



Verdien av helse som personlig ansvar

Av Aslak Versto Storsletten, historiker og rådgiver i Civita

Det er den enkeltes ansvar å ta vare på sin egen helse, enten det dreier seg om kroppslig, mental eller åndelig helsetilstand.

– John Stuart Mill

Innledning

Til tross for en omfattende velferdsstat, har vi et personlig ansvar for vår egen helsetilstand. Helse er en aktiv prosess der den enkelte har et medansvar for resultatet. Personlig ansvar er også positivt i seg selv, det har en egenverdi, og kan skape positive konsekvenser for hver enkelt av oss. Å foreta egne valg, både gode og dårlige, er en forutsetning for utvikling av vår individualitet og lykke. Ansvar er rett og slett knyttet til det å være menneske.

Ansvar for egen helse er i tillegg nødvendig av instrumentelle årsaker. I januar 2023 uttalte daværende helseminister, Ingvild Kjerkol fra Arbeiderpartiet, at stadig flere må ta ansvar for sin egen alderdom.¹ Hun ble møtt med sterke, negative reaksjoner. Men Kjerkol berørte noe helt

vesentlig: Befolkningen må være aktive og medansvarlige aktører for å styrke velferdsstatens evne til å håndtere utfordringene som de demografiske endringene bringer med seg.

Helsepersonellkommissjonen var inne på noe av det samme.² Det er behov for en holdningsendring i befolkningen, blant politikere og helsepersonell, som kan bidra til å dempe etterspørselen etter helse- og omsorgstjenester. Befolkningen må senke forventningene til hva det offentlige helsevesenet skal levere. Helsepersonellkommissjonen understreker samtidig at alle må erkjenne at det også i Norge er begrenset med ressurser.

En av løsningene på bemanningsutfordringene i helse- og omsorgssektoren er å overlate mer ansvar til pasienter og pårørende. En ansvarsglidning, der pasienter, pårørende og befolkningen generelt tilkjennes mer ansvar enn tidligere, er helt nødvendig for å møte de store utfordringene som velferdsstaten står overfor.

Selv om denne erkjennelsen begynner å komme til syne, har den lenge vært nærmest fraværende i norsk politisk debatt. Det finnes ingen norske partier som i dag tenker høyt om en annen modell for vår velferdsstat, for eksempel med lavere skatter, færre universelle ordninger og mer vekt på private forsikringer og behovsprøving.

Den offentlige norske debatten bærer preg av å være en konsensusorientert politisk velferds-konkurranses.³ Enkeltproblemer er hele tiden i fokus, og økte bevilgninger – «mer penger» – er alltid løsningen.

Dagens konkurranse om å bevilge mest penger til ulike enkeltområder innen offentlig helse og velferd, er ikke bærekraftig. Den stadige utvidelsen av det offentliges ansvar for borgernes ve og vel, er ikke bærekraftig. Vi står overfor en formidabel utfordring, med flere mottakere av offentlige helse- og omsorgstjenester, samtidig som det blir relativt sett færre til å betale for dem. Dagens politiske velferdskonkurranse øker disse utfordringene.

Dette notatet har som mål å stimulere til debatt om velferdskonkurransen og utfordringene som det norske samfunnet her står overfor. Notatet er normativt og på ingen måter uttømmende, men det er et forsøk på å løfte en debatt som vi trenger i norsk politikk.

Velferdspyramiden

Den danske politikeren Alex Vanopslagh beskriver velferdsstaten som et pyramidespill.⁴ Vi har lenge visst – ut fra demografiske framskrivninger alene – at velferdsstaten i dens nåværende størrelse, er en skjør konstruksjon.

Sysselsettingen i helse- og sosialtjenestene har økt sterkt siden 1970, da andelen i disse næringene var på sju prosent.⁵ I 2021 hadde andelen økt til drøyt 21 prosent. Dette er inkludert sosialtjenester uten omsorgspreg, herunder barnehager, men det er uansett hevet over tvil at helse- og omsorgstjenestene har økt sin andel enormt i perioden.

Siden 1970-tallet har stadig flere blitt avhengige av det offentlige for å få endene til å møtes. Dette skyldes dels at det er mange flere offentlige ansatte, dels at flere i arbeidsdyktig alder på trygdeytelser faller utenfor arbeidslivet, og ikke minst at det blir stadig flere eldre.

Mellom år 2000 og 2020 økte aldersgruppen 80 år og eldre med 40 000 personer, mellom 2020 og 2040 vil denne gruppen øke med over 250 000 personer.⁶ Betydelig økning i antall personer over 80 år, vil medføre økt behov for omsorgstjenester og arbeidskraft rettet mot denne gruppen. Sysselsettingen innen helse- og omsorgstjenester er antatt å øke med 190 000 personer frem mot 2050.⁷ Samtidig stopper mest sannsynlig veksten i tilgjengelig arbeidskraft sakte opp (muligheten for innvandring kan endre noe på dette bildet). Fra midten av 2030-tallet vil antallet personer i yrkesaktiv alder falle i absolutte tall – en utvikling som vil forsterke seg ytterligere etter 2040.

Dette er en enorm utfordring, fordi vi ikke kan reformere oss ut av alderdom. Vi har fått en god og helt nødvendig pensjonsreform, men på ett eller annet tidspunkt blir alle for gamle til å arbeide. Problemet handler ikke bare om å få nok penger til å betale for alle hofteoperasjonene, omsorgsarbeiderne og pensjonene – det handler kanskje mest om at det blir færre mennesker på arbeidsmarkedet til å bemanne helse- og omsorgstjenestene.

Etterspørselen etter disse tjenestene vil, ut fra demografiske årsaker alene, eksplodere. I tillegg stiger forventningene til velferdstjenestene, både blant unge og gamle. Et stadig større behov for mer penger og flere ansatte, samt økte forventninger til tjenestene, fører til at det koster stadig mer ressurser å holde velferdspyramiden oppe.

I Norge er alle tvunget til å finansiere helsevesenet over skatteseddelen. Et pyramidespill er kjennetegnet av at jo tidligere du kommer inn i spillet, jo større gevinst får du – og jo senere du kommer inn i spillet, desto mer taper du. Dette er en trist, men som Vanopslagh er inne på, også en logisk slutning av de demografiske endringene, hvor vi blir stadig færre yngre i forhold til eldre.

Problemene som denne velferdspyramiden bringer med seg, begynner allerede å vises. Norge har blant de høyeste andelene helsepersonell i forhold til folketallet i Europa.⁸ Norge bruker mer penger på helse enn noe EU-land, og vi er det landet i OECD med høyest andel av arbeidsstyrken ansatt i helsesektoren. Samtidig har vi en kritisk mangel på helsepersonell. Det er rekordlange helsekøer i store deler av landet. I Nord-Norge står helsevesenet allerede i knestående. Rekordmange nordmenn har privat helseforsikring.⁹ I tillegg hevdes det at barnehagene mangler ansatte, mens skolene, for å sette det litt på spissen, sliter med å lære elevene grunnleggende leseferdigheter.

Helse- og omsorgssektoren trenger altså folk. På toppen av dette skal forsvaret og beredskapen bygges kraftig opp. Vi må også ha ansatte i næringslivet og privat sektor. Skal vi bevare velferdsstaten slik vi kjenner den, må den derfor effektiviseres og reformeres. Det kommer til å bli vanskelig å få plass til nye satsinger fremover.

Økt ansvar for egen helse

Sensommeren 2024 skrev legen Øyvind Kjerpeset en tankevekkende kronikk i Tidsskrift for Den norske legeforening.¹⁰ Teksten ble blant annet omtalt i avisen Vårt Land.¹¹ Kjerpeset viser til at 75 prosent av den norske befolkningen er definert som inaktiv. Inaktivitet blir en stadig større del av hverdagen til både barn og voksne, samtidig som dette er uforenelig med god helse. Dette skaper livsstilssykdommer i en skala som får helsevesenet til å knele. Den unge legen beskriver hvordan det er vanskelig å overbevise pasienter om at aktivitet er bedre for depresjon enn antidepressiver, og at det er symptomatisk for kulturen vår at vi virkelig tror at en pille skal løse problemet.

Befolkningen må utrustes med økt kunnskap om helse og livsstil, slik at hvert enkelt individ kan ansvarliggjøres istedenfor at helsevesenet skal reparere årevis med skade, mener Kjerpeset, som etterlyser en holdningsendring i hele samfunnet, fra pasienten, til helsepersonell, og til politikken. «Livsstil er helse, farmasi er reparasjon», som han poengtert skriver.

Det kan virke som at vi har et velferdsparadoks. Utbredelse av omfattende og gode velferdsordninger kan bidra til at befolkningen ikke tar ansvar for å bedre sin egen situasjon. Dermed minsker graden av ansvar i samfunnet. Vi blir på en måte pasifiserte borgere som er avhengige av den store paternalistiske staten i stort og smått. Dette fører igjen til dårligere livskvalitet og større belastning for velferdsstaten.

En viktig grunn til at personer selv bør bære en vesentlig del av kostnadene for konsekvensene av sine egne valg, er at dette vil bidra til at vi gjør gode valg og utvikler oss på en gunstig måte.¹² Også helse bør anses som en aktiv prosess der den enkelte har et medansvar for resultatet.

Hvis vi i større grad selv tar ansvar for helserelevante valg som holder oss friskere, kan vi få ned etterspørselen etter helsetjenester, samtidig som vi bedrer vår egen livskvalitet. Men vi skaper ikke større ansvar for egen helse ved å stadig utvide velferdsstatens ansvarsområder. Kravet om fysisk aktivitet i skolen er i så måte illustrerende. Det begrunnes ofte med at skolen – staten – må lære oss å være aktive, men alle vet at fysisk aktivitet er sunt.

Case in point: tannhelse

Tannhelsetjeneste er ikke en universell velferdsordning i dag. Noen grupper har rett til tannhelsehjelp fra det offentlige. Dette gjelder blant annet barn og unge, psykisk utviklingshemmede i og utenfor institusjon, grupper av eldre, langtidssyke og uføre i institusjon og hjemmesykepleie. Det er historiske tilfeldigheter som gjør at tannhelse ikke er likestilt med andre helsetjenester, altså at det i all hovedsak holdes utenfor det offentlige helsetilbudet.

Det er ingen tvil om at tennene er en del av kroppen og helsen vår. Derfor ønsker mange at tannhelse skal likestilles med andre helsetjenester. Arbeiderpartiet, SV, Senterpartiet, Fremskrittspartiet, Miljøpartiet De Grønne og Rødt har alle programfestet at de ønsker å likestille tannhelse med andre helsetjenester.

Høsten 2024 leverte det såkalte Tannhelseutvalget en rapport om den norske tannhelsetjenesten.¹³ Utvalget mener at det offentlige ansvaret må utvides, slik at tannhelse blir en universell offentlig tjeneste, på lik linje med andre helsetjenester. En universell tannhelsetjeneste vil innebære at hele befolkningen har rett til «nødvendige tannhelsetjenester» på det offentliges regning.

Tannhelseutvalget er usikker på hva noe slikt vil koste. Dette er ikke så underlig. Det er for eksempel ikke så lett å definere hva som er «nødvendige tannhelsetjenester». Utvalget mener at rutineundersøkelser er nødvendig, men hvor ofte trenger vi rutineundersøkelser? Slike ting er ikke alltid så enkelt å definere. Utvalget anslår at det vil koste mellom fire og 14 milliarder kroner å innføre forslagene.

En slik utvidelse av tannhelsetjenesten vil altså legge beslag på betydelige økonomiske og menneskelige ressurser – i en tid hvor helse- og omsorgssektoren, forsvaret og næringslivet alle trenger flere folk og mer penger. En skulle tro at det er viktigere å forbedre de kriserammede områdene som det offentlige allerede har ansvaret for, enn å prioritere en utvidelse av velferdsstatens områder.

I lys av dette notatets tematikk, verdien av helse som personlig ansvar, er tannhelse spesielt interessant, fordi livsførsel – og dermed egne valg – har stor innvirkning på tannhelsen til hver enkelt av oss. Og ting tyder på at de fleste av oss forvalter dette ansvaret godt.

Tannhelsen er god i Norge. De fleste går regelmessig til tannlege. Vi er oppdratt til å sjekke tennene våre. Tannhelsen i Norge er faktisk så god at tannpleie- og tannlegestudentene mangler pasienter å øve på.¹⁴ Om lag 90 prosent av befolkningen går regelmessig til tannlegen. Når vi tar ansvar og går regelmessig, så oppdager vi eventuelle problemer på et tidlig tidspunkt. I tillegg er utgiftene overkommelige for de fleste. Det er med andre ord lite som tyder på at det er nødvendig med et omfattende offentlig engasjement utover det vi allerede har i dag på området.

Om lag ti prosent av befolkningen har et udekket behov for tannhelsetjenester. For om lag halvparten av disse, handler det om økonomi. Men også de fleste med lav inntekt er oppdratt til å gå regelmessig til tannlegen. Mange går ikke til tannlegen fordi de har angst eller ikke prioriterer sine egne tenner. En universell offentlig tannhelsetjeneste vil ikke endre på dette. Det kan tvert imot føre til at vi får overbehandling.

Vi skal ikke underslå at noen faller utenfor. Men en universell ordning med skattefinansiert tannhelsebehandling til alle nordmenn er ikke fornuftig i dag. Vi må heller få på plass målrettede og behovsprøvede ordninger som treffer de som faller utenfor. Dette handler vel så mye om privat oppdragelse som offentlig økonomisk støtte.

Behovsprøving

Behovsprøving handler om å gi mer til de som trenger det mest. Altså at de som er mest utsatt og har størst behov – eksempelvis lavinntektsfamilier, barn, minstepensjonister, rusmiddelbrukere og kronisk syke – skal få mest hjelp fra det offentlige.

Da velferdsstaten ble etablert i stort omfang i etterkrigstiden, var tanken at det universelle tilbudet skulle være så godt at det var meningsløst å bruke egne penger på å kjøpe private alternativer. Ingen vil bruke penger på noe de kan få levert like godt på det offentliges regning. Slik er det ikke lenger.

Når velferdsstatens mange universelle ordninger nå er under så sterkt press, bør behovsprøving av flere ordninger komme høyere på den politiske dagsorden. Universelle ordninger er vridende, fordi det favoriserer mer konsum av godet. Universelle ordninger gis til alle, og de er derfor mindre omfordelende enn behovsprøvede ordninger.

Det er riktig at universelle ordninger kan være populære, fordi de er for alle, og på den måten kan øke støtten til velferdsstaten i det brede lag av befolkningen. Men når folk opplever at velferdsstatens grunnleggende tjenester ikke fungerer, bidrar ikke dette til økt oppslutning om, og skattevilje for, den samme velferdsstaten – snarere tvert imot.

Behovsprøvede ordninger fungerer. Gratis kjernetid, oppholdstid, i barnehager for lavinntekts-husstander er en slik ordning. Den blir mye brukt av de som har rett til det. Da er det lite behov for en prisreduksjon på 1000 kroner i måneden for alle barnehagebarn, som dagens regjering har innført. Denne prisreduksjonen gir lite utbytte for de som allerede har gratis kjernetid. Det gir heller mer til de som tjener godt. I realiteten bidrar slike tiltak til at forskjellene øker, fordi de som har mye, får mer, mens de som har lite, får mindre.

Økte egenandeler

Etterspørselen etter offentlig finansierte velferdstjenester er i stor grad tilbudsrevet i Norge.¹⁵ Tjenestene er i stor grad offentlig finansiert, med relativt beskjedne egenandeler. Når andre enn mottakeren av velferdstjenester i all hovedsak betaler for tjenestene, har ikke mottakeren økonomiske insentiver til å begrense etterspørselen. Normalt reduseres etterspørselen etter tjenester når prisene øker, men slik er det ikke for velferdstjenester, som i all hovedsak finansieres av det offentlige. Siden prismekanismen i markedet for velferdstjenester ikke påvirker etterspørselen, utløser et tilbud av velferdstjenester i de fleste tilfeller en tilsvarende etterspørsel. Tjenestene blir satt under et stort press på grunn av utvidede pasientrettigheter og økende forventninger fra befolkningen knyttet til kvalitet og omfang i helse- og velferdstjenestene.

Køer er en uunngåelig konsekvens av gode tjenester til en lav pris. De lave egenandelene er med andre ord en sentral drivkraft bak de relativt lange køene i det norske helsevesenet.

Egenandeler for brukere fører til redusert sløsing og overforbruk av offentlige velferdstjenester.¹⁶ Men egenandelene i dag er for beskjedne til å ha effekt, og frikortordningen for helsetjenester, som opprinnelig var ment for en mindre gruppe med særlige behov, har eksplodert. Egenandelene bør i større grad differensieres, for eksempel ved at brukerne betaler en større andel av kostnadene for mindre sentrale offentlige velferdstjenester. Det bør også vurderes å differensiere systemet for egenandeler basert på inntekt. Mennesker med lav inntekt kan betale lavere egenandeler

enn mennesker med høy inntekt, men en viss egenandel bør det også være for de med lavest inntekt, slik at overforbruk av tjenestene forhindres.

Økte egenandeler kan med andre ord være en av nøklene til å få til den holdningsendringen i befolkningen, som blant annet Helsepersonellkommissjonen etterlyser. En slik holdningsendring kan bidra til å dempe etterspørselen etter helsetjenester – og slik styrke velferdsstatens bærekraft.

Konklusjon

Velferdsstatens ansvar bør ikke fortsette å vokse. Befolkningen må ta et større personlig ansvar for egen helse.

De universelle ordningene er ofte gode og fornuftige, men de bør anses som et minimum som sikrer alle det viktigste. Vi bør ha universelle ordninger i bunnen, men disse kan ikke stadig utvides. De universelle ordningene bør ha begrenset omfang og heller utfylles med private forsikringer og målrettede ordninger og behovsprøving. Færre universelle ordninger og økte egenandeler kan veksles i lavere inntektskatt. Slik vil pengene tilbakeføres til skattebetalerne, samtidig som velferdsstaten beholder den positive effekten av mindre press på tjenestene, som kan anvendes til å øke kvaliteten på grunnleggende velferdstjenester.

Lavere inntektskatt uttrykker tillit til skattebetalerne, noe som kan bidra til å utvikle en følelse av selvtillit, trygghet og uavhengighet. Skatteletter gir konsumentssuverenitet – mer valgfrihet og mindre paternalisme – og det skaper mer ansvar. Ansvarsbevissthet – forvaltningsansvar for egen helse – kan igjen øke graden av ansvar i befolkningen, både for en selv og andre.

Det er ingen naturlov at velferdsstatens ansvar skal fortsette å vokse. Velferd trenger ikke å være offentlig. Reell velferd er også penger som folk får beholde selv.

Civita er en liberal tankesmie som gjennom sitt arbeid skal bidra til økt kunnskap og oppslutning om liberale verdier, institusjoner og løsninger, og fremme en samfunnsutvikling basert på respekt for individets frihet og personlige ansvar. Civita er uavhengig av politiske partier, interesseorganisasjoner og offentlige myndigheter. Den enkelte publikasjonsforfatter(e) står for alle utredninger, konklusjoner og anbefalinger, og disse analysene deles ikke nødvendigvis av andre ansatte, ledelse, styre eller bidragsytere. Skulle feil eller mangler oppdages, ville vi sette stor pris på tilbakemelding, slik at vi kan rette opp eller justere.

Ta kontakt med forfatteren på aslak@civita.no eller civita@civita.no.

Sluttnoter

- 1 https://www.nrk.no/norge/helseministeren-sier-vi-ma-ta-storre-ansvar-for-egen-alderdom-1.16267239?utm_source=sdrn%3Aavg%3Aarticle%3Aawg963M
- 2 NOU 2023: 4, *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste*
- 3 Johnson, Georg Espolin, Ansvar for egen helse, i Lars Gauden-Kolbeinstveit og Torstein Ulserød (red.), *Ansvar. 15 essays, Civita, 2013, s. 155–174*
- 4 Resonnementet bygger på Vanopslagh, Alex, *Vejen til ansvar, Forlaget Grønningen 1, 2023, s. 108–111*
- 5 NOU 2023: 4, *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, s. 24*
- 6 *Ibid.*, s. 12
- 7 NOU 2023: 30, *Utfordringer for lønnsdannelsen og norsk økonomi, s. 31*
- 8 Civita-notat nr. 27/2020, *Hvorfor trenger Norge flere sykepleiere enn nesten alle andre land?*
- 9 Civita-notat nr. 22/2024, *Private helseforsikringer – uunngåelig i den norske velferdsmodellen*
- 10 <https://tidsskriftet.no/2024/08/kronikk/den-neglisjerte-vidundermedisinen>
- 11 <https://www.vl.no/kultur/2024/09/01/redd-for-a-bli-stemplet-som-moralist/?R=hzKJBoLMox&subscriberState=valid&action=loggedin>
- 12 <https://civita.no/politisk-ordbok/ansvar/>
- 13 NOU 2024: 18, *En universell tannhelsetjeneste. Harmonisering, styring og utvidet offentlig ansvar*
- 14 <https://www.nrk.no/tromsogfinnmark/null-hull-gir-tannpine-for-framtidige-tannleger-1.17033315>
- 15 Avsnittet bygger på NOU 2023: 4, *Tid for handling. Personellet i en bærekraftig helse- og omsorgstjeneste, s. 116, og Civita-notat nr. 10/2023, Økte egenandeler hos legen*
- 16 Avsnittet bygger på Vinje, Villeman, *Bærekraftig offentlig velferd – ansvaret politikerne ikke har tatt, i Lars Gauden-Kolbeinstveit og Torstein Ulserød (red.), Ansvar. 15 essays, Civita, 2013, s. 123–142*