

Er Norge verdens beste land å leve i?

Norge er verdens beste land å leve i, hevder mange, og viser til en FN-indeks basert på dødelighet, rikdom og utdanning. For 40 år siden var levealderen i Norge svært høy, men nå er levealderen like høy som hos oss og høyere i mange land. For alle aldersgrupper finnes minst ett land hvor dødeligheten er lavere enn i Norge. I Japan er gjennomsnittlig levealder betydelig høyere enn i Norge, men landet bruker 30 % færre ressurser på helsetjenesten. I USA er levealderen betydelig lavere enn i Norge, men USA bruker 40 % flere ressurser på helsetjenesten.

Påstanden om at Norge er verdens beste land å leve i er basert på en indeks som er utarbeidet av FN (1). Ifølge denne rangeringen er Norge på topp med en indeks på 0,963. På bunnen av listen finner vi Niger med en indeks på 0,281. Indeksen består av tre elementer:

- Et langt liv, målt ved forventet levealder ved fødselen
- Kunnskapsnivå, målt ved lese- og skriveevne hos voksne (med to tredels vekt) og prosentandel som er i skole (primær, sekundær og tertiær) (med en tredels vekt)
- Levestandard, målt i bruttonasjonalprodukt (BNP) per innbygger justert for faktisk kjøpekraft

Disse elementene er transformert til indekser ved å angi hvor den observerte verdien ligger på en skala 0–1, der 0 angir en valgt minimumsverdi og 1 angir en valgt maksimumsverdi. For «forventet levealder» er grensene satt til 25 og 85 år. For kunnskapsnivåindeksen er grensene satt til 0 og 100 %, og for BNP per innbygger er grensene definert til 100 og 40 000 amerikanske dollar. Fordi man regner med at velstandsoøkningen er avtakende med økende verdier, brukes logaritmen til BNP, dvs. at 1 000 dollar som tillegg til 2 000 dollar har større verdi enn som tillegg til 37 000 dollar. Den totale indeksen beregnes til slutt som et enkelt gjennomsnitt av de tre indeksene. Indeksen, som ikke omfatter grad av demo-

krati, kriminalitet, sosiale ulikheter, adgang til fri natur og andre grunnleggende verdier, plasserer Norge, Sverige, USA og Pakistan som henholdsvis nr. 1, 6, 10 og 135.

Basert på denne rangeringen skryter norske politikere hemningsløst av Norge som det beste land i verden å leve i. Dette er etter min mening uberettiget. Indeksen er ikke en omfattende indeks over hvor godt det er å leve i landet og er bare i begrenset omfang et resultat av den aktuelle regjeringens innflytelse. Noen av disse verdier blir målt av andre indekser, der Norge ikke er «best». Forventet levealder er resultatet av en levestandardutvikling og medisinskteknologisk utvikling over flere hundre år. Også indeksen for kunnskapsnivå er tvilsom. Den måler antall elever i skolen, men sier intet om hva de faktisk lærer. Dessuten henger de høye norske tallene for BNP per innbygger sammen med inntekter fra forekomsten av olje og gass i Nordsjøen, som moderne imperialismen har definert som norsk eiendom, og kapitalverdier derfra er definert som inntekter.

Formålet med FN-indeksen er først og fremst å følge utviklingen i de landene som ligger lavest. Det er viktigere at indeksen for India har økt fra 0,412 til 0,602 i perioden 1975–2003 enn at indeksen for Norge har økt fra 0,868 til 0,963 i samme periode. Nest nederst på rangeringen er Sierra Leone, der forventet levealder i 2003 var 40,8 år, altså lavere enn i Norge for 200 år siden! Det skader ikke Sierra Leone at vi i Norge bruker ressurser til å senke vår dødelighet ytterligere, men de enorme forskjellene i forventet levealder burde få oss til å se på mangler og problemer i norsk helsetjeneste som luksusproblemer. 1 % av norsk BNP til utviklingshjelp er nærmest avlat. Mange av de fattigste landene preges av kleptokrati, korrupsjon, utbytting og mangel på demokrati, og utviklingshjelp er ofte lite effektivt.

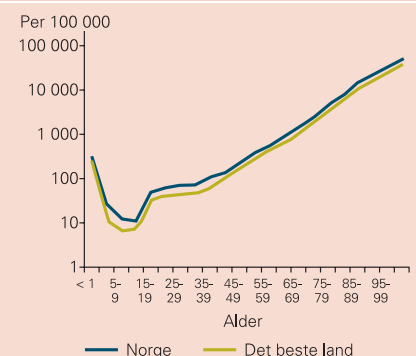
Forventet levealder

For helsetjenesten har forventet levealder størst interesse. I hvilken grad uttrykker FN-indeksen dødeligheten i en befolkning? Populært sagt kan man si at dødeligheten er 100 %. Man opererer derfor med aldersspesifikk dødelighet i et begrenset tidsrom, for eksempel ett år. Den aldersspesifikke dødelighet er en god indikator på generelle levekår, herunder den generelle helsetil-

stand. Summarisk kan dødeligheten best uttrykkes ved middellevetid eller forventet levealder. Middellevetiden er beregnet utelukkende på grunnlag av aldersspesifikke dødelighetsrater og er altså uavhengig av den aktuelle alderssammensetningen. Vi lever lenge i Norge, men man lever enda lenger i land som Japan, Hongkong, Island, Sverige, Sveits, Australia, Spania, Israel, Frankrike, Italia og Canada. Internasjonale sammenlikninger viser videre at Norge ikke har lavest dødelighet i noen aldersgrupper.

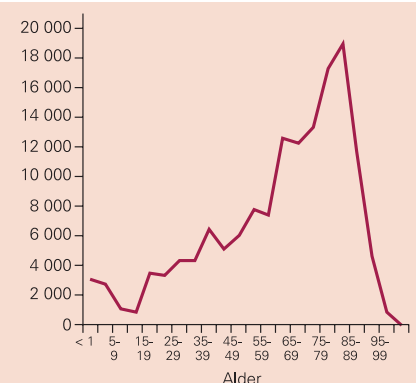
La oss tenke oss en befolkning som for hver aldersgruppe har den laveste observerte dødelighetsraten og kalle befolkningen

Figur 1



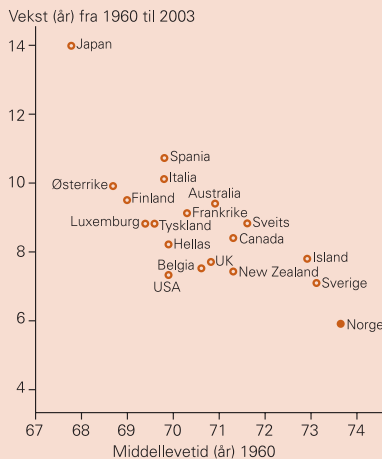
Dødeligheten etter alder for Norge og «Det beste land». Begge kjønn (1)

Figur 2



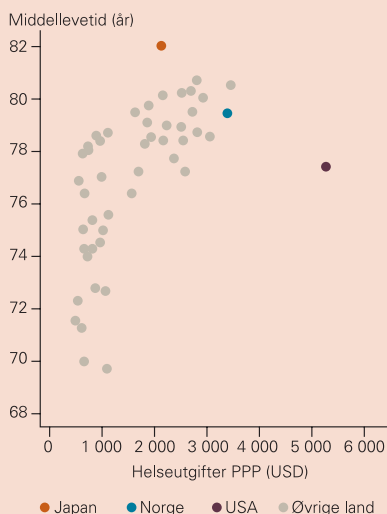
Tapte leveår i Norge sammenliknet med «Det beste land» (1). Produktet av antall personer og aldersgruppens forventede gjenværende leveår = totalt tapte leveår = 1 471 63 år

Figur 3



Middellevetid i utvalgte land i 1960 og vekst i middellevetid frem til 2003 (1)

Figur 4



Assosiasjonen mellom ressurser brukt i helsetjenesten og middellevetiden for 50 beste land etter UNDP-rangeringen (1). Ressursinnsatsen er justert for faktisk kjøpekraft og angis som PPP-verdi (purchasing power parity)

«Det beste land». Sverige, Island, Sveits, Nederland, Australia og Japan er land med laveste dødelighet i en eller flere alders-

grupper. I figur 1 er Norge sammenliknet med «Det beste landet» (1). Forskjellene ser beskjedne ut, men ser vi på den kumulative differansen mellom kurvene for begge kjønn til sammen, summerer det seg til 12 000 dødsfall i Norge. Dette svarer til om lag 147 000 tapte leveår for dagens norske befolkning, som fordeler seg etter alder som vist i figur 2 (1). Verdien av disse leveår kan omgjøres til 1 837 døde spedbarn med forventet levealder på 80 år.

Figur 3 viser utviklingen av middellevetiden over de siste 40 årene for 18 land med lavere middellevetid enn i Norge i 1960, men som i perioden frem til 2003 hadde en sterkere vekst i middellevetid enn i Norge (1). Selv om middellevetiden har steget i Norge i denne perioden med neste fem år, har veksten vært svak. I økende grad er Norge blitt hengende etter. I Japan har middellevetiden steget med om lag 14 år. Det kan være et spørsmål om få år før mange land går forbi oss i rangeringen av levestandardindeksen til FN bare på grunn av bedre utvikling når det gjelder av dødelighet.

Middellevetiden i Norge lå i 1960 5–6 år høyere enn gjennomsnittet for OECD-landene (svarende til en gjennomgående ca. 40 % lavere dødelighet). I dag har Norge nærmet seg gradvis dette gjennomsnittet og blitt et gjennomsnittsland. Norge sakker akterut i forhold til Frankrike og andre mid-delshavsland. En årsak til dette som ofte nevnes, er forskjeller i inntak av frukt og grønnsaker. Men denne forskjellen var antakelig også til stede for 40 år siden, sannsynligvis enda mer markert enn i dag, og da var det Norge som lå markert foran i middellevetid.

Helsetjenestens betydning

Skyldes forskjellen i middellevetid ressursinnsatsen i helsetjenesten? Er det økende ressurser som skal bringe Norge tilbake til toppen? I figur 4 vises sammenhengen mellom innsatsen av ressurser til helsetjenesten målt med brutto nasjonalprodukt per innbygger (justert for faktisk kjøpekraft) og middellevetiden som en indikator på helsetilstanden for de 50 beste landene på FNs rangering (1). Det er en klar assosiasjon mellom ressurser til helsetjenesten og

middellevetid, men sammenhengen er ikke lineær. For land som bruker mer enn 2 000 amerikanske dollar per innbygger til helsetjenesten, er det ingen assosiasjon. Årsaksforholdet er selvfølgelig multifaktorielt. I Japan er levealderen betydelig høyere enn i USA, til tross for et helsetjenesteforbruk på bare 50 % av USAs nivå. Synkende dødeligheter avhenger altså ikke bare av helsetjenester. I tillegg til helsetjenesten vil faktorer som ernæring, alkoholforbruk, røykevaner, boligforhold, arbeid, fritid, inntekt og inntektsfordeling, utdanningsnivå, interaksjon med ernæring og levevilkår og livsstil, være bestemmende. Den relative fordeling mellom disse faktorene er også vanskelig å estimere, og forholdet forandrer seg sannsynligvis over tid.

Kanskje er det slik at japanernes gode helse krever langt færre ressurser til helsetjenesten. For Norge er det likevel fristende å antyde at man i prinsippet *kunne* redusere ressursene til helsetjenestene med en tredel og samtidig oppnå en betydelig reduksjon i dødeligheten dersom nordmenn fulgte en japansk livsstil. Men mange nordmenn vil sikkert heller ta medikamenter som senker blodtrykk og kolesterolmengde enn å spise rå fisk, blekksprut og tang. Japan og USA skiller seg kraftig ut. Japan får meget ut av sine ressurser, USA får lite igjen. Men også Norge ligger lavt med en lav middellevetid i forhold til innsatsen. Det er flere land med lavere ressursbruk og høyere middellevetid. Det er altså ikke mye å hente ved å fordoble helsetjenesteinnsatsen per innbygger med tanke på å redusere dødeligheten i Norge. For Norge kan man antakelig trekke denne konklusjonen: Enten er ressurstilgangen til helsetjenesten av marginal betydning eller så er ressursanvendelsen ineffektiv.

Hans Thomas Waaler

hans.waaler@kunnskapssenteret.no
 Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
 Postboks 7004 St. Olavs plass
 0130 Oslo

Litteratur

1. International cooperation at a crossroads. Human Development Report 2005. New York: United Nations Development Programme, 2005. http://hdr.undp.org/reports/global/2005/pdf/HDR05_complete.pdf (19.6.2006).