

Holdninger til prioritering i helsesektoren: Resultater fra Norsk medborgerpanel



Ordsky av de politiske sakene respondentene i Norsk medborgerpanel oppgir at er viktigst for dem.

MEDBORGERPANEL RAPPORT 1 (2014)

Elisabeth Ivarsflaten og John Martin Roaldset

I samarbeid med: Sveinung Arnesen, Cornelius Cappelen og Berit Rokne.

Norsk medborgerpanel, Universitetet i Bergen

www.medborger.uib.no



Innhold

• Oppsummering	s. 3
• Innledning	s. 4
• Seksjon 1: Selvrapportert helsetilstand, kontakt med helsevesenet og erfaring med ressursknapphet	s. 5
• Seksjon 2: Holdninger til prioritering av helsesektoren generelt og av prioritering innen helsesektoren spesielt	s. 7
• Seksjon 3: Betydningen av ulike kriterier for medborgernes oppslutning om prioritering innen helsesektoren	s. 10
• Seksjon 4: Hvordan egen erfaring med ressursknapphet påvirker holdning til prioritering innen helsesektoren	s. 20
• Litteraturliste	s. 22
• Appendiks	
A. Spørsmålsordlyd og svarkategorier	s. 23
B. Resultater spørreundersøkelseseksperimenter	s. 27
C. Effekter av bakgrunnsvariabler	s. 29

Tabeller

• Tabell 1: Selvrapportert helsetilstand	s. 5
• Tabell 2: Undersøkt eller behandlet siste 12 måneder	s. 6
• Tabell 3: Ikke fått undersøkelse eller behandling	s. 6
• Tabell 4: Senere undersøkelse eller behandling	s. 7
• Tabell 5: Ressursene vi bruker på helse i Norge i dag er tilstrekkelige	s. 8
• Tabell 6: Helsetiltak vis-a-vis andre viktige samfunnsoppgaver	s. 9
• Tabell 7: Fornuftig at helsetjenesten tar hensyn til kostnader	s. 10
• Tabell 8: Eksperimentdesign: Forebygging (1x2)	s. 11
• Tabell 9: Eksperimentdesign: Egenbetaling (1x3)	s. 12
• Tabell 10: Eksperimentdesign: Begrunnelse for avslag (1x2)	s. 14
• Tabell 11: Eksperimentdesign: Kjernekrterier (2x3)	s. 15
• Tabell 12: Eksperimentdesign: Nye kriterier (1x3)	s. 17
• Tabell 13: Eksperimentdesign: Prosess (1x3)	s. 19
• Tabell 14: Effekter av ikke fått/utsatt behandling på holdningsspørsmål	s. 20
• Tabell B-1: Svarfordeling for spørreundersøkelseseksperimenter	s. 27
• Tabell B-2: Gjennomsnitt og 95 % konfidensintervaller Hp7-12	s. 28
• Tabell C-1: Signifikante effekter av ikke fått/utsatt behandling	s. 29
• Tabell C-2: Signifikante effekter av bakgrunnsvariabler	s. 30

Figurer

• Figur 1: Ingen behandling og utsatt behandling	s. 7
• Figur 2: Ressursene vi bruker på helse i Norge i dag er tilstrekkelige	s. 8
• Figur 3: Helsetiltak vis-a-vis andre viktige samfunnsoppgaver	s. 10
• Figur 4: Fornuftig at helsetjenesten tar hensyn til kostnader	s. 10
• Figur 5: Spørreundersøkelseseksperiment: Forebygging	s. 12
• Figur 6: Spørreundersøkelseseksperiment: Egenbetaling	s. 13
• Figur 7: Spørreundersøkelseseksperiment: Begrunnelse for avslag	s. 14
• Figur 8: Spørreundersøkelseseksperiment: Kjernekrterier	s. 16
• Figur 9: Spørreundersøkelseseksperiment: Nye kriterier	s. 18
• Figur 10: Spørreundersøkelseseksperiment: Prosess	s. 19

Oppsummering

Denne rapporten gir en oversikt over den til nå mest omfattende kartleggingen av norske medborgeres holdninger til prioritering i helsesektoren. Det er også så langt vi vet den første studien i Norge som gjør bruk av spørreundersøkelseseksperimenter til å teste forskjeller i oppslutning om ulike prioriteringskriterier.

Et overordnet resultat er at helse er viktig for norske medborgere og at dette er et felt hvor vi finner tydelige holdninger som ikke så lett påvirkes av små endringer i spørsmålsstilling. En årsak til dette kan være at svært mange medborgere har egen erfaring med helsevesenet. Hele 80% av respondentene rapporterer at de har vært i kontakt med lege eller sykehus det siste året. Dette til tross for at de aller fleste respondentene mener de har god helse.

De fleste er villige til å bruke mye ressurser på helse og mange oppfatter at en ikke kan gjøre alle nyttige behandlinger med de tilgjengelige ressursene. Interessant nok, synes et flertall at det er greit at det tas kostnadshensyn ved valg av behandling i helsevesenet, i alle fall så fremt dette medfører at andre pasienter får behandling som ellers ikke ville fått det.

I tråd med dette finner vi også at så lenge pasientene blir tilbudt en «nesten like god» behandling og frigjorte ressurser kommer andre pasienter til gode, er det et klart flertall som aksepterer avslag på foretrukket behandling. Undersøkelsen viser faktisk omtrent like stor aksept for avslag av slike årsaker som for rent medisinskfaglig begrunnede avslag.

Et annet sentralt og viktig funn er at prosessen som følges og blir kommunisert har betydning for om avslag på foretrukket behandling aksepteres. Vi finner at flere respondenter aksepterer et avslag dersom det er forankret i nasjonale eksperterters enighet og etter involvering av pasientorganisasjoner enn dersom avslaget beror på legens vurdering alene.

Et interessant funn i undersøkelsen er at en betydelig andel av respondentene selv har erfart ressursknapphet i helsevesenet. De fleste av disse har opplevd å få utsatt behandling (ca. 30 %), men en betydelig andel har også opplevd å ikke få den behandling som ville vært best for dem (ca. 12%). Det viser seg at de respondentene som har slik egen erfaring med ressursknapphet er mer kritisk til prioritering i helsesektoren enn de som ikke har slik erfaring.

Undersøkelsen viser at det er god oppslutning om behovet for å prioritere mellom pasienter etter kjerne-kriteriene alvorlighet og nytte. Det er likevel markant større oppslutning om at pasienter med alvorlig sykdom blir prioritert enn det er for at pasienter med størst nytte av behandling blir prioritert.

Undersøkelsen viser videre at det har signifikant betydning for medborgernes oppslutning om forebygging at flere liv kan reddes ved forebygging enn ved behandling. Oppslutningen om egenbetaling selv for behandling som har liten helseforbedring er, derimot, relativt lav.

Innledning

Formålet med denne rapporten er å gi en oversikt over resultatene av en studie av norske medborgeres holdninger til prioritering i helsesektoren gjennomført av en bredt sammensatt gruppe forskere tilknyttet Norsk medborgerpanelet ved Universitetet i Bergen og Uni Research Rokkansenteret. Rapporten ble bestilt av Norheim-utvalget, og flere av utvalgets medlemmer var delaktig i formuleringen av problemstillinger til studien. Det er imidlertid Norsk medborgerpanel ved hovedkoordinator Elisabeth Ivarsflaten som har det faglige ansvaret for rapportens innhold.¹

I lys av størrelsen på helsebudsjettet, befolkningens sterke interesse for spørsmål knyttet til helse og fokuset på brukermedvirkning i helsesektoren, er det overraskende at det finnes få tidligere studier av medborgernes holdninger til prioritering i helsesektoren i Norge. Vi har kun funnet en slik tidligere studie (Botten og Aasland, 2000). I rapporten vil vi referere til denne og andre internasjonale studier der hvor det er relevant.

Det er likevel slik at denne undersøkelsen og rapporten langt på vei er et tematisk og ikke minst metodologisk nybrottsarbeid. De fleste spørsmålene som stilles har ikke vært stilt til et representativt utvalg av den norske befolkningen tidligere, og de har i alle fall ikke vært stilt i form av spørreundersøkelseseksperimenter slik som er gjort i store deler av dette materialet.²

Presentasjonen av resultatene er strukturert som følger:

- Seksjon 1: Selvrapportert helsetilstand, kontakt med helsevesenet og erfaring med ressursknapphet: Tre ordinære kartleggingsspørsmål.
- Seksjon 2: Holdninger til prioritering av helsesektoren generelt og av prioritering innen helsesektoren spesielt: Tre ordinære holdningsspørsmål.
- Seksjon 3: Betydningen av ulike kriterier for medborgernes oppslutning om prioritering innen helsesektoren: Seks spørreundersøkelseseksperimenter.
- Seksjon 4: Hvordan egen erfaring med ressursknapphet påvirker holdning til prioritering innen helsesektoren: Regresjonsanalyse.

Kort om Norsk medborgerpanel

Norsk medborgerpanel (NMP) er en infrastruktur for nyskapende forskning om norske medborgeres holdninger til viktige spørsmål i politikk og samfunn. Infrastrukturen ble opprettet i 2013 og er initiert og drevet av vitenskapelig ansatte ved Universitetet i Bergen og Uni Rokkansenteret. Den er finansiert av disse institusjonene og av ulike forskningsprosjekter.

Deltakerne rekrutteres tilfeldig fra Norsk folkeregister til å delta i panelet. Undersøkelsene besvares på internett ca. 2 ganger i året. Norsk medborgerpanel er innvilget konsesjon fra

¹ I tillegg til forskergruppen som står bak rapporten, vil vi takke Benedicte Carlsen for hennes gjennomlesning og gode kommentarer til rapportutkastet. Åsta Nordø har laget ordskyen på forsiden på basis av åpne spørsmål om hvilke saker som er viktige for respondentene i Norsk medborgerpanelet. Kodingen og analysen inngår i hennes doktorgradsavhandling.

² Spørreundersøkelseseksperimenter innebærer at spørsmålene i undersøkelsen blir stilt på kontrollert ulikt vis til ulike grupper av respondenter (randomisert) med den hensikt å teste hypoteser om effekten av endringer i spørsmålsordlyd. Metoden har vært brukt siden midten av 1980-tallet, men har virkelig økt i popularitet og anvendelse i takt med at innsamling av spørreundersøkelsesdata via internett har blitt vanlig (Sniderman 2011).

Datatilsynet i inntil 20 år (fornytes hvert tredje år). Det ble innhentet en fremleggingsvurdering for den delen av undersøkelsen som blir omtalt i denne rapporten. REK Vest ved leder har vurdert fremleggingsspørsmålet og konkludert at prosjektet ikke er fremleggingspliktig for REK (Ref # 2013/2217 «Befolkningens holdninger til prioritering i helsevesenet»).

I tillegg til de pilot-tester som gjøres i forkant av hver NMP undersøkelse, gjennomførte Berit Rokne en tilleggspilot-test av Helseprioriteringsdelen av undersøkelsen blant en gruppe respondenter tilknyttet Haukeland Universitetssykehus.

Ideas 2 Evidence (I2E) står for den tekniske delen av NMP undersøkelsene. Firmaet er databehandler og gjennomfører rekruttering, webkoding og dokumentasjon av data. Rekruttering og representativitet i undersøkelsen er nøye dokumentert i rapporter som utgis i forbindelse med hver undersøkelse. De to første rapportene som er relevante for denne studien er lagt ved og finnes også fritt tilgjengelig på NMPs nettsider www.medborger.uib.no.

Undersøkelsen om medborgernes holdninger til prioritering i helsesektoren fant sted i runde 2 av NMP. Deltakerne svarte på undersøkelsen i perioden 10. – 31. Mars 2014. Den vedlagte dokumentasjonsrapporten for runde 2 viser at NMP, i likhet med andre webundersøkelser har noe færre deltakere med lavere utdanning enn med høyere utdanning. Det er også noe lavere deltakelse blant unge menn og eldre kvinner. Til tross for dette vurderer vi representativiteten i utvalget som god, dvs. like god som andre kvalitetsundersøkelser gjennomført på nett eller telefon.

For å gi så godt innblikk i datagrunnlaget som mulig, vil vi i alle deskriptive tabeller som følger oppgi både vektete og uvektede prosentandeler. Vekten som er brukt korrigerer for den nevnte underrepresentasjonen og er beskrevet i detalj i den vedlagte dokumentasjonsrapporten utarbeidet av I2E. Dersom en ønsker å bruke enkeltsifre fra disse tabellene, anbefaler vi den vektete prosentandelen. Det er imidlertid verdt å merke seg at ingen av konklusjonene vi løfter frem i denne rapporten avhenger av å bruke vektete prosentandeler.

Seksjon 1: Selvrapportert helsetilstand, kontakt med helsevesenet og erfaring med ressursknapphet

Selvrapportert helsetilstand

Respondentene ble bedt om å oppgi hvordan de vurderer sin egen helsetilstand. Svarkategoriene var «Utmerket», «Meget god», «God», «Nokså god» og «Dårlig». Resultatene i form av (vektede og uvektede) prosentandeler og frekvenser gjengis i Tabell 1. Tabell 1 viser at over 80 prosent av respondentene vurderer egen helsetilstand som «God» eller bedre. Kun 4 % vurderer egen helsetilstand som «dårlig».

Tabell 1: Selvrapportert helsetilstand

	Uvektet %	Antall (N)	Vektet %
Utmerket	14	471	13
Meget god	40	1,315	37
God	33	1,084	35
Nokså god	10	337	12
Dårlig	3	94	4
Total	100	3,301	100

Kilde: Norsk medborgerpanel (runde 2) 2014. Spørsmål w02_hp1.

Kontakt med helsevesenet

Det ble også innhentet informasjon om hvor ofte respondentene hadde vært undersøkt eller behandlet i helsetjenesten de siste 12 månedene. Svarkategoriene var «Ingen ganger», «En gang», «2 til 5 ganger» og «Mer enn 5 ganger». Tabell 2 viser at 80 prosent av respondentene har blitt undersøkt eller behandlet de siste tolv måneder. Over halvparten er blitt undersøkt eller behandlet to eller flere ganger. Dette betyr at mange av respondentene har ferske egne erfaringer med helsetjenesten. I seksjon 4 vil vise hvordan egne erfaringer bidrar til å forme respondentenes holdninger til prioritering i helsesektoren.

Fra Tabell 1 og 2 er det tydelig at mange som har vært til undersøkelse eller behandling i løpet av de siste tolv månedene likevel vurderer sin helsetilstand som god.

Tabell 2: Undersøkt eller behandlet siste 12 måneder

	Uvektet %	Antall (N)	Vektet %
Ingen ganger	20	331	19
En gang	29	482	28
2 til 5 ganger	38	616	40
Mer enn 5 ganger	13	207	13
Total	100	1,636	100

Kilde: Norsk medborgerpanel (runde 2) 2014. Spørsmål w02_hp2.

Erfaring med ressursknapphet

Vi kartla også respondentenes egne opplevelser av begrensede ressurser i helsetjenesten. I seksjon 4 vil vi vise at disse erfaringene påvirker respondentenes holdninger til prioritering i helsesektoren. For å sammenlikne andelen som har opplevd at begrensede ressurser i helsetjenesten har ført til at undersøkelse eller behandling ikke har blitt tilbudt med andelen som har opplevd utsatt behandling pga. begrensede ressurser, ble respondentene tilfeldig fordelt i to grupper. Første gruppe ble spurt: «Har du opplevd å ikke få den undersøkelse eller behandling som ville vært best for deg på grunn av begrensede ressurser i helsetjenesten?» Prosentandeler og frekvenser gjengis i Tabell 3. Ved utelatelse av respondentene som oppgir «Vet ikke» kan det med 95 prosent sikkerhet sies at 11-16 prosent av respondentene har opplevd at ressursbegrensninger i helsetjenesten har hindret undersøkelse eller behandling.

Tabell 3: Ikke fått undersøkelse eller behandling

	Uvektet %	Antall (N)	Vektet %
Ja	12	97	14
Nei	79	625	76
Vet ikke	9	73	10
Total	100	795	100

Kilde: Norsk medborgerpanel (runde 2) 2014. Spørsmål w02_hp3a.

Tabell 4: Senere undersøkelse eller behandling

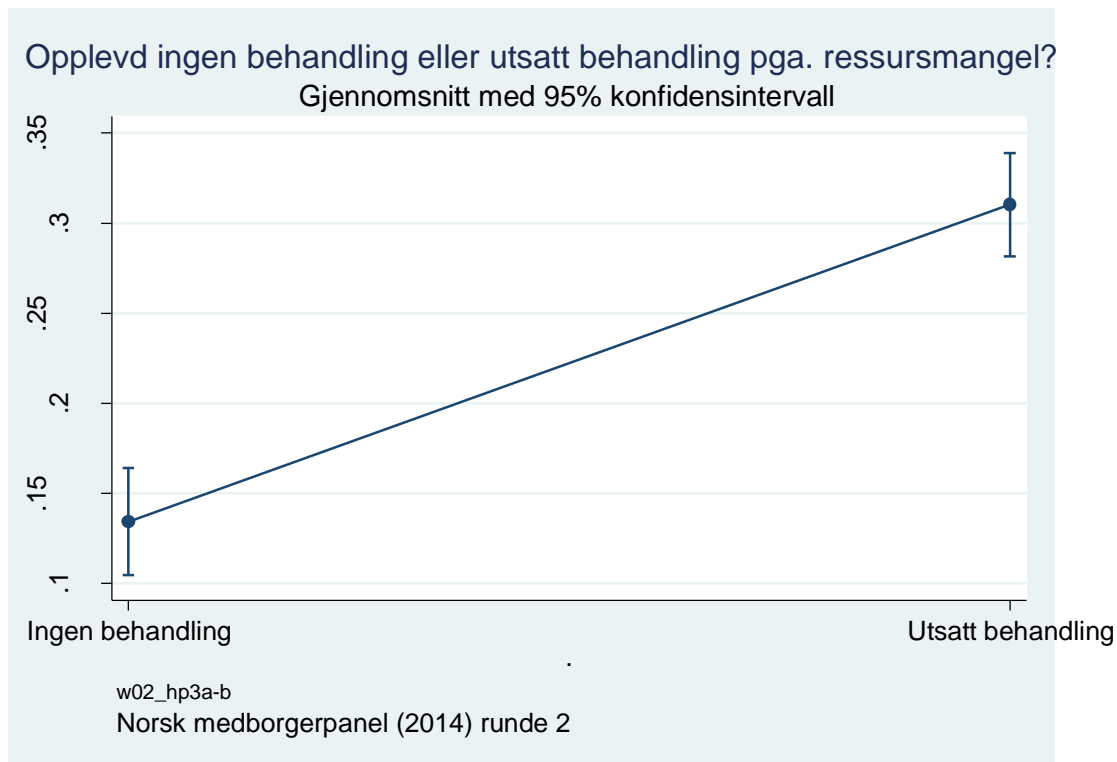
	Uvektet %	Antall (N)	Vektet %
Ja	29	242	29
Nei	64	538	62
Vet ikke	7	56	9
Total	100	836	100

Kilde: Norsk medborgerpanel (runde 2) 2014. Spørsmål w02_hp3b.

Den andre gruppen av respondenter ble spurt: «Har du opplevd å få undersøkelse eller behandling senere enn det som ville vært best for deg på grunn av begrensede ressurser i helsetjenesten?» Tabell 4 viser at det er en betydelig andel (28-34 prosent) som har opplevd å måtte vente på behandling på grunn av begrensede ressurser i helsetjenesten.

Figur 1 viser forholdet mellom svarene på de to variantene av spørsmålet grafisk. På y-kasen vises andelen av respondentene (mellom 0 og 1, der 0,5 er halvparten) som har opplevd ingen eller utsatt behandling. Det kommer tydelig frem av grafen at forskjellen mellom svarene på de to spørsmålene er statistisk signifikant på 95 prosentnivå.

Figur 1: Ingen behandling og utsatt behandling



Seksjon 2: Holdninger til prioritering av helsesektoren generelt og prioritering innen helsesektoren spesielt

Prioritering av helsesektoren

Det ble stilt to generelle holdningsspørsmål til prioritering av helsesektoren. Det første av disse kartlegger oppfatning av ressursrammene for helsesektoren. Respondentene ble spurt

hvor enig eller uenig de var i påstanden: «De ressursene vi bruker på helse i Norge i dag er tilstrekkelig til å sikre full beredskap og til å foreta alle nyttige undersøkelser, behandlinger og forebyggende tiltak». Svarkategoriene var en syvpunktsskala fra «Svært enig» til «Svært uenig». Tabell 5 viser resultatene etter at svarene er omkodet i tre kategorier, mens figur 2 gjengir svarfordelingen over all syv kategorier. Tabellen viser at noen flere er uenige enn enige i påstanden (47 prosent mot 42 prosent). Figur 2 viser at mange av respondentene sa seg «noe» enig eller uenig i påstanden, mens få sier seg «svært» enig eller uenig.

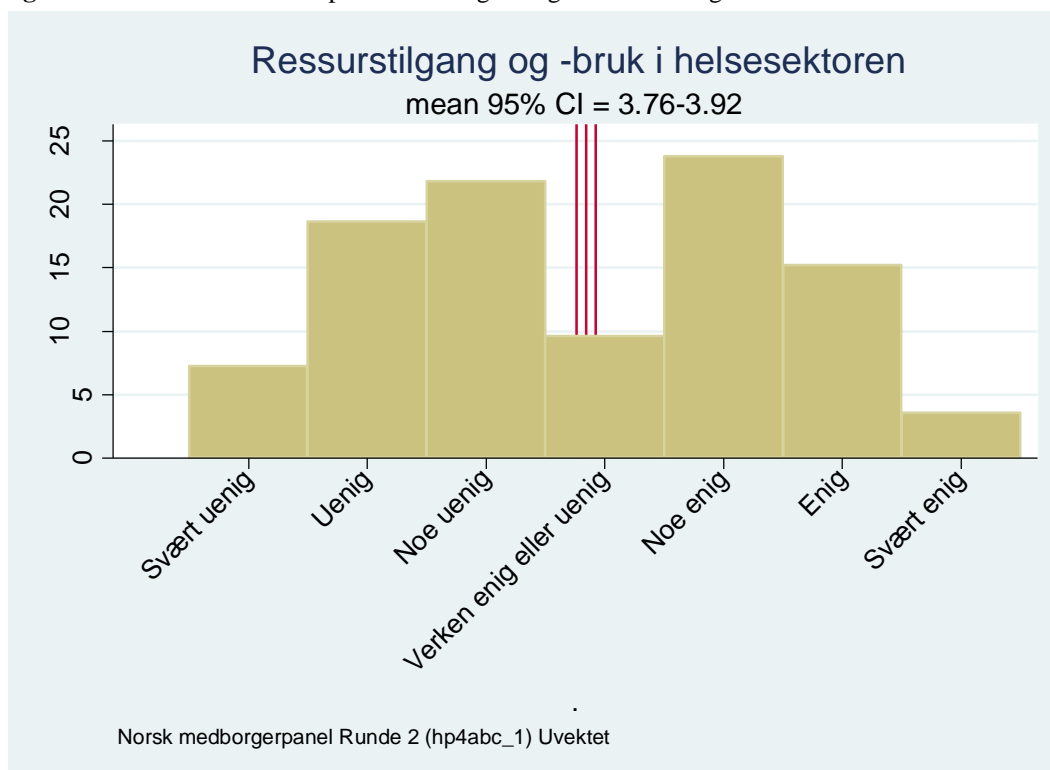
Det er en generell tendens for spørreundersøkelser at mange respondenter plasserer seg mot midten av en skala. Det er likevel få (11 prosent) som sier seg «verken enig eller uenig» i påstanden. At så få angir det nøytrale alternativet indikerer at mange er opptatt av ressurstilgangen i helsesektoren. Hovedfunnet på dette spørsmålet er at oppfatningene av ressursituasjonen i helsesektoren er delte., men flesteparten mener at ressursene vi bruker på helse i dag *ikke* er tilstrekkelig til å sikre full beredskap og alle nyttige tiltak. Spørsmålet gir ikke svar på hvorvidt respondentene *ønsker* at det skal brukes tilstrekkelig, eller mer, ressurser.

Tabell 5: Ressursene vi bruker på helse i Norge i dag er tilstrekkelige

	Uvektet %	Antall (N)	Vektet %
Uenig	48	778	47
Verken enig eller uenig	10	157	11
Enig	43	694	42
Total	100	1,629	100

Kilde: Norsk medborgerpanel (runde 2) 2014. Spørsmål w02_hp4abc_1.

Figur 2: Ressursene vi bruker på helse i Norge i dag er tilstrekkelige



Det andre generelle holdningsspørsmålet kartla hvorvidt respondentene mener det er et motsetningsforhold mellom en helsetjeneste som tilbyr alle nyttige tiltak og andre viktige samfunnsoppgaver. Respondentene ble spurt hvor enig eller uenig de er i påstanden: «Dersom

helsetjenesten skal tilby alle helsetiltak som er nyttige, vil det gå for mye utover andre viktige samfunnsoppgaver, som for eksempel, utdanning, politi og samferdsel». Samme svarskala som i forrige spørsmål ble brukt.

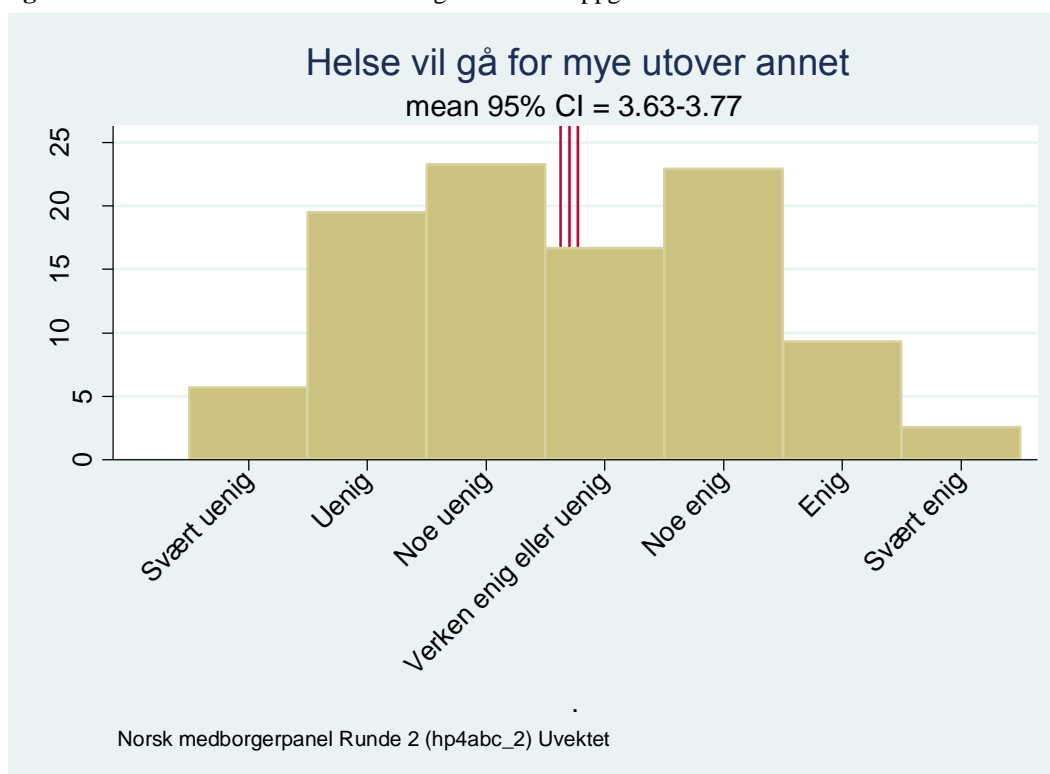
Tabell 6 viser at det er flere som er uenige enn enige i denne påstanden (50 prosent mot 32 prosent). Omtrent halvparten av respondentene mener altså at Norge kan ta seg råd til en helsetjeneste som tilbyr alle nyttige helsetiltak uten at dette trenger å gå på bekostning av andre viktige samfunnsoppgaver. Figur 3 viser fordelingen av respondentene på de ulike svarkategoriene Tendensen til at respondentene ikke velger den nøytrale kategorien midt på skalaen er svakere enn for påstanden om ressurstilgang i helsesektoren.

Tabell 6: Helsetiltak vis-a-vis andre viktige samfunnsoppgaver

	Uvektet %	Antall (N)	Vektet %
Uenig	48	785	50
Verken enig eller uenig	17	270	18
Enig	35	565	32
Total	100	1,620	100

Kilde: Norsk medborgerpanel (runde 2) 2014. Spørsmål w02_hp4abc_2.

Figur 3: Helsetiltak vis-a-vis andre viktige samfunnsoppgaver



Prioritering innen helsesektoren

Det siste holdningsspørsmålet i denne seksjonen kartla respondentenes holdning til at det tas kostnadshensyn ved valg av behandling i helsesektoren. Respondentene ble spurt hvor enig eller uenig de var i påstanden: «Det er fornuftig at helsetjenesten tar hensyn til kostnader i valg av behandlinger, dersom dette frigjør ressurser til pasienter som ellers ikke ville fått behandling». Svarene ble gitt på samme syvpunktsskala fra «Svært enig» til «Svært uenig».

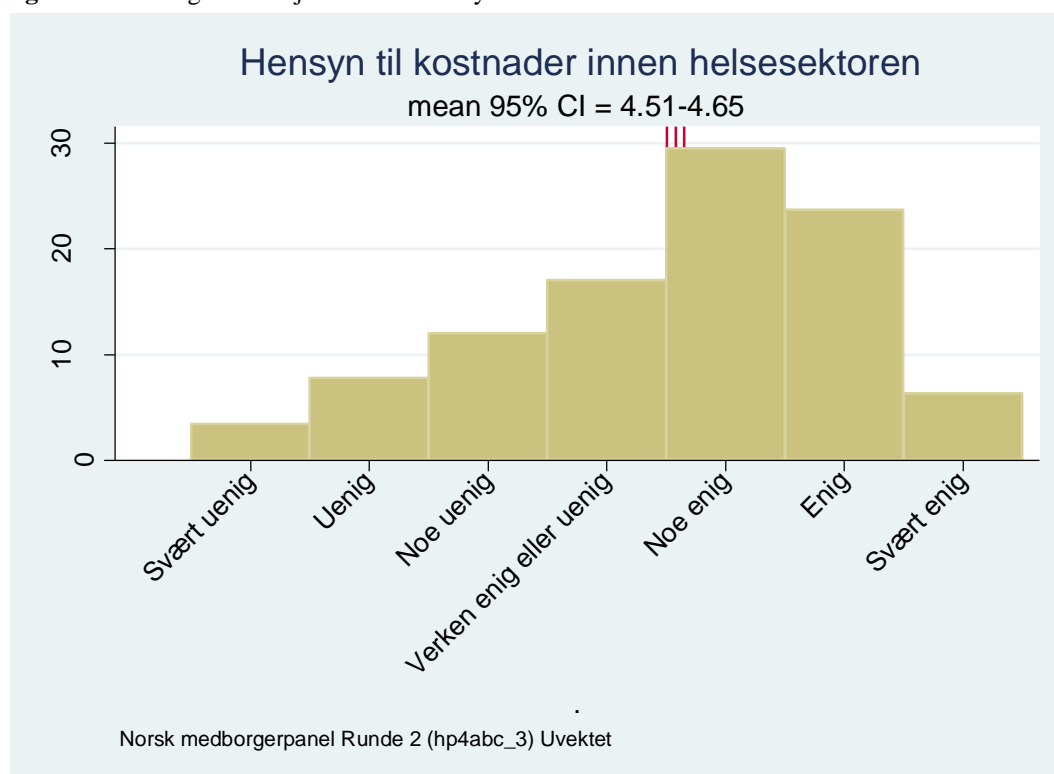
Tabell 7 viser at et klart flertall av respondentene mener at det er fornuftig å ta hensyn til kostnader ved valg av behandling innen helsevesenet hvis ressursene kommer andre pasienter til gode.. Fordelingen på svarskalaen er vist i Figur 4.

Tabell 7: Fornuftig at helsetjenesten tar hensyn til kostnader

	Uvektet %	Antall (N)	Vektet %
Uenig	23	378	25
Verken enig eller uenig	17	277	20
Enig	60	967	55
Total	100	1,622	100

Kilde: Norsk medborgerpanel (runde 2) 2014. Spørsmål w02_hp4abc_3.

Figur 4: Fornuftig at helsetjenesten tar hensyn til kostnader



Seksjon 3: Betydningen av ulike kriterier for medborgernes oppslutning om prioritering innen helsesektoren

I denne seksjonen baserer tallmaterialet seg i stor grad på spørreundersøkelses-eksperimenter. Slike metoder har ikke så langt vi kjenner til vært brukt i studier av den norske befolkningens holdninger til prioritering i helsesektoren tidligere. De ulike eksperimentene er designet for å teste hypoteser om hvorvidt og hvordan ulik vektlegging av kriterier o.l. i spørsmålsordlyden påvirker svaret. For hvert eksperiment, presenterer vi først det eksperimentelle-designet—dvs. tankegangen bak eksperimentet—og siden resultatene.

Forebygging

I det første spørreundersøkelseseksperimentet undersøkte vi forutsetninger for prioritering av forebyggende tiltak. Vi ønsket å se på om det utgjør en forskjell for oppslutningen om

forebyggende tiltak om det eksplisitt presiseres at flere liv kan reddes ved å prioritere forebyggende tiltak. I eksperimentet ble respondentene tilfeldig delt inn i to grupper. I kontrollgruppen er det ikke nevnt i spørsmålsformuleringen at flere liv kan reddes, mens i eksperimentgruppen nevnes det eksplisitt. Fullstendig ordlyd for spørsmålene og svaralternativer finnes i Appendiks A (s. 23). Tabell 8 viser designet for forebyggingseksperimentet.

Tabell 8: Eksperimentdesign: Forebygging (1x3)

Kontrollgruppe	Eksperimentgruppe
Implisitt: Redde flere liv er ikke nevnt	Eksplisitt: Redde flere liv er nevnt

Spørsmål w02_hp8a-b

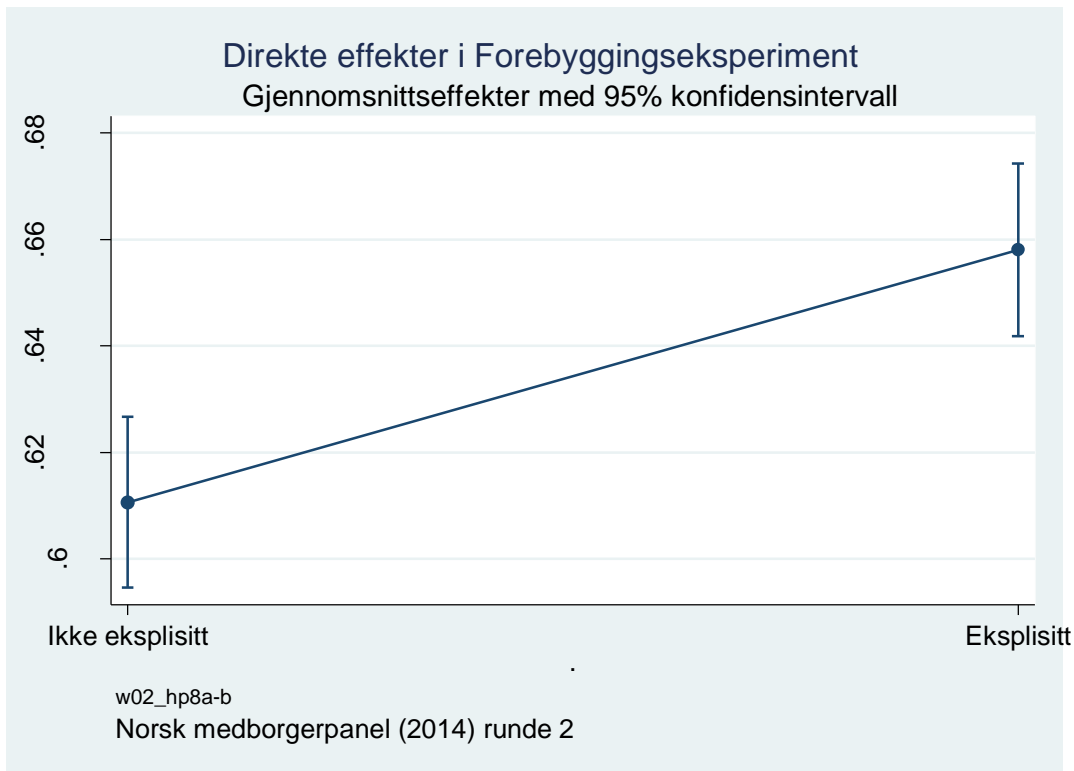
Botten og Aasland (2000) fant begrenset støtte til prioritering av forebyggende tiltak på bekostning av ressurser til sykehus. Over halvparten av respondentene i deres undersøkelse er uenig i at offentlige ressurser skal overføres fra sykehusene til forebyggende tiltak. For respondentene i Botten og Aaslands studie nevnes det, som for kontrollgruppen i eksperimentet, ikke at forebyggende tiltak kan føre til at flere liv reddes. I en amerikansk studie finner Ubel m. fl. (1998) i motsetning til Botten og Aasland at det er en viss overvekt av respondenter som ønsker høyere prioritering av forebyggende tiltak.

Resultatene i vår undersøkelse viser overvekt av støtte til økt prioritering av forebyggende tiltak, selv om det medfører mindre ressurser til behandling av sykdom. Svarfordeling for påstandene er gjengitt i Tabell B-1 i Appendiks B (s. 27). 60 prosent av respondentene sier seg enig i påstanden om at myndighetene bør bruke mer ressurser enn i dag på forebygging, uten at det eksplisitt nevnes at flere liv kan reddes. For påstanden hvor det nevnes eksplisitt at flere liv kan reddes øker prosentandelen respondenter som sier seg enig til 69 prosent.

Det er altså av betydning for støtten til forebyggende tiltak hvorvidt det gjøres eksplisitt at flere liv kan reddes. I Tabell B-2 i Appendiks B (s. 28) vises gjennomsnitt og 95 prosent konfidensintervall for gruppene. Gjennomsnittsverdiene og konfidensintervallene til gruppene vises i Figur 5. Økningen i støtte til forebyggende tiltak i eksperimentgruppen, hvor det eksplisitt gjøres klart at flere liv kan reddes, er statistisk signifikant.

En grunn til at den tidligere studien fant noe lavere oppslutning om forebygging er antakelig at det ble benyttet ikke-eksplisitte formuleringer i disse (Botten og Aasland (2000); Ubel m. fl. (1998)).

Figur 5: Spørreundersøkelseseksperiment: Forebygging



Egenbetaling

I det neste spørreundersøkelseseksperimentet ble oppslutning omkring egenbetaling kartlagt i tilfeller hvor pasientene ville få liten helseforbedring av behandling. Av spesiell interesse var spørsmålet om hvorvidt sykdommens alvorlighetsgrad påvirker oppslutningen om egenbetaling. Respondentene ble tilfeldig fordelt i tre grupper, og spurt hvor enig eller uenig de var i tre ulike påstander om egenbetaling. For kontrollgruppen ble ikke sykdommens alvorlighetsgrad spesifisert, mens i eksperimentgruppene ble det presisert enten at sykdommen var alvorlig eller at den ikke var alvorlig. I alle spørsmålene ble det forutsatt at ressurser frigjort av egenbetaling skal brukes på andre pasienter. Ordlyden for påstander og svaralternativer er gjengitt i Appendiks A (s. 24). Design for egenbetalingseksperimentet vises i Tabell 9.

Tabell 9: Eksperimentdesign: Egenbetaling (1x3)

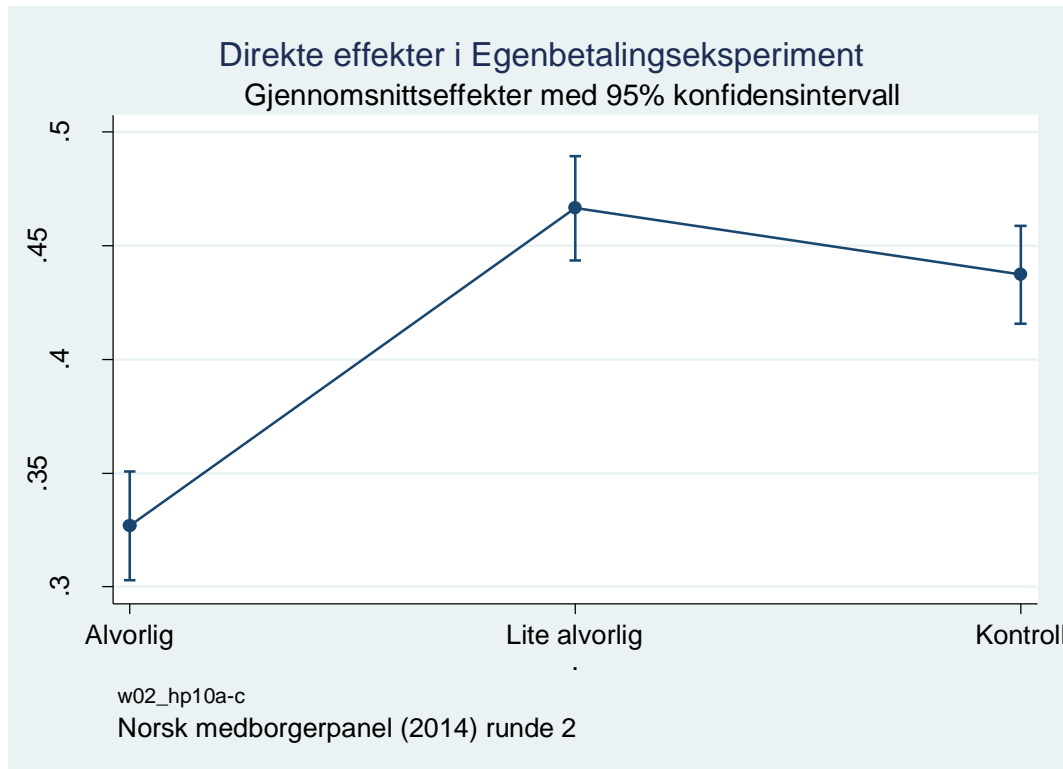
Kontrollgruppe	Eksperimentgruppe 1	Eksperimentgruppe 2
Ukjent sykdom	Alvorlig sykdom	Lite alvorlig sykdom

Spørsmål w02_hp10a-c

Resultatene fra denne undersøkelsen viser at det ikke er et flertall som er enig i påstandene om at pasienter som vil oppleve liten helseforbedring selv bør betale for behandling. Svarfordelingen gjengis i Tabell B-1 i Appendiks B (s. 27). For kontrollgruppen hvor sykdommens alvorlighetsgrad ikke er spesifisert er 37 prosent enig i påstanden om egenbetaling. Denne andelen øker til 41 prosent for eksperimentgruppen hvor sykdommen er presisert som lite alvorlig i påstanden. Det er i denne gruppen fortsatt flere som er uenig i

påstanden (46 prosent) enn enig. For eksperimentgruppen hvor sykdommen er presisert som alvorlig er kun 20 prosent av respondentene enig i påstanden om egenbetaling. For alle gruppene i eksperimentet er gjennomsnittet av respondentenes svar i retning av å være uenig med påstanden om egenbetaling. Gjennomsnitt og 95 prosenters konfidensintervall for gruppene gjengis i Tabell B-2 i Appendiks B (s. 28).

Figur 6: Spørreundersøkelseseksperiment: Egenbetaling



Figur 6 viser at støtten til egenbetaling i tilfeller der behandling vil gi liten helseforbedring er signifikant og substansielt langt lavere ved alvorlig sykdom.

Resultatene fra Norsk medborgerpanel om støtte til egenbetaling stemmer godt overens med tidligere funn. For sykdommer som er uspesifiserte, eller lite alvorlige, og helseforbedring ved behandling vil være liten, er støtten til egenbetaling ganske lik den Botten og Aasland (2000) finner til høyere egenandeler for pasienter med bagatellmessige planer. At støtten til egenbetaling er betraktelig lavere hvor sykdommen blir presisert som alvorlig stemmer overens med tidligere funn om at alvorlig syke ønskes prioritert selv om utsiktene til helseforbedring er dårlige (Ubel og Loewenstein, 1996; Botten og Aasland, 2000).

Økonomisk/faglig begrunnelse

Gjennom det neste eksperimentet ble det å undersøkt om aksepten for at pasienter ikke blir tilbudt den behandlingen de ønsker avhenger av begrunnelsen som gis for avslaget. Respondentene ble tilfeldig fordelt i to grupper, hvor de i kontrollgruppen ble spurt hvor akseptabelt de finner det at pasienter får en annen behandling som vitenskapelige studier har vurdert som «bedre» for pasientene. I eksperimentgruppen er begrunnelsen for avslag på fortrukket behandling begrunnet med ressursfordeling. Pasientene blir i stedet tilbudt en behandling som er «nesten like god», og som frigjør ressurser til andre pasienter. Spørsmålsordlyd og svaralternativer gjengis i Appendiks A (s. 25). Tabell 10 viser designet for begrunnelseseksperimentet.

Tabell 10: Eksperimentdesign: Begrunnelse for avslag (1x2)

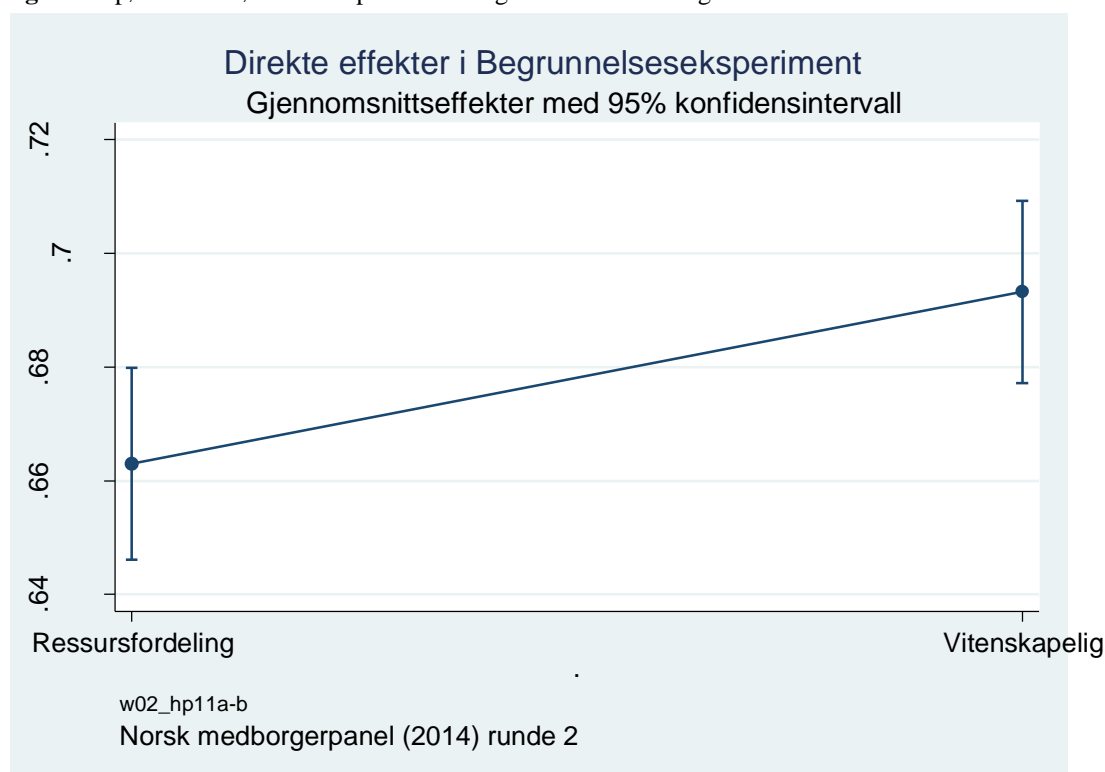
Kontrollgruppe	Eksperimentgruppe
Vitenskapelig begrunnelse «Bedre»	Ressursfordelingsbegrunnelse «Nesten like god + frigjør ressurser»

Spørsmål w02_hp11a-b

Tidligere studier har funnet et ønske om å prioritere behandling til mange heller enn til få (Dolan m. flere, 2005). Ettersom det presiseres i spørsmålet at ressurser frigjort ved å tilby en nesten like god behandling skal komme andre pasienter til gode, forventes det aksept blant respondentene for hensyn til ressursfordeling i valg av behandling. Om aksepten for avslag av pasientenes fortrukne behandling begrunnet med ressursfordeling er like bred som for vitenskapelig begrunnede avslag vil komme frem ved sammenligning av resultatene fra eksperimentgruppen og kontrollgruppen.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser stor grad av aksept blant respondentene for både vitenskapelige og ressursfordelingsbaserte avslag av pasienters foretrukne behandling. Tabell B-1 i Appendiks B (s. 27) gjengir at i begge gruppene oppgir 73 prosent av respondentene at de anser avslaget som akseptabelt. Tabell B-2 og Figur 7 viser at forskjellen ikke er statistisk signifikant på 5 prosentnivå.

Figur 7: Spørreundersøkelseseksperiment: Begrunnelse for avslag



Resultatene fra begrunnelseseksperimentet stemmer godt overens med funnene til Dolan m. flere (2005) om at behandling av mange ønskes prioritert over behandling av få. Så lenge pasientene blir tilbudt en «nesten like god» behandling og frigjorte ressurser kommer andre pasienter til gode er det et klart flertall av respondentene som aksepterer avslag av foretrukket behandling.

Kjernekrterier

Alvorlighet og nytte er etablert som kjernekrterier for prioriteringer i helsetjenesten av Lønning-utvalgene. Gjennom spørreundersøkelseseksperiment har vi undersøkt om disse kjernekrteriene for prioritering er like sterkt forankret blant respondentene. Respondentene ble bedt om å si seg enig eller i uenig i påstander om at pasienter, basert på alvorlighet eller nytte, bør flyttes frem i kø for kneoperasjon. I påstandene om at pasienter bør flyttes frem i køen basert på alvorlighet holdes nytte konstant, og vice-versa.

Det ble også undersøkt om støtten til prioritering i køen avhenger av om respondentene bes tenke generelt eller mer spesifikt på seg selv eller et familiemedlem. Respondentene ble fordelt tilfeldig i seks eksperimentgrupper med to ulike kriterier og tre ulike grader av nærhet til vurderingen. For to av eksperimentgruppene (en for alvorlighet, en for nytte) bes respondentene se for seg at de selv står i kø for kneoperasjon. De blir spurt i hvilken grad de er enig eller uenig i prioritering basert på kjernekrteriene, selv om de selv da må vente lengre. Tilsvarende blir to eksperimentgrupper bedt om å se for seg at det er en av deres nærmeste som står i kø, og må vente lengre på grunn av prioritering etter kjernekrteriene. I de siste to eksperimentene blir det ikke spesifisert hvem som står i køen for kneoperasjon, og må vente lengre ved prioritering. Ordlyd for påstandene og svaralternativer gjengis i Appendiks A (s. 23). I Tabell 11 vises designet for spørreundersøkelseseksperimentet.

Tabell 11: Eksperimentdesign: Kjernekrterier (2x3)

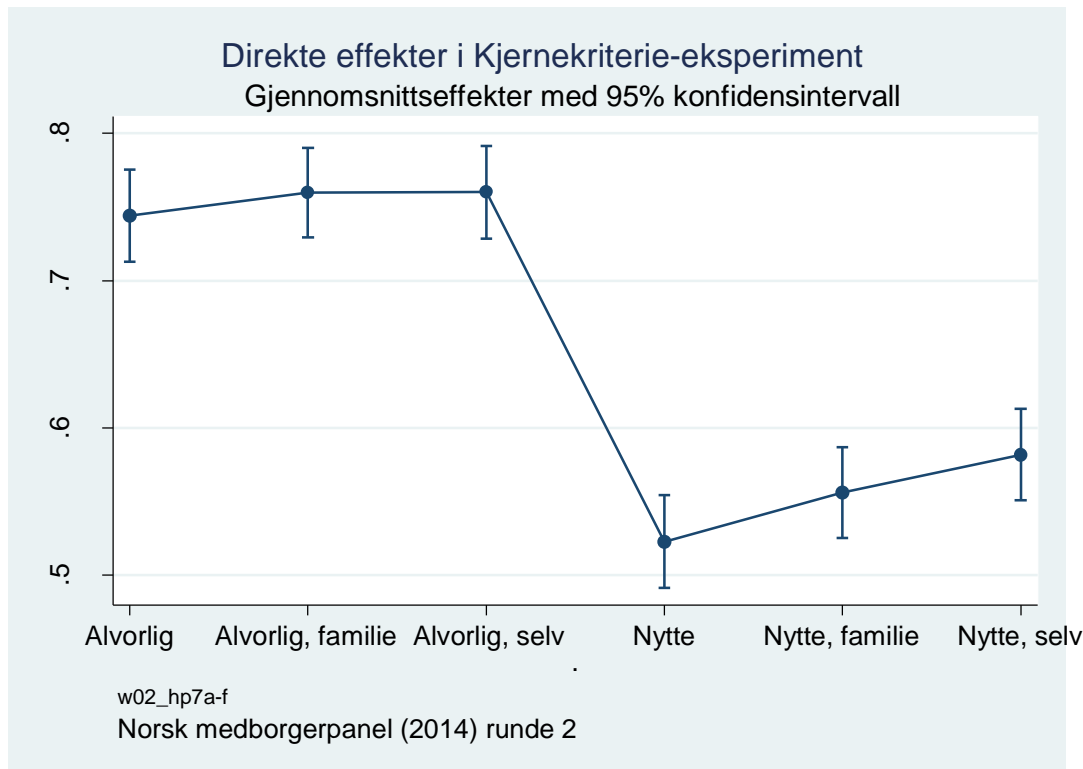
Kriterium/ Nærhet	Selv	Et familiemedlem	Uspesifisert
Alvor	Eksperimentgruppe 3	Eksperimentgruppe 2	Eksperimentgruppe 1
Nytte	Eksperimentgruppe 6	Eksperimentgruppe 5	Eksperimentgruppe 4

Spørsmål w02_hp7a-f

I sin gjennomgang av tidligere forskning finner Dolan m. flere (2005) at alvorlighet og nytte kriteriene jevnt over har stor støtte. Park m. flere (1998) finner likevel mindre støtte for konkrete kriterier for prioritering enn for behovet for prioritering i helsetjenesten i seg selv. Hva angår forholdet mellom alvorlighet og nytte er tidligere funn noe blandet. Green og Gerard (2009) finner sterkere støtte til prioritering etter nyttekriteriet enn for alvorlighet. I motsetning til dette finner Nord (1993); Ubel m. flere (1998); Cookson og Dolan (1999) sterkere støtte til alvorlighetskriteriet.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at et flertall av respondentene sier seg enig i at det bør prioriteres etter kjernekrteriene alvorlighet og nytte. For alvorlighetskriteriet varierer andelen av respondentene som sier seg enig i prioritering fra 82 prosent til 84 prosent avhengig av hvem som står i kø for kneoperasjon. Støtten til nyttekriteriet er lavere, hvor 52 prosent til 62 prosent av respondentene sier seg enig i prioritering. Svarfordeling for alle eksperimentgruppene gjengis i Tabell B-1 i Appendiks B (s. 27). Variasjonen i respondentenes svar etter nærhet er større for det svakere forankrede nyttekriteriet, men ikke i forventet retning. Respondentene som bes ser for seg at de selv står i kø for kneoperasjon, og

Figur 8: Spørreundersøkelseseksperiment: Kjernekriterier



risikerer å selv måtte vente lengre ved prioritering av pasienter som har større nytte av behandling, viser større støtte til prioritering enn respondentene i de andre eksperimentgruppene.

Gjennomsnittsverdiene for eksperimentgruppene viser betraktelig sterkere støtte til prioritering etter alvorlighetskriteriet enn til nyttekriteriet. Gjennomsnittsverdier og 95 prosenters konfidensintervall for eksperimentgruppene gjengis i Tabell B-2 i Appendiks B (s. 28). Illustrasjonen av forholdet mellom svarverdiene til de ulike eksperimentgruppene i Figur 8 viser at forskjellen mellom støtten til alvorlighetskriteriet og nyttekriteriet er statistisk signifikant. Videre avhenger støtten til prioritering ikke av respondentenes nærhet til prioriteringsvurderingen.

Funnene fra spørreundersøkelseseksperimentet om kjernekriterier om sterkere støtte til alvorlighetskriteriet enn nyttekriteriet samsvarer med funnene til Nord (1993); Ubel m. flere (1998); Cookson og Dolan (1999). Resultatene viser at alvorlighet som et kriterium for prioritering i helsetjenesten er sterkt forankret blant respondentene. Selv om over halvparten av respondentene sier seg enig i prioritering etter nyttekriteriet er støtten til nyttekriteriet betraktelig lavere enn alvorlighetskriteriet.

Nye kriterier

I spørreundersøkelseseksperimentet om mulige nye kriterier ble støtten til kriterier som ikke går direkte på pasienters helse undersøkt. Flere av disse kriteriene har ikke blitt studert i stor grad tidligere. Kriteriene som ble undersøkt er; fare for at pasienter faller ut av arbeidslivet på grunn av sykdom; belastning for pårørende; og ansvar for små barn. Respondentene ble fordelt tilfeldig i tre eksperimentgrupper hvor de blir spurt i hvor stor grad de er enig i at pasienter etter de aktuelle kriteriene bør prioriteres ved raskere utredning og behandling.

Ordlyden for påstandene og svaralternativer gjengis i Appendiks A (s. 24). Eksperimentdesignet vises i Tabell 12.

Tabell 12: Eksperimentdesign: Nye kriterier (1x3)

Eksperimentgruppe 1	Eksperimentgruppe 2	Eksperimentgruppe 3
Falle ut av arbeidslivet	Belastning for pårørende	Små barn

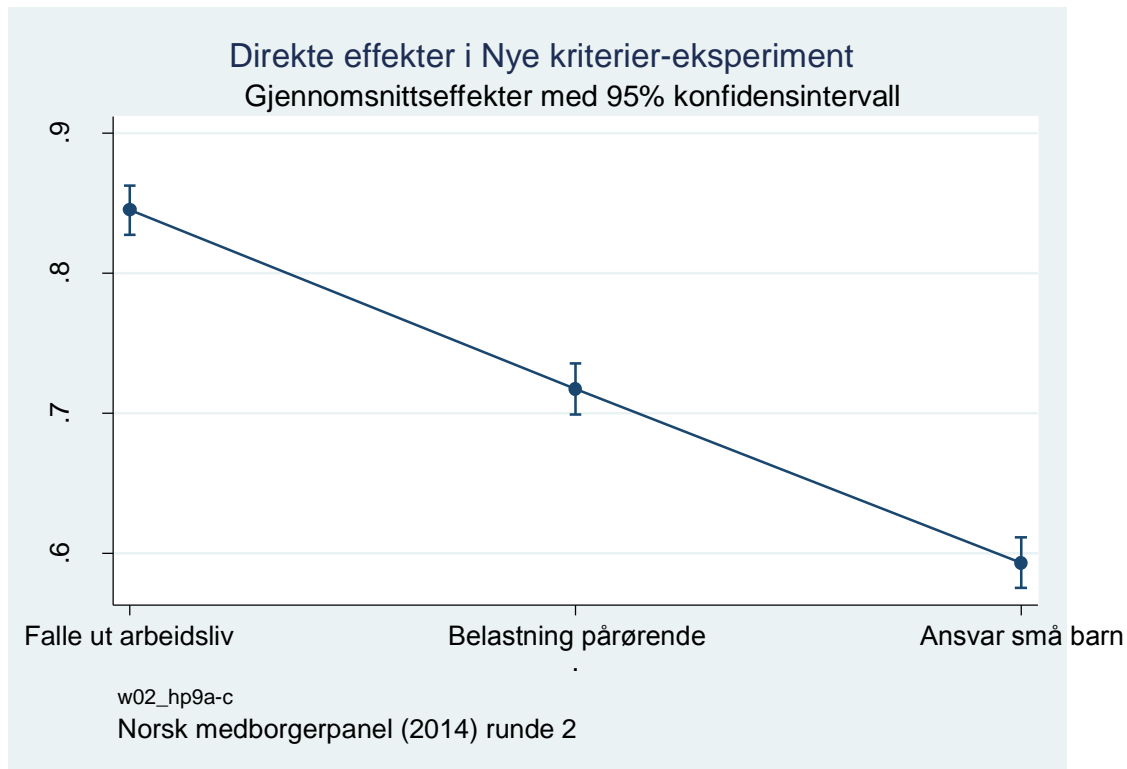
Spørsmål w02_hp9a-c

I tidligere studier har det blitt konkludert med faglige vurderinger av klinisk behov eller kostnadshensyn ikke er eneste kriterium for prioritering (Cookson og Dolan, 1999). Ettersom slike kriterier ikke har blitt ansett som like sentrale som kjernekrteriene alvorlighet og nytte har støtten deres i mindre grad blitt undersøkt. Hva angår arbeidsliv finner Botten og Aasland (2000) at det ikke er støtte for å prioritere sykemeldte over arbeidsledige. Dolan m. flere (2005) finner at det er støtte for å ta hensyn til familie eller pårørende rundt pasienter i prioriteringsspørsmål. Tidligere studier har også vist at det er støtte for å ta hensyn til om pasienter har ansvar for barn i spørsmål om prioritering i helsesektoren (Dolan m. flere, 2005). Browning og Thomas (2001) finner støtte til å ta hensyn til om pasienter har ansvar for barn i prioriteringsspørsmål, men dette ansvar for barn veier lettest av kriteriene som undersøkes.

Resultatene fra spørreundersøkelsen viser at det er støtte til de undersøkte nye kriteriene for prioritering. Over 90 prosent av respondentene i Eksperimentgruppe 1 er enig i at de som er i fare for å falle ut av arbeidslivet bør få raskere utredning og behandling. For kriteriet om at pasienter er en belastning for pårørende sier over tre fjerdedeler av respondentene i eksperimentgruppen seg enig i prioritering. Den laveste støtte har kriteriet om ansvar for barn, der litt over halvparten av respondentene i eksperimentgruppen sier enig i at de bør prioriteres. Svarfordeling for påstandene gjengis i Tabell B-1 i Appendiks B (s. 27). Forskjellen i støtte mellom de tre kriteriene blant respondentene er også tydelig i Tabell B-2 (Appendiks B s. 28), der gjennomsnittsverdier med 95 prosents konfidensintervall gjengis for respondentenes svar på påstandene. Forholdet mellom gjennomsnittlige svarverdier for eksperimentgruppene illustreres i Figur 9.

Funnene stemmer overens med tidligere funn for de nye prioriteringskriteriene (Browning og Thomas, 2001; Dolan m. flere, 2005). Resultatene tyder også på at det er store og signifikante forskjeller i støtten de undersøkte kriteriene. Det er størst støtte for å prioritere de som er i fare for å falle ut av arbeidslivet, fulgt av de som er en stor belastning for pårørende, fulgt av de som har ansvar for små barn. Den store støtten til å prioritere de som er i fare for å falle ut av arbeidslivet stemmer ikke godt overens med Botten og Aaslands (2000) funn om at sykemeldte ikke ønsket prioritert over arbeidsledige.

Figur 9: Spørreundersøkelseseksperiment: Nye kriterier



Park m. flere (1998) finner en skepsis til at prioriteringskriterier i helsetjenesten fordi de kan medføre at pasienter blir delt inn i grupper som fortjener behandling og grupper som ikke fortjener behandling. Noe av den store avstanden mellom resultatene fra denne undersøkelsen og Botten og Aaslands funn kan være at i Botten og Aaslands påstand om prioritering i forhold til arbeidsliv gjøres det eksplisitt klart hvem prioriteringen av sykemeldte skal gå på bekostning av, nemlig arbeidsløse. At det gjøres klart hvem prioriteringen vil gå ut over kan gjøre respondentene mer skeptiske. Det kan også være noe i ordlyden til påstandene som implisitt indikerer noe om alvorlighetsgrad eller nytte av behandling for «fare for å falle ut av arbeidsliv» og «stor belastning for pårørende». Beskjedent kunnskapsgrunnlag, noen svakheter i design, og resultater som til dels strider mot tidligere funn gjør at vi anbefaler ytterligere studier av oppslutningen for disse kriteriene før sterke konklusjoner trekkes.

Prosess

I det siste spørreundersøkelseseksperimentet undersøkte vi hvorvidt aksept for negative avgjørelser påvirkes av prosessen som leder frem til beslutningen. Tillitvekkende prosesser kan styrke beslutningers legitimitet. Legitimitet kan være av særlig betydning for hvordan beslutninger oppfattes særlig hvis de er negative eller kontroversielle.

Respondentene ble fordelt i tre eksperimentgrupper hvor prosessen som leder frem til en negativ beslutning varierer. Den negative beslutningen er at en behandlingsform som benyttes i utlandet ikke tilbys i Norge. I kontrollgruppen er det en lege som har vurdert behandlingsformen og besluttet at den ikke skal tilbys. I eksperimentgruppe 1 har nasjonal faglig ekspertise vurdert behandlingen og blitt enig om at den ikke skal tilbys. Den mest omfattende prosessen finner sted i siste gruppe, der representanter fra pasientorganisasjoner har blitt enige med nasjonal faglig ekspertise om at behandlingen ikke skal tilbys. Respondentene blir i de ulike eksperimentgruppene spurt hvor rimelig eller urimelig de oppfatter beslutningen om at behandlingen ikke skal tilbys. Fullstendig spørsmålsordlyd og

svarkategorier er gjengitt i Appendiks A (s. 25). Designet for prosesseksperimentet gjengis i Tabell 13.

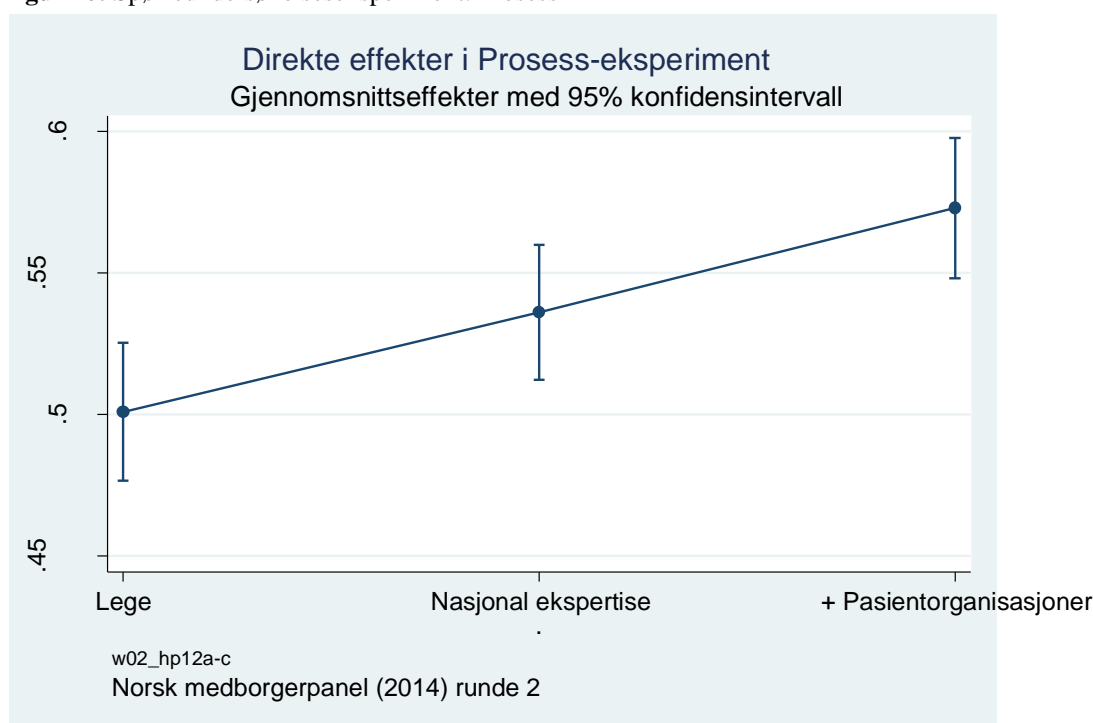
Tabell 13: Eksperimentdesign: Prosess (1x3)

Kontrollgruppe	Eksperimentgruppe 1	Eksperimentgruppe 2
Kun lege	Nasjonal ekspertise	Nasjonal ekspertise + pasientorganisasjoner

Vi er ikke kjent med tidligere generelle studier av betydningen av beslutningsprosesser i helsetjenesten. Botten og Aasland (2000) finner et generelt ønske om selvbestemmelse i sin undersøkelse. Et klart flertall av respondentene mener at pasienter bør ha innflytelse over overordnede beslutninger, som bevilgninger til helsetjenester.

Resultatene fra undersøkelseseksperimentet tyder på at prosess har betydning for hvordan negative beslutninger oppfattes. I kontrollgruppen oppgir omtrent like mange at de oppfatter legens beslutning om ikke å tilby behandlingen rimelig og urimelig, henholdsvis 45 og 44 prosent. Den negative beslutningen fattet av nasjonal ekspertise i samråd oppfattes rimelig av 50 prosent av respondentene i eksperimentgruppe 1. Oppfattelsen av den negative beslutningen som rimelig blant respondentene øker ytterligere til 58 prosent når også representanter for pasientorganisasjoner er inkludert i beslutningsprosessen. Svarfordelingene for eksperimentgruppene gjengis i Tabell B-1 i Appendiks B (s. 27). Gjennomsnittet av svarene for kontrollgruppen faller midt på skalaen fra rimelig til urimelig, og øker mot rimelig for eksperimentgruppene. Gjennomsnitt og 95 prosenters konfidensintervaller gjengis i Tabell B-2 i Appendiks B (s. 28). Figur 10 viser at det er statistisk signifikant høyere aksept for en beslutning fattet av nasjonal ekspertise og representanter fra pasientorganisasjoner i samråd enn en beslutning fattet av legen alene. Dette tyder på at tillitvekkende beslutningsprosesser kan styrke beslutningers legitimitet.

Figur 10: Spørreundersøkelseseksperiment: Prosess



Seksjon 4: Hvordan egen erfaring med ressursknapphet påvirker holdning til prioritering innen helsesektoren

Holdninger til ressursituasjon og prioriteringer i helsesektoren kan avhenge av bakenforliggende forhold. Botten og Aasland finner at respondentenes holdninger blant annet påvirkes av forhold som kjønn, alder og politisk ståsted. Det kan også antas at selvrapportert helsetilstand og egne opplevelser av ressursknapphet i helsetjenesten påvirker hvordan respondentene vurderer ressursituasjonen i helsetjenesten og konkrete prioriteringer. For å undersøke hvorvidt respondentenes svar påvirkes av slike bakenforliggende forhold er det gjort regresjonsanalyser (OLS) av alle holdningsspørsmål og spørreundersøkelseseksperimenter.

Som avhengige variabler ble omkodete svarskalaer som går fra 0 til 1 benyttet. For å få flest mulig observasjoner i analysen av betydningen av opplevelser av ressursknapphet i helsetjenesten ble de to spørsmålsvariantene (ikke fått/utsatt behandling) slått sammen. Respondentene som har besvart spørsmålet om opplevelse av ressursknapphet med «vet ikke» ble utelatt fra analysen. Resultatene ved sammenslåing er som hovedregel like resultatene for spørsmålene hver for seg.

Resultatene viser at opplevelsen av ikke å ha fått eller utsatt behandling på grunn av ressursknapphet i helsetjenesten påvirker respondentenes svar på spørreundersøkelsens holdningsspørsmål. Effektene av egne opplevelser av ressursknapphet gjengis i Tabell 14. Respondentene som selv har opplevd ressursknapphet er mindre enig i at det er tilstrekkelige ressurser i helsetjenesten til å sikre full beredskap og tilby alle nyttige tiltak. Mindre enig er de også i at tildeling av tilstrekkelige ressurser til helsetjenesten vil gå for mye ut over andre viktige samfunnsoppgaver. Det er også mindre enighet blant respondentene som selv har opplevd ressursknapphet i helsetjenesten i at det er fornuftig at det tas hensyn til kostnader innad i helsesektoren. Samlet viser dette en tydelig tendens til at respondentene som har opplevd at ressursknapphet i helsetjenesten har gått utover dem selv er mer skeptisk til prioriteringer i helsesektoren. Innledende analyser tydet på at vurdering av egen helsetilstand også påvirket respondentenes holdninger til prioritering, men effekten av selvrapportert helse forsvinner når det kontrolleres for opplevelse av ressursknapphet.

Tabell 14: Effekter av ikke fått/utsatt behandling på holdningsspørsmål

Holdningsspørsmål	Gjennomsnitt	Effekt	p-verdi	N
Hp4abc_1 Tilstrekkelige ressurser i helsesektoren	0,4734	-0,051	0,01	943
Hp4abc_2 Helse vil gå for mye ut over annet	0,4501	-0,062	0,00	937
Hp4abc_3 Hensyn til kostnader innen helsesektoren	0,5967	-0,044	0,01	937

Kilde: Norsk medborgerpanel (runde 2) 2014. Spørsmål w02_hp4abc_1-3.

Effekter er estimert gjennom OLS-regresjon i STATA 12.0. Svarskala w02_hp4abc_1-3 omkodet til 0-1 (kontinuerlig). Spørsmål w02_hp3a (ikke fått behandling) og w02_hp3b (utsatt behandling) er slått sammen.

Alle analysene av påvirkningskraften til bakenforliggende forhold på holdningsspørsmål og spørreundersøkelseseksperimenter vil ikke bli gjennomgått, men noen generelle tendenser vil bli nevnt. En oversikt over de signifikante effektene av opplevelse av ressursknapphet (Tabell C-1 s. 29) og alle bakgrunnsvariablene (Tabell C-2 s. 30) er vedlagt i Appendiks C.

Kjønn viser seg å ha betydning for flere av spørsmålene i undersøkelsen. Kvinner er mindre enig i at det er tilstrekkelige ressurser i helsetjenesten til å sikre full beredskap og tilby alle nyttige helsetiltak. De er også mindre enig i at tilbud av alle nyttige tiltak vil gå for mye utover andre viktige samfunnsoppgaver. For de spørreundersøkelseseksperimentene der

effekten av kjønn er signifikant er alltid kvinner mer skeptiske til prioritering. Dette harmonerer med funnene til Botten og Aasland (2000).

Alder har til tider signifikant påvirkningskraft på respondentene i spørreundersøkelseseksperimentene, men ikke i holdningsspørsmålene. Den tydeligste tendensen til alders påvirkning er at eldre respondenter viser lavere støtte til prioritering etter nyttekriteriet.

Plassering på en politisk skala fra venstre til høyre påvirker også respondentenes svar i noen av spørreundersøkelseseksperimentene. I flere tilfeller mister effekten av politisk ståsted signifikans når det kontrolleres for opplevelse av ressursknapphet. Den tydeligste tendensen for politisk ståsted er at jo lengre mot høyre respondentene plasserer seg, jo lavere aksept har de for avslag på behandling (prosess eller begrunnelse). Respondenter mot høyre på den politiske skalaen er også mer enig i at pasienter med lite alvorlige sykdommer som vil få liten helseforbedring av behandling bør betale for egen behandling, og de støtter prioritering av de som er i fare for å falle ut av arbeidslivet i større grad.

Litteratur

- Botten, G., & Aasland, O. G. (2000). Medisin og vitenskap-Klinikk og forskning-Befolkningens ønsker om helsetjenester. *Tidsskrift for Den norske lægeforening*, 120(25), 2995-3001.
- Browning, C. J., & Thomas, S. A. (2001). Community values and preferences in transplantation organ allocation decisions. *Social science & medicine*, 52(6), 853-861.
- Cookson, R., & Dolan, P. (1999). Public views on health care rationing: a group discussion study. *Health Policy*, 49(1), 63-74.
- Dolan, P., Shaw, R., Tsuchiya, A., & Williams, A. (2005). QALY maximisation and people's preferences: a methodological review of the literature. *Health economics*, 14(2), 197-208.
- Green, C., & Gerard, K. (2009). Exploring the social value of health-care interventions: a stated preference discrete choice experiment. *Health economics*, 18(8), 951-976.
- Ivarflaten, Elisabeth, Mette Andersson, Sveinung Arnesen, Gisela Böhm, Dag Elgesem, Odd Gåsdal, Kristin Strømsnes, Endre Tvinnereim, and Jacob Aars (2014), Norsk Medborgerpanel Rounds 1 and 2: Study Documentation. Bergen: Ideas2Evidence.
- Nord, E. (1993). The trade-off between severity of illness and treatment effect in cost-value analysis of health care. *Health Policy*, 24(3), 227-238.
- Park, A., Jowell, R., & McPherson, S. (1998). The future of the National Health Service: results from a deliberative poll. *Paper available at http://cdd.stanford.edu/research/papers/2000/report_kings_fund.pdf*.
- Sniderman, Paul M. (2011), "The Logic and Design of the Survey Experiment: An Autobiography of a Methodological Innovation" in *Cambridge Handbook of Experimental Political Science*, James N. Druckman, Donald P. Green, James H. Kuklinski and Arthur Lupia, eds., Cambridge University Press.
- Ubel, P. A., & Loewenstein, G. (1996). Distributing scarce livers: the moral reasoning of the general public. *Social science & medicine*, 42(7), 1049-1055.
- Ubel, P. A., Spranca, M. D., DeKay, M. L., & Hershey, J. C. (1998). Public Preferences for Prevention versus Cure. *Medical Decision Making*, 18, 141-148.

Appendix

A - Spørsmålsordlyd og svarkategorier

Vi vil nå stille deg noen spørsmål om helsepolitikk og prioriteringer i helsevesenet. Vi er interessert i din egen mening om disse spørsmålene, og ber deg svare så godt du kan.

Først, hvor enig eller uenig er du i disse påstandene:

w02_hp4abc_1: De ressursene vi bruker på helse i Norge i dag er tilstrekkelig til å sikre full beredskap og til å foreta alle nyttige undersøkelser, behandlinger og forebyggende tiltak.

Svært enig / Enig / Noe enig / Verken enig eller uenig / Noe uenig / Uenig / Svært uenig

w02_hp4abc_2: Dersom helsetjenesten skal tilby alle helsetiltak som er nyttige, vil det gå for mye utover andre viktige samfunnsoppgaver, som for eksempel, utdanning, politi og samferdsel.

Svært enig / Enig / Noe enig / Verken enig eller uenig / Noe uenig / Uenig / Svært uenig

w02_hp4abc_3: Det er fornuftig at helsetjenesten tar hensyn til kostnader i valg av behandlinger, dersom dette frigjør ressurser til pasienter som ellers ikke ville fått behandling.

Svært enig / Enig / Noe enig / Verken enig eller uenig / Noe uenig / Uenig / Svært uenig

w02_hp7a: Tenk deg at det er venteliste for kneoperasjon og at en operasjon vil bedre knefunksjonen like mye for alle. Hvor enig eller uenig er du i at de med mest alvorlig sykdom som hovedregel bør rykke frem i køen, selv om noen andre da må vente lengre?

Svært enig / Enig / Noe enig / Verken enig eller uenig / Noe uenig / Uenig / Svært uenig

w02_hp7b: Tenk deg at en av dine nærmeste står på venteliste for kneoperasjon og at en operasjon vil bedre knefunksjonen like mye for alle som står på ventelisten. Hvor enig eller uenig er du i at de med mest alvorlig sykdom som hovedregel bør rykke frem i køen, selv om din nærmeste da må vente lengre?

Svært enig / Enig / Noe enig / Verken enig eller uenig / Noe uenig / Uenig / Svært uenig

w02_hp7c: Tenk deg at du står på venteliste for kneoperasjon og at en operasjon vil bedre knefunksjonen like mye for alle som står på ventelisten. Hvor enig eller uenig er du i at de med mest alvorlig sykdom som hovedregel bør rykke frem i køen, selv om du da må vente lengre?

Svært enig / Enig / Noe enig / Verken enig eller uenig / Noe uenig / Uenig / Svært uenig

w02_hp7d: Tenk deg at det er venteliste for kneoperasjon blant pasienter med like alvorlig sykdom. Hvor enig eller uenig er du i at de som vil ha størst nytte av behandlingen som hovedregel bør rykke frem i køen, selv om noen andre da må vente lengre?

Svært enig / Enig / Noe enig / Verken enig eller uenig / Noe uenig / Uenig / Svært uenig

w02_hp7e: Tenk deg at en av dine nærmeste står på venteliste for kneoperasjon blant pasienter med like alvorlig sykdom. Hvor enig eller uenig er du i at de som vil ha størst nytte av behandlingen som hovedregel bør rykke frem i køen, selv om din nærmeste da må vente lengre?

Svært enig / Enig / Noe enig / Verken enig eller uenig / Noe uenig / Uenig / Svært uenig

w02_hp7f: Tenk deg at du står på venteliste for kneoperasjon blant pasienter med like alvorlig sykdom. Hvor enig eller uenig er du i at de som vil ha størst nytte av behandlingen som hovedregel bør rykke frem i køen, selv om du da må vente lengre?

Svært enig / Enig / Noe enig / Verken enig eller uenig / Noe uenig / Uenig / Svært uenig

w02_hp8a: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand? Myndighetene bør bruke mer ressurser enn i dag på å forebygge sykdom, selv om det vil medføre mindre ressurser til behandling av sykdom.

Svært enig / Enig / Noe enig / Verken enig eller uenig / Noe uenig / Uenig / Svært uenig

w02_hp8b: Hvor enig eller uenig er du i følgende påstand? I de tilfeller hvor mange flere liv kan reddes ved å forebygge sykdom, bør myndighetene bruke mer ressurser enn i dag på forebygging, selv om det vil medføre mindre ressurser til behandling av sykdom.

Svært enig / Enig / Noe enig / Verken enig eller uenig / Noe uenig / Uenig / Svært uenig

w02_hp9a: Og hva er din mening om dette utsagnet? Pasienter bør få raskere tilgang til utredning og behandling hvis de står i fare for å falle ut av arbeidslivet. Er du...

Svært enig / Enig / Noe enig / Verken enig eller uenig / Noe uenig / Uenig / Svært uenig

w02_hp9b: Og hva er din mening om dette utsagnet? Pasienter bør få raskere tilgang til utredning og behandling hvis de på grunn av sin sykdom er en stor belastning for pårørende. Er du...

Svært enig / Enig / Noe enig / Verken enig eller uenig / Noe uenig / Uenig / Svært uenig

w02_hp9c: Og hva er din mening om dette utsagnet? Pasienter bør få raskere tilgang til utredning og behandling hvis de har ansvar for små barn. Er du...

Svært enig / Enig / Noe enig / Verken enig eller uenig / Noe uenig / Uenig / Svært uenig

w02_hp10a: Og denne påstanden, hvor enig eller uenig er du i den? Pasienter med en alvorlig sykdom som vil få liten helseforbedring av en behandling, bør selv betale for denne behandlingen dersom det frigjør ressurser til andre pasienter.

Svært enig / Enig / Noe enig / Verken enig eller uenig / Noe uenig / Uenig / Svært uenig

w02_hp10b: Og denne påstanden, hvor enig eller uenig er du i den? Pasienter med en lite alvorlig sykdom som vil få liten helseforbedring av en behandling, bør selv betale for denne behandlingen dersom det frigjør ressurser til andre pasienter.

Svært enig / Enig / Noe enig / Verken enig eller uenig / Noe uenig / Uenig / Svært uenig

w02_hp10c: Og denne påstanden, hvor enig eller uenig er du i den? Pasienter som vil få liten helseforbedring av en behandling, bør selv betale for denne behandlingen dersom det frigjør ressurser til andre pasienter.

Svært enig / Enig / Noe enig / Verken enig eller uenig / Noe uenig / Uenig / Svært uenig

w02_hp11a: Hva synes du om at sykehus sier nei til en behandling som pasienten selv vil ha, hvis pasienten får en annen behandling som er nesten like god og som frigjør ressurser til andre pasienter?

Vil du si at det er...

Svært akseptabelt / Akseptabelt / Noe akseptabelt / Verken akseptabelt eller uakseptabelt / Noe uakseptabelt / Uakseptabelt / Svært uakseptabelt

w02_hp11b: Hva synes du om at sykehus sier nei til en behandling som pasienten selv vil ha, hvis pasienten får en annen behandling som vitenskaplige studier har vurdert som bedre for pasienter? Vil du si at det er...

Svært akseptabelt / Akseptabelt / Noe akseptabelt / Verken akseptabelt eller uakseptabelt / Noe uakseptabelt / Uakseptabelt / Svært uakseptabelt

w02_hp12a: Synes du sykehuset handler rimelig eller urimelig i dette eksempelet:

Tenk deg at en pasient går til sykehusbehandling for en sykdom som det går an å leve med, men at det er fare for kraftig forverring med tiden. Pasienten har hørt om en ny behandling i utlandet og lurer på hvorfor ikke sykehuset tilbyr denne behandlingen. Grunnen er at pasientens lege har vurdert behandlingen nøye og har kommet frem til at den ikke skal tilbys.

Pasienten blir informert om dette og tilbys ikke behandling.

Jeg synes sykehuset handlet...

Svært rimelig / Rimelig / Noe rimelig / Verken rimelig eller urimelig / Noe urimelig / Urimelig / Svært urimelig

w02_hp12b: Synes du sykehuset handler rimelig eller urimelig i dette eksempelet:

Tenk deg at en pasient går til sykehusbehandling for en sykdom som det går an å leve med, men at det er fare for kraftig forverring med tiden. Pasienten har hørt om en ny behandling i utlandet og lurer på hvorfor ikke sykehuset tilbyr denne behandlingen. Grunnen er at landets beste faglige ekspertise har vurdert behandlingen nøye og blitt enig om at den ikke skal tilbys.

Pasienten blir informert om dette og tilbys ikke behandling.

Jeg synes sykehuset handlet...

Svært rimelig / Rimelig / Noe rimelig / Verken rimelig eller urimelig / Noe urimelig / Urimelig / Svært urimelig

w02_hp12c: Synes du sykehuset handler rimelig eller urimelig i dette eksempelet:

Tenk deg at en pasient går til sykehusbehandling for en sykdom som det går an å leve med, men at det er fare for kraftig forverring med tiden. Pasienten har hørt om en ny behandling i utlandet og lurer på hvorfor ikke sykehuset tilbyr denne behandlingen. Grunnen er at landets beste faglige ekspertise sammen med representanter fra pasientorganisasjonene har vurdert behandlingen nøye og blitt enig om at den ikke skal tilbys.

Pasienten blir informert om dette og tilbys ikke behandling.

Jeg synes sykehuset handlet...

Svært rimelig / Rimelig / Noe rimelig / Verken rimelig eller urimelig / Noe urimelig / Urimelig / Svært urimelig

w02_hp2: Hvor ofte har du vært undersøkt eller behandlet i helsetjenesten (f. eks. hos lege eller på sykehus) de siste 12 månedene?

Ingen ganger / En gang / 2 til 5 ganger / Mer enn 5 ganger

w02_hp3a: Har du opplevd å ikke få den undersøkelse eller behandling som ville vært best for deg på grunn av begrensede ressurser i helsetjenesten?

Ja / Nei / Vet ikke

w02_hp3b: Har du opplevd å få undersøkelse eller behandling senere enn det som ville vært best for deg på grunn av begrensede ressurser i helsetjenesten?

Ja / Nei / Vet ikke

Til sist vil vi å stille deg et par spørsmål om deg selv:

w02_hp1: Stort sett, vil du si din helse er:

Utmerket / Meget god / God / Nokså god / Dårlig

B – Resultater fra spørreundersøkelseseksperimenter

Tabell B-1: Svarfordeling for spørreundersøkelseseksperimenter

Hp7	Kjenneskriterier: Venteliste for kneoperasjon								
Hp7a	De med mest alvorlig sykdom bør rykke frem i køen	Enig %	Uenig %	Verken/eller %	Antall				
Hp7b	De med mest alvorlig sykdom bør rykke frem i køen, en av nærmeste står på venteliste	82	10	8	271				
Hp7c	De med mest alvorlig sykdom bør rykke frem i køen, står selv på venteliste	84	9	6	285				
Hp7d	De som vil ha mest nytte av behandling bør rykke frem i køen	84	8	8	266				
Hp7e	De som vil ha mest nytte av behandling bør rykke frem i køen, en av nærmeste står på venteliste	52	36	12	265				
Hp7f	De som vil ha mest nytte av behandling bør rykke frem i køen, står selv på venteliste	58	33	9	277				
Hp7f	De som vil ha mest nytte av behandling bør rykke frem i køen, står selv på venteliste	62	31	7	273				
Hp8	Forebygging								
Hp8a	Mer til forebygging, selv om det medfører mindre til behandling	Enig %	Uenig %	Verken/eller %	Antall				
Hp8b	Hvor mange ivr kan reddes: Mer til forebygging, selv om det medfører mindre til behandling	60	21	19	815				
		69	15	16	795				
Hp9	Nye kriterier								
Hp9a	Bør få raskere utredning og behandling hvis de står i fare for å falle ut av arbeidslivet	Enig %	Uenig %	Verken/eller %	Antall				
Hp9b	Bør få raskere utredning og behandling hvis de pga sin sykdom er en stor belastning for pårørende	94	2	4	563				
Hp9c	Bør få raskere utredning og behandling hvis de har ansvar for små barn	77	10	13	523				
		56	23	21	537				
Hp10	Egenbetaling: Liten helseforbedring av behandling								
Hp10a	Pasienter med en alvorlig sykdom bør selv betale for behandling, hvis det frigjør ressurser til andre	Enig %	Uenig %	Verken/eller %	Antall				
Hp10b	Pasienter med en lite alvorlig sykdom bør selv betale for behandling, hvis det frigjør ressurser til andre	20	68	12	485				
Hp10c	Pasienter bør selv betale for behandling, hvis det frigjør ressurser til andre	41	46	13	528				
		37	48	16	606				
Hp11	Begrunnelse for avslag av ønsket behandling								
Hp11a	Pasienten får en annen behandling som er nesten like god og som frigjør ressurser til andre	Akseptabelt %	Uakseptabelt %	Verken/eller %	Antall				
Hp11b	Pasienten får en annen behandling som vitenskapelige studier har vurdert som bedre	73	17	10	766				
		73	16	11	853				
Hp12	Prosess: Sykehus tilbyr ikke behandling								
Hp12a	Legen avgjør at behandlingen ikke skal tilbys	Rimelig %	Urimelig %	Verken/eller %	Antall				
Hp12b	Norsk faglig ekspertise har blitt enig om at behandlingen ikke skal tilbys	45	44	11	539				
Hp12c	Norsk faglig ekspertise og pasientorganisasjoner har blitt enig om at behandlingen ikke skal tilbys	50	38	12	564				
		55	34	11	523				

Kilde: Norsk medborgerpanel (runde 2) 2014

Tabell B-2: Gjennomsnitt og 95 % konfidensintervaller for spørreundersøkelssesekspertimenter. Svartskala 0-1.

Hp7	Kjernekriterier: Venteliste for kneoperasjon	Gjennomsnitt	95 % CI	Antall
Hp7a	De med mest alvorlig sykdom bør rykke frem i køen	0,7442	0,7169 0,7714	271
Hp7b	De med mest alvorlig sykdom bør rykke frem i køen, en av nærmeste står på venteliste	0,7596	0,7329 0,7864	285
Hp7c	De med mest alvorlig sykdom bør rykke frem i køen, står selv på venteliste	0,7600	0,7341 0,7860	266
Hp7d	De som vil ha mest nytte av behandling bør rykke frem i køen	0,5226	0,4877 0,5576	265
Hp7e	De som vil ha mest nytte av behandling bør rykke frem i køen, en av nærmeste står på venteliste	0,5560	0,5208 0,5912	277
Hp7f	De som vil ha mest nytte av behandling bør rykke frem i køen, står selv på venteliste	0,5818	0,5465 0,6171	273
Hp8	Forebygging	Gjennomsnitt	95 % CI	Antall
Hp8a	Mer til forebygging, selv om det medfører mindre til behandling	0,6106	0,5941 0,6272	815
Hp8b	Hvor mange liv kan reddes: Mer til forebygging, selv om det medfører mindre til behandling	0,6581	0,6424 0,6738	795
Hp9	Nye kriterier	Gjennomsnitt	95 % CI	Antall
Hp9a	Bør få raskere utredning og behandling hvis de står i fare for å falle ut av arbeidslivet	0,8452	0,8317 0,8586	563
Hp9b	Bør få raskere utredning og behandling hvis de pga. sin sykdom er en stor belastning for pårørende	0,7177	0,6989 0,7364	523
Hp9c	Bør få raskere utredning og behandling hvis de har ansvar for små barn	0,5934	0,5722 0,6147	537
Hp10	Egenbetaling: Liten helsetilbedring av behandling	Gjennomsnitt	95 % CI	Antall
Hp10a	Pasienter med en alvorlig sykdom bør selv betale for behandling, hvis det frigjør ressurser til andre	0,3268	0,3040 0,3496	485
Hp10b	Pasienter med en lite alvorlig sykdom bør selv betale for behandling, hvis det frigjør ressurser til andre	0,4665	0,4428 0,4903	528
Hp10c	Pasienter bør selv betale for behandling, hvis det frigjør ressurser til andre	0,4373	0,4155 0,4591	606
Hp11	Begrunnelse for avslag av ønsket behandling	Gjennomsnitt	95 % CI	Antall
Hp11a	Pasienten får en annen behandling som er nesten like god og som frigjør ressurser til andre	0,6630	0,6465 0,6794	766
Hp11b	Pasienten får en annen behandling som vitenskapelige studier har vurdert som bedre	0,6932	0,6768 0,7097	853
Hp12	Prosess: Sykehus tilbyr ikke behandling	Gjennomsnitt	95 % CI	Antall
Hp12a	Legen avgjør at behandlingen ikke skal tilbys	0,5009	0,4774 0,5245	539
Hp12b	Norsk faglig ekspertise har blitt enig om at behandlingen ikke skal tilbys	0,5361	0,5117 0,5604	564
Hp12c	Norsk faglig ekspertise og pasientorganisasjoner har blitt enig om at behandlingen ikke skal tilbys	0,5730	0,5478 0,5982	523

Kilde: Norsk medborgerpanel, runde 2, 2014

C – Effekt av bakgrunnsvariabler

Tabell C-1: Signifikante effekter av ikke fått/utsatt behandling.

Holdningsspørsmål	Stat. sign.	p-verdi	Effekt	N	
Hp4abc_1	Tilstrekkelige ressurser i helsesektoren	Ja	0,01	-0,051	943
Hp4abc_2	Helse vil gå for mye ut over annet	Ja	0,00	-0,062	937
Hp4abc_3	Hensyn til kostnader innen helsesektoren	Ja	0,01	-0,044	937
Spørreundersøkelseeksperimenter		Stat. sign.	p-verdi	Effekt	N
Hp7a	Kjernekrterier: Alvorlig	Nei			159
Hp7b	Kjernekrterier: Alvorlig, familie	Nei			156
Hp7c	Kjernekrterier: Alvorlig, selv	Ja	0,02	-0,084	160
Hp7d	Kjernekrterier: Nytte	Nei			156
Hp7e	Kjernekrterier: Nytte, familie	Nei			154
Hp7f	Kjernekrterier: Nytte, selv	Nei			162
Hp8a	Forebygging: Ikke eksplisitt	Nei			481
Hp8b	Forebygging: Eksplisitt	Nei			450
Hp9a	Nye kriterier: Falle ut av arbeidsliv	Nei			330
Hp9b	Nye kriterier: Belastning pårørende	Nei			307
Hp9c	Nye kriterier: Ansvar små barn	Ja	0,05	-0,060	300
Hp10a	Egenbetaling: Alvorlig	Nei			271
Hp10b	Egenbetaling: Lite alvorlig	Nei			336
Hp10c	Egenbetaling: Kontroll	Nei			332
Hp11a	Begrunnelse: Ressursfordeling	Ja	0,00	-0,074	434
Hp11b	Begrunnelse: Vitenskaplig	Nei			508
Hp12a	Prosess: Lege	Nei			315
Hp12b	Prosess: Nasjonal ekspertise	Nei			323
Hp12c	Prosess: Nasjonal ekspertise og pasientorganisasjon	Ja	0,02	-0,088	307

Kilde: Norsk merborgerpanel, runde 2, 2014.

Effekter er estimert gjennom OLS-regresjon i STATA 12.0. Svorskala omkodet til 0-1 (kontinuerlig).

Tabell C-2: Signifikante effekter av bakgrunnsvariabler

Holdningsspørsmål		Utsatt/ ikke fått behandling	Kjønn (Kvinne)	Alder	Politisk mot høyre
Hp4abc_1	Tilstrekkelige ressurser i helsesektoren	Negativ	Negativ		
Hp4abc_2	Helse vil gå for mye ut over annet	Negativ	Negativ		
Hp4abc_3	Hensyn til kostnader innen helsesektoren	Negativ			
Spørreundersøkelseeksperimenter		Utsatt/ ikke fått behandling	Kjønn (Kvinne)	Alder	Politisk mot høyre
Hp7a	Kjernekrterier: Alvorlig				Negativ
Hp7b	Kjernekrterier: Alvorlig, familie				
Hp7c	Kjernekrterier: Alvorlig, selv	Negativ			
Hp7d	Kjernekrterier: Nytte			Negativ	
Hp7e	Kjernekrterier: Nytte, familie			Negativ	
Hp7f	Kjernekrterier: Nytte, selv			Negativ	
Hp8a	Forebygging: Ikke eksplisitt				
Hp8b	Forebygging: Eksplisitt		Negativ		
Hp9a	Nye kriterier: Falle ut av arbeidsliv			Positiv	Positiv
Hp9b	Nye kriterier: Belastning pårørende		Negativ		
Hp9c	Nye kriterier: Ansvar små barn	Negativ	Negativ		
Hp10a	Egenbetaling: Alvorlig			Negativ	
Hp10b	Egenbetaling: Lite alvorlig			Positiv	Positiv
Hp10c	Egenbetaling: Kontroll		Negativ		
Hp11a	Begrunnelse: Ressursfordeling	Negativ			
Hp11b	Begrunnelse: Vitenskaplig				Negativ
Hp12a	Prosess: Lege				Negativ
Hp12b	Prosess: Nasjonal ekspertise				Negativ
Hp12c	Prosess: Nasjonal ekspertise og pasientorganisasjon	Negativ	Negativ		Negativ

Kilde: Norsk merborgerpanel, runde 2, 2014.

Effekter er estimert gjennom OLS-regresjon i STATA 12.0. Svarskala omkodet til 0-1 (kontinuerlig).