 000 barn. Sammenligner en fem-års overlevelse for barn som får akutt leukemi er det Finland, Danmark og Island som har høyest andel barn som overlever med henholdsvis 95, 94 og 92 prosent. I Sverige er andelen 89 prosent, mens det er 83 prosent sannsynlighet for overlevelse etter fem år for barn som får leukemi i Norge. Nasjonale rapportering til barnekreftregisteret viser bedre resultater(17). Forskjellene mellom Sverige og Norge er ikke statistisk signifikant. Samtidig er Norge blant de land som har lavest dødelighet som følge av akutt leukemi hos barn.



Figur 3 Mortalitet som følge av leukemi hos barn 0-14 år i 2012 (fig. 6.41 i Health at a Glance 2017).

Smittsomme sykdommer – vaksinasjonsprogram

De fleste landene i Europa har etablerte nasjonale vaksinasjonsprogrammer for barn, og de kan ha forskjellig innhold. I Norge inneholder det vaksiner mot ti forskjellige sykdommer: Rotavirussykdom, difteri, stivkrampe, kikhoste, infeksjon med Haemophilus influenzae type b (Hib), pneumokokksykdom, poliomyelitt, meslinger, kuma, røde hunder og alle jenter fikk tilbud om vaksine mot humant papillomavirus. Allmenn hepatitt B-vaksinasjon ble innført for barn født fra og med 1.11.16, det vil si at vaksinasjonen startet i 2017. Barn i risikogrupper tilbys vaksine mot tuberkulose.

I Europa var det 18 000 nye tilfeller av meslinger fra januar 2016 til august 2017, og totalt 42 dødsfall ble knyttet til sykdommen. Forekomsten av meslinger var høyest i Romania, Italia og Tyskland. Europaregionen i Verdens helseorganisasjon har som mål å stanse kontinuerlig smittespredning av meslinger og røde hunder i Europa. Norge har bidratt til at Europa kan nå sitt mål ved å stanse kontinuerlig smitte av meslinger, som beskrevet i nasjonal handlingsplan for eliminering av meslinger og røde hunder i Norge (18).

OECD viser dekningsgraden 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 prosent vaksinasjonsdekning både for difteri, stivkrampe og kikhostevaksine og meslingevaksinen. Dekningen er rett under snittet for OECD35. Sverige har høyere vaksinasjonsdekning med 98 prosent for meslinger og difteri/stivkrampe og kikhoste. Finland er om lag som Norge, mens Danmark har lavere dekning. Hepatitt B var ikke en

del av det ordinære barnevaksinasjonsprogrammet i Norge, og ingen av de nordiske landene har rapportert på den. Snittet for 22 av EU-landene som rapporterte for vaksinasjon mot hepatitt B var 94 prosent. Norge har et nasjonalt vaksinasjonsregister som registrerer alle vaksinasjoner i barnevaksinasjonsprogrammet på personnivå, dataene rapporteres inn fra helsestasjonene. Det er sannsynlig at den lokale vaksinasjonsdekningen er noe høyere enn det som er registrert på nasjonalt nivå. Det er tekniske utfordringer med elektronisk overføring av data, samt manglende etterregistrering av vaksiner som er gitt før tilflytting til en kommune.

I OECD-landene er det stor variasjon i vaksinasjonsdekningen for influensa i den eldre delen av befolkningen, fra under to prosent i Estland til 82 prosent i Mexico. I Norge var det 27 prosent som vaksinerte seg i 2015, en klar nedgang fra 2005 da andel eldre som tok vaksine var 44 prosent. I Danmark er andel eldre som tar vaksine på 42 prosent, i Finland er det 43 prosent, og i Sverige er det 49 prosent av den eldre del av befolkningen som vaccinerer seg mot influensa.

Tabell 3 Resultater for helsetjenesten. Norge relativt til andre OECD land

Figur i HAG	Kvalitetsindikator	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel
6.1	Pasienterfaringer: leger har nok tid	<input checked="" type="checkbox"/>		
6.2	Pasienterfaringer: leger lett å forstå	<input checked="" type="checkbox"/>		
6.3	Pasienterfaringer: leger involverer pasient	<input checked="" type="checkbox"/>		
6.4	Legemidler: Foreskriving av antibiotika iPHT			<input checked="" type="checkbox"/>
6.5	Legemidler: Foreskriving av antibiotika iPHT barn			<input checked="" type="checkbox"/>
6.6	Legemidler: Benzodiazepiner > 1år hos eldre	<input checked="" type="checkbox"/>		
6.7	Legemidler: Benzodiazepiner langtidsvirkende hos eldre		<input checked="" type="checkbox"/>	
6.8	Primærhelsetjeneste: Innleggelse astma & kols		<input checked="" type="checkbox"/>	
6.9	Primærhelsetjeneste: Innleggelse hjertesvikt			<input checked="" type="checkbox"/>
6.11	Primærhelsetjeneste: Innleggelse diabetes			<input checked="" type="checkbox"/>
6.12	Primærhelsetjeneste: blodtrykkbehandling diabetes		<input checked="" type="checkbox"/>	
6.13	Primærhelsetjeneste: fotamputasjon diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>		
6.15	Sykehus: 30 dagers overlevelse akutt slag			<input checked="" type="checkbox"/>
6.18	Sykehus: 30 dagers dødelighet akutt hjerteinfarkt			<input checked="" type="checkbox"/>
6.22	Sykehus: Ventetid operasjon ved hoftebrudd			<input checked="" type="checkbox"/>
6.24	Sykehus: Gjenglemt gjenstand etter operasjon		<input checked="" type="checkbox"/>	
6.25	Sykehus: Blodpropp etter hofte og kneoperasjon			<input checked="" type="checkbox"/>
6.26	Sykehus: postoperativ sepsis	<input checked="" type="checkbox"/>		
6.27	Sykehus: Fødselsskade mor, vanlig fødsel med instrument			<input checked="" type="checkbox"/>
6.28	Sykehus: Fødselsskade mor, vanlig fødsel uten instrument		<input checked="" type="checkbox"/>	

Figur i HAG	Kvalitetsindikator	Dårligste tredel	Midtre tredel	Beste tredel
6.31-32	Psykisk helse: Forhøyet dødelighet	<input checked="" type="checkbox"/>		
6.33	Kreft: Mammografiscreening			<input checked="" type="checkbox"/>
6.34	Kreft: fem års overlevelse brystkreft			<input checked="" type="checkbox"/>
6.35	Kreft: Dødelighet ved brystkreft			<input checked="" type="checkbox"/>
6.36	Kreft: Fem års overlevelse tarmkreft (colon)			<input checked="" type="checkbox"/>
6.37	Kreft: Fem års overlevelse endetarmskreft (rectal)			<input checked="" type="checkbox"/>
6.38	Kreft: dødelighet ved tarmkreft (colorectal)	<input checked="" type="checkbox"/>		
6.39	Kreft: forekomst leukemi hos barn	<input checked="" type="checkbox"/>		
6.40	Kreft: Fem års overlevelse leukemi barn	<input checked="" type="checkbox"/>		
6.41	Kreft: Leukemi dødelighet hos barn			<input checked="" type="checkbox"/>
6.42	Smittsomme sykdommer: barnevaksinasjon meslinger		<input checked="" type="checkbox"/>	
6.42	Smittsomme sykdommer: Barnevaksinasjon difteri, stivkrampe og kikhoste		<input checked="" type="checkbox"/>	
6.44	Smittsomme sykdommer: influensavaksinasjon eldre	<input checked="" type="checkbox"/>		

Ressurser i helsetjenesten

Utgifter og finansiering

OECD har rapportert på helseutgifter per innbygger og helseutgifter som prosentandel av BNP fra den første Health at a Glance rapporten i 2001. Hvor stor andel av helseutgiftene som er offentlig finansiert har også inngått i rapporteringen fra begynnelsen av (19).

Norge oppga ikke helseutgifter per innbygger da, ei heller andel av BNP, men rapporterte på veksten av helseutgifter i årene 1970–1998, i likhet med hvor stor det offentliges andel av helseutgiftene var. Den gang var Norge det landet som hadde høyest økning i helseutgiftenes andel av BNP, samtidig som det var størst nedgang i det offentliges andel av finansiering av helsetjenester. Norge har senere deltatt i rapportering på lik linje med andre OECD-land, og en kan følge utviklingen over tid.

I 2016 fikk OECD i oppdrag av Helse- og omsorgsdepartementet å analysere helseutgiftene i Norge i forhold til sammenlignbare høy-inntekts land. Rapporten ble publisert tidlig i 2017 og har en grundig gjennomgang både av metoder for å måle utgifter til helse, og til resultater. Norge har relativt høy andel av utgifter til institusjonsbasert omsorg for eldre. En stor del av befolkningen er yrkesaktiv og det antas å øke behovet for institusjonsbasert eller formalisert omsorg. Prisenivået i sykehus-sektoren kobles både til bemanning- og aktivitetsnivå. OECD viser her til utfordringer med data grunnlag, og det er behov for videre analyse og validering av data. Kort oppsummert sier rapporten at datagrunnlaget er tilstrekkelig godt validert, at helseutgifter per innbygger er blant de høyeste, men som forventet ut fra den velstand og demografiske struktur vi har i landet (20).

Sammenligner en totale utgifter til helsetjenesten i en felles valuta (USD) og fordeler på innbyggere i landet, samt justerer for forskjeller i kjøpekraft er USA fortsatt det landet i verden som bruker mest på helsetjenesten, godt foran Sveits og Luxembourg som bruker noe mer enn Norge. De totale helseutgiftene i USA ble estimert til 9892 USD PPP per innbygger. Tilsvarende tall for Sveits var 7919 USD og for Norge var det 6647 USD. Snittet for OECD var på 3997 USD. Veksten i helseutgiftene er nå mer normalisert etter en periode preget av den økonomiske krisen i årene 2008–2009. I Norge er veksten på 1,8 prosent fra 2009 til 2016, da beregnet av BNP for Fastlands-Norge. Norge er det eneste landet som har justert for endringer i priser i olje- og gassproduksjonen. Det er derfor utfordrende å sammenligne veksten i utgifter til helse med andre oljeproduserende land som for eksempel USA, Canada og Storbritannia.

Helseutgiftenes andel av BNP i Norge er nå 10,5 prosent, på samme nivå som Nederland (se tabell 4). De land som bruker størst andel av BNP på helse er USA med 17,2 prosent, Sveits bruker 12,4 prosent og Tyskland bruker 11,3 prosent. Sverige er det nordiske landet som bruker størst andel av BNP på helse med elleve prosent, deretter kommer Norge før Danmark med 10,4 prosent før Finland med 9,4 prosent. Island bruker 8,6 prosent, og da er investeringer inkludert. OECD publiserer også en oversikt over hvor stor andel av BNP investeringer i helsesektoren utgjør. Norge ligger på snittet i OECD med 0,5 prosent, Sverige noe over snitt med 0,6 prosent og i Danmark er andelen 0,6 prosent. Det er marginale forskjeller mellom landene, analyser over tid viser at bruttoinvestering nå er svakt økende.

Tabell 4 Utgifter til helsetjenesten. Norge relativt til andre europeiske land

Figur i HAG	Indikator	Laveste tredel	Midtre tredel	Høyeste tredel
7.1	Helseutgifter per innbygger			<input checked="" type="checkbox"/>
7.3	Helseutgifter i prosent av BNP			<input checked="" type="checkbox"/>
7.16	Bruttoinvestering i helse, andel av BNP		<input checked="" type="checkbox"/>	

Arbeidsstyrke og helsepersonell

OECD har i mange år fulgt utviklingen på arbeidsmarkedet i OECD-landene ved å følge med på dekningsgrad av ulike personellgrupper, utdanning av helsepersonell, lønnsnivået i sektoren og migrasjon av helsepersonell (se tabell 5). Årets rapport ser spesielt på utviklingen av sysselsetting for hele helse – og sosialsektoren, ettersom det er en sektor i endring både med hensyn til volum og med hensyn til innhold. De demografiske endringene ved en aldrende befolkning vil endre etterspørselen etter tjenester, samtidig som en forventer at helse- og omsorgstjenesten endrer seg både med hensyn til hvordan den fungerer og hvem som leverer tjenester.

Arbeidsstyrken i helse- og sosialsektoren økte i gjennomsnitt med 42 prosent i årene fra 2000 til 2015 i OECD-landene, og andelen sysselsatte i sektoren er størst, mellom 15 og 20 prosent, i Nederland og de nordiske landene foruten Island. OECD benytter antall utdannet helsepersonell som en strukturindikator for tilgang på helsetjenester (21). De ser på tilgjengelighet på leger og helsepersonell, på forholdet mellom antall leger og sykepleiere og på antall konsultasjoner per lege. Sammenlignet med andre OECD-land har Norge mange leger og sykepleiere som er ansatt i helsevesenet. I Norge var det 4,4 praktiserende leger per 1000 innbyggere i 2015, mens gjennomsnittet for OECD var på 3,4 lege per 1000 innbygger. Hellas, Østerrike og Portugal har høyere legetetthet. I de nordiske landene er det Finland som har lavest legedekning med 3,2 leger per 1000 innbygger, mens Sverige og Danmark har henholdsvis 4,2 og 3,7 lege per 1000 innbygger.

OECD har også sett på hvor stor andel av leger som er 55 år eller eldre. Norge er blant de land som har lavest andel eldre leger med 25,2 prosent. Snittet for OECD er på 34,5, i Danmark er andel eldre leger på 37,4 prosent, i Sverige er den 32,7 prosent og i Finland er den 26,7 prosent. Island har den høyeste andel eldre leger av de nordiske landene med 42,9 prosent. Det har også vært en økning på nærmere 15 prosent i andel kvinnelige leger i Norge fra 2002 til 2015, fra 33,5 til 47,6 prosent. Andel kvinnelige leger er ganske lik i Danmark, Sverige og Norge, mens i Finland er kvinneandelen 57,7 prosent. Andel kvinnelige leger på Island er også økende og er nå på 37,4 prosent.

OECD har også sett forholdet mellom antall sykepleiere og antall leger. Japan, Finland og Danmark har flest sykepleiere i forhold til leger, med 4,6 sykepleiere per lege, deretter følger Sveits, USA, Luxembourg før Island og Norge. Island har 4,1 og Norge har 3,9 sykepleier per lege. Av de nordiske landene er det Sverige som har lavest antall sykepleiere per lege, med 2,7 per lege, det er rett under OECD-snittet på 2,8.

Kun Sveits har flere yrkesaktive sykepleiere enn Norge, med 18 sykepleiere per 1000 innbygger, Norge har 17,3 og Danmark har 16,7 sykepleiere per 1000 innbygger. Island har 15,5, Finland har 14,7 og Sverige har 11,1 per 1000 innbyggere. Kategorien

inkluderer både offentlig og privat ansatte syke- og hjelpepleiere, enten de jobber med pasientbehandling, utdanning eller administrasjon. Pleiemedhjelpere og jordmødre regnes ikke med i denne kategorien. Det er forskjeller i rapportering fra de ulike landene. I Norge og flere andre land er jordmødre utdannet som sykepleiere før de spesialiserer seg som jordmor, og er i enkelte tilfeller inkludert i rapporteringen. Hellas og Østerrike inkluderte kun sykehusansatt pleiepersonell og Tyskland ekskluderer sykepleiere som arbeider med omsorg for eldre.

Norge er blant de land som har størst andel leger med utdanning fra utlandet. Kun Israel, New Zealand og Irland har en større andel leger som har utdanning fra annet land. Totalt har 38,1 prosent av legene i Norge utdanning fra utlandet. Snittet for OECD landene er 16,9 prosent. I Sverige er andel leger med utdanning fra annet land 27,1 prosent, i Finland 19 prosent, og i Danmark 5,3 prosent. For sykepleiere er mønsteret det samme, men andel sykepleiere med utdanning fra annet land er mye lavere. I Norge har 9,1 prosent av sykepleiere utdanning fra annet land, mens snittet for OECD er på 5,9 prosent. I Sverige er andelen 2,7 prosent, i Finland 1,8 prosent og i Danmark 1,2 prosent. New Zealand, Sveits, Australia og Storbritannia er de landene som har høyest andel sykepleiere med utdanning fra annet land.

OECD publiserer også indikatorer for lønnsnivå til leger og pleiepersonell, og sammenligner med gjennomsnittslønn til ansatte i alle sektorer i et land. Det er imidlertid svært store utfordringer knyttet til hvordan lønn rapporteres i de ulike landene. OECD angir ikke noe gjennomsnitt for OECD, og rangerer ikke landene. Ser en på de nordiske landene tjener leger med spesialistutdanning i Danmark og Finland 2,6 ganger gjennomsnittslønn, mens for Island og Sverige tjener leger med spesialistutdanning henholdsvis 2,4 og 2,3 ganger gjennomsnittslønn. I Norge tjener leger med spesialistutdanning 1,8 ganger mer enn gjennomsnittslønnen i landet.

Tabell 5 Ressurser i helsetjenesten- Helsepersonell

Figur i HAG	Indikator	Laveste tredel	Midtre tredel	Høyeste tredel
8.1	Arbeidsstyrken I helse- og sosialsektoren, andel av totalt arbeidsstyrke			<input checked="" type="checkbox"/>
8.3	Antall praktiserende leger pr. 1000 innbygger			<input checked="" type="checkbox"/>
8.5	Andel leger over 55 år	<input checked="" type="checkbox"/>		
8.6	Andel kvinnelige leger		<input checked="" type="checkbox"/>	
8.12	Antall praktiserende sykepleiere pr. 1000 innbygger			<input checked="" type="checkbox"/>
8.13	Antall sykepleiere per lege			<input checked="" type="checkbox"/>
8.19	Andel leger utdannet i utlandet			<input checked="" type="checkbox"/>
8.20	Andel sykepleiere utdannet i utlandet			<input checked="" type="checkbox"/>

Sammenligner en lønnen for sykepleiere som arbeider på sykehus med gjennomsnittslønnen, ligger sykepleiere i Norge omtrent på gjennomsnittslønn. I Finland er sykepleieres lønn 0,9, altså rett under gjennomsnittslønnen og i Danmark rett over, på 1,06 av gjennomsnittslønn. Hverken Island eller Sverige har rapport på lønnsnivå for sykepleiere i sykehus. For sykepleiere har OECD beregnet at gjennomsnittet er 1,13. I tillegg har OECD beregnet en kjøpekrafts-justert variant av sykepleieres lønn angitt i US

dollar. Gjennomsnittet for OECD er da 47 000 USD, og finsk sykepleierlønn blir da 42 000 USD, norske sykepleiere har 54 000 USD og danske sykepleiere 59 000 USD.

Aktivitetsnivå i helsetjenesten

OECD har helt fra den første Health at a Glance rapporten i 2001 undersøkt hvor mange legekonsultasjoner det er per person i de ulike land. De første rapporteringene der Norge deltok ble publisert i Health at a Glance 2013, der det var registrert 5,2 konsultasjoner per person i Norge. Den gang var det rett under gjennomsnittet i OECD og noen flere konsultasjoner per innbygger enn i Danmark. I årets rapport har Danmark registrert 4,4 legekonsultasjoner per innbygger, mens Finland og Norge har 4,3 konsultasjoner per innbygger (se tabell 6). Gjennomsnittet for OECD har økt til nærmere syv. Island har flest legekonsultasjoner av de nordiske lande med 5,9 og Sverige har færrest med 2,9.

Omfang av konsultasjoner er beregnet fra pasientadministrative databaser, med unntak av enkelte land som rapporterer ut fra brukerundersøkelser. Norge har bare rapportert konsultasjoner som mottar refusjon fra Helfo. I Norge og mange andre land må pasienter konsultere en fastlege for å få henvisning til spesialist/spesialisthelsetjeneste, noe som kan føre til økt forbruk av legetjenester. Organisering av tjenester, hvor sykepleiere eller annet helsepersonell har ansvar for en del konsultasjoner, kan bidra til en lav skår, som for eksempel er tilfelle i Sverige.

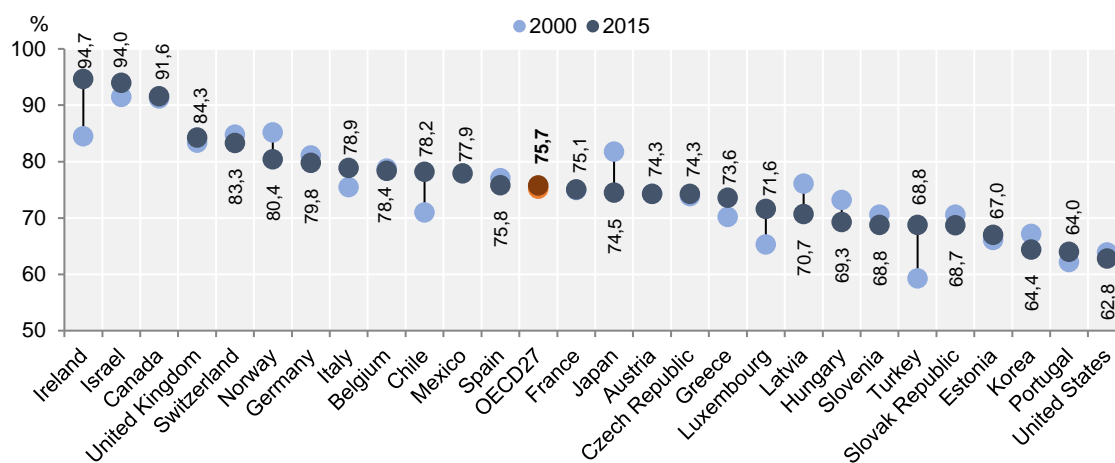
På bakgrunn av informasjon om antall konsultasjoner per innbygger, samt antall leger i et land beregner OECD også antall konsultasjoner per lege. Alle de nordiske landene ligger under gjennomsnittet for OECD som er på 2259 konsultasjoner per lege. Sverige har færrest konsultasjoner per lege med 692, Norge har 976. Danmark har noen flere konsultasjoner per lege med 1230, mens Finland har 1310 og Island har flest av de nordiske landene med 1619 konsultasjoner per lege.

De siste femten årene har OECD rapportert på dekningsgraden av medisinsk teknisk utstyr. Gjennomsnittet for OECD er på 15,9 MRI-skannere per million innbygger og dekningsgraden for CT-skannere er på 25,7 per million innbyggere. Hverken Norge eller Sverige rapporterer på dekningsgraden av medisinsk-teknisk utstyr.

OECD undersøker også volum og kapasitet for sykehusbehandling. Når det gjelder mål for kapasitet beregner Norge nå sengekapasitet etter samme metode som de andre landene, og en kan bedre sammenligne resultatene med de andre landene. For de som ønsker mer presise beregninger av sengekapasitet for norske forhold, har SSB mer robuste beregninger publisert på sine nettsider (22). I 2015 var det 3,8 sykehussenger per 1000 innbyggere i Norge, der snittet for OECD-landene var på 4,7. Finland er det nordiske landet som har høyest sengekapasitet på sykehus med 4,4 senger per 1000 innbyggere. De andre nordiske landene har mindre sengekapasitet enn Norge, Island har 3,1 senger per 1000 innbyggere, Danmark har 2,5 og Sverige har 2,4 senger per 1000 innbyggere. Sammenligner en imidlertid sengekapasiteten etter funksjon og akuttbehandling, justeres resultatet noe, Norge har da høyest sengedekning etterfulgt av Finland, Island, Danmark og Sverige. Norge er det eneste nordiske landet som har rapportert på sengebelegg, hvor stor grad sengene blir benyttet. Sengebelegget for Norge er på 80,4 prosent, snittet for OECD er på 75,7 (se figur 4).

OECD benytter antall utskrivninger fra sykehus etter minst en natts opphold som ett mål for volum, det andre målet er gjennomsnittlig liggetid. De to indikatorene sier noe om

aktivitetene på sykehus, og blir påvirket av flere faktorer, som sykehusenes sengekapasitet, primærhelsetjenestens innsats for å forhindre unødige innleggelse (god forebygging), samt tilgangen på andre behandlingsplasser som rehabilitering og intermediære sengeplasser for de som er for friske til å være på sykehus, men for syke til hjemmebasert omsorg. Også ny teknologi og økende bruk av dagbehandling/kirurgi



Figur 4 Sengebelegg i OECD-landene, 2000 og 2015 (fig.9.9 i Health at a Glance 2017).

uten etterfølgende overnatting på sykehus, bidrar til å endre utskrivingsraten på sykehus. Undersøkelser viser at det er store forskjeller på mellom de ulike land i OECD, men det er også store regionale forskjeller mellom sykehus i ulike land.

Norge har inkludert utskrivinger samme dag i beregning av utskrivinger på sykehus. Det har også USA, Japan, Chile og Slovakia. Norge har da 164 utskrivinger per 1000 innbyggere og er noe over snittet for OECD på 156 utskrivinger per 1000 innbyggere. Finland har flere enn Norge og Danmark, Sverige og Island har færre enn Norge. Ettersom de landene ikke har oppgitt å inkludere dag-kirurgi er resultatene ikke direkte sammenlignbare.

OECD har beregnet gjennomsnittlig liggetid basert på rapportering fra 35 land, og innleggelse i vanlige sykehus (acute care hospitals) til å være 7,8 dager. Finland er det nordiske landet som har høyest liggetid med 9,4 dager, deretter kommer Norge med 6,7 dager, Island har 6,3 dager og Sverige har 5,9 og i Danmark er liggetiden 5,5 dager. Ser en på liggetid for barsel (gjennomsnitt etter normal fødsel) er snittet for OECD 2,9 dager. Liggetiden i Norge er på 3,1 dager, i Finland er barseltiden på 2,9 dager, i Danmark på 2,4 dager, Sverige på 2,3 dager og på Island er den 1,7 dager.

I gjennomsnitt er liggetiden etter hjerteinfarkt 6,5 dager for alle OECD-landene. Norge har kortest liggetid av alle land med 3,7 dager, tett fulgt av Danmark som har 4 dager, Sverige har 4,3 dager og Island har liggetid på 5,5 dager. Her må det bemerkes at i Norge er nesten 40 prosent av registrerte sykehusopphold for hjerteinfarkt pasienter opphold etter overføring fra annet sykehus. Det har sammenheng med hvordan behandling av denne pasientgruppen er organisert. Finland er det nordiske landet som har lengst liggetid og er rett under snittet for OECD med 6,1 dager.

Sveits, Tyskland, Østerrike, Belgia, Finland og Norge har den største insidensen av hofteproteseoperasjoner, tett fulgt av Frankrike, Danmark og Sverige. Gjennomsnittet for OECD er på 166 og Norge har 244 hofteoperasjoner per 100 000 innbyggere. Norge har færrest kneproteseoperasjoner i Norden med 101 operasjoner per 100 000

innbyggere, mens de øvrige nordiske landene ligger over gjennomsnittet for OECD33, som er på 126 per 100 000 innbygger. Finland har flest kneoperasjoner av de nordiske landene med 187 operasjoner.

OECD har også fulgt utviklingen av andel keisersnitt. I gjennomsnitt er det 28 prosent av fødslene i OECD som skjer ved keisersnitt. De land som har lavest andel keisersnitt, mellom 15 og 17 prosent, er Finland, Nederland, Island, Norge, Israel og Sverige. Danmark har en noe høyere andel keisersnitt med 21 prosent. Det har de siste årene vært en økning i andel keisersnitt i OECD, det forklares ved at gjennomsnittsalderen for førstegangsfødende øker, økende andel flere-barns fødsler som følge av assistert befruktning, samt økende andel kvinner som ønsker keisersnitt. Keisersnitt er assosiert med forhøyet risiko for skader og dødelighet både for mor og barn, det er derfor ønskelig å ikke benytte keisersnitt når det ikke er medisinsk betinget. I Norge har gjennomsnittet for andel keisersnitt vært stabil på 17 prosent fra 2005, andel fødsler med keisersnitt er høyest i Helse Sør-Øst og lavest i Helse Vest (23).

OECD har også fulgt utviklingen over hvor stor andel av operasjoner for grå stær (katarakt) som blir utført poliklinisk. Gjennomsnittet for OECD er 87 prosent i 2015, en klar økning fra 60 prosent i 2000. I Canada utføres nå 100 prosent av operasjoner for grå stær som poliklinisk, det vil si uten innleggelse på sykehus. Andelen er svært høy i de nordiske landene, med 99 prosent for Danmark og Finland, 98 prosent for Sverige og 96 prosent for Norge.

Tabell 6 Aktivitet i helsetjenesten. Norge relativt til andre OECD-land

Figur i HAG	Indikator	Laveste tredel	Midtre tredel	Høyeste tredel
9.1	Antall legekonsultasjoner per innbygger			<input checked="" type="checkbox"/>
9.2	Antall konsultasjoner per lege	<input checked="" type="checkbox"/>		
9.7	Antall senger per innbygger		<input checked="" type="checkbox"/>	
9.9	Andel sengebelegg			<input checked="" type="checkbox"/>
9.10	Antall utskrivinger per 1000 innbygger		<input checked="" type="checkbox"/>	
9.13	Gjennomsnittlig liggetid, sykehus	<input checked="" type="checkbox"/>		
9.15	Gjennomsnittlig liggetid, hjerteinfarkt	<input checked="" type="checkbox"/>		
9.16	Andel hofteoperasjoner < 48t			<input checked="" type="checkbox"/>
9.20	Andel keisersnitt	<input checked="" type="checkbox"/>		
9.22	Andel grå stær-operasjoner		<input checked="" type="checkbox"/>	

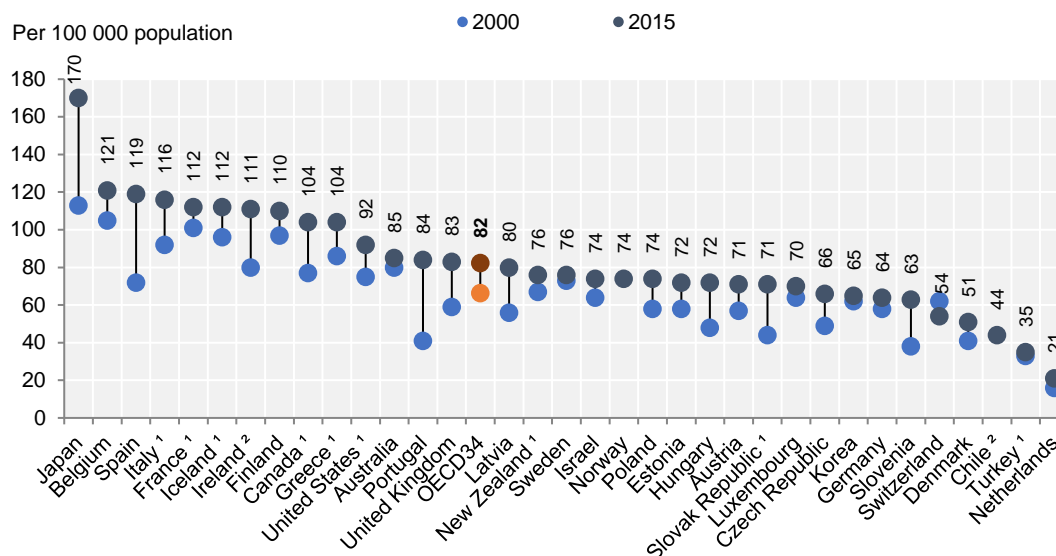
Legemidler

Legemiddelmarkedet er i endring, det gjelder både utgifter og finansiering, farmasøyt- og apotekdekning og legemiddelforbruk. OECD inkluderer derfor en egen analyse av legemiddelsektoren (se tabell 7).

I kostnadsanalysene er legemidler på sykehus og institusjoner ikke inkludert for noen av landene. Om forbruk på sykehus inkluderes antas det at utgiftene vil øke med 10–20 prosent. Det er også utfordringer med å sammenligne forbruk i ulike land ettersom det er ulik praksis for registrering av legemidler for polikliniske pasienter på sykehus, i enkelte land registres de som kurativ behandling i sykehus, i andre land inngår de i legemiddelregnskapet. Av totale utgifter til legemidler kjøpt på apotek i Norge, er 58 prosent finansiert statlig, mens de resterende 42 prosent betales av brukerne. Når OECD beregner utgifter på legemidler per innbyggere, ligger Norge på den laveste tredjedelen. Norge har ikke skilt mellom reseptpliktige og reseptfrie legemidler, som de andre nordiske nabolandene har gjort. Island og Danmark ligger under Norge i totale utgifter, mens Sverige og Finland ligger over. De senere årene, fra 2009–2015, har den årlige veksten i utgifter til legemidler i Norge lagt på to prosent, en av sterkeste vekstene blant OECD-landene; kun Sør-Korea, Japan og Latvia har hatt sterkere vekst med henholdsvis 2,1, 3,1 og 3,8 prosent.

Apotekenes rolle er i endring i mange land. I tillegg til å formidle legemidler, kan apotek også bidra direkte i pasientbehandling som for eksempel i Irland hvor apotekene kan bistå med influensavaksinasjon. I Norge er dekningsgraden av farmasøyter 74 per 100 000 innbyggere (se figur 5). Det er noe under OECDs gjennomsnitt på 82 farmasøyter per 100 000 innbyggere. Av de nordiske landene har Finland flest farmasøyter med 110, Sverige har 76, mens Danmark har 51. Det har vært en økning i gjennomsnittlig antall farmasøyter i OECD fra 2000 til 2015, fra 66 til 82 farmasøyter per 100 000 innbyggere. Norge har ikke rapportert farmasøytdekning for 2000 og inngår derfor ikke i beregningen av gjennomsnittet. I Norge ble tilgang på farmasøyter diskutert i forbindelse med behandling av legemiddelmeldingen på Stortinget våren 2017. Det kan framstå som om Norge mangler farmasøyter og det vises til at halvparten av farmasøytene som ble autorisert i Norge i 2016 hadde utdanning fra utlandet (24).

Et annet fellestrekk for de nordiske landene er at andelen apotek er lavere enn gjennomsnittet for OECD som var på 25,1 apotek per 100 000 innbyggere. Island hadde høyest dekning med 20,2 apotek per 100 000 innbyggere, dekningsgraden for Norge var 15 apotek per 100 000 innbyggere, og lavest dekning hadde Danmark 3,9 apotek per 100 000 innbyggere.



Figur 5 Antall farmasøyter i befolkningen, utvikling fra 2000 til 2015 (fig. 10.4 i Health at a Glance 2017).
 1. Data include not only pharmacists providing direct services to patients, but also those working in the health sector as researchers, for pharmaceutical companies, etc. 2. Data refer to all pharmacists licensed to practice.
 Source: OECD Health Statistics 2017.

Legemiddelforbruket for blodtrykksnedsettende medisiner ligger noe under gjennomsnittet i OECD-landene, mens for kolesterolnedsettende medisiner ligger Norge klart over gjennomsnittet. I bruken av antidepressiva medisiner ligger Norge på gjennomsnittet, mens Danmark, Sverige og Finland alle ligger over. I Norge er andelen som blir brukt på generiske (farmasøytisk byttbare) legemidler 49 prosent, rett under OECD-landenes gjennomsnitt på 50 prosent. Danmark ligger noe over med 57 prosent, mens Finland noe under med 40 prosent.

Tabell 7 Indikatorer for legemidler. Norge relativt til andre OECD-land

Figur i HAG	Indikator	Laveste tredel	Midtre tredel	Høyeste tredel
10.1	Utgifter til legemidler, apotek		<input checked="" type="checkbox"/>	
10.2	Utgifter legemidler per innbygger	<input checked="" type="checkbox"/>		
10.3	Årlig vekst i legemiddelutgifter	<input checked="" type="checkbox"/>		
10.4	Praktiserende farmasøyter		<input checked="" type="checkbox"/>	
10.5	Apotektetthet	<input checked="" type="checkbox"/>		
10.6	Konsum av blodtrykksnedsettende medisin		<input checked="" type="checkbox"/>	
10.7	Konsum av kolesterolnedsettende medisin			<input checked="" type="checkbox"/>
10.9	Konsum av antidepressiva		<input checked="" type="checkbox"/>	
10.10	Andel av totalt marked i bruk av generiske legemidler		<input checked="" type="checkbox"/>	

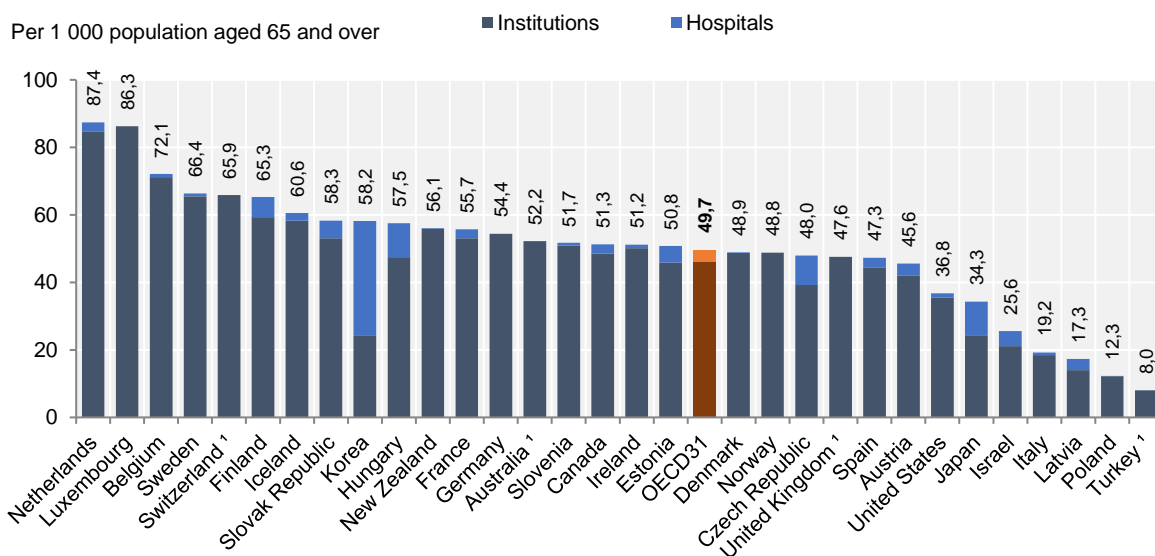
Aldring og helsetjenester

«Health at a Glance» har siden 2011 samlet informasjon om aldring og helsetjenester i et eget kapittel. OECD publiserer, med utgangspunkt i eksisterende populasjon forventede endringer i befolknings sammensetningen fram til år 2050. Helsen til eldre, samt helsetjenester og forhold i tilknytning til tjenestebehovet for eldre blir beskrevet.

Beregninger om forventet levealder etter fylte 65 år var i snitt 20 år for Norge Sverige, Finland og Island og 19 år i Danmark. Det er gjennomgående kjønnsforskjeller i alle OECD-landene hvor kvinner kan forvente å leve i gjennomsnitt tre år lenger enn menn. Det vil også bli flere som lever lenger, fra 2015 til 2050 forventes det at andelen som er over 65 år, vil øke med 7,5 prosent i Norge. Det er noe mindre økning i den eldste del av den aldersgruppen, de som er over 80 år, veksten der er beregnet til 4,5 prosent.

Forventingene til endring er om lag på samme nivå i de andre nordiske landene. Sverige, Danmark og Finland får en økning på mellom fem og seks prosent for aldersgruppen over 60 år, og også relativ lik endring i andel av de eldste eldre, som er over 80 år. I Norge kan en regne med at nesten hver fjerde innbygger er over 65 år i 2050, og nærmere ni prosent av befolkningen vil være over 80 år.

Det er også varierende hvor mange leveår med god helse en kan forvente i OECD-landene. Island og Norge er de land, etter Sverige, hvor en kan forvente flest gode leveår; 15,3 år. I Sverige er det beregnet mer enn seksten gode leveår, det er tolv flere år med god helse enn i Slovakia, hvor en kan forvente fire år. De samme forhold gjenspeiles også i indikatorene for egenopplevd helse og opplevelse av helsemessige begrensninger i daglig aktivitet. Også der kommer de nordiske landene godt ut ved at det er få som opplever helsemessige begrensninger i daglig aktivitet.



Figur 6 Antall sengeplasser pleie- og omsorg (long-term-care) for eldre (>65 år) (fig 11.22 i Health at a Glance 2017). 1. The numbers of long-term care beds in hospitals are not available for Australia, Switzerland, Turkey and the United Kingdom. Source: OECD Health Statistics 2017.

Det er færre land som rapporterer på organisering av eldreomsorg, kun 19 land har rapport på aldersgruppen som er på institusjon, og noe færre, seksten land har rapportert på andel av eldre som mottar pleie i eget hjem. Norge har hatt en utvikling av eldreomsorg som er noe annerledes enn i de andre nordiske landene og har redusert sengebelegget på for langtids pleie fra 2005 til 2015. Både i Danmark og i Norge er det knapt 50

sengeplasser per 1000 eldre, i Sverige og Finland er det nærmere 65 sengeplasser per 1000 eldre (figur 6). Norge er blant de få landene hvor andelen eldre på institusjon er redusert fra 2005 til 2015 (25).

Konklusjon

OECD har fra 2001 publisert indikatorer som viser ulike sider ved helsesystemer i medlemslandene. Det systematiske arbeidet med å utvikle gode indikatorer for helse og helsetjeneste bidrar til å bedre kvaliteten på og tilgangen til data om helsetjenesten både nasjonalt og internasjonalt.

Oversikten over helsestatus viser at den norske befolkningen stort sett har god helse og gode levevaner sammenlignet med de andre OECD-landene. Resultatene fra OECD viser at menn og kvinner i Norge kan forvente flere gode leveår enn i mange andre land, og vi har relativt lav dødelighet som følge av hjertekarsykdommer sammenlignet med de andre OECD landene. Det ser ut til at arbeidet med å bevisstgjøre på livsstilsfaktorer som påvirker helsen, har effekt. Det er færre som røyker og drikker mye, og andel med sykkelig overvekt er lavere enn i andre land. Norge er også bedre enn gjennomsnittet i OECD når det gjelder universell tilgang på helsetjenester i befolkningen, men nær gjennomsnittet for egenbetaling fra pasienter. Antall sykehjemssenger er redusert i Norge og er lavt i forhold til andre OECD-land.

Primærhelsetjenesten i Norge har utfordringer i forhold til omsorg for pasienter med kroniske lidelser. Det vises ved andel ikke-planlagte innleggelser for astma og kols er høyt, samt at relativt mange diabetespasienter må amputere fot eller ben. Relativt mange pasienter rapporterer problemer med kommunikasjon med fastlegen. Det gjelder opplevelse av at legen har nok tid, forklarer forståelig, samt involverer pasienten. Forskjeller i forventning til lege kan påvirke resultatet. Ser en på ressurser i helsetjenesten har leger i andre land flere konsultasjoner enn norske leger. En kunne da forvente at pasienter i andre land ville rapporterte at legene ikke hadde nok tid oftere enn det norske pasienter gjør. Her er det behov for mer kunnskap.

Norge har fortsatt god kvalitet i helsetjenesten, det vises særlig på de alvorlige tilstandene som hjerneslag og kreft. Norge har lavt forbruk av antibiotika, men høyere forbruk av angst- eller sovemedisin for eldre. Det er registrert høyere forekomst av enkelte typer kreft i Norge enn i de fleste OECD-land. Vi vet ikke om dette skyldes høyere forekomst av ulike krefttyper, eller at en er bedre til å diagnostisere forekomsten av kreft i ulike aldersgrupper.

Norge har høye utgifter til helsetjenesten; rapporten fra OECD som særskilt analyserte utgiftsnivået til Norge sammenlignet med andre høyinntektsland, viste til demografiske forhold og strukturen på helsetjenesten som forklaring. Prisenivået i sykehussektoren kobles både til bemanning- og aktivitetsnivå. OECD viser her til utfordringer med data grunnlag, og det er behov for videre analyse og validering av data.

Internasjonale data innebærer en forenkling sammenlignet med nasjonale data. Det er derfor viktig å bruke kunnskapen fra OECDs analyser inn i en kontekst nærmere den norske helsetjenesten, og videre til regionale forskjeller i Norge. Det er derfor ønskelig å kunne følge de internasjonale indikatorene på et regionalt nivå i Norge, og gjerne med en systematisk videreutvikling av relaterte indikatorer som kan bidra til bedre styringsinformasjon både nasjonalt og lokalt.

Litteraturliste

1. OECD. Health at a Glance : Europe 2010. Paris: Paris, FR: Organisation for Economic Co-operation and Development; 2010.
2. Nguyen KN, Helgeland J, Nokc. Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land. 2010.
3. Carinci F, Van Gool K, Mainz J, Veillard J, Pichora EC, Januel JM, et al. Towards actionable international comparisons of health system performance: expert revision of the OECD framework and quality indicators. International Journal for Quality in Health Care. 2015;27(2):137-46.
4. Helsedirektoratet. Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten Primær- og spesialisthelsetjenesten.
<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/14/Rammeverk-for-et-kvalitetsindikatorsystem-i-helsetjenesten-primer-og-spesialisthelsetjenesten-IS-1878.pdf>: Helsedirektoratet, Helsedirektoratet; 2010. Report No.: IS-1878 Contract No.: IS-1878.
5. Engholm G FJ, Christensen N, Kejs AMT, Hertzum-Larsen R, Johannesen TB, Khan S, Leinonen MK, Ólafsdóttir E, Petersen T, Schmidt LKH, Trykker H, Storm HH. . NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 7.3 (08.07.2016). 2012 [Available from: <http://www.ancr.nu>].
6. Skriverhaug T, Stene, L. C., Drivvoll, A. K., Strom, H., Joner, G., & Norwegian Childhood Diabet Study Group. Incidence of type 1 diabetes in Norway among children aged 0-14 years between 1989 and 2012: has the incidence stopped rising? Results from the Norwegian Childhood Diabetes Registry. Diabetologia. 2014;57(1):57-62.
7. Åpner data om ungdoms helse fra 41 land [Internet]. 2016. Available from:
8. Grøtvedt L. Røyking og snusbruk i Noreg Folkehelseinstituttet2017 [Available from: <http://www.fhi.no/nettpub/hin/risiko--og-beskyttelsesfaktorer/royking-og-snusbruk-i-noreg/>].
9. Folkehelseinstituttet. Barnevekststudien måler høyde, vekt og livvidde hos 3. klassinger 2016 [Available from: <https://www.fhi.no/studier/barnevekststudien/barnevekststudien-maler-hoyde-vekt-livvidde/>].
10. Folkehelseinstituttet. Om UngVekst 2017 [Available from: <https://www.fhi.no/studier/ungvekst/om-ungvekst2/>].
11. Folkehelseinstituttet. Flere dårlige pasienterfaringer i Norge enn i andre land2016 23.10.2017. Available from: <https://www.fhi.no/nyheter/2016/flere-darlige-pasienterfaringer-i-norge-enn-i-andre-land/>.
12. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for bruk av antibiotika i sykehus: Helsedirektoratet; 2013 [updated 19.06.2013. Available from: <http://helsedirektoratet.no/sites/antibiotikabruk-i-sykehus/generelle-kapitler/rasjonell-antibiotikabruke/Sider/default.aspx>].
13. Hansen TM, Kristoffersen DT, Tomic O, Helgeland J. Kvalitetsindikatoren 30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse. Resultater for 2016. 2017.
14. NorskPasientskadeerstatning. Gjenglemt utstyr under operasjon [updated 4.oktober 2016. Available from: https://www.npe.no/globalassets/dokumenter-pdf-og-presentasjoner/temaark/temaark_gjenglemtutstyr_060916.pdf].
15. Slawomirski L, A. Auraaen, Klazinga N. The economics of patient safety: OECD Publishing.

16. Olsen EF. Levealder og kardiovaskulær død blant personer med alvorlige psykiske lidelser. 2015.
17. Årsrapport 2016 (under publisering). Oslo: Nasjonalt kvalitetsregister for barnekreft; 2016.
18. Riise ØR RK, Bergsaker MAR, Sandbu S, Vainio K. . Plan for eliminering av meslinger og røde hunder (rubella) i Norge Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017.
19. OECD. Health at a Glance 2001: OECD Publishing.
20. Morgan D, M. Gmeinder, Wilkens J. An OECD analysis of health spending in Norway: OECD Publishing.
21. Lambie L, Mattke S, Panel atMotOCC. Selecting Indicators for the Quality of Cardiac Care at the Health Systems Level in the OECD Countries. Paris; 2004 2004. Report No.: 14.
22. Hatlebakk IM. Få ledige senger på norske sykehus? <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/fa-ledige-senger-pa-norske-sykehus>: SSB; 2016 [
23. Mogster D. Faktaark: Fakta om keisersnitt Oslo: Folkehelseinstituttet; 2017 [updated 18.11.2015.
24. Referat fra Stortinget 2016-2017 Møte mandag den 13. mars 2017 Sak nr. 8 Oslo: Stortinget; 2017.

Vedlegg 1: OECDs medlemsland

AUSTRALIA	-MEDLEM FRA 7. JUNI 1971
BELGIA	-MEDLEM FRA 13. SEPTEMBER 1961
CANADA	-MEDLEM FRA 10. APRIL 1961
CHILE	-MEDLEM FRA 7. MAI 2010
DANMARK	-MEDLEM FRA 30. MAI 1961
FINLAND	-MEDLEM FRA 28. JANUAR 1969
ESTLAND	-MEDLEM FRA 9. DESEMBER 2010
FRANKRIKE	-MEDLEM FRA 7. AUGUST 1961
HELLAS	-MEDLEM FRA 27. SEPTEMBER 1961
IRLAND	-MEDLEM FRA 17. AUGUST 1961
ISLAND	-MEDLEM FRA 5. JUNI 1961
ISRAEL	-MEDLEM FRA 7. SEPTEMBER 2010
ITALIA	-MEDLEM FRA 29. MARS 1962
JAPAN	-MEDLEM FRA 28. APRIL 1964
LATVIA	-MEDLEM FRA 1. JULI 2016
LUXEMBOURG	-MEDLEM FRA 7. DESEMBER 1961
MEXICO	-MEDLEM FRA 18. MAI 1994
NEDERLAND	-MEDLEM FRA 13. NOVEMBER 1961
NEW ZEALAND	-MEDLEM FRA 29. MAI 1973
NORGE	-MEDLEM FRA 4. JULI 1961
POLEN	-MEDLEM FRA 22. NOVEMBER 1996
PORTUGAL	-MEDLEM FRA 4. AUGUST 1961
SLOVAKIA	-MEDLEM FRA 14. DESEMBER 2000
SLOVENIA	-MEDLEM FRA 21. JULI 2010
SPANIA	-MEDLEM FRA 3. AUGUST 1961
STORBRIANNIA	-MEDLEM FRA 2. MAI 1961
SVEITS	-MEDLEM FRA 28. SEPTEMBER 1961
SVERIGE	-MEDLEM FRA 28. SEPTEMBER 1961
SØR-KOREA	-MEDLEM FRA 12. DESEMBER 1996
TSJEKKIA	-MEDLEM FRA 21. DESEMBER 1995
TYRKIA	-MEDLEM FRA 2. AUGUST 1961
TYSKLAND	-MEDLEM FRA 27. SEPTEMBER 1961
UNGARN	-MEDLEM FRA 7. MAI 1996
USA	-MEDLEM FRA 12. APRIL 1961
ØSTERRIKE	-MEDLEM FRA 29. SEPTEMBER 1961

Vedlegg2: OECDs dashbord

OECD startet å lage dashbord eller forenklete oversikter for utvalgte indikatorer i 2015. Valg av indikatorer til oversiktene er basert på det OECD anser som helsepolitisk relevant, at indikatorene gir viktig informasjon om helsesystem som det må følges med på, samt at indikatorene er tilgjengelige og lett forståelig.

OECD har laget dashbord for fem områder: helsestatus, risikofaktorer for helsen, tilgang på tjenester, kvalitet i helsetjenesten og ressurser for helsetjenesten. Oversiktene viser resultatene for fire eller flere indikatorer på hvert område for alle land.

Hvert lands plassering er basert på en normalfordelingskurve:

- land som skårer innen ett standardavvik fra gjennomsnittet (enten over eller under) beskrives som nært snitt og markeres i blått
- land som markeres med grønt er mer enn ett standardavvik over gjennomsnittet (bedre)
- land som er rødt er mer enn ett standardavvik under gjennomsnittet (dårligere)

Inndelinger basert på standardavvik betyr at om lag 65% av landene vil plasseres i blå sone, som er +/- ett standardavvik, mens de resterende 35% vil fordele seg på enten rødt eller grønn sone. Hvor stor andel som plasseres i de ulike sonene har også sammenheng med hvor stor variasjon det er. Enkelte områder har liten variasjon og flere land vil da være i blå sone. Fordelen med å benytte standardavvik framfor en strikt inndeling i grupper av land, er at det bedre illustrerer variasjon i indikatoren.

Inndelingen i rødt, blått og grønt gjelder alle oversiktene unntatt ressurser for helsetjenesten. Ettersom ressurser ikke har en entydig sammenheng med kvalitet på tjenester vises det som ulike nyanser av blått og rangeres som «over snitt, nært snitt og under snitt».

Vi gjengir her to av dashbordene, henholdsvis ikke-medisinske helsedetminanter, eller risikofaktorer og kvalitet i helsetjenesten. Bak dashbordene har vi laget en oppsummering av de norske resultatene for de to dashbordene.

OECD publiserer også «snapshots» for indikatorene som inngår i disse oversiktene. De viser variasjon for den enkelte indikator ved å vise gjennomsnittet for OECD, samt resultatene for de to landene som skårer best og dårligst, samt utviklingen av OECD snittet de siste fem årene.

For en full oversikt vises det til OECD rapporten Health at a Glance 2017 som er publisert her:

<http://www.oecd.org/health/>

Oppsummering av Norges resultater i OECDs dashbord-oversikt 2 og 4

Indikator	Dårligere en OECD gjennomsnitt	Nærme OECD gjennomsnitt	Bedre enn OECD gjennomsnitt
Forventet levetid ved fødsel, menn		<input checked="" type="checkbox"/>	
Forventet levetid ved fødsel, kvinner		<input checked="" type="checkbox"/>	
Forventet levetid ved 65 årsalder		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dødelighet av hjerteinfarkt og hjerneslag		<input checked="" type="checkbox"/>	
Demensprevalens		<input checked="" type="checkbox"/>	
Daglig røykere			<input checked="" type="checkbox"/>
Alkoholforbruk			<input checked="" type="checkbox"/>
Fedme		<input checked="" type="checkbox"/>	
Luftforurensing		<input checked="" type="checkbox"/>	
Innleggelse astma og kols		<input checked="" type="checkbox"/>	
Foreskriving av antibiotika		<input checked="" type="checkbox"/>	
Dødelighet hjerteinfarkt			<input checked="" type="checkbox"/>
Overlevelse tarmkreft (colon)		<input checked="" type="checkbox"/>	
Traume ved fødsel (bruk av instrument)		<input checked="" type="checkbox"/>	
Forsikringsdekning i populasjonen (Norge 100 % dekning)		<input checked="" type="checkbox"/>	
Andel egenandel, % av totalt husholdningsbudsjett		<input checked="" type="checkbox"/>	
Konsultasjoner hoppet over grunnet kostnad		<input checked="" type="checkbox"/>	
Ventetid operasjon for grå stær		<input checked="" type="checkbox"/>	
Helseutgifter per innbygger			<input checked="" type="checkbox"/>
Antall praktiserende leger pr. 1000 innbygger			<input checked="" type="checkbox"/>
Antall praktiserende sykepleiere pr. 1000 innbygger			<input checked="" type="checkbox"/>
Antall senger pr. 1000 innbygger		<input checked="" type="checkbox"/>	

Table 1.1. Dashboard on health status

	Better than OECD average		Close to OECD average		Worse than OECD average		– Missing data	
	LIFE EXPECTANCY (M)	LIFE EXPECTANCY (F)	LIFE EXPECTANCY (65)	ISCHAEMIC MORTALITY	DEMENTIA PREVALENCE			
	Years of life at birth, males	Years of life at birth, females	Years of life at age 65, total	Age-standardised rate per 100 000 population	Cases per 1 000 population			
OECD	77.9	83.1	19.5	112	14.8			
Australia	80.4	84.5	20.9	85	14.2			
Austria	78.8	83.7	19.7	131	18.0			
Belgium	78.7	83.4	19.9	54	18.0			
Canada	79.6	83.8	20.2	93	13.0			
Chile	76.5	81.7	18.5	64	11.7			
Czech Republic	75.7	81.6	17.7	237	10.4			
Denmark	78.8	82.7	19.4	60	16.4			
Estonia	73.2	82.2	18.1	211	14.7			
Finland	78.7	84.4	20.1	147	18.5			
France	79.2	85.5	21.5	39	19.7			
Germany	78.3	83.1	19.5	106	20.2			
Greece	78.5	83.7	19.9	82	19.6			
Hungary	72.3	79.0	16.4	288	10.6			
Iceland	81.2	83.8	20.4	100	13.0			
Ireland	79.6	83.4	19.7	127	11.5			
Israel	80.1	84.1	20.2	64	10.5			
Italy	80.3	84.9	20.6	84	22.5			
Japan	80.8	87.1	21.9	34	23.3			
Korea	79.0	85.2	20.3	38	9.6			
Latvia	69.7	79.5	16.6	328	14.6			
Luxembourg	80.0	84.7	20.4	59	13.3			
Mexico	72.3	77.7	17.7	144	7.2			
Netherlands	79.9	83.2	19.8	46	16.1			
New Zealand	79.9	83.4	20.4	129	13.5			
Norway	80.5	84.2	20.3	72	15.1			
Poland	73.5	81.6	17.9	98	9.9			
Portugal	78.1	84.3	19.9	55	19.9			
Slovak Republic	73.1	80.2	16.9	291	8.3			
Slovenia	77.8	83.9	19.5	82	11.8			
Spain	80.1	85.8	21.0	53	19.4			
Sweden	80.4	84.1	20.2	95	18.1			
Switzerland	80.8	85.1	20.9	78	17.2			
Turkey	75.3	80.7	17.8	146	8.0			
United Kingdom	79.2	82.8	19.7	98	17.1			
United States	76.3	81.2	19.3	113	11.6			

Note: All data refer to 2015 or nearest year, except for dementia prevalence, which refers to 2017. Indicators are taken from Chapter 3 (life expectancy, male and female; ischaemic mortality) and Chapter 11 (life expectancy at 65; dementia prevalence).

Source: OECD Health Statistics 2017; OECD analysis of data from the World Alzheimer Report 2015 and the United Nations (for prevalence of dementia).

Table 1.2. Dashboard on risk factors for health

	Better than OECD average		Close to OECD average		Worse than OECD average		– Missing data	
	SMOKING		ALCOHOL		OBESITY		AIR POLLUTION	
	% of population who smokes daily		Liters per capita consumed in a year		% of population with BMI > 30		Mean annual exposure to PM2.5, mg/m3	
OECD	18.4		9.0		19.4		15.1	
Australia	12.4	✔	9.7	●	27.9	✘	5.9	✔
Austria	24.3	✘	12.3	✘	14.7	●	17.0	●
Belgium	18.9	●	12.6	✘	18.6	●	15.6	●
Canada	14.0	●	8.1	●	25.8	●	7.2	✔
Chile	–		7.2	●	–		20.9	●
Czech Republic	18.2	●	11.5	●	18.7	●	21.4	●
Denmark	17.0	●	9.4	●	14.9	●	11.0	●
Estonia	21.3	●	10.3	●	18.0	●	9.4	●
Finland	17.4	●	8.5	●	24.8	●	7.4	✔
France	22.4	●	11.9	✘	17.0	●	12.4	●
Germany	20.9	●	11.0	●	23.6	●	14.0	●
Greece	27.3	✘	7.5	●	17.0	●	13.5	●
Hungary	25.8	✘	10.9	●	30.0	✘	23.1	✘
Iceland	10.2	✔	7.5	●	19.0	●	7.8	✔
Ireland	19.0	●	10.9	●	23.0	●	9.8	●
Israel	19.6	●	2.6	✔	16.6	●	21.1	●
Italy	20.0	●	7.6	●	9.8	✔	19.9	●
Japan	18.2	●	7.2	●	3.7	✔	13.3	●
Korea	17.3	●	9.1	●	5.3	✔	28.7	✘
Latvia	24.1	✘	10.8	●	23.2	●	20.4	●
Luxembourg	14.9	●	11.1	●	22.6	●	16.6	●
Mexico	7.6	✔	5.2	✔	33.3	✘	20.2	●
Netherlands	19.0	●	8.0	●	12.8	●	14.6	●
New Zealand	14.2	●	8.9	●	31.6	✘	5.5	✔
Norway	12.0	✔	6.0	✔	12.0	✔	9.1	●
Poland	22.7	●	10.5	●	16.7	●	24.3	✘
Portugal	16.8	●	9.9	●	16.6	●	9.8	●
Slovak Republic	22.9	●	10.2	●	16.3	●	20.5	●
Slovenia	18.9	●	11.5	●	19.2	●	20.3	●
Spain	23.0	●	9.3	●	16.7	●	9.7	●
Sweden	11.2	✔	7.2	●	12.3	✔	6.2	✔
Switzerland	20.4	●	9.5	●	10.3	✔	12.9	●
Turkey	27.3	✘	1.4	✔	22.3	●	36.4	✘
United Kingdom	16.1	●	9.5	●	26.9	✘	12.4	●
United States	11.4	✔	8.8	●	38.2	✘	8.4	●

Note: All data refer to 2015 or nearest year. Indicators are taken from Chapter 4.

Obesity data reports a mix of measured and self-reported weights, with measured data often being higher and more accurate compared to self-reported weight. Chapter 4 details the country coverage for each measure.

Source: OECD Health Statistics 2017; World Development Indicators (for air pollution).

Table 1.3. Dashboard on access to care

























































































































































	✔ Better than OECD average		● Close to OECD average		✘ Worse than OECD average		– Missing data	
	POPULATION COVERAGE		SHARE OF OUT OF POCKET EXPENDITURE		WAITING TIMES FOR CATARACT SURGERY **		CONSULTATIONS SKIPPED DUE TO COST *	
	% of population covered by insurance		% of final household consumption		Number of days from referral to procedure		Age-sex standardised rate per 100 population	
OECD	97.9		3.0		121		10.5	
Australia	100	●	3.1	●	93	✔	16.2	●
Austria	99.9	●	3.0	●	–	–	–	–
Belgium	99.0	●	3.2	●	–	–	–	–
Canada	100	●	2.2	●	58	✔	6.6	●
Chile	92.1	✘	4.1	✘	103	●	–	–
Czech Republic	100	●	2.3	●	–	–	–	–
Denmark	100	●	2.6	●	87	✔	–	–
Estonia	94.0	●	2.7	●	253	✘	9.7	●
Finland	100	●	3.0	●	103	●	–	–
France	99.9	●	1.4	✔	–	–	8.5	●
Germany	100	●	1.8	✔	–	–	2.6	✔
Greece	86.0	✘	4.4	✘	–	–	–	–
Hungary	95.0	●	4.4	✘	88	✔	–	–
Iceland	100	●	3.1	●	–	–	–	–
Ireland	100	●	2.5	●	–	–	–	–
Israel	100	●	3.4	●	132	●	4.7	●
Italy	100	●	3.1	●	50	✔	4.8	●
Japan	100	●	2.6	●	–	–	–	–
Korea	100	●	5.1	✘	–	–	–	–
Latvia	–	–	3.9	✘	–	–	–	–
Luxembourg	95.2	●	1.4	✔	–	–	–	–
Mexico	92.3	✘	3.6	●	–	–	–	–
Netherlands	99.9	●	2.4	●	37	✔	10.3	●
New Zealand	100	●	2.1	●	73	✔	14.5	●
Norway	100	●	2.9	●	117	●	5.9	●
Poland	91.0	✘	2.5	●	464	✘	33.0	✘
Portugal	100	●	3.8	✘	104	●	8.3	●
Slovak Republic	93.8	✘	2.4	●	–	–	–	–
Slovenia	100	●	2.0	●	–	–	–	–
Spain	99.8	●	3.7	●	105	●	2.8	✔
Sweden	100	●	3.3	●	–	–	3.9	✔
Switzerland	100	●	5.3	✘	–	–	20.9	✘
Turkey	98.4	●	–	–	–	–	–	–
United Kingdom	100	●	1.5	✔	72	✔	4.2	✔
United States	90.9	✘	2.5	●	–	–	22.3	✘

* Poland is excluded from the standard deviation calculation. ** Estonia and Poland are excluded from the standard deviation calculation. The values for Australia and Canada are reported in median number of days, rather than mean.

Note: Data on population coverage, share of OOP and waiting times refers to 2015, consultations skipped due to cost refer to 2016. Indicators are taken from Chapter 5.

Source: OECD Health Statistics 2017; Commonwealth Fund International Health Policy Survey 2016 and other national sources.

Table 1.4. Dashboard on quality of care
















































































































































	 Better than OECD average	 Close to OECD average	 Worse than OECD average	– Missing data	
	ASTHMA AND COPD HOSPITAL ADMISSIONS	ANTIBIOTICS PRESCRIBED	ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION MORTALITY*	COLON CANCER SURVIVAL	OBSTETRIC TRAUMA (INSTRUMENT) **
	Age-sex standardised rate per 100 000 population	Defined daily dose per 1 000 population	Age-sex standardised rate per 100 000 population	Age-standardised survival rate in %	Crude rates per 100 vaginal deliveries
OECD	236	20.6	7.5	62.8	5.7
Australia	371 	23.4 	4.0 	70.6 	7.2 
Austria	330 	14.0 	7.4 	63.7 	–
Belgium	286 	29.2 	7.0 	67.8 	3.4 
Canada	247 	20.8 	5.1 	67.2 	16.9 
Chile	99 	–	11.3 	51.5 	–
Czech Republic	193 	19.6 	6.9 	56.1 	–
Denmark	333 	16.1 	4.0 	61.6 	10.9 
Estonia	137 	12.1 	10.6 	58.4 	3.9 
Finland	184 	17.2 	5.6 	64.8 	3.7 
France	150 	29.9 	5.6 	63.7 	–
Germany	284 	14.4 	7.7 	64.8 	6.4 
Greece	–	36.1 	–	–	–
Hungary	428 	17.0 	–	–	–
Iceland	223 	19.9 	5.9 	68.2 	–
Ireland	411 	25.6 	6.4 	60.5 	4.2 
Israel	259 	21.4 	6.7 	71.7 	1.9 
Italy	64 	27.5 	5.4 	64.1 	1.9 
Japan	58 	–	11.7 	67.8 	–
Korea	309 	24.3 	8.1 	71.6 	–
Latvia	341 	13.3 	13.4 	56.4 	–
Luxembourg	186 	26.3 	7.3 	–	–
Mexico	96 	–	28.1 	–	–
Netherlands	202 	10.7 	5.4 	63.0 	3.2 
New Zealand	363 	25.8 	4.7 	64.0 	8.5 
Norway	261 	15.8 	3.7 	66.6 	2.5 
Poland	234 	26.2 	4.4 	52.8 	0.7 
Portugal	74 	21.3 	7.9 	60.9 	2.5 
Slovak Republic	238 	24.5 	6.4 	51.7 	–
Slovenia	146 	14.5 	6.1 	61.9 	2.1 
Spain	234 	21.6 	7.9 	63.3 	4.8 
Sweden	184 	12.3 	4.2 	64.9 	11.3 
Switzerland	138 	–	5.1 	67.2 	7.4 
Turkey	414 	17.3 	8.6 	54.6 	–
United Kingdom	303 	20.1 	7.1 	60.0 	6.8 
United States	262 	–	6.5 	64.9 	9.6 

Note: All data refer to 2015 or nearest year. Indicators are taken from Chapter 6.

* Mexico is excluded from the calculation of the standard deviation. ** Canada is excluded from the calculation of the standard deviation.

Source: OECD Health Statistics 2017.

Table 1.5. Dashboard on health care resources

	 Above OECD average	 Close to OECD average	 Below OECD average	- Missing data
	HEALTH CARE EXPENDITURE *	DOCTORS PER CAPITA	NURSES PER CAPITA	BEDS PER CAPITA **
	Total spending per capita, USD PPP	Number of practising physicians per 1 000 population	Number of practising nurses per 1 000 population	Number of beds per 1 000 population
OECD	4 003	3.4	9.0	4.7
Australia	4 708 	3.5 	11.5 	3.8 
Austria	5 227 	5.1 	8.1 	7.6 
Belgium	4 840 	3.0 	10.8 	6.2 
Canada	4 753 	2.7 	9.9 	2.6 
Chile	1 977 	2.1 	2.1 	2.1 
Czech Republic	2 544 	3.7 	8.0 	6.5 
Denmark	5 199 	3.7 	16.7 	2.5 
Estonia	1 989 	3.4 	6.0 	5.0 
Finland	4 062 	3.2 	14.7 	4.4 
France	4 600 	3.3 	9.9 	6.1 
Germany	5 551 	4.1 	13.3 	8.1 
Greece	2 223 	6.3 	3.2 	4.3 
Hungary	2 101 	3.1 	6.5 	7.0 
Iceland	4 376 	3.8 	15.5 	3.1 
Ireland	5 528 	2.9 	11.9 	3.0 
Israel	2 822 	3.4 	4.9 	3.0 
Italy	3 391 	3.8 	5.4 	3.2 
Japan	4 519 	2.4 	11.0 	13.2 
Korea	2 729 	2.2 	5.9 	11.5 
Latvia	1 466 	3.2 	4.7 	5.7 
Luxembourg	7 463 	2.9 	11.9 	4.8 
Mexico	1 080 	2.4 	2.8 	1.5 
Netherlands	5 385 	3.5 	10.5 	4.2 
New Zealand	3 590 	3.0 	10.3 	2.7 
Norway	6 647 	4.4 	17.3 	3.8 
Poland	1 798 	2.3 	5.2 	6.6 
Portugal	2 734 	4.6 	6.3 	3.4 
Slovak Republic	2 150 	3.5 	5.7 	5.8 
Slovenia	2 835 	2.8 	8.8 	4.5 
Spain	3 248 	3.9 	5.3 	3.0 
Sweden	5 488 	4.2 	11.1 	2.4 
Switzerland	7 919 	4.2 	18.0 	4.6 
Turkey	1 088 	1.8 	2.0 	2.7 
United Kingdom	4 192 	2.8 	7.9 	2.6 
United States	9 892 	2.6 	11.3 	2.8 

Note: All data refer to 2015 or nearest year, except for health care expenditure, which refers to 2016. Indicators are taken from Chapter 7 (health expenditure), Chapter 8 (doctors and nurses per capita) and Chapter 9 (beds per capita).

* United States is excluded from the standard deviation calculation. ** Japan and Korea are excluded from the standard deviation calculation. For Ireland, private hospitals beds are excluded.

Source: OECD Health Statistics 2017.

Utgitt av Folkehelseinstituttet
November 2017
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403 Oslo
Telefon: 21 07 70 00
Rapporten kan lastes ned gratis fra
Folkehelseinstituttets nettsider www.fhi.no