

---

## Gode råd er ikke dyre

---

INTERVJU

CHRISTINA SVANSTRØM

christina@svanstrom.no

---

**Jan Abel Olsen vil at alle skal ha like muligheter fra barnsbein av. Helseøkonomen mener investeringer tidlig i livet vil gi stor effekt på både helse og arbeidsdeltakelse.**



Foto: Christina Svanstrøm

Vi starter turen opp mot Fjellheisen. Det populære utsiktspunktet over Tromsø by fra fastlandet. Her har det de siste årene blitt investert mye i byggingen av ei stødig «sherpatrapp». Ruta til topps bærer mange lokale og besøkende bein opp i høyden til formidabel utsikt og hverdagspuls, og er nå steinlagt med de beste intensjoner.

– Det er et utrolig folkehelseiltak. Det er bare å se på alle de forskjellige kroppsfasongene som går i denne trappa.

Møt Jan Abel Olsen. Jan i familien, Abel blant venner og Jan Abel i øvrige sosiale sammenhenger. En av få norske forskere på helseøkonomi som har satt spor i det store utland, skal vi tro noen fra hans nære omgangskrets. Men her og nå er han en dedikert nordnorsk kar på tur opp sin favorittrote etter endt arbeidsdag.

Olsen startet som siviløkonom, men har i alle år siden tatt steg for å utvide perspektivet.

– Jeg har alltid vært opptatt av politikk og fordelingsspørsmål. I studietiden var det spesielt samfunnsøkonomi og statsvitenskap jeg fikk interesse for.

Da han var ferdigstudert, var ett av de store temaene i debatten om nordnorsk næringsutvikling den også nå dagsaktuelle Nord-Norge-banen.

– Og jeg husker jeg tenkte da, for 40 år siden, at dét prosjektet kunne jeg hatt lyst til å jobbe med.

Men det ble en vit.ass.-stilling og ikke en togreise som tok ham til Universitetet i Tromsø etter endte studier.

– Jeg var nok ganske bestemt på at jeg skulle jobbe i Tromsø. Jeg er født og oppvokst her, og jeg har alltid syntes at Tromsø er en kul by. Jeg har likt å være fra Tromsø, hvis du skjønner. Selvfølgelig er jeg litt patriot. Jeg synes naturen rundt byen er usannsynlig flott.

---

## Ulikheter i helse

For to år siden fikk prosjektet hans «Tracing causes of inequalities in health and well-being» støtte fra Forskningsrådet. Målet er å spore årsaker til ulikheter i helse.

– Det var en ganske stor bevilgning, og siden har universitetet bidratt med to ekstra stipendiatstillinger. Vi vil blant annet undersøke hvor mye av ulikhetene i helse som kan forklares av helsereelatert atferd. Folkehelseanbefalingene er klare: Du skal ha en normal BMI, du skal ikke røyke, du skal ikke drikke mer enn 14 enheter alkohol i uka, og du skal være fysisk aktiv minst 150 minutter i uka. De samme retningslinjene gjelder i mange andre land. Det spennende er å undersøke hvor store leveårstap som er forbundet med ulik grad av avvik fra anbefalingene, forklarer Olsen.

---

### Jan Abel Olsen

Født 1954

Kjæreste, to voksne sønner fra tidligere ekteskap, fire barnebarn

Siviløkonom, Norges Handelshøyskole (NHH) 1975–79

Offentlig administrasjon og organisasjonskunnskap, Universitetet i Bergen 1977

Høyere avdeling i økonomisk geografi, NHH 1981

Dr.philos., Universitetet i Tromsø 1994

Ansatt ved Universitetet i Tromsø siden 1980, har hatt vitenskapelige stillinger på tre ulike fakultet

Professor i helseøkonomi og helsetjenesteforskning ved Institutt for samfunnsmedisin siden 2000

Forsker i bistilling ved Folkehelseinstituttet siden 2010

Gjesteprofessor ved Centre for Health Economics, Monash University, Melbourne, Australia, siden 2010

---

Røyking, drikking, latskap og fedme. Hvilken skader mest? Og hvordan virker de på helsa sammen? Jan Abel Olsen beskriver prosjektet rolig og poengtert mens han målrettet trår trinn for trinn opp steintrappa.

– Vi forsøker å lage en funksjon som vekter dette slik at man kan estimere leveårstapet. Dernest kan vi få et bilde på hvor mye leveårstapene varierer mellom sosiale lag. Eksempelvis når vi sammenligner folk med lavest mot høyest utdanningsnivå, ser vi at det er tre ganger flere folk med høy utdanning som har en livsstil i tråd med folkehelseanbefalingene.

– Hva er fordelen med å se dette på en ny måte?

– Vi kan få mer oppmerksomhet rundt hvordan folk lever. Vi har nordens høyeste andel fedme, og vi er lite fysisk aktive. Men det er jo et litt betent tema å minne folk på at de faktisk kan og bør ta ansvar for egen helse.

---

## Den gode starten

Praten om helseatferd leder oss til det Olsen ser på som en av sine kjepphester – nemlig at mennesker bør ha like muligheter fra barnsbein av.

– Det store spørsmålet er hva som står igjen når du har korrigert for atferden. Hvorfor i all verden velger noen å leve sunt og andre ikke? Jeg er spesielt opptatt av å spore langtidseffekter av ulikheter i barndom. Det måler vi gjennom familiens økonomiske forhold og foreldrenes utdanningsnivå.



Foto: Marius Fiskum

– Jo mer sølvskje du har hatt i munnen fra starten av, jo mer sannsynlig er det at du får høyere utdanning. Og når du får høyere utdanning, er du i et miljø hvor du velger å leve sunnere. Det er mye – tror jeg – som kan spores tilbake til slike oppvekstvariabler.

Olsen viser til «The Heckman Equation». Den amerikanske økonomen James Heckman har vunnet nobelprisen for sitt arbeid med å forstå gevinsten av å investere i tidlig og rettferdig utvikling av menneskelig potensial.

*«Det er jo et litt betent tema å minne folk på at de faktisk kan og bør ta ansvar for egen helse»*

– En ting er de faglige argumentene, men jeg er verdimessig en sterk tilhenger av prinsippet om «likest mulig muligheter fra barnsbein». Dette mener jeg er en god ting i seg selv. Vi må fange opp barn som har vært uheldige i det «sosiale lotteriet». Jeg tror på gratis barnehage, skolemat og en heldagsskole med mye fysisk aktivitet. Så får det koste hva det koster. Poenget er at jeg mener slike investeringer tidlig i livet også vil gi store effekter på folks helse og arbeidsdeltakelse.

– Og der var vi ferdig med 1 200 trappetrinn, sier Olsen.

– 28 minutter tok det.

– Jeg har pers på 15 minutter fra første til siste trappetrinn.

Vi passerer Fjellheisen og er godt over tregrensa. Høyt nok til å se ned mot Tromsøya, nå liten i det store bildet.

– Jeg har sprunget rundt øya en gang. Jeg fikk det for meg for noen år siden at jeg skal kunne si til meg selv og andre at jeg har gjort det.

– Nærmest en halvmaraton?

– Ja, drøyt det, med 23 kilometer. Det var morsomt, men jeg trenger ikke å gjøre det igjen.

Det går radig opp til selve Fløya. Turen har nådd sitt punkt for tiltakende «diminishing returns», rent høydemessig. Herfra flater det simpelthen ut, og blikket kan følge fjellet innover mot den sørvendte ryggen til Tromsdalstinden. Her øpe fra er utsikten vidstrakt. Vestover i retning storhavet står sola i ryggen på Kvaløya og tegner konturene av den karakteristiske Store Blåmann i horisontlinjen.

Vi finner fram litt niste. Olsen har med vann i en gammel brusflaske og en energibar. Kort og godt. Med varden i ryggen, og litt le for vinden, har vi god oversikt for videre samtale.

– Savner du å være en del av et større fagmiljø?

– Jeg tror det er mange folk på Universitetet i Tromsø som kjenner på at fagmiljøet er lite. Min strategi har vært å bygge nettverk og jobbe med folk som jeg har mulighet til å se jevnlig. På den måten kan jeg samarbeide med miljøer i England, Danmark og Australia.

– Fagmiljøet er lite og livet er godt?

– Ja, akkurat det. Jeg er så glad i naturen og byen. Universitetet har vært en fantastisk arbeidsgiver for meg – jeg har fått mulighet til å utvikle meg faglig og bygge internasjonale nettverk. Lokalt er det korte avstander som skaper arenaer for mer flerfaglig samarbeid.

---

## Det store behandlingsvalget

Jan Abel Olsen var med i det siste Prioriteringsutvalget, som skulle vurdere hvordan vi best møter prioriteringsutfordringer i helsesektoren. Utvalget ble ledet av professor Ole Frithjof Norheim og leverte sin rapport til helseministeren for fem år siden.

– Det var en interessant erfaring. Lederen av utvalget bidro til en veldig god atmosfære – en åpen debatt som gjorde oss løsningsorienterte. Det er den korte historien. Det at vi kom til enighet, var en utrolig ting.

– Hva er det viktigste dere kom fram til?

– Vi foreslo prinsippet «flest mulig gode leveår for alle, rettferdig fordelt». Dette er ikke en floskel, men peker på viktigheten av å først vurdere helsegevinsten av tiltak, dernest hvor mye ressurser det koster. Spørsmålet om rettferdighet mente vi burde knyttes til sykdomsbyrde eller hvor stort helsetap over livsløpet sykdommen påfører. Jeg mener det viktigste var å understreke betydningen av å måle helseforbedringer: «Hvor stor forventet forbedring i helse gir dette tiltaket?»

– Hvordan har oppfølginga vært etterpå?

– Jeg synes kriteriene har blitt veldig tydelige. Men når det kommer til stykket, så synes jeg de i for liten grad blir tatt til følge, sier Olsen, og legger til:

– Problematisk er blant annet at man holder prisene på patentbelagte dyre medikamenter hemmelig. Det gjør det helt umulig å offentliggjøre kostnad-effektforholdet. Dermed får vi ikke åpenhet i prioriteringsdebatten, en åpenhet jeg mener er en god ting i seg selv.

– For oss uinnvidde, hva er det som egentlig holdes hemmelig?

– Hemmeligholdet dreier seg om hva staten betaler for medikamentet. Firmaet som har et patent, selger til ulike markeder i ulike land, og prisen til de ulike holdes hemmelig.

– Hvorfor aksepterer vi det?

– Fordi kjøperne tror på at den «rabatterte prisen» er lavere enn den de hadde fått ved åpenhet.

– Hvem vinner på det?

– Jeg tror det er mye lobbying. Det er store summer det er snakk om, og man trenger ikke å være verken marxist eller konspiratorisk anlagt for å tenke at når selger vil hemmeligholde, ja, så er det fordi det gir større inntekter samlet sett i de markedene de deltar i. Men norske myndigheter som kjøper tror også at de vinner på det.

---

## Offentlig helse

Helse koster penger, og offentlig pengebruk må prioriteres. Olsen forklarer at vi som individer har ulike motiver for å slutte opp om et offentlig finansiert helsevesen.

– Forsikringsmotivet skyldes usikkerhet om eget framtidig behov for dyre behandlinger, mens omfordelingsmotivet skyldes at vi bryr oss om andre folks helse. Men begge disse motivene er jo begrensede. Altså, vi kjøper ikke forsikring som skal

dekke småutgifter, og det er ikke alle typer helsetjenester vi vil subsidiere andre folks tilgang til. Jeg tenker at debatten om egenbetaling og prioritering burde ta inn over seg disse to grunnleggende motivene for å ha et system med gratis helsetjenester.



Foto: Christina Svanstrøm

– Den største utfordringa i rike lands helsevesen er at det er så mange nye tiltak der den forventede effekten er så lav, og spørsmålet er om vi da skal bruke penger på dem.

– Tenker du at vi er i ferd med å få et todelt helsevesen?

– Det todelte helsevesenet er en ide om at det er noen behandlinger der ute som ikke tilbys av det offentlige, men i det private. De rike kjøper, og de fattige har ikke råd. Det betrakter vi i Norge som et problem. Og da får du et såkalt todelt helsevesen. Men da er det springende punktet: Hvor effektive er nå egentlig disse behandlingene? Er de livreddende? Sier vi nei til behandling som realistisk ville reddet liv eller gitt stor effekt, til folk med dårlig råd? Det tror jeg ikke på. Men det er mulig jeg tar feil.

Olsen mener problemet er at det finnes aktører som pusher folk som har kjøpekraft eller redsel for sykdom, og utdyper:

– Jeg synes det er ganske alvorlig. Folk har nemlig begrenset evne til å beregne sannsynligheter. Enten man er fattig eller rik, er det ikke bra å bli lurt til å kjøpe behandling som har dårlig effekt, eller å ta ut private helseforsikringer for tjenester som allerede tilbys av det offentlige.

– Opplevd urettferdighet eller opplevd tap av tilgang til helse, blir ikke det problematisk i en slik todeling?

– Hva er det som karakteriserer den typen tjenester som ikke er offentlig finansiert? Forhåpentlig er det slik at effekten av de tjenestene er så lav at det er forståelig at det ikke er et offentlig tilbud. Jeg synes det er mye mer bekymringsfullt å se at barn har ulike muligheter til å utvikle god helse, enn at voksne har ulik tilgang til helsetjenester med tvilsom effekt.

*«Jeg synes det er mye mer bekymringsfullt å se at barn har ulike muligheter til å utvikle god helse, enn at voksne har ulik tilgang til helsetjenester med tvilsom effekt»*

- Så du tenker at det offentlige vil fortsette å tilby det de skal og burde?
- Ja, jeg tenker det. Jeg håper jeg har rett. Likevel kan det bli et problem dersom leger forlater offentlige sykehus hvor det tilbys effektive helsetjenester for å hoppe over i det private markedet hvor det tilbys helsetjenester som folk egentlig ikke trenger.

---

## Bidra til endring

Det drar mot kveld, og vi forlater den massive varden på toppen av Fløya. Vi traver nedover fjellsida, og gleden av tyngdekraft gir mot til å ta fatt på de spørsmålene jeg tenker legen så gjerne skulle spurt økonomen.

- Hva tenker du om legelønn?
- Med legelønn er det minst to hensyn. Argumenter for høy lønn er at yrket skal være attraktivt for å tiltrekke seg flinke folk, og at lønna kompenserer for slitsomme vakter og ansvar knyttet til beslutninger som har store konsekvenser for pasienter. Samtidig må ikke lønna være så høy at folk velger det kun ut fra inntektshensyn. Pengepugerne skal inn i andre yrker, de skal hvert fall ikke inn i medisinen.
- Hva tenker du om leger?
- Nei, du lurar meg ikke til å komme med noen sleivspark til dette tidsskriftets lesere. Jeg bruker å si til min gode legevenn Ivar Kristiansen at leger og økonomer har det til felles at de har en tendens til å uttale seg med den største suffisane om ting som ligger langt utenfor deres fagfelt.
- Hvis jeg skal være mer alvorlig: I en rangering av alle tenkelige yrkers sosiale status troner leger alene på toppen. Kanskje bidrar dette til at noen blir litt for høye på seg selv, mens andre sliter med å leve opp til alle krav og forventninger som jobben faktisk innebærer.
- Som helseøkonom, hva tenker du leger kan være mer bevisste på?
- Det er et vanskelig spørsmål. Men i allmennpraksis, der den representative befolkningen møter legen, tror jeg at leger i større grad må minne pasienter på hva de selv kan gjøre. I Norge er det gjort en stor jobb for røykeslutt, men et bokstavelig talt voksende problem er vekta. Legen bør kanskje tørre å kreve mer innsats av pasientene selv. For de mange inaktive og overvektige pasientene finnes en enkel, kostnadseffektiv egenbehandling: Gå en tur og gå ned i vekt. Det forundrer meg at dette skal være mer touchy enn det tidligere var å oppfordre pasienter til å slutte å røyke.

---

Publisert: 31. oktober 2019. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.19.0596  
Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 7. juli 2026.