



State of Health in the EU

Norge

Landshelseprofil 2021

Landprofilserien

Landprofilene i State of Health in the EU gir en kortfattet og policy-relevant oversikt over helse og helsevesen i EU/ EØS-landene. Særlige kjennetegn og utfordringer i hvert enkelt land framheves mot et bakteppe av sammenligninger med andre land. Målet er å støtte beslutningstakere og påvirkere med et verktøy som kan brukes til gjensidig læring og utveksling av informasjon.

Profilene er et felles prosjekt mellom OECD og European Observatory on Health Systems and Policies, i samarbeid med EU-kommisjonen. Forfatterne takker Health Systems and Policy Monitor, OECD Health Committee og HSPA (EUs ekspertgruppe for vurdering av helseveseners ytelsesnivå) for konstruktive kommentarer og forslag.

Innhold

1. HØYDEPUNKTER	3
2. HELSE I NORGE	4
3. RISIKOFAKTORER	6
4. HELSEVESENET	8
5. HELSEVESENETS YTELSE	11
5.1 Effektivitet	11
5.2 Tilgjengelighet	14
5.3 Motstandsdyktighet	17
6. HOVEDFUNN	22

Data- og informasjonskilder

Den viktigste data- og informasjonskilden til landenes helseprofiler er nasjonal offentlig statistikk sendt til Eurostat og OECD, som er blitt validert for å sikre best mulig datasammenligningsgrunnlag. Kildene og metodene som er brukt er tilgjengelige i Eurostat Database og OECDs database for helse. Noe informasjon er også hentet fra Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME), Det europeiske smittevernbyrået (ECDC), Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) og Verdens Helseorganisasjon (WHO), i tillegg til andre nasjonale kilder.

EU-gjennomsnitt reflekterer vektete gjennomsnitt blant de 27 medlemslandene, med mindre annet er nevnt. EU-gjennomsnittene omfatter ikke Island og Norge.

Denne profilen ble fullført i september 2021, basert på tilgjengelige data ved utgangen av august 2021.

Demografisk og sosioøkonomisk kontekst i Norge, 2020

Demografiske faktorer	Norge	EU
Befolkningsstørrelse (estimat ved midten av året)	5 367 580	447 319 916
Andel av befolkningen over 65 år (%)	17,5	20,6
Fødselsrate ¹ (2019)	1,5	1,5
Sosioøkonomiske faktorer		
BNP per innbygger (EUR KKP ²)	42 286	29 801
Relativ fattigdomsrate ³ (% , 2019)	12,7	16,5
Arbeidsledighet (%)	4,4	7,1

1. Antall barn født per kvinne i alderen 15–49 år. 2. Kjøpekraftsparitet (KKP): omregningskurs som jevner ut ulike valutaers kjøpekraft ved å fjerne forskjeller i prisnivå mellom landene. 3. Andel personer som lever på mindre enn 60 % av disponibel medianinntekt. Kilde: Eurostat Database.

Ansvarsfraskrivelse: Meninger og argumenter det gis uttrykk for i dette dokumentet er utelukkende forfatternes og gjenspeiler ikke nødvendigvis de offisielle synspunktene til OECD eller medlemslandene, eller European Observatory on Health Systems and Policies eller noen av dets partnere.

Synspunktene det gis uttrykk for kan på ingen måte anses å gjenspeile EUs offisielle mening.

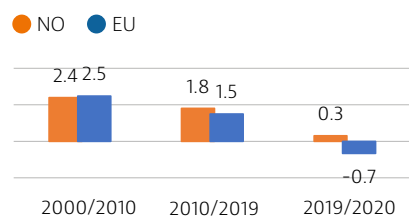
Dette dokumentet samt data og kart som er inkludert her, berører ikke noe territoriums status eller suverenitet, internasjonale grenser eller navnet på noen territorier, byer eller områder.

Ytterligere ansvarsfraskrivelser for WHO gjelder.

© OECD and World Health Organization (acting as the host organisation for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies) 2021

1 Høydepunkter

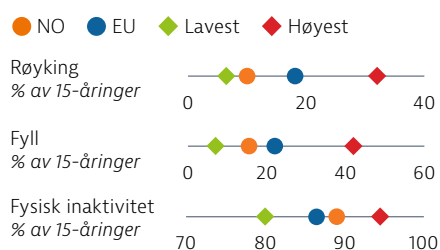
Forventet levealder i Norge var høyest i Europa i 2020, siden pandemien forårsaket av COVID-19 rammet Norge mindre hardt enn nesten alle andre europeiske land. Raske og omfattende smitteverntiltak førte til lave infeksjons- og dødsrater som følge av COVID-19 i 2020. Helsevesenet tilbyr universell tilgang til helse- og omsorgstjenester av høy kvalitet. Lange ventetider for spesialisthelsetjenester er fortsatt en utfordring. Helseutgiftene per innbygger er de høyeste i Europa.



Økning i forventet levealder, år

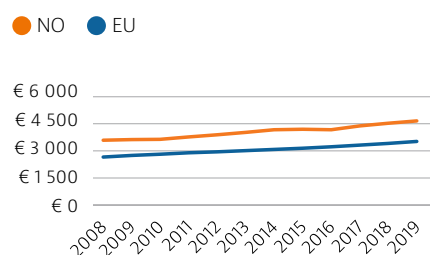
Helsetilstand

Forventet levealder i Norge i 2020 var 83,3 år, som var høyest i Europa. Norge er ett av bare tre europeiske land der forventet levealder steg i 2020. Økningen i forventet levealder mellom 2010 og 2020 var større i Norge enn i de fleste EU-land, hovedsakelig som følge av en nedgang i dødsfall forårsaket av hjerte- og karsykdommer.



Risikofaktorer

Atferdsrelaterte risikofaktorer bidrar til en mindre andel dødsfall enn gjennomsnittet i EU-land. Forekomsten av røyking og alkoholbruk er lavere enn EU-gjennomsnittet. Imidlertid er økende overvekt, fysisk inaktivitet og bruk av snus blant ungdom områder som krever ytterligere folkehelseiltak.



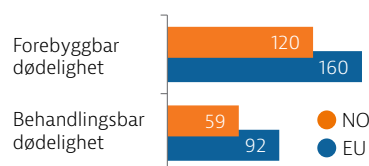
Helseutgifter per innbygger (EUR KKP)

Helsevesenet

Helseutgifter per innbygger i Norge har det siste tiåret vært blant de høyeste i Europa, selv om helseutgiftene som andel av BNP bare så vidt er over EU-gjennomsnittet. Andelen offentlig finansiering er også den høyeste i Europa, med 86 % i 2019. Mellom 2015 og 2019 økte helseutgiftene med rundt 2,5 % per år, justert for inflasjon. I 2020 var den totale økningen i helseutgifter lavere enn i tidligere år, til tross for pandemien. Imidlertid falt BNP med 2,5 %.

Effektivitet

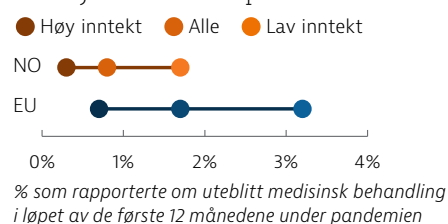
I 2018 var dødeligheten knyttet til årsak som kan forebygges lavere i Norge enn i EU. Dette gjenspeiler effektive folkehelseiltak samt en effektiv primærhelsetjeneste, i tillegg til relativt sunne levevaner. Norge har også en av Europas laveste dødsrater knyttet til sykdom som kan behandles, som tyder på god tilgang til effektive behandlinger av høy kvalitet.



Aldersstandardisert dødelighetsrate per 100 000 innbyggere, 2018

Tilgjengelighet

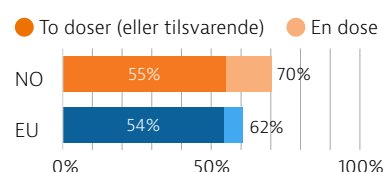
Tilgang til helsetjenester er generelt god i Norge. I 2019 oppga færre enn 1 % av voksne at de ikke hadde fått nødvendig medisinsk behandling, som er omtrent halvparten av EU-gjennomsnittet. Udekkede behov for tannlegebehandling var noe høyere. Planlagte behandlinger ble utsatt under den første smittebølgen av COVID-19, og kreftscreening ble utsatt i en viss grad. Økt bruk av fjernkonsultasjoner bidro til å opprettholde tilgang til polikliniske helsetjenester under pandemien.



% som rapporterte om uteblitt medisinsk behandling i løpet av de første 12 månedene under pandemien

Motstandsdyktighet

Norge har hatt færre smittetilfeller og dødsfall som følge av COVID-19 enn de fleste EU-land, på grunn av raskt iverksatte smitteverntiltak, lav befolkningstetthet, stor grad av tillit til myndighetene, utstrakt digitalisering, et tilpasningsdyktig helsevesen og generøse velferdsordninger. Ved utgangen av august 2021 var 55 % av befolkningen blitt vaksinert med to doser (eller tilsvarende) – en andel som ligger nær EU-gjennomsnittet.



Andel av den totale befolkningen vaksinert mot COVID-19 ved utgangen av August 2021

2 Helse i Norge

Norge hadde høyest forventet levealder i Europa i 2020

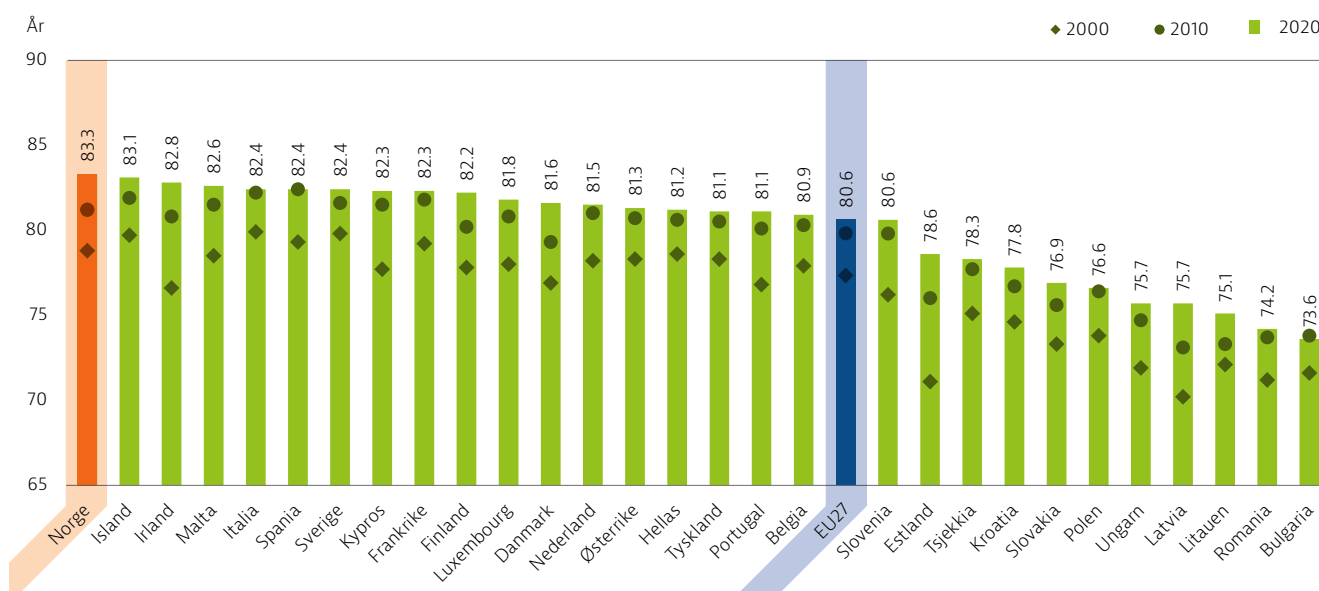
Forventet levealder ved fødsel har økt jevnt i løpet av de siste to tiårene til 83,3 år i 2020 – høyere enn i noe annet EU-land og 2,7 år over EU-gjennomsnittet (figur 1). Kvinner lever i gjennomsnitt 3,3 år lengre enn menn (henholdsvis 84,9 og 81,6 år). Denne kjønnsforskjellen er mye mindre enn EU-gjennomsnittet (5,6 år).

Norge var ett av bare tre europeiske land der forventet levealder økte i 2020, til tross for COVID-19 pandemien. Selv om de fleste COVID-19 assosierte dødsfall var blant eldre voksne (tall fram til midten av juli 2021 viser at 81 % av alle dødsfallene var blant personer på 70 år og eldre), økte forventet levealder selv blant

personer 80 år og eldre (Statistisk sentralbyrå, 2021). Totalt sett var dødsraten knyttet til COVID-19 i 2020 nesten ni ganger lavere enn gjennomsnittet blant EU-landene (84 dødsfall per million innbyggere i Norge sammenlignet med 744 i EU).

Ingen overdødelighet ble rapportert i 2020. Antall dødsfall var faktisk lavere i 2020 enn i 2019. Denne tendensen er hovedsakelig et resultat av et tilpasningsdyktig og fleksibelt helsevesen samt raskt iverksatte smitteverntiltak (se avsnitt 5.3), noe som også bidro til lavere hyppighet av dødsfall ikke relatert til COVID-19, som for eksempel hjerte- og karsykdommer og luftveissykdommer (FHI, 2020a).

Figur 1: Forventet levealder i Norge er mer enn to år høyere enn EU-gjennomsnittet



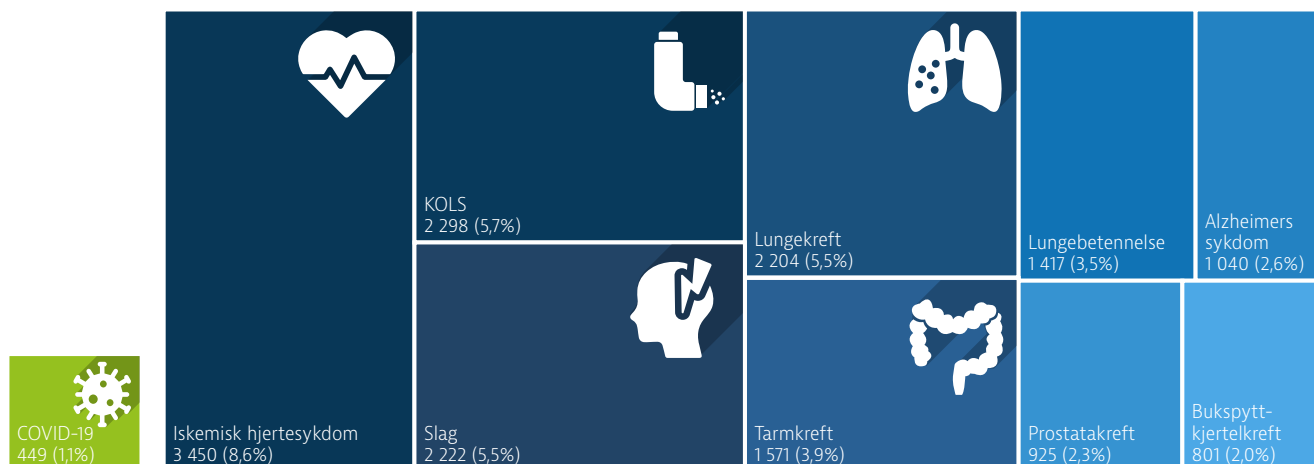
Merk: EU-gjennomsnittet er vektet. Data for Irland gjelder 2019.
Kilde: Eurostat Database.

Hjerte- og karsykdommer, luftveissykdommer og kreft er de vanligste dødsårsakene i Norge

Økningen i forventet levealder i løpet av de siste tjue årene i Norge er i stor grad knyttet til lavere dødelighet for hjerte- og karsykdommer. Til tross for dette var iskemisk hjertesykdom fortsatt den vanligste dødsårsaken i 2018, da den utgjorde 8,6 % av alle dødsfall, etterfulgt av kronisk, obstruktiv lungesykdom (KOLS), slag og lungekreft (figur 2), som utgjorde mellom 5,5 % og 5,7 % av alle dødsfall i Norge. Lungekreft er den vanligste dødsårsaken blant krefttypene, fulgt av tarmkreft.

Dødsfall knyttet til COVID-19 utgjorde 1,1 % av alle dødsfall i 2020 – en mye mindre andel enn i de fleste europeiske land.

Figur 2: Iskemisk hjertesykdom er den vanligste dødsårsaken i Norge



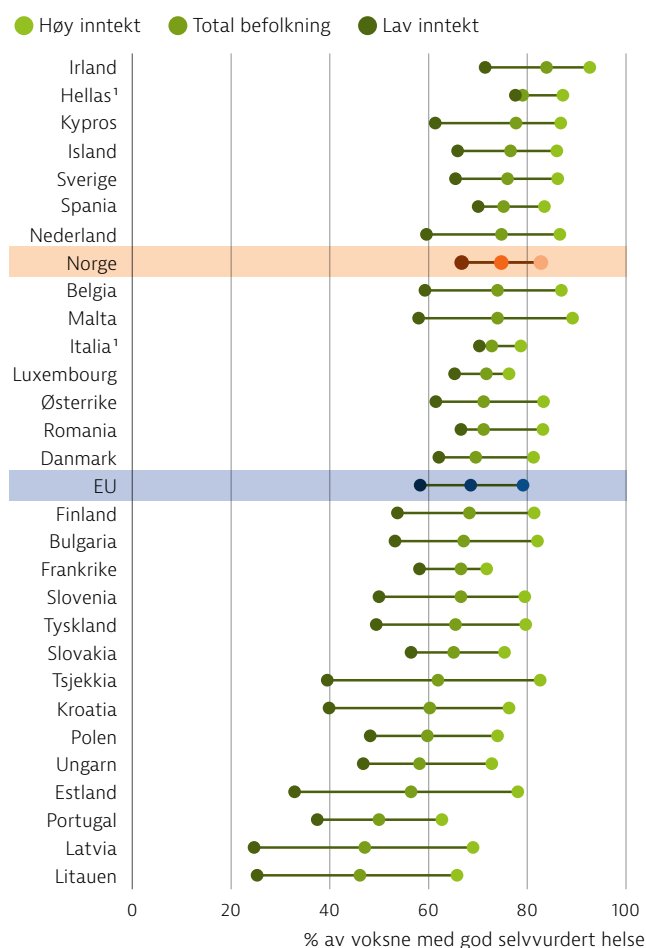
Merk: Antall og andel COVID-19-dødsfall gjelder 2020, mens tallene for andre dødsårsaker gjelder 2018. Størrelsen på COVID-19-boksen er proporsjonal med størrelsen på de andre dødsårsakene i det foregående året.
Kilder: Eurostat (for dødsfall i 2018); Det europeiske smittevernbyrået (ECDC) (for dødsfall forårsaket av COVID-19 i 2020, fram til uke 53).

De fleste nordmenn vurderer at de har god helse, men mer enn en tredel har en kronisk sykdom

I 2019 oppfattet 75 % av befolkningen sin helse som god, en høyere andel enn i de fleste EU-land (figur 3). Selv om færre personer i den laveste inntektskvintilen vurderte sin helse som god (67 %) sammenlignet med personer i den høyeste inntektskvintilen (83 %), var denne forskjellen mindre enn i de fleste andre europeiske land. Til tross for dette oppga mer enn en tredel av norske voksne (37 %) å ha minst én kronisk sykdom i 2019, en andel som er sammenlignbar med EU-gjennomsnittet (37 %) ifølge levekårsundersøkelsen EU-SILC. På lik linje med tallene for selvvalgt helse, var det forskjeller basert på inntekt: 43 % av personene i den laveste inntektskvintilen oppga å ha kroniske sykdommer, sammenlignet med 30 % i den høyeste inntektskvintilen.



Figur 3: Den selvvalgte helsetilstanden er generelt god, med relativt små forskjeller etter inntektsgruppe



Merk: 1. Andelen for den totale befolkningen og lavinntektsgruppen er stort sett den samme.
Kilde: Eurostat Database, basert på levekårsundersøkelsen EU-SILC (data refererer til 2019).

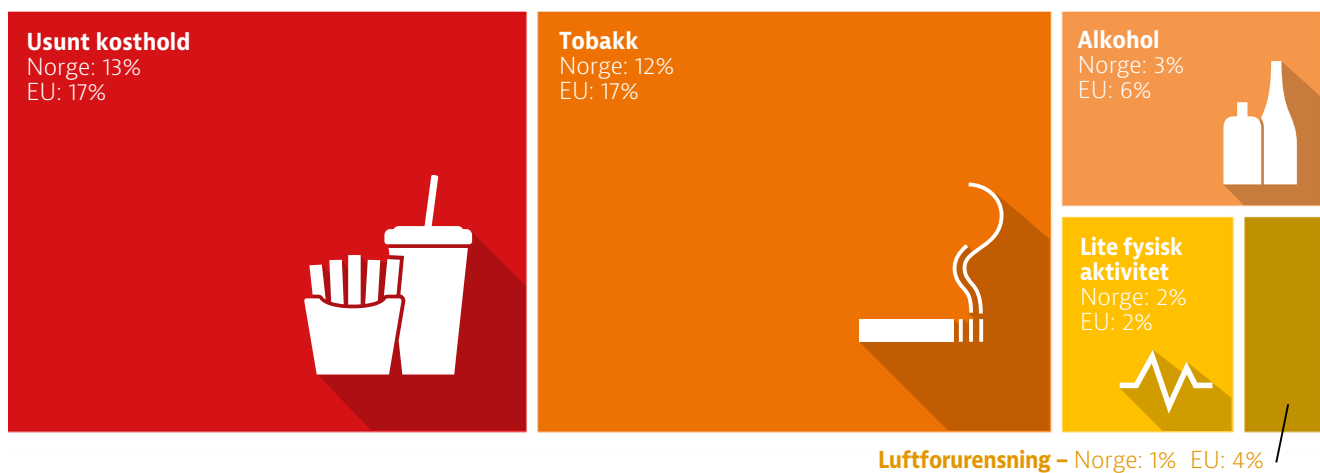
3 Risikofaktorer

Atferdsrelaterte risikofaktorer bidrar omtrent til ett av tre dødsfall i Norge

Atferdsrelaterte risikofaktorer bidro til omtrent ett av tre dødsfall i Norge i 2019, der kosthold og tobakksbruk var de største risikofaktorene (figur 4). Usunne kostholdvaner, inkludert lavt inntak av frukt og grønnsaker og høyt forbruk av sukker og salt anslås å bidra til 13 % av alle dødsfall, en mindre andel enn EU-gjennomsnittet (17 %). Tobakksbruk, som omfatter

både aktiv og passiv røyking, anslås å være ansvarlig for 12 % av alle dødsfall, som også er lavere enn EU-gjennomsnittet. Inntak av alkohol anslås å bidra til 3 % av dødsfallene, noe som er omtrent halvparten av EU-gjennomsnittet (6 %). Lite fysisk aktivitet er beregnet å bidra til 2 % av dødsfallene, tilsvarende EU-gjennomsnittet. Luftforurensning i form av fint svevestøv (PM^{2,5}) og ozoneksponering bidro til 1 % av alle dødsfall, en andel som er omtrent fire ganger mindre enn EU-gjennomsnittet.

Figur 4: Usunt kosthold og tobakk er viktige dødsårsaker



Merk: Det totale antallet dødsfall knyttet til disse risikofaktorene er lavere enn summen av hver enkelt årsak, ettersom et dødsfall kan tilskrives mer enn en risikofaktor. Risiko forbundet med usunt kosthold inkluderer 14 komponenter, som lavt frukt- og grønnsaksinntak og høyt forbruk av sukkerholdige drikkevarer. Luftforurensning gjelder eksponering for fint svevestøv (PM^{2,5}) og ozon.
Kilde: IHME (2020), Global Health Data Exchange (estimatene refererer til 2019).

Færre voksne med fedme enn EU-gjennomsnittet, men økt fedme blant unge gir grunn til bekymring

Nesten en av sju voksne (14 %) hadde fedme i Norge i 2019, en økning fra en av 12 (8 %) i 2002, men andelen er fortsatt lavere enn EU-gjennomsnittet (16%). Norske voksne er mer fysisk aktive enn voksne i de fleste EU-land, selv om en av fem ikke oppfylte anbefalingene til verdens helseorganisasjon (WHO) om minst 2,5 timer moderat fysisk aktivitet per uke i 2014.

Mer enn en av seks av norske 15-åringer (18 %) hadde overvekt eller fedme i 2018. Denne andelen er sammenlignbar med EU-gjennomsnittet (19 %), men representerer en økning fra 2013/2014 (13%)¹. Norske 15-åringer er mindre fysisk aktive og har lavere fruktinntak enn EU-gjennomsnittet, noe som kan bidra til vektproblemer.

Antall tobakkrøykere har gått ned, men snustobakk er fortsatt populært blant yngre voksne

Andelen røykere er lavere i Norge enn i de fleste EU-land. Blant voksne oppga bare 9 % at de røykte tobakk daglig i 2020, sammenlignet med et EU-gjennomsnitt på nesten 20 %. Dette representerer betydelig framgang siden 2000, da 32 % av voksne i Norge røykte daglig. Det finnes imidlertid store sosiale forskjeller: daglig røyking er 4-5 ganger mer sannsynlig blant voksne med lavest utdanningsnivå sammenlignet med voksne i gruppen med høyest utdanning.

Blant ungdom i alderen 15-16 år oppga 10 % å ha røykt sigaretter i løpet av siste måned i 2018, sammenlignet med et EU-gjennomsnitt på 18 %. På lik linje med voksne, har det vært en betydelig nedgang i løpet av de siste tiårene. Bare 2,5 % av ungdom oppga at de røykte daglig i 2019, sammenlignet med 24 % i 1999.

1. Dataene fra undersøkelsen "Health Behaviour in School-Aged Children" i 2017/2018 skiller seg noe fra dataene rapportert av Folkehelseinstituttet (FHI) i 2018 (17 %), 2011 (18 %), og 2005/2006 (14 %).

Norge har en av Europas strengeste lovverk og mest omfattende tiltakspakker for å bekjempe tobakksbruk. Norge har de høyeste tobakksprisene, og standardiserte, nøytrale tobakkspakker med helseadvarsler, og forbud mot synlig plassering av tobakksprodukter i butikkene.

Bruk av snus – en fuktig pulvertobakk som inntas gjennom munnen – er blitt stadig mer vanlig i løpet av de siste tjue årene, særlig blant ungdom. I 2020 oppga 14 % av kvinner og 25 % av menn i alderen 16-24 år at de brukte snus daglig, sammenlignet med 0 % av kvinner og 7 % av menn i 2000 (FHI, 2020b). Snusens økende popularitet har blitt tilskrevet lavere priser i forhold til sigaretter (på grunn av lavere skattlegging), relativt høyt nikotinnivå, bruk av smakstilsetninger og et godt utvalg av pakkestørrelser (inkludert miniporsjoner).

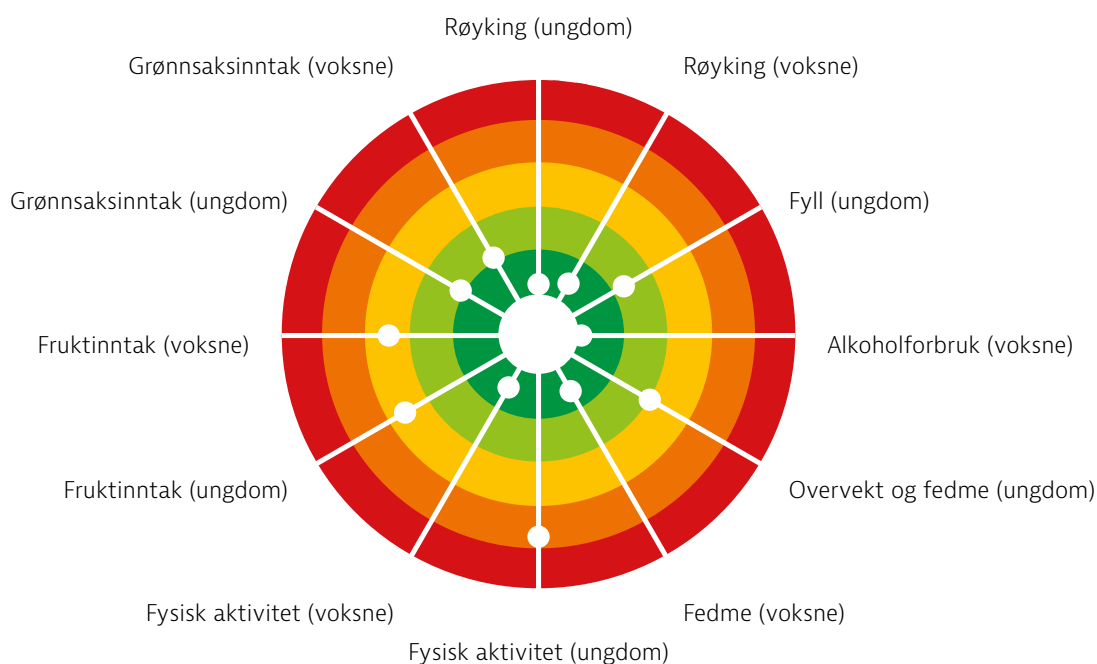


Alkoholforbruk blant både voksne og ungdom er relativt lavt

Nordmenn bruker mindre alkohol enn noe annet EU-land (figur 5), og forbruket har falt med omtrent 5 % siden 2000. I 2019 var gjennomsnittsforbruket på 6,1 liter ren alkohol per innbygger, 40 % mindre enn EU-gjennomsnittet på 10,1 liter. Forbruket blant ungdommer er også mye lavere enn i de fleste EU-land. Bare 16 % av norske 15-åringer oppga i 2018 at de hadde noen gang vært full/beruset, sammenlignet med et gjennomsnitt på 22 % for ungdommer i EU.

En rekke tiltak har bidratt til lavere alkoholforbruk. Et av de viktigste er et høyt avgiftsnivå, som fører til at alkoholprisene er blant de høyeste i Europa. Tilgang til sterkere alkohol kontrolleres ved hjelp av Vinmonopolet, en statseid kjede som er de eneste butikkene som har lov til å selge drikkevarer med mer enn 4,75 % alkohol. Det er også begrensede salgstider for øl og sider i dagligvarebutikker og forbud mot å selge alkohol i kiosker og på bensinstasjoner. Alkoholreklame er forbudt; det samme gjelder «happy hours» i barer og restauranter.

Figur 5: Fysisk inaktivitet blant ungdom og lavt fruktinntak er utfordringer for folkehelsen



Merk: Jo nærmere punktet er sentrum, jo bedre gjør landet det sammenlignet med EU-land. Ingen land er i det hvite målfeltet, ettersom det er rom for forbedring på alle områder i alle land.

Kilder: OECD-beregninger basert på HBSC-undersøkelsen i 2017-18 for ungdomsindikatorer; OECDs helsestatistikk, EHIS 2014 og EHIS 2019 for voksenindikatorer.

4 Helsevesenet

Staten og kommunene har delt ansvar for å planlegge og yte offentlige helsetjenester

Norge har et delvis desentralisert, nasjonalt helsevesen som er skattefinansiert. Staten er ansvarlig for spesialisthelsetjenesten, som er organisert gjennom fire regionale helseforetak (HF) med ansvar for sykehus og sykehusapotek i sin region. Kommunene er ansvarlige for primærhelsetjenesten samt folkehelse og helsefremmende arbeid, som sammen omfatter

tjenester som fastleger, svangerskap- og barselomsorg, skolehelsetjenester og vaksinesentre, i tillegg til pleie- og omsorgstjenester og sosiale tjenester. Fylkenes rolle er begrenset til å tilby tannlegebehandling for barn og ungdom, samt enkelte befolkningsgrupper. Retningslinjer gitt sentralt fra Helsedirektoratet, et utøvende organ som ligger under Helse- og omsorgsdepartementet, og råd fra Folkehelseinstituttet (FHI) sto sentralt i Norges COVID-19-respons (Boks 1).

Boks 1: Helsedirektoratet samordnet helsevesenets respons på COVID-19

Helseberedskapsloven (loven om helsemessig og sosial beredskap) fra år 2000 gir Helsedirektoratet ansvaret for den overordnede koordineringen av helsevesenets respons ved kriser og katastrofer. Allerede før lovens bestemmelser ble tatt i bruk (mars 2020), delegerte Helse- og omsorgsdepartementet dette ansvaret til Helsedirektoratet (januar 2020).

Koronaloven, krisebestemmelsene som ble vedtatt i 2020, ga regjeringen økt fullmakt til å iverksette nødvendige smittevernstiltak, som å stenge nasjonale grenser. Loven ble opphevet i mai 2020, men flere bestemmelser ble opprettholdt gjennom

Kilde: Saunes et al. (2021).

midlertidige lover vedtatt av Regjeringen etter vanlig framgangsmåte. Mange av disse midlertidige lovene ble forlenget til november 2021.

I mai 2020 ble ansvaret for utvikling og gjennomføring av sektorspesifikke forskrifter ført tilbake til fagdepartementene.

Folkehelseinstituttet (FHI) og det Nasjonale beredskapsutvalget mot biologiske hendelser var viktige rådgivningsorganer under pandemien, både for sentrale og lokale forvaltningsorganer.

Helsevesenet er i hovedsak finansiert av offentlige midler

I 2019 brukte Norge 10,5 % av BNP på helseutgifter, på linje med andre skandinaviske land og noe høyere enn EU-gjennomsnittet. Helseutgiftene per innbygger i 2019 (EUR 4 661, justert for kjøpekraft) var de høyeste i Europa, og over 30 % høyere enn gjennomsnittet i EU (EUR 3 521) (figur 6). Reelle helseutgifter økte med omtrent 2,5 % per år mellom 2015 og 2019. En rekke tiltak brukes for å begrense kostnader, som for eksempel budsjettering, hovedsakelig lønnet helsepersonell, medisinsk metodevurdering og faste takster og priser. Under COVID-19-pandemien ble det gitt fullmakt til å overskride bevilgingene i statsbudsjettet for nasjonale helseutgifter for å dekke utgifter knyttet til håndteringen av pandemien (boks 2).

Offentlig finansiering av helse omfatter både nasjonale og kommunale skatteinntekter og lønnsbidrag til folketrygden, delt mellom arbeidsgiver og arbeidstaker. Den offentlige helsefinansieringen – som står for 85 % av samlet finansiering, en høyere andel enn i alle EU-land – har økt raskere enn BNP i Norge i løpet av

det siste tiåret. Private utgifter, som i Norge i hovedsak består av egenbetalinger fra husholdninger, utgjør de resterende 15 %.

Utgifter til pleie- og omsorgstjenester er de høyeste i Europa

I 2019 var fordelingen mellomhelseutgifter til sykehusbehandling, poliklinisk behandling og pleie- og omsorgstjenester omtrent lik, dvs. i underkant av 30 % av totalutgiftene for hver utgiftskategori. Andelen brukt på pleie- og omsorgstjenester var høyere enn i noe EU-land (figur 7). Andelen av helseutgifter brukt på legemidler og medisinsk utstyr, på litt over 10 %, var derimot lavere enn i noe EU-land, og denne andelen har gått ned det siste tiåret.

Dette tallet omfatter imidlertid ikke utgifter til bruk av legemidler og medisinsk utstyr på sykehus, som rapporteres under kategoriene sykehusbehandling eller poliklinisk behandling. Utgifter til forebyggende tiltak sto for omtrent 2,5 % av de totale helseutgiftene, noe som ligger tett opptil EU-gjennomsnittet.

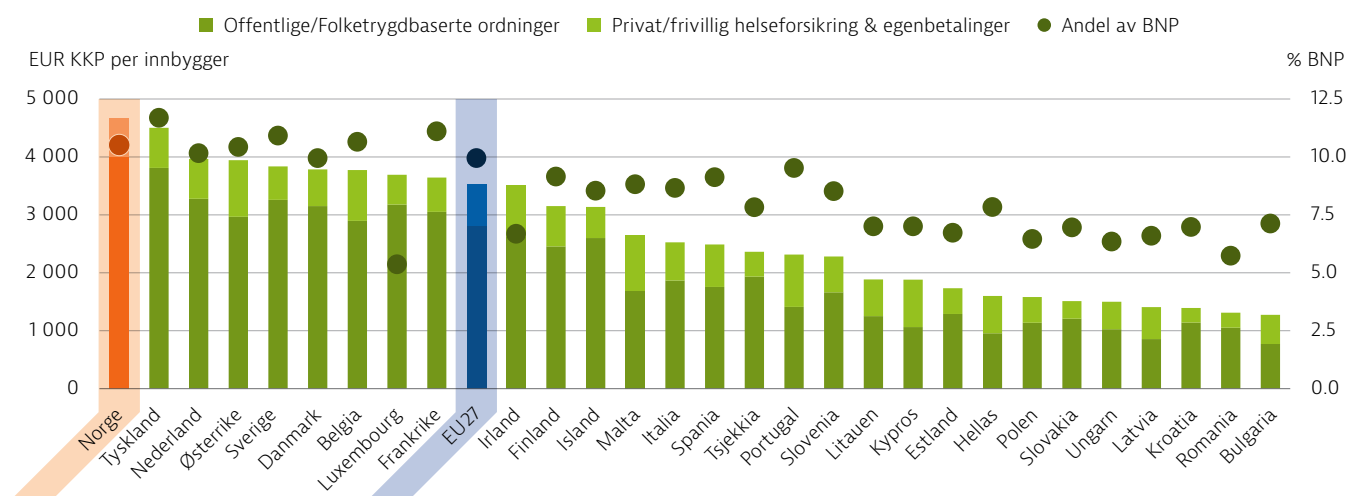
Boks 2: Kommunene mottok betydelige tilskudd for å håndtere COVID-19

I midten av mars 2020 ble det gitt fullmakt til å overskride statsbudsjettet for 2020 for å dekke utgifter til håndtering av koronavirusutbruddet (Koronakommisjonen, 2021).

I april 2020 annonserte regjeringen en tiltakspakke på NOK 3,9 milliarder (EUR 327 millioner) for å hjelpe kommunene med å dekke økte helseutgifter som følge av COVID-19 samt utgifter knyttet til testing, kontaktsporing, isolering og karantene. Denne finansielle støtten ble senere økt, også i september 2020 da smittetilfellene begynte å øke igjen.

Til tross for disse tilskuddene viser foreløpige beregninger en lavere vekst i de totale helseutgiftene i 2020 enn i tidligere år. Dette skyldes delvis et lavere aktivitetsnivå i sykehus- og spesialisthelsetjenesten i mars-april og i tannlege- og fysioterapitjenester (Monsrud, 2021). Helsebudsjettet for 2021 var økt med cirka 9,5 % sammenlignet med 2020.

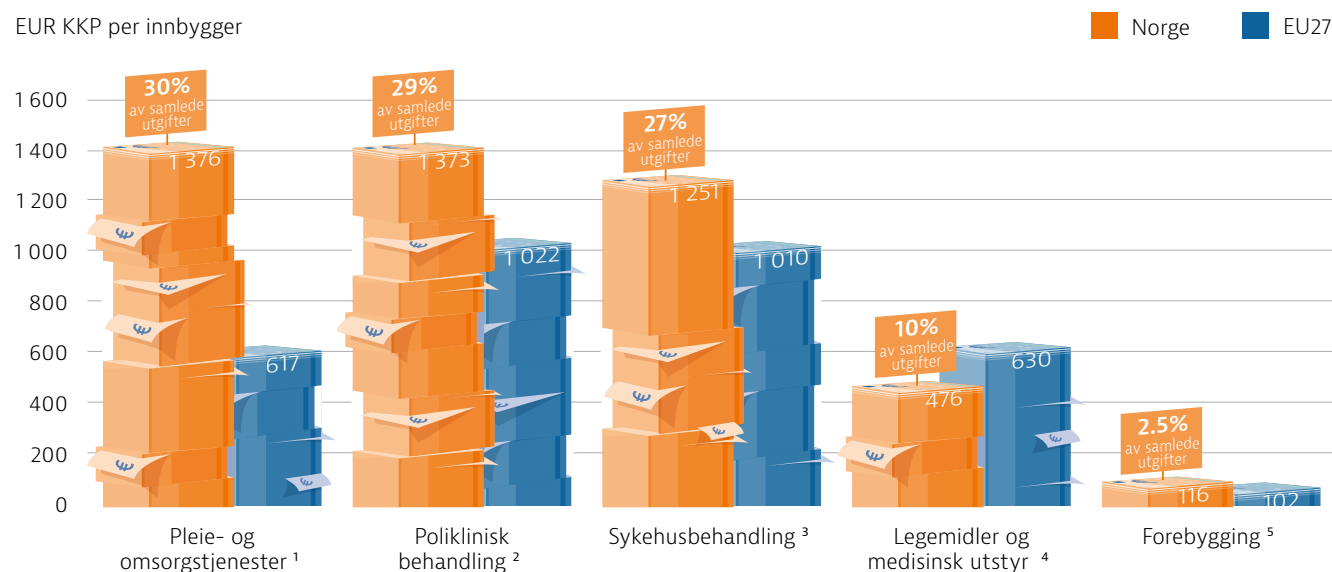
Figur 6: Helseutgiftene per innbygger er de høyeste i Europa



Merk: EU-gjennomsnittet er vektet.

Kilde: OECDs helsestatistikk 2021 (data for 2019, bortsett fra Malta: 2018).

Figur 7: Norge bruker mer på pleie- og omsorgstjenester enn andre europeiske land



Merk: Kostnadene til administrasjon av helsevesenet er ikke inkludert. 1. Inkluderer kun utgifter fra helsesektoren; 2. Inkluderer hjemmesykepleien og støttefunksjoner (f.eks. pasienttransport); 3. Inkluderer helbredende og rehabiliterende behandling på sykehus eller andre institusjoner; 4. Inkluderer kun polikliniske tjenester; 5. Inkluderer kun utgifter til organisert forebygging. EU-gjennomsnittet er vektet.

Kilder: OECDs helsestatistikk 2021, Eurostat Database (data for 2019).

Et årlig egenandelstak letter betalingsbyrden for hyppige brukere av helsetjenester

Helsedekningen for personer bosatt i Norge er universell og automatisk. Selv om dette dekker et bredt spekter av tjenester, er en viss kostnadsdeling vanlig for de fleste tjenestene, unntatt for sykehusbehandling (herunder reseptbelagte medisiner) og hjemmesykepleie. Hovedsakelig skjer dette i form av egenandelbetaling. Barn under 16 år, gravide, minstepensjonister og personer som har vært utsatt for arbeidsulykker er fritatt fra betaling av egenandel. Tannlegebehandling for voksne og legemidler utskrevet utenfor sykehus utgjør de største kildene til egenbetalinger; hver av de utgjør omtrent en fjerdedel av totale egenbetalingsutgifter.

Fram til 2021 gjaldt to ulike egenandelstak: et for lege- og psykologkonsultasjoner og reseptbelagte medisiner og et annet for fysioterapi, rehabilitering og enkelte tannlegebehandlinger. I januar 2021 ble de to

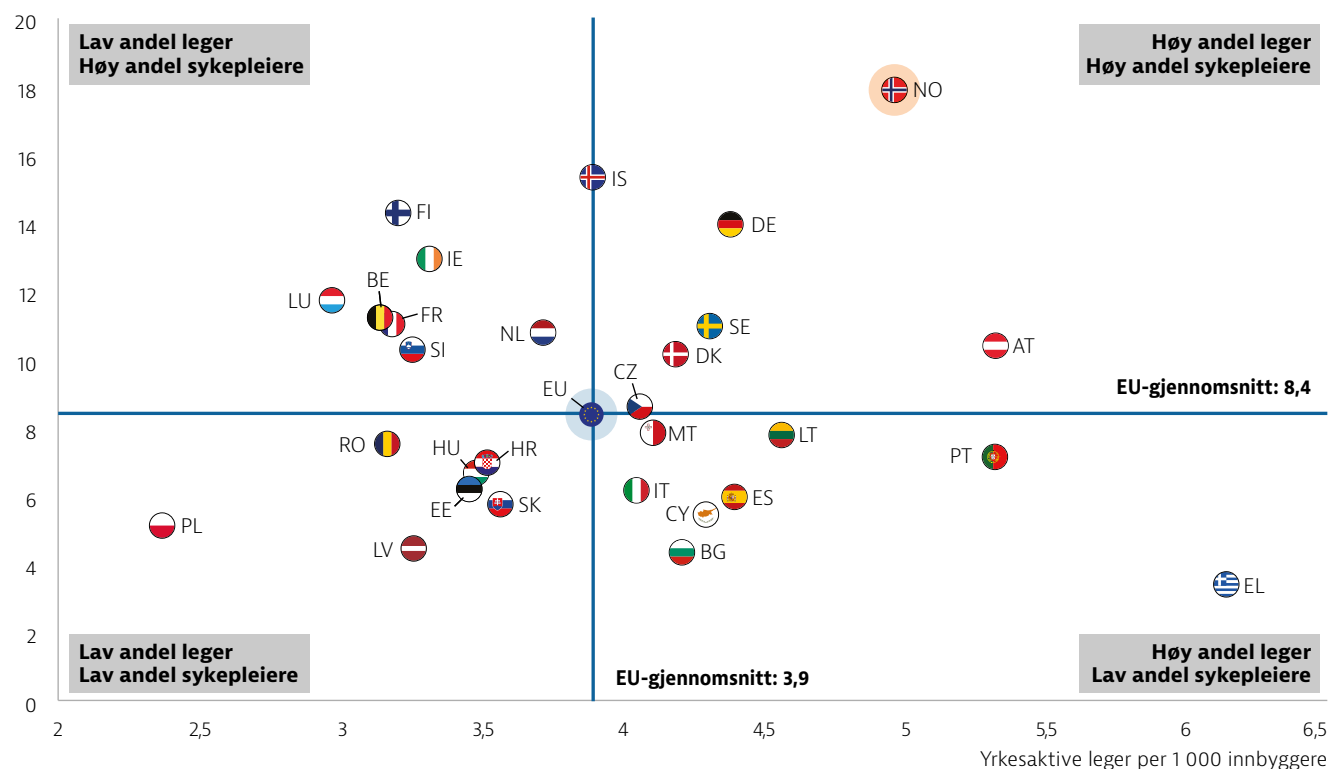
egenandelstakene slått sammen, og det samlede taket er nå NOK 2 460 (EUR 235). Når egenandelstaket er nådd, får pasienten utstedt et frikort som innebærer full dekning av tjenester og behandling resten av kalenderåret.

Norge har et høyt antall av både leger og sykepleiere

Selv om Norge har flere leger per 1 000 innbyggere enn de fleste EU-land (figur 8), er den ujevne landsdekningen av fastleger, samt mangel på fastleger i enkelte områder, et problem. Antallet sykepleiere per innbygger har økt i løpet av de siste tjue årene og er også godt over EU-gjennomsnittet, men andelen sykepleiere som forlater yrket er høyt. Spesielt gjelder dette frafallet de som jobber innen pleie- og omsorgstjenester. Dette har ført til at regjeringen har innført en rekke tiltak for å sikre forsyning av sykepleiere i fremtiden.

Figur 8: Norge er blant de land med høyest antall helsepersonell

Yrkesaktive sykepleiere per 1 000 innbyggere



Merk: EU-gjennomsnittet er ikke vektet. I Portugal og Hellas gjelder dataene alle leger med legelicens, noe som fører til et høyt overdrevent anslag over antall praktiserende leger (f.eks. omtrent 30 % i Portugal). I Hellas er antallet sykepleiere underestimert, ettersom det bare inkluderer de sysselsatt på sykehus. Kilde: Eurostat Database (data for 2019 eller nærmeste år).

Tilgjengeligheten av sykehussenger og intensivsengeplasser var lav før pandemien

Sykehus tjenester i Norge ytes i hovedsak gjennom 20 offentlige sykehusforetak. Sykehusforetakene er statseide og styres som offentlige selskaper gjennom regionale helseforetak (RHF). Før COVID-19-pandemien

var tettheten av sengeplasser på både akuttavdelinger (310 per 100 000 innbyggere) og intensivavdelinger (5,5 per 100 000 innbyggere) lavere enn EU-gjennomsnittene (360 per 100 000 på akuttavdelinger og 12,9 per 100 000 på intensivavdelinger). Samtidig var det gjennomsnittlige belegget (senger i bruk) på akuttavdelingene 80 % - et av de høyeste i Europa.

Disse tallene tyder på en generelt effektiv bruk av sykehusressurser, men med begrenset bufferkapasitet til å møte en stor økning i behovet for sykehustjenester. Selv om sengekapasiteten på akutt- og intensivavdelingene ikke ble overskredet under pandemien, ga norske myndigheter de regionale helseforetakene i oppdrag å utarbeide detaljerte planer for å øke kapasiteten for begge, for å kunne møte en eventuell kraftig økning i innleggelser (se avsnitt 5.3).

Pasienter kan velge helsetjenesteyter, men fastlegene fungerer som portvakter for spesialisthelsetjenester

Norske fastleger er stort sett selvstendig næringsdrivende og arbeider gjennom avtale med kommunene. De jobber vanligvis i gruppepraksis på mellom to og seks leger i tillegg til sykepleiere og annet personell, og er forpliktet til å yte helsetjenester utenfor ordinær arbeidstid ved lokale legevaktstasjoner. Fastlegene fungerer som portvakter for spesialist- og sykehusbehandling, og pasienter står fritt til å velge mellom offentlige og godkjente private helsetjenesteytere, samt

mellom vanlige sykehus og spesialistsykehus. I 2015 ble ordningen «fritt behandlingsvalg» utvidet til å omfatte sykehus i EU/EØS-området, men transportkostnader blir ikke dekket.

Tjenester har blitt flyttet ut av sykehusene, med mer fokus på pasientsentrert tilnærming og koordinering

Takket være samordnet politisk innsats har helsetjenesteyting i Norge utviklet seg i retning av mer poliklinisk behandling framfor sykehusinnleggelser. Gjennomsnittslengden på sykehusopphold er derfor blant de laveste i Europa, med 6,4 dager i 2019 – ned fra 8,9 i 2000. Den nasjonale helse- og sykehusplanen 2020-23 inneholder en rekke tiltak for å styrke den pasientsentrerte tilnærmingen for helsetjenester. Blant annet er det etablert 19 helsefelleskap med sikte på bedre samordning av kommune- og sykehustjenester og utvidet bruk av digitale helsetjenester. En ny tverrfaglig modell for team innenfor primærhelsetjenesten utprøves også som et pilotprosjekt fra 2018 til 2023 (se avsnitt 5.1).

5 Helsevesenets ytelse

5.1 Effektivitet

Få forebyggbare dødsfall tyder på en sterk primærhelsetjeneste og effektive folkehelseiltak

Sammenlignet med de fleste land i Europa har Norge få dødsfall fra årsaker som i stor grad kunne vært unngått gjennom forebyggende primærhelse- og folkehelseiltak (figur 9). Lungekreft og kroniske sykdommer i de nedre luftveiene (inkludert KOLS og astma) var de ledende årsakene til slike dødsfall, noe som kan ses i sammenheng med en høy andel røykere i tidligere generasjoner. Mellom 2011 og 2018 gikk hyppigheten av forebyggbare dødsfall ned med totalt 17 %. Dette gjenspeiler innsatsen til kommunene, som er ansvarlige for primærhelsetjenesten, folkehelse- og helsefremmende tiltak generelt (se avsnitt 4). Fastleger spiller også en viktig rolle i helsefremmende arbeid; de kan bl.a. skrive fysisk aktivitet som «grønn resept» til personer med livsstilssykdommer som ønsker å leve et sunnere liv.

Antallet dødsfall av årsaker som kan behandles er blant de laveste i Europa

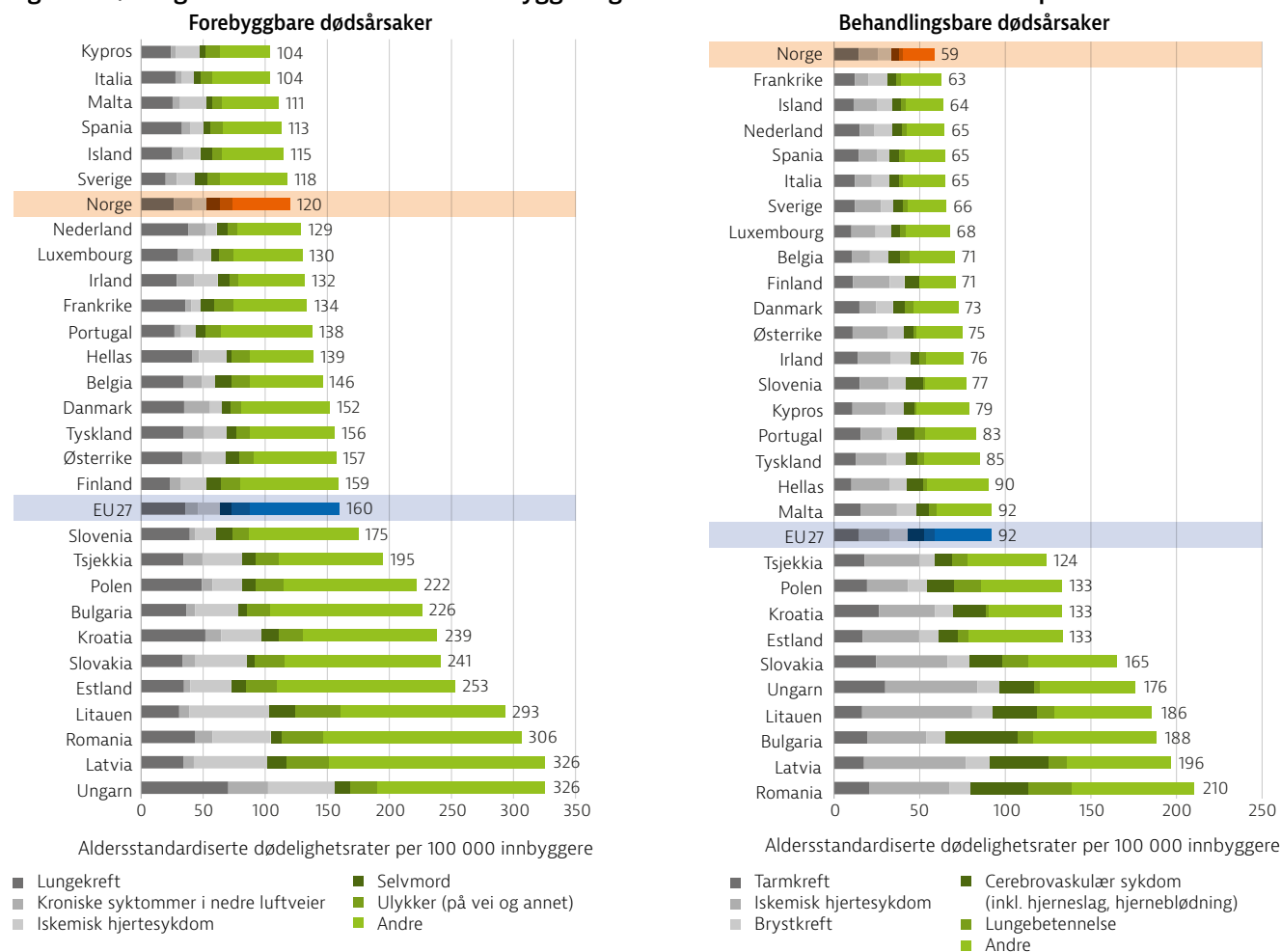
Norge har også relativt få dødsfall av årsaker som kan behandles (figur 9). I 2018 var den totale dødsraten av slike årsaker nest lavest i Europa, etter å ha gått ned

med 22 % siden 2011. Den lave andelen, som delvis reflekterer lavere forekomst av disse sykdommene i den norske befolkningen sammenlignet med de fleste EU-land, tyder på at det norske helsevesenet sikrer tilgang til effektiv diagnostisering til rett tid og høykvalitetsbehandling for livstruende tilstander.

Norge har styrket kvaliteten på og tilgangen til spesialistbehandling til rett tid, bl.a. ved å innføre standardiserte pasientforløp for enkelte sykdommer der det finnes godt etablerte behandlingsformer. Dette gjelder blant annet for sykdommer som kreft og slag, muskel- og skjelettsykdommer, samt psykiske lidelser og rus. Pasientforløp ble introdusert i etterkant av samhandlingsreformen i 2012.

Styrket samordning av helsetjenester kan bidra til færre unngåelige sykehusinnleggelser

Norge har lav forekomst av unngåelige sykehusinnleggelser for diabetes og hjertesvikt sammenlignet med de fleste europeiske og nordiske land (figur 10), mens forekomsten av sykehusinnleggelser for luftveissykdommer som astma og KOLS er litt over EU-gjennomsnittet.

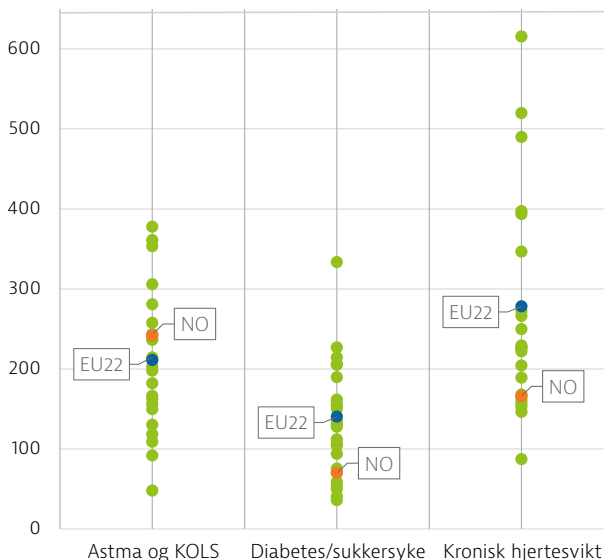
Figur 9: Dødelighet av årsaker som kan forebygges og behandles er blant de laveste i Europa

Merk: Forebyggbar dødelighet er definert som dødsfall som i stor grad kan unngås gjennom forebyggende primærhelsetjenester og folkehelseiltak. Behandlingsbar dødelighet er definert som dødsfall som i stor grad kan unngås gjennom helsetjenesteytelse, inkludert screening og behandling. Halvparten av dødsfallene for enkelte sykdommer (f.eks. hjerteinfarkt og hjerneslag) regnes som forebyggbare dødsfall, mens den andre halvparten regnes som behandlingsbare. Begge indikatorer refererer til for tidlig død (under 75 år). Dataene er basert på reviderte OECD/Eurostat-lister. Kilde: Eurostat Database (data for 2018, unntatt for Frankrike, 2016).

Det er det satt i gang et pilotprosjekt fra 2018 til 2023, ut fra en ny modell med tverrfaglige primærhelseteam som også omfatter sykepleiere og helsesekretærer, med sikte på mer samordnet behandling og bedre oppfølging og overvåking av pasienter med kroniske sykdommer. I de senere år har sykehusene fått større ansvar for å samordne utskrivinger, for eksempel ved å opprette sjekklister for utskrivinger og å samordne pasientoppfølgingen i samarbeid med kommunene. I 2019 ble helsefelleskapene lansert, med kommunene og sykehusforetakene som partnere. Disse felleskapene har fått ansvaret for felles planlegging og målsetting, for å styrke samordningen mellom spesialisthelsetjenester, kommunale tjenester (fastlege, tannlegetjenester, pleie- og omsorgstjenester og fysioterapi), tjenester for psykisk helsevern og private sykehustjenester.

Figur 10: Norge har få unngåelige innleggelser for diabetes og hjertesvikt, men ligger over EU-gjennomsnittet for luftveissykdommer

Aldersstandardisert andel per 100 000 innbyggere 15 år+



Kilde: OECDs helsestatistikk for 2021 (data for 2019 eller nærmeste år).

Overlevelse etter kreft er høy

Andelen som overlever kreft er høy i Norge sammenlignet med EU-gjennomsnittet for flere vanlige kreftformer (figur 11), og femårs relative overlevelse har økt siden 2000-2004 for de fleste typer kreft. Nasjonale screeningprogrammer for brystkreft (siden 2005) og livmorhalskreft (siden 1995) har bidratt til tidligere diagnostisering. Et nasjonalt program for tarmkreftscreening vil bli innført fra slutten av 2021.

Pakkeforløp for kreftpasienter ble innført i 2015 for 28 forskjellige kreftformer. Pakkeforløpet er bygget på et standardisert, kunnskapsbasert behandlingsforløp som spesifiserer ventetidsfrister for hvert behandlingssteg,

og der pasienten får en forløpskoordinator som følger opp behandlingen over tid. En evaluering foretatt nylig viste at ventetider for strålebehandling gikk ned for flere kreftformer mellom 2007 og 2016 (Nilssen et al., 2020).

Den aktuelle nasjonale kreftstrategien for 2018-2022, «Leve med kreft», er rettet mot å forbedre livskvaliteten for kreftpasienter, kreftoverlevende og pårørende, forbedre behandlingssamhandling, forsterke forebyggende tiltak og øke behandlingsskapasiteten. Mange av disse tiltakene er på linje med de som er prioritert i EU-kommisjonens nye «Europe's Beating Cancer Plan» (2021).

Figur 11: Fem års relativ overlevelse etter kreft er høyere i Norge enn gjennomsnittet i EU-land



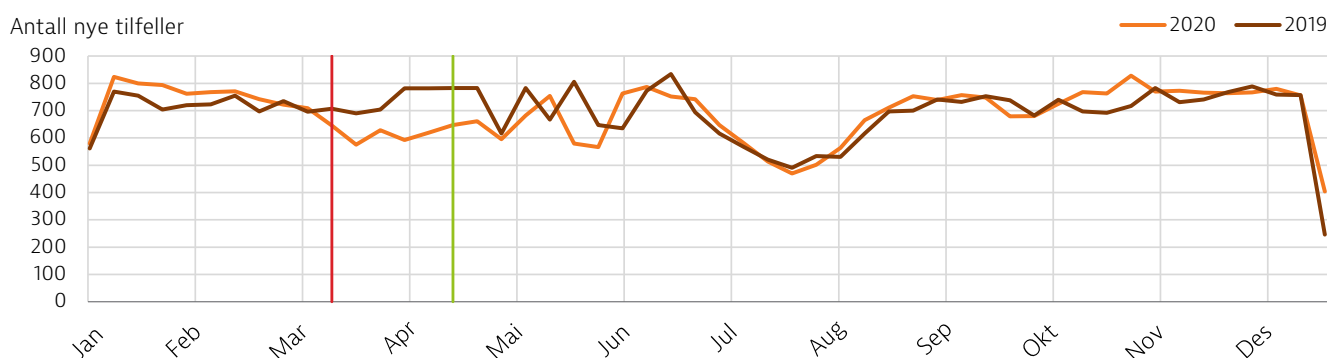
Merk: Data for personer diagnostisert mellom 2010 og 2014. Kilde: CONCORD-programmet, London School of Hygiene og Tropical Medicine.

COVID-19-pandemien førte til forsinkelser i kreftscreening

Da pandemien brøt ut i mars 2020 fikk helsetjenesten beskjed om å utsette masseundersøkelser for kreft (screening) for å prioritere akutte tjenester og redusere risikoen for spredning av COVID-19 i helseinstitusjoner. Screeningundersøkelser for brystkreft (mammografi) og livmorhalskreft ble gjenopptatt mai 2020, og begge program hadde hentet inn etterslepet i august 2020. Antallet nye diagnostiserte krefttilfeller normaliserte seg utøver høsten, etter en nedgang som følge av den første nedstengingen i våren 2020 (figur 12, Larønningen et al., 2021).

Kreftbehandlinger ble i liten grad påvirket, ettersom myndighetene tidligere hadde bestemt at disse kreftpasientene skulle prioriteres. Til tross av en nedgang mars-april 2020, var de fleste behandlinger tilbake på vanlig nivå i slutten av september 2020 (SKDE, 2020) og flere pasienter i pakkeforløp for kreft fullførte sin behandling innen de angitte tidsrammer i 2020 sammenlignet med 2019 (Koronakommisjonen, 2021).

Figur 12: Antall nye kreftdiagnoser falt i løpet av våren 2020 men normaliserte seg mot slutten av 2020



Merk: Denne statistikken viser nye krefttilfeller rapportert til det norske Kreftregisteret i 2019 og 2020, herunder ondartede og godartede svulster og forstadier til kreft. Den røde vertikale linjen viser den nasjonale nedstenginga (12. mars 2020), som førte til at kreftscreeninger ble utsatt. Den grønne vertikale linja gjelder midten av april 2020, da myndighetene gradvis begynte å åpne opp samfunnet igjen. Kilde: Kreftregisteret (2021).

5.2 Tilgjengelighet

Befolkningsdekningen er universell, med generøse ordninger

Det norske helsevesenet gir alle med lovlig opphold i Norge universell tilgang til tjenester. Det samme gjelder innbyggere i EU/EØS og Australia gjennom bilaterale avtaler. For de uten lovlig opphold dekkes basistjenester som vaksinasjon og undersøkelser av barn, mens bare akutt helsehjelp dekkes for voksne. Tjenestetilbudet er omfattende, og inkluderer fysioterapi og tannlegebehandling for barn, med delvis dekning for ungdom opp til 20 år.

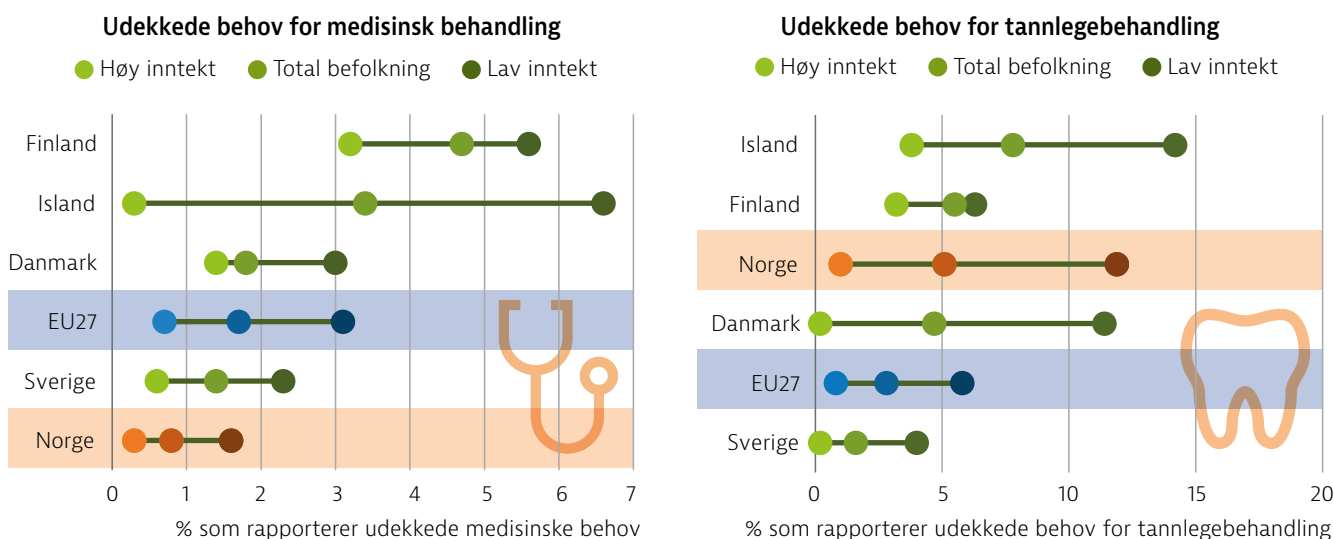
Dekningsgraden, målt som andel utgifter som dekkes av Folketrygden, er mer generøs enn EU-gjennomsnittet for sykehustjenester, polikliniske tjenester og terapeutiske hjelpemidler. Dekningsgraden for tannlegebehandling og reseptbelagte medisiner er noe under EU-gjennomsnittet.

Udekkede behov for medisinsk behandling er generelt lave, men høyere for tannlegebehandling

Mindre enn 1 % av den norske befolkningen oppga at de hadde udekkede behov for medisinsk behandling i 2019, med lang ventetid som hovedårsak. Forekomsten var den laveste blant nordiske land og omtrent halvparten av EU-gjennomsnittet. Personer i den laveste inntektsgruppen hadde udekkede behov oftere enn personer i den høyeste inntektsgruppen, selv om den absolutte forskjellen basert på inntekt var lavere i Norge enn i andre nordiske land (figur 13).

Udekkede behov for tannlegebehandling er vanligere. Rundt 5 % av nordmenn oppga dette i 2019, med økonomiske grunner som viktigste årsak. Forskjellen basert på inntekt var større i Norge enn i de andre nordiske landene. I den laveste inntektskvintilen oppga 12 % udekkede behov, sammenlignet med bare 1 % i den høyeste inntektskvintilen. For voksne dekkes tannlegebehandling generelt ikke av det offentlige, unntatt for personer med psykiske lidelser eller langtidssykdom.

Figur 13: Lave udekkede behov for medisinsk behandling, men store forskjeller basert på inntekt for tannlegebehandling



Merk: Dataene gjelder udekkede behov for undersøkelse/behandling hos lege eller tannlege på grunn av økonomiske årsaker, reiseavstand eller ventetid. Kilde: Eurostat Database, basert på levekårsundersøkelsen EU-SILC (data for 2019, unntatt Island 2018).

Egenbetalinger brukes hovedsakelig på medisiner og tannlegebehandling

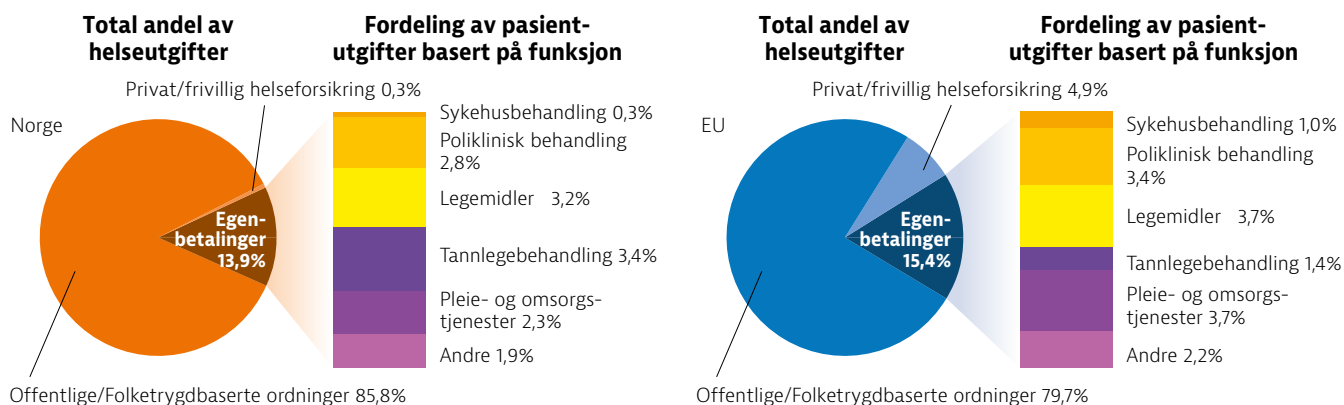
Egenbetalinger, noe som i hovedsak representerer egenandeler, utgjør omtrent 14 % av de totale helseutgiftene – en noe lavere andel enn EU-gjennomsnittet (figur 14). Egenandelen gjelder ikke for sykehusinnleggelse, hjemmesykepleie eller svangerskap- og barselomsorgstjenester. For de fleste andre tjenester gjelder en moderat egenandel (se avsnitt 4). Reseptbelagte medisiner og tannlegebehandling representerer omlag halvparten av samlede egenbetalinger. Det forventes at sammenslåingen av egenandelstak for legetjenester, medisiner, fysioterapi og

tannhelsetjenester (se avsnitt 4) vil redusere kostnadene for pasienter som tidligere nådde begge takene.

Helselovgivningen sørget for gratis testing og behandling i forbindelse med COVID-19

I henhold til Smittevernloven er alle med lovlig opphold og alle besøkende fritatt for egenandel ved testing, legebesøk og behandling i forbindelse med allmennfarlige smittsomme sykdommer. COVID-19 ble definert som allmennfarlig smittsom sykdom omfattet av loven i januar 2020, omtrent en måned før det første tilfellet ble oppdaget. Testing i offentlig regi er gratis, men private aktører tilbyr hurtigtesting og reiseattester mot betaling.

Figur 14: Tannlegebehandling og medisiner utgjør nesten halvparten av egenbetalinger



Merk: EU-gjennomsnittet er vektet.

Kilder: OECDs helsestatistikk 2021; Eurostat Database (data for 2019).

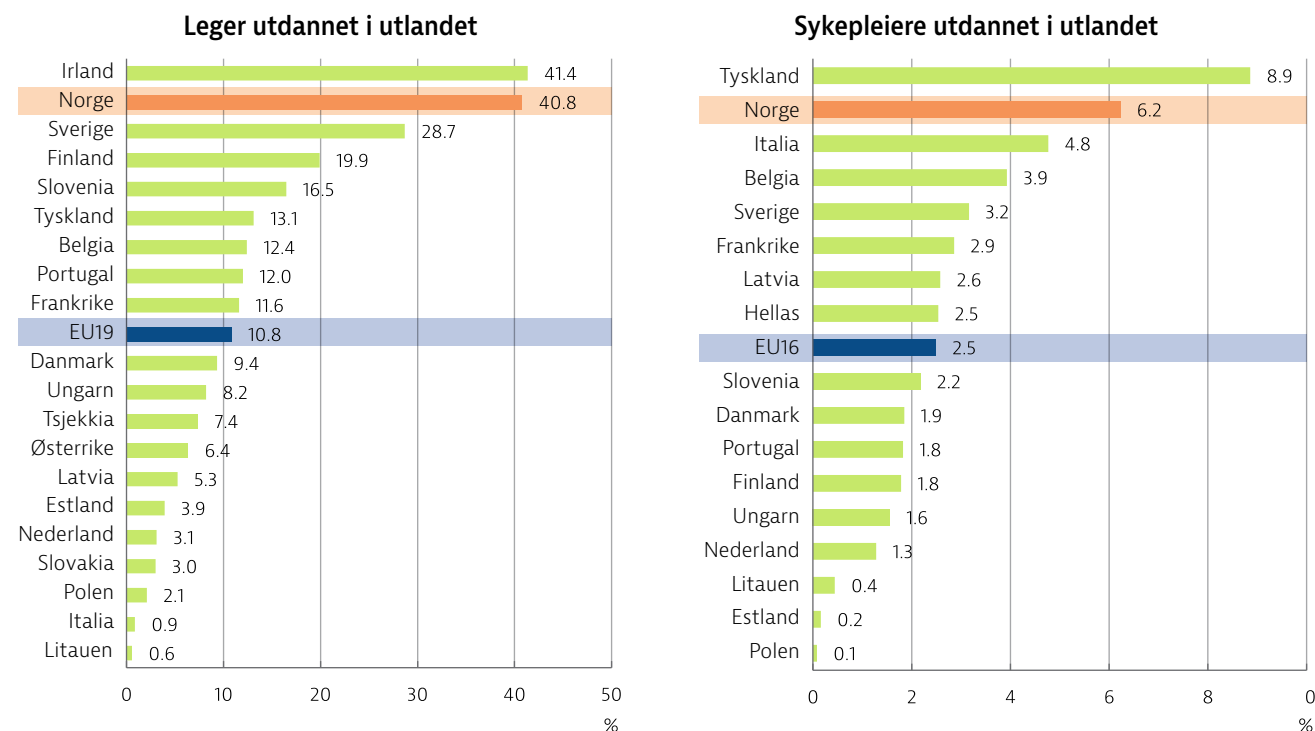
Helsevesenet er svært avhengig av leger og sykepleiere utdannet i utlandet

Norge har et svært høyt antall leger og sykepleiere i forhold til antall innbyggere (se avsnitt 4), men er svært avhengig av helsepersonell utdannet i andre land. I 2020, var 6 % av praktiserende sykepleiere og 41 % av praktiserende leger utdannet i utlandet - betydelig høyere andeler enn i de fleste andre EU-land (figur 15). Mer enn halvparten (55 %) av leger utdannet i utlandet er norske statsborgere som returnerer til Norge etter endt utdanning. Polen, Ungarn og Slovakia er de mest populære utdanningsstedene. Kun fire norske

universiteter tilbyr medisindanning, og regjeringen setter et tak på antall studieplasser per år.

Et spesialutvalg oppnevnt av Kunnskapsdepartementet anbefalte i 2019 å øke antallet studieplasser i medisin i Norge med 69 % innen 2027 for å sikre at 80 % av legene blir utdannet innenlands (Grimstadutvalget, 2019). Dette førte til en 13 % økning i antallet studieplasser i medisin innført høsten 2020. En tverrfaglig arbeidsgruppe er satt opp for å vurdere hvordan legeutdanningskapasiteten kan økes ytterligere.

Figur 15: Norge har store andeler leger og sykepleiere utdannet i utlandet



Merk: I Tyskland er data basert på nasjonalitet (ikke utdanningsland)

Kilde: OECDs helsestatistikk 2021 (data for 2019 eller nærmeste år).

Kortere ventetider er et politisk mål, men COVID-19 førte til ytterligere forsinkelser

I henhold til den norske Pasientrettighetsloven, vedtatt i 1999, har pasientene rett til å motta behandling innen gitte tidsrammer. Ventetidsgarantier gjelder for dekkede tjenester, herunder fastlegekonsultasjoner, sykehusbehandlinger og behandling av rusmisbruk og psykiske lidelser. Ved spesialistbehandling settes individuelle ventetidsgarantier basert på klinisk vurdering. Pasientene har rett til å bestemme behandlingssted og få refundert reisekostnadene. Informasjon om ventetider på sykehusene er tilgjengelig på nett. Dersom ventetidsgarantien ikke oppfylles, har pasienten rett til å søke om behandling i et annet EØS/EU-land. Ventetiden for spesialisthelsetjenester og planlagte operasjoner, for eksempel grå stær (katarakt) og kne- og hoftedprotese er lengre i Norge enn i mange europeiske land (OECD, 2020). En medvirkende faktor kan være at Norge har relativt lav forsyning av spesialistleger, herunder spesialiserte kirurger.

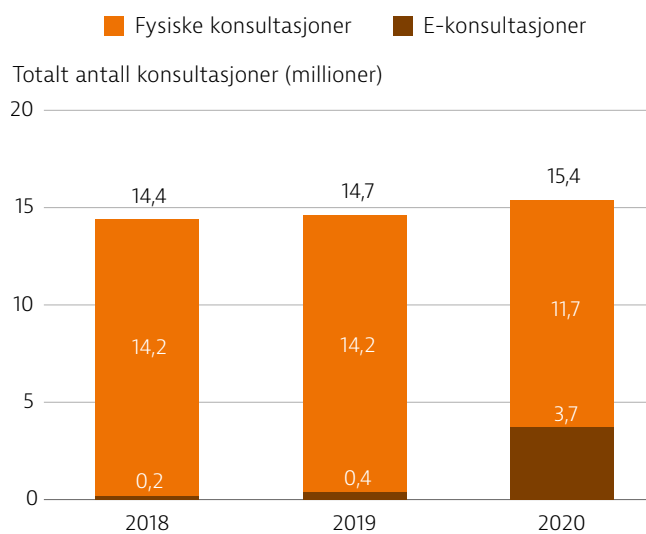
Koronapandemien førte til omprioriteringer i helsevesenet. Den nasjonale ventetidsgarantien ble opphevet i slutten av mars 2020, og planlagte operasjoner ble utsatt. I 2020 ble den individuelt bestemte maksimumsventetiden ikke overholdt for 7,3 % av pasientene, sammenlignet med bare 2,4 % i 2019. Samtidig økte den gjennomsnittlige ventetiden for sykehustjenester fra 61 dager i 2019 til 65 dager i 2020 (Helsedirektoratet, 2021). Den nasjonale ventetidsgarantien ble gjeninnført i oktober 2020. Helse- og omsorgsministeren satte som mål at alle helseregionene skulle redusere ventetiden for sykehustjenester til maksimalt 50 dager i 2021.

Rask innføring av digitale helsetjenester begrenset pandemiens innvirkning på poliklinisk virksomhet

I mars 2020 gav Helsedirektoratet beskjed til helsesektoren om å prioritere akutt- og kreftbehandling og å utsette planlagte inngrep under pandemien. I midten av april 2020 ble sykehusene rådet til igjen å åpne for planlagte behandlinger. Bruk av helsetjenester gikk betydelig ned i mars og april, men innen sommeren var de fleste sykehustjenestene tilbake på et nesten like høyt nivå som før. Volumet på spesialistkonsultasjoner var 9 % lavere i løpet av de åtte første månedene av 2020 sammenlignet med 2019 (Koronakommisjonen, 2021).

Digitale helsetjenester spilte en stor rolle i å opprettholde tilbudet på poliklinisk behandling. Helsetjenesteyterne ble 17. mars 2020 bedt om å gå over til e-konsultasjoner (video, telefon, tekstmeldinger eller chat), og takstene ble økt til å tilsvare beløpet som gjaldt for fysisk oppmøte. Andelen e-konsultasjoner i poliklinisk sektor økte fra 3 % tidlig i 2020 til 41 % under toppen av den første smittebølgen. Økningen i e-konsultasjoner bidro til en liten økning i det totale antallet polikliniske konsultasjoner (fysisk oppmøte og digitalt) i forhold til året før (figur 16). Statsministeren satte som mål at minst 15 % av spesialistkonsultasjonene ved sykehusene skulle være digitale i 2021.

Figur 16: E-konsultasjoner bidro til et høyere antall fastlegekonsultasjoner i 2020



Merk: Data for antall polikliniske konsultasjoner i millioner. Totalsum er representert i svart skrift på toppen av søylene. Digitale konsultasjoner refererer til telefonsamtaler, tekstmeldinger (SMS) og videokommunikasjon.

Kilde: Data fra registeret for Kontroll og utbetaling av helserefusjoner (KUHf) rapportert til Helsedirektoratet (2021).



5.3 Motstandsdyktighet

Dette avsnittet fokuserer på responsen på og følgene av COVID-19-pandemien². Som nevnt i avsnitt 2 hadde pandemien en mye mindre innvirkning på dødeligheten i Norge enn i de fleste EU-land. Tiltakene som ble innført for å bremse pandemien førte til økonomisk nedgang, særlig våren 2020. BNP falt med 2,5 % i 2020, en betydelig mindre nedgang enn i mange EU-land.

Nasjonal nedstenging dempet den første smittebølgen, mens den andre bølgen ble møtt med mindre strenge tiltak

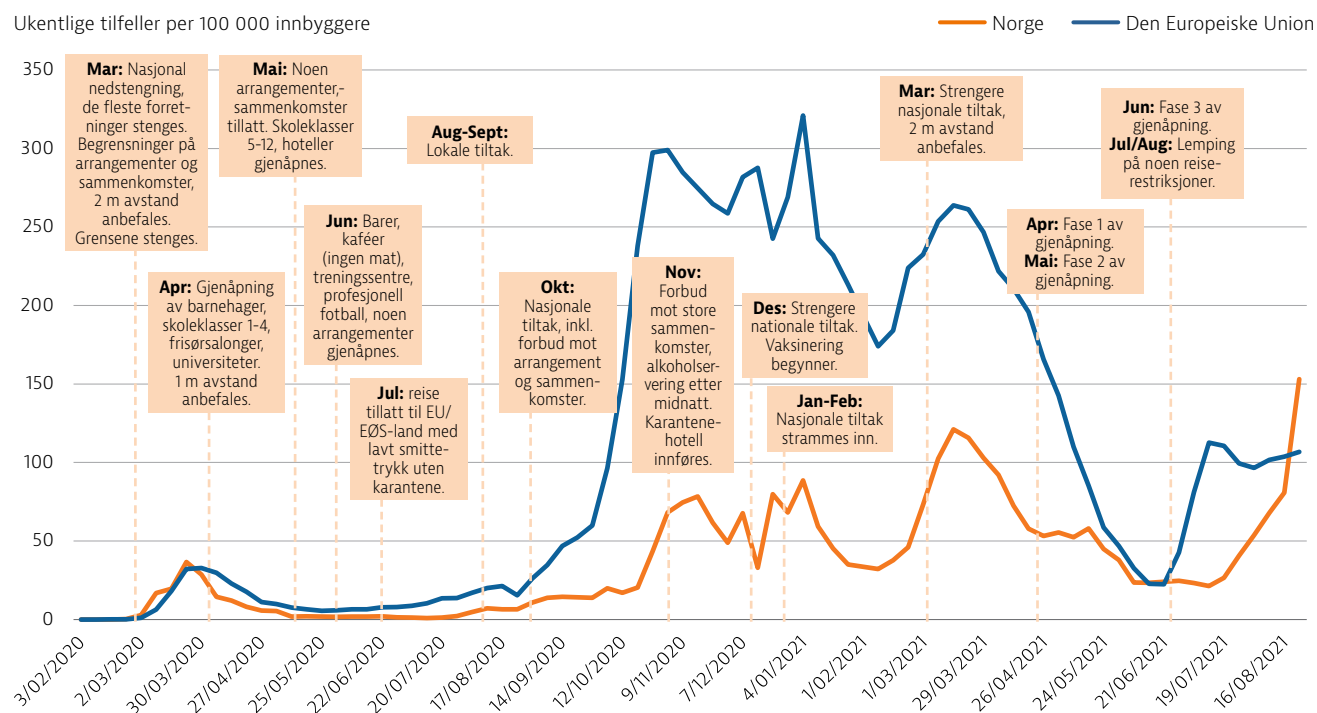
Norges første tilfelle av COVID-19 ble oppdaget 26. februar 2020. En nasjonal nedstenging ble innført 12. mars og stengte store deler av samfunnet (figur 17). Sosial distansering og hjemmekontor ble anbefalt og store arrangementer forbudt. Samlet sett var disse tiltakene de mest omfattende landet hadde opplevd i fremtid.

Etter hvert som antallet smittetilfeller og sykehusinnleggelses begynte å synke, startet Norge en gradvis gjenåpning tidlig i april. Smittetallene fortsatte å avta fram mot sommeren, men steg igjen i august 2020 etter at det i juli ble åpnet for reiser til EU/EØS-land med lavt smittetrykk. Dette førte til lokale restriksjoner

i kommuner med lokale smitteutbrudd. Nasjonale tiltak ble innført i slutten av oktober etter en rask økning i antall smittetilfeller og sykehusinnleggelses, og tiltakene ble utvidet i januar 2021. Etter utbrudd av nye, svært smittsomme varianter i mars 2021, som satte sykehusene under press, ble det innført strengere nasjonale tiltak. Stegvis gjenåpning av samfunnet startet i midten av april. I slutten av september 2021 annonserte regjeringen at alle nasjonale restriksjoner, bortsett fra karantene for smittede personer, ville bli opphevet. Dette markerte starten på en «normal hverdag med økt beredskap».

Under hele pandemien har smitteforekomsten i Norge generelt vært lavere enn i EU-landene. I slutten av juni 2021 hadde 2,5 % av befolkningen blitt diagnostisert med COVID-19, langt under EU-gjennomsnittet (8,2 %). Smitte- og dødsratene var lavere enn i Danmark og Sverige, men på samme nivå som Finland. Under den andre smittebølgen var det flere smittetilfeller, men med lavere dødelighet. Siden personer med innvandringsbakgrunn var overrepresentert blant smittetilfeller samt innleggelses (Indseth et al., 2021), bevilget regjeringen ekstraordinære tilskudd til informasjonstiltak rettet mot denne befolkningsgruppen. Offentlige midler til tiltak rettet mot innvandrere økte fra NOK 26,6 millioner (EUR 2,5 millioner) i 2020 til NOK 40 millioner (EUR 3,8 millioner) i 2021.

Figur 17: Nedstenging bremset den første smittebølgen, men smittetallene var høyere under den andre bølgen



Merk: EU-gjennomsnittet er ikke vektet (antall land brukt for å regne gjennomsnittet varierer på ukesbasis)

Kilde: Det europeiske smittevernbyrået (ECDC) for COVID-19-data og forfatterne av dette dokumentet for smitteverniltak.

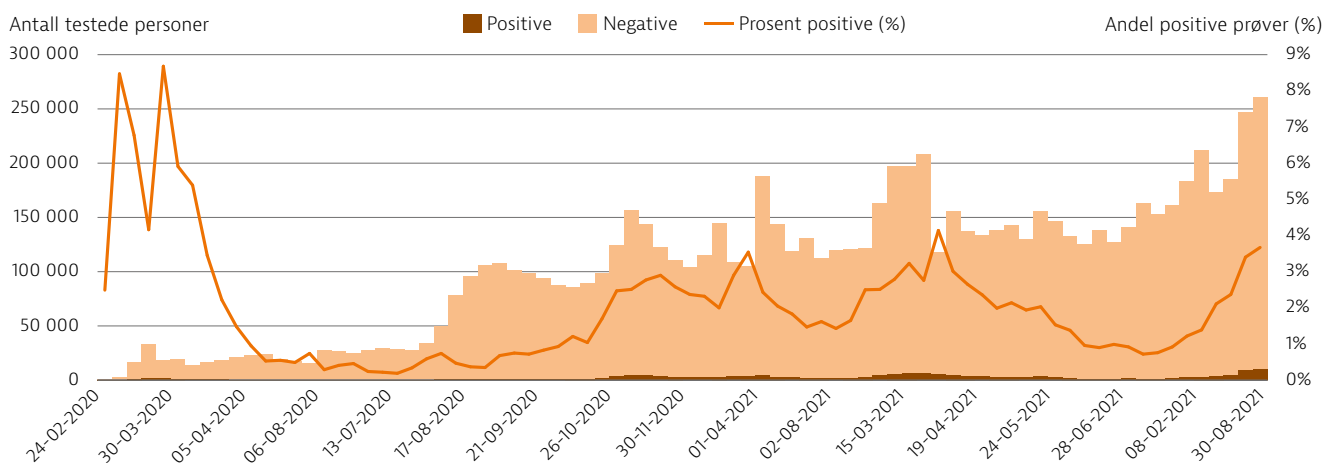
2. I denne konteksten er helsevesenets motstandsdyktighet definert som evnen til å forberede seg på, håndtere (absorbere, tilpasse og endre) og lære av eksterne sjokk (EU Expert Group for Health Systems Performance Assessment, 2020).

Testhyppigheten økte gjennom høsten 2020 etter at det ble lempet på testkravene

Folkehelseinstituttet (FHI) samordner laboratoriebedragskapen og fungerer som referanselaboratorium, mens kommunene er ansvarlige for å organisere teststed. I april 2020 innledet regjeringen massetesting av befolkningen, som en del av gjenåpningen av samfunnet. Den nasjonale testkapasiteten gikk opp fra rundt 30 000 per uke til 300 000 per uke i slutten av mai 2020.

Testing var i begynnelsen forbeholdt personer med akutte symptomer eller bekreftet eksponering, men ble gradvis utvidet til å omfatte alle personer med symptomer (juni), og deretter til alle potensielt utsatt for eksponering (august). Dette bidro til en økning i testvolumet (figur 18). Andelen positive testprøver nådde en topp på 8-9 % under den første smittebølgen og på 3-4 % under den andre smittebølgen.

Figur 18: Testhyppigheten økte betydelig før den andre smittebølgen



Kilde: FHI.

Smittesporing ble støttet av en mobilapplikasjon som ble endret i slutten av 2020

Kommunene er ansvarlige for smittesporing og for å skaffe isolasjonssted til de som ikke har mulighet til hjemmeisolering. Personer som tester positivt er pålagt til å oppgi nærkontakter, men kan ikke bli straffet for å nekte dette. Norge lanserte en mobilapplikasjon for smittesporing, kalt «Smittestopp», i midten av april 2020. To dager etter lansering hadde applikasjonen 1,2 millioner nedlastinger (potensielt 22 % av Norges befolkning).

Applikasjonen ble allikevel slettet i midten av juni 2020 på bakgrunn av personvernshensyn. FHI revidert applikasjonen basert på Apple/Google-rammeverket som bedre ivaretar personvern, noe som også ble brukt i smittesporingsapplikasjoner i de fleste andre europeiske land. Etter lansering i desember 2020 ble den nye applikasjonen lastet ned 833 500 ganger, med potensiale til å nå 15 % av befolkningen. Ved slutten av juni 2021 hadde applikasjonen blitt lastet ned litt over en million ganger, potensielt av 19 % av befolkningen. Applikasjonen ble i februar 2021 koblet til andre smitteapper i Europa gjennom «European Federation Gateway Service» (EFGS).

Krav til reisekarantene skapte strid

Smittesporing for flypassasjerer (på utenlands- og innenriksflyginger) ble gjeninnført i juni 2020 da reiserestriksjoner ble lempet, mens karantenekravet ble fjernet for innreisende fra land med lavt smittetrykk. Testing på flyplasser og grenseoverganger ble innført på senhøsten 2020. Det ble obligatorisk å teste seg for innreisende fra områder med høyt smittetrykk i november 2020, og for alle reisende i januar 2021.

I november 2020 innførte myndighetene krav om ti dagers karantenehotell ved innreise til Norge, til en pris på NOK 1 500 (EUR 143) per natt. Dette førte til kritikk og skarpe reaksjoner fra mange hold.

I desember, ble prisen nedsatt til NOK 500 (EUR 48) per natt, og hjemmekarantene tillatt i enkelte tilfeller. Statsborgere og fast bosatte var unntatt fra kravet fram til februar 2021, da reglene ble strammet inn. Siden mai 2021 gjelder kravet om karantenehotell for innreisende fra områder med høyt smittetrykk blandt EØS/Schengen-land og Storbritannia, samt fra land utenfor EØS/Schengen. Fullvaksinerte og personer med påvist COVID-19 i løpet av de siste seks månedene har vært unntatt fra kravet om reisekarantene siden midten av juni 2021.

Bruk av munnbind var ikke vanlig i begynnelsen av pandemien men ble anbefalt under andre smittebølgen

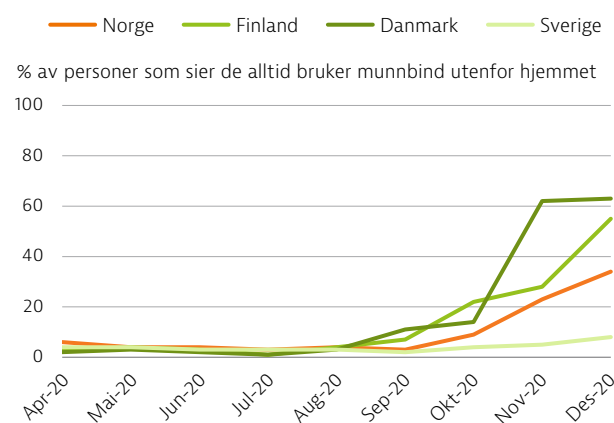
Bruk av munnbind var ikke vanlig i Norge i løpet av de første månedene av pandemien, da kun 3-6 % av befolkningen rapporterte bruk av munnbind (figur 19). Regjeringen begynte å anbefale munnbind på offentlig transport i områder med høyt smittetrykk i august-september 2020. I oktober anbefalte regjeringen at kommuner med mye smitte innfører påbud på bruk av munnbind på offentlig transport og i offentlige steder som butikker, restauranter og barer. Dette førte til økt munnbindbruk ut over høsten. I desember 2020 brukte en tredel (34 %) av nordmenn munnbind, en lavere andel enn i Danmark og Finland. Utstrakt bruk av munnbind ble anbefalt på slutten av mars 2021, da strenge nasjonale tiltak ble innført for å dempe den stigende andrebølgen. Anbefalingen gjaldt situasjoner der den nylig innførte toometersregelen for sosial avstand ikke kunne overholdes.

Sykehus- og intensivkapasiteten ble aldri brukt opp

Norge hadde en relativt lav forsyning av akutte og intensivsengeplasser før pandemien (se avsnitt 4). I henhold til nasjonale beredskapsplaner er regionale helseforetak (RHF) ansvarlig for å sikre sykehuskapasiteten i nasjonale krisesituasjoner. Kapasiteten på intensivavdelingene kunne etter planen økes fra 289 til 925 senger, men helseforetakene ble bedt om å øke kapasiteten til omtrent 1 200 senger på bakgrunn av FHIs smitteprognoser (som anslo et behov på 600-1 200 intensivsenger på toppen av pandemien).

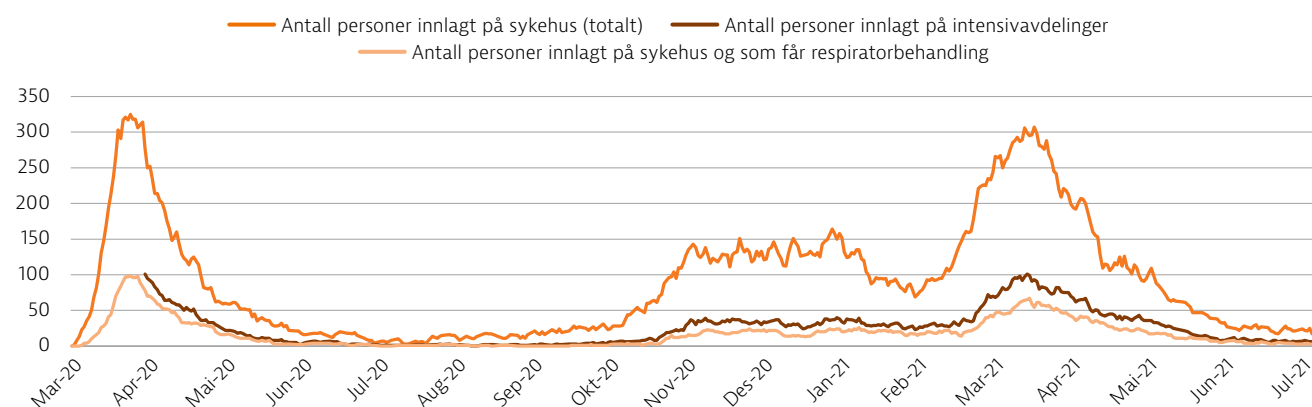
Ekstra respiratorer, medisinskteknisk utstyr og personlig verneutstyr ble anskaffet, og et omfattende treningsprogram for intensivbehandling av COVID-19-pasienter ble utviklet. Imidlertid ble bare om lag 2 % av samlet nasjonal sykehussengkapasitet brukt, og bare rundt en tredel av intensivkapasiteten brukt, selv på toppen av den første smittebølgen i april 2020 og under den andre smittebølgen i april 2021 (figur 20). Enkelte sykehus, særlig i hovedstadsregionen, nærmet seg kapasitetsgrensen under den andre smittebølgen. Dette ble delvis løst ved å overføre pasienter etter planlagt kirurgi til andre nærliggende sykehus.

Figur 19: Bruk av munnbind utenfor hjemmet økte fra september 2020



Kilde: YouGov data (<http://www.coviddatahub.com/>).

Figur 20: Toppen av sykehus- og intensivinnleggelses som følge av COVID-19 var sammenlignbare under første og andre smittebølge



Merk: Sykehusinnleggelses gjelder pasienter med bekreftet COVID-19.
Kilde: Helsedirektoratet (2021) (data fra 8. mars 2020 til 23. juli 2021).

Beboere på sykehjem beskyttet av besøksforbud

FHI ga 29. februar 2020 sine første anbefalinger om forebyggende tiltak på sykehjem og omsorgsboliger. Rådet var å behandle smittede beboere ved selve boligen i den grad det var mulig, for å unngå sykehusinnleggelse. Et forbud mot besøk på sykehjem gjaldt fra 12. mars til 27. mai. Noen sykehjem innførte forbud mot å jobbe på flere steder samtidig for å redusere risikoen for smittespredning. I februar 2021 ble det lempet på besøksrestriksjonene på sykehjem ettersom de fleste beboerne var fullvaksinerte.

Selv om eksakte tall ikke er tilgjengelig, anslås det at halvparten av alle dødsfall som følge av COVID-19 i Norge var på sykehjem. Totalt ble 3 % av alle sykehjemsbeboere smittet i 2020, og 1 % døde av COVID-19 (Koronakommisjonen, 2021).

Arbeidskraften i helsevesenet måtte styrkes

Til tross for at Norge har god tilgjengelighet av leger og sykepleiere (se avsnitt 4), var mangelen på helsepersonell en faktor som begrenset sykehusenes kapasitet til å møte behovet for intensivbehandling under pandemien (Koronakommisjonen, 2021). Helsedirektoratet ba 24. mars 2020 helsepersonell som ikke var yrkesaktiv å stille opp til tjeneste. Omtrent 4 000 helsearbeidere meldte seg de første to ukene, og i mai hadde nesten 6 500 stilt opp. I april 2020 ble overtidkompensasjonen for helsearbeidere hevet. I tillegg ble helsepersonell omplassert til behandling av COVID-19 pasienter, mens andre fikk opplæring i intensivbehandling og smittekontroll. Medisin- og sykepleierstudenter ble også trukket inn, og reglene rundt lisensiering av helsearbeidere med utdanning fra utlandet ble lempet på i desember 2020.

Mangel på personlig verneutstyr og medisiner krevde sentralstyrte løsninger

I henhold til den nasjonale beredskapsplanen for pandemisk influensa er Helsedirektoratet ansvarlig for å sikre forsyningen av medisiner og personlig verneutstyr, og for samordning med Statens legemiddelverk, de regionale helseforetakene og kommunene. Tidlig i pandemien førte mangelen på personlig verneutstyr til forsinkelser rundt testing, og regjeringen appellerte til tannleger, veterinærer og privat næringsliv for donasjoner. Eksport av personlig verneutstyr ble innskrenket og importtollen redusert. Det ble inngått en kjøpsavtale med Kina mellom mars og juli 2020 som sikret et nasjonalt kapasitetsoverskudd av personlig verneutstyr (Koronakommisjonen, 2021). I mars ble det utviklet et sentralisert system for melding om utstyrsoverskudd samt for kjøp, lagring og distribusjon av personlig verneutstyr på tvers av helsesektoren.

Pandemien førte også til medisinmangel. For flere livsnødvendige medisiner ble det innført rasjonering, samt eksportforbud. Statens legemiddelverk tillot også salg av generiske medisiner som ikke i utgangspunktet var tiltenkt det norske markedet (manglende merking og pasientinformasjon på norsk), og innkjøpsprisen på generika for legemiddelgrossister ble økt med 15 % fra mai til august 2020. I mai fikk de regionale helseforetakene i oppgave å opprette et beredskapslager for legemidler, som aldri ble tømt. Det ble meldt 11 % flere tilfeller av legemiddelmangel i 2020 enn i 2019, til tross for en nær dobling i tidligere år.

Regjeringen tok grep for å styrke beredskapen for fremtidige pandemier

Den nasjonale helse- og sykehusplanen for 2020-23, først presentert i desember 2019, ble endret i mai 2020 med sikte på å styrke innenlands produksjon av legemidler og personlig verneutstyr samt øke kapasiteten for intensivbehandling og nødtransport i rurale strøk. Regjeringen hevet også antallet studieplasser for medisintutdanning fra høsten 2020 og for intensivsykepleiere fra 2021.

Koronavaksinasjonsprogrammet ble justert flere ganger

Vaksineringen startet i slutten av desember 2020. Nasjonale retningslinjer prioriterte beboere på sykehjem, eldre og personer i risikogrupper, bl.a. personer med underliggende, kroniske sykdom, samt helsepersonell. Kommunene sto for vaksineringen mens Helsedirektoratet hadde ansvaret for forsyning av nåler og sprøyter. Vaksiner ble fordelt til kommuner i henhold til andelen av innbyggere i eldre aldersgrupper. Koronavaksinen inngår som del av det nasjonale immuniseringsprogrammet og er derfor gratis.

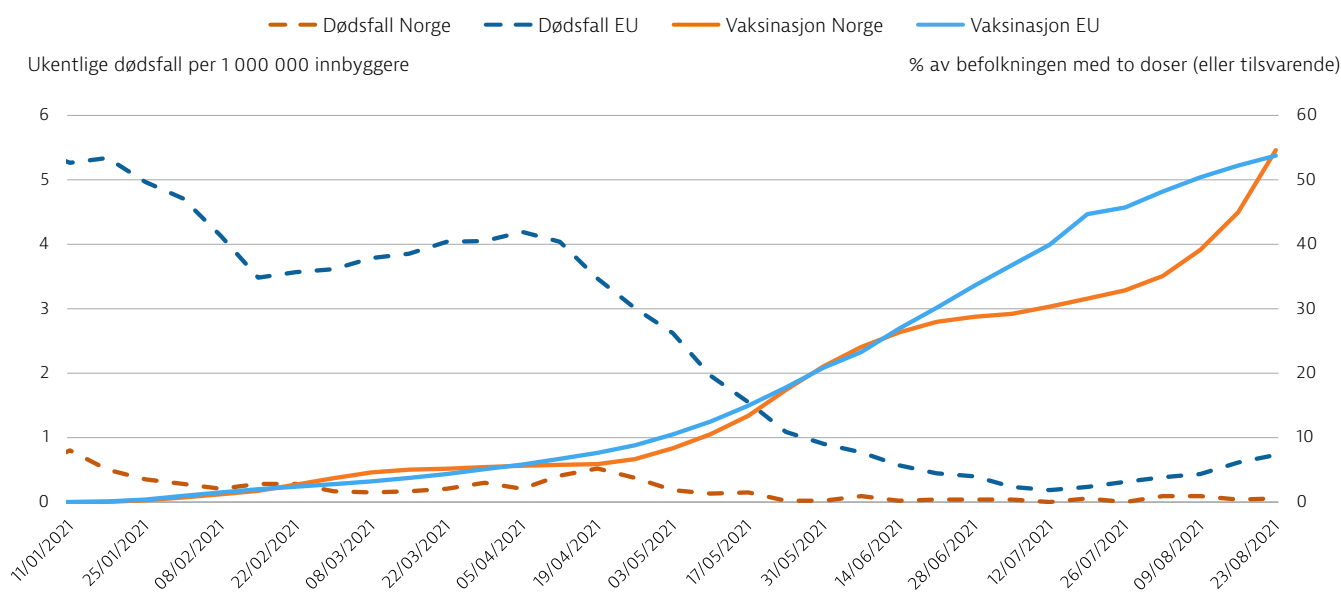
I mars 2021 satte Norge vaksinering med AstraZeneca og Janssen vaksiner på vent etter rapporter om sjeldne, men alvorlige, bivirkninger. En regjeringsoppnevnt ekspertgruppe vurderte fordelene og risikoene ved virusvektorvaksiner og anbefalte å fjerne de fra det nasjonale koronavaksinasjonsprogrammet. Personer som hadde fått en dose av AstraZeneca-vaksinen ble tilbudt en andredose med mRNA-vaksine. Janssen-vaksinen er fortsatt tilgjengelig utenfor det nasjonale programmet, etter individuell vurdering og anbefaling fra fastlege.

Tidsintervallen mellom første og andre dose av mRNA-vaksiner (BioNTech/Pfizer og Moderna) ble økt to ganger – til seks uker i mars og til 12 uker i mai 2021 – for å kunne administrere første dose tidligst mulig til personer i de prioriterte gruppene. Den nasjonale strategien ble også justert for å gi en større andel av vaksinene til kommuner med høyt smittetrykk.

I slutten av august 2021 hadde 55 % av befolkningen fått to doser eller tilsvarende (figur 21). Det store flertallet (93 %) av personer på 85 år eller eldre, og 90 % av helse- og omsorgsarbeidere, hadde fått minst

en dose. Koronaattester ble tatt i bruk i juni 2021, samtidig som Norge sluttet seg til EUs ordning for digitale koronasertifikater.

Figur 21: Andelen av befolkningen vaksinert mot COVID-19 i august 2021 lå nær EU-gjennomsnittet



Merk: EU-gjennomsnittet er ikke vektet (antallet land brukt for å regne ut gjennomsnittet varierer fra uke til uke).

Kilde: Det europeiske smittevernbyrået (ECDC) for dødsfall forårsaket av COVID-19 og Our World in Data for vaksinasjonsgrad.

Norske helseinformasjonssystemer gav en sanntidsoversikt over utviklingen av pandemien

Alle tilfeller av COVID-19 er meldingspliktige til det nasjonale meldingssystemet for smittsomme sykdommer (MSIS). I april 2020 ble det opprettet et nytt beredskapsregister (BeredtC19) som kombinerer data fra flere nasjonale registre, inkludert MSIS. Beredskapsregisteret gir en sanntidsoversikt over smittetilfeller, sykehusinnleggelses og dødelighet knyttet til COVID-19, og legger til rette for analyser av medvirkende risikofaktorer og konsekvenser av smitte. Få andre europeiske land har tilsvarende kapasitet til å koble nasjonale datasett på tvers av helsesektoren for overvåkings- og forskningsmål. FHI bruker denne informasjonen til å publisere ukentlige situasjonsoppdateringer.



En uavhengig kommisjon vurderte Norges respons i pandemiens første år

I april 2020 oppnevnte regjeringen en uavhengig koronakommisjon som fikk i oppdrag å evaluere myndighetenes håndtering av COVID-19 pandemien fram til mars 2021. Rapporten ble utgitt ett år senere og konkluderte med at myndighetene stort sett hadde håndtert pandemien bra. Likevel ble det påpekt mangler, blant annet med hensyn til anskaffelse av personlig verneutstyr, informasjon til innvandrergupper, hvor raskt smittevernstiltakene ble iverksatt og kommunikasjon med kommunene (Koronakommisjonen, 2021). Norges relative suksess med pandemi-håndtering det første året tilskrives geografiske faktorer (som landets beliggenhet i utkanten av Europa og lav befolkningstetthet), høy grad av tillitt til myndighetene, godt samarbeid mellom ulike offentlige forvaltere, politisk enighet rundt smittevernstiltak og en høy grad av digitalisering i samfunnet. I tillegg bidro generøse sosiale velferdsordninger, som betalt sykefravær og arbeidsledighetstrygd, til at folk kunne holde seg hjemme mest mulig. (Koronakommisjonen, 2021; OECD/EU, 2020).

6 Hovedfunn

- Forventet levealder i Norge i 2020 var 83,3 år, som er høyest i Europa. Norge er ett av bare tre land der forventet levealder økte (med 0,3 år) i 2020 til tross for pandemien. Dødeligheten knyttet til COVID-19 i 2020 var nesten ni ganger lavere enn EU-gjennomsnittet, og ingen overdødelighet ble observert.
- Norges helseutgifter per innbygger er de høyeste i Europa, men på linje med EU-gjennomsnittet som andel av BNP. Offentlige midler dekker 86 % av helseutgiftene, den høyeste andelen i Europa. Norge har også større utgifter til pleie- og omsorgstjenester enn noe EU-land.
- Helsevesenet gir universell tilgang til et omfattende tjenestetilbud. Brukere er vernet mot høye helseutgifter gjennom et årlig egenandelstak som ble senket og forenklet i 2021. Visse prioriterte tjenester og pasientgrupper er unntatt fra betaling av egenandel. Udekkede behov for medisinsk behandling er sjeldne, og i hovedsak relatert til lange ventetider, mens udekkede behov for tannlegebehandling er større.
- Norge har en av Europas laveste dødelighetsrater for sykdommer som kan behandles og høy overlevelse etter kreft. Dette gjenspeiler god tilgang til effektive behandlinger. Standardiserte pakkeforløp bidrar til å redusere forskjeller i behandlingskvalitet på tvers av landet. Dødeligheten av årsaker som kan forebygges er også lav, noe som tyder på en sterk primærhelsetjeneste og en relativt sunn livsstil. Forekomsten av røyking og alkoholinntak er lavere enn i EU generelt. Imidlertid er det rom for forbedring når det gjelder økende overvekt, fysisk inaktivitet og bruk av snus blant ungdom.
- Norge har god tilførsel av leger og sykepleiere, men er i stor grad avhengig av arbeidskraft utdannet i utlandet. Nasjonal helse- og sykehusplan for 2020-23 opprettet 19 helsefelleskap som skal koordinere planlegging, prioriteringer og tjenester på tvers av sektorene.
- En nasjonal nedstengning fra midten av mars 2020 dempet den første bølgen av COVID-19. Norge var et av de første landene som begynte en gradvis gjenåpning av samfunnet i april 2020, uten at det førte til en økning i smittetilfeller fram til sensommeren. Smitteverniltakene var generelt mindre omfattende under den andre bølgen, men en økning i smittetrykket i mars 2021 tvang fram nasjonale tiltak. I motsetning til de fleste EU-land var dødsraten lavere under den andre smittebølgen i Norge enn under den første.
- Testhyppigheten var høyere enn EU-gjennomsnittet under den andre smittebølgen, og økt testkapasitet bidro til en lavere andel positive prøver. Norges første smittesporingsapp ble revidert som følge av bekymringer rundt personvern, og ble relansert i desember 2020. I juni 2021 ble appen koblet opp mot European Federation Gateway Service. Folkehelseinstituttet var i stand til å overvåke og rapportere om den epidemiologiske situasjonen i sanntid takket være eksisterende helseregistre.
- Helsevesenet var tilpasningsdyktig gjennom hele pandemien. Sykehus- og intensivkapasiteten ble aldri brukt opp, men det var behov for å øke arbeidskraften. Mangel på personlig verneutstyr og medisiner i begynnelsen av pandemien førte til sentraliserte løsninger for innkjøp og distribusjon. En rask økning i bruk av digitale konsultasjoner sikret kontinuitet i polikliniske helsetjenester, men spesialistbehandling på sykehus og noen kreftscreeninger ble utsatt.
- Norges relativt gode håndtering av pandemiens første år tilskrives faktorer som rask iverksetting av smitteverniltak, geografisk beliggenhet, lav befolkningstetthet, høy grad av tillit til myndighetene og generøse velferdsordninger.

Hovedkilder

OECD/EU (2020), *Health at a Glance: Europe 2020. State of Health in the EU Cycle*. Paris, OECD Publishing, <https://doi.org/10.1787/82129230-en>.

Saunes IS et al. (2021), COVID19-Health System Response Monitor: Norway. WHO Regional Office for Europe, European Commission, and European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.covid19healthsystem.org/mainpage.aspx>

Referanser

Kreftregisteret (2021). *Cancer in Norway 2020 - Cancer incidence, mortality, survival and prevalence in Norway*. Oslo: Cancer Registry of Norway, <https://www.kreftregisteret.no/Generelt/Rapporter/Cancer-in-Norway/>.

Coronavirus Commission (2021), *Myndighetenes håndtering av koronapandemien – Rapport fra Koronakommisjonen*. Norges Offentlige Utredninger, No. 2021:6.

Directorate of Health (2021), *Ventetider og pasientrettigheter*

eHealth Directorate (2021), *Utviklingstrekk 2021: E-helsetrender*

EU Expert Group on Health Systems Performance Assessment (HSPA) (2020), *Assessing the resilience of health systems in Europe: an overview of the theory, current practice and strategies for improvement*

European Commission (2021), *Europe's Beating Cancer Plan*

FHI (2020a), *Foreløpige tall for dødsårsaker i perioden mars-mai 2020*, Norwegian Public Health Institute

FHI (2020b). *Utbredelse av snusbruk i Norge*. Norwegian Public Health Institute

Grimstad Commission (2019), *Studieplasser I Medisin I Norge: Behov, modeller og muligheter*, Ministry of Education and Research

Indseth T et al. (2021), *COVID-19 among persons born outside Norway, adjusted for occupation, household crowding, medical risk group, education and income*, Norwegian Public Health Institute

Larønningen S et al. (2021), *Kreftdiagnostikk under Covid-19*, Norwegian Cancer Registry

Monsrud, M (2021). *Lav vekst i helseutgiftene i 2020*, Statistics Norway.

Nilssen Y et al. (2020), *Patient and tumour characteristics associated with inclusion in cancer patient pathways in Norway in 2015-2016*. BMC Cancer, 20(1):488.

OECD (2020), *Waiting times for health services: next in line*, OECD Health Policy Studies.

SKDE (2020), *Sørge-for-ansvaret under koronapandemien*, Centre for Clinical Documentation and Evaluation.

Statistisk sentralbyrå (2021), *Ingen overdødelighet i 2020*

Country abbreviations

Belgia	BE	Hellas	EL	Latvia	LV	Østerrike	AT	Spania	ES
Bulgaria	BG	Irland	IE	Litauen	LT	Polen	PL	Sverige	SE
Danmark	DK	Island	IS	Luxembourg	LU	Portugal	PT	Tsjekkia	CZ
Estland	EE	Italia	IT	Malta	MT	Romania	RO	Tyskland	DE
Finland	FI	Kroatia	HR	Nederland	NL	Slovakia	SK	Ungarn	HU
Frankrike	FR	Kypros	CY	Norge	NO	Slovenia	SI		

State of Health in the EU

Landshelseprofil 2021

Landprofilene er en viktig del av EU-kommisjonens pågående kunnskapsformidling i serien *State of Health in the EU*, som er produsert med økonomisk støtte fra EU. Profilene er et resultat av et felles arbeid mellom OECD og European Observatory on Health Systems and Policies, i samarbeid med EU-kommisjonen.

De kortfattede, policy-relevante profilene er basert på en transparent og konsistent metodikk basert på både kvantitative og kvalitative data, men likevel fleksibelt tilpasset konteksten i hvert EU/EØS-land. Målet er å skape et verktøy for gjensidig læring og frivillig utveksling som kan brukes av både beslutningstakere og policy-interessenter.

Hver landprofil gir en kort oversikt over:

- helsetilstanden i landet
- viktige faktorer for helse, med fokus på atferdsmessige risikofaktorer
- helsesystemets organisering
- helsesystemets effektivitet, tilgjengelighet og robusthet

EU-kommisjonen kompletterer de viktigste funnene i disse profilene med en ledsagende rapport.

Mer informasjon på: ec.europa.eu/health/state

Siter denne utgivelsen som: OECD/European Observatory on Health Systems and Policies (2021), *Norge: Landshelseprofil 2021, State of Health in the EU*, OECD Publishing, Paris/European Observatory on Health Systems and Policies, Brussels.

ISBN 9789264542716 (PDF)
Series: State of Health in the EU
SSN 25227041 (online)