
Befolkningens ønsker om helsetjenester

KLINIKK OG FORSKNING

GRETE BOTTEN

Email: g.s.botten@samfunnsmed.uio.no
Senter for helseadministrasjon
Universitetet i Oslo
Rikshospitalet
0027 Oslo

OLAF G. AASLAND

Legeforeningens forskningsinstitutt
Postboks 1152 Sentrum
0107 Oslo
og
Senter for helseadministrasjon
Universitetet i Oslo

Utfordringen med å begrense bruken av offentlige helsetjenester er debattert over hele verden. Mange argumenterer for at befolkningen skal ha en aktiv rolle i å bestemme hvilke tjenester som skal tilbys og bli betalt for. Målsettingen med denne studien var å samle informasjon om folks oppfatning av ulike helsepolitiske temaer.

Et representativt utvalg på 1 342 nordmenn ble intervjuet i 1998 om sitt syn på ulike sentrale helsepolitiske spørsmål.

Nordmenn har store og sammensatte forventninger til helsetjenesten. Flertallet ønsker rask og selvbestemt tilgjengelighet uten stor egenbetaling, og de ønsker valgfrihet. En faktoranalyse identifiserte fire latente variabler i responsmønsteret: økonomisk rasjonering, markedsorientering, egenbetaling og tilgjengelighet. Kvinner var minst for økonomisk rasjonering, de var mindre markedsorienterte og ønsket større selvbestemmelse. Lett adgang ble viktigere med alderen. De som stemte konservativt ved valg, var i størst grad markedsorientert.

Å få befolkningen med på prioriterings spørsmål er vanskelig fordi forventningene er så store. På den annen side må folk, av samme grunn, trekkes med hvis det skal være mulig å få en forståelse for at det ikke er mulig for samfunnet å tilby alle helsetjenester gratis til alle.

Generelt har bruken av helsetjenester vært lite begrenset i Norge. Egenandelene er jevnt over små, og de aller fleste typer tjenester dekkes av det offentlige. Bruk av spesialisthelsetjenester begrenses gjennom henvisningsplikt. Den mest synlige rasjonering skjer gjennom ventetid, både innen primærmedisinen, til spesialist og til sykehus. For å sikre at ventetiden ikke blir uakseptabel lang for alvorlige sykdommer, har det vært forsøkt å sette kriterier for hvilke sykdommer som skal ha prioritet fremfor andre (1). En allmenn og politisk diskusjon om grenser for hva offentlig helsetjeneste skal tilby har imidlertid vist seg vanskelig å få i gang.

Begrensning av offentlige utgifter til helsetjenester er et aktuelt tema også utenfor Norge, og det pågår en debatt om hvordan slik begrensning kan og bør gjøres (2 – 10). Noen argumenterer for en implisitt prioritering, hvor helsepersonell selv tar hånd om dette gjennom sine daglige beslutninger (11 – 13). Behandlingsprogrammer og mer vekt på kliniske retningslinjer skal styrke denne prioriteringen (14, 15). Befolkningens involvering i slik prioritering er liten, men det er gode argumenter for at en implisitt prioritering må inneholde folks egne verdier, slik Norheim hevder (16). Andre argumenterer for en mer eksplisitt prioritering (17 – 19), noe som vil kreve klare kriterier for hva det offentlige skal tilby. Slike kriterier kan bygges hovedsakelig på faglig dokumentasjon om nødvendighet og nytte av tiltakene (2, 7, 15, 20 – 23) og dermed overlates til fagfolk. Men grunnlaget for prioriteringer kan også legges gjennom politiske prosesser hvor befolkningen har en aktiv rolle (4, 16, 24 – 27). Oregon-modellen er et kjent eksempel på dette (28). En forutsetning for å få til en politisk prioriteringsprosess er en forståelse i befolkningen for at det er nødvendig å begrense bruken av helsetjenester, og at det er politisk vilje til å gjøre det.

For å få en indikasjon på befolkningens ønsker om bruk av helsetjenester videre fremover og folks syn på aktuelle helsepolitiske spørsmål ble det gjort en spørreundersøkelse i et representativt utvalg av den norske befolkning våren 1998. Poenget med undersøkelsen var å se hvilke forhold befolkningen vektlegger ved helsetjenesten, og om det er sosiale og politiske skillelinjer i hvordan folk ser på prioritering og tilgang på helsetjenester.

Materiale og metode

2 000 personer i alderen 16 – 79 år ble tilfeldig trukket ut til et intervju av Statistisk sentralbyrås omnibusundersøkelser etter standard utvalgsplan. Intervjuet fant sted i mars 1998. 55 % av intervjuene ble utført som besøksintervju, de øvrige over telefon. Svarene ble registrert direkte på bærbar

PC. Ti personer lot seg ikke oppspore, 648 deltok ikke, hvorav 365 ikke ønsket og 149 ikke ble truffet. Nettoutvalget var dermed 1 342 personer (67,4 %). Datafil ble ferdigstilt fra Statistisk sentralbyrå.

De data som er benyttet i denne artikkelen, er basert både på spørsmål utarbeidet av Senter for helseadministrasjon og på generelle bakgrunnsvariabler som kjønn, alder, utdanningsnivå, inntekt, bosted i landsdel og ut fra grad av tettbebyggelse, samt stemmegivning ved stortingsvalget i 1994. I tillegg kommer vurdering av egen helse, egen kronisk sykdom og eventuell kontakt med lege de siste seks måneder.

Det ble presentert en rekke påstander som respondenten skulle si seg enig eller uenig i eller besvare med både – og. Hensikten var å få informasjon om synet på tilgjengeligheten av helsetjenester, spesielt ut fra ventetid, på prioritering, på forholdet mellom privat og offentlig helsetjeneste, egenbetaling og styringsmuligheter. Påstandene er presentert i tabell 1 i den rekkefølgen de ble stilt i intervjuet.

Tabell 1

Svarfordeling på spørsmål om man er enig, uenig eller vet ikke/både – og ved påstander om helsepolitiske temaer blant 1 342 1 personer i alderen 16 – 79 år i Norge mars 1998. Prosent

Påstand	Enig	Uenig	Både – og/ Vet ikke ²
Det bør ikke være ventetid for å komme til øyelege	83	11	6
Sykmeldte bør behandles før dem som ikke er i jobb	34	53	13
Pasienter som er innlagt på sykehus, bør betale for maten	8	88	4
Det bør være private sykehus i Norge	65	25	10
Ventelister er nødvendig for å utnytte kapasiteten i helsevesenet	29	56	15
Fagfolk burde bestemme mer og politikere mindre i spørsmål om prioritering av helsetjenester	83	11	6
Folk bør betale høyere egenandel for bagatellmessige plager	36	57	7
Pasienter bør selv få bestemme om de vil ha en spesialistundersøkelse	69	23	8
Helsepolitikere burde bruke mer makt til å gi befolkningen en bedre helsetjeneste	86	6	8
De som er sykest skal behandles først, selv om muligheten til å bli frisk er liten	74	12	14
Det bør innføres større konkurranse i helsevesenet	60	27	13

De som er storrøykere og får en kronisk lungesykdom, bør betale høyere egenandel	39	55	6
Det offentlige bør gjøre mer for å forebygge sykdom selv om pengene må tas fra sykehusene	26	61	13
Pasientene bør selv få velge hvilket offentlig sykehus de vil benytte	73	20	7
Det viktigste er å ha sykehus med stabilt og godt kvalifisert personale selv om avstanden til sykehuset blir noe lengre	89	6	5
En overvektig som får sukkersyke, bør betale høyere egenandel	7	88	5
Leger bruker for mye tid på å behandle bagatellmessige plager	35	44	21
Private utgifter til helsetjenester bør kunne trekkes fra på selvangivelsen	71	21	8
Det bør ikke være ventetid for hofteoperasjoner	79	14	7
Den som selv er villige til å betale alle kostnader, bør få behandling før andre i det offentlige helsevesenet	9	87	4
Folk bør i større grad få anledning til å tegne forsikringer som sikrer dem rask behandling ved sykdom	53	36	11
De som får kneskader etter jogging, bør betale høyere egenandel	12	83	5
De som bevilger penger til helsevesenet burde høre mer på hva pasientene mener	78	12	10
Det er best å ha fast lege	93	3	4
¹ På hvert spørsmål er det 1 – 8 personer som ikke har svart			
² Svarkategoriene "vet ikke" og "både – og" er slått sammen			

Analyse

Svarene på de 24 påstandene ble gitt verdiene ja = 3, både – og = 2 og nei = 1. Ved faktoranalyse ble det identifisert fire latente variabler i responsmønsteret for påstandene. De standardiserte variablene (faktorskårene), som i utgangspunktet har gjennomsnitt på 0 og standardavvik på 1, ble multiplisert med 100 for å unngå mange desimaler. Forskjeller mellom respondentkategorier på disse nye variablene ble undersøkt med variansanalyse, og samtidige effekter av bakgrunnsvariablene med lineære regresjonsmodeller.

Resultater

Tabell 1 viser at svært mange mennesker har store forventninger til helsetjenesten innen de fleste områder, særlig når det gjelder rask og selvbestemt tilgjengelighet og en offentlig finansiering med generelt små egenandeler. Et overveiende flertall ønsker et solidarisk helsevesen, idet 87 % er uenige i utsagnet: ”Den som selv er villig til å betale alle kostnadene, bør få behandling før de andre i det offentlige helsevesenet.” 34 % mener at sykmeldte bør behandles før dem som ikke er i arbeid. Høyere egenandeler for visse sykdommer ble avvist av de aller fleste. Det er heller ikke flertall for økt egenandel for sykdom hvor egen atferd kan ha påvirket risikoen, men det er forskjeller mellom eksemplene. 39 % mener at storrøykere skal betale mer, 12 % mener at joggere bør betale mer ved kneskade, mens 7 % mener at overvektige med diabetes bør betale mer. Mange ønsker større konkurranse med innslag av private sykehus og private helseforsikringer. Påfallende er det også at alle skal bestemme mer, både fagfolk, politikere og pasienter.

De 15 påstandene hvor minst 10 % svarte ”enig” eller ”uenig” ble faktoranalysert, og det ble identifisert fire faktorer, heretter kalt holdningsvariabler. Analysen viser hvilke spørsmål som har en tendens til å klumpe seg sammen, dvs. at de som svarer ja på e...n av påstandene som utgjør en av holdningsvariablene, har større sannsynlighet for å svare ja også på de andre påstandene innen samme holdningsvariabel. Tabell 2 viser hvilke påstander som inngår i de fire holdningsvariablene og hvilke navn variablene har fått. Egenbetaling og tid brukt på bagateller inngår i en holdningsvariabel vi har kalt økonomisk rasjonering. Private helsetjenester og konkurranse inngår i variabelen marked, mens selvbestemmelse i forhold til bruk av spesialist og sykehus danner en tredje variabel. Den siste holdningsvariablen har vi kalt tilgjengelighet, og den utgjøres hovedsakelig av påstander om ventetid.

Figur 1 viser et boksplot av responsvariablene, der boksen omfatter de to midterste kvartilene og midtstreken angir medianen. Siden medianverdiene ikke avviker vesentlig fra null, som er gjennomsnittsverdien, er responsvariablene tilnærmet normalfordelte.

Tabell 3 viser i hvilken grad gjennomsnittsverdiene for ulike kategorier avviker fra totalgjennomsnittet på hver av de fire responsvariablene. En positiv verdi betyr at holdningen er typisk for kategorien, en negativ verdi at den ikke er typisk. Det er tydelige kjønns- og aldersforskjeller. Kvinner ønsker mindre økonomisk rasjonering enn menn, de er mindre markedsorientert og ønsker mer selvbestemmelse. Eldre ønsker mer økonomisk rasjonering, mindre marked og betydelig mer selvbestemmelse og høyere tilgjengelighet. Det er også forskjeller i forhold til inntekt og utdanning. Mest påfallende er det at de med lav inntekt er minst for økonomisk rasjonering mens de med høy inntekt er mest for. Gradienten er motsatt for selvbestemmelse. Den betyr minst for dem med høy inntekt og mest for dem med lav. Folk med høy utdanning er også mindre opptatt av selvbestemmelse. Politisk ståsted har særlig betydning for holdninger til markedsorientering av helsetjenesten. Markedsorienteringen

står sterkest i Høyre og Fremskrittspartiet og svakest blant dem som stemte Arbeiderpartiet eller SV. Det er ingen forskjell i forhold til landsdel eller boområde (tettbygd – spredtbygd). De som har dårlig helse vil bestemme mer selv, og de som har kronisk sykdom er ikke tilhengere av økonomisk rasjonering.

Samtidige effekter ble undersøkt nærmere med fire lineære regresjonsmodeller, der holdningsvariablene var responsvariabler og de ti bakgrunnsvariablene i tabell 3 påvirkningsvariabler (resultater ikke vist). Funnene avviker ikke mye fra det som kom frem i den bivariate analysen. Både alder og kjønn er selvstendige prediktorer, også når man kontrollerer for de andre forklaringsvariablene. Inntekt og utdanning har liten selvstendig betydning, bortsett fra for selvbestemmelse, som de med høy utdanning vektlegger minst. Den politiske profilen i holdninger til markedsorientering kommer tydelig frem, men bortsett fra det er det lite politiske forskjeller i holdninger. Det er små regionale forskjeller. De som er opptatt av økonomisk rasjonering, har oftere hatt kontakt med lege de siste seks månedene, men har sjeldnere medfødt eller kronisk sykdom. De som vurderer sin egen helse som dårlig, er særlig opptatt av selvbestemmelse.

Diskusjon

Denne undersøkelsen viser at folk flest har svært høye forventninger til helsetjenesten, og at det nok ikke vil være lett å få befolkningen med på en begrensning i bruk av helsetjenester. Folk ønsker jevnt over lave egenandeler, de vil ha god tilgjengelighet med stor valgfrihet, og det skal være små forskjeller. Men det er klare kjønns- og aldersforskjeller i holdningene. Når det gjelder spørsmål om markedsorientering av helsetjenesten, var det i 1998 mange som hadde et positivt syn på det, særlig i Høyre og Fremskrittspartiet. Dette er i tråd med en ny norsk undersøkelse om befolkningens betalingsvillighet i forhold til helsevesenet (29). Flertallet er villig til å betale ”ekstra øremerket helseskatt”, men folk som stemmer SV eller Senterpartiet, er villige til å betale over 2 000 kroner i året, mot 1 200 – 1 400 kroner blant dem som stemmer Høyre og Fremskrittspartiet.

Metode

Metoden i denne studien setter en del begrensninger. Frafallet var 33 %, og man kan forvente at det er forskjellig syn hos dem som svarer og dem som falt fra. Ut fra en analyse av frafallet i ulike grupper i denne studien opplyser Statistisk sentralbyrå at de vurderer utvalget til å være representativt nok til å trekke slutninger. De som utførte intervjuet, ble trent opp til å forklare spørsmål hvis det var nødvendig. Validitet av spørsmål i henhold til syn på prioritering og helsepolitikk har vi liten mulighet til å bedømme, da vi ikke har referansedata. På den annen side var spørsmålene ganske generelle, og de omhandler forhold som ofte er fremme i den allmenne helsedebatt og som angår mange. Det kan tilsi at mange har et relativt bevisst forhold til de temaer

som ble tatt opp. Men det kan godt tenkes at svarene kunne blitt annerledes hvis spørsmålene var stilt annerledes, eller hvis man hadde anvendt en annen metode, for eksempel fokusgrupper.

Befolkningens syn på helsepolitiske spørsmål kan studeres på mange måter, og resultatet vil kunne avspeile studieopplegget, slik Jordan og medarbeidere har påpekt i sin artikkel (30). Dolan og medarbeidere (31) anvendte fokusgrupper i et utvalg av pasienter i England. Gjennom diskusjonene ble gruppene mer klar over hvor kompleks helsepolitikken er, og de ble mindre opptatt av at deres eget syn skulle få så stor vekt når det gjaldt prioritering. Diskusjonene førte også til at ønsket om å diskriminere røykere og rusmisbrukere ble mindre uttalt. Hvis en forutgående diskusjon i Norge skulle ført til samme utvikling i oppfatningene, ville sannsynligvis færre enn en tredel ment at røykere med kronisk lungesykdom skulle betale høyere egenandel.

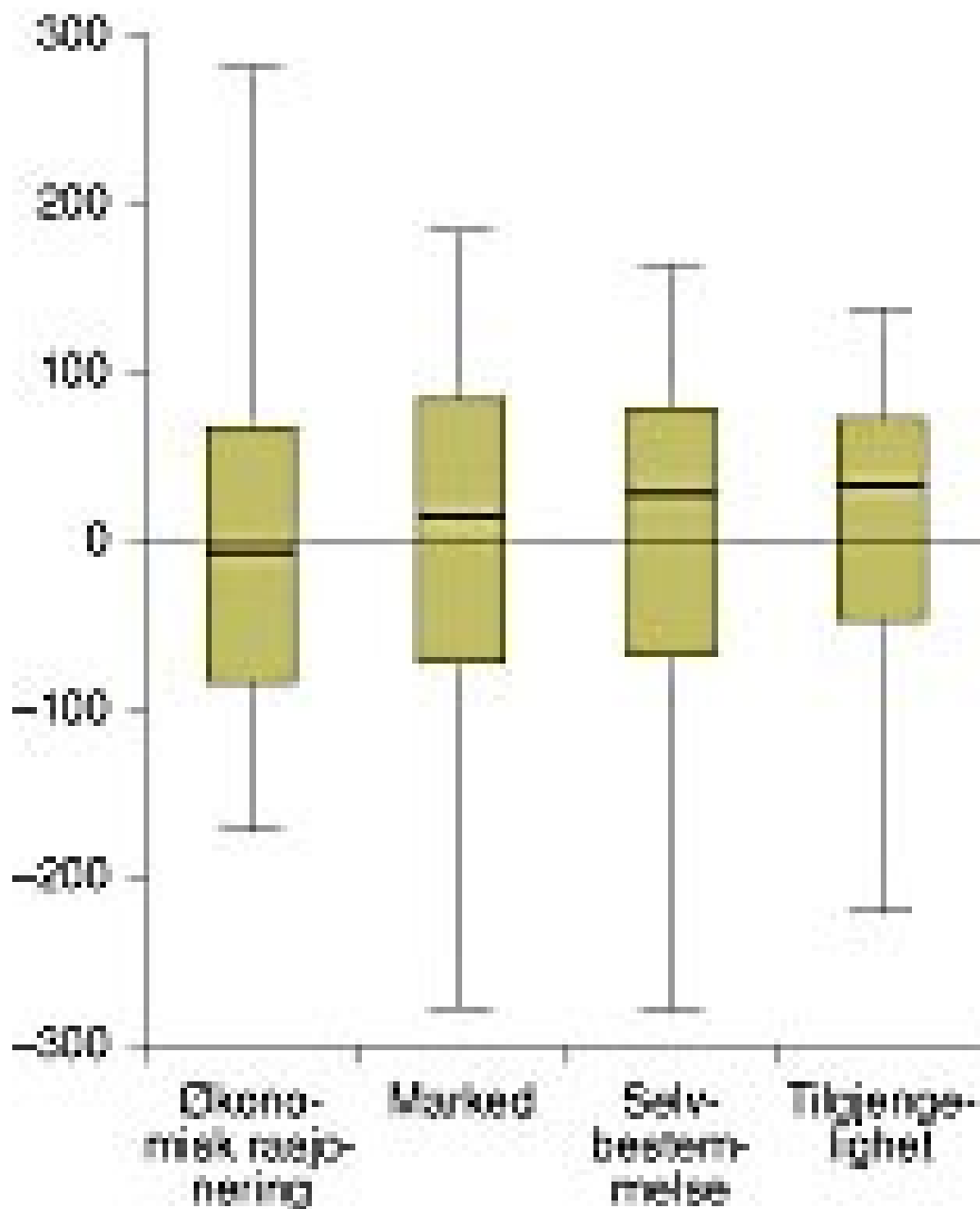
En studie fra Nederland viser også at man ville bli møtt med ulike syn på prioriteringer om man spør fagfolk, pasienter eller de som betaler helsetjenestene (32). I denne studien er kun et utvalg av befolkningen spurt, men mange av disse angir å ha en kronisk sykdom. Disse ønsker mindre økonomisk rasjonering og har et annet syn på prioriteringer enn personer uten kronisk sykdom.

Tabell 2

Faktorladninger (over 0,30 etter Varimax-rotasjon) på de fire underliggende holdningsvariablene ved påstander om holdninger til helsepolitikk i den norske befolkningen

<i>Økonomisk rasjonering</i>	
Høyere egenandel for bagatellmessige plager	0,67
Leger bruker for mye tid på bagateller	0,65
Høyere egenandel for kneskader etter jogging	0,58
Storrøykere bør betale høyere egenandel	0,56
Sykmeldte behandles før dem som ikke er i jobb	0,41
<i>Marked</i>	
Det bør være private sykehus i Norge	0,75
Større konkurranse i helsetjenesten	0,69
Anledning til private helseforsikringer	0,64
Utgifter til helsetjenester trekkes fra på selvangivelsen	0,34
<i>Selvbestemmelse</i>	
Bestemme selv om spesialistundersøkelse	0,71
Høre mer på hva pasientene sier	0,67
Selv velge offentlig sykehus	0,50
<i>Tilgjengelighet</i>	

Ikke ventetid for øyelege	0,76
Ikke ventetid for hofteoperasjoner	0,74
Ventelister er nødvendig	- 0,49



Figur 1 Boksplo av de fire holdningsvariablene. Standardiserte verdier multiplisert med 100. Den tykke linjen angir medianverdien, boksene omfatter de to midterste kvartilene, og hakene totalspennet. N = 1 342

Prioritering

Studien gjør ingen forsøk på å rangere konkrete prioriterings spørsmål, slik Bowling og medarbeidere har gjort i sin studie fra England (33). Men deres funn viser også at folk har meninger om prioriterings spørsmål og om hvem som skal prioriteres. Den norske befolkning ønsker mer involvering av

helsepolitikere enn i det som fremkommer i den engelske studien, mens både Bowling og medarbeideres og vår studie tyder på stor tillit til legers beslutninger.

Blant annet i England er det offisiell politikk at befolkningen skal bli hørt når det gjelder prioritering av helsetjenester, og det er etablert flere opplegg man kan anvende for å få til en slik involvering (31 – 34). Våre svar viser at det ikke uten videre er enkelt å få støtte i befolkningen til å begrense bruken av helsetjenester. Svarfordelingen på de enkelte spørsmålene gir et sammensatt bilde og viser høye forventninger. Både politikere, fagfolk og pasienter skal bestemme mer, slik også andre argumenterer for (35). Det kan bety at det i folket er støtte for en prioriteringsprosess hvor både befolkningen, fagfolk og politikerne deltar. Men det er ikke tatt opp i hvilken grad det kan være motsetninger mellom disse tre instanser når det gjelder forventninger og muligheter, og at fagfolk kan fortolke faglige prioriteringer ulikt, slik blant andre Norheim (16), Klein (36) og Hunter (27) har påpekt.

Tabell 3

Gjennomsnittsverdier for de fire holdningsvariablene i ulike kategorier av den norske befolkningen. Standardiserte variabler multiplisert med 100. Positive verdier betyr at kategorien ligger over gjennomsnittet og negative at den ligger under. Stjernene over hver gruppe indikerer eventuelle statistisk signifikante forskjeller mellom høyeste og laveste kategori (F-test). Antall respondenter i hver kategori i parentes. * p

	Økonomisk rasjonering	Marked	Selvbestemmelse	Tilgjengelighet
Kjønn	**	**	**	
Menn (662)	24,01	11,95	- 18,87	- 1,97
Kvinner (680)	- 23,37	- 11,63	18,38	1,92
Alder (år)	*	*	**	**
16 – 24 (195)	- 0,07	13,83	0,85	- 26,27
25 – 44 (581)	- 0,91	3,43	- 5,44	- 6,75
45 – 66 (395)	7,52	- 6,77	- 7,67	13,03
67+ (171)	14,40	- 11,80	35,23	22,79
Inntekt	**	*	**	
Under 100 000 (323)	- 10,20	3,44	16,19	- 8,68
100 000 – 199 000 (372)	- 5,86	- 5,18	20,07	4,90
200 000 – 299 000 (369)	0,20	- 7,44	- 16,48	4,47
300 000+ (220)	15,09	15,70	- 29,00	- 2,43
Utdanningsnivå		*	**	
Grunnskole (233)	- 3,89	- 6,21	19,38	12,94
Videregående skole (710)	0,86	6,90	- 1,02	1,17

Høyskole/universitet (337)	2,25	- 8,92	- 13,23	- 7,52
Politisk ståsted		**	*	
Sosialistisk (444)	- 1,58	- 32,46	- 9,55	- 4,63
Sentrum (261)	6,68	- 6,08	14,48	2,36
Høyre (319)	7,57	40,24	- 3,31	7,74
Ikke stemt (318)	- 10,88	9,94	4,78	- 3,24
Landsdel				
Akershus og Oslo (262)	1,56	6,34	- 1,63	- 7,18
Hedmark og Oppland (120)	2,56	0,02	- 3,04	- 13,64
Østlandet ellers (241)	6,89	- 1,33	1,47	9,99
Agder og Rogaland (206)	4,98	8,50	- 1,35	6,41
Vestlandet (242)	- 16,39	- 6,29	8,68	- 5,50
Trøndelag (138)	7,77	- 1,11	- 19,02	10,68
Nord-Norge (133)	- 3,81	- 10,66	9,33	- 2,65
Boområde			*	
Spredt (325)	0,99	- 2,82	0,52	6,97
Tettsted < 2 000 (159)	4,72	- 15,12	16,85	3,47
Tettsted 2 000 - 20 000 (317)	4,11	0,02	- 0,92	- 6,19
Tettsted 20 000 - 100 000 (254)	- 2,10	0,40	6,21	8,92
Tettsted 100 000+ (282)	- 6,54	11,34	- 14,62	- 11,00
Kontakt med lege siste 6 md.	*		*	
Ja (705)	- 6,56	0,14	5,56	4,65
Nei (637)	7,26	- 0,15	- 6,16	- 5,15
Egenvurdert helse			**	
God eller bedre (1044)	1,45	2,21	6,66	- 0,72
Middels eller dårligere (298)	- 5,09	- 7,74	23,32	2,58
Kronisk sykdom	**			
Ja (301)	- 18,81	- 2,88	9,26	1,80
Nei (1039)	5,59	1,02	- 2,82	- 6,26

Rasjonering og egenbetaling

Studien viser en del selvmotsigelser. Det er lite støtte til økonomisk rasjonering og det er et ønske om meget stor tilgjengelighet. Flertallet avviser at egne ressurser eller det å være i arbeid skal kunne brukes til å få helsetjenester

raskere. Men samtidig er det stor støtte for fradrag i skatten for bruk av egne penger, flere private sykehus og private helsetjenesteforsikringer, noe som klart vil føre til sosiale skiller. Dette indikerer hvor vanskelig det er å se sammenhenger innenfor den komplekse helsepolitikken, slik blant andre Botten & Skaset har påpekt (37).

I Norge har det ikke vært økonomiske barrierer for bruk av helsetjenester, i og med at egenandelene jevnt over er små, særlig ved sykehusbehandling. Gratis sykehus tilbud er sentralt for befolkningen. Både i Norge (2) og internasjonalt er det en diskusjon om hvorvidt sykdommer som har risikofaktorer knyttet til egen atferd skal medføre høyere egenandel. Dette ble avvist av det siste prioriteringsutvalget (Lønning II) (2), men i befolkningen er holdningen noe mer splittet, særlig når det gjelder røyking, hvor én av tre vil ha økte egenandeler ved sykdom. Diabetes blant overvektige og joggeskader kommer tydeligvis i en annen kategori.

Høyere egenbetaling for bagateller ble trukket frem i Lønning II. En slik ordning støttes også av én av tre i vår undersøkelse. Bevisstgjøring om hvor vanskelig det ville være å praktisere dette, ville antakelig gitt ordningen mindre støtte.

Svarfordelingen kan sannsynligvis tas til inntekt for hvor vanskelig det er å bruke generelle spørreundersøkelser til å generere prioriteringsdata. Erfaringer fra Oregon viser at prioriteringslisten basert på befolkningens oppfatninger måtte revideres etter hvert som folk ble mer realitetsorientert (28).

Det er store kjønnsforskjeller i holdninger til helsetjenesten i Norge, og kvinner har jevnt over større krav til den offentlige helsetjenesten og avviser økonomisk rasjonering og markedsorientering. Dette kan komme av at de bruker helsetjenesten mer (38, 39), men forskjellen opprettholdes også når man kontrollerer for egen sykdom og bruk av helsetjenester. Personer over 67 år skiller seg tydelig fra resten av materialet, særlig ved å ønske større medbestemmelse, lite ventetid og mindre økonomisk rasjonering. Heller ikke her synes egen sykdom å være av betydning.

Fritt legevalg

De nye reformer i helsetjenesten i Norge legger vekt på at pasienter kan velge mer selv. Svar i denne undersøkelsen tyder på at folk ønsker å gå langt i den retning, idet hele 69 % mener at man bør velge spesialistundersøkelse selv. Henvissningsplikten står sterkt både i Norge og i andre land. Våre svar tyder på at denne ordningen ikke har støtte av majoriteten av befolkningen. Men det er verdt å merke seg at det er de eldre som er aller mest opptatt av tilgjengelighet. Dette kan tolkes enten som om at det er vanskeligere for dem å få tilgang til helsetjenesten, eller som at de ønsker å sikre seg nødvendig helsetjeneste når behovet melder seg. At egen sykdom ikke gjør utslag her, kan tyde på det siste.

Pasienters ønske om medbestemmelse er et tema som blir mye omtalt (40 – 44), og vektlegging av rett til fritt valg av lege og sykehus er et eksempel på det. Interessant nok finner vi at høy utdanning reduserer vektlegging av selvbestemmelse, mens kvinner legger klart mer vekt på det enn menn. Man

kan fortolke dette overensstemmende med påpekning av at helsetjenesten er mer utformet for menn (39), og at den er mindre i stand til å imøtekomme kvinners behov, slik den er utformet i dag.

Da intervjuene ble foretatt, var ikke fristilling av sykehus og økt konkurranse særlig debattert, slik det nå er blitt (45). Men folk hadde tydeligvis en oppfatning om det. Her finner vi forventede forskjeller med en kjønns- og aldersgradient, tydelige politiske skillelinjer, samt en viss sentrum-periferi-forskjell (ikke signifikant).

Konklusjon

Det overordnede spørsmål i denne studien var å drøfte befolkningens deltakelse i en eksplisitt prioriteringsprosess. Svarene kan tolkes på to måter. For det første har befolkningen så store og sammensatte forventninger til en offentlig finansiert helsetjeneste at det ikke er lett å se hvordan folk flest skulle kunne bidra til å sette grenser for hva den offentlige helsetjeneste skal tilby når det gjelder finansiering, selvbestemmelse og tilgjengelighet, samtidig som målet om sosial likhet skal kunne bevares. På den annen side har undersøkelsen vist at folkemeningen må telle med i disse kompliserte spørsmålene dersom det skal være mulig enten å få politisk gjennomslag for økte kostnader eller for å komme frem til hva den offentlige helsetjenesten eventuelt ikke bør tilby. Uten en bred støtte i befolkningen vil det være umulig for de enkelte politiske partiene å gjøre slike prioriteringer eller avgrensninger. Nettopp fordi holdninger og oppfatninger varierer mye med alder, kjønn og egen helse, er det viktig med bred representasjon i en slik debatt.

LITTERATUR

1. Norges offentlige utredninger. Retningslinjer for prioriteringer innen norsk helsetjeneste. NOU 1987: 23. Oslo: Universitetsforlaget, 1987.
2. Norges offentlige utredninger. Prioriteringer på ny. NOU 1997: 18. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1997.
3. Klein R, Day P, Redmayne S. Managing scarcity. Priority setting in the national health services. Buckingham: Open University Press, 1996.
4. Kleinert S. Rationing health care – how should it be done? *Lancet* 1998; 352: 1244.
5. Bowling A. Health care rationing: the public's debate. *BMJ* 1996; 312: 670 – 4.
6. Holm S. The second phase of priority setting. *BMJ* 1998; 17: 1000 – 2.
7. Chinitz D, Israeli A. Health reforms and rationing in Israel. *Health Affairs* 1997; 16: 205 – 10.

8. Phelps CE. Rationing alternatives for medical care. *Ann Rev Public Health* 1994; 15: 413 – 36.
9. Rathwell T. Health care in Canada: a system in turmoil. *Health Policy* 1994; 24: 5 – 17.
10. Mechanic D. Muddling through elegantly: finding the proper balance in rationing. *Health Affairs* 1997; 16: 83 – 92.
11. Coast J. Rationing within the NHS should be explicit – the case against. *BMJ* 1997; 314: 1118 – 22.
12. Mechanic D. Dilemmas in rationing health care services: the case for implicit rationing. *BMJ* 1995; 310: 1655 – 9.
13. Klein R. The case against. *BMJ* 1997; 314: 506 – 9.
14. Ham C. Improving NHS performance: human behaviour and health policy. *BMJ* 1999; 319: 1490 – 2.
15. Grimshaw JM, Hutchinson A. Clinical practice guidelines – do they enhance value for money in health care? *Br Med Bull* 1995; 51: 927 – 40.
16. Norheim OF. Healthcare rationing – are additional criteria needed for assessing evidence based clinical practice guidelines? *BMJ* 1999; 319: 1426 – 9.
17. Doyal L. Rationing within the NHS should be explicit – the case for. *BMJ* 314; 1997: 1114 – 8.
18. Harrison S. The rationing debate: central government should have a greater role in rationing decisions: the case against. *BMJ* 1997; 314: 970 – 3.
19. Hadorn DC, Holmes AC. The New Zealand priority criteria project. *BMJ* 1997; 314: 131 – 4.
20. Cumming J. Core services and priority-setting: the New Zealand experiences. *Health Policy* 1994; 29: 41 – 60.
21. Dixon J, New B. Setting priorities New-Zealand-style: we can learn from it. *BMJ* 1997; 314: 86 – 7.
22. Lenaghan J. The rationing debate: central government should have a greater role in rationing decisions: the case for. *BMJ* 1997; 314: 967 – 70.
23. MacLeod SM, Bienenstock J. Evidence-based rationing. Dutch pragmatism or government insensitivity? *Can Med Assoc J* 1998; 158: 213 – 4.
24. Lenaghan J, New B, Mitchell E. Setting priorities: is there a role for citizens' juries? *BMJ* 1996; 312: 1591 – 3.
25. Richards T. Patients' priorities. *BMJ* 1999; 318: 277.
26. Hadorn DC. The role of public values in setting health care priorities. *Soc Sci Med* 1991; 32: 773 – 81.

27. Hunter DJ. Rationing: the case for "muddling through elegantly". *BMJ* 1995; 311: 811.
28. Ham C. Retracing the Oregon trail: the experience of rationing and the Oregon health plan. *BMJ* 1998; 316: 1965 – 9.
29. Olsen JA, Hofoss D. Hvor mye penger vil vi bruke på helsevesenet? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2000; 120: 779 – 82.
30. Jordan J, Dowswell T, Harrison S, Lilford RJ, Mort M. Health needs assessment. Whose priorities? Listening to users and the public. *BMJ* 1998; 316: 1668 – 70.
31. Dolan P, Cookson R, Ferguson B. Effect of discussion and deliberation on the public's views of priority setting in health care: focus group study. *BMJ* 1999; 318: 916 – 9.
32. Stronks K, Strijbis AM, Wendte JF, Gunning-Schepers LJ. Who should decide? Qualitative analysis of panel data from public, patients, healthcare professionals, and insurers on priorities in health care. *BMJ* 1997; 315: 92 – 6.
33. Bowling A, Jacobsen B, Southgate L. Health services priorities. Exploration in consultation of the public and health professionals on priority setting in an inner London health district. *Soc Sci Med* 1993; 37: 851 – 7.
34. Bowie C, Richardson A, Sykes W. Consulting the public about healthcare priorities. *BMJ* 1995; 311: 1155 – 8.
35. Wells J. The public and professional interface with priority setting in the National Health Service. *Health Social Care Comm* 1996; 4: 255 – 63.
36. Klein R. Puzzeling out priorities. Why we must acknowledge that rationing is a political process. *BMJ* 1998; 317: 959 – 60.
37. Botten G, Skaset M. Utviklingen i norsk helsevesen og norsk helsepolitikk i lys av målsetningen om likhet. *Tidsskr for Velferdsforskning* 1999; 2: 215 – 28.
38. Botten G. Kjønnsulikheter i sykelighet og dødelighet. Ulike modeller som kan brukes til å forklare kvinners og menns forskjellig sykdomsbilde. I: Schei B, Botten G, Sundby J, red. *Kvinnemedisin*. Oslo: Ad Notam-Gyldendal, 1993: 42 – 60.
39. Norges offentlige utredninger. *Kvinnens helse i Norge*. NOU 1999: 13. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
40. Richardson A, Charny M, Hanmer-Lloyd S. Public opinion and purchasing. *BMJ* 1992; 304: 680 – 4.
41. NHS Management Executive. *Local voices: the views of local people in purchasing for health*. London: Department of Health, 1992.

42. Hadorn DC. The role of public values in setting health care priorities. *Soc Sci Med* 1991; 32: 773 – 81.
 43. Jordan J, Dowswell T, Harrison S, Lilford R, Mort M. Health needs assessment. Whose priorities? Listening to users and the public. *BMJ* 1998; 316: 1668 – 70.
 44. Dicker A, Armstrong D. Patient's views of priority setting in health care: an interview survey in one practice. *BMJ* 1995; 311: 1137 – 9.
 45. Norges offentlige utredninger. Hvor nært skal det være? NOU 15: 1999. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon statens trykning, 1999.
-

Publisert: 20. oktober 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 24. juni 2026.