



Siðferðilegar spurningar við forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu

Viðhorf alþingismanna, stjórnenda í heilbrigðisþjónustu,
lækna og hjúkrunarfræðinga

Höfundur: Jórunn María Ólafsdóttir
Leiðbeinandi: Hanna Katrín Friðriksson

Meistaraprófsritgerð í stjórnun heilbrigðisþjónustu
Desember 2009

Staðfesting meistararanema

Þetta er meistaraverkefni til M.S.-prófs í stjórnun heilbrigðisþjónustu við
Viðskiptadeild Háskólans á Bifröst.

Verkefnið vann Jórunn María Ólafsdóttir, kennitala: 181276-5339.

Jórunn María Ólafsdóttir

Staðfesting Háskólans á Bifröst

Það staðfestist hér með að þetta meistaraverkefni fullnægir kröfum til M.S. prófs í
stjórnun heilbrigðisþjónustu.

Hanna Katrín Friðriksson, leiðbeinandi

ÚTDRÁTTUR

Örar tækni- og meðferðarnýjungar á heilbrigðissviði og takmarkað fjármagn gerir forgangsröðun verkefna óhjákvæmilega. Skarpari umræðu var þörf varðandi forgangsröðun löngu áður en þær efnahagsþreningar sem nú hrjá íslensku þjóðina dundu yfir. Mikilvægt er að sú umræða sé skýr og vel skilgreind, í tengslum við raunveruleikann, en ekki aðstæðu- eða persónubundin, of víðtæk eða takmörkuð. Hún þarf auk þess að miðast við bestu þverfaglegu þekkingu sem völ er á hverju sinni án þess að vera of gildishlaðin og háleit.

Tilgangur þessa lokaverkefnis var að varpa ljósi á viðhorf alþingismanna, stjórnenda í heilbrigðisþjónustu, lækna og hjúkrunarfræðinga til þeirra siðferðilegu spurninga sem vakna við forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni. Um lítt rannsakað efni hér á landi var að ræða. Megindleg rannsókn var gerð með rafrænum spurningalistu til þeirra sem lento í útaki, alls 283 einstaklinga, svarhlutfall var 48%.

Í öðrum rannsóknum hefur verið sterk tilhneiting til jafnræðisstefnu, þar sem lífsstíll, aldur sjúklinga, alvarleiki veikinda og batahorfur hafa lítil áhrif á forgangsröðun. Niðurstöður þessarar rannsóknar eru um margt frábrugðnar, þar sem þátttakendur hallast töluvert að nytjastefnuviðmiðum og að hagsmunir heildarinnar vegi meira en einstaklinganna. Hóparnir fjórir voru nokkuð sammála um þau siðferðilegu viðmið sem rannsóknin spyr um. Virkni meðferðar og batahorfum sjúklinga var raðað fram en alvarleika veikinda. Aldur hafði ekki áhrif á forgangsröðun, nema þannig að háaldraðir njóti minni forgangs. Efnahagur, félagsleg staða eða lífsstíll sjúklinga hafa ekki áhrif á forgangsröðun. Forvarnir voru taldar mikilvægari, en þróun kostnaðarsamrar meðferðar við lífsógnandi sjúkdómum. Öflug nærbjónusta á landsbyggðinni var talin mikilvægari, en kostnaðarlækkun í heilbrigðiskerfinu. Heilbrigðisstarfsfólk taldi ekki æskilegt að velja ódýrari sjúkdómsmeðferð af tveimur ef hún hugsanlega ber minni árangur, meirihluti stjórnenda og alþingismanna var á öndverðum meiði. Hver hópur taldi sinn hóp einna best til þess fallinn að koma að forgangsröðun innan heilbrigðisþjónustunnar.

Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa mikilvæga vísbendingu um viðhorf þessara hópa og nýtast sem dýrmætt innlegg í þá umræðu og vinnu sem er óhjákvæmileg. Af

niðurstöðunum má draga þá ályktun að þeir hópar, sem meðal annarra koma að forgangsröðun verkefna innan heilbrigðisþjónustunnar, eru nokkuð einhuga um það verkefni sem framundan er og felst í því að koma á skarpari forgangsröðun heilbrigðisþjónustu hér á landi, þar sem hámarksnýting fjármuna nýtist samféluginu öllu til heilla og bættrar heilsu.

FORMÁLI

Eftirfarandi ritgerð er lokaverkefni til meistaragráðu í stjórnun heilbrigðisþjónustu við Háskólann á Bifröst og er metið til 18 ETCS. Leiðbeinandi minn er Hanna Katrín Friðriksson.

Þegar leið að seinni hluta náms míns kom að því að velja umfjöllunarefni loka-verkefnisins. Fyrir valinu varð siðfræðileg nálgun að forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu. Ástæðan fyrir því var fyrst og fremst áhugi undirritaðrar á siðferðilegri hlið starfa stjórnenda í heilbrigðisþjónustu.

Vinnan við þetta verkefni er búin að vera krefjandi og áhugavert ferðalag að settu marki. Mínar bestu þakkir fær leiðbeinandi minn, Hanna Katrín Friðriksson, fyrir góðar hugmyndir og hvatningu. Ég vil jafnframt þakka af heilum hug þeim fjölmörgu sem, á einn eða annan hátt, aðstoðuðu við framkvæmd og útfærslu rannsóknarinnar, sem og þátttakendum sem gáfu sér tíma til að svara henni. Þessu verkefni hefði þó tæplega verið lokið nema fyrir ómetanlegan stuðning, hvatningu og þolinmæði minnar yndislegu fjölskyldu, vina og samstarfsfólks og fá þau öll mínar bestu þakkir.

EFNISYFIRLIT

ÚTDRÁTTUR	iii
FORMÁLI.....	v
EFNISYFIRLIT	vi
LISTI YFIR TÖFLUR	viii
LISTI YFIR MYNDIR	x
INNGANGUR	1
Markmið rannsóknarinnar og rannsóknarsurningar	2
Styrkleikar og mikilvægi rannsóknarinnar	2
Takmarkanir rannsóknarinnar	3
Skilgreining meginhugtaka	3
Samantekt	4
FRÆÐILEGUR BAKGRUNNUR	5
Heilbrigðisþjónusta á Íslandi.....	5
Forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu.....	8
Helstu siðfræðikenningar	11
Siðfræðileg nálgun að forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu	13
<i>Aldur sjúklinga.....</i>	13
<i>Alvarleiki veikinda</i>	14
<i>Batahorfur.....</i>	15
<i>Kostnaður meðferðar</i>	16
<i>Lifstíll</i>	17
Siðfræðileg viðmið gæða og kostnaðar heilbrigðisþjónustu	18
Rannsóknir á viðhorfum fólks til forgangsröðunar í heilbrigðisþjónustu	19
Samantekt	22
AÐFERÐAFRÆÐI OG FRAMKVÆMD KÖNNUNARINNAR	23
Val á rannsóknaraðferð	23
Úrtak	24
Svarhlutfall	25
Spurningalisti	26
Helstu takmarkanir rannsóknarinnar	27

Styrkleikar og mikilvægi rannsóknarinnar	28
Um réttmæti og siðfræði rannsókna	28
Samantekt	29
NIÐURSTÖÐUR.....	30
Niðurstöður í máli og myndum	30
<i>Alvarleiki veikinda og virkni meðferðar</i>	31
<i>Aldur sjúklinga</i>	32
<i>Efnahagur sjúklinga</i>	33
<i>Kostnaður meðferðar</i>	35
<i>Lífsstíll sjúklinga</i>	36
<i>Félagsleg staða sjúklinga</i>	37
<i>Forvarnir eða ný kostnaðarsöm meðferð</i>	38
<i>Lækkun kostnaðar í heilbrigðiskerfinu eða öflug nærbjónusta á lands-byggðinni</i>	39
<i>Hverjir eru best til þess fallnir að koma að forgangsröðun í heilbrigðis-þjónustunni?</i>	41
<i>Reynsla þátttakenda af forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni</i>	42
Samantekt	44
UMRÆÐUR	46
Svör við rannsóknarsprungunni	47
<i>Alvarleiki veikinda og virkni meðferðar</i>	48
<i>Aldur sjúklinga</i>	49
<i>Kostnaður meðferðar</i>	50
<i>Lífsstíll sjúklinga</i>	50
<i>Forvarnir eða ný kostnaðarsöm meðferð</i>	51
<i>Lækkun kostnaðar í heilbrigðiskerfinu eða öflug nærbjónusta á lands-byggðinni</i>	52
<i>Hverjir eru best til þess fallnir að koma að forgangsröðun í heilbrigðis-þjónustunni?</i>	52
<i>Reynsla þátttakenda af forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni</i>	53
Samantekt	54
LOKAORD.....	55
HEIMILDASKRÁ	57
VIÐAUKAR	64
Spurningalistinn	64
Niðurstöður rannsóknarinnar flokkaðar eftir kyni og búsetu	67

LISTI YFIR TÖFLUR

Tafla 1. Bakgrunnsbreytur þáttakenda og svarhlutfall	30
Tafla 2. Sp. 4. Um two sjúkdóma er að ræða sem eru jafn kostnaðarsamir í meðferð.	
Sjúkdómur A veldur alvarlegum heilsufarsvandamálum og meðferð hefur lítil áhrif, en	
sjúkdómur B veldur minni heilsufarsvandamálum og meðferð hefur mikil áhrif. Hvernig	
skal forgangsraða?	31
Tafla 3. Sp. 5. Hver af eftifarandi fullyrðingum lýsir best þínu viðhorfi? Áhrif aldurs á	
forgangsröðun	32
Tafla 4. Sp. 6a. Efnaðir einstaklingar eiga að borga hærra hlutfall fyrir sjúkdómsmeðferð sína	
.....	34
Tafla 5. Sp. 6b. Séu tvær sjúkdómsmeðferðir viðurkenndar, skal velja þá ódýrari þrátt fyrir	
hugsanlega minni árangur.....	35
Tafla 6. Sp. 6c. Hafi sjúklingar með lífsstíl sínum valdið sjúkdómsástandi sínu að einhverju	
eða öllu leyti (t.d. með reykingum) – og neita að hætta – eiga að hafa sama aðgengi að	
heilbrigðisþjónustunni og aðrir hópar.....	36
Tafla 7. Sp. 6d. Fólk sem býr við lakari félagslega stöðu, t.d. atvinnulausir og láglunaafólk,	
skal njóta forgangs í heilbrigðisþjónustunni.....	37
Tafla 8. Sp. 6e. Að verja fjármunum í forvarnir er mikilvægara en að taka upp nýja	
kostnaðarsama meðferð við lífsognandi sjúkdómum	38
Tafla 9. Sp. 6f. Meiri lækkun kostnaðar innan heilbrigðiskerfisins er mikilvægari en	
uppbrygging öflugrar nærbjónustu á landsbyggðinni.....	40
Tafla 10. Spurning 7. Hverjur eru best til þess fallnir að koma að forgangsröðun innan	
heilbrigðisþjónustunnar?	41
Tafla 11 Sp. 4. Um two sjúkdóma er að ræða sem eru jafn kostnaðarsamir í meðferð.	
Sjúkdómur A veldur alvarlegum heilsufarsvandamálum og meðferð hefur lítil áhrif, en	
sjúkdómur B veldur minni heilsufarsvandamálum og meðferð hefur mikil áhrif. Hvernig	
skal forgangsraða? Svör flokkuð eftir kyni og búsetu.....	67
Tafla 12. Sp. 5. Hver af eftifarandi fullyrðingum lýsir best þínu viðhorfi? Áhrif aldurs á	
forgangsröðun. Svör flokkuð eftir kyni og búsetu.....	67
Tafla 13. Sp. 6a. Efnaðir einstaklingar eiga að borga hærra hlutfall fyrir sjúkdómsmeðferð	
sína. Flokkað eftir kyni og búsetu.....	68
Tafla 14. Sp. 6b. Séu tvær sjúkdómsmeðferðir viðurkenndar, skal velja þá ódýrari þrátt fyrir	
hugsanlega minni árangur. Svör flokkuð eftir kyni og búsetu	68

Tafla 15. Sp. 6c. Hafi sjúklingar með lífsstíl sínum valdið sjúkdómsástandi sínu að einhverju eða öllu leyti (t.d. með reykingum) – og neita að hætta – eiga þeir að hafa sama aðgengi að heilbrigðisþjónustunni og aðrir hópar. Flokkað eftir kyni og búsetu.	69
Tafla 16. Sp. 6d. Fólk sem býr við lakari félagslega stöðu, t.d. atvinnulausir og láglunaafólk, skal njóta forgangs í heilbrigðisþjónustunni.....	69
Tafla 17. Sp. 6e. Að verja fjármunum í forvarnir er mikilvægara en að taka upp nýja kostnaðarsama meðferð við lífsógnandi sjúkdómum. Svör flokkuð eftir kyni og búsetu.	70
Tafla 18. Sp. 6f. Meiri lækkun kostnaðar innan heilbrigðiskerfisins er mikilvægari en uppbygging öflugrar nærþjónustu á landsbyggðinni. Svör flokkuð eftir kyni og búsetu.	70
Tafla 19. Hverjir eru best til þess fallnir að koma að forgangsröðun innan heilbrigðisþjónustunnar?.....	71

LISTI YFIR MYNDIR

Mynd 1. Áætluð heildarútgjöld ríkissjóðs 2009	6
Mynd 2. Útgjöld hins opinbera til heilbrigðismála í milljörðum króna á verðlagi ársins 2008.	7
Mynd 3. Heildarútgjöld til heilbrigðismála sem hlutfall (%) af vergri landsframleiðslu OECD ríkjanna 2007.	7
Mynd 4. Sp. 4. Um two sjúkdóma er að ræða sem eru jafn kostnaðarsamir í meðferð. Sjúkdómur A veldur alvarlegum heilsufarsvandamálum og meðferð hefur lítil áhrif, en sjúkdómur B veldur minni heilsufarsvandamálum og meðferð hefur mikil áhrif. Hvernig skal forgangsraða?	32
Mynd 5. Sp. 5. Hver af eftirfarandi fullyrðingum lýsir best þínu viðhorfi? Áhrif aldurs á forgangsröðun	33
Mynd 6. Sp. 6a. Efnaðir einstaklingar eiga að borga hærra hlutfall fyrir sjúkdómsmeðferð sína	34
Mynd 7. Sp. 6b. Séu tvær sjúkdómsmeðferðir viðurkenndar, skal velja þá ódýrari þrátt fyrir hugsanlega minni árangur.....	36
Mynd 8. Sp. 6c. Hafi sjúklingar með lífsstíl sínum valdið sjúkdómsástandi sínu að einhverju eða öllu leyti (t.d. með reykingum) – og neita að hætta – eiga þeir að hafa sama aðgengi að heilbrigðisþjónustunni og aðrir hópar.....	37
Mynd 9. Sp. 6d. Fólk sem býr við lakari félagslega stöðu, t.d. atvinnulausir og láglunafolk, skal njóta forgangs í heilbrigðisþjónustunni.....	38
Mynd 10. Sp. 6e. Að verja fjármunum í forvarnir er mikilvægara en að taka upp nýja kostnaðarsama meðferð við lífsógnandi sjúkdómum	39
Mynd 11. Op. 6f. Meiri lækkun kostnaðar innan heilbrigðiskerfisins er mikilvægari en uppbygging öflugrar nærbjónustu á landsbyggðinni	40

INNGANGUR

Ein af grunnstoðum samfélags okkar er heilbrigðiskerfið. Hvernig því er stýrt og hvaða ákvarðanir eru tekna skipta máli fyrir hvert mannsbarn í landinu. Siðferðileg nálgun að ákvörðunum innan heilbrigðisþjónustunnar skiptir miklu máli, þar sem um flókin, viðkvæm og mikilvæg álitamál er að ræða.

Í þessari ritgerð er fjallað um siðferðileg álitamál við forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu. Fræðilegur grundvöllur er lagður í upphafi og greint er frá viðhorfskönnum undirritaðrar meðal alþingismanna, stjórnenda í heilbrigðisþjónustu, lækna og hjúkrunarfræðinga til siðferðilegra álitamála við forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu og umræður um helstu niðurstöður.

Heilbrigðisþjónustan hefur tekið miklum breytingum hér á landi undanfarin ár. Miklar framfarir hafa orðið varðandi meðferðarúrræði, fækkan hefur orðið á legurýmum sjúkrahúsa, ferliverk og göngudeildarþjónusta hafa farið vaxandi og fleira mætti nefna. Þrátt fyrir það hafa útgjöld ríkissjóðs vegna heilbrigðisþjónustunnar aukist á undanförum árum, umfram það sem gerst hefur í flestum löndum OECD. Að þessum upplýsingum gefnum er ljóst að skarpari umræðu var þörf um forgangsröðun löngu áður en þær efnahagsþrengingar, sem nú hrjá íslenska þjóð dundu yfir. Þjóðirnar í kringum okkur eru árum og áratugum á undan í þeim eftirnum. Þar hefur umræðan að jafnaði verið meiri og opnari ásamt því að skýrari stefna hefur verið mótuð varðandi þær afmarkanir sem takmarkað fjármagn, mannafli og bjargráð setja heilbrigðisþjónustunni.

Bilið milli tækni- og meðferðarnýjunga á heilbrigðissviði annars vegar og mögulegra opinberra fjárveitinga til heilbrigðismála hins vegar er sífellt að breikka og gerir forgangsröðun verkefna óhjákvæmilega. Umræðan um það hvernig og hver skuli standa að þeirri forgangsröðun og á hvaða forsendum er því þörf og brýn.

Hluti af siðferðilegum skyldum stjórnenda heilbrigðismála og heilbrigðisstofnana er að fara vel með almannafé. Það er réttmæt krafa almennings að skynsamlega sé farið með skattfé, auc þess sem útgjöld til heilbrigðismála mega ekki taka of stóran hlut af fjárveitingum til annarra velferðar- og samfélagsmála. Ýmsar leiðir eru færar að því marki en einna brýnast er að stefnumörkun, og þar með forgangsröðun verkefna í

heilbrigðisþjónustunni, sé skýr og vel skilgreind. Hún má ekki vera aðstæðu- eða persónubundin, of viðtæk eða takmörkuð og þarf að miðast við bestu þverfaglegu þekkingu sem völ er á hverju sinni.

Markmið rannsóknarinnar og rannsóknarspurningar

Markmið þessarar rannsóknar eru að varpa ljósi á viðhorf alþingismanna, stjórnenda í heilbrigðisþjónustu, lækna og hjúkrunarfræðinga til siðferðilegra spurninga við forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu, ásamt því að vera innlegg í umræðu um siðferðileg álitamál við forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu.

Eftirfarandi rannsóknarspurning ásamt undirspurningum var sett fram, og endurspeglar væntingar undirritaðrar til rannsóknarinnar:

- Hver eru viðhorf heilbrigðisstarfsfólks, stjórnenda í heilbrigðisþjónustu og alþingismanna til forgangsröðunar innan heilbrigðisþjónustunnar?
 - Er munur á viðhorfum heilbrigðisstarfsfólks, stjórnenda í heilbrigðisþjónustu og alþingismanna til forgangsröðunar innan heilbrigðisþjónustunnar?
 - Samræmast viðhorf íslenskra alþingismanna, stjórnenda í heilbrigðisþjónustu, lækna og hjúkrunarfræðinga til forgangsröðunar innan heilbrigðisþjónustunnar viðhorfum starfsfélaga þeirra í öðrum löndum?
 - Eru viðhorf þessara hópa til forgangsröðunar í heilbrigðisþjónustu líkleg til að hafa breyst í kjölfar þeirra erfiðleika sem steðja að í efnahagsmálum?

Styrkleikar og mikilvægi rannsóknarinnar

Helstu styrkleikar þessarar rannsóknar liggja í þeirri staðreynd að viðfangsefnið hefur verið lítt rannsakað hér á landi. Rannsóknin er byggð á viðtækum fræðilegum grunni erlendra rannsókna. Þeir hópar sem þátt taka í rannsókninni gefa henni einnig aukið vægi, því þeir koma allir að forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni með einum eða öðrum hætti í starfi sínu. Viðhorf þeirra gefa góða vísbendingu um æskilegar áherslur í forgangsröðun heilbrigðisþjónustu í okkar veruleika og hvaða siðferðilegu viðmið ber að viðhafa.

Tímasetning rannsóknarinnar telst einnig styrkleiki hennar. Þrátt fyrir að forgangs-röðunumræðan hefði þurft að vera lengra komin og verið brýn á öllum tímum er hún nauðsynleg og óhjákvæmileg á þeim tímum sem við nú lifum, vegna þeirra miklu efnahagsþrenginga og aðhaldsaðgerða sem blasa við íslensku samfélagi.

Takmarkanir rannsóknarinnar

Líkt og aðrar rannsóknir sem gerðar eru á úrtaki hefur þessi rannsókn ekki alhæfingargildi, nema fyrir þá þátttakendur sem tóku þátt og á þeirri stundu sem þeir svöruðu. Niðurstöður hennar gefa þó sterka vísbendingu um viðhorf þessara hópa og ber að taka sem slíkri. Orðalag spurningalistans er almennt og dæmi ekki útskýrð í þaula, enda um almennar aðstæður að ræða, og getur það haft áhrif á niðurstöðurnar. Um tæknilegar takmarkanir rannsóknarinnar verður rætt í aðferðafræðikafla þessarar ritgerðar.

Skilgreining meginhugtaka

Eftirfarandi hugtök koma víða fyrir í ritgerðinni og er sú merking sem undirrituð leggur í þau:

Viðhorf ná yfir skoðanir og sannfæringar fólks.

Forgangsröðun (*e. prioritization*) er oftast notað í víðum skilningi þessa orðs og stendur nærrí hugtakinu um stefnumörkun. Þar sem stefna er sett í heilbrigðismálum þjóðarinnar með því að veita ákveðnum málefnum forgang. Sjaldnast er talað um forgangsröðun í þrengstu merkingu þess orðs, þ.e. forgangsröðun einstakra sjúklinga í tímaröð til meðferðar heilbrigðisstarfsmanna.

Heilbrigðispjónusta er veitt og greidd af hinu opinbera, landsmönnum til heilsu-eflingar og meðferðar á heilsufarsvanda þeirra.

Hið opinbera er ríki og sveitarfélög.

Samantekt

Örar tækni- og meðferðarnýjungar á heilbrigðissviði og takmarkað fjármagn gerir forgangsröðun verkefna óhjákvæmilega. Ljóst að skarpari umræðu var þörf varðandi forgangsröðun löngu áður en þær efnahagsþrengingar sem nú hrjá íslenska þjóð dundu yfir. Því þrátt fyrir fjárhagslegt aðhald og hagkvæmari meðferðarform undanfarinna ára hafa útgjöld ríkissjóðs vegna heilbrigðisþjónustunnar aukist á á sama tíma, umfram það sem gerst hefur í flestum löndum OECD. En hluti af siðferðilegum skyldum stjórnenda heilbrigðismála- og stofnana felst í að fara vel með almannafé, því skiptir siðferðileg nálgun að ákvörðunum innan heilbrigðisþjónustunnar miklu máli. Markmið og tilgangur þessarar rannsóknar er einmitt að varpa ljósi á viðhorf alþingismanna, stjórnenda í heilbrigðisþjónustu, lækna og hjúkrunarfræðinga til siðferðilegra spurninga við forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu. Reyndar hefur þetta verið lítt rannsakað hér á landi, en mikill fræðilegur bakgrunnur byggður á erlendum rannsóknum er lagður til grundvallar. Niðurstöðurnar gefa engu að síður sterka vísbendingu um viðhorf þessara hópa. Og ljóst er að forgangsröðun verkefna þarf að vera skýr og vel skilgreind, en ekki aðstæðu- eða persónubundin, of víðtæk eða takmörkuð, auk þess sem hún þarf að miðast við bestu þverfaglegu þekkingu sem völ er á hverju sinni.

FRÆÐILEGUR BAKGRUNNUR

Í þessum kafla verður fjallað um bakgrunn rannsóknarinnar. Greint er frá nokkrum lykiltöllum og staðreyndum sem snerta íslenska heilbrigðiskerfið. Forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu hér á landi skoðuð í samhengi við stefnu Norðurlandanna. Fjallað um siðferðileg viðmið sem snerta forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu, ásamt því að greina frá helstu niðurstöðum eldri rannsókna á viðhorfum einstaklinga til hennar.

Heilbrigðisþjónusta á Íslandi

Heilbrigðisþjónusta er fyrst og fremst samfélagslegt fyrirbæri, sem þarf að mæta þörfum þegnanna fyrir heilbrigðisþjónustu. Hið opinbera leggur hana til og greiðir niður, veitir starfsleyfi og mótar stefnu, svo fátt eitt sé nefnt. Hvernig henni er skipt og hún veitt er spurning um viðeigandi úthlutun og skiptingu takmarkaðra gæða (Weber, 2001).

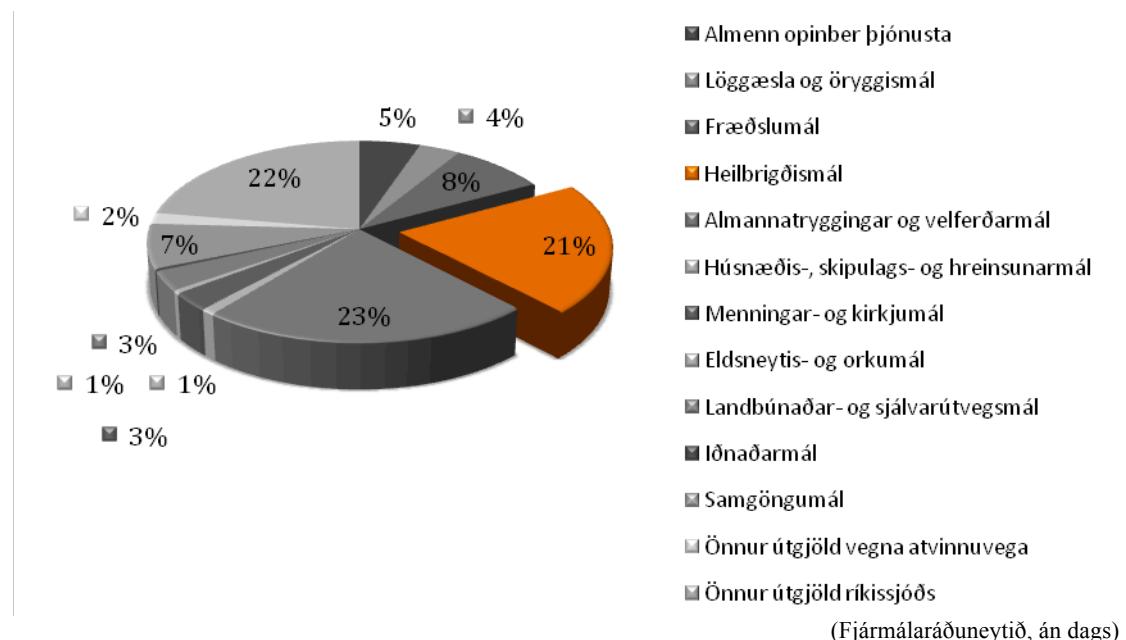
Lagasetningar er snerta íslenska heilbrigðisþjónustu eru háleitar og töluverð áskorun felst í að standa við þær af hálfu hins opinbera. Í 2. mgr. 1. gr. Laga um heilbrigðisþjónustu (nr. 40/2007) stendur "... allir landsmenn eigi kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma eru tök á að veita til verndar andlegri, líkamlegri og félagslegri heilbrigði". Jafnframt kemur fram í 2. mgr. 3. gr. Laga um réttindi sjúklinga (nr. 74/1997) að "Sjúklingur á rétt á þjónustu sem miðast við ástand hans og horfur á hverjum tíma og bestu þekkingu sem völ er á."

Íslensk heilbrigðisþjónusta byggir á miklum gæðum og hefur skilað umtalsverðum árangri á liðnum áratugum. Það sést glögglega í skýrslum OECD (Efnahags- og framfarastofnunin í París), þar sem tölulegar upplýsingar um heilbrigðisþjónustu aðildarlandanna þrjátíu eru reglulega bornar saman. Ungbarnadaði mælist einna lægstur hér á landi miðað við hin OECD ríkin. Árið 2007 voru tilfellin 2,0 á hverjar 1000 lifandi fæðingar, en á sama tíma var meðaltal OECD ríkjanna 4,9 á hverjar 1000 lifandi fæðingar. Lífslíkur eru einnig meiri hér á landi en í langflestum OECD ríkjanna, en þær eru meðal annars taldar gefa vísbendingu um góð lífskjör og gott aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Dánartíðni ýmissa sjúkdóma er lægri hér en í flestum

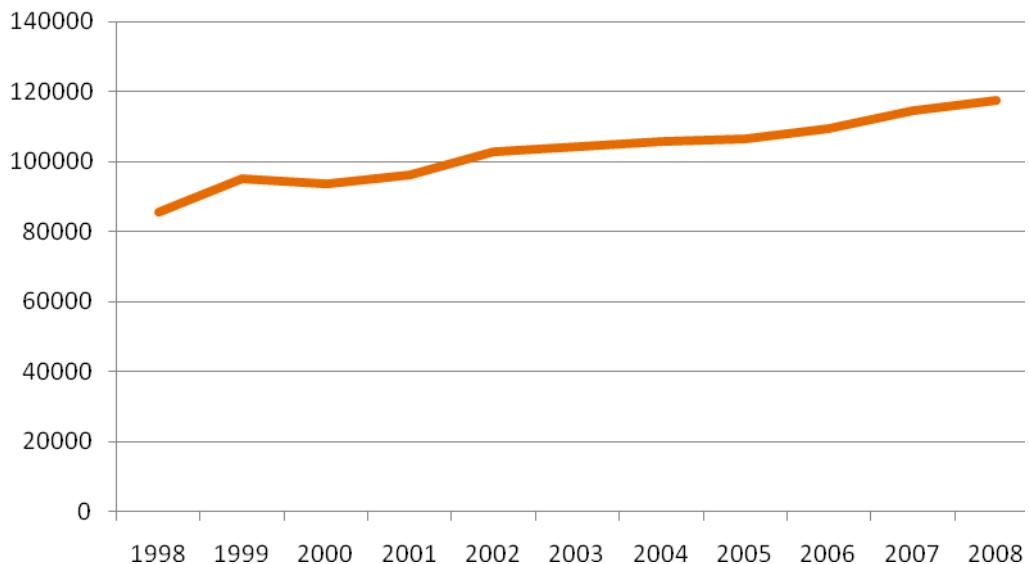
löndum og batahorfur meiri. Hlutfall lækna og hjúkrunarfræðinga er hærra, en þar hafa meðal annars byggða- og landfræðilegir þættir áhrif. Allir landsmenn hafa jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu, óháð efnahag og er hún að mestu fjármögnuð með sköttum, eða 83% árið 2007, á meðaltal OECD ríkjanna hljóðar upp á 73% á sama tíma (OECD, 2009a; OECD 2009b).

Mikil útgjöld fylgja því að reka heilbrigðisþjónustu af þessum gæðum. Áætlað var að árið 2009 muni 21% af heildarútgjöldum ríkissjóðs renna til heilbrigðismála, eða 116,397 milljarðar króna og er það 9% aukning frá árinu 2008, sjá mynd 1 (Fjármálaráðuneyti, án dags.).

Mynd 1. Áætluð heildarútgjöld ríkissjóðs 2009.



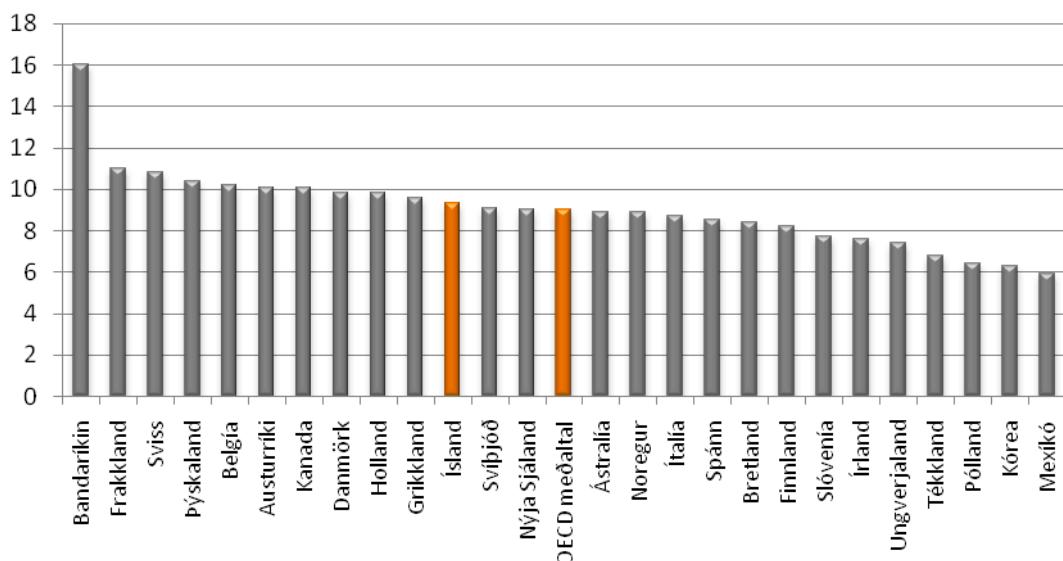
Ef útgjöld hins opinbera til heilbrigðismála eru skoðuð tíu ár aftur í tímum, á verðlagi ársins 2008, má sjá að þau hafa aukist jafnt og þétt úr 85,534 milljörðum í 117,317 milljarða, sjá mynd 2 (Fjármálaráðuneytið, án dags).



Mynd 2. Útgjöld hins opinbera til heilbrigðismála í milljörðum króna á verðlagi ársins 2008.

(Hagstofa Íslands, 2009a)

Heildarútgjöld til heilbrigðismála í ríkjum OECD árið 2007 voru að meðaltali 9,0% af vergri landsframleiðslu (VLF) ríkjanna, en 9,3% á Íslandi. Flestar þjóðir voru á því bili, en hæst var hlutfallið í Bandaríkjunum 16,0% og lægst í Mexíkó 5,9% (OECD, 2008).



Mynd 3. Heildarútgjöld til heilbrigðismála sem hlutfall (%) af vergri landsframleiðslu OECD ríkjanna 2007.

(OECD, 2009b)

Í skýrslu OECD um hagkerfi Íslands kemur fram að útgjöld til heilbrigðismála hafa aukist hraðar en sem nemur meðaltali OECD landanna. Aukning á heilbrigðisútgjöldum hefur farið langt fram úr vexti þjóðartekna á mann og ef ekki verða gerðar frekari breytingar stefnir í að heilbrigðisútgjöld verði 15% af vergri þjóðarframleiðslu árið 2050 (OECD, 2008).

Forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu

Forgangsröðun hefur fylgt heilbrigðisþjónustu alla tíð, aðferðirnar hafa breyst eftir aðstæðum í tímans rás. Mikil framþróun læknavísinda, lengra líf fólks og breytt samfélagsgerð hafa, ásamt öðrum þáttum, orðið þess valdandi að kostnaður við heilbrigðisþjónustu hefur aukist á undanförnum áratugum. Þetta hefur knúið fram beina eða óbeina forgangsröðun á takmörkuðu fjármagni til þessa málaflokks. Sjúklingar eru meðvitaðir um rétt sinn og gera miklar kröfur. Almenningur sýnir ákvörðunarferlinu meiri áhuga og vill fá upplýsingar um viðmið ákvarðana á faglegum og stjórnsmálalegum vettvangi (Myllykangas, Rynnänen, Lammintakanen, Isomäki, Kinnunen og Halonen, 2003). Þær aðferðir sem þjóðir heimsins styðjast við eru mismunandi; allt frá stíft skilgreindum lista í Oregon fylki Bandaríkjanna til vítt skilgreindrar forgangsröðunar í Danmörku (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið 1998).

Umræða um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu hefur ekki farið hátt hér á landi. Það hefur verið yfirlýst markmið að veita öllum þjónustu sem þurfa, samanber lagasetningar er lúta að heilbrigðismálum (Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007; Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997). Árið 1998 skilaði nefnd á vegum Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins skýrslu um forgangsröðun. Áherslur nefndarinnar ná til margra þátta og eru nokkuð almennar. Þær helstu eru: umbætur í skipulagsmálum, samábyrgð þegnanna, forgangur þeirra sem mest þurfa á þjónustu að halda, sem jafnast aðgengi, réttur sjúklinga, skýrar reglur um biðlista og að heilbrigðisþjónustan verði að mestu kostuð af almannafé. Í skýrslunni kemur meðal annars fram að beita þurfi skipulagðari vinnubrögðum og forgangsröðun í ríkara mæli, en gert hafi verið fram að því (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 1998). Eftir að þessi nefnd lauk störfum hefur ekki verið starfandi nefnd eða hópur af hálfu hins opinbera sem fjallar um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni, þrátt fyrir að ein af tillögum

nefndarinnar hafi hljóðað upp á samfellda vinnu við forgangsröðun verkefna heilbrigðisþjónustunnar (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 1998; Elsa B. Friðfinnsdóttir, 2009). Ýmsir einstaklingar og fagfélög heilbrigðisstéttta hafa bent á það á undanförnum misserum, að stefnumörkun eða forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni er verkefni sem lýkur aldrei heldur þarf að vinnast jafnt og þétt, hvort sem nefnd fjallar um málið eða það gert á annan hátt (Elsa B. Friðfinnsdóttir, 2009; Guðmundur Bjarnason, 1998).

Það kemur fram í 3. gr. Laga um heilbrigðisþjónustu (nr. 2007/40) og 2. gr. Laga um sjúkratryggingar (nr. 2008/112) að heilbrigðisráðherra markar stefnu um heilbrigðisþjónustu, hvað varðar forgangsröðun verkefna, hagkvæmni, gæði, öryggi og aðgengi þjónustunnar. Heilbrigðisstarfsfólk forgangsaðar hins vegar sjúklingum til meðferðar. Það er fyrst og fremst gert út frá læknisfræðilegum sjónarmiðum en einnig, eftir atvikum, öðrum faglegum forsendum (19. gr. Lög um réttindi sjúklinga, nr. 1997/74) svo sem hagkvæmni.

Samkvæmt stefnu stjórnvalda (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 1998) skulu eftirfarandi þjónustubættir ganga fyrir innan heilbrigðisþjónustunnar, ásamt því að tryggja að ungir, fatlaðir og aldraðir njóti jafnræðis á við aðra:

- Meðhöndlun alvarlegra bráðatilfella, lífshættulegra sjúkdóma, geðrænna og líkamlegra. Slysia sem geta leitt til örorku eða dauða án meðferðar.
- Heilsuvernd sem sannað hefur gildi sitt. Meðferð alvarlegra langvinnra sjúkdóma, endurhæfing og líknandi meðferð.
- Meðferð vegna minna alvarlegra slysa og minna alvarlegra bráðra og langvinnra sjúkdóma.
- Önnur meðferð sem fagleg rök eru fyrir að hafi skilað árangri.

Þess er getið að meiri sveigjanleiki er gefinn við framkvæmd heilbrigðisþjónustu í þessari skýrslu en hjá mörgum öðrum þjóðum. Þar kemur einnig fram að hugsanlegur árangur meðferðarforma og fjárhagslegar aðstæður þurfi að meta þegar ákvarðanir eru teknar um hvaða meðferð skuli veitt og velja þá ódýrari þegar fleiri en ein er möguleg (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 1998).

Forgangsröðun má gróflega flokka í makró og míkró ákvarðanir. Makró ákvarðanir liggja í stefnumótun og fjárveitingu stjórnvalda en míkró í klínískri forgangsröðun heilbrigðisstarfsfólks á verkefnum og sjúklingum (María Sigurjónsdóttir, 1995). Eins

er hægt að skipta forgangsröðun í fjögur þrep, sem öll hafa áhrif á hvert annað (Torfi Magnússon, 1995):

- 1) Fjármunum ríkissjóðs er skipt á mismunandi málaflokka með samþykkt fjárlaga á Alþingi.
- 2) Stefnumörkun í heilbrigðismálum. Heilbrigðisráðuneytið skiptir fē á stærri einingar heilbrigðiskerfisins.
- 3) Forgangsröðun verkefna innan stofnana.
- 4) Forgangsröðun einstakra sjúklinga. Ákvarðanir eru oft teknar af einstaklingum innan heilbrigðisstéttarinnar.

Sú forgangsröðun sem er hvað sýnilegust og virðist efst í hugum flestra fer fram á neðsta þrepinu. Fulltrúar heilbrigðisstéttu og fleiri sækjast þó eftir að forgangsröðun liggi ofar, þannig að um markvissa heildræna stefnu sé að ræða (Elsa B. Friðfinnsdóttir, 2009; Guðmundur Bjarnason, 1998; María Sigurjónsdóttir 1996; Ridderstolpe, Collste, Ruthberg, og Åhlfeldt, 2003). Á sama tíma er stefna stjórvalda almenn og stjórnvöld losa sig þannig undan ábyrgð á framkvæmd forgangsröðunar, en láta „fólkini á gólfínu“ það eftir. Önnur leið sem stjórnvöld kjósa gjarnan er að beita flötum niðurskurði og komast þannig undan ábyrgð á forgangsröðun verkefna (Kristján Kristjánsson, 1995).

Mörg lönd eru árum og áratugum á undan okkur í forgangsröðunarumræðu í heilbrigðismálum. Norðmenn gáfu út forgangsröðunarskýrslu árið 1987, fyrstir þjóða. Þar í landi er sjúkdómum raðað í fjóra forgangsflokka og viðmiðunardæmi gefin fyrir hvern flokk. Þar kemur fram að sjúklingar fái meðferð, ef hætta er á andláti eða verulegri skerðingu lífsgæða án meðferðar, auk þess þarf árangur meðferðar að vera ljós og ávinnungur í samræmi við kostnað (Guðrún Þórey Gunnarsdóttir, 2007). Nágrannar þeirra í Svíþjóð miða meira við siðferðileg gildi, en nákvæmlega skilgreind dæmi. Þau siðferðilegu viðmið sem eru við lýði í heilbrigðisþjónustunni í Svíþjóð eru eftirfarandi, í mikilvægisröð: reglan um mannlega reisn og er þar ekki farið í manngreiningarálit, reglan um samstöðu og þörf þannig að þeir sem eru í mestri þörf fái sérstaka athygli og að lokum reglan um kostnaðargreiningu þar sem tengsl milli kostnaðar og ávinnings eru mæld í bættri heilsu og lífsgæðum (Werntoft og Edberg 2009b).

Helstu siðfræðikenningar

Siðfræðikenningar eiga sér langa sögu og fjalla um rétt siðferði einstaklinga og stærri heilda við ákveðnar og almennar aðstæður. Þær varpa ljósi á mismunandi sjónarhorn siðferðilegra álitamála og byggja á gagnrýnni hugsun við lausn þeirra. Þær eru allt frá dyggðasiðfræði á tímum Aristótelesar til nútíma samræðusiðfræði og femínískra siðfræðikenninga. Í grunninn skiptast siðfræðikenningar í vísandi (e. normative) og lýsandi (e. descriptive) kenningar. Þær lýsandi segja frá því *hvernig* ákvarðanir eru teknar, en vísandi siðfræðikenningar eru reglur sem segja okkur hvað er rétt að gera við ákveðnar aðstæður. Þær eru annars vegar leikslokakenningar á borð við sjálphyggju og nytjastefnu, sem horfa á lokaniðurstöðuna, og hins vegar skyldukenningar sem snúast um samkvæmni og leiðina að lokaniðurstöðunni. Áhrif mismunandi siðfræðikenninga móta viðhorf einstaklinga til heilbrigðisþjónustu er því vert að skoða þær nánar.

Verðskuldunarkenningin (e. retributivism) miðar við að réttlæti felist í því að einstaklingar fái það sem þeir eiga skilið. Samkvæmt þeirri kenningu myndu þeir sem hafa orsakað eða gert sjúkdómsástand sitt verra með óæskilegum lífsstíl lakari forgang að heilbrigðisþjónustu (Kristján Kristjánsson, 1995).

Jafnaðarstefna (e. socialism) gerir ráð fyrir því að hver uppskeri eftir þörfum og í því felst réttlæti. Jöfnuður felst ekki í að allir fái sama hlut, heldur að hver fái það sem hann þarf til að uppfylla þarfir sínar. Þeir njóta forgangs sem mest þurfa á þjónustunni að halda vegna heilsuleysis (Kristján Kristjánsson, 1995). Gagnrýnendur spyrja hver eigi að skilgreina brýnustu þörfina, oft er hún þar sem kröfur eru lágværastar.

Frjálshyggja (e. libertarianism) er ættuð frá John Locke. Hún felst í að virða skilyrðislaust tilkall einstaklinga til frelsis, lífs og eigna (Vilhjálmur Árnason, 1990). Heilbrigðisþjónustan er gerð að markaðsvörum, þar sem lögmál framboðs og efterspurnar gildir og þeir sem eru tilbúnir að greiða mest fá fyrst þjónustu. Hluti vandans liggar þó í því að sjaldnast er um staðkvæmdar vörur að ræða innan heilbrigðisþjónustu, þar sem ein tegund „vöru“ eða heilbrigðismeðferðar, getur ekki komið í stað annarrar (Kristján Kristjánsson, 1995).

Frjálslyndisstefnan (e. liberalism) er fjölhyggjustefna þar sem einstaklingar hafa sem jafnastan rétt og kost á að fylgja lífsstefnu sinni. Einna þekktust hennar er *réttlætis-*

kenning Rawls. Hún gerir ráð fyrir að við tryggjum réttlæti hverju sinni með því að hugsa okkur hvernig fólk “undir fávísisfeldi”, sem veit ekki hvernig gæði heimsins munu skiptast, myndi haga málum. Þannig tekst að eyða ójöfnuði í lífskjörum. Þær aðferðir sem frjálslyndisstefnan leggur til eru meðal annars að hafna því að réttlátur kvarði sé til heldur beri að notast við slembilukku og láta happdrætti ráða hver verði tekinn fyrstur af biðlista. Önnur leið er að almenningur kjósi reglur um forgangsröðun á hverjum tíma, samanber forgangsröðunarlista í Oregon fylki í Bandaríkjunum. Þriðja leiðin er svonefndur gæðaárakvarði (Kristján Kristjánsson, 1995). Samkvæmt henni ber að beita tækni heilsuhagfræðinnar, svo nefndum QALY kvarða. Hann byggist á því að sem flest gæðaár fáist fyrir veitt fjármagn og inngríp heilbrigðisþjónustu (Brock, 2003; Dolan og Olsen, 2001). Fjórða leiðin er svonefndur lífskostakvarði sem miðar við að vernda eðlilegt lífsskeið, að manninum sé eðlilegt að hrörna og deyja. Áherslan er lögð á forvarnir, umhyggju og líkn í stað oflækninga umfram skynsamleg mörk, þar sem hátækniaðgerðir stuðli að óeðlilegu lífsferli (Kristján Kristjánsson, 1995). Gagnrýnendur spyrja hvernig eðlilegt lífsskeið sé ákvarðað.

Nytjastefnan (e. utilitarianism) í anda John Stewart Mill og Jeremy Bentham telur meiru skipta að ákvörðunin sé rétt, en að hún sé réttlát, ásamt því að hún skapi sem mesta hamingju heildarinnar til lengri tíma litið. Siðferðilega rétt athöfn er sú sem hefur bestar afleiðingar fyrir heildina. Nytjastefnan leiðir til hóphyggju þar sem hagsmunir heildarinnar vega meira en einstaklingsins (Vilhjálmur Árnason, 1990). Í anda nytjastefnunnar er áhersla á að viðhalda heilsu heildarinnar með sem bestri nýtingu bjargráða, fremur en sértæk meðferð við sjaldgæfum illvígum sjúkdómum. Forgangsröðunarlisti Oregon-fylkis er dæmigerð aðferð í anda nytjastefnu, þar sem hámarkað heilbrigði heildarinnar er markmiðið.

Reglusiðfræði (e. ethics of duty), sem samkvæmt hugmyndum Immanuel Kant og fleiri, gerir ráð fyrir að einstaklingar breyti einungis eftir þeirri lífsreglu sem þeir vilja að verði að almennu lögðáli, en ekki eftir hentugleika hverju sinni. Þannig skiptir samkvæmni við ákvarðanatöku og í athöfnum meiru en afleiðingar ákvarðananna (Vilhjálmur Árnason, 1990). Heimurinn verður fremur svart-hvítur með gleraugum reglusiðfræðinnar, einstaklingar telja sig eiga rétt á ýmsum hlutum, óháð þörfum og aðstæðum. Gagnrýnendur segja þessa kenningu ýta undir ofmeðhöndlun og oflækningar, sem er of kostnaðarsamt og leiðir til ójafnarar skiptingar á takmörkuðu fjármagni.

Siðfræðileg nálgun að forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu

Vandinn við forgangsröðun er skortur á skilgreindum viðmiðum og umræðu um þau grunngildi sem eru forsenda hennar. Klínískar ákvarðanir, sem ekki eru byggðar á traustum siðferðilegum grunni, eru dæmdar til að vera aðstæðubundnar, ósamkvæmar og stefnulausar, ásamt því að valda ókyrrð og öryggisleysi meðal skjólstæðinga heilbrigðisþjónustunnar. Þörfin fyrir skipulagða, rökvísa og gagnsæja nálgun er augljós, en á sama tíma ber að forðast of gildishlaðna og háleita umræðu, sem er í litlum tengslum við raunveruleikann (Menon, Stafinski og Martin, 2007).

Þau almennu viðmið sem jafnan eru nefnd í tengslum við forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni eru: aldur sjúklinga, alvarleiki veikinda, batahorfur, kostnaður meðferðar og áhrif lífsstíls á heilsufar. Ekki verður tekin afstaða hvort, eða hver þeirra eru nothæf við stefnumarkandi forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu, því aldrei er aðeins ein ákjósanleg lausn (Brock, 2003) .

Aldur sjúklinga

Ólík sjónarmið eru á lofti hvort aldur eigi að hafa áhrif á forgangsröðun, þannig að yngri sjúklingar njóti forgangs umfram þá eldri. Þeir sem eru mótfallnir því segja með öllu óásættanlegt að mannréttindi fólks minnki með hækkandi aldri (Werntoft og Edberg, 2009b). Aðrir líta á það sem mannréttindi að eiga möguleika á að verða gamall og því sanngjarnt að takmarka aðstoð við þá sem náð hafa takmarkinu og veita öðrum tækifæri til að ná því (Callahan, 2008).

Callahan (2008) finnst eðlilegt að dregið sé í land við kostnaðarsama læknismeðferð einstaklinga yfir 75-80 ára að aldri, þá hafi fólk náð að lifa sitt æviskeið. Þegar hann ritaði þessi orð var hann reyndar sjálfur orðinn 77 ára og hefur því haft tækifæri að meta eigin kenningar á eigin æviskeiði. Hann telur að ef það sé ekki gert verði ellin rænd tilgangi sínum og gefi óraunhæfa von um ódauðleika. Aldraðir liggja vel við höggi, þar sem um sammannlegan hlutlægan mælikvarða er að ræða, en spurning hvort hann sé réttlátt viðmið (Callahan, 2000). Ef aldur er notaður sem viðmið við forgangsröðun, er hægt að miða hvort sem er við lífaldur mældan í árum eða líffræðilegan aldur byggðan á heilsufari einstaklinga (Werntoft og Edberg, 2009b).

Margir hafa bent á þjóðhagslega hagkvæmni þess að ungar einstaklingar geti farið aftur út á vinnumarkaðinn, þeir eigi því að njóta forgangs. Á hinn bóginn er nefnt að hinir öldruðu hafa greitt skatta mun lengur til þjóðfélagsins og eiga því, að minnsta kosti, kröfu til sömu þjónustu og aðrir aldurshópar (Werntoft og Edberg, 2009b). Ekki má gera aldraða að blóraböggli þeirrar útgjaldaaukningar sem orðið hefur í heilbrigðisþjónustunni. Því ef svo er firrum við okkur ábyrgð á að leita annarra leiða viðhöldum við núverandi ástandi (Kristján Kristjánsson, 1995).

Töluberð umræða (The Economist, 2009) hefur spunnist um þá staðreynd að síðustu tvö æviár hvers einstaklings séu þau kostnaðarsömustu fyrir heilbrigðiskerfið, óháð því hvort einstaklingurinn er 8 ára eða 88 ára. Að aldraðir, sem hópur, sé meiri baggi á heilbrigðiskerfum þjóða heims sé til kominn af þeirri staðreynd að fleiri enda ævina á þeim aldri. Með nútímatækni og þekkingu eru aldraðir hins vegar mun lengur heilsuhraustir og því minni byrgði á þjóðféluginu. Aldurssamsetning þjóða heims mun breytast á næstu árum og áratugum, vegna færri barneigna og fjölmennra árganga eldri borgara. Það gerir nýja nálgun að málefnum aldraðra brýna (The Economist, 2009). Lyfjarannsóknir ná yfirleitt ekki til einstaklinga eldri en 65-70 ára, svo dæmi sé tekið, þannig að lyfjameðferð aldraðra er ekki byggð á traustum grunni (Wyles og Rehman, 2005). Einnig má velta fyrir sér hvort uppbygging varðandi búsetu- og aðhlynningu, starfslok og fleira þurfi ekki gagngerrar endurskoðunar við.

Alvarleiki veikinda

Heilbrigðisstarfsfólk vinnur gjarnan eftir þeirri reglu að sinna þeim sem eru veikastir, í hugsanlega mestri hættu á varanlegum skaða eða andláti. Þegar viðkomandi er kominn úr mestri hættu er staðan jafnan endurmetin (Weber, 2001). Þegar unnið er eftir þessari stefnu árum saman má leiða líkur að því að bráðatilvik og alvarleg veikindi fá of stóran skerf af athygli starfsfólks og fjármunum, sem ætlaðir eru til heilbrigðismála, á kostnað heilsueflingar og forvarnarstarfs ýmiskonar. Það er óneitanlega hagkvæmari og vænlegri leið að reyna að koma í veg fyrir heilsufarsvanda með forvarnarstarfi og heilsueflingu hverskonar, en að fást við alvarlegar afleiðingar eftir á, svo sem langvinna og alvarlega sjúkdóma (WHO, 2006).

Batahorfur

Það er viðurkennt meðal heilsuhagfræðinga að meginmarkmið heilbrigðisþjónustu er að hámarka heilsu með þeim bjargráðum sem til eru. Gæðaárakvarðinn QALY hefur verið þróaður sem almenn mælistika á áhrif bættrar heilsu. Við útdelingu bjargráða er leitast eftir því að hámarka QALY einstaklinga og heildar, en QALY er skilgreind sem æviár með aðlöguðum lífsgæðum sem afleiðing af inngrípi heilbrigðisþjónustu (Brock, 2003; Dolan og Olsen, 2001). Af sama meiði er stefna margra stjórnenda að styðjast við gagnreyndar klínískar leiðbeiningar þegar heilbrigðisþjónusta er veitt (Dolan og Olsen, 2001).

Ýmis rök hníga hins vegar að því að samfélagslegt gildi heilbrigðisþjónustu felist í fleiru en því að hámarka heilsu sem flestra. Að horft sé á fleira en afleiðingar veittrar heilbrigðisþjónustu, má þar nefna sem dæmi viðleitnina sem felst í framkvæmd hennar; sú bætta líðan sem næst þrátt fyrir að lækning sé ef til vill ekki möguleg (Shah, 2009).

Þegar sjúkdómsástandið er það alvarlegt að ljóst þykir að ekki fáist lækning, þarf að vera búið að skilgreina hversu mikið samfélagið er tilbúið að greiða fyrir meðferðarform sem mögulega hafa einhver áhrif á sjúkdómsástandið. Þar stangast á hagsmunir heildarinna og hagsmunir einstaklingsins. Weber (2001) gerir ráð fyrir eftirfarandi skiptingu á hagsmunum hlutaðeigandi aðila:

- 1) Grundvallarréttindi einstaklingsins, svo sem almenn mannréttindi.
- 2) Hagur einstaklings, svo sem langanir og óskir.
- 3) Hagsmunir stofnunar, skilgreindir af stjórnendum, til dæmis fjárhagslegir.
- 4) Hagsmunir samfélagsins sem heildar.

Grundvallarréttindi einstaklings (1) og hagsmunir samfélagsins (4) eru ofar hagsmunum einstaklings (2) og stofnunar (3). Þau eru hinsvegar jafnréttihá og ber að virða bæði eins lengi og kostur er, í raun eru þau tvær hliðar á sama pening. Þegar þau stangast á þarf að vega og meta af yfirvegun aðstæður og líklegar afleiðingar fyrir einstaklinginn og samfélagið hvor kosturinn sé veigameiri (Weber, 2001).

Opin umræða þarf að eiga sér stað um aðra meðferðarmöguleika, þegar ljóst þykir að lækningu verði ekki komið við. Hvernig mannlegri reisn og virðingu fyrir lífinu verði best viðhaldið, óháð aldri þess veika (Elsa B. Valsdóttir, Pálmi B. Jónsson, Vilhjálmur

Árnason og Hildur Helgadóttir, 1997). Rannsóknir og inngríp sem hafa takmarkað meðferðargildi, en gjarnan framkvæmd eftir þrýsting frá hinum veika eða aðstandendum hans, hafa verið nokkuð fyrirferðamiklar í vestrænni heilbrigðisþjónustu (Jennings, 2007; Obama 2009), með aukinni kostnaðarvitund starfsfólks er það á undanhaldi. Samkvæmt skiptingu Webers (2001) flokkast þær rannsóknir og inngríp sem hagur og óskir einstaklings (2) og ættu að raðast neðar en hagsmunir samfélagsins (4). Sú umræða við hinn sjúka eða aðstandendur hans um að sjúkdómurinn sé of langt genginn fyrir inngríp er erfið, sér í lagi í ljósi þess að aldrei er hægt að segja með fullkominni vissu að inngrípið muni ekki hafa nein áhrif. Fagfolk þarf að geta vísað í faglega þekkingu og fyrirfram mótaða stefnu um að inngríp, sem ekki eru líkleg til að bæta heilsufarsástand viðkomandi, geti hugsanlega lengt eða aukið þjánigar hins sjúka (Jennings, 2007).

Kostnaður meðferðar

Ef meðferð ber árangur er hún kostnaðarins virði, samkvæmt ríkjandi viðmiðum. Umræðan um kostnað meðferðar er því í raun hin hliðin á umræðunni um batahorfur. Hins vegar er mikilvægt í þeirri umræðu að meta hvort aðrar kostnaðarminni aðferðir, en sambærilegar að gæðum, séu í boði og horfir þá málið ólíkt við.

Tökum blóðþrýstingslyfjameðferð sem dæmi. Hún hafði líkt og önnur meðferðarform, meðal annars í skjóli 2. mgr. 3. gr. Laga um réttindi sjúklinga (nr. 74/1997), þróast á kostnaðarsaman hátt fyrir einstaklinga og hið opinbera, þó nú horfi til betri vegar. Í þessari lagagrein segir “Sjúklingur á rétt á þjónustu sem miðast við ástand hans og horfur á hverjum tíma og bestu þekkingu sem völ er á.” Af um það bil 30.000 Íslendingum tóku 70% ákveðna tegund af blóðþrýstingslyfi í upphafi árs 2009 (C09 skv ATC flokkun lyfja). Það lyf er tíu sinnum dýrara fyrir þjóðfélagið, en það ódýrasta sem þekkt er að hafi sömu verkun á blóðþrýsting. Það hefur hins vegar þekktar aukaverkanir hjá 3-8% þeirra sem taka lyfið. Útreikningar frá Sjúkra-tryggingum Íslands gera ráð fyrir að hundruða milljóna króna kostnaðarlækkun yrði á ári hverju fyrir hið opinbera, með því að taka einungis þátt í kostnaði við ódýrasta lyfið, en ekki allar tegundir (Guðrún I. Gylfadóttir, Margrét R. Kristjánsdóttir og Sigurður Helgason, 2009a). Þó þetta sé einangrað dæmi um einn lyfaflokk, er svipaða sögu að segja af blóðfitulækkandi og magasýrubindandi lyfjum. Þar var sama breyting gerð á greiðslufyrirkomulagi hins opinbera, að taka einungis þátt í kostnaði ódýrasta

lyfsins. Í október voru teknar saman tölur sem sýndu 470 milljóna króna lækkun lyfjakostnaðar Sjúkratrygginga á tímabilinu mars 2009 til ágúst 2009 í þessum lyfjaklokkum. Þá er ótalinn kostnaðarlækkun einstaklinga og hjúkrunarheimila með breyttri lyfjaávísun (Guðrún I. Gylfadóttir, Margrét R. Kristjánsdóttir og Sigurður Helgason, 2009b).

Fræðimenn hafa aftur á móti bent á að það getur verið mjög flókið að meta kostnað og ávinning ákveðinnar meðferðar eða inngríps, því ólíkir aðilar geta verið ósammála um hvaða kostnaðarliði eigi að taka inn í útreikninginn eða hvernig ávinningurinn er metinn. Einnig er um beinan og óbeinan kostnað að ræða, dæmi um beinan kostnað eru lækningatæki og heilbrigðisvörur ýmiskonar, dæmi um óbeinan kostnað eru áhrif á hugsanlega tapaðan vinnutíma aðstandenda hins veika ef skilgreind meðferð eða inngríp er ekki veitt. Að sama skapi er um beinan og óbeinan ávinning að ræða af veittri meðferð (Brock, 2003), þannig að mörgu er að hyggja.

Lífstíll

Ýmsar sjúkdómsmyndir og meiðsl versna við ákveðinn lífsstíl, þannig að í augum margra jafngildir það að vera veikur því að vera sekur. Með því að nota heilsuspíllandi lífsstíl sem viðmið eru þeir sem eru of þungir eða hreyfa sig lítið, íþróttamenn með álagsmeiðsl og reykingamenn með lungnasjúkdóma settir í sama flokk (Ryynänen, Myllykangas, Kinnunen, og Takala, 1999).

Lífstílstengdir sjúkdómar sem hægt er að fyrirbyggja eru ein mesta ógn við heilbrigði á okkar tínum og hafa mikil áhrif á efnahagslega heilsu þjóða heims, þar sem áætlað vinnutap og kostnaður við meðferð er gríðarlegur fyrir utan minna heilbrigði þegnanna (Sassi og Hurst, 2008). Eitt af mikilvægustu hlutverkum hins opinbera er að skapa aðstæður fyrir þjóðfélagsþegna til að leggja stund á heilsueflandi lífsstíl. Það er líklegt að skila sér aftur til þjóðarbúsins í bættri heilsu íbúanna hver sem aðferðin eða nálgunin er (Callahan og Jennings, 2002). Þeirri spurningu hefur einnig verið fleygt fram hvort það teljist ekki siðferðileg skylda hvers og eins að hámarka eigið heilbrigði (Ortendahl og Fries, 2006).

Mörgum finnst eina rökvísa nálgunin að sanngjarnri úthlutun heilbrigðisþjónustu liggja í því að þeir sem hafi lagt rækt við líkama sinn og lifað heilbrigðu lífi fái einhverskonar umbun. Bent er á að hægt sé að gera það gegnum nokkurskonar

flokkunarkerfi í formi meiri forgangs á þá sem hafa gegn betri vitund lifað heilsuspíllandi lífnerni, eða ekki fylgt ráðleggingum heilbrigðisstarfsfólks (Ryynänen o.fl., 1999). Í upphafí þessa árs boðaði Gordon Brown forsætisráðherra Bretlands breytingar á heilbrigðiskerfinu í þessa átt, hann sagði að allir Bretar gætu fengið fría heilbrigðisþjónustu. Þeim réttindum fylgdu hins vegar þær skyldur að lifa heilsusamlegu lífnerni og fylgja fyrirmælum heilbrigðisstarfsfólks þar að lútandi (Brown 2009).

Á þeirri upplýsingaöld sem við lifum er það í raun eingöngu fyrirsláttur að telja sig ekki hafa vitað um áhrif ákveðinna lífsháttu á heilbrigði (Ortendahl og Fries, 2006). Andmælendur þess hafa bent á að flókið er að dæma með óyggjandi hætti hvort orsök veikinda liggi í lífsstíl viðkomandi, erfðum eða umhverfi. Rannsóknir hafa sýnt að heilsuspíllandi lífsstíll fylgir oft minni menntun og bágri félagslegrí stöðu fjölskyldunnar, þannig að umhverfið hefur einnig móttandi áhrif (Ryynänen o.fl., 1999).

Siðfræðileg viðmið gæða og kostnaðar heilbrigðisþjónustu

Weber (2001) bendir á að margir forðist að hugsa um kostnað og gæði heilbrigðisþjónustu samtímis. Fæstir innan heilbrigðisþjónustunnar hafi reynslu af að meta hvenær þáttur sem tengist kostnaðarlækkun eigi að hafa áhrif á ákvörðunartöku og hvenær ekki. Það þarf því að auka víðtæka umræðu og umhugsun um siðfræði, kostnað og gæði veittrar þjónustu að hans mati. Hann leggur til eftirfarandi viðmið til leiðsagnar við nálgun siðferðilegra álitamála varðandi forgangsröðun þegar veitt er hágæðaþjónusta með takmörkuðu fjármagni.

- Góð heilbrigðisþjónusta er skilvirk.
- Kostnaðarsöm heilbrigðisþjónusta leiðir ekki endilega af sér meiri gæði.
- Ákveðin lágmarsviðmið þarf að uppfylla í meðferð allra sjúklinga.
- Sjúklingar eiga ekki rétt á umframþjónustu og allri hugsanlega gagnlegrí meðferð, heldur grunn- og nauðsynlega heilbrigðisþjónustu.
- Kostnaðarminnsta meðferðarformið skal boðið, nema umtalsverð rök liggi fyrir að kostnaðarsamari leiðir leiði af sér betri útkomu.
- Því meiri sem munurinn er á kostnaði milli meðferðarmöguleika, því veigameiri rök þurfa að liggja fyrir um væntanlega betri útkomu kostnaðarsamari leiðarinnar.

- Hágæða heilbrigðisþjónusta er sú sem veitt er á viðeigandi þjónustustigi bæði miðað við þarfir sjúklingsins og kostnað þess sem veitir þjónustuna.
- Viðleitni til að stýra kostnaði þarf að meta með tilliti til hugsanlegra áhrifa á þá heilbrigðisþjónustu sem veitt er.
- Æskilegra er að takast á við óskilvirku uppbyggingu kerfisins en að reyna að “komast í kringum það” með hverskonar bókhaldsæfingum.
- Aðhaldsaðgerðir innan stofnanna mega ekki mismuna starfsfólki.
- Heilbrigðisstofnanir skulu fá sinn “sanngjarna” skerf af kostnaðarsönum sjúklungum, ekki senda þá frá sér.
- Endurmeta skal reglulega áhrif og kostnað meðferðar sem veitt er kostnaðarsönum sjúklungum.
- Upplýsa skal sjúklinga um samband milli veittrar meðferðar og kostnaðar.

Rannsóknir á viðhorfum fólks til forgangsröðunar í heilbrigðisþjónustu

Eftir töluverða heimildaleit fannst einungis ein rannsókn sem gerð hafði verið hér á landi, á viðhorfum fólks til forgangsröðunar í heilbrigðisþjónustu. Árið 1995 gerði Kristján Oddsson (1998) viðhorfskönnun sem 243 stjórnmálamenn, 293 læknar og 395 einstaklingar úr hópi almennings svöruðu. Reyndar var ekki unnt að hafa alþingismenn með í úrvinnslu könnunarinnar, þar sem svarhlutfall var of lágt meðal þeirra, svo að hóp stjórnmálamanna fylla sitjandi sveitastjórnarmenn á þeim tíma. Þegar spurt var hvort virkni meðferðar hefði áhrif á fjárveitingar voru læknar helst tilbúnir að forgangsraða þeim sem höfðu meiri batalíkur (32%), en stjórnmálamenn (77%) og almenningur (79%) vildu frekar meðhöndlbaða hópa jafnt, þ.e. þá sem höfðu góða von um bata með meðferð og þá sem höfðu minna gagn af meðferð. Sama var uppi á teningnum þegar spurt var um alvarleika veikinda og batahorfur, læknar vildu frekar forgangsraða þannig að þeir sem höfðu meiri líkur á bata fengju frekar meðferð, en hærra hlutfall stjórnmálamanna og almennings vildi skipta fjárveitingum jafnt, líka til þeirra sem voru alvarlega veikir (Kristján Oddsson, 1998).

Viðamiklar rannsóknir hafa verið gerðar í Svíþjóð á viðhorfum ólíkra hópa til forgangsröðunar í heilbrigðisþjónustu, frá ýmsum útgangspunktum (Werntoft og Edberg 2009a; Werntoft og Edberg 2009b; Werntoft, o.fl., 2007). Viðhorfskönnun

sem 390 læknar og 310 stjórnálamenn svöruðu leiddi í ljós að hóparnir tveir voru sammála um að efnaðir einstaklingar eiga ekki að borga meira fyrir meðferð (76%) og að ekki eigi að velja meðferð sem er ódýrari ef hún hefur minni áhrif (Werntoft og Edberg 2009b). Hvað varðar forgangsröðun umönnunar vildu 89% stjórnálamanna að læknar kæmu þar nálægt, en 78% lækna. Þegar spurt var um forgangsröðun í stærra samhengi, þ.e. stefnumótun á landsvísu, vildu 20% lækna að læknar tækju þátt í ákvörðunum en aðeins 11% stjórnálamanna voru á þeirri skoðun. Almennt virtust stjórnálamenn frekar byggja sínar skoðanir á siðferðilegum viðmiðum, en læknar horfa á lífsgæði sjúklinga. Þegar spurt var um aldurstengdar áherslur við forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu voru helstu niðurstöður á þá leið að aldur sjúklinga hefur ekki áhrif. Fleiri stjórnálamenn (95%) en læknar (82%) töldu að aldur ætti ekki að hafa áhrif á forgangsröðun. Meðal lækna töldu 35% að allir ættu að njóta sama forgangs, þeir elstu þó heldur minni, en 14% stjórnálamanna voru á þeirri skoðun. Báðir hópar tölzuðu um mikilvægi þess að viðhalda lífi með virðingu, en ekki lengja þjáningar viðkomandi (Werntoft og Edberg 2009a).

Samskonar spurningalisti var lagður fyrir 146 Svíar á aldrinum 66-100 ára, þar sem þeir voru spurðir um áhrif aldurstengdra viðmiða á forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni. Þátttakendur lögðu áherslu á jafnrétti og að aldur ætti að hafa lítil áhrif á forgangsröðun, þar sem 80% voru á þeirri skoðun á móti 5% sem töldu að aldur ætti ekki að hafa nein áhrif á forgangsröðun nema þar sem hún hallar á þá háöldruðu. Að mati þátttakanda átti forgangsröðun helst rétt á sér þegar þeim sem voru í mikilli þörf var raðað fram yfir þá sem voru í minni þörf. Þessi hópur virðist hafa mesta trú á læknum, því þeir voru langoftast nefndir til að koma nálægt forgangsröðun, hvort sem var við stefnumörkun (72%) eða á einstaklingsgrunni (91%) (Werntoft, Hallberg og Edberg, 2007).

Almenningur í Ástralíu var spurður um áhrif aldurs sjúklinga á forgangsröðun, 551 tóku þátt og 42% vildu að forgangsröðun yrði algerlega óháð aldri og 41% vildu að aldur hefði ekki áhrif á forgangsröðun, nema þar sem hún hallar á þá háöldruðu. Það sem kom rannsakendum á óvart var að þátttakendur eldri en 65 ára, voru frekar tilbúnir til að forgangsraða yngra fólk fram yfir þá eldri. Ríflega helmingur þátttakenda vildi veita meðferð þeim sem gætu náð meiri bata, á meðan tæplega helmingur vildi skipta fjármunum jafnt óháð virkni meðferðar (Nord, Street, Richardson, Kuhse og Singer, 1995 og 1996).

Ubel (1999) gerði rannsókn meðal almennings í Fíladelfiu í Bandaríkjunum. Tæplega 500 manns svöruðu spurningalistunum og voru niðurstöður þeirrar könnunar í samhljóm við fyrri kannanir, það er að segja að þátttakendur vildu skipta fjármunum jafnt milli þeirra sem höfðu betri og verri batahorfur af meðferð. Sama spurning var notuð í breskri rannsókn (Green, 2009) og leiddu hún einnig í ljós sterka tilhneigingu fólks til að skipta fjármunum jafnt milli þeirra sem höfðu ólíkar batahorfur, en ekki að hámarka árangur veittrar meðferðar með því að veita þeim frekar meðferð sem hafa betri batahorfur.

Stór rannsókn meðal finnskra stjórnmálamanna, lækna, hjúkrunarfræðinga og almennings, með alls 3722 þátttakendum sýndi að sú aðhaldsaðgerð sem flestir voru sammála um var að flokka tilvísanir eftir þörfum, hækka komugjöld og takmarka dýrar meðferðir og rannsóknir. Þriðjungur almennings hafnaði hverskonar takmörkunum á heilbrigðisþjónustu á meðan 4% lækna og 12% hjúkrunarfræðinga voru á þeirri skoðun (Ryynänen, o.fl. 1999).

Fyrir nokkrum árum var gerð athyglisverð tilraun á svæðisbundnum vettvangi í Svíþjóð (Rosén, 2006). Þar sem 1% íbúa var boðið til samráðs um forgangsröðunarmál innan heilbrigðisþjónustunnar. Spurningalistar voru lagðir fyrir þátttakendur í upphafi og með reglulegu millibili, ásamt því að þeir voru lagðir fyrir viðmiðunarhóp til að meta áhrif inngripsins. Þátttakendur fengu send alls fimm fræðslubæklinga um forgangsröðunarmál þar sem lögð var áhersla á siðferðilegar hliðar forgangsröðunar og greint frá hvaða þættir hafa áhrif á forgangsröðunarumræðu og ákvörðunarferlið. Haldnir vor borgarafundir með ráðamönnum heilbrigðisþjónustunnar, með fram-sögum, vinnuhópum og pallborðsumræðum. Heildarniðurstöður rannsóknarinnar sýna að þeir sem fengu sent fræðsluefni um forgangsröðun og var boðið til borgarafunda sýndu aðgerðum ráðamanna meiri skilning og gerðu sér heilt yfir betur grein fyrir aðstæðum og forsendum ákvarðana heldur en þeir sem voru í viðmiðunarhópnum. Þannig höfðu inngripin jákvæð áhrif á viðhorf þátttakendanna. Að mati þeirra sem stóðu að rannsókninni er mikilvægt að heilbrigðiskerfi sé gagnsætt og skýri áskoranir, tækifæri og markmið heilbrigðisáætlunar fyrir notendum þess. Því verður best viðhaldið með opinni og hreinskilinni umræðu um forgangsröðunarmál meðal annars (Rosén, 2006).

Samantekt

Íslenska heilbrigðisþjónustan er kostnaðarsöm en byggir á miklum gæðum og árangri samkvæmt skýrslum OECD. Margar þjóðir eru árum og áratugum á undan okkur í forgangsröðunarumræðu í heilbrigðismálum, en lítið hefur farið fyrir henni hér á landi. Lagasetningar eru háleitar og felast í að veita öllum fullkomnustu þjónustu sem völ er á. Heilbrigðisstarfsfólk kallar eftir skýrari stefnumörkun í forgangsröðunarmálum, en stjórnvöld leitast við að hafa stefnu sína almenna og firra sig þannig ábyrgð á framkvæmd, en láta „fólkini á gólfínu“ það eftir, eða beita flötum niðurskurði og þar með engri forgangsröðun.

Siðfræðikenningar líta ólíkum augum á forgangsröðunarumræðu. Allt frá því að einstaklingar fá það sem þeir eiga skilið yfir í að allir eigi jafnan rétt á þjónustu. Ýmist er hugsað út frá einstaklingnum eða velferð heildarinnar. Þau viðmið sem oftast eru nefnd í sambandi við forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni eru: aldur sjúklinga, alvarleiki veikinda, batahorfur, efnahagur sjúklings, kostnaður meðferðar og áhrif lífsstíls á heilsufar. Eldri rannsóknir á viðhorfum einstaklinga til forgangsröðunar sýna að þeir eru jafnan ekki tilbúnir að forgangsraða eftir alvarleika veikinda, batahorfum, aldri sjúklinga, nema þá helst að háaldraðir sitji hjá. Heilbrigðisstarfsfólk er frekast reiðubúið að forgangsraða þannig að hámarka heilbrigði heildarinnar. Jafnræðisstefna eða ákvörðunarfælni einkennir niðurstöður rannsókna á viðhorfum almennings til forgangsröðunar, þar sem flestir vilja leggja jafnmikið í meðferð þeirra sem hafa litlar batalíkur, þrátt fyrir meðferð, og þeirra sem hafa miklar batalíkur við meðferð.

AÐFERÐAFRÆÐI OG FRAMKVÆMD KÖNNUNARINNAR

Í þessum kafla verður fjallað um aðferðafræði þessarar rannsóknar. En hún var gerð til að kanna viðhorf alþingismanna, hjúkrunarfraðinga, lækna og stjórnenda í heilbrigðisþjónustu til þeirra siðferðilegu spurninga sem vakna við forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu. Um megindega rannsókn er að ræða, upplýsingar voru fengnar með rafrænni könnun sem gerð var með hjálp vefforritsins Questionpro dagana 27. október – 14. nóvember 2009.

Áður en hafist var handa við rannsóknina var gerð viðamikil heimildaleit. Leitað var eftir fræðigreinum og rannsóknum varðandi viðhorf einstaklinga til forgangsröðunar í heilbrigðisþjónustu. Áhersla var lögð á að finna akademískar og vandaðar tímaritaregreinar, ritgerðum og kannanir í íslenskum og erlendum gagnagrunnum. Helstu leitarforrit af vefsíðunni hvar.is voru notuð, þar sem leitað var að orðunum “prioritizing”, “healthcare” og “ethics” og unnið áfram út frá því. Allar greinar voru lesnar og metnar með tilliti til fræðilegs innihalds og framkvæmd rannsóknanna.

Val á rannsóknaraðferð

Notkun rafrænna kannanna hefur aukist mikið á undanförnum árum á kostnað pappírskannanna. Helstu kostir rafrænna kannanna er að það tekur styttri tíma að fá svör frá þátttakendum, áreiðanleiki eykst þar sem ekki þarf að slá inn gögnin heldur eru forritin samkeyrð, minni kostnaður við útsendingu spurningalistans, auknar líkur á lengri svörum við opnum spurningum, meiri líkur á að þátttakendur muni að skila inn svörum sínum því þá gleymist ekki ferðin út á pósthús og fleira. Helsta gagnrýnin á rafrænar kannanir hefur snúið að því hvort úrtakið sé nægilega lýsandi eða réttmætt og hvort niðurstöður endurspegli afstöðu þýðisins þar sem aðgengi að tölvum og tölvulæsi fólks er mismunandi (Chizawsky, Estabrooks og Sales, í prentun; Fan og Yan, í prentun; Shih og Fan, 2009). Eins hefur verið nefnt að algengi ruslpósta hverskonar valdi því að einstaklingar í úrtaki líti ekki við beiðnum um þátttöku í rafrænum könnunum, telji þær ekki nógu áreiðanlegar (Fan og Yan, í prentun; Shih og Fan, 2009). Meiri líkur eru taldar á illa uppfærðum netfangalista fyrir rafræna könnun en heimilisfangalista fyrir pappírskannanir (Chizawsky o.fl., í prentun).

Þær takmarkanir sem pappírs og rafrænar kannanir eiga sameiginlegar eru meðal annars að í hvorugu tilvikinu getur rannsakandinn fullvissað sig um að hugtakaskilningur þátttakenda sé sami eða að sá einstaklingur sem lenti í úrtaki hafi svarað könnuninni (Maronick, 2009). Svarhlutfall rannsókna er æði misjafnt, hvort sem um rafræna eða póstlagða könnun er að ræða, en pappírskannanir eru líklegri til að gefa meiri svörun miðað við þær úttektir sem gerðar hafa verið á þessum rannsóknar- aðferðum. Hlutfallið er nálægt því að vera jafnt milli pappírs og rafrænna kannana meðal hópa með góða tölvukunnáttu og gott tölvuaðgengi (Shih og Fan, 2009).

Þegar farið var af stað með þessa rannsókn var í upphafi ákveðið að gera megindlega rannsókn á viðhorfum til forgangsröðunar í heilbrigðisþjónustu. Ákveðið var að starfsstéttir sem koma með einum eða öðrum hætti að ákvörðunum um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu væru markhópurinn, nánar tiltekið alþingismenn, stjórnendur heilbrigðisstofnana, læknar og hjúkrunarfræðingar. Til að nýta kosti tækninnar og spara tíma var ákveðið að leggja hnitiðaða rafræna viðhorfskönnun fyrir áðurnefnda hópa. Þar sem tölvu- og netnotkun Íslendinga er 93% af heildarmannfjölda, samkvæmt tolum Hagstofu Íslands (Hagstofa Íslands, 2009b), var talið að misgott tölvulæsi- og aðgengi hefði óveruleg áhrif á niðurstöður þessarar könnunar.

Úrtak

Meginþáttur rannsóknarstarfs er að geta heimfært niðurstöður sem fengnar eru með rannsóknum á úrtaki yfir á þýði. Til að koma í veg fyrir skekkjur í niðurstöðum er mikilvægt að úrtak endurspegli vel þýðið sem rannsóknin er skilgreind fyrir (Þorlákur Karlsson og Þórólfur Þórlindsson, 2003). Hins vegar mega rannsakendur búast við að þeir sem svara viðkomandi könnun eða rannsókn hafi sterkari skoðun á umfjöllunar- efninu, en þeir sem ekki svara og það skapi ákveðna skekkju nema svarhlutfall sé mjög hátt. Segja má að rannsókn telst aldrei marktæk nema fyrir þá þátttakendur sem tóku þátt í rannsókninni á þeim tíma sem þeir tóku þátt (Fan og Yan, í prentun).

Í úrtaki þessarar rannsóknar voru 100 hjúkrunarfræðingar 67 ára og yngri sem eru með skráð netföng hjá Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga, 100 læknar 67 ára og yngri sem eru með skráð netföng hjá Læknafelagi Íslands, 20 æðstu stjórnendur heilbrigðis- stofnana á landinu og sitjandi alþingismenn, 63 að tölu. Úrtök úr hópum lækna og hjúkrunarfræðinga voru valin með aðstoð starfsmanna viðkomandi fagfélaga. Þeir sáu

um að áframsenda tölvupóst til þátttakenda, þar sem þeir voru beðnir um að taka þátt í rannsókninni, ásamt ítrekunarbréfi viku síðar. Með þessu móti fékk undirrituð ekki aðgang að nafna- eða netfangalista þátttakenda. Starfsmenn hvers þingfloks voru samskonar milliliðir fyrir alþingismenn og áframsendu tölvupóstana, en hópur stjórnenda fékk tölvupóstana beint frá undirritaðri.

Svarhlutfall

Svarhlutfall í könnunum er einnig mikilvægt, þar sem lágt svarhlutfall getur skekkt niðurstöður og dregið úr marktækni þeirra (Shih og Fan, 2009). Viðhorf rannsakenda til svarhlutfalla í könnunum er þó að breytast á síðustu árum, með tilkomu rafrænna kannanna, ef marka má umfjöllun nýlegra fræðigreina um rannsóknarstörf (Chizawsky, í prentun; Shih og Fan, 2009). Frekar en að fjalla um svarhlutfall, hafa höfundar rafrænna kannanna fjallað um fjölda nothæfra eða útfylltra spurningalisti í skýrslum sínum (Chizawsky o.fl., í prentun).

Stillingar á sumum tölvupóstforritum sía póst sem þennan frá, þannig að eigandi netfangsins sér aldrei tölvupóstinn með þátttökubeiðninni og fær því ekki tækifæri til að taka afstöðu hvort hann vilji taka þátt eða ekki (Fan og Yan, í prentun). Ekki eru til gögn um hve mörgum einstaklingum barst beiðnin um þátttöku í þessari rannsókn, né hve margir þeirra nota og opna þann tölvupóst sem þeim berst. Undirrituð býst við að hlutfall þeirra sem fékk spurningalistann sé ansi hátt, að minnsta kosti hjá hópum alþingismanna og stjórnenda, þar sem þeir netfangalistar voru best uppfærðir samkvæmt upplýsingum frá þeim sem áframsendu tölvupóstana til hvers hóps.

Vefforritið Questionpro, sem var notað í þessari rannsókn, býður upp á marga uppsetningarmöguleika, hvort sem um gagnsæi eða tegund spurninga er að ræða. Leiðin sem var valin í þessari rannsókn takmarkaði ekki fjölda þeirra sem gátu svarað könnuninni frá hverri IP tölu. Fjölmennir vinnustaðir á borð við Landspítala háskólasjúkrahús og Alþingi keyra sitt tölvukerfi á færri IP töllum og proxy þjónum en þær tölvur sem tengjast þar netinu. Að takmarka við einn þátttakanda frá hverri IP tölu þykir of takmarkandi aðferð, hún getur útilokað stóran hóp þátttakenda og er ekki æskileg (Basso og Miraglia, 2008). Mögulega hefðu einhverjur getað svarað spurningalistanum oftar en einu sinni og voru svörin lesin yfir með tilliti til þess. Svonefnd „cookies“ stilling kemur aðeins í veg fyrir að spurningalistanum sé svarað

oftar en einu sinni úr þeim tiltekna vefvafra í þeirri tilteknu tölvu og takmarkar því lítið. Tvær leiðir eru mögulegar til að tryggja með vissu að einstaklingar svari aðeins einu sinni spurningakönnun sem þessari. Höfundur taldi hvoruga þeirra ákjósanlega þar sem um fremur viðkvæmt málefni er að ræða, sérstaklega fyrir hluta úrtaksins.

Önnur leiðin felst í að senda könnunina í gegnum questionpro-vefforritið, en þá getur rannsakandi tengt saman einstaka svör og netföng þátttakenda og nafnleysi því ekkert. Hin felst í að nota forrit sem gefur hverjum og einum þátttakenda fyrirfram gefið lykilorð til að slá inn við upphaf rannsóknar. En rannsóknir hafa sýnt að þátttakendur upplifa að notkun lykilorða grafi undan nafnleysi þeirra og hika frekar við að svara slíkum könnunum (Chizawsky o.fl., í prentun). Rannsókn sem framkvæmd var með því móti meðal íslenskra hjúkrunarfæðinga árið 2003 reyndist t.a.m. aðeins hafa 18% svörun (Bjornsdottir og Thorhallsdottir, 2003) þó það kunni einnig að skýrast af öðrum þáttum. Að þessu öllu gefnu var ákveðið að mikilvægast væri að tryggja upplifað og raunverulegt nafnleysi þátttakenda í þessari könnun og áðurnefnd leið því valin.

Spurningalisti

Rannsóknin varpar ljósi á viðhorf fjögurra hópa til forgangsröðunar í heilbrigðis-þjónustunni. Meðvitað var fjölda bakgrunnsbreyta haldið í lágmarki til að tryggja nafnleysi þátttakenda. Alþingismenn voru til að mynda ekki spurðir um stjórnsmálflokk, þar sem ekki var verið að mæla viðhorf til forgangsröðunar í heilbrigðis-þjónustunni eftir flokkslínunum, eins var sleppt að spryra um aldur þar sem það getur verið persónugreinanlegt í litlu úrtaki. Fjölda efnisspurninga var stillt í hóf til að auka líkurnar á að fólk gæfi sér tíma til að svara spurningalistanum, ásamt því að uppsetning var höfð eins aðgengileg og forritið sem notað var bauð upp á.

Með aðstoð tengiliða í hverjum hóp, sem lenti í úrtakinu, var þátttakendum sendur tölvupóstur í upphafi rannsóknar með beiðni um að taka þátt. Víku síðar var sendur annar tölvupóstur til að minna á að svara könnuninni. Stefnt var að því að senda öllum lokaítrekunarbréf hálfum mánuði eftir upphaf rannsóknarinnar, en ekki er tryggt að öllum þátttakendum hafi borist það.

Spurningalistinn samanstóð af þremur bakgrunnssprungum og fimm spurningum sem snerta forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu frá mismunandi sjónarholi (sjá Viðauka). Af þeim var spurt í tveimur spurningum um afstöðu til ákveðinna aðstæðna þar sem fjórir mismunandi valmöguleikar voru í boði. Stærsta spurningin samanstóð af sjö fullyrðingum, sem þáttakandi átti að merkja við hversu sammála eða ósammála hann væri, með fimm þreppa kvarða. En það er sambærilegt því sem mælt er með við samsetningu spurningalista af þessu tagi (Maronick, 2009; Þorlákur Karlsson, 2003). Næstsíðasta spurningin bauð upp á að merkja við einn eða fleiri valmöguleika og að síðustu var opin spurning um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni. Sumar þessara spurninga höfðu birst í öðrum sambærilegum rannsóknum (Green, 2009; Werntoft og Edberg 2009a; Werntoft og Edberg 2009b; Werntoft, o.fl., 2007; Kristján Oddsson, 1998; Nord o.fl., 1995 og 1996; Ubel, 1999) en aðrar voru sértækari og miðaðar við íslenskar aðstæður. Töluberð vinna fór í að gæta að hlutlægni spurningalistans; að orðalag spurninganna og fullyrðinganna í spurningalistanum endurspeglæði ekki afstöðu undirritaðrar, þannig að svonefnd samþykkisáhrif yrðu til þess að þáttakendur hneigðust að því svari sem endurspeglæði viðhorf rannsakandans (Þorlákur Karlsson, 2003).

Gerð var forprófun á spurningalistanum, þar sem tíu aðilar með ólíkan bakgrunn og menntun fóru í gegnum listann. Þeir komu með dýrmætar athugasemdir um orðalag og uppsetningu ásamt því að taka tímann hve lengi þeir voru að svara könnuninni. Þrátt fyrir að mælt sé með forprófun af þessu tagi er hún ekki trygging fyrir góðum spurningalista, (Þorlákur Karlsson, 2003), að mörgu öðru er að hyggja líkt og fram hefur komið.

Helstu takmarkanir rannsóknarinnar

Helstu takmarkanir rannsóknarinnar felast í því að um stuttan spurningalista var að ræða, þar sem fjallað var um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu á almennum nótum. Það hefði ef til vill gefið skýrari niðurstöður ef spurningarnar hefðu verið fleiri og ítarlegri, en á sama tíma er líklegt að færri hefðu svarað spurningalistanum vegna flækjustigs og tíma sem tæki að svara. Mörgum finnst erfitt að svara viðhorfs-spurningum í könnunum og oft á tíðum kemur það fram í lægra svarhlutfalli (Fan og Yan, í prentun; Ryynänen o.fl., 1999). Öðrum takmörkunum hefur verið tæpt á, en

þær snerta fyrst og fremst samsetningu úrtaks, svarhlutfall og hugtakanotkun í spurningalistanum.

Styrkleikar og mikilvægi rannsóknarinnar

Helstu styrkleikar þessarar rannsóknar liggja í þeirri staðreynd að viðfangsefnið hefur verið lítt rannsakað hér á landi. Hún er byggð á víðtækum fræðilegum grunni erlendra rannsókna. Þeir hópar sem þátt taka í rannsókninni gefa henni einnig aukið vægi, því þeir koma allir að forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni með einum eða öðrum hætti í starfi sínu. Viðhorf þeirra gefa góða vísbindingu um æskilegar áherslur í forgangsröðun heilbrigðisþjónustu í okkar veruleika.

Tímasetning rannsóknarinnar telst einnig styrkleiki hennar. Þrátt fyrir að forgangsröðunarumræðan hefði þurft að vera lengra komin og verið brýn á öllum tímum er hún nauðsynleg og óhjákvæmileg á þeim tímum sem við nú lifum, vegna þeirra miklu efnahagsþrenginga og aðhaldsaðgerða sem blasa við íslensku samfélagi.

Um réttmæti og siðfræði rannsókna

Innra réttmæti rannsókna skiptir miklu máli, að hve miklu leyti er hægt að halda því fram að svörin sem fengust hafi svarað þeim spurningum sem lagðar voru fram. Ytra réttmæti segir til um hvort alhæfa megi niðurstöðurnar yfir á aðrar aðstæður og gera að nokkurs konar lögmáli. Mikil áhersla er lögð á áreiðanleika þeirra mælitækja sem beitt er í meginlegum rannsóknum (Sigurlína Davíðsdóttir, 2003).

Rannsakendur þurfa að sjá til þess að val þátttakandans sé eins frjálst og óþvingað og frekast er unnt, ásamt því að veita nægar upplýsingar um könnunina sjálfa og hvernig niðurstöður hennar verði notaðar (Sigurður Kristinsson, 2003). Áður en könnunin var lögð fyrir var send fyrirspurn til Persónuverndar um framkvæmd könnunarinnar. Í svari hennar kom fram að könnunin var hvorki háð tilkynningarskyldu né leyfi frá Persónuvernd. Ákveðið var að skylda ekki þátttakendur til að svara öllum spurningum könnunarinnar, heldur var valfrjálst að svara spurningalistanum í heild eða stökum spurningum, þó forritið hefði getað þvingað fram svör við öllum spurningunum. Frelsi og nafnleynd þátttakendanna var tryggt, eins og hægt var. Að úrvinnslu lokinni var frumgögnum rannsóknarinnar eytt.

Samantekt

Hnitmiðuð megindeg rafræn rannsókn var gerð til að kanna viðhorf alþingismanna, hjúkrunarfræðinga, lækna og stjórnenda í heilbrigðisþjónustu til þeirra siðferðilegu spurninga sem vakna við forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu, með hjálp vefforritsins Questionpro. Bakgrunnsbreytum var haldið í lágmarki til að tryggja nafnleysi þáttakenda. Fjölda efnisspurninga var stillt í hóf til að auka líkurnar á að fólk gæfi sér tíma til að svara spurningalistanum, ásamt því að uppsetning var höfð eins aðgengileg og forritið sem notað var bauð upp á. Sumar spurninganna höfðu birst í öðrum samþærilegum rannsóknum, en aðrar voru sértækari og miðaðar við íslenskar aðstæður. Töluverð vinna fór í að gæta að hlutlægni spurningalistans, til að samþykkisáhrif yrðu sem minnst. Gerð var forprófun á spurningalistanum þar sem tíu aðilar með ólíkan bakgrunn og menntun fóru í gegnum hann. Öll svör voru flokkuð og sjálfkrafa umreiknuð í forritinu. Áður en könnunin var lögð fyrir var send fyrirspurn til Persónuverndar um framkvæmd könnunarinnar. Í svari hennar kom fram að könnunin var hvorki háð tilkynningarskyldu né leyfi frá Persónuvernd.

NIÐURSTÖÐUR

Öll svör voru flokkuð og umreiknuð í prósentur í Questionpro forritinu, fínpússuð og unnin áfram í Excel töflureikni. Niðurstöður voru skoðaðar út frá þátttakendum sem heild, fyrir hvern undirhóp og eftir kyni og búsetu. Lýsandi tölfræði var notuð til þess að gerðar töflur og stöplarit. Í sumum tilvikum rúmast nákvæmt orðalag viðkomandi spurninga ekki í töflum en í viðauka er að finna spurningalistann í heild sinni ásamt töflum með niðurstöðum hverrar spurningar fyrir bakgrunnsbreyturnar kyn og búsetu. Í töflum er tíðasta gildi hvers undirhóps feitletrað, og samtala skáletruð.

Niðurstöður í máli og myndum

Alls voru 137 spurningalistar notaðir við úrvinnslu könnunarinnar. Heildarsvarhlutfall var 48% af útsendum listum, en af tæknilegum ástæðum eru engar tölur um hve margir spurningalistanna bárust þeim sem lento í úrtakinu. Þátttakendur voru 43% karlar og 57% konur. Flestir þeirra (67%) voru af höfuðborgarsvæðinu eða níutíu og tveir, þátttakendur búsettir á landsbyggðinni voru fjörutíu og einn (30%), og fjórir búsettir erlendis (3%).

Tafla 1. Bakgrunnsbreytur þátttakenda og svarhlutfall

Kyn	Allir		Alþingismenn		Stjórnendur		Læknar		Hjúkrunarfr.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Karl	58	43%	12	52%	18	95%	28	60%	0	0%
Kona	78	57%	11	48%	1	5%	19	40%	47	100%
	136	100%	23	100%	19	100%	47	100%	47	100%
Búseta										
Höfuðborgarsvæðið	92	67%	11	48%	5	26%	39	83%	37	77%
Landsbyggðin	41	30%	12	52%	14	74%	5	11%	10	21%
Erlendis	4	3%	0	0%	0	0%	3	6%	1	2%
	137	100%	23	100%	19	100%	47	100%	48	100%
Heildarúrtak										
Spurningalistar sendir	283		63		20		100		100	
Svarhlutfall	137	48%	23	37%	19	95%	47	47%	48	48%

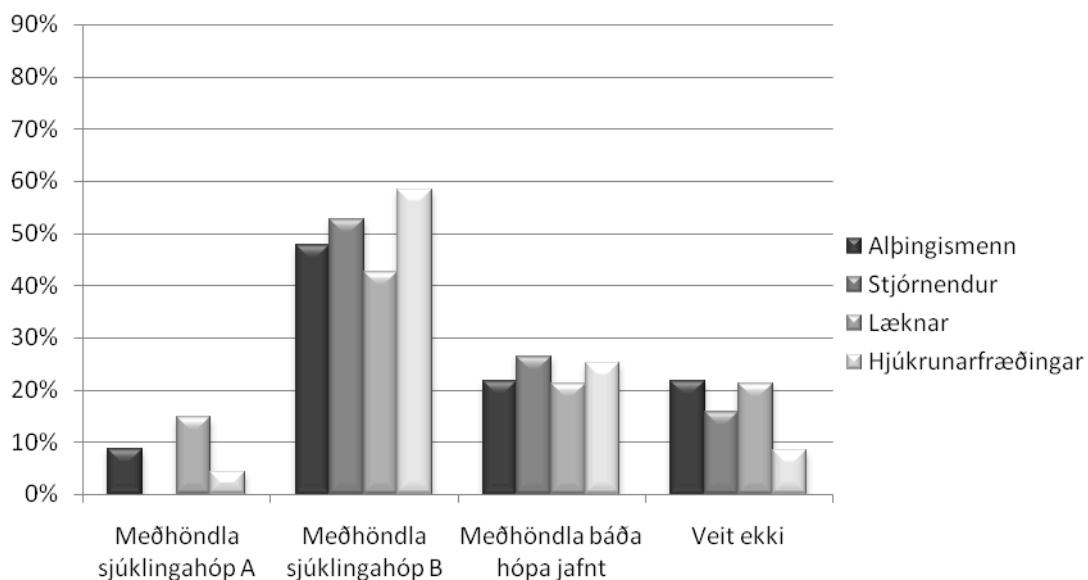
Tuttugu og þrír alþingismenn tóku þátt, tólf karlar og ellefu konur, svarhlutfall þingmanna var því 37%. Nítján stjórnendur í heilbrigðisþjónustu tóku þátt, þar af átján karlar og ein kona, svarhlutfall stjórnenda var 95%. Þeir læknar sem tóku þátt í rannsókninni voru fjörutíu og sjö, þar af tuttugu og átta karlar og nítján konur, svarhlutfall lækna var 47%. Fjörutíu og átta hjúkrunarfræðingar tóku þátt í rannsókninni, þar af fjörutíu og sjö konur, einn hjúkrunarfræðingur merkti ekki við kyn sitt, svarhlutfall hjúkrunarfræðinga var 48%.

Alvarleiki veikinda og virkni meðferðar

Þegar spurt var um viðhorf til þess hvort og þá hvernig batalíkur hafa áhrif á forgangsröðun var niðurstaðan nokkuð afdráttarlaus og svipuð milli hópa. Helmingur þátttakenda (50%) kaus að veita sjúklingahóp B, með minni heilsufarsvandamál meðferð sem hefur meiri áhrif, heldur en sjúklingahóp A, með alvarlegri heilsufarsvandamál og lítil von um að meðferð hafi áhrif. Fleiri konur (61%) og íbúar landsbyggðarinnar (61%) voru á þeirri skoðun. Öllu færri vildu veita sjúklingahóp A meðferð, eða 8%, flestir læknar en fæstir stjórnendur. Tæplega fjórðungur vildi meðhöndla báða hópa jafnt, en færri sjúklinga í hvorum hóp. Um það bil fjórðungur tók ekki afstöðu, helst karlar (21%) og íbúar af höfuðborgaravæðinu (22%) en síst hjúkrunarfræðingar, eða 8%.

Tafla 2. Sp. 4. Um two sjúkdóma er að ræða sem eru jafn kostnaðarsamir í meðferð. Sjúkdómur A veldur alvarlegum heilsufarsvandamálum og meðferð hefur lítil áhrif, en sjúkdómur B veldur minni heilsufarsvandamálum og meðferð hefur mikil áhrif. Hvernig skal forgangsraða?

	Allir		Alþingismenn		Stjórnendur		Læknar		Hjúkrunarfr.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Meðhöndla sjúklingahóp A	11	8%	2	9%	0	0%	7	15%	2	4%
Meðhöndla sjúklingahóp B	69	50%	11	48%	10	53%	20	43%	28	58%
Meðhöndla báða hópa jafnt	32	24%	5	22%	5	26%	10	21%	12	25%
Veit ekki	22	16%	5	22%	3	16%	10	21%	4	8%
Ekkert svar	3	2%	0	0%	1	5%	0	0%	2	4%
	137	100%	23	100%	19	100%	47	100%	48	100%



Mynd 4. Sp. 4. Um two sjúkdóma er að ræða sem eru jafn kostnaðarsamir í meðferð. Sjúkdómur A veldur alvarlegum heilsufarsvandamálum og meðferð hefur lítil áhrif, en sjúkdómur B veldur minni heilsufarsvandamálum og meðferð hefur mikil áhrif. Hvernig skal forgangsraða?

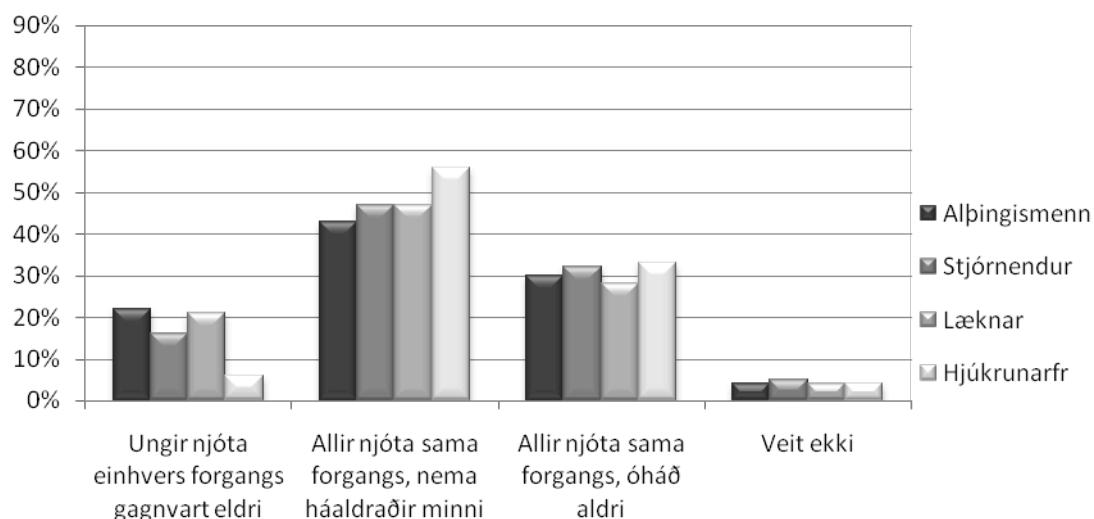
Aldur sjúklinga

Í ljósi þess að þjóðin er að eldast er athyglisvert að skoða afstöðu fólks til þess hvort og þá hvernig aldur hefur áhrif á forgangsröðun. Helmingur þátttakenda vildi forgangsraða þannig að meðal þeirra sem eru með lífsógnandi sjúkdóma, hafi allir sama forgang nema háaldraðir sem njóti minni forgangs (50%). Tiltölulega lítt munur er á milli hópanna hvað þessa afstöðu varðar, þar sem 43% alþingismanna, 47% stjórnenda, 47% lækna og 56% hjúkrunarfræðinga töldu þennan valkost lýsa viðhorfi best. Heldur fleiri íbúar höfuðborgarsvæðisins (54%) en landsbyggðarinnar (37%) reyndust á sömu skoðun.

Tafla 3. Sp. 5. Hver af eftirfarandi fullyrðingum lýsir best þínu viðhorfi? Áhrif aldurs á forgangsröðun

	Allir	Alþingismenn		Stjórnendur		Læknar		Hjúkrunarfr.		
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	
Ungir njóta einhvers forgangs gagnvart eldri	21	15%	5	22%	3	16%	10	21%	3	6%
Allir njóta sama forgangs, nema háaldraðir minni	68	50%	10	43%	9	47%	22	47%	27	56%
Allir njóta sama forgangs, óháð aldri	42	31%	7	30%	6	32%	13	28%	16	33%
Veit ekki	6	4%	1	4%	1	5%	2	4%	2	4%
Ekkert svar	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	137	100%	23	100%	19	100%	47	100%	48	100%

Sömu niðurstöður má sjá í eftirfarandi súluriti, sem sýnir hversu sammála hóparnir eru. Þriðjungur þátttakenda (31%) vilja að allir njóti sama forgangs, óháð aldri. Fleiri þátttakendur (96%) tóku afstöðu til þessarar spurningar heldur en spurningarinnar um batahorfur af meðferð hér að ofan.



Mynd 5. Sp. 5. Hver af eftirfarandi fullyrðingum lýsir best þínu viðhorfi? Áhrif aldurs á forgangsröðun

Spurning númer 6 í spurningalistanum er í sex liðum og verður fjallað um hvern og einn lið hér á eftir. Í öllum tilvikum eru svarmöguleikarnir “mjög sammála”, “frekar sammála”, “hvorki sammála né ósammála”, “frekar ósammála” og “mjög ósammála”. Við myndræna úrvinnslu á niðurstöðunum eru fyrstu svarmöguleikarnir tveir lagðir saman og mynda liðinn “sammála” og síðustu svarmöguleikarnir tveir lagðir saman og mynda liðinn “ósammála”. Í töflum eru niðurstöðurnar nákvæmlega sundurgeindar eftir svarmöguleikum spurningalistans í efri hlutanum, en samanlagðir í neðri hluta töflunnar. Þetta er gert til að draga upp skýrari mynd af hlutfalli þeirra sem eru annars vegar “sammála” fullyrðingunni og hins vegar “ósammála” henni, en að sama skapi til þess að tapa ekki sýninni á það hversu sterkar skoðanir þátttakendur hafa á hverri fullyrðingu.

Efnahagur sjúklinga

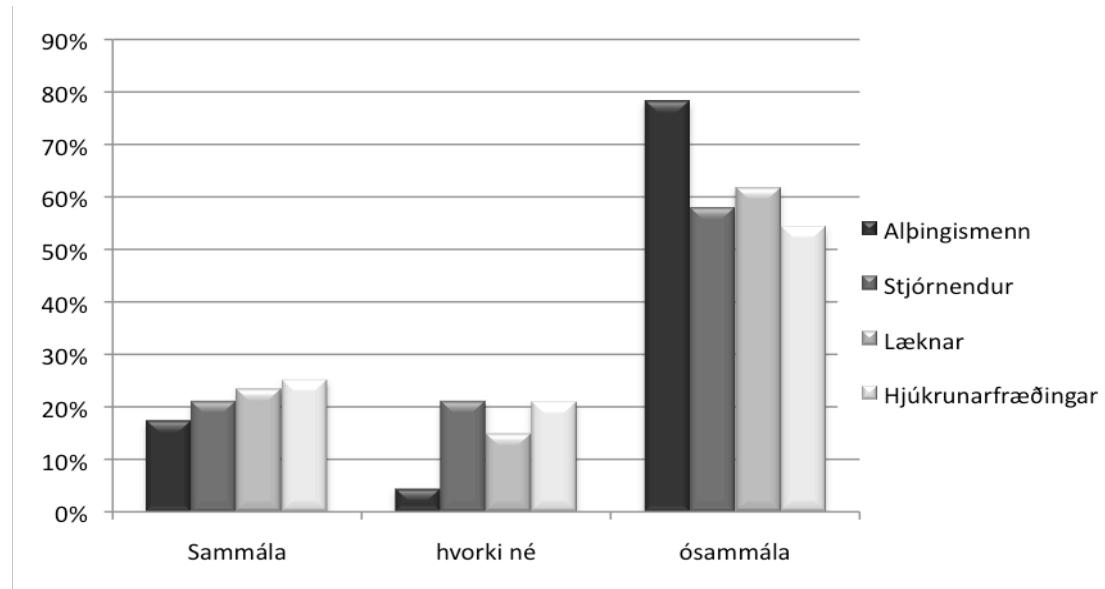
Nokkuð afgerandi afstaða er hjá öllum hópum varðandi það að efnaðir einstaklingar eigi ekki að borga hærra hlutfall fyrir sjúkdómsmeðferð sína, 61% eru ósammála fullyrðingunni og 23% sammála, þar af eru langflestir mjög ósammála fullyrðingunni,

eða 41% af öllum þátttakendum rannsóknarinnar, en alþingismenn sem hópur eru því mest mótfallnir.

Tafla 4. Sp. 6a. Efnaðir einstaklingar eiga að borga hærra hlutfall fyrir sjúkdómsmeðferð sína

	Allir		Alþingismenn		Stjórnendur		Læknar		Hjúkrunarfr.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mjög sammála	11	8%	1	4%	2	11%	3	6%	5	10%
Frekar sammála	20	15%	3	13%	2	11%	8	17%	7	15%
Hvorki sammála né ósammála	22	16%	1	4%	4	21%	7	15%	10	21%
Frekar ósammála	28	20%	5	22%	5	26%	8	17%	10	21%
Mjög ósammála	56	41%	13	57%	6	32%	21	45%	16	33%
Ekkert svar	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	137	100%	23	100%	19	100%	47	100%	48	100%
Sammála	31	23%	4	17%	4	22%	11	23%	12	25%
Hvorki sammála né ósammála	22	16%	1	4%	4	21%	7	15%	10	21%
Ósammála	84	61%	18	79%	11	58%	29	62%	26	54%

Hærra hlutfall karla (47%) og landsbyggðarfólks (46%) er því mjög ósammála að efnaðir einstaklingar eigi að borga hærra hlutfall fyrir sjúkdómsmeðferð sína, en 37% kvenna og 38% íbúa á höfuðborgarsvæðinu.



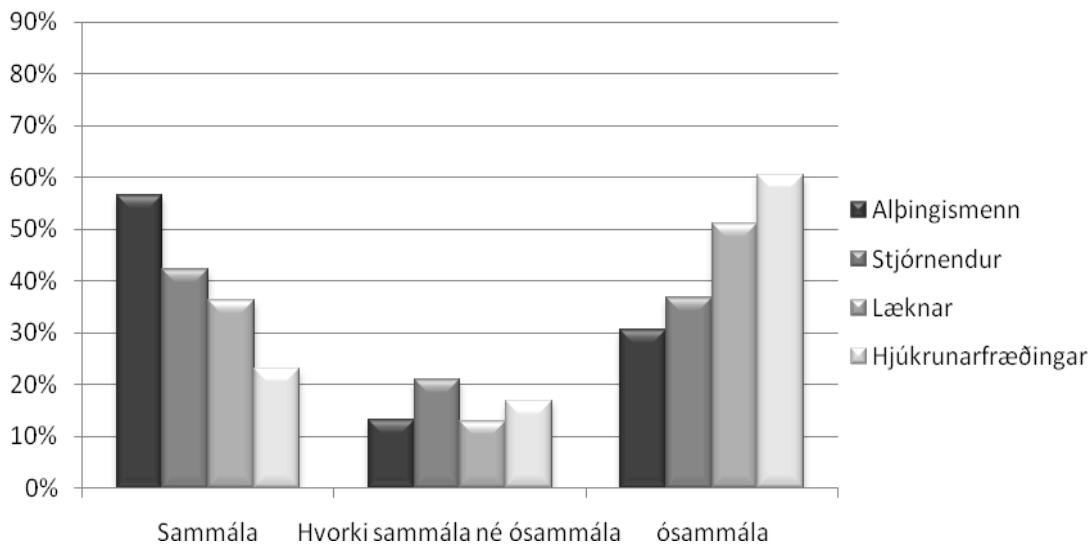
Mynd 6. Sp. 6a. Efnaðir einstaklingar eiga að borga hærra hlutfall fyrir sjúkdómsmeðferð sína

Kostnaður meðferðar

Skoða þarf vel niðurstöður spurningarinnar þar sem því er velt fram hvort velja eigi ódýrari meðferðina ef tvær eru viðurkenndar, þrátt fyrir hugsanlega minni árangur. Ef tíðasta gildi er tekið fyrir hvern hóp, áður en svarmöguleikar eru lagðir saman, eru alþingismenn (57%), stjórnendur (37%) og læknar (32%) frekar sammála fullyrðingunni en 35% hjúkrunarfræðinga frekar ósammála. Þegar gildin eru lögð saman til að skerpa frekar myndina á því hverjir eru hlynntir slíkri stefnu og hverjir ekki, eru heilbrigðisstéttirnar mótfallnar því að nota ódýrari meðferð ef hún hefur hugsanlega minni árangur, læknar (51%) og hjúkrunarfræðingar 60%. Stjórnendur skiptast í tvær fylkingar þar sem 42% eru því samála en 37% ósammála. Alþingismenn eru því frekar hlynntir, þar sem 57% eru sammála en 30% ósammála.

Tafla 5. Sp. 6b. Séu tvær sjúkdómsmeðferðir viðurkenndar, skal velja þá ódýrari þrátt fyrir hugsanlega minni árangur.

	Allir		Alþingismenn		Stjórnendur		Læknar		Hjúkrunarfr.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mjög sammála	6	4%	0	0%	1	5%	2	4%	3	6%
Frekar sammála	43	31%	13	57%	7	37%	15	32%	8	17%
Hvorki sammála né ósammála	21	15%	3	13%	4	21%	6	13%	8	17%
Frekar ósammála	39	28%	4	17%	4	21%	14	30%	17	35%
Mjög ósammála	28	20%	3	13%	3	16%	10	21%	12	25%
Ekkert svar	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	137	100%	23	100%	19	100%	47	100%	48	100%
Sammála	49	35%	13	57%	8	42%	17	36%	11	23%
Hvorki né	21	15%	3	13%	4	21%	6	13%	8	17%
Ósammála	67	48%	7	30%	7	37%	24	51%	29	60%



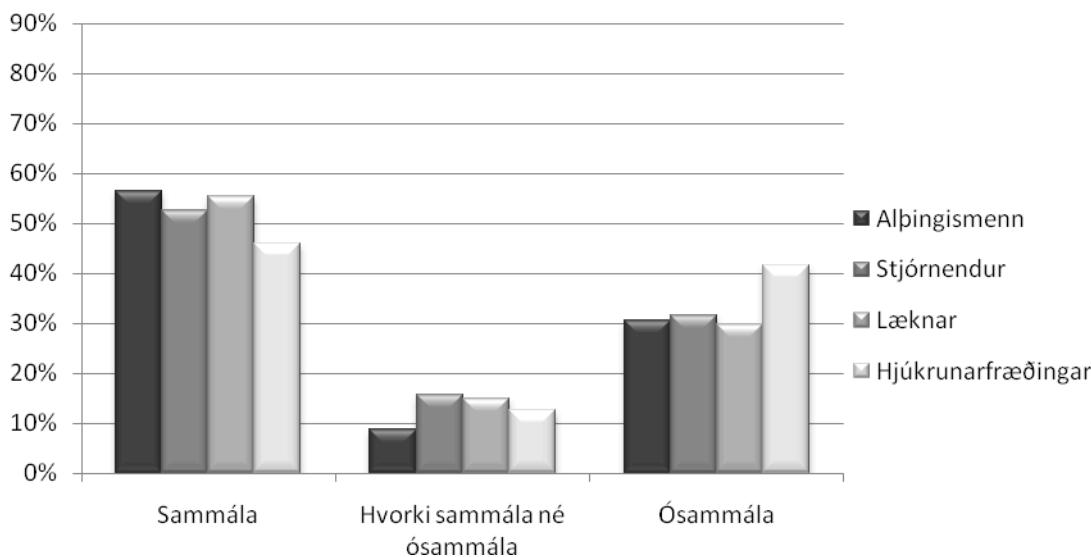
Mynd 7. Sp. 6b. Séu tvær sjúkdómsmeðferðir viðurkenndar, skal velja þá ódýrari þrátt fyrir hugsanlega minni árangur.

Lífsstíll sjúklinga

Hvort að lífsstíll fólks sem veldur versnun á sjúkdómseinkennum eða framkalli þau, eigi að hafa áhrif á aðgengi fólks að heilbrigðisþjónustu er mál sem sífellt brýnna er að taka afstöðu til. Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna hversu mismunandi skoðanir fólks eru. Um það bil helmingur þátttakenda telur að heilsuspíllandí lífsstíll eigi ekki að hafa áhrif á aðgengi fólks að heilbrigðisþjónustu (52%), en þriðjungur þátttakenda telur svo vera (35%), en 13% eru því hvorki sammála né ósammála.

Tafla 6. Sp. 6c. Hafi sjúklingar með lífsstíl sínum valdið sjúkdómsástandi sínu að einhverju eða öllu leyti (t.d. með reykingum) – og neita að hætta – eiga að hafa sama aðgengi að heilbrigðisþjónustunni og aðrir hópar

	Allir		Alþingismenn		Stjórnendur		Læknar		Hjúkrunarfr.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mjög sammála	31	23%	6	26%	3	16%	13	28%	9	19%
Frekar sammála	40	29%	7	30%	7	37%	13	28%	13	27%
Hvorki sammála né ósammála	18	13%	2	9%	3	16%	7	15%	6	13%
Frekar ósammála	35	26%	5	22%	3	16%	12	26%	15	31%
Mjög ósammála	12	9%	2	9%	3	16%	2	4%	5	10%
Ekkert svar	1	1%	1	4%	0	0%	0	0%	0	0%
	137	100%	23	100%	19	100%	47	100%	48	100%
Sammála	71	52%	13	56%	10	53%	26	56%	22	46%
Hvorki sammála né ósammála	18	13%	2	9%	3	16%	7	15%	6	13%
Ósammála	47	35%	7	31%	6	32%	14	30%	20	41%



Mynd 8. Sp. 6c. Hafi sjúklingar með lífsstíl sínum valdið sjúkdómsástandi sínu að einhverju eða öllu leyti (t.d. með reykingum) – og neita að hætta – eiga þeir að hafa sama aðgengi að heilbrigðisþjónustunni og aðrir hópar.

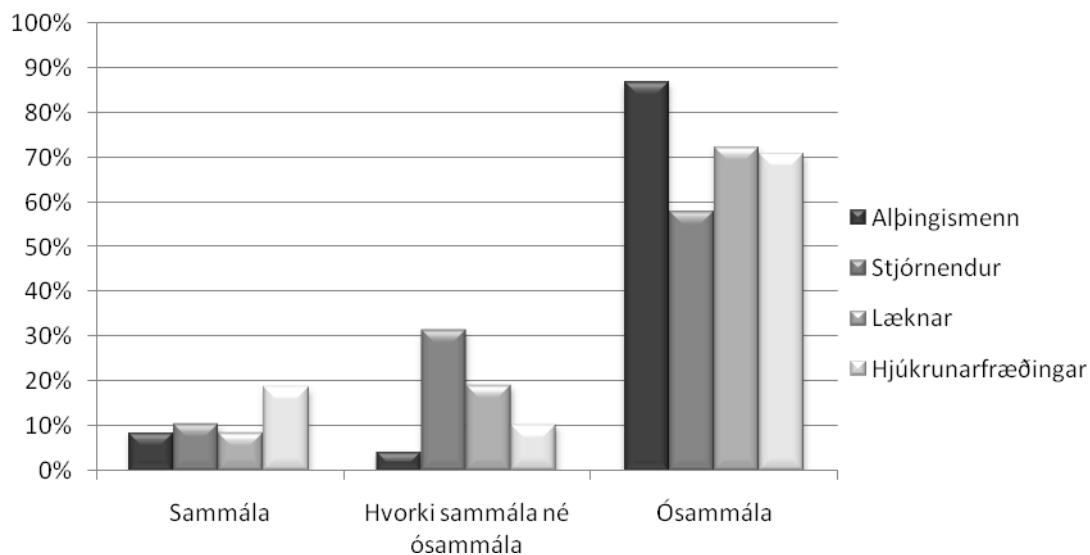
Félagsleg staða sjúklinga

Þátttakendur eru enn og aftur sammála, þó merkjanlegur munur sé á hversu höröf afstaðan er. Flestir eru mótfallnir því að fólk sem býr við lakari félagslega stöðu, eigi að njóta forgangs í heilbrigðisþjónustunni. Alþingismenn höfðu sterkest skoðanir gegn því. Flestir voru annað hvort mjög ósammála (57%) eða frekar ósammála (30%).

Tafla 7. Sp. 6d. Fólk sem býr við lakari félagslega stöðu, t.d. atvinnulausir og láglauafólk, skal njóta forgangs í heilbrigðisþjónustunni.

	Allir		Alþingismenn		Stjórnendur		Læknar		Hjúkrunarfr.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mjög sammála	2	1%	0	0%	0	0%	0	0%	2	4%
Frekar sammála	15	11%	2	9%	2	11%	4	9%	7	15%
Hvorki sammála né ósammála	21	15%	1	4%	6	32%	9	19%	5	10%
Frekar ósammála	42	31%	7	30%	5	26%	16	34%	14	29%
Mjög ósammála	57	42%	13	57%	6	32%	18	38%	20	42%
Ekkert svar	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	137	100%	23	100%	19	100%	47	100%	48	100%
Sammála	17	12%	2	9%	2	11%	4	9%	9	19%
Hvorki sammála né ósammála	21	15%	1	4%	6	32%	9	19%	5	10%
Ósammála	99	73%	20	87%	11	58%	34	72%	34	71%

Nokkuð áberandi er hve hátt hlutfall stjórnenda tekur síður afstöðu til þessarar fullyrðingar, eða þriðjungur, ásamt því að þeir hafa vægari skoðun en hinir hóparnir.



Mynd 9. Sp. 6d. Fólk sem býr við lakari félagslega stöðu, t.d. atvinnulausir og láglauðafólk, skal njóta forgangs í heilbrigðisþjónustunni.

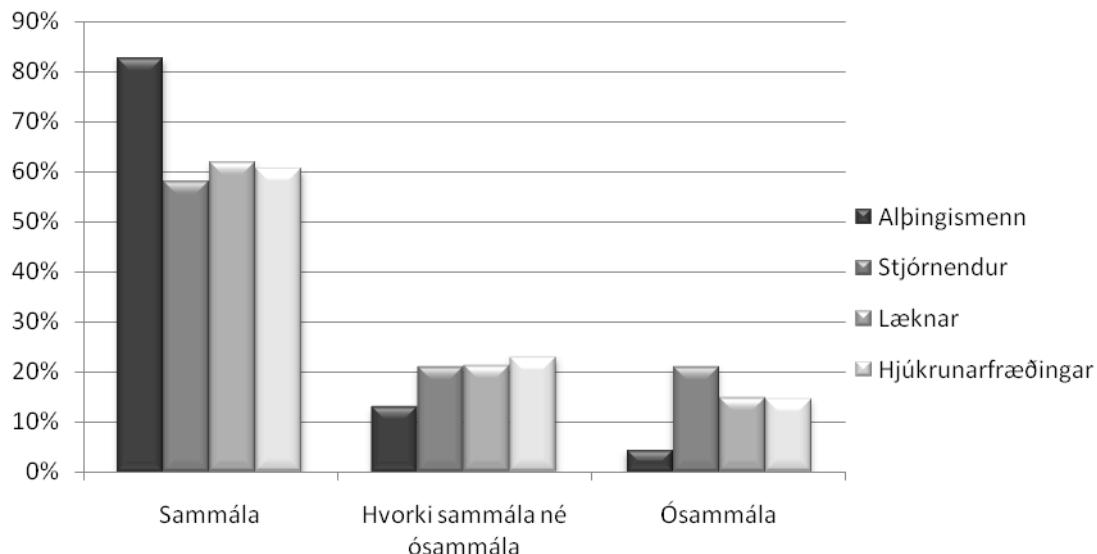
Forvarnir eða ný kostnaðarsöm meðferð

Flestir voru frekar sammála (39%) eða mjög sammála (25%) að það sé mikilvægara að verja fjármunum í forvarnir heldur en að taka upp nýja kostnaðarsama meðferð við lífsógnandi sjúkdómum. Afstaða alþingismanna er meira afgerandi heldur en hinna hópanna í þá átt að forvarnir skipti meiru máli, þar sem fleiri úr þeim hóp eru mjög sammála (43%) og hátt hlutfall frekar sammála (39%).

Tafla 8. Sp. 6e. Að verja fjármunum í forvarnir er mikilvægara en að taka upp nýja kostnaðarsama meðferð við lífsógnandi sjúkdómum

	Allir		Alþingismenn		Stjórnendur		Læknar		Hjúkrunarfr.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mjög sammála	34	25%	10	43%	4	21%	9	19%	11	23%
Frekar sammála	54	39%	9	39%	7	37%	20	43%	18	38%
Hvorki sammála né ósammála	28	20%	3	13%	4	21%	10	21%	11	23%
Frekar ósammála	11	8%	1	4%	3	16%	3	6%	4	8%
Mjög ósammála	8	6%	0	0%	1	5%	4	9%	3	6%
Ekkert svar	2	1%	0	0%	0	0%	1	2%	1	2%
	137	100%	23	100%	19	100%	47	100%	48	100%
Sammála	88	64%	19	82%	11	58%	29	62%	29	61%
Hvorki sammála né ósammála	28	20%	3	13%	4	21%	10	21%	11	23%
Ósammála	19	14%	1	4%	4	21%	7	15%	7	14%

Samanlögð svör gefa skýrari mynd af afstöðu fólks, með eða á móti ofangreindri full-yrðingu. Meðal alþingismanna sem tóku þátt í rannsókninni voru 82% sammála að forvarnir eru mikilvægar, 58% stjórnenda, 62% lækna og 61% hjúkrunarfræðinga.



Mynd 10. Sp. 6e. Að verja fjármunum í forvarnir er mikilvægara en að taka upp nýja kostnaðarsama meðferð við lífsógnandi sjúkdómum

Forvarnir virðast ofar í hugum íbúa á landsbyggðinni, þar sem þátttakendur rannsóknarinnar búsettir á landsbyggðinni voru í 76% tilvika sammála því að forvarnir séu mikilvægari, en að taka upp nýja kostnaðarsama meðferð við lífsógnandi sjúkdómum, á móti 58% íbúa höfuðborgarsvæðisins. Kynin eru sammála í afstöðu sinni til forvarna og kostnaðarsamra sjúkdómsmeðferða, flestir eru frekar sammála því að forvarnir séu mikilvægari.

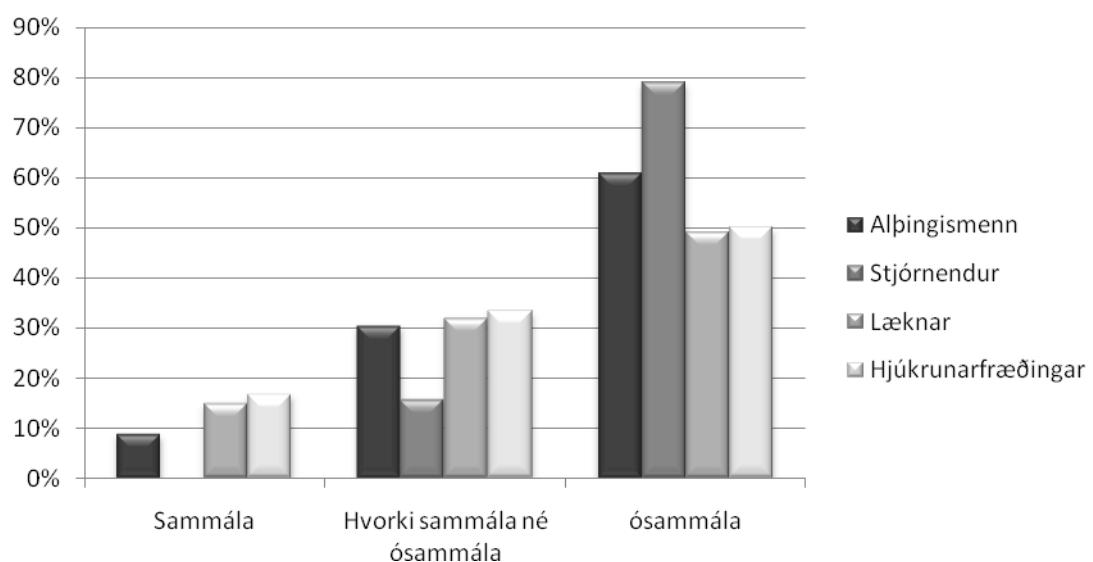
Lækkun kostnaðar í heilbrigðiskerfinu eða öflug nærpjónusta á landsbyggðinni

Fleiri eru á þeirri skoðun að uppbygging öflugrar nærpjónustu á landsbyggðinni sé mikilvægari en meiri kostnaðarlækkun innan heilbrigðiskerfisins. Alþingismenn og stjórnendur virðast hafa sterkari skoðun á þessum málum heldur en heilbrigðistarfsmenn þar sem hærra hlutfall úr þeirra röðum eru mjög ósammála því að meiri lækkun kostnaðar innan heilbrigðiskerfisins sé mikilvægari en uppbygging nærpjónustu á landsbyggðinni.

Tafla 9. Sp. 6f. Meiri lækkun kostnaðar innan heilbrigðiskerfisins er mikilvægari en uppbygging öflugrar nærþjónustu á landsbyggðinni.

	Allir		Alþingismenn		Stjórnendur		Læknar		Hjúkrunarfr.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mjög sammála	8	6%	0	0%	0	0%	4	9%	4	8%
Frekar sammála	9	7%	2	9%	0	0%	3	6%	4	8%
Hvorki sammála né ósammála	41	30%	7	30%	3	16%	15	32%	16	33%
Frekar ósammála	41	30%	5	22%	8	42%	12	26%	16	33%
Mjög ósammála	35	26%	9	39%	7	37%	11	23%	8	17%
Ekkert svar	3	2%	0	0%	1	5%	2	4%	0	0%
	137	100%	23	100%	19	100%	47	100%	48	100%
Sammála	17	13%	2	9%	0	0%	7	15%	8	16%
Hvorki sammála né ósammála	41	30%	7	30%	3	16%	15	32%	16	33%
Ósammála	76	56%	14	61%	15	79%	23	49%	24	50%

Aðeins 13% allra þáttakenda telja að meiri lækkun kostnaðar innan heilbrigðiskerfisins sé mikilvægari en uppbygging öflugrar nærþjónustu á landsbyggðinni, þar af aðeins 9% alþingismanna og enginn stjórnandi. Þegar horft er á niðurstöðurnar ber að hafa í huga að 74% úr hópi stjórnenda, sem tóku þátt í rannsókninni, eru búsettir á landsbyggðinni. Hlutfall lækna sem tóku þátt í rannsókninni og eru búsettir á landsbyggðinni er á hinn bóginn ekki nema 11% en 49% þeirra vilja byggja upp öfluga nærþjónustu á landsbyggðinni.



Mynd 11. Sp. 6f. Meiri lækkun kostnaðar innan heilbrigðiskerfisins er mikilvægari en uppbygging öflugrar nærþjónustu á landsbyggðinni

Heldur færri á höfuðborgarsvæðinu (48%) en á landsbyggðinni (73%) telja mikilvægara að byggja upp öfluga nærbjónustu á landsbyggðinni, heldur en að ná niður kostnaði við heilbrigðiskerfið. Munur á afstöðu kynjanna er óverulegur.

Hverjir eru best til þess fallnir að koma að forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni?

Síðasta krossaspurning rannsóknarinnar var á þá leið að þátttakendur áttu að merkja við þá aðila sem þeir telja best til þess fallna að koma að forgangsröðun innan heilbrigðisþjónustunnar, mögulegt var að velja fleiri en einn möguleika. Niðurstöður heildarinnar voru á þá leið að 79% töldu að læknar ættu að koma að þeirri umræðu, 60% merktu við hjúkrunarfræðinga, 49% við stjórnendur heilbrigðisstofnana, 34% hagsmunasamtök sjúklinga, 31% fræðimenn og 28% stjórnsmálamenn.

Tafla 10. Spurning 7. Hverjir eru best til þess fallnir að koma að forgangsröðun innan heilbrigðisþjónustunnar?

	Allir		Alþingismenn		Stjórnendur		Læknar		Hjúkrunarfr.	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Stjórnsmálamenn	39	28%	16	70%	4	21%	9	19%	10	21%
Fræðimenn	43	31%	7	30%	9	47%	15	32%	12	25%
Stjórnendur heilbrigðisstofnana	67	49%	14	61%	11	58%	12	26%	30	63%
Læknar	108	79%	9	39%	13	68%	42	89%	44	92%
Hjúkrunarfræðingar	82	60%	9	39%	12	63%	16	34%	45	94%
Sjúkratryggingar Íslands	27	20%	5	22%	7	37%	6	13%	9	19%
Hagsmunasamtök sjúklinga	46	34%	8	35%	5	26%	11	23%	22	46%
Almenningur	18	13%	5	22%	2	11%	5	11%	6	13%
Aðrir	11	8%	4	17%	1	5%	0	0%	6	13%

Þegar niðurstöður eru skoðaðar fyrir hvern undirhóp fyrir sig kemur í ljós að flestir hópar telja sinn hóp best til þess fallinn að koma að forgangsröðun innan heilbrigðisþjónustunnar. Alþingismenn nefndu oftast sinn hóp (70%), næst oftast nefndu þeir stjórnendur heilbrigðisstofnana (61%), síðan hópa lækna (39%) og hjúkrunarfræðinga (39%) þar á eftir. Stjórnendur nefndu lækna í 68% tilvika, hjúkrunarfræðinga í 63% tilvika, sinn eigin hóp í 58% tilvika, fræðimenn (47%), Sjúkratryggingar Íslands (37%), hagsmunasamtök sjúklinga (26%) og 21% nefndu stjórnsmálamenn. Læknar nefndu oftast sinn eiðinn hóp (89%) og það eingöngu, því sá hópur sem læknar nefndu næst oftast voru hjúkrunarfræðingar (34%), fræðimenn (32%), stjórnendur

heilbrigðisstofnana (26%) og alþingismenn (19%). Hjúkrunarfræðingar nefndu sína eigin starfstétt í 94% tilvika, lækna (92%), stjórnendur heilbrigðisstofnana (63%), fjórðungur nefndi fræðimenn og 21% hjúkrunarfræðinga nefndu stjórmálamenn. Það voru helst alþingismenn sem vildu sjá almenning koma að forgangsröðun innan heilbrigðisþjónustunnar (22%).

Spurningin bauð upp á að þáttakandinn nefndi sjálfur “aðra” hæfa aðila, meðal svara voru eftirfarandi:

Sér valinn hópur fagaðila innan heilbrigðiskerfisins

Hæfileg blanda af fólk með faglegan- eða siðferðilegan grunn ásamt með stjórnendum.

Enginn best til þess fallnir en þar sem peningum er úthlutað í verkefnin í pólitískum "leik" þarf ákvörðunin að vera pólitísk líka í samráði þó að einhverju leyti

Heimspekingar, siðfræðingar - stjórnendur í samstarfi við stjórmálamenn

Faglegir stjórnendur

Sjúklingar

Siðfræðingar

Reynsla þáttakenda af forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni

Áttunda spurning spurningalistans var opin, með þessum orðum: Hver er reynsla þín, starfstengd eða persónuleg, af forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni? Við þessari spurningu fengust mörg áhugaverð svör, reyndar skildu sumir spurninguna á þann veg að greina frá hversu mikla eða litla reynslu þeir höfðu af heilbrigðisþjónustunni. Hér á eftir eru nokkur dæmi um svör. Margir ræddu um þörf fyrir skýra stefnu og yfirsýn, aðrir tóku sértækari dæmi:

Skortur á heildaryfirsýn yfir verkefnið. - Alþingismaður

Afskaplega ómarkviss, alltof mikið tengd hagsmunabaráttu einstakra starfsstéttu, og mjög skammsýn. - Alþingismaður

Forgangsröðun í dag er óskýr og ómarkviss sem skýrist af því að stjórnvöld eiga erfitt með að taka erfiðar/umdeildar/óvinsælar ákvarðanir sem eru þó oft nauðsynlegar og skynsamlegar til lengri tíma litið. - Stjórnandi

Mjög slæm. Yfirleitt ákveðin af fólk, sem hefur ekki næga yfirsýn eða hefur misst hana. - Læknir

Forgangsröðun er í dag tilviljanakennd og ómarkviss. Mikil hræðsla er við að taka upp nýjar aðferðir og leiðir. Heilbrigðisráðuneyti er vanbúið til stefnumörkunar, hrætt við breytingar. - Læknir

Forgangsröðun ómarkviss eigum enn eftir að svara spurningunum um hver gerir hvað fyrir hvern hvar og hvenær fyrir hvaða peninga. - Hjúkrunarfræðingur

Pólítíkusar velta ábyrgðinni yfir á fagfólk lækna og hjúkrunarfræðinga og þeir eiga mjög erfitt með að forgangsraða. Algengasta viðhorfið er að allir eigi að fá fulla þjónustu óháð sjúkdómum og/eða aldri. - Hjúkrunarfræðingur

Að stjórmálamenn forðast hana eins og heitan eldinn og neyða fagfólk til að takast á við vandann með skertum fjárvéitingum án stefnumörkunar. - Læknir

Of mikil áherzla á sértækni en of lítil á almenna hluti. - Læknir

Gífurlegum fjármunum er eytt í meðhöndlun sjúkdóma, þar sem afar lítill árangur næst, en þar sem allir vorkenna sjúklingnum: t.d. MS og krabbameinssjúklingar. Litlum fjármunum er varið í meðhöndlun 'þakklátra sjúkdóma', þ.e. þar sem mikill árangur næst fyrir lítinn pening t.d. með kviðaraskanir og þunglyndi. - Læknir

Mín persónulega reynsla er sú að ef kerfið er of rígbundið þá getur það snúist í andhverfu sína. Pannig að ef eldra fólk nýtir lítið þjónustuna þegar það getur bjargað sér með aðstoð òettингja þá er fjölskyldunni refsað fyrir það með minni þjónustu þegar þörfin kemur skyndilega. Rökin eru að annar sjúklingur hafi nýtt sér þjónustuna og gangi því fyrir hvildarinnlögn. - Hjúkrunarfræðingur

Mín skoðun er að gott sé að blanda saman persónulegu mati fagaðila í bráðatilfellum og ákveðnu flokkunarkerfi. - Hjúkrunarfræðingur

Finnst mjög oft verið að kasta krónunni til að spara aurinn, en í heildina finnst mér heilbrigðisþjónusta á Íslandi góð og ég tel að allir sem þurfa á þjónustu að halda fái hana. Finnst samt full mikil áhersla lögð á meðferð og meðhöndlun sjúkdóma sem oft er lítt möguleiki á að lækna, í stað þess að veita líknandi meðferð og spara einstaklingum miklar kvalir og vanlíðan, oftar en ekki háöldruðu fólk (90 ára+).

- Hjúkrunarfræðingur

Forgangsraða á eftir alvarleika sjúkdóms og gagnsemi meðferðar en ekki eftir því hver viðkomandi einstaklingur er, en sjúklingur á auðvitað rétt á að ákveða hvort hann þiggur meðferð og þá hvaða meðferð ef fleiri meðferðarmöguleikar eru í boði.

- Læknir

Samantekt

Alls voru 137 spurningalistar notaðir við úrvinnslu könnunarinnar. Heildarsvarhlutfall var 48% af útsendum listum, en engar tölur eru um hve mörgum úr úrtakinu barst tölvupósturinn. Meðal alþingismanna var svörun 37%, stjórnenda 95%, lækna 47% og hjúkrunarfræðinga 48%. Meirihluti þátttakenda (57%) var konur, fleiri þátttakendur búa á höfuðborgarsvæðinu (67%), 30% á landsbyggðinni og 3% erlendis.

Niðurstöður voru flestar samhljóma milli ólíkra hópa. Flestir vildu leggja áherslu á virkni meðferðar og batahorfur (spurning 4). Helmingur þátttakenda vildi að allir með lífsógnandi sjúkdóma njóti sama forgangs, en háaldraðir þó minni, á meðan þriðjungur vildi að aldur hefði ekki áhrif á forgangsröðun. Þátttakendur voru almennt mjög sammála um að efnaðir einstaklingar eiga ekki að greiða hærra hlutfall fyrir sjúkdómsmeðferð sína, alþingismenn höfðu sterkest skoðanir á því. Tæplega helmingur þátttakenda valdi ódýrari sjúkdómsmeðferðina af tveimur, þó hún bæri hugsanlega minni árangur, fleiri heilbrigðisstarfsmenn voru mótfallnir því en alþingismenn og stjórnendur. Þátttakendur vilja ekki að heilsuspíllandi lífsstíll skerði aðgengi einstaklinga að heilbrigðisþjónustunni. Einstaklingar í lakari félagslegri stöðu eiga ekki að njóta forgangs í heilbrigðisþjónustunni að mati þátttakenda. Forvarnir eru taldar mikilvægari en kostnaðarsöm meðferð við lífsógnandi sjúkdómum að mati flestra, hæsta hlutfallið reyndist vera hjá alþingismönnum. Meirihlutinn telur að mikilvægara sé að byggja upp öfluga nærbjónustu á landsbyggðinni, en að lækka kostnað við heilbrigðiskerfið. Þegar spurt var hverja þátttakendur teldu best til þess fallna að

koma að forgangsröðun innan heilbrigðisþjónustunnar þótti flestum sinn eigin hópur best til þess fallinn. Alþingismenn nefndu oftast stjórnmálamenn, læknar oftast lækna, hjúkrunarfræðingar oftast hjúkrunarfræðinga en stjórnendur töldu hópa lækna og hjúkrunarfræðinga lítillega betur að þessari umræðu komnir en þá sjálfa.

UMRÆÐUR

Margar stórar siðferðilegar spurningar voru lagðar fyrir þáttakendur í þessari rannsókn. Hvort alvarleiki veikinda, batahorfur, virkni meðferðar, lífsstíll, efnahagur, félagsleg staða eða aldur hafi áhrif á forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu. Hvort leggja beri áherslu á nýja kostnaðarsama meðferð við lífsógnandi sjúkdómum eða forvarnir. Hvort kostnaðarlækkun innan heilbrigðiskerfisins sé mikilvægari en uppbygging öflugrar nærbjónustu á landsbyggðinni. Hvort kostnaður eða virkni meðferðar skipti meira máli. Hverjir eigi að koma að forgangsröðun innan heilbrigðisþjónustunnar. Að síðustu voru þáttakendur beðnir um að segja frá reynslu sinni af forgangsröðun, persónulegri eða starfstengdri. Svörin voru margvísleg, en þó kom það undirritaðri á óvart hve sammála þessir ólíku hópar voru. Í langflestum tilvikum eru tíðasta gildi hverrar spurningar það sama hjá öllum hópunum fjórum. Þar sem helst skilur á milli eru svör við spurningunni hverjir séu best til þess fallnir að koma að umræðu um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni.

Niðurstöður þessarar rannsóknar eru um margt ólíkar því sem eldri rannsóknir á samskonar hópum hafa sýnt. Þessi munur felst meðal annars í því hve þáttakendur þessarar rannsóknar virðast hallir undir nytjastefnu, þ.e. að hámarka hamingju sem flestra, þar sem hagsmunir heildarinnar vega meira en einstaklinganna. Erlendar rannsóknir hafa sýnt sterkari tilhneigingu til jafnræðisstefnu og að aldur sjúklinga hafi lítil áhrif á forgangsröðun. Það reyndist einnig niðurstaðan þegar Kristján Oddsson (1998) gerði sína rannsókn á viðhorfum þessara sömu hópa hér á landi til forgangs-röðunar í heilbrigðisþjónustu.

Líklegasta skýringin á viðhorfsbreytingunni er, sú að þær miklu efnahagsþreningar sem dunið hafa á þjóðinni undanfarið hafi breytt viðhorfum fólks. Kenningar í anda reglusiðfræðinnar, þar sem allt er gert fyrir alla, verða nokkurskonar lúxus sem fólk leyfir sér síður þegar harðnar á dalnum. Þáttakendur í þessari rannsókn eru líklegir til að hafa þurft að beita, eða orðið fyrir, ýmiskonar aðhaldsaðgerðum á síðustu mán-uðum. Krafan um mikla kostnaðarlækkun í heilbrigðisþjónustunni, líkt og annars staðar, hefur gert flestum ljóst að við getum ekki haldið uppi óbreyttu heilbrigðiskerfi miðað við breyttar forsendur.

Svör við rannsóknarspurningunni

Þegar farið var af stað í þessa rannsóknarvinnu var lagt upp með að leita svara við því hver viðhorf heilbrigðisstarfsfólks, stjórnenda í heilbrigðisþjónustu og stjórnmálamanna eru til forgangsröðunar innan heilbrigðisþjónustunnar. Til að finna svör við þeirri spurningu voru settar fram þrjár undirspurningar.

Sú fyrsta beinir sjónum að því hvort mismunandi viðhorf til forgangsröðunar innan heilbrigðisþjónustunnar sé ríkjandi meðal heilbrigðisstarfsfólks, stjórnenda í heilbrigðisþjónustu og alþingis-manna. Miðað við niðurstöður þessarar rannsóknar eru hóparnir fjórir sem svöruðu spurningalistunum, á heildina litið, sammála. Þeir voru sammála um að veita frekar meðferð þeim sem eru líklegri til að ná meiri bata af meðferð, heldur en þeim sem hafa minni líkur á að meðferð bæti heilsufar. Að sama skapi voru hóparnir sammála um hver áhrif aldurs eiga að vera á forgangsröðun lífsógnandi sjúkdóma. Flestir vildu að allir nytu sama forgangs óháð aldri, nema háaldraðir minni. Flestir hópar voru einnig sammála um að efnaðir einstaklingar eiga ekki að borga hærra hlutfall fyrir sjúkdómsmeðferð sína. Alþingismenn og stjórnendur vildu frekar velja ódýrari sjúkdómsmeðferð, þrátt fyrir hugsanlega minni árangur, en læknar og hjúkrunarfræðingar voru því ósammála. Allir hóparnir voru sammála að óæskilegur lífsstíll og lakari félagsleg staða hafi ekki áhrif á forgangsröðun og aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Eins sameinuðust hóparnir í afstöðu til þess að forvarnir séu mikilvægari, en ný kostnaðarsöm meðferð við lífsógnandi sjúkdómum. Og að öflug nærbjónusta á landsbyggðinni skipti meira máli, en meiri kostnaðarlækkun í heilbrigðisþjónustunni sem heild. Það sem helst greindi hópanna að var spurningin um hverjir væru best til þess fallnir til að koma að forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni. Hver hópur mat sinn eigin hót einna mikilvægastan, en þess var ekki getið í orðalagi spurningarinnar hvort átt væri við makró eða míkró forgangsröðun. Það er því allt eins líklegt að þátttakendur hafi miðað við þá forgangsröðun sem fer fram í þeirra starfsumhverfi.

Önnur undirspurning rannsóknarspurningarinnar snýr að því hvort viðhorf þátttakenda rannsóknarinnar samræmist viðhorfum starfsfélaga þeirra í öðrum löndum. Eldri rannsóknir hafa sýnt að mikil tilhneiting er til jafnaðarstefnu, þegar kemur að forgangsröðunarumræðu. Heilbrigðisstarfsfólk er þó jafnan tilbúnara en aðrir hópar að forgangsraða þannig að meiri batahorfur hafi forgang á alvarleg veikindi. Helstu

niðurstöður þessarar rannsóknar eru á þann veg að þáttakendur vilja hámarka heilsu sem flestra og eru tilbúnir að raða þeim framar sem eru með betri batahorfur heldur en eftir alvarleika veikinda, svo dæmi sé tekið.

Priðja undirspurning rannsóknarsprungarinnar fjallar um hvort viðhorf þáttakenda séu líkleg til að hafa breyst í kjölfar þeirra erfiðleika sem steðja að í efnahagsmálum. Rannsakandi ályktar að svo sé þar sem niðurstöður eru það ólíkar helstu niðurstöðum erlendra viðhorfskannana á borð við þessa, ásamt því að vera töluvert frábrugðnar því sem kom í ljós í íslenskri rannsókn sem gerð var fyrir fjórtán árum. Líklegasta skýringin er sú að þær aðstæður sem Íslendingar lifa við í dag kalla á endurskoðun grunngilda sem annarra gilda.

Alvarleiki veikinda og virkni meðferðar

Nokkrir þáttakendur komu inn á áhrif alvarleika veikinda og væntanlega virkni meðferðar í lokaspurningu spurningalistans, þegar spurt var um reynslu af heilbrigðis-kerfinu. Heilbrigðisstarfsfólk nefndi það sem ókost, við núverandi fyrirkomulag, að miklum fjármunum er varið í meðferð sjúkdóma sem litlar líkur eru á að meðferð auki batahorfur.

Gífurlegum fjármunum er eytt í meðhöndlun sjúkdóma, þar sem afar lítill árangur næst, en þar sem allir vorkenna sjúklingnum: t.d. MS og krabbameins-sjúklingar. Litlum fjármunum er varið í meðhöndlun 'þakklátra sjúkdóma', þ.e. þar sem mikill árangur næst fyrir lítinn pening t.d. með kviðaraskanir og þunglyndi. - Læknir

Finnst samt full mikil áhersla lögð á meðferð og meðhöndlun sjúkdóma sem oft er lítill möguleiki á að lækna, í stað þess að veita líknandi meðferð og spara einstaklingum miklar kvalir og vanliðan, oftar en ekki háöldruðu fólki (90 ára+).

- Hjúkrunarfræðingur

Pólitíkusar velta ábyrgðinni yfir á fagfólk lækna og hjúkrunarfræðinga og þeir eiga mjög erfitt með að forgangsraða. Algengasta viðhorfið er að allir eigi að fá fulla þjónustu óháð sjúkdómum og/eða aldri. - Hjúkrunarfræðingur

Í þessari rannsókn var nánast notuð sama spurning og Kristján Oddsson (1998) notaði þegar hann var að kanna viðhorf þáttakenda til þess hvort virkni meðferðar og

alvarleiki veikinda hafi áhrif á forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu. Hans niðurstöður sýndu að 52% þáttakenda vildu meðhöndla báða hópa jafnt, þ.e. þá sem voru veikari og höfðu minni von um virkni meðferðar og þeirra sem voru minna veikir og höfðu meiri von um bata. Núna voru aðeins 23% þáttakenda á þeirri skoðun. Það skal tekið fram að orðalag spurningarinnar var ekki nákvæmlega eins, en merkingin nægjanlega sambærileg til að um sömu valmöguleika sé að ræða. Í rannsókn Kristjáns voru læknar (44%) frekar tilbúnir að forgangsraða eftir væntanlegri virkni meðferðar, en aðrir hópar, 22% stjórnmalamanna vildu fara þá leið. Í þessari rannsókn voru 43% lækna, 48% stjórnmalamanna og 58% hjúkrunarfræðinga sem vildu að væntanleg virkni meðferðar hefði áhrif á forgangsröðun. Svipað hlutfall nú og þá vildi forgangsraða eftir alvarleika veikinda, og veita sjúklingahóp A forgang, 8% allra þáttakenda vildu leggja þá áherslu á forgangsröðun í núverandi rannsókn, hæst hlutfall meðal lækna (14%). Í rannsókn Kristjáns (1998) voru 8% lækna á þeirri skoðun. Þetta lága hlutfall er athyglisvert í ljósi þess að opinber stefna stjórnvalda gerir ráð fyrir að veita þeim veikustu sérstaka athygli og meðferð. Líklegt er að nytjahyggjuviðmiðið sem felst í að hámarka hamingju sem flestra, sé sterkara í viðhorfum fólks á þeim efnahagslegu þrengingartímum sem við lifum.

Aldur sjúklinga

Í þessari rannsókn var niðurstaðan varðandi það hve margir voru tilbúnir að láta háaldraða vera í minni forgangi þegar veitt er meðferð við lífsógnandi sjúkdómum frábrugðin fyrri rannsóknarniðurstöðum. Tæplega helmingur alþingismanna (43%) og lækna (47%) töldu það lýsa sínu viðhorfi best. Í rannsókn þeirra Werntoft og Edberg (2009b) voru svarhlutföllin á þá leið að 14% stjórnmalamanna (á svæðis- og landsvísu) og 35% lækna voru á sama máli. Í þeirri rannsókn töldu 71% stjórnmalamanna og 41% lækna að aldur eigi ekki að hafa nein áhrif á forgangsröðun. Í þessari rannsókn voru hinsvegar 30% alþingismanna og 28% lækna á þeirri skoðun. Sama spurning var lögð fyrir 146 eldri borgara (Werntoft, Hallberg og Edberg, 2005) og voru 80% þáttakenda á þeirri skoðun að aldur ætti ekki að hafa áhrif á forgangsröðun. Af þessu má sjá að niðurstöður núverandi rannsóknar eru um margt ólíkar því sem eldri rannsóknir hafa leitt í ljós. Aftur kemur að þeirri staðreynd að skilningur þáttakenda á hugtökum getur haft mikil áhrif. En líklegt er að ef nákvæmlega sama könnun hefði verið lögð fyrir sama hóp hér á landi fyrir þremur árum hefðu niðurstöðurnar verið á annan veg.

Kostnaður meðferðar

Reynsluheimur þátttakenda er líklegur til að hafa haft áhrif á svör þeirra við spurningunni hvort velja eigi ódýrari meðferðarkostinn, þrátt fyrir að hann hafi hugsanlega minni áhrif. Meirihluti heilbrigðisstarfsfólks sem tók þátt í rannsókninni var því ósammála, 51% lækna og 60% hjúkrunarfæðinga. Ef til vill skýrist það af því reynslan hefur kennt því að ódýrari lausnir eru oft kostnaðarsamari þegar til lengri tíma litið og hafa minni áhrif til heilsubótar. Stjórnendur og alþingismenn voru hins vegar sammála fullyrðingunni, 57% alþingismanna og 42% stjórnenda vildu ódýrari kostinn, þrátt fyrir hugsanlega minni árangur. Það gæti kristallast í því að þeim þyki nóg um þær upphæðir sem lagðar eru í heilbrigðisþjónustu hér á landi, og hafi jafnvel rekist á sóun í veitri þjónustu. Erfiðleikar í efnahagsmálum gætu einnig haft áhrif. Í þessu samhengi er fróðlegt að minna á þau siðferðilegu viðmið sem Weber (2001) setti fram varðandi gæði og kostnað heilbrigðisþjónustu og eru gagnlegt innlegg í umræðu um siðfræði við stjórnun og skipulagningu heilbrigðisþjónustu.

Sambærileg spurning meðal stjórnámamanna og lækna í Svíþjóð (2007) leiddi í ljós að 2% þátttakenda vildu ódýrari meðferðina en 56% ekki, aðrir töku ekki afstöðu. Meðal eldri borgara (Werntoft o.fl., 2006) voru hlutföllin 5% sem vildu ódýrari meðferðina, en 54% vildu hana ekki. Í núverandi rannsókn voru fleiri valmöguleikar en í þeirri sánsku, hægt var að velja milli þess að vera sammála, hlutlaus eða ósammála. Mun hærra hlutfall lækna, stjórnámamanna og eldri borgara voru hlutlausir í afstöðu sinni í sánsku rannsóknunum, þar sem svarmöguleikarnir voru aðeins þrír.

Lífsstíll sjúklinga

Ýmsar hliðar eru á því hvort heilsuspíllandi lífsstíll sjúklinga eigi að hafa áhrif á aðgengi að heilbrigðisþjónustunni. Fer það í raun eftir hvaða forsendur eru gefnar, hversu mikils metin einstaklinsábyrgðin á eigin heilsu er. Þátttakendur þessarar rannsóknar hafa mismunandi viðhorf til þess miðað við niðurstöðurnar, þar sem rúmlega helmingur þátttakenda telja óæskilegan lífsstíl ekki eiga að hafa áhrif á aðgengi en þriðjungur telur svo vera.

Ef það að segja sannleikann um eigin lífsstíl getur hugsanlega skert réttindi viðkomandi, eða hækkað greiðsluhlut hans eykur það líkurnar á að hann greini ekki rétt frá. Það veldur því að ófullnægjandi upplýsingar berast heilbrigðisstarfsfólk sem

annast viðkomandi og getur það haft áhrif á útkomu væntanlegra inngrípa og meðferða.

Einn vinkill á umræðunni um áhrif lífsstíls sjúklinga á heilsufar þeirra er hve mikil áhrif góð meðferðarheldni hefur. Það kallar á vangaveltur varðandi það hvort þeir sem, þrátt fyrir viðeigandi fræðslu heilbrigðisstarfsfólks, fara ekki eftir þeim leiðbeiningum um heilsueflandi lífsstíl þeirrar meðferðar sem þeim er uppálagt að fylgja, hafi með framferði sínu, að vissu leyti fyrirgert rétti sínum til fullrar þjónustu. Það er í anda þess sem breytingartillögur Gordon Brown á breska heilbrigðiskerfinu gengu út á fyrr á þessu ári (Brown, 2009).

Öllum réttindum fylgja skyldur, því geta einstaklingar ekki ætlast til að allt sé gert fyrir þá, ef þeir leggja ekki sitt af mörkum við að viðhalda eigin heilbrigði. Í því samhengi má segja að flestir hafa vitneskju um hvað flokkast sem heilbrigður og réttur lífsstíll, þó ekki takist öllum að fara nákvæmlega eftir því. Strangt tiltekið, má segja að langflestir hafi óæskilegan lífsstíl að einhverju marki. Magn og eðli þeirra gerða sem fylgja óæskilegum lífsstíl hljóta þó að hafa áhrif á vægi þeirra. Langur vegur er frá því að leggja megi að jöfnu stöku ofát og daglegar reykingar við áralanga ofneylsru eiturlýfja, svo dæmi séu tekin sem sýna hversu breiður flokkur þetta er.

Forvarnir eða ný kostnaðarsöm meðferð

Þeir sem koma að stjórnun heilbrigðisþjónustu þurfa að velta upp hvenær skuli nýta fjármagn á þá leið að það gagnist færri einstaklingum mikið eða mörgum einstaklingum lítillega. Gildi forvarna er óumdeilt, þær geta komið í veg fyrir alvarlega, bráða og langvinna sjúkdóma og sparað umtalsverðar fjárhæðir og komið í veg fyrir heilsutjón (WHO, 2006). Að sama skapi eru framfarir í læknismeðferð við illvígum sjúkdómum mikilvægar en gjarnan kostnaðarsamar. Báðir þættir eru nauðsynlegir fyrir nútímaþjóðfélag, en áherslur þurfa að miðast við aðstæður og opinbera stefnu hverju sinni. Meirihluti þátttakenda rannsóknarinnar vill leggja áherslu á forvarnir fremur en kostnaðarsama sjúkdómsmeðferð við lífsógnandi sjúkdómum. Það er í takt við alþjóðlegar ráðleggingar (WHO, 2006; Sassi og Hurst, 2008). Margskonar útreikningar hafa verið gerðir á áhrifum heilbrigðis á efnahag einstaklinga og þjóðfélaga. Að fjárfesta í heilbrigði þegnanna er stórt skref í átt til þess að styrkja efnahagsástand þjóðarinnar (Suhrcke, McKeeb, Stuckler, Arced, Tsolovad og Mortensen, 2006). Heilbrigðisráðuneytið hefur gefið út fyrsta hluta af riti sem nefnist

Heilsustefna: heilsa er allra hagur sem fjallar um forvarnir og heilsueflandi aðgerðir til að stuðla að heilbrigðum lífsháttum. Þar eru sett markmið fram til ársins 2011 og væri mikill hagur af því að fylgja þeim eftir á ýmsum stigum þjóðfélagsins (Heilbrigðisráðuneytið, 2008).

Lækkun kostnaðar í heilbrigðiskerfinu eða öflug nærpjónusta á landsbyggðinni

Þegar horft er á þau gæði og árangur sem íslenskt heilbrigðiskerfi hefur leitt af sér í samhengi við þá staðreynd að á Íslandi búa aðeins um það bil 300.000 manns verður árangurinn jafnvel enn merkilegri (OECD, 2009a). Veitt er góð þjónusta víða um land, en þróun undanfarinna áratuga hefur verið í þá átt að sérhæfðari heilbrigðispjónusta er aðallega veitt á höfuðborgarsvæðinu, hvort sem um sérfræðilækna- eða sjúkrahúsþjónustu er að ræða.

Með spurningalistanum var tveim kostum stillt á móti hvor öðrum. Vissulega felst töluverð einföldun og alhæfing í því, en niðurstöður gefa mikilvæga vísbendingu um viðhorf þáttakenda til þessara tveggja kosta. Lækkun kostnaðar við heilbrigðiskerfið er nauðsynleg, um það geta flestir verið sammála. Hins vegar má velta fyrir sér hver þróunin yrði ef öflug nærpjónusta væri ekki til staðar á landsbyggðinni. Það hefði ekki einungis óþægindi og óöryggi í för með sér fyrir íbúanna, með tilheyrandi minnkandi gæðum veittrar þjónustu og auknum mismun á aðgengi að heilbrigðispjónustu, heldur er líklegt að það myndi valda beinni kostnaðaraukningu til lengri tíma litið. Fjölmargir þættir koma þar til, svo sem aukið vinnutap og kostnaður við ferðalög, svo fátt eitt sé nefnt.

Hvort sem ofangreind atriði höfðu áhrif á skoðun þáttakenda eða aðrir þættir þá voru niðurstöðurnar nokkuð afgerandi. Flestum finnst uppbygging öflugrar nærpjónustu á landsbyggðinni mikilvægari, en meiri kostnaðarlækkun í heilbrigðiskerfinu. Á það jafnt við um íbúa höfuðborgarsvæðisins sem og landsbyggðarinnar.

Hverjir eru best til þess fallnir að koma að forgangsröðun í heilbrigðispjónustunni?

Máltakið að hverjum þykir sinn fugl fugurstur sannast í þessu tilviki. Þar sem 70% alþingismanna telja alþingismenn best til þess fallna að koma að þeirri umræðu, 89% lækna og 94% hjúkrunarfræðinga telja sína fagstétt best til þess fallna að koma að

forgangsröðunarumræðunni. Einungis hópur stjórnenda nefnir aðra aðila oftar en sinn eigin hóp, þó að þeir fylgi fast á eftir. Þess ber að geta að í orðalagi spurningarinnar er ekki tekið fram hvort um umræðu á míkró eða makró stigi er að ræða, þ.e. stefnumótandi forgangsröðun eða sú forgangsröðun sem á sér stað á hverri starfsstöð fyrir sig. Því er líklegt að í einhverjum tilvikum hafi það haft þau áhrif að þátttakendur litu á spurninguna út frá því umhverfi sem er næst þeirra starfsvettvangi. Eins má lesa úr þessum niðurstöðum vantraust á stjórnmálamönnum, þar sem aðeins 19-21% svarenda úr hinum hópunum telja þá vel til þess fallna að koma að forgangsröðunarumræðunni, hin 80% vilja ekki að þeir komi að forgangsröðun heilbrigðisþjónustu. Um 13% þátttakenda nefndu að almenningur væri vel til þess fallinn að koma að umræðu um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu. Hlutfallslega voru flestir alþingismenn (22%) sem merktu við þann valmöguleika. Sem er athyglisvert ef

Reynsla þátttakenda af forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni

Margir áhugaverðir punktar komu fram í svörum þátttakenda við lokaspurningunni. Fjölmargir bentu á hve óljós og ómarkviss stefnumörkun hins opinbera hefur verið hingað til og hve ákvarðanir þess hafa verið lítt afgerandi. Kallað var eftir skýrari og markvissari forgangsröðun, ásamt því að það örlaði á gagnrýni á aðra hlutaðeigandi aðila.

Skortur á heildaryfirsýn yfir verkefnið. - Alþingismaður

Afskaplega ómarkviss, alltof mikið tengd hagsmunabaráttu einstakra starfsstéttu, og mjög skammsýn. - Alþingismaður

Forgangsröðun í dag er óskýr og ómarkviss sem skýrist af því að stjórnvöld eiga erfitt með að taka erfiðar/umdeildar/óvinsælar ákvarðanir sem eru þó oft nauðsynlegar og skynsamlegar til lengri tíma litið. - Stjórnandi

Mjög slæm. Yfirleitt ákveðin af folki, sem hefur ekki næga yfirsýn eða hefur misst hana. - Læknir

Forgangsröðun er í dag tilviljanakennd og ómarkviss. Mikil hræðsla er við að taka upp nýjar aðferðir og leiðir. Heilbrigðisráðuneyti er vanbúið til stefnumörkunar, hrætt við breytingar. - Læknir

Forgangsröðun ómarkviss eigum enn eftir að svara spurningunum um hver gerir hvað fyrir hvern hvar og hvenær fyrir hvaða peninga. - Hjúkrunarfræðingur

Að stjórnálamenn forðast hana eins og heitan eldinn og neyða fagfólk til að takast á við vandann með skertum fjárveitingum án stefnumörkunar. - Læknir

Samantekt

Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa mikilvæga vísbendingu um viðhorf þessara hópa og nýtast sem dýrmætt innlegg í þá umræðu sem þarf að eiga sér stað um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu. Þáttakendur hallast töluvert að nytjastefnuviðmiðum; að hagsmunir heildarinnar vegi meira en einstaklinganna. Hóparnir fjórir voru nokkuð sammála um þau siðferðilegu viðmið sem rannsóknin spyr um. Virkni meðferðar og batahorfum sjúklinga var raðað framar en alvarleika veikinda. Aldur hafði áhrif á forgangsröðun, þannig að háaldraðir njóti minni forgangs. Efnahagur, félagsleg staða eða lífsstíll sjúklinga hafa ekki áhrif að mati þáttakenda á forgangsröðun. Forvarnir voru taldar mikilvægari, en þróun kostnaðarsamrar meðferðar við lífsógnandi sjúkdómum. Öflug nærbjónusta á landsbyggðinni var talin mikilvægari, en kostnaðarlækkun í heilbrigðiskerfinu. Heilbrigðisstarfsfólk taldi ekki æskilegt að velja ódýrari sjúkdómsmeðferð af tveimur, ef hún hefur hugsanlega minni árangur, meirihluti stjórnenda og alþingismanna var á öndverðum meiði. Hver hópur taldi sinn hóp einna best til þess fallinn að koma að forgangsröðun innan heilbrigðisþjónustunnar, einungis stjórnálamenn tóku aðra fram yfir sjálfa sig.

LOKAORD

Réttlát og viðeigandi heilbrigðisþjónusta hlýtur að vera lokatakmark og leiðarljós allra sem nálægt henni koma. Í því samhengi er umræðan um forgangsröðun í heilbrigðisþjónustu brýn og þörf, hvernig staðið skuli að henni og á hvaða forsendum. Þær slæmu efnahagsaðstæður sem þjóðin býr við kalla á svar við spurningunni um hver eigi rétt á heilbrigðisþjónustu þegar ekki er kostur að veita öllum bestu mögulegu þjónustu læknavísindanna.

Í ljósi þeirra viðfangsefna sem framundan eru og snúa að forgangsröðun er athyglivert að skoða niðurstöður þessarar rannsóknar sem sýna hve ólíkir hópar þátttakenda eru heilt yfir sammála varðandi áherslur og nálgun. Og er það mikilsverð vísbending um að ólíkir aðilar séu tilbúnir að leggja sitt af mörkum til skarpari forgangsröðunar heilbrigðisþjónustu hér á landi.

Til að fá enn gleggri mynd væri fróðlegt að gera rannsókn sem kafar dýpra í viðhorf fagfólks og almennings til forgangsröðunar og stefnumótunar í heilbrigðisþjónustunni. Hugsanleg framkvæmd gæti falist í ítarlegri spurningalistum, sem yrðu lagðir fyrir svipaðan hóp, þar sem tekið væri á fleiri og sértækari þáttum forgangsröðunarumræðunnar. Eins myndi það veita dýpri skilning á viðfangsefninu að taka viðtöl við lykilmanneskjur í forgangsröðunarferlinu. Fróðlegt er að rannsaka hvort sú skýra nytjahyggjustefna sem ríkir meðal ráðamanna og heilbrigðisstarfsfólks sé svipuð meðal almennings, og ætti það að vera eitt af framtíðarrannsóknarefnum á forgangsröðunarumræðu hér á landi.

Stefnumyndandi ákvarðanir þurfa að vera teknar samféluginu öllu til heilla. Það þarf að gerast á faglegum og málefnanlegum vettvangi, því hentistefna af hverju tagi er í besta falli óheppileg. Virk umræða meðal almennings skiptir máli, en hún má hvorki einkennast af eiginhagsmunapoti og þrýstihópum né hræðsluáróðri og ótta. Flestir eru farnir að gera sér grein fyrir því að við getum ekki gert allt fyrir alla, bilið milli þess sem er tæknilega hægt að gera og þess sem fjárveitingar leyfa er sífellt að breikka. Ákvarðanir þurfa að gilda jafnt fyrir alla í sambærilegri stöðu, en ekki að því er virðist tilviljanakennt þegar tilteknar aðstæður koma upp. Þrátt fyrir það munu almennar

reglur aldrei losa heilbrigðisstarfsfólk undan því að taka faglegar ákvarðanir hverju sinni.

Samfélagið á kröfu til þess að farið sé vel með fjármuni þess og að heilbrigðiskerfið sé rekið á eins hagkvæman hátt og mögulegt er, miðað við þau verkefni sem sátt ríkir um að sinna. Það þarf að endurskilgreina hvað sameignlegir sjóðir greiða fyrir og hvaða takmarkanir á meðferð eigi að gilda. Umræðan má ekki snúast um sparnað og niðurskurð, heldur uppbyggingu og endurskipulagningu þjónustunnar í heild á faglegum og réttlátum forsendum. Enn og aftur þá er opinská umræða sem heilbrigðisfyrvöld leiða farsælust til að skila árangri. Metnaðarleysi og afturhaldsseimi mega ekki einkenna heilbrigðisþjónustuna. Íslendingar eiga áfram að hafa metnað til að vera með eitt besta heilbrigðiskerfi heims.

Vinna við rannsókn og ritgerð sem þessa verður hvorki til þess að finna réttu viðmiðin til að styðjast við í forgangsröðun heilbrigðisþjónustu né svara þeim spurningum sem vakna. Það er hinsvegar von undirritaðrar að afurð vinnunnar verði dýrmætt innlegg í þá umræðu sem framundan er við uppstokkun og endurskipulagningu íslenskrar heilbrigðisþjónustu.

HEIMILDASKRÁ

- Basso, A. og Miraglia, M. (2008). Avoiding Massive Automated Voting in Internet Polls. *Electronic Notes in Theoretical Computer Science* 197, 149–157.
- Bjornsdottir, G. og Thorhallsdottir, I. (2003). An Internet-based survey of Icelandic nurses on their use of and attitudes toward NANDA, NIC, and NOC. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*. 14(4), 32-33.
- Brock, D., W. (2003). Ethical issues in the use of cost-effectiveness analysis for the prioritization of health care resources. Tessa Tan-Torres Edejer (ritstjóri) í *Making choices in health: WHO guide to cost-effectiveness analysis*. (bls 289-312). World Health Organization.
- Brown, G. (2009). Gordon Brown on the NHS. Sótt þann 7. desember 2009
[http://www.politics.co.uk/news/health/gordon-brown-on-the-nhs-\\$483887.htm](http://www.politics.co.uk/news/health/gordon-brown-on-the-nhs-$483887.htm)
- Callahan, D. (2000). Death and the Research Imperative. *The New England Journal of Medicine*. 342, 654-656.
- Callahan, D. og Prager, K. (2008). Medical Care for the Elderly: Should Limits Be Set? *American Medical Association Journal of Ethics. Medicine and Society*. 10(6), 404-410.
- Callahan, D. og Jennings, B. (2002). Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship. *American Journal of Public Health*. 92,(2) 169-176.
- Chizawsky, L. L. K., Estabrooks, C. A. og Sales, A. E. (í prentun). The feasibility of Web-based surveys as a data collection tool: a process evaluation. *Applied Nursing research*.
- Dolan, P. og Olsen, J. A. (2001). Equity in health: the ipmортance of different health streams. *Journal of Health Economics*, 20, 823-834.
- The Economist (2009). Healthcare strategies for an ageing society. Sótt þann 23. nóvember 2009 frá

http://getinsidehealth.com/PageFiles/2794/Philips%20EIU_Healthcare%20strategies_WEB.pdf?epslanguage=en

Elsa B. Friðfinnsdóttir (2009). *Áherslur og tillögur stjornar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga vegna niðurskurðar í heilbrigðiskerfinu 29. júní 2009.* Sótt 20. október 2009 á <http://www.hjukrun.is/?PageID=33&NewsID=3749>

Elsa B. Valsdóttir, Pálmi B. Jónsson, Vilhjálmur Árnason og Hildur Helgadóttir (1997). Siðfræðilegir þættir við takmörkun meðferðar við lok lífs. *Læknablaðið, 83, 92-101.*

Fan, W. og Yan, Z. (í prentun). Factors affecting response rates of the web survey: A systematic review. *Computers in Human Behavior. xx, xxx-xxx.*

Fjármálaráðuneytið. (án dags.). *Árstölur Skipting útgjalda eftir málaflokkum.* Sótt 13. október 2009 frá <http://www.fjarmalaraduneyti.is/hagtolur/nr/617>

Green, C. (2009). Investigating public preferences on 'sverity of health' as a relevant condition for setting healthcare priorities. *Social Science & Medicine. 68, 2247-2255.*

Guðmundur Bjarnason (1998). Álitsgerð Læknafélags Íslands sem fylgiskjal við: *Forgangsröðun í heilbrigðismálum. Niðurstöður nefndar um forgangsröðun.*

Guðrún I. Gylfadóttir, Margrét R. Kristjánsdóttir og Sigurður Helgason (2009a). *Blóðprýstingslyf. Fréttabréf lyfjadeildar Sjúkratrygginga Íslands 8 tbl.* Sótt 29. október 2009 frá <http://www.tr.is/heilsa-og-sjukdomar/lyf/frettabref-lyfjadeildar/>

Guðrún I. Gylfadóttir, Margrét R. Kristjánsdóttir og Sigurður Helgason (2009b). *Mikill sparnaður vegna breyttrar greiðslubáttöku í lyfum. Fréttabréf lyfjadeildar Sjúkratrygginga Íslands 10 tbl.* Sótt 29. október 2009 frá <http://www.tr.is/heilsa-og-sjukdomar/lyf/frettabref-lyfjadeildar/>

Guðrún Þórey Gunnarsdóttir (2007). *Staða forgangsröðunar í heilbrigðismálum í nokkrum löndum.* Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.

Hagstofa Íslands (2009a). Heildarútgjöld hins opinbera eftir málaflokkum í mestri sundurliðun 1998-2008. Sótt 8. nóvember 2009 frá

http://hagstofan.is/?PageID=755&src=/temp/Dialog/varval.asp?ma=THJ05142%26ti=Heildar%FAtgj%F6ld+hins+opinbera+eftir+m%E1laflokkum+%ED+mestri+sundurli%F0un+1998%2D2008%26path=../Database/thjodhagsreikningar/fjarmal_opinber/%26lang=3%26units=Millj%F3nir%20kr%F3na/hlutfall

Hagstofa Íslands (2009b). Tölvu- og netnotkun Íslendinga 2002-2009. Sótt 5.

nóvember 2009 frá

<http://hagstofan.is/?PageID=693&src=/temp/Dialog/varval.asp?ma=%20SAM07301%26ti=T%F6lvu%2D+og+netnotkun+einstaklinga+2002%2D2009%26path=../Database/ferdamal/UTeinstaklingar/%26lang=3%26units=Hlutfall>

Heilbrigðisráðuneytið (2008). *Heilsustefna: Heilsa er allra hagur.*

Heilbrigðisráðuneytið.

Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (1998). Forgangsröðun í heilbrigðismálum.

Niðurstöður nefndar um forgangsröðun. Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið.

Jennings, B. (2007). End-of-Life Care and the Goals of Medicine. American Medical Association Journal of Ethics. Medicine and Society. 9(6)446-450.

Kristján Kristjánsson (1995). Hverjir eiga að bíta við útgarðana? Um förgangsröðun í heilbrigðiskerfinu. *Læknablaðið. 81*, 707-726.

Kristján Oddsson (1998). *Assessing attitude towards prioritizing in healthcare.*

Comparing findings in Iceland with results from Norway. Óbirt MPH ritgerð: Háskólinn í Tromsö, Noregi.

Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007.

Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.

Lög um sjúkratryggingar nr. 2008/112.

María Sigurjónsdóttir (1996). Er þörf forgangsröðunar í heilbrigðismálum?

Læknablaðið. 82, 198-201.

- Maronick, T. J. (2009). The role of the internet in survey research: guidelines for researchers and experts. *Journal of Global Business and Technology*. 5(1), 18-31.
- Menon, D., Stafinski, T. og Martin, D. (2007). Priority-setting for healthcare: Who, how, and is it fair? *Health Policy*. 84 220-233.
- Myllykangas, M., Ryynänen, O., P., Lammintakanen, J., Isomäki, V. P., Kinnunen og Halonen, P. (2003). Clinical management and prioritisation criteria. Finnish experiences. *Journal of Health Organization and Management*. 17, 5(338-348).
- Nord, E., Street, A., Richardson, J., Kuhse, H. og Singer, P. (1995). Maximizing health benefits vs egalitarianism: an Australian survey of health issues. *Social Science and Medicine*. 41, 1429-1437.
- Nord, E., Street, A., Richardson, J., Kuhse, H. og Singer, P. (1996). The Significance of Age and Duration of Effect in Social Evaluation of Health Care. *Health Care Analysis*. 4,103-111.
- Obama, B. (2009). President Obama's speech to American Medical Association. *USA Today*. Sótt þann 5. Desember 2009
http://www.usatoday.com/news/washington/2009-06-15-obama-speech-text_N.htm
- Oddsson, K. (2002). Assessing attitude towards prioritizing in healthcare in Iceland. *Health Policy*. 66(2003)135-146.
- OECD (2008). OECD Economic Surveys: Iceland. OECD.
- OECD (2009a). OECD Health Data 2009 How Does Iceland Compare? Sótt 12. Október 2009 frá
http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html
- OECD (2009b). OECD Health Data 2009 – Frequently Requested Data. Internet update version – November 09. Sótt 10. Nóvember 2009 frá

http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html

Ortendahl og Fries, J., F. (2006). A low tension between individual and societal time aspects in health improved outcomes. *Journal of Clinical Epidemiology*, 59, 1222-1227.

Ridderstolpe, L., Collste, G., Ruthberg, H. og Åhlfeldt, (2003). Priority setting in cardiac surgery: a survey of decision making and ethical issues. *Journal of Medical Ethics*. 29, 353-358.

Rosén, P. (2006). Public dialogue on healthcare prioritisation. *Health policy*. 79, 107-116.

Ryyynänen, O., P., Myllykangas, M., Kinnunen, J. og Takala, J. (1999). Attitudes to health care prioritisation methods and criteria among nurses, doctors, politicians and the general public. *Social Science & Medicine*. 49, 1529-1539.

Sassi, F. og Hurst, J. (2008). *The prevention of lifestyle-related chronic diseases: an economic framework*. OECD Health working paper no 32. OECD.

Shah, K., K. (2009, í prentun). Severity of illness and priority setting in healthcare: A review of the literature. *Health Policy*.

Shih, T. H. Og Fan, X. (2009). Comparing response rates in e-mail and paper surveys: A meta-analysis. *Educational Research Review*. 4, 26-40.

Sigurður Kristinsson (2003). Siðfræði rannsókna og siðanefndir. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar). *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvíśindum* (bls 161-180). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Sigurlína Davíðsdóttir (2003). Eigindlegar eða meginlegar rannsóknaraðferðir? Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar). *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvíśindum* (bls 219-236). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

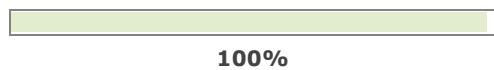
- Suhrkeea, M., McKeeb, M., Stucklerc, D., Arced, R., S., Tsolovad, S. og Mortensend, J. (2006). The contribution of health to the economy in the European Union. *Public Health*, 120(11), 994-1001.
- Torfi Magnússon (1995). Siðfræðilegur grunnur styrkir ákvarðanir um forgngsröðun. *Læknablaðið*. 81, 704-706.
- Ubel, P., A. (1999). How stable are people's preferences for giving priorit to severely ill patients?. *Social Science & Medicine*. 49, 895-903.
- Vilhjálmur Árnason (1990). *Þættir úr sögu siðfræðinnar*. Reykjavík: Háskóli Íslands.
- WHO (2006). *An estimation of the economic impact of chronic noncommunicable diseases in selected countries*. World Health Organization, Department of Chronic Diseases and Health Promotion. Sótt þann 4. Desember 2009 á http://www.who.int/chp/working_paper_growth%20model29may.pdf
- Weber, L.J. (2001). *Business Ethics in Healthcare*. Bloomington: Indiana University Press.
- Werntoft, E. og Edberg, A. K. (2009a). Decision makers' experiences of prioritisation and views about how to finance healthcare costs. *Health Policy*. 92, 259-267.
- Werntoft, E. og Edberg, A. K. (2009b). The views of physicians and politicians concerning age-related prioritisation in health care. *Journal of Health Organization and Management*. 23(1) 38-52.
- Werntoft, E., Hallberg, I. R. og Edberg, A. K. (2007). Prioritization and resource allocation in health care. The views of older people receiving continuous public care and service. *Health Expectations*. 10, 117-128.
- Werntoft, E., Edberg, A. K., Rooke, L., Hermerén, G., Elmståhl, S. og Hallberg, I. R. (2005). Older people's views of prioritization in health care. The applicability of an interview study. *International Journal of Older People Nursing*. 14(8b) 64-74.
- Wyles H. Og Rehman, H.U. (2005). Inappropriate polypharmacy for the elderly. *European Journal of Internal Medicine*. 16, 311-313.

Þorlákur Karlsson (2003). Spurningakannanir: Uppbygging, orðlag og hættur. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar). *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisví sindum* (bls 331-356). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Þorlákur Karlsson og Þórlindur Þórlindsson (2003). Um úrtök og úrtaksaðferðir. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstjórar). *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisví sindum* (bls 51-66). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

VIÐAUKAR

Spurningalistinn



Ert þú:

Karl

Kona

Ert þú búsett/ur á:

Höfuðborgarsvæðinu

Landsbyggðinni

Erlendis

Ert þú:

Alþingismaður

Hjúkrunarfræðingur

Læknir

Stjórnandi í heilbrigðisþjónustu

Um tvo sjúkdóma er að ræða, sem eru jafn kostnaðarsamir í meðferð. Sjúkdómur A veldur alvarlegum

Um two sjúkdóma er að ræða, sem eru jafn kostnaðarsamir í meðferð. Sjúkdómur A veldur alvarlegum heilsufarsvandamálum og meðferð hefur lítil áhrif, en sjúkdómur B veldur minni heilsufarsvandamálum og meðferð hefur mikil áhrif. Hvernig skal forgangsraða?

Meðhöndla sjúklingahóp A, þar sem það bætir ástand þeirra sem eru veikastir, þrátt fyrir litlar batalíkur.

Meðhöndla sjúklingahóp B, þar sem fleiri ná góðri heilsu.

Meðhöndla báða sjúklingahópa jafnt, en færri sjúklinga í hvorum hóp.

Veit ekki.

Hver af eftifarandi fullyrðingum lýsir best þínu viðhorfi?

Meðal fólks með lífsógnandi sjúkdóma (e. life-threatening illness), eiga ungir sjúklingar að njóta einhvers forgangs gagnvart þeim sem eldri eru.

Sjúklingar með lífsógnandi sjúkdóma eiga allir að njóta sama forgangs, nema háaldraðir sem njóta minni forgangs.

Sjúklingar með lífsógnandi sjúkdóma eiga allir að njóta sama forgangs, óháð aldri.

Veit ekki.

Hversu sammála eða ósammála ertu eftifarandi fullyrðingum?

Mjög sammála	Frekar sammála	Hvorki sammála né óosammála	Frekar óosammála	Mjög óosammála
-----------------	-------------------	--------------------------------------	---------------------	-------------------

Efnaðir einstaklingar eiga að borga hærra hlutfall fyrir sjúkdómsmeðferð sína.

Séu tvær sjúkdómsmeðferðir viðurkenndar, skal velja þá ódýrarí þrátt fyrir hugsanlega minni árangur.

Hafi sjúklingar með lífsstíl sínum valdið sjúkdómsástandi sínu að einhverju eða öllu leyti (t.d. með reykjum) - og neita að hætta - eiga þeir að hafa sama aðgengi að heilbrigðispjónustunni og aðrir sjúklingahópar.

Fólk sem býr við lakari félagslega stöðu, t.d. atvinnulausir og láglauafólk, skal njóta forgangs í heilbrigðispjónustunni.

Að verja fjármunum í forvarnir er mikilvægara en að taka upp nýja kostnaðarsama meðferð við lífsógnandi sjúkdómum.

Meiri lækkun kostnaðar innan heilbrigðiskerfisins er mikilvægari en uppbygging öflugrar nærbjónustu á landsbyggðinni.

Hverjir eru best til þess fallnir að koma að forgangsröðun innan heilbrigðisþjónustunnar? (hægt er að merkja við fleiri en einn)

Stjórnmálamenn

Fræðimenn

Stjórnendur heilbrigðisstofnana

Læknar

Hjúkrunarfræðingar

- Sjúkratryggingar Íslands
- Hagsmunasamtök sjúklinga
- Almenningur
- Aðrir

Hver er reynsla þín, starfstengd eða persónuleg, af forgangsröðun í heilbrigðisþjónustunni?



Niðurstöður rannsóknarinnar flokkaðar eftir kyni og búsetu

Tafla 11 Sp. 4. Um two sjúkdóma er að ræða sem eru jafn kostnaðarsamir í meðferð. Sjúkdómur A veldur alvarlegum heilsufarsvandamálum og meðferð hefur lítil áhrif, en sjúkdómur B veldur minni heilsufarsvandamálum og meðferð hefur mikil áhrif. Hvernig skal forgangsraða? Svör flokkuð eftir kyni og búsetu.

	Allir		Karlar		Konur		Höfuðborgarsv.		Landsbyggðin	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Meðhöndla sjúklingahóp A	11	8%	6	10%	5	6%	8	9%	3	7%
Meðhöndla sjúklingahóp B	69	50%	27	47%	42	53%	42	46%	25	61%
Meðhöndla báða hópa jafnt	32	23%	12	21%	20	25%	21	23%	10	24%
Veit ekki	22	16%	12	21%	10	13%	20	22%	2	5%
Ekkert svar	3	2%	1	2%	2	3%	1	1%	1	2%
	137	100%	58	100%	79	100%	92	100%	41	100%

Tafla 12. Sp. 5. Hver af eftirfarandi fullyrðingum lýsir best þínu viðhorfi? Áhrif aldurs á forgangsröðun. Svör flokkuð eftir kyni og búsetu

	Allir		Karlar		Konur		Höfuðborgarsv		Landsbyggðin	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ungir njóta einhvers forgangs gagnvart eldri	21	15%	10	17%	11	14%	12	13%	8	20%
Allir njóta sama forgangs, nema háaldraðir minni	68	50%	28	48%	40	51%	50	54%	15	37%
Allir njóta sama forgangs, óháð aldri	42	31%	18	31%	24	30%	26	28%	16	39%
Veit ekki	6	4%	2	3%	4	5%	4	4%	2	5%
Ekkert svar	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	137	100%	58	100%	79	100%	92	100%	41	100%

Tafla 13. Sp. 6a. Efnaðir einstaklingar eiga að borga hærra hlutfall fyrir sjúkdómsmeðferð sína. Flokkað eftir kyni og búsetu.

	Allir		Karlar		Konur		Höfuðborgarsv.		Landsbyggðin	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mjög sammála	11	8%	3	5%	8	10%	6	7%	5	12%
Frekar sammála	20	15%	9	16%	11	14%	16	17%	4	10%
Hvorki sammála né ósammála	22	16%	6	10%	16	20%	15	16%	5	12%
Frekar ósammála	28	20%	13	22%	15	19%	20	22%	8	20%
Mjög ósammála	56	41%	27	47%	29	37%	35	38%	19	46%
Ekkert svar	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	137	100%	58	100%	79	100%	92	100%	41	100%
Sammála	31	23%	12	21%	19	24%	22	24%	9	22%
Hvorki sammála né ósammála	22	16%	6	10%	16	20%	15	16%	5	12%
Ósammála	84	61%	40	69%	44	56%	55	60%	27	66%

Tafla 14. Sp. 6b. Séu tvær sjúkdómsmeðferðir viðurkenndar, skal velja þá ódýrari þrátt fyrir hugsanlega minni árangur. Svör flokkuð eftir kyni og búsetu

	Allir		Karlar		Konur		Höfuðborgarsv.		Landsbyggðin	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mjög sammála	6	4%	2	3%	4	5%	4	4%	2	5%
Frekar sammála	43	31%	20	34%	23	29%	28	30%	14	34%
Hvorki sammála né ósammála	21	15%	11	19%	10	13%	12	13%	7	17%
Frekar ósammála	39	28%	15	26%	24	30%	28	30%	10	24%
Mjög ósammála	28	20%	10	17%	18	23%	20	22%	8	20%
Ekkert svar	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	137	100%	58	100%	79	100%	92	100%	41	100%
Sammála	49	35%	22	37%	27	34%	32	34%	16	39%
Hvorki sammála né ósammála	21	15%	11	19%	10	13%	12	13%	7	17%
Ósammála	67	48%	25	43%	42	53%	48	52%	18	44%

Tafla 15. Sp. 6c. Hafi sjúklingar með lífsstíl sínum valdið sjúkdómsástandi sínu að einhverju eða öllu leyti (t.d. með reykingum) – og neita að hætta – eiga þeir að hafa sama aðgengi að heilbrigðisþjónustunni og aðrir hópar. Flokkað eftir kyni og búsetu.

	Allir		Karlar		Konur		Höfuðborgarsv.		Landsbyggðin	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mjög sammála	31	23%	13	22%	18	23%	19	21%	12	29%
Frekar sammála	40	29%	17	29%	23	29%	26	28%	13	32%
Hvorki sammála né ósammála	18	13%	6	10%	12	15%	12	13%	5	12%
Frekar ósammála	35	26%	15	26%	20	25%	25	27%	8	20%
Mjög ósammála	12	9%	6	10%	6	8%	9	10%	3	7%
Ekkert svar	1	1%	1	2%	0	0%	1	1%	0	0%
	137	100%	58	100%	79	100%	92	100%	41	100%
Sammála	71	52%	30	51%	41	52%	45	49%	25	61%
Hvorki sammála né ósammála	18	13%	6	10%	12	15%	12	13%	5	12%
Ósammála	47	35%	21	36%	26	33%	34	37%	11	27%

Tafla 16. Sp. 6d. Fólk sem býr við lakari félagslega stöðu, t.d. atvinnulausir og láglauanafólk, skal njóta forgangs í heilbrigðisþjónustunni.

	Allir		Karlar		Konur		Höfuðborgarsv.		Landsbyggðin	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mjög sammála	2	1%	0	0%	2	3%	2	2%	0	0%
Frekar sammála	15	11%	3	5%	12	15%	8	9%	7	17%
Hvorki sammála né ósammála	21	15%	11	19%	10	13%	16	17%	5	12%
Frekar ósammála	42	31%	17	29%	25	32%	27	29%	12	29%
Mjög ósammála	57	42%	27	47%	30	38%	39	42%	17	41%
Ekkert svar	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
	137	100%	58	100%	79	100%	92	100%	41	100%
Sammála	17	12%	3	5%	14	18%	10	11%	7	17%
Hvorki sammála né ósammála	21	15%	11	19%	10	13%	16	17%	5	12%
Ósammála	99	73%	44	76%	55	70%	66	71%	29	70%

Tafla 17. Sp. 6e. Að verja fjármunum í forvarnir er mikilvægara en að taka upp nýja kostnaðarsama meðferð við lífsógnandi sjúkdómum. Svör flokkuð eftir kyni og búsetu.

	Allir		Karlar		Konur		Höfuðborgarsv.		Landsbyggðin	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mjög sammála	34	25%	14	24%	20	25%	18	20%	15	37%
Frekar sammála	54	39%	22	38%	32	41%	35	38%	16	39%
Hvorki sammála né ósammála	28	20%	12	21%	16	20%	24	26%	4	10%
Frekar ósammála	11	8%	5	9%	6	8%	7	8%	4	10%
Mjög ósammála	8	6%	4	7%	4	5%	6	7%	2	5%
Ekkert svar	2	1%	1	2%	1	1%	2	2%	0	0%
	137	100%	58	100%	79	100%	92	100%	41	100%
Sammála	88	64%	36	62%	52	66%	53	58%	31	76%
Hvorki sammála né ósammála	28	20%	12	21%	16	20%	24	26%	4	10%
Ósammála	19	14%	9	16%	10	13%	13	15%	6	15%

Tafla 18. Sp. 6f. Meiri lækkun kostnaðar innan heilbrigðiskerfisins er mikilvægari en uppbrygging öflugrar nærþjónustu á landsbyggðinni. Svör flokkuð eftir kyni og búsetu.

	Allir		Karlar		Konur		Höfuðborgarsv.		Landsbyggðin	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Mjög sammála	8	6%	4	7%	4	5%	5	5%	2	5%
Frekar sammála	9	7%	3	5%	6	8%	8	9%	1	2%
Hvorki sammála né ósammála	41	30%	14	24%	27	34%	32	35%	8	20%
Frekar ósammála	41	30%	17	29%	24	30%	29	32%	11	27%
Mjög ósammála	35	26%	17	29%	18	23%	15	16%	19	46%
Ekkert svar	3	2%	3	5%	0	0%	3	3%	0	0%
	137	100%	58	100%	79	100%	92	100%	41	100%
Sammála	17	13%	7	12%	10	13%	13	14%	3	7%
Hvorki sammála né ósammála	41	30%	14	24%	27	34%	32	35%	8	20%
Ósammála	76	56%	34	58%	42	52%	44	48%	30	73%

Tafla 19. Hverjir eru best til þess fallnir að koma að forgangsröðun innan heilbrigðisþjónustunnar?

	Allir		Karlar		Konur		Höfuðborgarsv.		Landsbyggðin	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Stjórnmálamenn	39	28%	17	29%	22	28%	23	25%	15	37%
Fræðimenn	43	31%	22	38%	21	27%	27	29%	14	34%
Stjórnendur heilbrigðisstofnana	67	49%	23	40%	44	56%	38	41%	25	61%
Læknar	108	79%	41	71%	67	85%	76	83%	28	68%
Hjúkrunarfæðingar	82	60%	24	41%	58	73%	56	61%	28	56%
Sjúkratryggingar Íslands	27	20%	14	24%	13	16%	17	18%	9	22%
Hagsmunasamtök sjúklinga	46	34%	15	26%	31	39%	29	32%	16	39%
Almenningur	18	13%	8	14%	10	13%	12	13%	5	12%
Aðrir	12	9%	3	5%	8	10%	7	8%	4	10%