

2016



## Helse i Norge – 2016

Kommentarrapport til OECDs sammenligning av europeiske land

Utgitt av Folkehelseinstituttet  
Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet  
Avdeling for kvalitet og pasientsikkerhet  
Desember 2016

**Tittel:**

Helse i Norge – 2016: Kommentarrapport til OECDs sammenligning av europeiske land

**Forfattere:**

Ingrid Sperre Saunes  
Oliver Tomic  
Jon Helgeland  
Anne Karin Lindahl

**Bestilling:**

Rapporten kan lastes ned som pdf  
på Folkehelseinstituttets nettsider: [www.fhi.no](http://www.fhi.no)

Rapporten kan også bestilles fra  
Folkehelseinstituttet  
Postboks 4404 Nydalen  
NO-0403 Oslo  
[publikasjon@fhi.no](mailto:publikasjon@fhi.no)  
Telefon: 21 07 82 00  
Telefaks: 21 07 81 05

**Grafisk designmal:**

Per Kristian Svendsen og Grete Sømmer

**Foto omslag:**

Colourbox

ISBN elektronisk utgave: 978-82-8082-793-7

## Forord

Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet deltar i OECD sin ekspertgruppe for utvikling av kvalitetsindikatorer i helsetjenesten. Samarbeidet startet i 2007, og har blant annet omfattet utvikling av indikatorer for pasientsikkerhet og brukererfaringer. Indikatorene som er utviklet er en viktig del av OECDs rapportserie *Health at a Glance*.

Folkehelseinstituttets registre og fagmiljøer bidrar til en lang rekke av indikatorene som det rapporteres på for vaksinasjon, legemiddelbruk og smittevern. Resultatene i denne rapporten bør sees i sammenheng med de nasjonale rapportene for folkehelse. Tallene er ikke direkte sammenlignbare, og de nasjonale rapportene gir grundigere analyser av norske forhold.

I 2009 utga Kunnskapssenteret den første norske kommentarrapporten til *Health at a Glance*. Årets norske rapport er nummer seks i rekken. Kunnskapssenterets mål med årets rapport er å gjøre informasjonen lettere tilgjengelig for et større publikum, og å vektlegge hvordan Norges resultater er sammenlignet med de andre europeiske OECD-landene.

Oslo, desember 2016

Ingrid Sperre Saunes   Oliver Tomic   Jon Helgeland   Anne Karin Lindahl

## Innhold

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Forord</b>   | <b>3</b>  |
| <b>Innledning</b>                                     | <b>5</b>  |
| Health at a Glance: Europe 2016                       | 5         |
| <b>Datagrunnlag og metode</b>                         | <b>6</b>  |
| <b>Helsestatus i befolkningen</b>                     | <b>8</b>  |
| God helsetilstand i Norge                             | 8         |
| Gunstige levevaner i den norske befolkningen          | 9         |
| <b>Kvalitetsindikatorer for helsetjenesten</b>        | <b>11</b> |
| Helsesystem   | 11        |
| Indikatorer for primærhelsetjenesten (PHT)            | 12        |
| Akutte tilstander: Hjerterinfarkt og hjerneslag       | 12        |
| Pasientsikkerhet: sykehusinfeksjoner                  | 13        |
| God kreftoverlevelse i Norge                          | 14        |
| Smittsomme sykdommer – vaksinasjonsprogram            | 14        |
| <b>Ressurser til helsetjenester</b>                   | <b>16</b> |
| Høye utgifter til helse                               | 16        |
| Mange ansatte og høy aktivitet i helsetjenesten       | 16        |
| <b>Robuste, effektive og bærekraftige helsesystem</b> | <b>20</b> |
| <b>Konklusjon</b>                                     | <b>22</b> |
| <b>Referanser</b>                                     | <b>23</b> |

## Innledning

### Health at a Glance: Europe 2016

Rapporten *Health at a Glance: Europe 2016, State of Health in the EU Cycle* ble publisert av Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling (OECD) og Den europeiske union (EU) i slutten av november 2016 (1). 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 suppleres serien med regionale rapporter for Europa (2) og Asia. Det alterneres mellom globale og regionale rapporteringer.

Formålet med OECD-rapporten er å gi beslutningstakere en felles og samlet informasjon om organisering, finansiering og resultater av helsesystemet i alle EU- og EØS-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. En del av indikatorene i årets rapport er identiske med dem som benyttes i EUs egen rapportering.

Det er to nye temaer i årets rapport. Det første er sammenhengen mellom arbeidsmarkedet og helseproblemer og tiltak for å styrke primærhelsetjenesten i ulike land. Det andre er en analyse av et begrenset sett med indikatorer om hvor robuste, effektive og bærekraftige helsesystemene er. Norge er ikke inkludert i analysene om helseproblemer og arbeidsmarked. Når det gjelder primærhelsetjenesten, vises utvalgte resultater fra Commonwealth Fund-undersøkelsen i 2013(3). OECD publiserte i 2014 en egen rapport om kvalitetsutfordringer i norsk helsetjeneste hvor primærhelsetjenesten var hovedtemaet (4).

Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet har siden 2007 deltatt i OECDs ekspertgruppe for utvikling av kvalitetsindikatorer og i flere av undergruppene som pasientsikkerhet, tannhelse, primærhelsetjenesten og brukerorientering/responsiveness. Fra 2009 har Kunnskapssenteret årlig publisert en kommentarrapport, hvor resultatene presenteres i oversiktstabeller for et norsk publikum (5).

## Datagrunnlag og metode

Health at a Glance gir en oversikt over hvordan helsesystemet i ulike land presterer på en rekke områder. Utgangspunktet er en beskrivelse av helsetilstand og helsevaner i befolkningen, deretter ser en på hvilke ressurser de ulike landene har og hvordan de benyttes. Kvalitet på helsetjenester beskrives ved siden av ulike effektivitets- og tilgjengelighetsmål for tjenester. OECD sammenligner resultat/effekten av behandling for pasienter mellom land. Det siste kapitlet undersøker hvor robuste, effektive og bærekraftige helsesystemene er. Effektivitetsmål i dette kapitlet er knyttet til liggetid på sykehus.

Årets rapport viser resultater fra 36 europeiske land. Resultatene vises gruppert for de 28 EU-landene med gjennomsnittsverdi, og så for de fem kandidatlandene til EU og tre av EFTA-landene: Norge, Island og Sveits. Informasjonen er basert på de nyeste tilgjengelige data, i hovedsak hentet inn fra offentlig statistikk samlet inn for OECD, WHO og Eurostat. Organisasjonene står for en felles validering av informasjonen for å sikre datakvalitet og sammenlignbarhet. Data fra Eurostat omfatter blant annet European Union Statistics on Income and Living Conditions Survey (EU-SILC) som er inntekt og levekårsdata, og en spørreskjemaundersøkelse om helse: The European Health Interview Survey (EHIS).

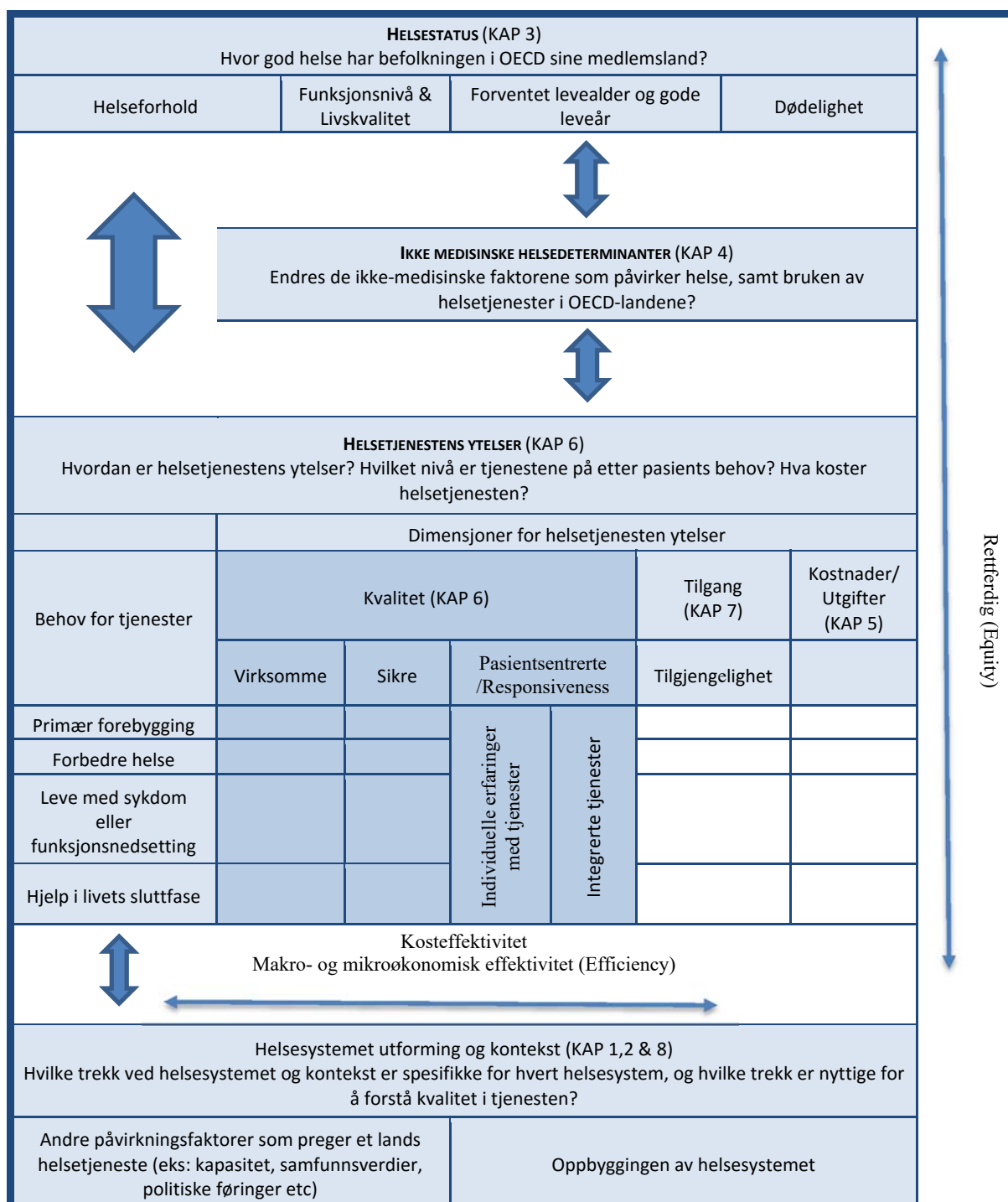
OECD benytter et felles rapporteringssystem for å hente inn mange av dataene som benyttes. Helseregnskapet, *A system for Health Accounts*, ble sist revidert i 2011 (6). I Norge er SSB rapporteringsansvarlig til OECD og rapporterer på helseregnskapet, som omfatter både offentlige og private helsetjenester. I tillegg rapporterer OECD på en rekke indikatorer for kvalitet i helsetjenesten og helsesystemet. Da benyttes blant annet pasientadministrative dataregistre, og Folkehelseinstituttet koordinerer og rapporterer på kvalitet og pasientsikkerhetsindikatorer. I tillegg leverer Folkehelseinstituttet (FHI) data fra Norsk overvåkingssystem for antibiotikabruk og helsetjenesteassosierte infeksjoner og andre data som rapporteres til Verdens helseorganisasjon. FHI huser også *WHO-senter: Internasjonal metode for klassifisering av legemidler og måling av forbruk*.

OECD har publisert en rekke dokumentasjonsrapporter hvor metodologien og kunnskapsgrunnlaget for ulike tema blir grundig beskrevet og analysert. Det er utviklet et konseptuelt rammeverk (figur 1) for kvalitetsmåling av helsesystemet (7). Rammeverket ble revidert i 2013. En viktig endring er en todeling av dimensjonen for brukerorientering/responsiveness, som er knyttet til de ikke-medisinske forventningene i befolkningen. I revidert rammeverk suppleres individuelle erfaringer med helsetjenester med undersøkelser av hvor godt integrerte de ulike helsetjenestene er. Vi har oversatt figuren og satt kapittelhenvisning til Health at a Glance Europe 2016. Det norske kvalitetsindikatorsystemet som Helsedirektoratet benytter er basert på OECD-modellen (8).

I Health at a Glance gis den enkelte indikator en grundig omtale, som viser til kunnskapsgrunnlag, relevans, styrke og svakheter ved å bruke den. Deretter presenteres resultatene. Da vises det til gjennomsnitt i figurer og tabeller, som referer til EU-populasjonen (uten de fem kandidatlandene og EFTA-landene). En viktig endring fra tidligere år er at gjennomsnittet er vektet med utgangspunkt i EU sine medlemsland. Det innebærer at befolkningstallet i det enkelte land har betydning for beregningen av gjennomsnittet for EU. Henvisningen EU28 indikerer at referansepopulasjonen for et gjennomsnitt er samtlige EU land som er medlem av OECD. Står det EU25 er det 25 EU-land som har rapportert på den indikatoren. I enhver sammenligning med enkeltland er

det viktig å huske at befolknings sammensetning og levestandard varierer, og at finansiering og organisering av helsetjenester også er forskjellig. Når vi i teksten her viser til OECD-land, er det de europeiske OECD-landene det vises til.

Datagrunnlaget er ikke komplett for alle land, og hvilket år data er samlet inn kan også variere fra land til land. Originalrapporten oppgir hvilket år datagrunnlaget er hentet fra og den oppgir også eventuelle avvik i rapportering. For de som ønsker å benytte indikatorene, anbefales det å sette seg nøye inn i rapporten og datagrunnlaget som er tilgjengelig via OECD sine nettsider.



Figur 1 Konseptuelt 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

### God helsetilstand i Norge

Helsetilstanden i Norge er i hovedsak god når den sammenlignes med andre europeiske land (tabell 1). For seks av tolv indikatorer er Norge i beste tredel når man sammenligner med andre europeiske land, mens tre er i midtre gruppe og tre i dårligste tredel<sup>1</sup>. Norge er blant de land som har lengst forventet levetid. Sverige og Norge er de land hvor befolkningen kan forvente flest leveår med god helse. Det er store forskjeller i Europa, og de baltiske, sentral- og østeuropeiske landene skårer lavest.

Tabell 1. Indikatorer for helsetilstand Norge relativt til andre europeiske land.

| Figur i HAG | Indikator  | Dårligste tredel | Midtre tredel | Beste tredel |
|-------------|--|------------------|---------------|--------------|
| 3.1         | Forventet levealder ved fødsel                           |                  |               | ☑            |
| 3.3         | Forventet levetid ved 65 års alder                       |                  |               | ☑            |
| 3.7/3.8     | Dødelighet av hjerteinfarkt og hjerneslag                |                  |               | ☑            |
| 3.11        | Dødelighet av kreft                                      |                  |               | ☑            |
| 3.31        | Forekomst av kreft                                       |                  | ☑             |              |
| 3.14        | Dødelighet av lungebetennelse og kols                    | ☑                |               |              |
| 3.17        | Selv mord  |                  | ☑             |              |
| 3.19        | Spedbarnsdødelighet                                      |                  |               | ☑            |
| 3.28/3.30   | Seksuelt overførbare sykdommer hiv og syfilis            |                  | ☑             |              |
| 3.25        | Smittsomme sykdommer (meslinger, kikhoste og hepatitt B) | ☑                |               |              |
| 3.30        | Seksuelt overførbare sykdommer Klamydia og gonoré        | ☑                |               |              |
| 3.22        | Egenvurdert helse  |                  |               | ☑            |

OECD har også sett på effekten av utdanning på forventet levetid, og den effekten er større i Norge enn i de andre nordiske landene. Det er imidlertid marginale forskjeller i effekt av utdanning for kvinner og menn i de nordiske landene. Menn med høyere utdanning lever i gjennomsnitt 1,8 år lenger enn menn med laveste utdanningsnivå i Norge, mens kvinner med høyere utdanning, lever i gjennomsnitt 1,5 år lenger enn kvinner med laveste utdanningsnivå. Enkelte studier kan tyde på at effekten av utdanning er større for neste generasjon (9).

Når det gjelder forekomst av kreft, hiv og syfilis er Norge i den midterste gruppen, rundt gjennomsnittet. Det gjelder også for andel som begår selvmord, hvor forekomsten er

<sup>1</sup> Beste tredel er de europeiske landene som har best resultat på en indikator, og en markering her betyr at Norge er i beste kategori på indikatoren.



lavere enn i andre nordiske land. Norge er blant de land som har høyest registrert dødelighet av lungebetennelse og kols. Det er også registrert høye forekomster av smittsomme sykdommer som meslinger, kikhoste, hepatitt B og seksuelt overførbare sykdommer som klamydia og gonoré. For mer informasjon om utbredelse av smittsomme sykdommer i Norge vises det til årsrapporter om utbrudd og årsak (10).

## Gunstige levevaner i den norske befolkningen

Barn og voksne i Norge har stort sett gode levevaner sammenlignet med andre land (tabell 2). På åtte av tolv indikatorer er vi blant landene i den beste tredelen. 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(11). Andelen 15-åringene som røyker i Norge er lavest, og konsumet av frukt er høyest både når det gjelder voksne og barn. 15-åringene spiser noe mindre grønnsaker.

Tabell 2 Ikke-medisinske helsedeterminanter. Norge relativt til andre europeiske land

| Figur i HAG | Indikator                                       | Dårligste Tredel | Midtre tredel | Beste Tredel |
|-------------|---|------------------|---------------|--------------|
| 4.1         | Røyking barn <sup>1</sup>                       |                  |               | ☑            |
| 4.3         | Daglig røykere voksne                           |                  |               | ☑            |
| 4.6         | Alkoholforbruk barn (beruset mer enn to ganger) |                  | ☑             |              |
| 4.8         | Alkoholforbruk voksne                           |                  |               | ☑            |
| 4.10        | Overvekt og fedme barn, målt                    |                  |               | ☑            |
| 4.11        | Overvekt og fedme barn, egenrapportert          |                  | ☑             |              |
| 4.13        | Overvekt hos voksne (> 15 år) egenrapportert    |                  |               | ☑            |
| 4.16        | Konsum av frukt barn                            |                  |               | ☑            |
| 4.17        | Konsum av grønnsaker barn                       |                  | ☑             |              |
| 4.19        | Konsum av frukt voksne                          |                  |               | ☑            |
| 4.20        | Konsum av grønnsaker voksne                     |                  |               | ☑            |
| 4.22        | Fysisk aktivitet barn 11 og 15 år               |                  | ☑             |              |
| 4.30        | Luftforurensning                                |                  |               | ☑            |

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

For å sammenligne vekten hos barn ved veiing har OECD/EU valgt å benytte data fra World Obesity Forum, hvor Norge er blant de land som har lavest andel barn som er overvektige(12). Det er marginale forskjeller i andel gutter og jenter som er overvektige;

henholdsvis 15 og 14 prosent. Det er større forskjeller når det gjelder egenrapportert overvekt og fedme i HBSC-studien. Der rapporterer 22 prosent av guttene og ni prosent av jentene om overvekt, og resultatene for Norge havner da i midterste tredel. Det er ikke kjent hvorfor det er så store forskjeller mellom de to kildene når det gjelder overvekt i Norge, eller hvorfor gutter i alle land oftere rapporterer overvekt. For Norge er aktivitetsnivået for barn også i midterste gruppe av land. Det er ingen rapportering for fysisk aktivitet for voksne fra Norge. Det er færre voksne som røyker i Norge, og alkoholkonsumet er relativt lavt når det måles ved alkoholomsetning.

OECD bruker svevestøv som en indikator for luftforurensning. Det rapporteres på støvpartikler med en diameter på ti  $\mu\text{m}$  eller mindre, også omtalt som «particulate matter 10» eller PM10-fraksjon. Island, Finland og Irland har lavest rapportering på svevestøv med tolv mikrogram per  $\text{m}^3$ . Tilsvarende tall for Sverige er 15, for Norge og Danmark 17. Alle de nordiske landene er i den tredelen som rapporterer om minst svevestøv. Sammenligner man med resultatene som ble rapportert i 2014 har alle land i Norden, med unntak av Danmark, noe lavere forekomst av støvpartikler. Det er innenfor de nye grenseverdiene som er satt i regelverket (12).

## Kvalitetsindikatorer for helsetjenesten

Health at a Glance: Europa 2016 har valgt å publisere indikatorer for forebygging og behandling innen følgende områder:

- Kroniske tilstander: Astma, KOLS og diabetes
- Legemiddelbruk i primærhelsetjenesten
- Akutt tilstander: Hjerterinfarkt og hjerneslag
- Kreft: Livmorhals, bryst og kolorektal
- Smittsomme sykdommer: Vaksineringsprogram

Indikatorerne er valgt, utviklet og kvalitetssikret i OECD-prosjektet Health Care Quality Indicators (HCQI) som ble startet i 2002. Formålet med prosjektet er å kunne sammenligne kvalitet i helsetjenesten mellom land. Det er variasjon i hvor mange land som rapporterer på de ulike indikatorerne. Alle trettiseks landene har rapportert på vaksinasjonsprogram, mens kun åtte land har rapportert på enkelte av indikatorerne for legemiddelbruk. For tolv av de atten indikatorerne vi presenterer skårer Norge i den beste tredelen, for fire er resultatene i den midterste gruppen og for tre av indikatorerne er Norge blant de land som skårer dårligst.

Tabell 3 viser resultatene på de 18 valgte kvalitetsindikatorerne for helsetjenesten.

### Helsesystem

Nytt i årets rapport er to indikatorer for dødsfall som kan forebygges (preventable) eller unngås (amenable). Indikatorerne er utviklet av Eurostat og viser omfanget av dødsfall som kan unngås ved henholdsvis folkehelseiltak og helsetjenestetiltak. En regner med å kunne redusere dødelighet i befolkningen ved å forebygge følgende sykdommer/hendelser: hjertesykdommer (ischemiske), lungekreft, ulykker, alkoholrelaterte sykdommer, selvmord, kolorektal kreft, brystkreft og en rekke andre, mindre tilstander/årsaker. Ved å bedre behandlingstiltak kan en også få redusert dødelighet ved følgende sykdommer: hjertesykdommer (ischemiske), sirkulasjonssykdommer, kolorektal kreft, brystkreft, blodtrykk, lungebetennelse og en rekke andre, mindre tilstander/sykdommer. Det er flere forhold som kan påvirke dødelighet og en skal derfor være varsom med hvordan en benytter og tolker indikatorerne. Dette gjelder også når en skal vurderer effekten av tiltak, ettersom mange tiltak ikke kan forventes å ha effekt før flere år senere. For begge indikatorerne er Norge i gruppen som har best resultater.

## Indikatorer for primærhelsetjenesten (PHT)

Ulik organisering av helsetjenesten skaper særlige utfordringer for å finne sammenlignbare indikatorer for primærhelsetjenesten. For eksempel regnes vaksinerings i enkelte land til primærhelsetjenesten, mens i andre land inngår det i spesialisthelsetjenesten. En annen utfordring er å innhente data fra primærhelsetjenesten hvor både andel og antallet av private aktører er høyt. OECD har derfor valgt å benytte data samlet inn fra spesialisthelsetjenesten og pasientadministrative registre som indirekte mål på kvaliteten i primærhelsetjenesten. Innleggelser på sykehus for kronisk syke pasienter med astma og KOLS (kronisk obstruktiv lungesykdom) er slike indirekte indikatorer. Kronisk syke pasienter som får god oppfølging i primærhelsetjenesten, har i mindre grad behov for legges inn for behandling av sykdommen.

De norske innleggelsestallene er bedre enn gjennomsnittet for EU21 når det gjelder astma, hvor snittet for EU21 er på 39 innleggelser og Norge har 26 innleggelser per 100 000 innbygger. For KOLS er innleggelsesraten i Norge 222 per 100 000, i Danmark er den 288, og gjennomsnittet for EU21 er 181. Både Sverige og Finland har færre innleggelser for KOLS. Det er ulike metoder for å estimere forekomsten av KOLS og ulik koding av diagnoser kan forklare mye av forskjellene i innleggelsesrater. Usikkerheten i estimatene er her stor. Det kan være forskjeller i prevalens (forekomst) av sykdommen i de europeiske landene. Selv ved optimal behandling av kroniske tilstander er det innleggelser som ikke kan eller bør unngås.

Norge har en uttalt målsetting om å bidra til å redusere antibiotika-forbruket, noe som også er et anerkjent tiltak internasjonalt, for å forebygge utvikling av nye antibiotika-resistente bakterier (13). Helsedirektoratet retningslinjer viser til at «All antibiotika-bruk fører til resistensutvikling og endringer av den normale bakteriefloraen» (14). De publiserer også indikatorer for legemiddelbruk på helsenorge.no, som viser forskriving av antibiotika generelt, samt for behandling av luftveisinfeksjoner hos barn og voksen, og ved urinveisinfeksjoner hos kvinner.

OECD benytter en sammensatt indikator for å beskrive det totale forbruket av antibiotika i primærhelsetjenesten; indikatoren angir volum av henholdsvis førstelinjes- og andrelinjes antibiotika (cefalosporiner og kinoloner). Resistensutvikling forekommer hyppigere og kan få mer alvorlige konsekvenser ved andrelinjes antibiotika, et lavt forbruk av disse er derfor ønskelig. I Norge forskrives det 15,9 definerte døgndoser (DDD) per 1000 legemiddelmottaker per døgn, klart mindre enn 21,8 DDD som er snittet for EU28<sup>2</sup>. Danmark, Norge og Storbritannia er de landene hvor det forskrives minst andrelinjes antibiotika, for Norges vedkommende det er 0,6 DDD per 1000 legemiddelmottaker per døgn. Landene som har høyest andel av andrelinjes antibiotika, er Kypros, Malta, Romania og Hellas. Ser en på det totale antibiotika-forbruket i primærhelsetjenesten, så foreskrives det noe mindre i Sverige enn i Danmark og Norge. Nederland er det landet hvor det foreskrives minst antibiotika.

## 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 er avgrenset til dødsfall på det sykehuset hvor de først ble innlagt. Den andre

---

<sup>2</sup> Merk at populasjonen er relatert til personer i legemiddelregisteret, ikke den generelle befolkningen

indikatoren er beregnet ut fra pasientidentifiserbare data. Den viser dødelighet innen tretti dager, og inkluderer også dødsfall som skjer utenfor sykehus. Den siste indikatoren regnes som mer robust, og gir mer pålitelige informasjon, men ikke alle land har tilgang til data som danner grunnlag for beregning av denne indikatoren. Det er noen utfordringer med tolkning knyttet til disse indikatorene. Dødeligheten påvirkes ikke bare av helsetjenestens kvalitet, men også av sykdommens alvorlighetsgrad og pasientfaktorer. Norge skårer ikke i beste gruppe, men skårer noe bedre enn snittet for OECD med hensyn til 30 dagers overlevelse etter disse akutte tilstandene. I Norge blir rundt halvparten av hjerteinfarktpasientene overflyttet fra lokalsykehus, til en spesialisert hjerteavdeling og ofte også tilbake til lokalsykehus. OECD's innleggelsesbaserte indikatorer ekskluderer pasienter som blir overflyttet. Dette gjør at tallene for Norge vanskelig kan sammenlignes med andre land. Danmark og Sverige har begge bedre resultater enn Norge, men de har et noe annet pasientgrunnlag ettersom de begge har inkludert pasienter som er overført til andre behandlingssted, til forskjell fra de andre landene. Resultatene fra Finland er ikke signifikant forskjellig fra Norge.

Den andre indikatoren som baserer seg på data fra personentydige registre, kan følge pasienter mellom ulike sykehus og behandlingssted, og likner mest på den vi bruker i Norge (13). De fleste landene, 17 av de 24 som har rapportert på dødelighet etter hjerteinfarkt, har nå levert for denne indikatoren også. Norge er klart bedre enn gjennomsnittet for EU15, og har gode resultater. Det eneste landet som har bedre resultat enn Norge i 2013 er Italia.

Norge har også svært gode resultater for behandling av hjerneslag enten en ser på dødelighet i sykehus, eller om en kan følge pasienter etter sykehusoppholdet. Kun Finland har bedre resultat enn Norge om en ser på dødelighet i sykehus. Undersøker en dødelighet ved hjelp av pasientidentifiserbar informasjon i og utenfor sykehus, er det kun Finland og Sveits som har lavere dødelighet. For resultater for norske sykehus viser en til [helsenorge.no](http://helsenorge.no) og Kunnskapscenterets publikasjon om 30 dagers overlevelse(15).

### **Pasientsikkerhet: sykehusinfeksjoner**

Årets rapport har to indikatorer for pasientsikkerhet. Den første er sykehusinfeksjoner, som betegner infeksjoner som oppstår i forbindelse med et sykehusopphold, og den andre er behandling av nye forekomster av multiresistent tuberkulose med vellykket behandling etter tolv måneder. Forekomst av sykehusinfeksjoner ble undersøkt i den europeiske punktprevalensstudien fra European Centre for Disease Prevention and Control. Resultatene for Danmark, Sverige og Norge viser der en høy forekomst av sykehusinfeksjoner, men det er klare utfordringer knyttet til datagrunnlaget, det beskrives som dårlig for Norge, og svært dårlig for Danmark og Sverige. Norge har lovpålagt fast rapportering av sykehusinfeksjoner, den europeiske undersøkelsen kommer i tillegg til de nasjonale rapporteringene og er frivillig. Kun et lite utvalg sykehus deltok i undersøkelsen fra Norge.

Vellykket behandling av nye forekomster av multiresistent tuberkulose betyr at den er gjennomført i henhold til anbefalingene. Behandling av multiresistent tuberkulose innebærer 1-2 års behandling, i enkelte tilfeller lenger tid. Norge er blant de land som har best resultater, hvor 85 prosent har fullført behandlingen. Kun Nederland; Sverige og Slovakia har bedre resultater. I Finland er det 76 prosent og i Danmark 61 prosent som har fullført behandlingen.

## God kreftoverlevelse i Norge

OECD benytter overlevelse ved tre krefttyper som indikatorer for kvalitet. Det er livmorhalskreft, brystkreft, og kolorektalkreft (tykk- og ende-tarmskreft). Det vises relativ overlevelse etter fem år og dødelighet, samt screeningrate for livmorhals og brystkreft. Indikatorene er aldersstandardiserte i henhold til EU 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.

Ved sammenligning av 5-årsoverlevelse plasseres Norge noe over OECD-gjennomsnittet for kolorektalkreft, og er det landet som har registrert høyest overlevelse ved livmorhalskreft. Vi er også blant de beste når det gjelder overlevelse ved brystkreft, hvor Sverige kommer best ut, tett fulgt av Norge og Finland. OECD publiserte i slutten av oktober 2013 en større policyanalyse av kreftbehandling som gir en grundigere framstilling av kreftbehandling i OECD-landene(5). Norge har relativ høy screeningrate for livmorhalskreft (74,5 prosent) og mammografi (74,9 prosent).

## Smittsomme sykdommer – vaksinasjonsprogram

De fleste landene i Europa har etablerte nasjonale vaksinasjonsprogrammer for små barn, og de kan ha forskjellig innhold. I Norge inneholder det vaksiner mot ti forskjellige sykdommer: Difteri, stivkrampe, kikhoste, infeksjon med *Haemophilus influenzae* type b (Hib), pneumokokksykdom, poliomyelitt, meslinger, kuma, røde hunder og humant papillomavirus. Noen barn tilbys også vaksine mot tuberkulose og hepatitt B.

The European Centre for Disease Control (ECDC) har hatt som mål å utrydde meslinger i Europa innen år 2015. Fra juni 2015 til mai 2016 var det 1800 nye tilfeller av meslinger i Europa. Et større utbrudd i 2014/2015 hadde 22000 tilfeller fordelt på syv land.

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 93 prosent vaksinasjonsrate for trippelvaksinen (difteri, stivkrampe og kikhostevaksine) og meslingevaksinen. En rate som er rett under snittet for EU28. Finland og Sverige har høyere vaksinasjonsrate hvor raten i begge landene er 97 prosent for meslinger og 98 prosent for trippelvaksinen. Hepatitt B er ikke en del av det ordinære barnevaksinasjonsprogrammet i Norge. Snittet for 22 av EU-landene som rapporterte for vaksinasjon mot hepatitt B var 91 prosent.

Tabell 1: Resultater for helsetjenesten. Norge relativt til andre europeiske land

| Figur i HAG | Kvalitetsindikator  | Dårligste tredel                    | Midtre tredel                       | Beste tredel                        |
|-------------|---|-------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 6.1         | Dødsfall som kan forebygges <sup>3</sup>                      |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.2         | Dødsfall som kan unngås <sup>4</sup>                          |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.4         | Innleggelse astma   |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.4         | Innleggelse KOLS  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 6.6         | Foreskriving av antibiotika i PHT                             |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.6         | Volum av andrelinjes <sup>5</sup> antibiotika                 |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.11        | 30 dagers dødelighet akutt hjerteinfarkt i sykehus            |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 6.12        | 30 dagers dødelighet akutt hjerteinfarkt i og utenfor sykehus |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.13        | 30 dagers overlevelse akutt slag i sykehus                    |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.14        | 30 dagers overlevelse akutt slag i og utenfor sykehus         |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.15        | Screening livmorhalskreft                                     |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.16        | Fem års overlevelse livmorhalskreft                           |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.18        | Mammografiscreening   |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 6.19        | Fem års overlevelse brystkreft                                |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.22        | Fem års overlevelse endetarmskreft                            |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 6.24        | Sykehusinfeksjoner  | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 3.29        | Forekomst av tuberkulose                                      | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 6.27        | Barnevaksinasjon difteri, stivkrampe og kikhoste              | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |                                     |
| 6.28        | Barnevaksinasjon meslinger                                    |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |
| 6.33        | Behandling av multiresistent tuberkulose                      |                                     |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 6.34        | Andel multiresistent tuberkulose                              |                                     | <input checked="" type="checkbox"/> |                                     |

<sup>3</sup> forebygge følgende sykdommer/hendelser: hjertesykdommer (ischemiske), lungekreft, ulykker, alkoholrelaterte sykdommer, selvmord, kolorektal kreft, brystkreft og en rekke andre, mindre tilstander/årsaker

<sup>4</sup> Behandle bedre: hjertesykdommer (ischemiske), sirkulasjonssykdommer, kolorektal kreft, brystkreft, blodtrykk, lungebetennelse og en rekke andre, mindre tilstander/sykdommer.

<sup>5</sup> Annenlinjes antibiotika skal primært benyttes om førstelinjes antibiotika ikke er effektiv. Restriktiv bruk av annenlinjes antibiotika bidrar til å redusere utviklingen av antibiotikaresistente bakterier

## Ressurser til helsetjenester

### Høye utgifter til helse

Hvor mye penger som benyttes på helse i ulike land har sammenheng med en rekke sosiale og økonomiske faktorer, og må ses i sammenheng med finansiering og organisering av helsesystemene. Det er også en klar sammenheng mellom hvor mye penger et land har tilgjengelig og hvor mye det vil benytte til helsetjenester. Det er fortsatt Sveits og Norge som brukte mest penger på helse til hver innbygger, også når det er justert for kjøpekraft. Norge brukte (kjøpekraftsjusterte) 4681 Euro per innbygger, noe mindre enn Sveits som brukte 5354 Euro. Av EU-landene var det Tyskland som brukte mest med 4003 Euro, klart over snittet for EU 28, som var 2781 Euro.

Et annet mål for utgifter til helsetjenesten er å se på hvor stor andel helseutgiftene er i forhold til den totale verdiskapingen (BNP). Det er ni land som bruker en større andel av BNP på helse, og 23 land som benytter mindre. Norge er dermed i den tredjedelen land som bruker mest på helse. I 2015 brukte Norge 9,9 prosent av BNP, som er identisk med snittet på for EU-landene (tabell 4). Dette er en økning fra 9,3 i 2014, og deler av økningen kan tilskrives endrede økonomiske rammebetingelser som følge av lav oljepris. SSB har beregnet helseutgiftenes andel av BNP for Fastlands-Norge, da er det en moderat økning fra 11,6 til 11,9 prosent i 2015 (16).

Den økonomiske krisen har satt sitt preg på utgiftene til helsetjeneste i de fleste europeiske land, hvor det ble en klar reduksjon i helseutgiftene. Av de ni landene som har reduserte utgifter til helse er det Hellas som har redusert mest fra 2009 til 2015 med 6,6 prosent. Generelt er trenden mindre tydelig nå og i gjennomsnitt økte andelen av BNP til helseutgifter med 0,6 prosent i perioden fra 2009-2015. I samme tidsrom økte Norge utgiftene med to prosent.

Det vært stor oppmerksomhet knyttet til kostnader til legemidler i Norge de senere årene. Fra 2009-2014 har Norge økt legemiddelkostnadene med 1,5 prosent, mens EU har i gjennomsnitt redusert sine utgifter i denne perioden med 1,1 prosent. De andre nordiske landene har i samme tidsrom også redusert legemiddelomkostningene, Danmark med 5,3 prosent, Finland med 1,2 prosent og Sverige med 0,7 prosent.

Tabell 2 Utgifter til helsetjenesten. Norge relativt til andre europeiske land

| Figur i HAG | Indikator   | Laveste tredel | Midtre tredel | Høyeste tredel                      |
|-------------|---|----------------|---------------|-------------------------------------|
| 5.1         | Helseutgifter per innbygger                       |                |               | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5.3         | Helseutgifter i prosent av BNP                    |                |               | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 5.10        | Årlig vekst i helseutgiftene legemidler 2009–2014 |                |               | <input checked="" type="checkbox"/> |

### Mange ansatte og høy aktivitet i helsetjenesten

OECD ser også på antall utdannet helsepersonell som en strukturindikator for tilgang på helsetjenester (17). De ser på tilgjengelighet på leger og helsepersonell, samt på forholdet mellom antall leger og sykepleiere, og på antall konsultasjoner per lege.



Norge har et relativt høyt antall leger og pleiepersonell som er ansatt i helsevesenet. Det var 4,4 praktiserende lege per 1000 innbyggere i Norge, godt over gjennomsnittet på 3,5 lege per 1000 innbygger for EU28. I Europa er bare Hellas og Østerrike som har høyere legetetthet, og Portugal har samme legetetthet som Norge (figur 2). Beregningsgrunnlaget for Hellas og Portugal er basert på alle leger som har lisens, det er derfor en overestimert anslått til om lag 30 prosent for Portugal. I de nordiske landene er det Finland som har lavest legedekning med tre leger per 1000 innbygger, mens Sverige og Danmark har henholdsvis 4,1 og 3,7.

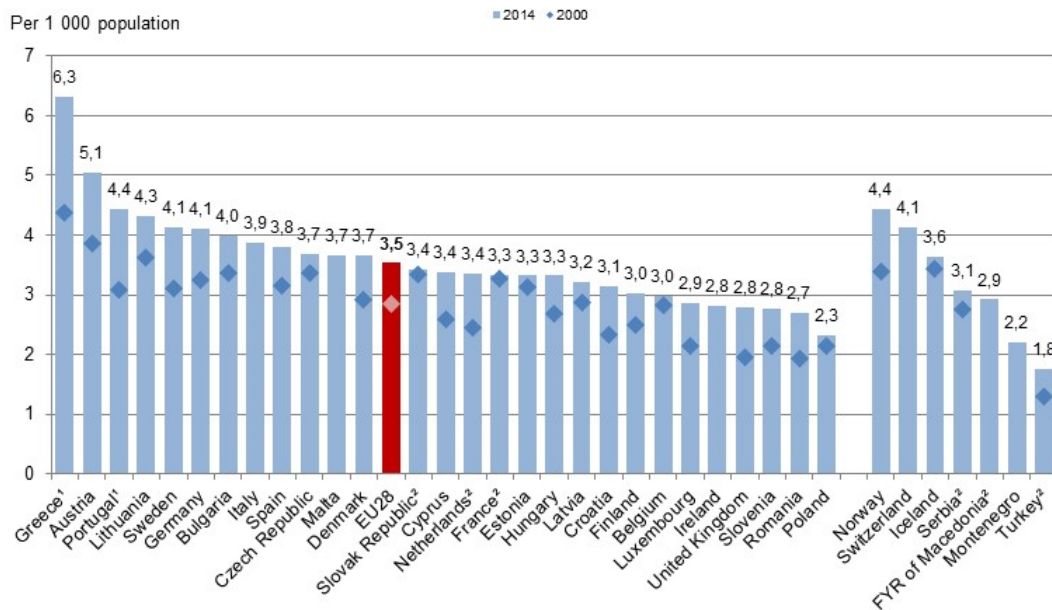
Den andre gruppen av helsepersonell er «practising nurses», pleiepersonell, som omfatter både offentlig og privat ansatte syke- og hjelpepleiere. Statistikken inkluderer både de som jobber med pasientbehandling, utdanning og administrasjon, mens jordmødre og pleiemedarbeidere regnes ikke inn i denne kategorien. Sveits og Norge topper statistikken for pleiepersonell med henholdsvis 17,6 og 16,9 pleiepersonale per 1000 innbygger, tett fulgt av Danmark (16,5), Finland (14,3) og noe lenger ned på listen kommer Sverige (11,2).

Gjennomsnittet for EU28 er på 8,4 pleiepersonell per 1000 innbygger (figur 3). Det gjøres oppmerksom på at det vises til antall personell som er ansatt i helsetjenesten, og ikke årsverk, en beregning som er i henhold til definisjonen fra OECD. I Norge er det utstrakt bruk av deltidstillinger i helsesektoren, og enkelte sykepleiere har mer enn ett arbeidsforhold, i 2014 var det nærmere ni prosent som hadde mer enn ett arbeidsforhold. Legene har i større grad heltidsstillinger, og en større andel av dem, om lag 20 prosent av leger med spesialistutdanning har flere arbeidsforhold.

Den gjennomsnittlige arbeidstid for sykepleiere var nærmere 32 timer i uken i 2014, og for hjelpepleiere 28,4 timer i snitt (18). Gjennomsnittlig arbeidstid for leger med spesialitet var 37,5 timer i uken.

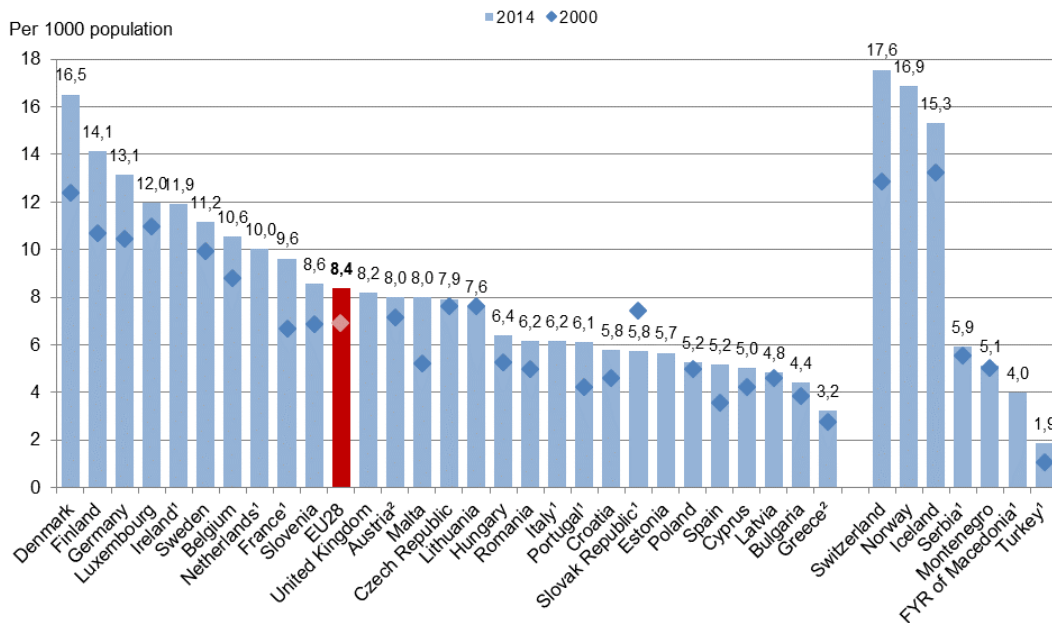
OECD ser også på antall legekonsultasjoner per person, der ligger Norge klart under snitt med 4,3 konsultasjoner per person. Omfang av konsultasjoner er beregnet fra pasientadministrative databaser, med noen unntak som Irland, Italia Nederland, Spania, Storbritannia og Sveits som rapporterer ut fra brukerundersøkelser. En regner det som en mindre pålitelig datakilde, og det kan derfor være underrapportering fra de landene som følge av innsamlingsmetoden. For Norge er det bare konsultasjoner som det kreves refusjon for fra Helfo som inkluderes. Det er ikke kjent hvor stort omfang helprivat legepraksis har i Norge, og dermed hvordan det eventuelt vil påvirke resultatet. Andelen av befolkningen som har fastlege som rapporterer til Helfo er 99 prosent. Snittet for EU25 var på 7,1 konsultasjoner per person. I mange land må pasienter konsultere en fastlege for å få henvisning til spesialist/ spesialisthelsetjeneste, som i Norge, noe som kan føre til økt forbruk av legetjenester. En annen forklaringsfaktor kan være organisering av tjenester, som for eksempel i Sverige. Der har sykepleiere, eller annet helsepersonell, ansvar for en del av konsultasjonene.

Informasjon om legekonsultasjoner per pasient kan benyttes til å estimere antall konsultasjoner per lege. Det gir et grovt overslag over aktiviteten til leger ettersom det hverken viser til variasjon i tidsbruk i konsultasjoner, eller tid brukt til administrasjon, pasientbehandling på sykehus eller forskning. Sverige, Norge, Sveits og Danmark er de landene som har det laveste estimatet av konsultasjoner per lege med henholdsvis 704, 971, 996 og 1259 konsultasjoner per år. Flest konsultasjoner er det i Tyrkia, Ungarn og Slovakia.



Figur 2. Antall yrkesaktive leger per 1000 innbyggere.

Data refer to all doctors licensed to practice, resulting in a large over-estimation of the number of practising doctors (e.g. of around 30% in Portugal). 2. Data include not only doctors providing direct care to patients, but also those working in the health sector as managers, educators, researchers, etc. (adding another 5-10% of doctors). Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.



Figur 3 Antall yrkesaktivt pleiepersonell

1. Data include not only nurses providing care for patients, but also those working as managers, educators, researchers, etc. 2. Austria and Greece report only nurses employed in hospital. Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

OECD har også undersøkt volum og kapasitet for sykehusbehandling. Totalt var det 168 utskrivinger per 1000 innbygger i Norge, det er rett under gjennomsnittet i EU27 (169 per 1000 innbygger). Finland hadde flest utskrivinger av de nordiske landene med 172 per

1000 innbyggere, fulgt av Norge før Sverige, 158 utskrivinger, Danmark 152 og Island med 119. Når det gjelder mål for kapasitet har Norge endret rapportering av sykehussenger til OECD, og bruker nå samme metode som de andre landene. Det betyr at en nå kan sammenligne Norge 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 (19).

I 2014 var det 3,8 sykehussenger per 1000 innbygger i Norge, det er under gjennomsnittet for EU-landene som er på 5,2. Til sammenligning har Island 3,2 senger per innbygger, og Danmark og Sverige hadde henholdsvis 2,7 og 2,5 senger. Finland er det nordiske landet med flest senger, 4,5 seng. Antallet sykehussenger inkluderer sengeplasser innenfor rusomsorg og psykisk helse. De to sistnevnte gruppene utgjør mer enn 30 prosent av det totale antall sykehussenger, med 1,2 seng per 1000 innbygger.

Sveits, Tyskland, Østerrike, Belgia, Finland og Norge har den største andelen av hofteproteseoperasjoner, tett fulgt av Frankrike, Sverige og Danmark. Norge har færrest kneproteseoperasjoner i Norden med 96 operasjoner per 100 000 innbyggere, mens de øvrige nordiske landene ligger over gjennomsnittet for EU25, som er på 130 per 100 000 innbygger.

I årets rapport har en valgt å se nærmere på ventetid. En har da valgt å se på ventetid for pasienter som har fått behandling i et gitt tidsrom, og hentet informasjon fra pasientadministrative databaser. En alternativ metode for å beregne ventetid, er å se på hvor lenge pasienter har stått på en liste ved et gitt tidspunkt (20). Ventetid på operasjon er målt ved hhv median og gjennomsnitt. OECD har publisert ventetider for katarakt (grå stær), hofteprotese og kneprotese. Gjennomgående for alle prosedyrer, viser ventetid målt ved median noe lavere verdier enn om en måler ved gjennomsnitt. Det tyder på at ventetiden er noe skjevfordelt mot høyre, det vil si at noen pasienter må vente relativt mye lenger enn andre. Det er elleve land som har levert gjennomsnittsverdier for ventetid, og ti av de landene har også levert ventetid målt ved median. To land har lengre gjennomsnittlig ventetid for hofteprotese eller kataraktoperasjon, ser en på median er det henholdsvis to og tre land som har lengre ventetid.

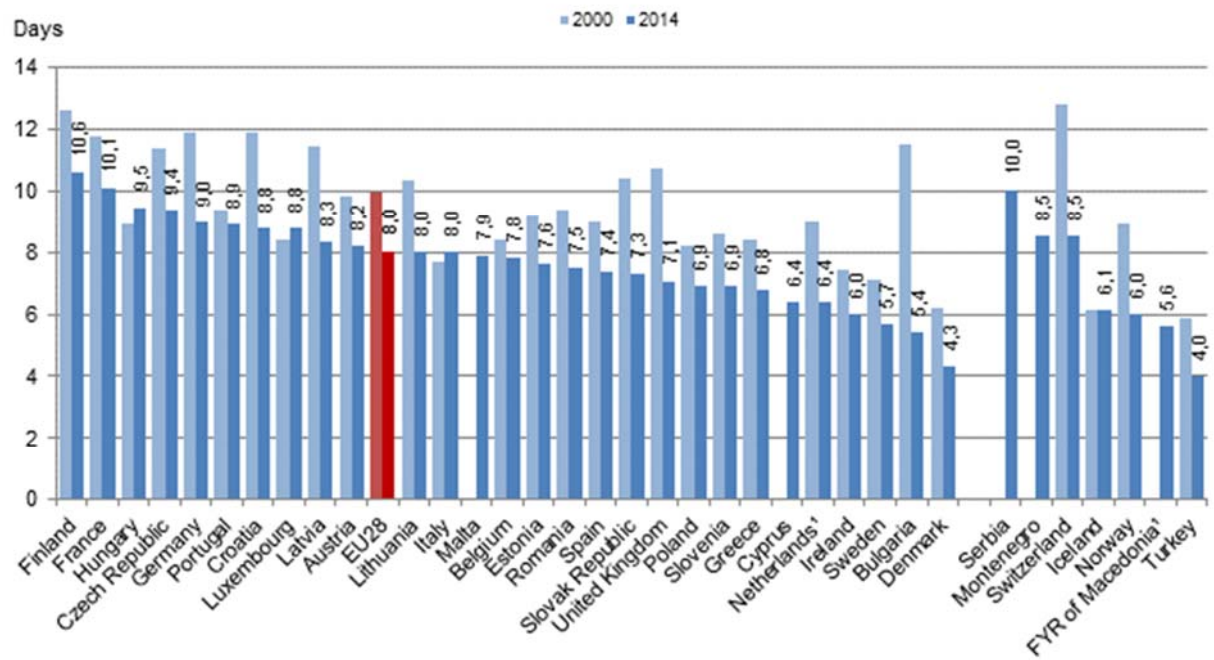
## Robuste, effektive og bærekraftige helsesystem

Danmark og Norge er de to landene som skårer høyest på et sammensatt mål for eHelse blant leger i primærhelsetjenesten. Det målet viser til bruk av elektroniske pasientjournaler, utveksling av helsedata, telemedisin og pasientenes elektroniske tilgang til informasjon om egen helse.

For eHelse i sykehus er det laget to sammensatte mål. Det første måler «utrulling» av IKT og viser til henholdsvis digital infrastruktur, anvendelse og integrering, informasjonsflyt og utveksling av helsedata, samt sikkerhet og personvern. Det andre målet viser til implementering, eller tilgjengelighet og bruk av digitale verktøy og funksjoner i sykehus. Det måles ved elektroniske pasientjournaler, kliniske beslutningsverktøy, samt telemedisin. De sammensatte målene er normerte på en skala fra 0-1, hvor Norge skårer 0,53 og er høyere enn gjennomsnittet for EU28 som er på 0,44 for utrulling av IKT. De som har kommet lengst i utrulling av IKT i Norden slik det er målt her er Finland og Sverige, fulgt av Danmark, Island og Norge. Når det gjelder implementering skårer Norge 0,42, hvilket er bedre enn snittet for EU 28 på 0,3. Også her skårer de andre landene i Norden bedre enn Norge.

Norge er under gjennomsnittet for EU når det gjelder generiske legemidlers volum og verdi av legemiddelmarkedet. Norge skårer også godt når det gjelder andel av kataraktoperasjoner som gjennomføres poliklinisk, og når det gjelder liggetid på sykehus. Kort liggetid regnes som en effektiv bruk av sykehussenger. Gjennomsnittlig liggetid på sykehus i Norge var på seks liggedager, klart under snittet for EU27 på åtte (figur 4). Dette gjelder alle sykdomsgrupper. Liggetiden er noe lenger enn Sverige, som har 5,7 dager og Danmark, som har 4,3 dager. Finland har klart lengst liggetid av alle landene med 10,6 dager, de har også flere sengeplasser hvor langtidspasientene utgjør om lag 30 prosent av sengeplassene. Norge har ikke rapportert sengeplasser for langtidspasienter i sykehusene, en ser også at andelen av langtidspasienter i Danmark og Sverige er liten.

Når det gjelder liggetid ved normal fødsel er den i snitt på 3,1 dag i Norge, rett under EU snittet på 3,2. Med hensyn til utdanning av helsepersonell, det å sørge for et bærekraftig system, er antall leger som utdannes er det noe under EU-snittet. Norge utdanner elleve leger per 100 000 innbygger, EU26 har 12,3 som snittverdi. Når det gjelder pleiepersonell har Norge et høyt antall på 73,3, godt over snittet for EU28 som er på 39,1 pleiepersonell. Romania, Sveits og Danmark er de landene som utdanner flest, mens Finland utdanner noen færre enn Norge, og i Sverige er de ved snittet for EU. Ut fra eksisterende rapporteringer har OECD laget en framskriving av prosentandel av offentlige helseutgifter som benyttes til langvarige pleie- og omsorgstjenester. I 2013 benyttet Norge knapt seks prosent til denne kategorien, og en forventer at andelen vil øke til over ni prosent i 2060.



Figur 4 Gjennomsnittlig liggetid på sykehus.

Source: OECD Health Statistics 2016; Eurostat Database.

## Konklusjon

Resultatene i årets rapport viser at forventet levealder er relativt høy i Norge sammenlignet med andre land. Det gjelder enten den beregnes for nyfødte eller for befolkningen ved 65 års alder, og en kan forvente mange leveår med god helse. I mange land er det til dels store forskjeller i forventet levealder ut fra utdanningsnivå og kjønn. I Norge er forskjellene som kan tilskrives utdanning relativt små for de som er fylt 65 år, og det er kun små forskjeller i effekten av utdanning for kvinner og menn.

Levevanene til den norske befolkning kommer også godt ut av internasjonale sammenligninger, med lavt tobakksforbruk og relativt høyt forbruk av frukt og grønnsaker. Norske barns forbruk av grønnsaker er som snittet for EU, men de spiser mer frukt.

I oversikten over kvalitet på helsetjenester skårer Norge i beste tredel på 12 av 18 kvalitetsindikatorer. Norge har relativt dårlige resultater for sykehusinfeksjoner, men datagrunnlaget for de nordiske landene er ikke godt. Resultatet bør sammenholdes med resultatene fra nasjonale prevalensundersøkelser. Når det gjelder den andre pasientsikkerhetsindikatoren, har Norge relativt liten andel av nye tuberkulosestilfeller som er multiresistente, og skårer godt på oppfølging av multiresistent tuberkulose. Det er en del innleggelser av pasienter med KOLS-diagnose som ikke er planlagt.

Norge er ikke blant de landene som har best resultater når det gjelder mammografiscreening eller barnevaksinasjoner.

Norge er blant de landene som har best behandlingskvalitet når en måler det ved overlevelse i store og alvorlige sykdomsgrupper. Samtidig viser andre kvalitetsmål at vi kan bli bedre på prosesser som ventetid til behandling. Norge er blant de land som har flest utdannet helsepersonell, enten det er leger eller pleiepersonell. Vi bruker også mye ressurser på helsetjenesten, volumet og kapasitet i helsetjenesten er som de andre nordiske landene. Vi skårer godt på innføring av IKT i helsetjenesten og på effektivitet. Det kan derfor synes som et paradoks at ventetidene ikke er kortere.

Det er utfordringer knyttet til internasjonale sammenligninger av helsetjenesten. Ved aggregering av resultater til nasjonalt og internasjonalt nivå er det mye informasjon, mange nyanser, som går tapt. Det gir et forenklet bilde av helsetjenesten. Informasjon fra internasjonale sammenligninger er likevel viktig, for det kan antyde om forskjeller i de ulike helsesystemene, og bidra til at en stiller spørsmål om hvorfor det er forskjeller og hva de betyr. Det kan også bidra til kvalitetsforbedring i nasjonal kontekst.

## Referanser

1. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2016: OECD Publishing.
2. OECD/EU. Health at a Glance: Europe 2010: OECD Publishing.
3. Haugum M, Bjertnæs ØA, Iversen HH, Lindahl AK, M. N. Commonwealth Funds undersøkelse av helsetjenestesystemet i 11 land: norske resultater i 2013 og utvikling siden 2010. Oslo; 2013.
4. OECD Reviews of Health Care Quality: Norway 2014: OECD Publishing.
5. Nguyen KN, Helgeland J. Norsk helsetjeneste sammenliknet med andre OECD-land. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2009 12/2009.
6. OECD, Eurostat, WHO. A System of Health Accounts: 2011 Edition. Paris: OECD Publishing; 2011 11/19/2011.
7. 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 : journal of the International Society for Quality in Health Care. 2015;27(2):137-46.
8. Helsedirektoratet. Rammeverk for et kvalitetsindikatorsystem i helsetjenesten Primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet; 2010.
9. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapporten (nettutgaven) - Helsetilstanden i Norge. 2016 [Available from: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/>].
10. Herrador B, Berg T, Borgen K, Kacelnik O, Kapperud G, Tønnesen R, et al. Årsrapport. Utbrudd av smittsomme sykdommer i Norge i 2015. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2016.
11. Åpner data om ungdoms helse fra 41 land [Internet]. 2016. Available from: <http://www.uib.no/hemil/95697/%C3%A5pner-data-om-ungdoms-helse-fra-41-land>
12. Legemiddelmeldingen: Riktig bruk-bedre helse. Meld. St. 28 (2014-2015).
13. O'Neill. Tackling drug-resistant infections globally: Final report and recommendations'. 2016.
14. 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>].
15. Hansen TM, Kristoffersen DT, Tomic O, J. H. Kvalitetsindikatoren 30 dagers overlevelse etter sykehusinnleggelse. Resultater for 2015. Oslo 2016.
16. SSB. Helseregnskap, 2015: SSB; 2016 [Available from: <https://www.ssb.no/nasjonalregnskap-og-konjunkturer/statistikker/helsesat/aar/2016-10-04>].
17. OECD. Health Workforce Policies in OECD Countries: OECD Publishing.
18. SSB. Sysselsatte med helse- og sosialfaglig utdanning, (gjennomsnitt og prosent), etter fagutdanning, alder, avtalt arbeidstid, tid og statistikkvariabel: SSB; 2016 [Available from: <https://www.ssb.no/statistikkbanken/SelectVarVal/saveselections.asp>]
19. Hatlebakk IM. Health at a Glance 2015 Få ledige senger på norske sykehus? Oslo: SSB; 2016 [Available from: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/fa-ledige-senger-pa-norske-sykehus>].
20. Siciliani L, Borowitz M, Moran V. Waiting Time Policies in the Health Sector, WHAT WORKS? Paris OECD Publishing; 2013.

[www.fhi.no](http://www.fhi.no)

Utgitt av Folkehelseinstituttet  
Desember 2016  
Postboks 4404 Nydalen  
NO-0403 Oslo  
Telefon: 21 07 70 00  
Rapporten lastes ned gratis fra  
Folkehelseinstituttets nettsider [www.fhi.no](http://www.fhi.no)