

Sundhed og sundhedsvæsenet i Norge



Skitur. Foto: B. Skjelvik, 2004.

Professor Dan Atar

Aker universitetssykehus, Hjerteravdelingen, og Oslo Universitet, Medicinsk fakultet

Norge er et langstrakt land nord for Danmark. Geografien er kendetegnet ved udbredte nordområder med en betydelig andel beliggende nord for polarcirklen, hvilket kan medføre vanskelig tilgængelighed specielt om vinteren. Også landets topografi med store bjergkæder og de berømte fjorde er på mange måder en trafikal udfordring, og det er ikke overraskende, at indenrigsflytrafikken er større end i Danmark og Sverige, da det ofte er den eneste effektive forbindelsesmulighed til visse områder. Alene af den grund kommer Oslos hovedlufthavn Gardermoen på en førsteplads i antal årlige passagerbevægelser sammenlignet med Kastrup og Arlanda, selv om København og Stockholm er langt større byer end Oslo.

Norges befolkning har passeret 4,5 mio. i 2000, en øgning på 1,25 mio. siden 1950. De første år efter krigen var den årlige befolkningstilvækst på ca. 1%; hovedsagelig et resultat af høje fødselstal. Væksten sank til en tredjedel procent omkring 1980 og er siden øget lidt igen. I dag er nettoindvandringen lige så vigtig for befolkningstilvæksten som fødselsoverskuddet. I Norge er en stor del af befolkningen i arbejde. I 2005 var antallet af arbejdstagere næsten 2,3 mio., hvilket svarer til 50% af befolkningen. Kvinder har en næsten lige så høj beskæftigelsesaktivitet som mænd og udgør nu 47% af alle arbejdstagere [1].

Økonomi

Norge har en økonomi, der er karakteriseret ved høje indkomster og et højt omkostningsniveau. I en nylig publiceret

artikel i The Economist [2] blev Oslo kåret til verdens dyreste by, hvad angår leveomkostninger, placeret foran eksempelvis Paris, London, Tokyo, Zürich, Frankfurt og New York. Samtidig er bruttonationalproduktet korrigeret for det såkaldte purchasing power parity pr. indbygger det næsthøjeste i verden, ifølge Verdensbanken.

Sundhed

Levealderen i Norge er meget høj og har en fortsat øgende tendens. Mændenes levealder var 71 år i 1970 og godt 77,7 år i 2004. Kvinder har øget levealderen fra godt 77 år til 82,5 år i samme periode. Dette hænger sammen med reduceret dødelighed af hjerte-kar-sygdomme i Norge igennem 25 år (**Figur 1**). Lav spædbarnsdødelighed bidrager også til en gunstig dødelighedsudvikling.

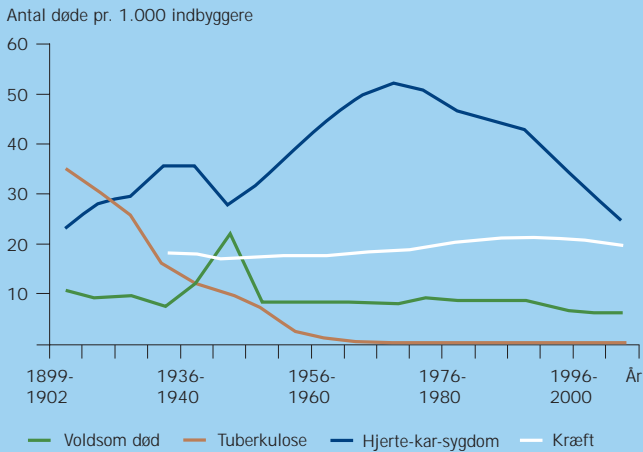
Ingen dansker i Norge kan undgå at lægge mærke til nordmændenes begejstring for træning og fitness. Nye tal fra den såkaldte levekårsundersøgelsen i 2004 bekræfter dette: Nord-

Fakta om Helse Sør-Øst

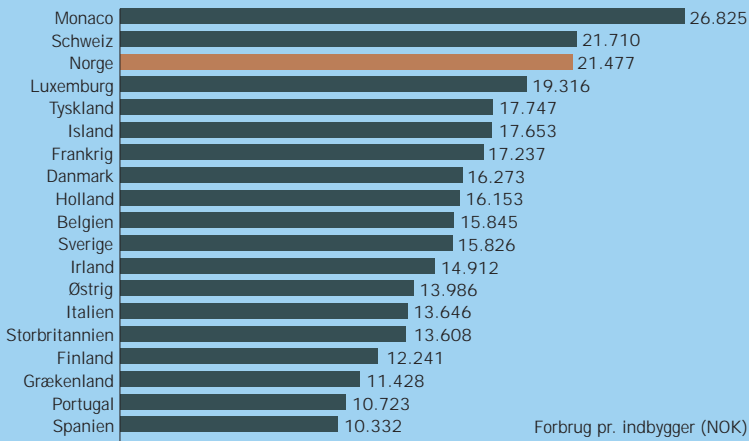
Helse Sør-Øst RHF blev etableret den 1. juni 2007
69.000 medarbejdere udfører omkring 53.000 årsværk
Omsætningen i 2006 var 47 mia. NOK.

Befolkning: ca. 2,6 mio. mennesker, 56% af landets befolkning

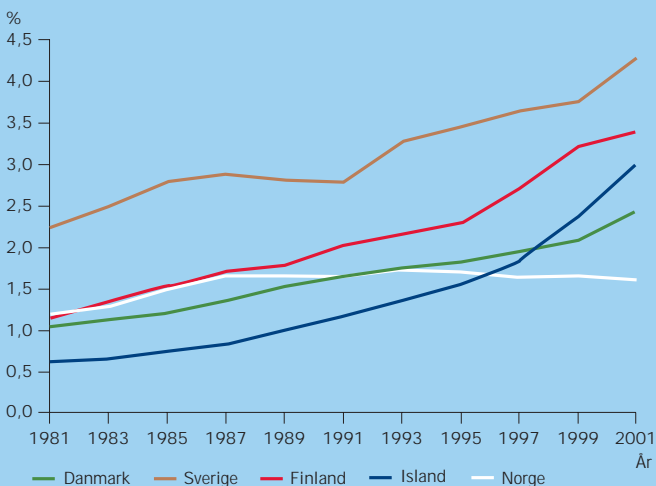
Fylkene Østfold, Akershus, Oslo, Hedmark, Oppland, Buskerud, Vestfold, Telemark, Aust-Agder og Vest-Agder
Hovedkontor i Hamar med administrationssted i Skien



Figur 1. Dødelighed for mænd i Norge i perioden 1899-2003 i fire årsagsgrupper. Aldersjusterede rater for mænd over 15 år. Dødsårsaksregisteret, Statistisk sentralbyrå.



Figur 2. Udgifter til sundhedsvæsenet i Norge og verden. Kilde: Health Systems in Transition Norway. European Observatory on Health Systems and Policies.



Figur 3. Forsknings- og udviklingsudgifter som andel af bruttonationalproduktet i de nordiske lande 1981-2001. Kilde: OECD's MSTI 2002-2, National FoU-statistik for 2001.

mændene er glade for at være aktive og ude i frisk luft. Syv ud af ti nordmænd træner eller motionerer mindst en gang om ugen, mens kun en ud af ti aldrig træner eller motionerer. Mest populært er det at gå raske ture, og dernæst kommer cykling og selvfølgelig skiløb. De yngste er mest aktive, og i modsætning til de andre aldersgrupper foretrækker de yngste lidt mere fart og vælger jogging eller løbeture frem for raske gåture.

Men sygdom findes selvfølgelig: Over halvdelen af de voksne har en sygdom eller skade. Til trods for sygdom og funktionsproblemer angiver alligevel otte ud af ti nordmænd, at de har et godt helbred. En del sygdomme er blevet mere udbredt. Det drejer sig hovedsagelig muskel- og skeletlidelser, nogle kræftformer og psykisk betingede lidelser især blandt unge. De nævnte lidelser er blandt hovedårsagerne til sygefravær blandt arbejdstagere og modtagere af social støtte. Interessant er ifølge patientstatistikken 2006 også det faktum, at der forekommer flere og flere indlæggelser for hjerteinfarkt. Af de over 820.000 døgnophold på somatiske sygehuse i 2006 var ca. 14% på grund af hjerte-kar-sygdomme. Blandt disse var hjerteinfarkt den hyppigst forekommende diagnose med næsten 19.000 indlæggelser, en øgning på 60% fra 2000 (11.800 indlæggelser) som hovedsagelig skyldes ændrede diagnosekriterier. Der var i alt 15.980 døgnindlæggelser i 2006 pga. hjerne-kar-sygdomme, deriblandt hyppige diagnoser som hjerneinfarkt og hjerneblødning.

Organisation af sundhedsvæsenet

I 2002 blev den såkaldte helsereform gennemført. Den indebærer, at ejerskab til sygehuse overgik fra fylkeskommunerne (amterne) til staten. Et politisk formål med reformen var at få bedre kontrol over de efterhånden ustyrlige udgifter til sundhedsvæsenet. Organisatorisk blev Norge delt ind i fem regioner: Helse-Øst, Helse-Sør, Helse-Midt, Helse-Vest og Helse-Nord. Trods en meget stram økonomistyring har kun Helse-Øst opnået en betalingsbalance i de seneste år, mens de andre helseregioner har haft millionunderskud år efter år. Ikke overraskende er Norges sundhedsvæsensudgifter dermed næsten placeret i toppen sammenlignet med sundhedsudgifter i andre europæiske lande (**Figur 2**), noget som mange politikere opfatter som skandaløst, og som udløser et meget stort pres på sygehusledelserne. Et af de politisk pikante problemer var, at regionsgrænsen mellem Helse-Øst og Helse-Sør gik tværs igennem hovedstaden Oslo. Det har resulteret i, at Helse-Øst og Helse-Sør for nylig blev fusioneret til Helse Sør-Øst (se boks), eller som det ofte ironisk kaldes: Helse-Størst. Der er massive spareknivtiltag at vente i denne nye helseorganisation [3]. Interessant er det for eksempel at konstatere, at Norge - i modsætning til Danmark - har en overkapacitet inden for hjertekirurgi. For patienterne betyder det, at der stort set ingen ventetider er i Norge hverken for hjerteoperationer eller for kardiologiske revaskulariseringsprocedurer.

I modsætning til helseregionerne, som er ansvarlig for



Geirangerfjord. Foto: B. Skjelvik, 2004.

specialistsundhedstjenesten, er alment praktiserende læger organiseret under kommunerne. Norge har et såkaldt fast-lægesystem, som i høj grad minder om Danmarks Gruppe 1-almen praksis.

Lægelig specialisering

Specialestrukturens historie i Norge går tilbage til 1918, da de første regler for godkendelse af specialister blev vedtaget [4]. I 1975 blev de første grenspecialer godkendt. Videreuddannelsesforløbet i Norge minder meget om forløbet i Danmark. Det begynder med halvandet års obligatorisk turnustjeneste, som bliver fordelt ved lodtrækning. Dette princip garanterer, at fjerne områder såsom Nordland og Finnmark får en vis lægedækning, selv om det naturligvis er de mest uerfarne læger, som er i turnustjeneste. Det videre forløb er enten en specialisering til almenmedicin eller til specialist, begge forløb ligner de danske curricula.

I Norge har man i stor grad de samme lægelige specialer, som man har i de andre nordiske lande og de fleste øvrige EØS-lande. Alle de norske specialer indfrier EU's formelle krav til specialistuddannelsens længde. I 2002 havde Norge 43 specialer; 30 hovedspecialer og 13 grenspecialer.

På grund af den specielle geografi har Norge, specielt hvad angår specialister, et lægeforsyningsproblem i de regioner, som ligger uden for de store byer. Mange syehuslægestillinger står ubesat. Der er stort set ingen arbejdsløshed blandt læger i Norge.

Forskning

Desværre er Norge faldet tydelig bagud igennem de seneste år med hensyn til forskningsstøtte. **Figur 3** viser udviklingen af forskningsudgifter udtrykt som procent af bruttonational-

produktet i de nordiske lande. Det er vanskeligt at forstå, at man i et så rigt land som Norge ikke prioriterer forskning og udvikling højere. Den ledende avis i Norge, Aftenposten, har den 1. oktober 2007 offentliggjort en nyere analyse med titlen »Forskeren: en truet art i Norge« [5]. Baseret på statistisk analyse af 2005-tallene ser man, at Norge kun har 185 doktorgradskandidater pr. million indbyggere, mens Danmark har 196, Finland 271 og Sverige 303, altså næsten dobbelt så mange doktorgradskandidater som Norge. Implikationen af disse tal for fremtidig forskningsrekruttering og generel forskningskompetance er dystre.

Personlig erfaring

At flytte som specialist fra sundhedsvæsenet i Danmark til Norge opleves nok for de fleste som en nærmest gnidningsløs overgang, da de to landets systemer er så sammenlignelige. Norge er et land, som på alle måder er taknemmeligt at arbejde i, og arbejdstilfredshed på sygehusene er generelt høj. Den erfaring, jeg har høstet i det højkompetente miljø af hertespecialister i Oslo, er udelt positiv.

Korrespondance: Dan Atar, Hjerteravdelingen, Aker Universitetssykehus, N-0514 Oslo, Norge. E-mail: dan.atar@medisin.uio.no

Interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. www.ssb.no/helsetilstand/ (Statistisk Sentralbyrå)
2. The cost of living. The Economist. 17. marts, 2007.
3. www.helsesorost.no/modules/module_123/proxy.asp?D=2&C=25&I=82&mids=a26a
4. spesialitetsstrukturen i Norge. En utredning utarbeidet av spesialitetsrådet ved et arbeidsutvalg ledet av Jørgen J. Jørgensen 2002. www.legeforeningen.no/assets/spesialitetsstruktureninorge_jun03.pdf
5. Forskeren, en truet art i Norge. Aftenposten, 1.10.2007: www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article2025077.ece

