

Håvard Thorsen Rydland

## Når helse går på tilliten laus

Ein fleirnivåanalyse av tillit  
til nasjonale helsevesen

Masteroppgåve i statsvitenskap

Trondheim, våren 2014

## SAMANDRAG

Studieobjektet for denne masteroppgåva er tilliten europeiske borgarar frå 14 land syner til helevesen deira i spørjeundersøkinga European Values Survey. Gjennom logistisk fleirnivåanalyse siktar eg på å identifisere signifikante effektar på tilliten, og gjennom diskusjon av desse effektane vil eg få fram kvifor skilnader i tillit på individ- og samfunnsnivå ikkje berre indikerer kvaliteten på helsevesenet, men også korleis velferdsstaten løyser arbeidsdelinga og definerer eit demokratisk medborgarskap.

Variablane for inntekt og god helse har positiv signifikant effekt på individnivå, medan å vere kvinne samanlikna med å vere mann, å vere mellom 20 og 64 år samanlikna med å vere 65 og over og å ha vidaregåande skule som høgaste fullførte utdanning samanlikna med å ha fullført universitet eller høgskule har ein signifikant negativ effekt. Effekten av klassevariabelen er ikkje sterk nok til å verte statistisk signifikant på eit akseptabelt nivå. Det same kan eg skrive om variablane på landnivå; verken tilhørrelse i Claus Wendts (2011) helsesystem eller ulikskapar i fordelinga av rekninga i helsesektoren har ein sterk effekt på tilliten til helsevesenet. I to meir avanserte modellar undersøker eg om inntektseffekten på tillit varierte mellom land, og om denne effekten i så fall samvarierer med helsesystemtypologien. Eg finn ut at effekten av inntekt er ulik mellom landa i undersøkinga, men at tilhørrelse i helsesystema ikkje forklarar denne variansen.

Niklas Luhmann, Émile Durkheim og T.H. Marshall bidreg til det teoretiske grunnlaget for oppgåva. I diskusjonskapitlet koplar eg resultata frå analysen med desse teoretiseringane. Eg syner at dei fråverande effektane av helsesystem kan tyde på at dei ulike typane helsesystem på ulike vis genererer tillit og at dei difor til ein viss grad oppfyller arbeidsdelinga i helsesektoren. Sett opp i mot teoriane til T.H. Marshall om demokratisk medborgarskap tyder den svake effekten av helsesystem også på at universalitet i velferdsordningar ikkje er nødvendigvis er avgjerande for om medborgarskapet er inkluderande og demokratisk. Like fullt syner analysen at ein del av variansen i tillit til helsevesenet ligg på landnivå, og sidan dei kontekstuelle variablane i modellane ikkje har ein signifikant effekt, ver denne variansen ståande uforklart. Difor føreslår eg at ein i vidare forskning kan freiste finne ut kva som forklarar denne variansen, anten gjennom konstruksjon av nye typologiar eller gjennom ein nærare gjennomgang av indikatorane som utgjer den nytta typologien.



## **FØREORD**

Takk til rettleiar Terje Andreas Eikemo for gode råd og konstruktive samtalar under arbeidet med oppgåva.

Takk til Cathrine for korrekturlesing og oppmuntringar. Du har gjort meir enn du trur.

Håvard Thorsen Rydland

Trondheim, juni 2014



# INNHALD

Samandrag.....	1
Føreord.....	3
Innhald .....	5
Figurar.....	7
Tabellar .....	7
1. Innleiing .....	9
2. Teori og tidlegare forskning.....	13
2.1 Tillit og moderne samfunn .....	13
2.2 Tillit og helsevesenet.....	18
2.3 Velferdsstats- og helseregime .....	20
2.4 Tidlegare forskning .....	27
2.5 Syntese av teori og tidlegare forskning .....	31
3. Data, metode og modellar .....	33
3.1 Statistiske modellar .....	38
4. Resultat og diskusjon .....	49
4.1 Metoderefleksjonar.....	49
4.2 Resultat.....	54
4.3 Diskusjon.....	58
5. Avslutning.....	69
6. Litteratur .....	73



## FIGURAR

Figur 1: Prosessar i produksjon og vurdering av helsetenester.....	22
--	----

## TABELLAR

Tabell 1: Finansiering av helsevesen .....	36
Tabell 2: Prosentvis fordeling av tillit og mistillit innanfor helsesystema .....	36
Tabell 3: Deskriptiv statistikk.....	37
Tabell 4: Estimat frå nullmodellen .....	38
Tabell 5: Estimat for nivå 1-modell.....	40
Tabell 6: Estimat for nivå 2-modell.....	42
Tabell 7: Estimat for nivå 2-modell med ”random slope” for inntektsvariabelen.....	44
Tabell 8: Varianskomponentar for nivå 2-modell med ”random slope” for inntektsvariabelen...	45
Tabell 9: Estimat for nivå 2-modell med kryssnivåinteraksjon .....	46





# 1. INNLEIING

Eg meiner dokumentasjonen er solid for at venstresidas løysingar i større grad bidrar til eit samfunn med høg tillit: Små økonomiske skilnader, topp prioritet til å sikre alle arbeid og utdanning, ein sterk velferdsstat og aktiv integreringspolitikk. Andre vil heilt sikkert vere usamde.

Det vi burde semjast om er at vi har lagt altfor lite vekt på tillit i utforminga av politikken. Eg kan aldri hugse å ha lese om tillit i statsbudsjettet, eller sett ein tabell over tillit i finansministeren sine presentasjonar (Solhjell, 2013).

Forskjellen på høyresiden og venstresiden er ikke synet på hva tillit mellom mennesker er, men synet på hvordan politikken bør forholde seg til den tilliten som faktisk eksisterer.

For venstresiden innebærer tillit et mandat til økt politisk styring, mens for høyresiden innebærer et samfunn med høy tillit nettopp at politikken bør ha som utgangspunkt at samfunnet bygges nedenfra (Isaksen, 2013).

Sitata over frå politikarar på ulike sider av det politiske spekteret, begge med utdanning i statsvitskap og erfaring som statsråd. Utdraga er henta frå kronikkar i Aftenposten. Der har dei ytra seg om tillitens plass i samfunnet og om tillitspolitikk. Som me kan sjå, og kanskje forventa, spriker konklusjonane – den eine er rett nok mindre bastant enn den andre. Døma syner korleis tillit vert brukt som legitimering av eigne politiske løysingar og som ein innfallsvinkel for kritikk. Ei av kjeldene til usemje mellom dei to dreier seg om kausalitet: Syner norske borgarar stor tillit til kvarandre og til staten på grunn av den sterke tradisjonen for velferds- og likskapspolitikk, eller er desse institusjonane bygd opp nedanfrå med tillit som utgangspunkt og grunnlag? Dette spørsmålet skal eg ikkje freiste gje eit fullgodt svar på med denne oppgåva. Eg skal heller undersøke korleis tillit spesifikt til helsevesenet kan verte påverka av kontekstuelle og individuelle faktorar, og eg skal diskutere følgjene av slike variasjonar og ulikskapar i tillit. Metoden for undersøking er kvantitativ fleirnivåanalyse av datamateriale frå European Values Survey (EVS).

Forholdet mellom samfunn og helse har oppteke forskarar sidan sosiologiske pionerar som Friedrich Engels og Émile Durkheim på 1800-talet synte til skilnader i høvesvis levevilkår og sjølvmoersrate mellom samfunn og sosiale lag. Etter at Gøsta Esping-Andersen i 1990 lanserte ein banebrytande og omfattande velferdsstatstypologi i *The three worlds of welfare capitalism*, har typologiar som verkty til forståing vorte ein stor del av denne

forskingstradisjonen. Velferdsstatsregima til Esping-Andersen har også vore egne studieobjekt. Dei har vorte modifisert og utbygd, mellom anna for å finne fram til ekvivalente helsetypologiar. Slik dreier store deler av den sosialepidemiologiske forskinga seg om å forklare individuelle skilnader i helse med institusjonelle skilnader i oppbygginga av helsesystemet. Vidare har også folkeopinionen, skilnader og mønster i vurderingar av helsetenester, vorte forskingsobjekt i denne tradisjonen, og det er innanfor den retninga at denne oppgåva plasserer seg.

Sigrun Olafsdottir og Jason Beckfield (2011) er mellom dei som etterlyser meir samanfletting av det dei kallar medisinsk sosiologi og politisk sosiologi, altså forholdet mellom folkeopinion, folkehelse og organiseringa av velferdsstat og helsevesen. Dei hevdar at dette er viktig “since it indicates the pressures policymakers face within a nation, which then impacts welfare priorities” (Olafsdottir & Beckfield, 2011: 107). Min innfallsvinkel til denne etterlysinga er å ta utgangspunkt i individuell tillit til helsevesenet. Mykje av den kvantitative forskinga på dette feltet er særleg empirisk retta, teoretiseringa består ofte av årsaksmodellar som skal forklare kontekstuelle og individuelle effektar på helse eller vurderinga av helsetenester. Eg er med denne oppgåva ute etter å gje diskusjonen meir teoretisk tyngd og vinkling; eg vil diskutere korleis vurderingane til opinionen av velferdstenester og -institusjonar ikkje berre regulerer det politiske handlingsrommet, men også verkar inn på korleis desse institusjonane – og samfunnet i heilskap – fungerer. Teorikapitlet innleiar eg difor med å drøfte korleis og kvifor tillit har ei særskild viktig rolle for funksjonen til moderne samfunn, velferdsstatar og helsevesen – og korleis desse systema er sårbare for sosiale ulikskapar i denne tilliten. Émile Durkheim, Niklas Luhmann og T.H. Marshall er mellom teoretikarane som skal hjelpe oss med å forstå tillit som teoretisk omgrep og empirisk element. I andre del av teorikapitlet drøftar eg velferdsregime og helsesystem – korleis dei er konstruert, debattert og modifisert og korleis dei kan verke inn på vurderinga til borgarane av velferds- og helsetenester.

Vidare vil eg undersøke empirisk variasjon og skilnader i tillit til helsevesenet. I metodekapitlet presenterer eg modellar med resultatane av fleirnivåanalysen. Den avhengige variabelen er eit dikotomisert mål på tillit frå EVS. Dei uavhengige variablane er vald ut på bakgrunn av tidlegare forskning på emnet og omfattar kjønn, alder, inntekt, helse, utdanning og sosial klasse på individnivå og tilhøyrse i helsesystem og helsefinansiering på landnivå. Helsetypologien og dei tilhøyrande landa som eg nyttar i analysen, har eg henta frå ein artikkel av Claus Wendt (2009). Eg argumenterer for at denne tredelte typologien er den mest omfattande

og høvande av dei eg finn i forskingslitteraturen. Resultata av analysen er at høg inntekt og god helse har signifikant positiv effekt på individnivå. Å vere kvinne, å vere mellom 20 og 64 år og å ha vidaregåande skule som høgast fullførte utdanning har signifikant negativ effekt, medan klassevariabelen er utan signifikant effekt. Det same er variablane på landnivå; effektane er for svake til at eg kan tolke dei i positiv eller negativ retning.

I diskusjonskapitlet er det første siktemålet å diskutere årsaker til resultata. For nokre av resultata finn eg forklaringar av metodisk art: Måleteknikkar, kategorisering av variablar, og særskilde trekk ved logistisk regresjonsanalyse kan forklare effektane – eller mangelen på dette – av dei uavhengige variablane på den avhengige. Her tolkar eg også resultata i lys av dei meir abstrakte delane av teorikapitlet. Spesielt rettar eg merksemd mot den manglande effekten av tilhøyr i eit helsesystem. Viss eg ser på fråveret av skilnader mellom systema som eit resultat i seg sjølv, kan eg argumentere for at dei tre helsesystema alle inneheld tillitsgenererande mekanismar. Tillit mellom aktørane reduserer kompleksiteten i helsevesenet, noko som vidare gjer sentral og demokratisk styring mogeleg. Helseinstitusjonar som genererer tillit, kan såleis gje borgarar større medråderett over eige helsevesen. Eg konstaterer også at det eksisterer faktiske ulikskapar i tillit til helsevesenet på individ- og landnivå. Vidare forskning på dette emnet kan då inkludere undersøkingar av om ulikskapar i kontaktmønster og helsetilstand verkar inn på sosial ulikskap i tillit. Forskinga kan også fokusere på å konstruere nye typologiar, basert på mellom anna kulturelle skilnader, og på å distingvere den nytta typologien ved å undersøke kva for institusjonar som genererer tillit på tvers av helsesystema.



## 2. TEORI OG TIDLEGARE FORSKING

Teorikapitlet innleiar eg med sosiologisk og statsvitskapleg teori. Durkheim, Marshall og Luhmann gjev perspektiv på rolla til tillit i moderne samfunn. Eg syner at den organiske solidariteten som Durkheim meiner karakteriserer arbeidsdelte, moderne samfunn, er avhengig av tillitsrelasjonar mellom borgarar og stat for å fungere som ei samanbindande samfunnskraft. T.H. Marshall argumenterer for at sosiale rettar er ein avgjerande del av medborgarskapsstatusen i det tjuande hundreåret – grunnleggande, universell velferd uavhengig av økonomisk posisjon fostrar eit inkluderande og demokratisk medborgarskap. Eg dreg parallellar mellom Marshall og Durkheim, supplert av Luhmann, og hevdar at Marshalls medborgarskap med sivile, politiske og sosiale rettar er ei praktisering av den organiske solidariteten, og han er avhengig av tillit for å verke etter føremålet. Ved å ha med denne teoretiske overbygningen i oppgåva vil eg syne viktigheita av tillit i moderne samfunn og at endringar og ulikskapar i denne kan ha demokratiske implikasjonar.

Etter at Gøsta Esping-Andersen gav ut *The three worlds of welfare capitalism* i 1990, har inndeling i regimetylogiar vore ein viktig del av velferdsforskning. I denne oppgåva skisserer eg kort opphavet til denne teoriretninga og lanserer helseregime som utfordrande og utfyllande konsept. Eg drøftar også korleis velferds- og helseinstitusjonar og tilhøyrande typologiar kan verke inn på korleis borgarar vurderer desse institusjonane. Til sist skildrar og drøftar eg helsesystemtypologien som eg seinare skal operasjonalisere i kvantitativ analyse. Avslutningsvis i dette kapitlet tek eg stilling til tidlegare forskning gjort på emnet. Eg formulerer så forventningar og vidare hypotesar basert på denne forskinga og den gjennomgatte teorien.

### 2.1 TILLIT OG MODERNE SAMFUNN

Overgangen frå tradisjonelle til moderne samfunn skildrar Émile Durkheim som ein overgang frå mekanisk til organisk solidaritet. Samanbindingskrafta i førmoderne samfunn var ein solidaritet tufta på likskap. Lovar vart laga ut i frå ein idé om det Durkheim (2004: 24) kallar ”common consciousness”, som eg omset til *felles medvit*. Kriminalitet definerer han som brot med verdiane og moralen som ligg innebygd i dette felles medvitet; lovene som vert laga er då i stor grad straffelover, meint for å påføre gjerningsmannen lidning: ”(...) punish for the sake of punishing, making the guilty person suffer simply so that he might experience suffering, without expecting

to gain any advantage themselves from the suffering they inflict” (Durkheim, 2004: 27). Samanbindingskrafta dette felles medvitte skapar, kallar Durkheim ein mekanisk solidaritet – ein analogi til råmateriale i eit maskineri, der kvar enkelt del ”(...) could act together only to the extent that they have no movements of their own” (Durkheim, 2004: 30). Jørn Loftager (2004: 50) karakteriserer forholdet mellom samfunn og individ under mekanisk solidaritet som eit nullsumspel, der fellesskapet berre kan vekse på kostnad av individualiteten.

Ut frå utstrakt arbeidsdeling, funksjonell differensiering, veks den organiske solidariteten fram. Eit prov på endringane kan ein ifølgje Durkheim (2004: 29) sjå på lovene som vert laga i moderne samfunn. Dei har eit mål om erstatning og gjenoppretting heller enn straff og lidning. Individet er i mindre grad knytt direkte til fellesskapet gjennom å dele verdiar og moral; heller er dei bundne saman gjennom at alle har sin spesielle funksjon, noko som gjer kvart individ avhengig av andre og vidare av fellesskapet. Dette får vidare konsekvensar for oppfattinga av det felles medvitte, som Loftager (2004: 50) summerer opp slik: ”Det vassentlige er ikke, om den anden deler ens værdier og livsopfattelse, men om han eller hun udfører en funktion, som er af betydning for, at jeg kan lykkes i min funktion”. Forholdet mellom fellesskap og individualitet vert såleis et plussumspel; forskjellar mellom individ bidreg til større differensiering og vidare til utstrakt gjensidig avhengnad. Durkheim (2004: 31) karakteriserer denne solidariteten som organisk, då kollektiv utvikling av samfunnet kan skje i takt med den individuelle utviklinga av borgarane. I likskap med eit organ kan kvar enkeltdel operere autonomt, men samstundes som integrert del av ein større heilskap.

Funksjonell differensiering er eit omgrep tett forbunde med den tyske sosiologen Niklas Luhmann. Utgangspunktet for systemteorien hans er at moderne samfunn er delt inn i ei rekke delsystem som til dømes politikk, økonomi og helsevesen. Kvar av desse systema opererer med egne kodar, dikotomiar som berre er gangbare innanfor det enkelte systemet, mellom anna maktposisjon/opposisjon i det politiske systemet, rikdom/fattigdom i det økonomiske og frisk/sjuk i helsevesenet. Desse kodane er amoralske, ein rik mann er ikkje moralsk overlegen ein fattig mann. Andersen og Loftager (2005: 7) skriv om korleis moral først kjem inn i biletet når kodane vert overført eller blanda, til dømes viss politisk makt kan kjøpast for pengar. Forholdet individ har til desse systema, er ikkje som fysiske organismar, men som kommunikasjon med systemet og med dei interne kodane. Integrasjonen av personar i forskjellige system er avhengig av i kor stor grad dei er inkludert eller ekskludert i systemets kommunikasjon. Det må difor vere

mogeleg for eit individ å kommunisere innanfor fleire system: ”Funksjonel differensiering impliserer, at hvert system burde være åbent for alle – det kan ikke være sådan, at noen arbejder hele tiden, mens andre kun uddanner sig, beder bønner eller bruger penge” (Hagen, 2000: 385).

Spesialiseringa og differensieringa som aukar kompleksiteten i kvart system, gjer systema samstundes avhengig av kvarandre: ”Det politiske system ville ikke kunne løse sine oppgaver, hvis rettssystemet desintegreerte, og det moderne samfunn kan slet ikke fungere uten penge” (Hagen, 2000: 385). Avhengnaden kjem fram gjennom det Luhmann kallar strukturelle koplingar; til dømes er det politiske og det økonomiske systemet kopla saman gjennom skattar. I likskap med Durkheims organiske solidaritet er moral- og verdivurderingar uviktige innanfor delsystema; handlinga, kommunikasjonen, vert dømt ut i frå dei systemspesifikke kodane. Systema er like fullt operasjonelt åtskilde. Den funksjonelle differensieringa gjer at moderne samfunn kan utføre oppgåver som tidlegare ikkje var mogeleg, samstundes gjer kompleksiteten sentral oversikt og kontroll, og vidare demokratisk styring, vanskelegare (Andersen & Loftager, 2005: 7ff).

Det er her tillit får plass i teoriane til Luhmann, som ein kompleksitetsreducerande mekanisme som gjer sentralstyrte system i differensierte samfunn mogeleg. For å forklare tillit syner han først til omgrepet fortrulegheit. Ei fortrulegheit er ei erkjenning av at andre menneske har fridom til å handle som dei sjølv meiner er best, at dei er meir enn passive gjenstandar i omverda. På fortrulegheita kan ein byggje tillit, og tilliten er retta mot framtidige handlingar: ”Men tillid er ingen følge av fortiden; den overfører de informationer, som den besidder frå fortiden, og risikerer en bestemmelse av fremtiden. I tillidsakten blir den fremtidige verdens kompleksitet redusert” (Luhmann, 1999: 54). Tilliten til system skil seg frå tilliten til individ ved at han er meir robust og mindre avhengig av personlege forhold og eigenskapar. Luhmann (1999: 99) skriv at tillit til systemet er avhengig av ei felles forståing av sanning mellom system og individ: ”Tillid er overhodet kun mulig, hvor sandhed er mulig, hvor mennesker med forpligtelse over for tredjepart kan komme til forståelse af det samme”. Utviklinga av denne tilliten er, i takt med den funksjonelle differensieringa, meir diffus, og han føreset eit gjennomsiktig system med mogelegheit for å etterprøve autoriteten til den enkelte representanten. Handlingane i seg sjølve kan ikkje alltid etterprøvast, men individet må då vite at det finst kontrollerbare rutinar for korleis representanten oppnår autoriteten sin innanfor det enkelte system. Rutinane er grunnfesta i rettar, som ifølgje Luhmann ikkje speglar ein ibuande



essens i mennesket, men heller "(...) bidrager til og beskytter den samfundsmæssige differentieringsproces" (Hagen, 2000: 385). Denne systemfunksjonalistiske rettstankegangen bryt med den opplysningsfilosofiske ideen om rettar som tilbakevising til ein naturtilstand, som pregar mykje av den moderne politiske teorien.

Durkheim (2004: 29) har her ein mellomposisjon; han hevdar erstatningslovene i moderne samfunn med organiske solidaritet er laga for å rette opp urettferdig skeivfordeling. Eg tolkar han då som ein tilhengjar av ein universell medborgarstatus med like rettar for borgarane – uavhengig av klasse og stand. Ein slik status finn me skildra i essayet *Citizenship and Social Class* frå 1950 av den britiske sosiologen T.H. Marshall. Her startar han med å dele medborgarskapet opp i tre sett med rettar: sivile, politiske og sosiale, før han syner til framveksten og implementeringa av dei gjennom dei siste tre hundreåra. Eg skal kort gje att argumentasjonen hans for betre å kunne setje medborgarskap i samanheng med solidaritet og tillit.

Sivile rettar sikrar individet mot statleg maktbruk, og "er nødvendige for den individuelle frihed – personlig frihed, ytringsfrihed, menings- og religionsfrihed, retten til at besitte ejendom og til at indgå gyldige kontrakter, og retten til retferdig rettergang" (Marshall, 2003: 53). Desse negative rettane garanterer fridom frå statlege inngrep i privatsfæren til borgarane og kjenneteiknar *rettsstaten* (Eriksen, 1993: 135). De politiske rettane har ein meir aktiv dimensjon, og Marshall (2003: 53f) definerer dei som "retten til at deltage i udøvelsen av politisk magt, enten som medlem af et organ med politisk autoritet, eller ved at vælge medlemmerne af et sådant organ". Denne delen av medborgarskapet er ein aktiv status, karakteriserande for den *demokratiske* staten (Eriksen, 1993: 135). Den gradvise innviinga av sivile og politiske rettar i medborgarskapet, gjennom høvesvis det attande og nittande hundreåret, hadde ifølgje Marshall (2003: 101) små innverknader på sosial ulikskap. Denne ulikskapen var skapt av økonomiske ressursar og forhindra at arbeidarklassen, gjennom berre å utøve sivile og politiske rettar, kunne velte om på det eksisterande klassesystemet.

Frå andre halvleik av det tjuande hundreåret har derimot innlemminga av sosiale rettar i medborgarskapet, forstått som rett til statleg velferd med statsborgarskap som einaste kriterium, "skabt en almengyldig ret til en realindkomst som ikke er afpasset efter indkomstmodtagerens markedsværdi" (Marshall, 2003: 103). Loftager (2004: 88) ser klare parallellar til Durkheim og kallar utvidinga av medborgarstatusen med sosiale rettar for "den politiske realisering af den

organiske solidaritet”. Parallellane eg finn, er oppslutnaden hos både Durkheim og Marshsall om eit inkluderande medborgarskap med universelle rettar og plikter, der tilhøyra ikkje vert bestemt av oppslutnaden om enkelte verdiar og normer. Nettopp universaliteten gjev gode vilkår for at den organiske solidariteten skal virke på tvers av klassar og andre samfunnsgrupper, skapt av materielle og immaterielle ulikskapar. Det neste som bør oppta oss, er kva føresetnader som må vere tilstades for at organisk solidaritet skal få verke som ei samanbindande kraft.

I førmoderne samfunn sikra overvaking og sosial kontroll at borgarar etterlevde verdiane og normene inherent i det felles medvitet. Resultatet var som nemnd ei samanbindande kraft basert på mekanisk solidaritet. Durkheim (2004: 33) hevdar at den organiske solidariteten aukar i takt med storleiken på og spesialiseringa av eit samfunn. Ein vidare konsekvens vert då at sosial kontroll ikkje kan vere ein føresetnad for solidaritet i store samfunn med høg grad av arbeidsdeling. Christian Albrekt Larsen (2013) skriv om korleis tillit då tek over denne ledige plassen i moderne samfunn. For at meir eller mindre abstrakte konstruksjonar som demokrati og velferdsstat, med høg grad av gjensidig avhengnad, skal fungere, må kvar borgar ha tillit til at dei andre borgarane og staten oppfyller funksjonen sin i det sosiale systemet: ”(...) trust in unknown fellow citizens, besides influencing individuals’ ability to cope with modernity, is crucial for the functioning of modern institutions such as the market, democracy, and the state” (Larsen, 2013: 10f). Tillit, både mellom medborgarar og til staten, er såleis ein føresetnad for den organiske solidariteten. Skildringane til Durkheim av lovene før og under moderniteten tolkar eg også som prega av ulike grader av tillit. Straffelovene i førmoderne samfunn formulerer brot på tillit, medan lovene i moderne samfunn let borgarane regulere seg sjølv, med andre ord gjennom tillit.

Dei tre teoretikarane får fram ulike tydingar av tillit i moderne samfunn. Dei syner at tillit er nødvendig i moderne demokrati der den samanbindande krafta, og dermed medborgarskapet, er tufta på fellesskap i funksjon meir enn i verdiar. Dette fellesskapet føreset vidare både ein likskap i status og ein autonomi mellom borgarar for at den funksjonelle differensieringa skal verke positivt. Gjennom å redusere kompleksitet gjer tillit både spesialisering og sentralstyring mogeleg. Samanstillinga av teoriane får også fram konsekvensane av mangel på eller ulikskapar i tillit. Viss dette skjer, vert kompleksiteten innanfor det enkelte systemet uhandterleg for individet. Eit mogeleg utfall er at han vert ekskludert frå delsystemet og mistar statusen som fullverdig medborgar, med alle konsekvensar det kan føre med seg. Han kan også velje å la eit delsystem intervenere med eit anna. Ved å blande kodar på denne måten bryt individet rettane

som beskyttar og opprettheld differensieringa. Resultatet er eit samanbrot av systemet og den funksjonelle differensieringa (Andersen & Loftager, 2005: 7). Me ser at tillit mellom individ og til system er essensielt for både demokratisk sentralstyring og medborgaranes autonomi.

## 2.2 TILLIT OG HELSEVESENET

Når me går vidare frå tillit som generelt fenomen, syner Carolyn Hughes Touhy (2003) at tillit tradisjonelt har hatt ei særskild viktig rolle i forholdet mellom stat, helseinstitusjon og befolkning. Gjennom det tjuande hundreåret bar desse preg av å vere tillitsbaserte ”principal-agent”-forhold der myndigheiter og pasientar overlet autoritet til ”helseforsørgaren” – mest typisk legen. Touhy (2003: 197) skriv vidare om korleis dette er ei naturleg følgje av særdrag ved helsevesenet:

Three characteristics of health care—information asymmetry, the difficulty of evaluating the product, and the high costs of error—mean that it is rational for consumers of health care to establish agency relationships with providers: that is, to delegate decisionmaking authority to providers to choose the care required by the consumer and to trust that agent to act in the consumer’s interest.

Seinare har reformer, ifølgje Touhy (2003: 195), ført til ei omvelting av desse tillitsforholda. Globalisering, nye former for informasjonsteknologi og ein aukande tendens til marknadsstyring av offentleg sektor er faktorar som har bidrege til framvekst av det Touhy (2003: 208) kallar ”contractual arrangements” i helsevesenet.

Økonomen Kenneth Arrow (1963) bidreg med eit økonomiteoretisk perspektiv på desse tillitsforholda i artikkelen ”Uncertainty and the welfare economics of medical care”. Her samanliknar han statlege helsevesen med private forsikringsselskap frå ein økonomisk synsvinkel. Ved å velje denne framgangsmåten får han fram at skilnaden mellom dei to ligg i den ulike graden av sikkerheit i møtet mellom system og individ. Arrow nemner sjeldan tillit eksplisitt, men som Hall (2001) skriv, ligg tillit som eit latent motstykke til artikkelens gjennomgangstema usikkerheit (”uncertainty”).

Arrow (1963: 948ff) skriv om korleis fem overordna kjenneteikn særigne for helse- og omsorgsmarknaden skil det frå andre marknader. Det første kjenneteiknet er særpreg ved etterspurnaden, altså sjukdom; han er både uregelmessig og uføreseieleg. Det å vere sjuk er også ein kostnad i seg sjølv som kjem i tillegg til kostnaden av behandlinga. Kjenneteikn to er at legen

ikkje er driven av det same profittmotivet som forretningsmenn: “His behavior is supposed to be governed by a concern for the customer's welfare which would not be expected of a salesman” (Arrow, 1963: 949). Den høge graden av usikkerheit ved produktet er det tredje som særmerker helsemarknaden frå andre marknader. Sjukdom er prega av uvisse, både kring opphavet og lækinga. Helsesektoren skil seg her frå andre sektorar ved den manglande symmetrien i kunnskap – kunnskap om sjukdom er sjølv produktet som legar sel. Det fjerde kjenneteiknet ligg ved tilbodssida i marknaden. Her skil legar seg igjen frå forretningsmenn gjennom den strenge åtgangskontrollen til yrket, i form av både lisenskrav og ei krevjande utdanning. Det siste karakteristikumet Arrow (1963: 953) listar opp, er prisinga av tenester. Han nemner prisdiskriminering basert på inntekt, som eg forstår som subsidiering av helsetenester for lågtlønnte. Vidare skildrar Arrow (1963: 954) korleis helsemarknaden er kjenneteikna av akkordbasert løning, fritt val mellom legar og ei motvilje til priskonkurranse. Me skal seinare sjå at det er stor empirisk variasjon på akkurat desse felta.

Kvar av kjenneteikna syner kvifor tillit spelar ei sær viktig rolle i helsevesenet. Usikkerheit kring etterspurnad og produkt krev ein tillitsrelasjon mellom individ og system; borgaren må vere trygg på at helsevesenet generelt og legar spesielt ikkje utnyttar asymmetrien i kunnskap (og dimed makt) til personleg profitt. Denne tryggleiken vert teke i vare av forventingane til det offentlege helsevesenet i heilskap – strenge krav til yrkesutøvinga og fråvær av profittjag – men han er sårbar for endringar i tilliten. Eg kan her trekke parallellar til Luhmann og etterprøving av autoritet: Alle velferdstilbod handlar om fordeling av risiko, me investerer personlege ressursar for å dekke oss mot risikoar me er usikre på omfanget og kostnaden av. Enkelte risikoar bryt med marknadsøkonomiske prinsipp om perfekt konkurranse og informasjon. Difor må ei offentleg løysing, med andre økonomiske føresetnader og krav, vere med på spleiselaget (Van Kersbergen & Vis, 2014: 45f). I dette tilfellet er den enkeltes risiko for sjukdom ikkje uavhengig andre (på grunn av mellom anna smitte) og som nemnt er kunnskapsbalansen mellom pasient og lege ujamn. Dersom borgarar mister tilliten til at det offentlege helsevesenet skal dekke risikoen deira for sjukdom eller ulukker, vert grunnlaget for finansiering og oppslutnad svekka. Vidare kan legar og anna personell få insentiv til å opptre profittmaksimerande og utnytte informasjonsovertaket til sin økonomiske fordel. Dette er ikkje nødvendige følgjer av svekka tillit, men eg finn dei like fullt rimelege ut i frå det økonomisk-rasjonelle rammeverket som Arrow (1963) skisserer.

## 2.3 VELFERDSSTATS- OG HELSEREGIME

I ei innflytelsesrik bok frå 1990, *The three worlds of welfare capitalism*, presenterer Gøsta Esping-Andersen ei omfattande teoretisk og empirisk inndeling av europeiske velferdsstatar. I denne seksjonen skildrar eg først regimeteoriane til Esping-Andersen, før eg utdjupar korleis dei har vorte utfordra på ulike frontar. Til sist presenterer eg typologien som eg skal operasjonalisere i denne oppgåva, helseregima til Claus Wendt frå 2009.

### *Velferdsstatsregime*

Utgangspunktet for velferdsstatsregima til Esping-Andersen (1990: 1) er ei antaking om at ulike historiske koalisjonar mellom samfunnsklassar "is the most decisive cause of welfare state variations". Han skisserer opp ei utvikling av velferdsstatsregime som variasjon langs tre avgjerande faktorar: "the nature of class mobilization [especially of the working class]; class-political action structures; and the historical legacy of regime institutionalization" (Esping-Andersen, 1990: 29). Variasjon langs faktorane fører til tre idealtypiske utviklingsbanar og vidare til tre idealtypiske velferdsregime: det liberale, det konservative og det sosialdemokratiske (Arts & Gelissen, 2002: 141). Esping-Andersen (1990: 35ff) rangerer så europeiske land etter mål på dekommodifisering og stratifisering. Desse måla skal fange opp i kor stor grad velferdsstaten i dei ulike landa gjer borgarane uavhengige av marknadsverdien sin, altså dekommodifiserer, og om han minskar, produserer eller reproduserer skilnader i klasse og status, altså stratifiserer (Esping-Andersen, 1990: 3f). Etter analysen dannar det seg tre klynger med velferdsstatar som skårar om lag likt på dei ulike måla, og vert såleis karakterisert som velferdsstatsregime. Analysen til Esping-Andersen var nyskapande då han kom fordi han fokuserer på kva velferdsstatar faktisk gjer heller enn kor mykje ressursar – kor stor del av brutto nasjonalprodukt – dei nyttar (Bambra, 2005: 196). Under kjem ei kort skildring av velferdsstatsregima slik Esping-Andersen presenterer dei.

Den første klynga er dei liberale velferdsstatane. Velferdsstaten skal i dette regimet operere i samsvar med marknadsøkonomiske prinsipp, og private forsikringsordningar og behovsprøvde ytingar er føretrekte ordningar. Desse ordningane kan styrke insentiva til å halde seg i arbeid, men dei gjer også at landa innanfor dette regimet skårar lågt på dekommodifiseringsindeksen til Esping-Andersen (1990: 42ff). Det individualistiske

konkurranseselementet i dei liberale velferdsstatane fører også til ein reproduksjon av lagdelinga marknaden produserer (Esping-Andersen, 1990: 65).

I tråd med konservativ ideologi freistar dei konservative velferdsstatane å sikre sosial orden og halde ved lag tradisjonelle familie- og samfunnsstrukturar. Sosiale ytingar er basert på tidlegare opptening, og staten betalar desse ut dersom familien, i hovudsak gjennom ein mannleg forsørgjar, ikkje lenger klarar støtte medlemmane. Dette leier til ein relativt høg grad av dekommodifisering, spesielt for tilsette i den tradisjonelle industrien, men samstundes også til ei forsterking av strukturelle skilnader i velferdsytingar mellom kjønn, yrke og status (Esping-Andersen, 1990: 58ff).

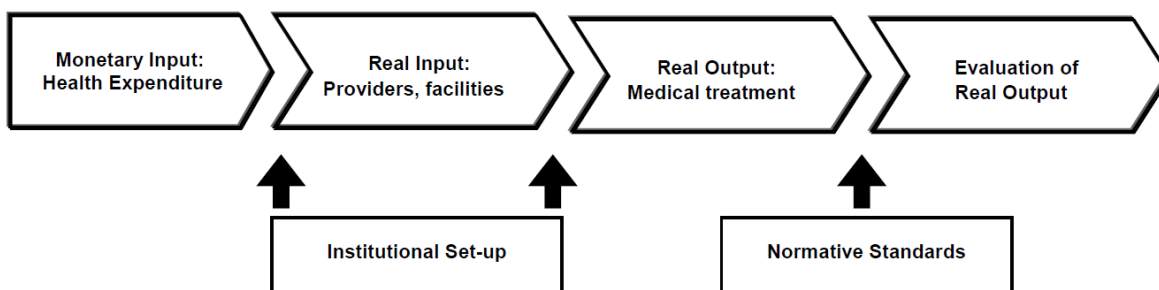
Dei sosialdemokratiske velferdsstatsregima framstiller Esping-Andersen (1990: 26ff) som dei mest dekommodifiserande og sosialt utjamnande. Dei føreset høg sysselsetjing og store skatteinntekter, men fremjar ”an equality of the highest standards”, der ytingar og tenester er tilpassa behova til middelklassen, men like fullt universelle (Esping-Andersen, 1990: 27). Esping-Andersen (1990: 28) hevdar vidare at dei universelle trekka også har ført til sterk politisk oppslutnad og solidaritet til velferdsstaten: ”All benefit; all are dependent; and all will presumably feel obliged to pay”.

Velferdsstatar kan altså produsere og reprodusere sin eigen legitimitet og oppslutnad. Regima er ulike løysingar på dei same utfordringane; velferdsstaten kan ha som mål å styrke nasjonalstaten, fordele risiko, arbeide for sosial utjamning og utrydde naud og fattigdom. Velferdsstatsregima varierer i kva for mål dei vektlegg mest og vidare kva for samfunnsgrupper dei hentar legitimitet frå (Van Kersbergen & Vis, 2014: 36f). Dei sosialdemokratiske vendar seg til ein stor middelklasse med gode, universelle tilbod, medan dei konservative byggjer modellen sin kring moralsk og konkret fortjeneste – ytingane er basert på tidlegare opptening, og mottakarane har såleis allereie arbeida for pengane dei mottek. Dei behovsprøvde ordningane i liberale velferdsstatar spelar på ein variant av den same logikken; velferdsytingane er legitime fordi dei berre vert betalt ut til dei aller mest trengjande, men samstundes er det knytt mykje sosialt stigma til å vere trengjande i dette velferdsstatsregimet (Larsen, 2008).

Wendt, Mischke og Pfeifer (2011: 12) skriv om korleis institusjonars påverknad av opinionen kan ta to formar. Borgarar kan slutte opp om *verdiane* som velferdsstaten representerer, altså ei *kulturell* tilnærming. Dei kan også orientere seg mot *resultata* som velferdsstaten produserer, ei meir *kalkulerande* tilnærming. Sett i samanheng med Luhmann, ser

eg at tillit både må reflektere kultur – ei felles forståing av sanning – og kalkulering – ei forventing om framtidige handlingar. Forfattarane skriv også at oppslutnaden om velferdsinstitusjonar oftast er eit resultat av begge formane for påverknad, men at dei like fullt kan skiljast for analytiske føremål. Empiriske studie har synt at denne oppslutnaden kan forklarast med anten moralsk forplikting eller eigeninteresse. Vidare skriv dei om korleis dei institusjonaliserte verdiane og kulturane vert spegla av vurderingane til borgarane, som referansepunkt for rettferd og likeverd (Wendt et al., 2011: 12). Også Esping-Andersen (1990: 58) er inne på dette: ”each case [idealtipe av velferdsstat] will produce its own unique fabric of social solidarity” Figur 2.1 syner korleis Wendt, Mischke og Pfeifer (2011) ser føre seg forholdet mellom helseinstitusjonar og folkeopinionen. Institusjonelle ordningar verkar inn på korleis økonomiske ressursane vert nytta og fordelt i helsevesenet og korleis tilbydarane av helsetenester faktisk gjev behandling. Vidare verkar normative standardar, forventingar, inn på korleis borgarar vurderer og har tillit til desse tenestene. Mandatet mitt i denne oppgåva er då mellom anna å leite etter samvariasjon mellom dei institusjonelle ordningane og vurderinga av resultata.

**Figur 1: Prosessar i produksjon og vurdering av helsetenester**



*Henta frå Wendt et al. (2011: 19).*

*The three worlds of welfare capitalism* starta ein enno pågåande debatt om inndeling i velferdsstatsregime. Clare Bambra (2005: 198) nemner totalt fem hovudformer kritikken av Esping-Andersens typologi har teke. Den første forma kritiserer omfanget av regimetyologien og meiner dei tre opphavlege regima ikkje er dekkande. Bambra (2005: 198) refererer til dei såkalla latinske velferdsstatane Spania, Portugal, Hellas og Italia, medan Arts og Gelissen (2002: 146) nemner ”The Antipodes”, Australia og New Zealand, som eigen regimekategori. Anna

kritikk har vore av metodologisk art: Replikasjonsstudie har synt mindre tydelege klynger og generelt mindre varians enn hos Esping-Andersen (Scruggs & Allan, 2006: 61). Kritikken om eit manglande kjønnsperspektiv har kanskje vore den mest utvikla; denne retninga hevdar at analysane til Esping-Andersen manglar merksemd for dekommodifiseringa til kvinner, rolla til kvinner og familien i velferdsproduksjon og kjønn som sosial stratifisering (Bambra, 2005: 199).

Den fjerde forma for kritikk angrip inndelinga i idealtypiske regime i seg sjølv. Kasza (2002: 272) hevdar denne tankegangen kvilar på to føresetnader: For det første at velferdsstatane i kvart regime nyttar like tilnærmingar til å løyse dei ulike velferdsutfordringane; for det andre går slike inndelingar ut frå at kvart regime har eit spesifikt, samlande sett prinsipp og verdiar som dei byggjer alle ordningane sine ut frå. Dette fører ifølgje Kasza (2002: 283) til ei einsformig jakt etter samanheng og konsistens mellom velferdsstatar som ikkje nødvendigvis har så mykje til felles. Andre har igjen hevda at regimetylogiar er fruktbare så lenge dei vert nytta som middel for å forklare skilnader mellom velferdsstatar heller enn som mål i seg sjølv (Arts & Gelissen, 2002: 140). Den femte forma for kritikk er retta mot Esping-Andersens mål på dekommodifisering og stratifisering (Bambra, 2005: 200). Desse er i hovudsak basert på statleg pengekompensasjon for alder, sjukdom og arbeidsløyse – kort sagt *trygd*. Analysane og typologiseringane overser dimed at velferdsstatar også handlar om tenesteyting, mellom anna innanfor utdanning, sosialhjelp og – særskild relevant for denne oppgåva – helse.

### ***Helseregime og helsesystem***

Med utgangspunkt i dei to siste formane for kritikk syner Clare Bambra (2005; 2006; 2007) gjennom fleire artiklar korleis dei opphavlege velferdsstatsregima til Esping-Andersen kan ”byggast ut” til helseregime. I ei studie frå 2005 samanliknar ho dekommodifisering i form av pengeytingar, basert på *The three worlds of welfare capitalism*, og tenesteyting i helsesektoren. Tre mål på finansiering, tilbod og dekning er her nytta for å vurdere graden av dekommodifisering i helse. Resultatet av samanlikninga syner at det i det sosialdemokratiske velferdsstatsregimet i stor grad er konsistens mellom dekommodifisering i form av pengeytingar og helsetenesteytingar. Derimot deler både det konservative og det liberale regimet seg i to klynger av land kvar: éi der meir vekt vert lagt på dekommodifiserande pengeytingar enn helsetenester og éi der dette forholdet er snudd om. (Bambra, 2005: 208). Meir enn å vere eit resultat i seg sjølv får analysen hennar fram at forskarar ikkje kan nytte velferdsstatsregime



ukritisk i studie av ulikskapar i helse. Når Bambra i ein artikkel frå 2006 set på prøve samanhengen mellom Esping-Andersens dekommodifisering og helse, finn ho ein moderat sterk negativ korrelasjon. Bambra (2006) åtvarar mot å tolke korrelasjonen som ein kausalitet, høg grad av dekommodifisering fører ikkje til betre helse; korrelasjonen syner heller at helse varierer mellom velferdsstatsregima. Bambra (2007: 1101) føreslår seinare eit større medvit kring nytta av regimetylogiar, "(...) starting with an awareness that they are in fact 'ideal types'". Ho spør etter eit større medvit kring forholdet mellom velferdsstatsregime og sosiale skilnader i helse og meiner at "health-based taxonomies of welfare states" kan vere nyttige verktøy i forskinga (Bambra, 2007: 1101).

Nærast som eit svar på denne oppfordringa presenterer Wendt, Frisina og Rothgang (2009) ein helsesystemtypologi basert på variasjon i finansiering, tilbod og regulering. Dei kategoriserer desse dimensjonane som dominert av statlege, sivilsamfunnsbaserte eller private aktørar, noko som leier til tre idealtypar og 24 samansette typar, 27 i alt ( $3 * 3 * 3$ ). Dei tre idealtypene er statlege helsesystem, sivilsamfunnsbaserte helsesystem og private helsesystem. Forfattarane skriv at Bambra (2005) sin indeks på dekommodifisering i helse ikkje er (og heller ikkje er meint å vere) omfattande nok til å etablere ein "robust typology of healthcare systems" (Wendt et al., 2009: 73).

Typologien dei presenterer, er rotfesta i Max Webers teoriar om idealtypen: Han skal vere ei kopling mellom teoretiske synspunkt og empiriske fenomen, konstruert med eit analytisk føremål (Wendt et al., 2009: 70). Slike idealtypar er holistiske; gjennom samanlikning siktar dei mot å framheve skilnader mellom ein teoretisk konstruksjon og eit empirisk tilfelle, der begge vert behandla som avslutta einingar (Arts & Gelissen, 2002: 139). I dette tilfellet vil det, etter mi tolking, seie å samanlikne idealtypene med heilskaplege empiriske helsesystem. Denne typologien kan fungere som eit meir fruktbart utgangspunkt for empiriske analyser av helsesystem enn Esping-Andersens typologi. Så lenge idealtypene vert nytta som middel for vidare forsking, og kategoriseringa ikkje vert eit mål i seg sjølv, unngår ein også fallgruvane som Kasza (2002) skisserer.

I ein seinare artikkel går Claus Wendt (2009) eit steg vidare i klassifiseringa av helsesystem. Han tek utgangspunkt fleire av dei same kriteria som Wendt et al. (2009) konstruerte idealtypar ut i frå. Wendt (2009: 433) er ikkje i same grad interessert i *kven* av stat og borgar som finansierer, tilbyr og regulerer, men heller i kvalitative og kvantitative kjenneteikn

ved disse dimensjonane – *nivået* av finansiering, tilbud og regulering. Med bakgrunn i tidlegare forskning listar han opp ei rekke indikatorar som skal fange opp variasjon mellom helsesystem og som han vidare nyttar i konstrueringa av ein empirisk typologi. Indikatorane er delt inn i dei tre kategoriane frå den tidlegare forskinga: finansiering, tilgang og (institusjonell) regulering. Dei tre første indikatorane måler finansieringa av helsetenester: dei totale helseutgiftene per innbyggjar (THU) og prosentdelane av THU som er høvesvis offentleg og privat betalt. Til å måle tilbudet av helsetenester nyttar Wendt to indeksar på tilgjengeleg helsepersonell, høvesvis spesialistar og allmennpraktikarar. Den tredje kategorien indikatorar er institusjonelle faktorar som regulerer tilgangen for den enkelte borgaren. Desse inkluderer om tilgangen er basert på statsborgarskap eller forsikring, på kva basis legar er løna, om kvar pasient har mogelegheit til å velje fritt mellom legar og kor lett tilgang dei har til spesialistar i helsesektoren. Dei to siste indikatorane er kombinert til ein tilgangsreguleringsindeks (Wendt, 2009: 434ff).

Wendt (2009: 438) gjennomfører så ei klyngeanalyse med 15 europeiske land. Resultatet vart at desse landa grupperte seg i tre relativt homogene grupper som vidare gjev opphav til Wendts (2009: 441) tre helsesystemtypar:

- Éin type er orientert kring å gje eit *tilstrekkeleg tilbud* av helsetenester, spesielt allmennpraktiserande legar og farmasøytar. Landa under denne typen nyttar medlemskap i ein helseforsikring som åtgangskriterium, og pasientane står fritt i val av og tilgang til legar. Legane er på si side løna etter eit akkordprinsipp, noko som gjev dei insentiv til å behandle mest og best mogeleg. Etter mitt skjønn liknar helsesystema som tilhøyrer denne typen på OECDs ”Sosial forsikring”-system og Esping-Andersens konservative regime, men ein viktig skilnad ligg i prinsippa for inndeling.
- Den andre typen helsesystem er orientert kring *universell dekning og kontrollert tilgang*. Sidan helsevesena under denne typen i stor grad er offentleg finansiert, tek staten på seg hovudansvaret for helsetenestene, noko som vidare tyder at han vil ha kontroll over pasienttilgang og legelønningar. Dette fører til likskap i tilbudet av helsetenester, men samstundes liten valfridom for den enkelte pasienten. Talet på pasientar avgjer løna til legane, noko som kan føre til eit ønske om å redusere arbeidsmengda per pasient. Denne typen helsesystem har likskapstrekk med OECDs nasjonale helsesystem og Esping-Andersens sosialdemokratiske velferdsstatsregime.

- Ein tredje type helsesystem er karakterisert av eit *lite budsjett og strenge tilgangskriterium*. Helsetenestene er for det meste finansiert ut av lommebøkene til privatpersonar, noko som avgrensar tilgangen for låginntektsgrupper. Pasientar må binde seg til legar for ei fast tidsperiode, og fastløn gjev legane lite autonomi i behandlingstilbodet. Under denne typen går land som ut i frå OECDs terminologi kan karakteriserast som seint utvikla nasjonale helsesystem. Eg ser også enkelte parallellar til Esping-Andersens liberale velferdsstatsregime, først og fremst grunna avhengnaden til marknaden.

I ein enno ikkje publisert artikkel går Wendt (2014) på ny over dei same institusjonelle kjenneteikna som i 2009, denne gongen med eit større utval av land. Han tek sikte på å finne ei utvikling i helsesystemklassifisering og på å samanlikne ulike typologiar. Wendt (2014: 12ff) kjem fram til at helsesystema frå 2009-artikkelen er stabile og at dei til ei viss grad samanfall med den gamle OECD-typologien med nasjonale helsesystem, sosial forsikring-helsesystem og privat forsikring-helsesystem. Den største utviklinga har skjedd på reguleringssida; truleg som ein konsekvens av strammare helsebudsjett har tilgangen til lege- og helsehjelp vorte strengare regulert frå 2001 til 2007. I tillegg endar han opp med eit nytt helsesystem, karakterisert av låg del offentleg finansiering og lite regulering, og ei gruppe land som ikkje let seg klassifisere.

Helsesystema til Wendt (2009) operasjonaliserer eg seinare i oppgåva i ein regresjonsanalyse med føremål å finne sosiale forskjellar i tillit mellom helsesystem. Desse systema er fundert i ”ytre” kjenneteikn – finansiering, tilbod og regulering – heller enn ein ”indre” logikk. Dimed unngår eg den føremålsause jakta på samanheng som Kanza (2002) skildrar. Eg tolkar også namnet – ”system” heller enn ”regime” – som ein indikasjon på denne empiriske funderinga. *System* føreset etter mi meining ikkje den indre koherensen som *regime* antydar. Difor refererer *helsesystem* i denne oppgåva til Wendts typologi, medan eg nyttar *helsevesen* som eit samleomgrep for statlege helsetenester. Gelissen (2002: 131) forsvarar typologibruk i slike studie, eit forsvar som eg kan støtte meg til. Ved å nytte typologiane kan ein vere meir økonomisk i forskinga si. Ein kan sjå skogen heller enn ei rekke unike tre, og hypoteseformulering og –testing vert enklare. Sjølv om typologien ikkje er konstruert etter modell av ein indre logikk, er det framleis mogeleg å leite i resultata etter ein slik samanheng,

eller til og med etter kausalitet. Men her er det grunn til å trø varsamt: Sidan forenklinga går på kostnad av nyansane, risikerer ein å ende opp med forklaringar fråkopla empiriske fenomen.

## 2.4 TIDLEGARE FORSKING

Mykje av den relevante forskinga som er gjort på helsesystem og folkeopinion, har teke utgangspunkt i eitt eller fleire mål på tilfredsheit. Kristoffer Vestnes (2013: 16) skriv i ei masteroppgåve dette om forholdet mellom tilfredsheit og tillit:

Det er rimeleg å anta at kor nøgd ein er med den no- og fortidige funksjonsmåten til helsesystemet vil kunne ha ein avgjerande innverknad på om ein har tillit til det eller ikkje. Med andre ord vil tilfredsheit kunne ha ein substansiell innverknad på om folk har tillit til helsesystemet eller ikkje.

Eg sluttar meg til dette, og resultatata frå tidlegare forskning på tilfredsheit behandlar eg difor som tett knytt til mi eiga forskning på tillit. Tilfredsheit og tillit må begge reknast som vurderingar borgarar gjer av dei eksisterande helsevesenet, og dei kan dimed også indikere kvaliteten til helsevesenet i heilskap. R. Crow og kollegar går i eit nummer av *Health technology assessment* frå 2002 gjennom forskning på tilfredsheit med helsesystemet mellom 1980 og 2000. Denne omfattande rapporten gjev ein god oversikt over kva eg kan forvente av effekt frå kontekstuelle og individuelle faktorar. For ei djupare og dimed meir heilskapleg forståing har eg også inkludert enkeltbidrag til forskinga frå mellom andre Art Gelissen og Claus Wendt. I denne seksjonen går eg gjennom kontekstuelle og individuelle faktoras effekt på tilfredsheita. Viktigheita av å inkludere både mikro- og makroperspektivet vert tydeleg i analysen til Wendt, Mischke og Pfeifer (2011: 55): Forklaringskrafta til modellen deira vert tredobla når kontekstuelle forklaringsvariablar vert inkludert. Målet med denne gjennomgangen er å danne meg forventingar til eiga forskning og å syne kva denne forskinga tilfører feltet.

### *Individuelle faktorar*

Gelissen (2002: 143) argumenterer for at individuelle demografiske faktorar kan ha ein innverknad på støtta til helsevesenet. Han formulerer difor ein hypotese på bakgrunn av ideologiske og psykologiske disposisjonar og sosial posisjon: Eldre og kvinner vil slutte sterkare opp om det offentlege helsevesenet grunna tettare kontakt og ei, ifølgje anna forskning, sterkare

omsorgsplikt. I oversikta til Crow et al. (2002: 45) finn dei ingen tendens i effekten til kjønn på tilfredsheit med helsetenester, og i 66,7 % av dei gjennomgatte studia er forholdet ikkje statistisk signifikant. I storparten av studia som undersøker effekten av alder, er eldre respondentar meir tilfredse enn yngre. Wendt et al. (2011: 49) lener seg på dei same argumenta som Gelissen når dei forventar at eldre menneske har eit større behov for helsetenester og difor syner større støtte til landets helsevesen. I resultatata til Gelissen (2002: 157) har ikkje alder ein effekt, men kvinner syner sterkare støtte enn menn. Alder har derimot ein signifikant innverknad på tilfredsheita med helsevesenet i analysen til Wendt et al. (2011: 55ff); aldersgruppa 20-64 er mindre tilfredse enn gruppa over 65. Variabelen har signifikant negativ effekt for aldersgruppa mellom alle helsesystema, og effekten er sterkast i regimet kjenneteikna av universell dekning og kontrollert tilgang.

Også skilnader i inntekt har samband med skilnader i tilfredsheit og tillit. Ut i frå ein økonomisk-rasjonell tankegang kan me tenke at menneske i alle inntektsklassar vil gjere ein best mogeleg "handel" av helsetenester; dei vil ta ut like mykje som dei set inn. Helsesystem som gjev enkelte inntektsgrupper "valuta for pengane", kan me såleis tenke oss at genererer høg tillit hos desse gruppene. Gelissen (2002) nyttar eit dummykoda sett variablar på hushaldets inntekt, med låginnkomstkvartilen som referansekategori. Han finn at det å vere medlem av hushald med inntekter i den høgaste kvartilen har ein positiv effekt på tilfredsheit med helsesystemet. Han undersøker også om arbeidssituasjon kan ha ein innverknad og finn at arbeidsløyse verkar signifikant positivt på tilfredsheit (Gelissen, 2002: 156). Grunna mange manglande verdiar for inntektsvariabelen nyttar Wendt et al. (2011) ein variabel som spør kor godt respondenten klarar seg med hushaldsinntekta, ei subjektiv vurdering av inntekta. Analysen syner ein signifikant positiv effekt av denne variabelen, også her varierer innverknaden mellom helseregima. Sterkast positiv effekt av eigenopplevd høg inntekt på tilfredsheit med helsesystemet er det i den tredje regimetypen (Wendt et al., 2011: 58). Crow et al. (2002: 51) skriv at inntekt er utan signifikant effekt på tilfredsheit i ni av 14 studie i materialet deira.

I oversiktsartikkelen slår Crow et al. (2002: ii) fast: "Health status and health outcomes affect satisfaction. In general, sicker patients and those experiencing psychological distress record lower satisfaction, with the possible exception of some chronically ill groups". Eg tolkar denne tendensen som eit resultat av at personar som rapporterer seg sjølv som sjuke, har tett og regelmessig kontakt med helsesektoren – utan at dei har vorte friske. Desse personane vert difor

tilbøyelege til å gje ei dårleg vurdering av helsevesenet i landet. God vurdering av eiga helse har, samanlikna med dårleg vurdering, også ein signifikant positiv effekt i analysane til Wendt et al. (2011), Gelissen (2002) og Bleich et al. (2009). Når dei førstnemnde samanliknar helsesystem, ser me at effekten er svakast i type 2, medan han i type 1 og 3 er sterkare og på eit høgare signifikansnivå (Wendt et al., 2011: 58).

Å nytte utdanning som forklaringsvariabel følgjer dels logikken ovanfor; lengda av utdanninga plasserer den enkelte borgaren i eit bestemt sosialt segment, tilbøyeleg til visse haldningar overfor offentlege organ generelt. Gelissen (2002: 143) følgjer denne forklaringa når han antek at lang utdanning fører til oppslutnad om det offentlege helsevesenet. Kunnskap om helsevesenet som følgje av utdanning er eit anna aspekt ved denne forklaringsvariabelen. Denne kunnskapen kan gje innsikt i korleis helsevesenet faktisk fungerer og samstundes føre til spesifikke forventningar som både kan verte haldne og brotne. Det sistnemnte er årsaka til at Bleich et al. (2009) inkluderer utdanning i analysen sin. Resultatet er at utdanningslengd mellom 12 og 17 år verkar negativt på tilfredsheita med helsesystemet samanlikna med under 12 års utdanning (referansekategori). I analysen til Gelissen (2002: 156f) har ikkje utdanning noko signifikant effekt.

Esping-Andersen (1990) skriv at organisasjonen av velferdsstaten er prega av tidlegare styrkeforhold mellom samfunnsklassar. Dette vil igjen seie at støtta til velferdsordningar vil variere mellom samfunnsklassane etter ein *cui bono*-logikk – kven tener på denne ordninga? Velferdsordningane vaks altså fram som ein konsekvens av styrkeforholdet mellom arbeid og kapital. Ifølgje teorien har samfunnsklassar som får behova sine dekt av det offentlege helsevesenet tillit til nettopp desse institusjonane, og oppbyggnaden av velferdsinstitusjonar speglar då att klassekoalisjonane som er inngått. Middelklassen har ei viktig rolle i denne teorien; til dømes leier ein middelklasse-arbeidarklasse-koalisjon til ein sosialdemokratisk velferdsstat. Wendt et al. (2011: 49) går ut i frå at dette også gjeld helsesektoren og inkluderer eit mål på sosial klasse (European Socio-economic Classification, ESeC) i analysen. Med dei to lågaste klassane som referansekategori finn dei ingen signifikante effektar, med eitt unntak: Å vere medlem av den øvste samfunnsklassen har ein signifikant positiv effekt i helsesystema kjenneteikna av lite budsjett og strenge tilgangskriterium (Wendt et al., 2011: 58). I denne typen helsesystem finn dei altså tydelegaste skilnadane både mellom inntektsgrupper og mellom klassar. Eg tolkar at ein årsak til denne tendensen er det sterke innslaget av ut-av-lomma-betaling

i dette helsesystemet. Denne forma for finansiering kan føre til stor skilnad i tilbodet av helsetenester tilgjengeleg for ulike samfunnsklassar. Eg kan heller ikkje lukke ute at klasseskilnadane er større i desse landa, og at effekten av dei på tillit difor vert større.

### ***Kontekstuelle faktorar***

Totale helseutgifter (THU) som prosentdel av brutto nasjonalprodukt (BNP) bør gje ein grov indikasjon på kor generøst helsebudsjettet til det enkelte landet er og det generelle nivået på helsetenestene, noko som kan ha ein effekt på tilliten befolkninga har til at helsevesenet løyser oppgåvene sine. Vidare kan delen av THU som er dekkja av det offentlege (offentlege helseutgifter, OHU, per capita eller som prosentdel av THU) og den enkelte privatperson (ut-av-lomma-betaling, UAL, som prosentdel av THU) indikere graden av ”risk privatization” (Hacker, 2004, sitert i Wendt et al., 2011: 48). John Gelissen (2002: 157) syner signifikante negative effektar av THU og UAL på støtta til helsevesenet. Analysen til Wendt et al. (2010: 55) får fram signifikante positive effektar av OHU på tilfredsheita med helsevesenet, men syner ingen effekt av UAL.

Regimetylogiar, anten velferdsstats- eller helserelevante, er ein annan kontekstuell faktor med potensiell innverknad på tilfredsheit og tillit. Som nemnt i seksjonen om velferdsstatsregime: Universelle ordningar kan få ein heldig motreaksjon i form av støtte i befolkninga. Ut frå den same logikken kan eg forvente at stigmatiserande behovsprøving og utstrakt sosial stratifisering i helsesektoren fører til svekka støtte, tilfredsheit og tillit (Esping-Andersen, 1990; Gelissen, 2002). Gelissen (2002) nyttar ein femdelt typologi av velferdsstatsregime i ein fleirnivåanalyse. Typologien tek utgangspunkt i Esping-Andersens, men er utvida med ei sørleg klynge og ei hybridklynge. Sverige er referansekategori, og innbyggjarar under alle regima syner mindre støtte til helsevesenet enn svenskane – lågast i det konservative regimet og i hybridregimet (Gelissen, 2002: 156). Bleich et al. (2009) nyttar data frå World Health Survey, men har ein grovare inndeling; dei skil mellom fire tilbydarar av helsetenester: staten (referansekategori), private firma, NGO (ikkje-statleg organisasjon) og andre tilbydarar. Resultatet frå analysen er at berre private aktørar har signifikant effekt på tilfredsheita med helsesystemet, og denne er negativ (Bleich et al., 2009: 274). Wendt et al. (2011) nyttar ikkje helseregime som forklaringsvariablar, men gjennomfører separate

regresjonsanalysar for ulike regime. Effekten av dei individuelle faktorane varierer mellom regima.

## **2.5 SYNTSE AV TEORI OG TIDLEGARE FORSKING**

Rammeverket for oppgåva som dette kapitlet representerer, strekk seg frå det abstrakte til det konkrete, frå klassisk samfunnsteori til nyare sosialepidemiologisk forskning. Føremålet med dette spennet er å legge rammer for mi eiga forskning, altså å seie noko om forventningane til og konsekvensane av resultata eg får i analysen.

Dei klassiske sosiologane Durkheim og Luhmann bidreg i denne oppgåva med perspektiv på kva for rolle tillit spelar i moderne samfunn, medan T.H. Marshall syner korleis eit medborgarskap med sosiale rettar er realiseringa av den organiske solidariteten og ein føresetnad for tillit. Drøftinga av Arrows økonomiske analyse av helsevesenet stadfestar korleis tillit er ein føresetnad for moderne samfunnsinstitusjonar generelt og i helsevesenet spesielt. Eg inkluderer diskusjonar av desse teoriane av to samankopla grunnar: For det første rettferdiggjær dei problemstillinga til oppgåva, dei gjev grunnar til å forklare kva som kan påverke tillit på mikro- og makronivå. For det andre gjev dei perspektiv å tolke resultata gjennom; dei gjer det mogeleg å syne til kva for større, samfunnsmessige konsekvensar endringar i tillitsnivået kan føre med seg.

Velferdsstats- og helseregime er verktøy for å formulere hypotesar og sjå etter mønstre i resultata. Typologien eg nyttar, tek ikkje utgangspunkt i dekommodifisering, som dei opphavlege velferdsstatsregima gjorde, men i mål på finansiering, tilbod og regulering. Like fullt samanfall velferdsstats- og helseregima til ein viss grad. Ut frå både teori og regimeforskning forventar eg at regime med universelle ordningar fostrar tillit blant borgarane. Samfunnsteoretikarar som Durkheim og Marshall føreskriv universelle sosiale rettar som essensielt for moderne, demokratiske samfunn, økonomisk orienterte Arrow og Touhy skildrar korleis marknadsmekanismar gjer tillitsrelasjonar vanskeleg, medan regimeteoretikarar som Esping-Andersen hevdar at sosialdemokratiske velferdsstatar, basert på klassekoalisjonar, produserer ei breiare støtte.

Tidlegare forskning på området har for det meste dreidd seg om tilfredsheit med helsevesenet, noko eg meiner let seg overføre til forskning på tillit. Resultata tyder på at både individuelle og kontekstuelle faktorar bidreg til å forklare variasjon i tilfredsheit. Spesielt



interessant er det at me i forskinga finn tydelege skilnader mellom velferdsstats- og helseregima. Konsekvensane av slike skilnader kan verte at krafta som bind samfunna saman vert tufta på likskap i verdiar og oppfatningar – heller enn ein tillit til at medborgarane skal oppfylle rolla si i arbeidsdelinga.

På bakgrunn av den gjennomgatte teorien og tidlegare forskinga formulerer eg avslutningsvis eit sett hypotesar om faktorar som påverkar tilliten til helsevesenet i eit land. Dei første er knytt til kontekstuelle faktorar.

- Hypotese 1: Borgarar i land med helsesystem orientert rundt universell dekning og kontrollert tilgang syner mest tillit til helsevesenet.
- Hypotese 2: Borgarar i land der ein stor del av dei totale helseutgiftene er dekt av det offentlege syner meir tillit enn dei i land med ut-av-lomma-betaling.

Dei neste hypotesane er knytt til individuelle faktorar. I analysen kjem eg i tillegg til å kontrollere for dei demografiske variablane kjønn, alder og utdanning.

- Hypotese 3: Høg inntekt verkar positivt på tilliten til helsesystemet.
- Hypotese 4: God vurdering av eiga helse verkar positivt på tilliten til helsesystemet.

Den siste hypotesen formulerer eg med ei forventning om at enkelte individuelle faktorar har ein sterkare effekt i bestemte helsesystem.

- Hypotese 5: Inntektsskilnadane i tillit til helsevesenet er sterkare i type 3, kjenneteikna av lite budsjett og strenge tilgangskriterium.

### 3. DATA, METODE OG MODELLAR

Datasettet eg nyttar, er European Values Survey (EVS) frå 2008. Det ansvarlege instituttet GESIS (2011: 6) kallar undersøkinga “the most comprehensive research project on human values in Europe”. Over 60 000 respondentar har vorte intervjuja i meir enn 40 europeiske land. EVS har gjennom randomisert utveljing trekt ut eit representativt utval med respondentar. Intervjua har vorte gjennomført andlet-til-andlet med eit standardisert spørjeskjema med over 400 spørsmål.

Eg avgrensar materialet til dei 14 landa som utgjer helsesystema til Wendt et al. (2011). Metoden eg nyttar, er fleirnivåanalyse av logistisk regresjon. Den avhengige variabelen er tillit til helsevesenet, dei uavhengige på individ- og kontekstnivå er kjønn, alder, inntekt, eigavurdert helse, utdanning, klasse, tilhøyrse til helsesystem og finansiering av helsevesenet.

Vidare følgjer skildringar av variablane på individ- og kontekstnivå og nokre oppsummerande, deskriptive tabellar. Deretter gjev eg att resultatata frå analysen.

#### *Avhengig variabel: Tillit til helsevesenet*

Den avhengige variabelen skal måle tilliten til helsevesenet. I datasettet er han ein firedelt variabel på ordinalnivå. Respondentane skal svare på om deira ”confidence in health care system” høyrer heime i kategoriane ”a great deal”, ”quite a lot”, ”not very much” eller ”none at all”. Mange spørreundersøkingar nyttar ”trust” som omgrep for tillit, og eg meiner eg kan tolke ”confidence” som det same. Dei to første kategoriane kodar eg til verdien 1, tolka som tillit til helsevesenet, medan dei to andre får verdien 0, tolka som mistillit.

#### *Uavhengige variablar på individnivå*

Her tek eg først med nokre sosiodemografiske variablar. Aldersvariabelen er på forholdstalsnivå og måler respondentens alder i år på intervjutidspunktet. Kjønnsvariabelen er koda om til ein ”kvinnevariabel”, der 1 = kvinne og 0 = mann.

Variabelen for hushaldsinntekt konstruerer eg som ein ekvivalensskala etter modell av Eikemo (2012: 64). Då manipulerer eg først variabelen for vokesinntekt til å verte ein variabel på forholdstalsnivå heller enn på det opphavlege ordinalnivået. Deretter konstruerer eg ein ”hushaldsskala” basert på variablar som måler kor mange vaksne og born som tilhøyrer hushaldet. Hushaldsskalaen er faktorisert etter ein modifisert skala frå OECD der vaksne har

faktoren 0,5 og born faktoren 0,3. Til sist konstruerer eg den endelege ekvivalensskalaen for hushaldsinntekt ved å dele den manipulererte inntektsvariabelen på den faktorisererte hushaldsskalaen. Skalaen tek ikkje omsyn til talet på vaksne og born i familien utover faktorane; eit hushald med ti born gjev den same verdien som eit hushald med seks vaksne. Føremålet med denne skalaen er altså å måle og rangere respondentar etter kor store økonomiske ressursar kvar enkelt rår over, venteleg meir presist enn kva ein rein inntektsvariabel, ukorrigert for eksterne forhold, kan gjere.

Tidlegare forskning har synt sterke samanhenger mellom vurdering av eigen helsetilstand, helse- og velferdssystem og vurderinga av helsevesenet. I EVS er respondentane bedde om å vurdere eiga helse som "very good", "good", "fair", "poor" eller "very poor". Her vel eg med bakgrunn i tidlegare forskning å dikotomisere han: Dei to første kategoriane kodar eg om til "god helse", dei tre siste til "dårleg helse". Ved å gje "god helse" kategorien 1 ønsker eg å framheve ein positiv samvariasjon mellom helse og tillit til helsesystemet.

Utdanningsvariabelen i datasettet er korrigerert etter ein internasjonal OECD-standard, *International Standard Classification of Education* (ISCED). Variabelen inneheld følgjande kategoriar, der respondenten skal angje sitt høgaste fullførte utdanningsnivå:

1. pre-primary education or none education
2. primary education or first stage of basic education
3. lower secondary or second stage of basic education
4. (upper) secondary education
5. post-secondary non-tertiary education
6. first stage of tertiary education
7. second stage of tertiary education

Her vel eg, etter modell av Eikemo, Bamba, Judge og Ringdal (2008), å kode kategoriane 1 til 3 om til "grunnskule". Kategori 4 kodar eg til "vidaregåande skule", medan kategoriane 5 til 7 vert til "høgare utdanning".

Datasettet inkluderer eit mål på sosial klasse, med utgangspunkt i EUs sosioøkonomiske klassifisering, ESeC. Variabelen har desse ti kategoriane:

1. large employers, higher managers/professionals
2. lower managers/professionals, higher supervisory/technicians
3. intermediate occupations

4. small employers and self-employed (non-agriculture)
5. small employers and self-employed (agriculture)
6. lower supervisors and technicians
7. lower sales and service
8. lower technical
9. routine
10. not applicable

I analysen kodar eg, etter inspirasjon frå mellom andre Eikemo (2012) og Eikemo et al. (2008), klassevariabelen om til tre kategoriar: Dei fire øvste vert til ”høg klasse”, dei fem neste til ”låg klasse”. Deskriptiv statistikk syner at ein betydeleg del av respondentane plasserer seg sjølv i kategorien ”not applicable”. Eg tolkar då at denne representerer arbeidsløyse eller ei anna form for yrkesstatus, til dømes studentar, som ikkje passar inn i resten av klassestrukturen. Kategorien ”not applicable” koda eg difor til ”utan klasse”.

### *Uavhengige variablar på kontekstnivå*

Den viktigaste variabelen på kontekstnivå er helsesystema til Wendt et al. (2011). Ein grundig argumentasjon for nytta og inndelinga finn me ovanfor. Helsesystema er som følgjer:

- Helsesystem 1: Austerrike, Belgia, Frankrike, Tyskland, Luxemburg.
- Helsesystem 2: Danmark, Storbritannia, Irland, Italia, Nederland, Sverige.
- Helsesystem 3: Spania, Finland, Portugal.

På dette nivået inkluderer eg i tillegg tre variablar som måler ulike helseutgifter: THU og OHU i amerikanske dollar per capita og UAL i prosent av THU. Dette gjer eg for å undersøke innverknaden til kvar enkelt variabel på tilliten, men også for å undersøke om det er enkelte aspekt ved Wendts helsesystem som har sterkare effekt enn andre. Under følgjer ein tabell med oversikt over THU-, OHU- og UAL-verdiane til landa i analysen. I tre tilfelle (merka med \*) mangla verdiar for enkelte land. Eg set då inn eit gjennomsnittsverdien for dei andre landa i det same helsesystemet. Etter modell frå Wendt et al. (2011) vel eg å nytte amerikanske dollar per capita for THU og OHU, medan UAL vert uttrykt som prosentdel av THU. Vidare følgjer deskriptive tabellar over den avhengige og dei uavhengige variablane.

**Tabell 1: Finansiering av helsevesen**

	<b>THU</b>	<b>OHU</b>	<b>UAL</b>
<b>System 1</b>			
Austerrike	4173	3185	13,5*
Belgia	3670	2749	20,8
Frankrike	3 764	2891	7,5
Tyskland	3 973	3037	13,3
Luxembourg	4 445	3736	12,4
<b>System 2</b>			
Danmark	4 056	3434	13,6
Storbritannia	3 274	2653	9,2
Irland	3 848	2900	15,3
Italia	2 967	2342	18,5
Nederland	4 717	2862*	14,6*
Sverige	3 656	2980	16,4
<b>System 3</b>			
Spania	2 964	2165	20,3
Finland	3 163	2357	19,1
Portugal	2 548	1664	26,9

**Tabell 2: Prosentvis fordeling av tillit og mistillit innanfor helsesystema**

<b>Helsesystem</b>	<b>Tillit</b>	<b>Mistillit</b>
System 1	70,9	29,1
System 2	67,0	33,0
System 3	68,5	31,5

**Tabell 3: Deskriptiv statistikk**

Variabel	Forklaring	Min.	Max.	Prosent <sup>1</sup>
Helsetillit	Høg tillit = 1	0	1	68,5
Alder				
Låg alder	Aldersgruppe 15-19	0	1	2,7
Middelalder	Aldersgruppe 20-64	0	1	74,9
Høg alder	Aldersgruppe 64-108	0	1	22,0
Kjønn	Kvinne = 1	0	1	54,2
Inntekt	Ekvivalent hushaldsinntekt	0,86	185,00	31,18
Helsestatus	God helse = 1	0	1	70,8
Utdanning				
Grunnskule	Grunnskule som høgaste fullført utdanning	0	1	34,6
Vidaregåande	Vidaregåande skule som høgaste fullført utdanning	0	1	34,7
Høgare utdanning	Høgskule/universitet som høgaste fullført utdanning	0	1	30,7
Sos.øk klasse				
Utan klasse	Uavklart yrkesstatus	0	1	19,5
Låg klasse	Funksjonærer og arbeidarar	0	1	40,3
Høg klasse	Leiarar, mellomleiarar og sjølvstendige	0	1	40,2
Helsesystem 1	Austerrike, Belgia, Frankrike, Tyskland, Luxemburg.	0	1	39,6
Helsesystem 2	Danmark, Storbritannia, Irland, Italia, Nederland, Sverige.	0	1	40,2
Helsesystem 3	Spania, Finland, Portugal.	0	1	20,2
THU	Totale helseutgifter i USD per capita	3670	4173	3922
OHU	Offentlege helseutgifter i USD per capita	1664	3736	2772
UAL	Ut-av-lomma-betaling som prosentdel av THU	7,5	26,9	16,0

<sup>1</sup> Gjennomsnittsverdiar for inntekt, THU, OHU og UAL

### 3.1 STATISTISKE MODELLAR

I denne delen presenterer eg resultatata og summerer kort opp utviklinga av modellane. Eg byrjar med ein nullmodell, går vidare til ein modell med variablar på individnivå, og til sist presenterer eg resultat frå den fullstendige modellen med variablar på kontekstuelte nivå.

#### *Nullmodellen*

Eg lagar ein ”tom” nullmodell for å undersøke om fleirnivåanalyse er føremålstenleg for denne problemstillinga. Målet med denne modellen vert då å undersøke storleiken av variansen på individ- og landnivå og om utvidinga av modellen med eit nytt nivå er statistisk signifikant. Likninga for nullmodellen er som følgjer:

$$L_{il} = \beta_{0il}$$

$$\beta_{0il} = \beta_0 + u_{0l} + \varepsilon_{il}$$

$$L_{il} = \beta_0 + u_{0l} + \varepsilon_{il}$$

Her er  $L_{il}$  den logistiske funksjonen for sannsynet for å ha tillit til helsevesenet.  $\beta_{0il}$  er regresjonskonstanten. Denne varierer mellom nivå 1 og nivå 2, altså mellom land og individ, illustrert ved  $i$  og  $l$ . I nullmodellen består han av ein konstant og to residualledd,  $u_{0l}$  for residualane på landnivå og  $\varepsilon_{il}$  for residualane på individnivå. Under følgjer ei oversikt over dei viktigaste estimata frå nullmodellen.

**Tabell 4: Estimat frå nullmodellen**

Observasjonar (individ)	20379
Grupper (land)	14
Konstant (logit)	0,877
Konstant (oddsratio)	2,18
Varians på landnivå (konstant)	0,689
Intraklassekorrelasjon (ICC)	0,173
-2 log likelihood (-2LL)	22756,652
Signifikans LR-test	0,000

Estimata er rekna ut med hjelp frå dataprogrammet STATA. Logit-konstanten er positiv og oddsratio-konstanten er over 1, noko som fortel oss at oddsen for at ein tilfeldig utvald respondent skal ha tillit til helsevesenet er høgare enn oddsen for at han ikkje skal ha det. Dei neste tala i tabellen syner at det meste av variasjonen ligg på individnivå. Regresjonsmodellen syner at variansen på landnivå er på 0,689, og ein intraklassekorrelasjonstest syner at 17,3 % av variasjonen ligg på landnivå. Sidan ein ikkje kan snakke om varians for logistisk fordeling på same måte som for normalfordelinga, er den totale variansen sett til  $[\pi^2/3]$  og prosentdelen av nivå 2-variens er rekna ut derifrå. Signifikansen av *Likelihood ratio*-testen (LR-test) syner at modellen vert statistisk signifikant forbetra ved at eg nyttar fleirnivåanalyse heller enn ordinær logistisk regresjonsanalyse. LR-testen er ein måte for STATA å undersøke kor godt ein konstruert modell predikerer sannsyn i forhold til ein ”baseline modell” (Pampel, 2000: 47). Dette er i praksis graden av skilnad mellom to *log likelihood*-verdiar sett opp mot ei kjikvadratfordeling, i dette tilfellet ein modell med og utan eit ekstra nivå. Eg kan difor konkludere med at ein fleirnivåanalyse gjev det mest nøyaktige svaret på problemstillinga mi om kva som verkar inn på tilliten til helsevesenet.

I den første utvidinga inkluderer eg variablar på individnivå: kjønn, alder, inntekt, helse, utdanning og klasse. Likninga for nivå 1-modellen vert då denne:

$$L_{il} = \beta_0 + \beta_1 * kvinner + \beta_2 * lagalder + \beta_3 * middelalder + \beta_4 * IncomeEq + \beta_5 * helsestatus + \beta_6 * grunnskule + \beta_7 * vgskule + \beta_8 * utanklasse + \beta_9 * lagklasse + u_{0i} + \varepsilon_{il}$$



**Tabell 5: Estimat for nivå 1-modell**

Variablar	Oddsratio	95 % konfidensintervall
Kvinner	0,813***	[0,752---0,879]
Menn	1	1
Låg alder	1,013	[0,709---1,445]
Middelalder	0,593***	[0,534---0,659]
Høg alder	1	1
Inntekt	1,004***	[1,002---1,006]
God helse	1,424***	[1,304---1,555]
Dårleg helse	1	1
Grunnskule	0,971	[0,861---1,095]
Vidaregåande skule	0,859***	[0,775---0,952]
Høgare utdanning	1	1
Utan klasse	1,031	[0,888---1,196]
Låg klasse	0,964	[0,876---1,061]
Høg klasse	1	1
Konstant	3,121***	[1,959---4,972]
n	14472	
Varians på landnivå	0,700	
Prosentdel av varians på landnivå	17,6 %	
-2 log likelihood	15630,688	
LR-test signifikans	0,000	

\* =  $p < 0,1$

\*\* =  $p < 0,05$

\*\*\* =  $p < 0,01$

Av dei demografiske variablane ser me at å vere kvinne og å vere i alderen 20-64 verkar signifikant negativt inn på tilliten til helsevesenet, samanlikna med å vere mann og å vere over 64. Hushaldsinntekt verkar ha ein positiv signifikant innverknad på tilliten. Til denne variabelen var det knytt enkelte utvalsrelaterte utfordringar, desse skildrar eg under ”metoderefleksjonar” i neste kapittel. Det gjer at inkluderinga av denne variabelen nok er årsaka til nedgangen i utvalsstorleiken, men eg har gjennom kodinga av han kontrollert for over- eller underrepresentasjon. Nedgangen i utval vert såleis ikkje eit problem for modellen i heilskap. For utdanningsvariabelen er fullført høgare utdanning referansekategori, og samanlikna med denne

ser me at fullført vidaregåande skule har ein signifikant negativ effekt på den avhengige variabelen. Klassevariabelen har ikkje ein signifikant innverknad på tilliten til helsevesenet. Positiv vurdering av eiga helse har som venta ein positiv signifikant effekt på tilliten.

Skilnaden i -2LL syner at modellen med nivå 1-variablar er betre til å predikere dei observerte verdiane for den avhengige variabelen enn nullmodellen. LR-testen syner at denne endringa er statistisk signifikant. Prosentdelen varians på landnivå aukar med 0,2 % frå nullmodellen.

Det neste steget er å utvide modellen med nivå 2-variablar, altså data på landnivå. Eg inkluderer helsesystemvariablar og tre mål på finansiering av helsevesenet. Kontekstvariablane legg eg til i to omgangar for å kontrollere om dei har nokon innverknad på kvarandre. Likninga vert følgjande:

$$L_{il} = \beta_0 + \dots + \beta_9 * \text{helsesystem\_1} + \beta_{10} * \text{helsesystem\_2} + \beta_{11} * \text{THU} + \beta_{12} * \text{OHU} + \beta_{13} * \text{UAL} + u_{0i} + \varepsilon_{il}$$

**Tabell 6: Estimater for nivå 2-modell**

Variablar	OR	95 % KI	OR	95 % KI
Kvinner	0,813***	[0,752---0,879]	0,813***	[0,752---0,879]
Menn	1	1	1	1
Låg alder	1,011	[0,708---1,445]	1,011	[0,708---1,445]
Middelalder	0,593***	[0,534---0,659]	0,593***	[0,534---0,659]
Høg alder	1	1	1	1
Inntekt	1,004***	[1,002---1,006]	1,004***	[1,002---1,006]
God helse	1,424***	[1,304---1,556]	1,424***	[1,304---1,555]
Dårleg helse	1	1	1	1
Grunnskule	0,971	[0,862---1,095]	0,971	[0,862---1,095]
Vidaregåande skule	0,858***	[0,774---0,951]	0,858***	[0,774---0,951]
Høgare utdanning	1	1	1	1
Utan klasse	1,032	[0,889---1,198]	1,033	[0,890---1,199]
Låg klasse	0,964	[0,876---1,061]	0,964	[0,876---1,061]
Høg klasse	1	1	1	1
Helsesystem 1	1,334	[0,421---4,227]	1,216	[0,185---8,005]
Helsesystem 2	0,769	[0,252---2,348]	0,725	[0,164---3,195]
Helsesystem 3	1	1	1	1
THU			1,000	[0,999---1,001]
OHU			1,000	[0,999---1,001]
UAL			1,001	[0,985---1,017]
Konstant	3,150	[1,250---7,937]	2,343	[0,044---126,003]
n	14472		14472	
Varians landnivå	0,642		0,641	
Prst. varians landnivå	16,3 %		16,3 %	
-2 log likelihood	15629,463		15629,437	
LR-test signifikans	0,000		0,000	

For dei individuelle variablane ser me at verken oddsratio eller signifikansnivå endrar seg stort etter innføringa av kontekstuelle variablar. Når me undersøker signifikansnivået til variablane på landnivå, er det viktig å hugse på skilnaden mellom nivåa i talet på analyseeiningar. Strabac

(2012: 218) minner oss på at med få analyseeiningar er det berre særse sterke effektar som vert statistisk signifikante på 0,05- eller 0,01-nivå. Han meiner difor at nivå 2-effektar som er signifikante på 0,1-nivå fortener vurdering og omtale i diskusjon av resultatane. Signifikansnivået for nivå 2-variablane i modellen ligg mellom 0,367 og 0,956. Eg kan difor ikkje hevde at tilhøyrse til spesifikk helsesystem har innverknad på den individuelle tilliten til helsevesenet. Det same kan eg seie om finansieringa av helsesystem; det er ingen signifikant samanheng mellom THU, OHU, UAL og tillitsnivået.

Endringa i  $-2LL$  mellom nivå 1- og nivå 2-modellane er, sett opp mot kjikvadratfordelinga i Ringdal (2007: 491), ikkje signifikant på 0,05-nivå. LR-testen syner at modellen er ei signifikant forbetring frå nullmodellen, og intraklassekorrelasjonen syner at prosentdelen varians på landnivå vert mindre når eg utvidar modellen. Variablane som eg har innført, forklarar altså ein del av variansen på landnivå, men ingen av dei har ein signifikant effekt for seg sjølv. Dei er heller ikkje ei signifikant forbetring av modellen.

I den neste utvidinga av modellen let eg ein variabel i tillegg til regresjonskonstanten variere på landnivå. Eg køyrer ein analyse med såkalla "random slope", der eg let oddsratioen til inntektsvariabelen variere mellom land. Vi får då ei viktig endring i likninga. Regresjonskoeffisienten for inntekt,  $\beta_{3l}$ , består no av to ledd:  $\beta_3$ , ein forventet koeffisientverdi (ein slags gjennomsnittleg effekt for alle landa) og restleddet  $u_{1l}$ , differansen mellom inntektseffekten for kvart enkelt land og forventingsverdien. Når eg set inn dette leddet, får eg denne likninga med tre residualledd – to på landnivå og eitt på individnivå:

$$L_{il} = \beta_0 + \dots + \beta_9 * \text{helsesystem\_1} + \beta_{10} * \text{helsesystem\_2} + \beta_{11} * \text{THU} + \beta_{12} * \text{OHU} + \beta_{13} * \text{UAL} + u_{0l} + u_{1l} + \varepsilon_{il}$$

**Tabell 7: Estimat for nivå 2-modell med "random slope" for inntektsvariabelen**

Variablar	Oddsratio	95 % konfidensintervall
Kvinner	0,813***	[0,752---0,879]
Menn	1	1
Låg alder	1,026	[0,718---1,467]
Middelalder	0,593***	[0,534---0,659]
Høg alder	1	1
Inntekt	1,004**	[1,001---1,008]
God helse	1,417***	[1,298---1,548]
Dårleg helse	1	1
Grunnskule	0,974	[0,864---1,099]
Vidaregåande skule	0,853***	[0,769---0,945]
Høgare utdanning	1	1
Utan klasse	0,990	[0,849---1,155]
Låg klasse	0,950	[0,862---1,047]
Høg klasse	1	1
Helsesystem 1	0,856	[0,095---7,740]
Helsesystem 2	0,559	[0,104---2,999]
Helsesystem 3	1	1
THU	1,001	[0,999---1,002]
OHU	1,000	[0,999---1,001]
UAL	1,002	[0,986---1,019]
Konstant	0,567	[0,001---365,741]
n	14472	
Varians på landnivå	0,608	
Prosentdel av varians på landnivå	15,6 %	
-2 log likelihood	15622,16	
LR-test signifikans	0,000	

**Tabell 8: Varianskomponentar for nivå 2-modell med "random slope" for inntektsvariabelen**

Variansar	Estimat	95 % konfidensintervall
Residualvarians, inntekt	$2,5 \cdot 10^{-5}$	$[6,86 \cdot 10^{-6} \text{---} 8,89 \cdot 10^{-5}]$
Residualvarians, landnivå	0,608	[0,282---1,313]
Kovarians	0,001	[-0,004---0,005]

Eg inkluderer ikkje nye variablar i modellen, så estimata forandrar seg ikkje stort. Det er meir interessant å sjå på varianskomponentane og differansen i -2LL. Sistnemnde er på 7,277 [15629,463 – 15622,16]. Sett opp mot kritiske verdiar i kjikvadratfordelinga, er endringa ei statistisk signifikant forbetring. Dette vil seie at det finst ein statistisk signifikant variasjon av inntektseffektar mellom landa på tilliten til helsevesenet. Residualvariansen av inntektseffekten er riktig nok liten, han utgjer 0,03 % av den totale variansen på landnivå [ $0,000025 / (0,000025 + 0,608)$ ].

I det neste steget vil eg undersøke for systematiske skilnader i effekten av inntekt mellom helsesystema. Dette gjer eg ved å innføre samspelsledd med inntektsvariabel frå nivå 1 og helsesystemvariabel frå nivå 2 – ein kryssnivåinteraksjon. Eg introduserer denne i den førre "random slope"-modellen, altså let eg framleis inntektsvariabelen variere på landnivå. Helsesystemvariabelen er dummykoda, difor innfører eg to samspelsvariablar i modellen – beståande av helsesystem 1 og 2 saman med inntektsvariabelen – for å få fram effekten i forhold til system 3.

**Tabell 9: Estimat for nivå 2-modell med kryssnivåinteraksjon**

Variabel	Oddsratio	95 % konfidensintervall
Kvinne	0,812***	[0,751---0,878]
Mann	1	1
Låg alder	1,024	[0,717---1,464]
Middelalder	0,593***	[0,534---0,659]
Høg alder	1	1
Inntekt	1,007**	[1,000---1,014]
God helse	1,418***	[1,298---1,549]
Dårleg helse	1	1
Grunnskule	0,973	[0,862---1,097]
Vidaregåande skule	0,852***	[0,768---0,944]
Høgare utdanning	1	1
Utan klasse	0,986	[0,846---1,150]
Låg klasse	0,948	[0,860---1,044]
Høg klasse	1	1
Helsesystem 1	0,899	[0,067---12,13]
Helsesystem 2	0,575	[0,086---3,848]
Helsesystem 3	1	1
THU	1,000	[0,999---1,002]
OHU	1,000	[0,999---1,001]
UAL	1,002	[0,985---1,019]
Helsesystem 1 * inntekt	0,995	[0,986---1,003]
Helsesystem 2 * inntekt	0,997	[0,989---1,005]
Helsesystem 3 * inntekt	1	1
Konstant	0,713	[0,001---403,137]
n	14472	
Varians på landnivå	0,614	
Prosentdel av varians på landnivå	15,7 %	
-2 * log likelihood	15620,873	
LR-test signifikans	0,000	

Oddsratioen for samspelsvariablane i den nye modellen er under 1. Dette kan tolkast som at effekten av inntektsvariabelen er svakare i helsesystem 1 og 2, samanlikna med system 3, men variablane er langt frå statistisk signifikante. Av dei opphavlege variablane vert inntektsvariabelen signifikant på eit lågare nivå, elles er dei andre om lag uendra. Differansen i  $\Delta$ LL syner at samspelsvariablane ikkje bidreg til ei signifikant forbetring samanlikna med den førre modellen. Denne siste utvidinga tilfører dimed ikkje forskinga mi stort; ulikskapar mellom land i inntektseffekt på tillit må skuldast andre ting enn tilhøyrse til helsesystem.





## 4. RESULTAT OG DISKUSJON

I essayet "Going to Chicago" skriv Jon Elster (1989) mellom anna om farar han meiner truger samfunnsvitskapen. Éin av dei er faren for ein "triviell og mekanisk" vitskap:

Metodespørsmål og måleproblemer blir mål i seg selv; de samme datasett stokkes på stadig nye måter; man glemmer at konklusjonene ikke kan være mer pålitelige enn forutsetningene de hviler på; skillet mellom utredning og forskning utviskes" (Elster, 1989: 12).

Anten ein er samd med skildringane til Elster eller ikkje: Behovet for ein brei diskusjon av føresetnadane til og konsekvensane av statistiske analysar er nødvendig for å løfte ei oppgåve som denne over det reint sosiometriske.

I dette kapitlet er eg difor ute etter å finne mogelege forhold som kan ha verka inn på resultatata, og eg vil diskutere årsaker og konsekvensar av dei i eit større perspektiv. Den følgjande seksjonen er refleksjonar over korleis metoden og datamaterialet eg har nytta, kan ha ein effekt på resultatet og den vidare tolkinga av dette. Bakom alle tal i ein statistisk modell ligg det føresetnader og atterhald som reflekterer vala forskaren har teke i arbeidet. Eit mål med diskusjon av metode og data vert då å gjere desse vala synlege. Slik vert forskinga meir påliteleg og valid, samstundes som eg får fram korleis metodiske val set føringar for den seinare diskusjonen av resultatata. I det andre delkapitlet presenterer eg resultatata og gjer enkelte utrekningar frå den statistiske analysen. Denne seksjonen er meir teknisk, utan refleksjonar over årsak og verknad, og han har som føremål å vere ein basis for den vidare diskusjonen.

Det tredje og siste delkapitlet er eit diskusjonskapittel. Her koplar eg resultatata frå analysen opp mot den gjennomgatte litteraturen frå teorikapitlet og forventingane frå tidlegare forskning med eit mål om å kunne peike på større samanhengar i datamaterialet enn det som går fram av modellane.

### 4.1 METODEREFLEKSJONAR

Grovt sett kan me dele vitskapsteori inn i to grunnsyn: teorien om samanfall og teorien om samheng (Aase & Fossåskaret, 2007). Det meste av kvantitativ samfunnsvitskapleg forskning plasserer seg innanfor den første retninga; ho føreset at det finst ei ytre røynd som vitskaplege

hypotesar og modellar i større eller mindre grad kan samanfalle med: ”Vi tester altså aldri om modellen vår beskriver virkeligheten, vi ser som [sic] virkeligheten der ute passer inn i modellen vår” (Hovland, 2012: 339). Eitt av måla med vitskaplege analysar vert då at funna bør kunne generaliserast ut over utvalet i analysen. Residualane, dei delane av røynda som modellen ikkje dekker, bør vere så små som mogeleg – noko som vert operasjonalisert gjennom t-testen i regresjonsanalysen. Samstundes bør ikkje eit høgt statistisk signifikansnivå vere målet for forskinga; me bør velje metode ut i frå kva som best kan svare på problemstilling og hypotesar, og me må i tillegg vere medvitne om at det er modellen me testar for statistisk signifikans, ikkje om hypotesane våre er sanne eller usanne (Hovland, 2012: 338). Generaliserbarheit stiller vidare strenge krav til validitet og reliabilitet, altså om instrumenta me nyttar faktisk måler det dei skal måle, og om resultatata vert dei same viss målinga vert gjenteke under dei same forholda (Ringdal, 2007: 469ff). Refleksjonane kring metode, datamateriale og resultat har mellom anna som føremål å svare på dette.

Når eg nyttar data frå fleire nivå, bør eg vere observant på såkalla feilslutningar basert på økologiske effektar. Dette vil grovt sett seie å dra konklusjonar om ein direkte effekt av kontekstuelle faktorar når desse berre har ein indirekte innverknad. Blakely og Woodward (2000: 367) skriv om tre variantar av økologiske effektar: ein *direkte* kryssnivåeffekt, som i mitt tilfelle vil seie at å bu i eit bestemt land direkte påverkar tilliten til helsevesenet; ein *modifisert* kryssnivåeffekt, at forhold i landet modifiserer effekten av økonomiske ressursar på tilliten; og ein *indirekte* kryssnivåeffekt, at å bu i eit land påverkar sannsynet for å ha gode økonomiske ressursar, som vidare påverkar tilliten til helsesystemet. Dei skriv vidare om korleis det i sosialepidemiologisk forskning er spesielt viktig å unngå desse feilslutningane, og dei avsluttar med å liste opp ei rekke feilkjelder.

Gjennomgåande kontroll av intraklassekorrelasjonen er éin av strategiane mine for å unngå slike feilslutningar. Ein annan er rekkefølgja på innføringa av variablar; eg har først køyrd null- og nivå 1-modellar før eg har kontrollert for kontekstuelle effektar. Gjennom å utvide modellen i denne rekkefølgja fangar eg opp eventuell varians som kan skuldast ulik samansetting av dei individuelle variablane internt i landa. Til dømes kan tillit til helsevesenet variere mellom land fordi det gjennomsnittlege utdanningsnivået til innbyggjarane varierer heller enn fordi helseinstitusjonane er ulikt bygde opp.

Eg vil også nemne at den avhengige variabelen her er ein haldningsvariabel. Å plassere han i ei kausalrekke mellom kontekstuelle og individuelle faktorar er ikkje like enkelt, eller like føremålstenleg, som i anna sosialepidemiologisk forskning. Blakely og Woodward (2000) nyttar døme med effektane av nabolag og røyking på dårleg helse som variablar, og her er det tydelegare at kausaliteten spelar ei større rolle. Trass i desse forholdsreglane meiner eg det framleis er grunn til å vere varsam i tolkingane av økologiske effektar på den individuelle, avhengige variabelen.

Ein diskusjon av utveljingsprosessen på analysenivå to – landnivået – er også høveleg i denne seksjonen. Når eg selektivt vel ut dei landa eg vil ha med i analysen, av grunnar eg gjer greie for under, bryt eg med det statistiske kriteriet om uavhengige observasjonar. Eg risikerer dimed ein økologisk feilslutning; respondentane kan vere påverka av spesifikke forhold i heimlanda sine. Ved ordinære regresjonsanalysar kan dette føre til feilaktige berekningar av standardfeilen og vidare til feilslutningar om signifikante samanhengar. Dette problemet imøtegår eg ved å nytte fleirnivåanalyse, då denne metoden korrigerer for statistisk avhengnad i datamaterialet (Strabac, 2012: 206). Fleirnivåanalyse er dimed valt ut frå både metodisk og tematisk argumentasjon.

Når eg kodar og organiserer datamaterialet på både individ- og kontekstnivå er eg interessert i kva som kan ha ein positiv effekt på tilliten til helsevesenet. I tilfelle der den uavhengige variabelen er dummykoda, vel eg difor kategorien som ut frå tidlegare forskning truleg har sterkast positiv innverknad som referansekategori. Av same grunn kunne eg vald å ”spisse” enkelte av kategoriane mine for å få tydelegare fram effektane av å tilhøyre ein høgare klasse eller utdanningsgruppe. Førebuande undersøkingar synte meg at tilliten til helsevesenet var rimeleg jamt fordelt på dei uavhengige variablane, og eg avgjorde difor at ei spissing ikkje var føremålstenleg. Konsekvensane for resultatata kan då verte svakare synlege effektar, men med meir nøkterne tolkingar.

Eit anna metodisk val som kan verte avgjerande for resultatet og dei følgjande tolkingane, handlar om vekting av datamaterialet. Vekting justerer innverknaden til enkelte respondentar på heile modellen og er ein vanleg operasjon i forskingsartiklar der fleire land vert samanlikna (Eikemo, 2012: 57). Programvaren STATA tillet diverre ikkje kombinasjon av vekting og fleirnivåmodellar med ”random slope” og kryssnivåinteraksjon. Dei sistnemnde faktorane finn

eg så viktig for oppgåva i heilskap at eg vel å ikkje vekte datamaterialet. Dette inneber ein mogeleg overrepresentasjon i analysen, noko eg må ta omsyn til i tolkinga.

### ***Avhengig variabel: Tillit til helsevesenet***

Den avhengige variabelen, tillit til helsevesenet, er opphavleg ein ordinal variabel, delt inn i fire kategoriar. Sett frå respondentens perspektiv kan ei slik kategorisk rangering verte noko uhandgripeleg. Samstundes er også denne variabelen i sin originalversjon metodisk utenleg; fire kategoriar er for få til å kunne gjennomføre ein regresjonsanalyse med minste kvadrats metode. Eg vel difor å tolke denne rangeringa som uttrykk for ein ibuande tillit eller mistillit til helsevesenet. Det er dimed av omsyn til både validitet og metode at eg dikotomiserer den avhengige variabelen. At eg vel å splitte han på midten, får sjølvstakt noko å seie for resultata av den vidare analysen, men eg meiner det er intuitivt å tolke kategoriane ”not very much” og ”none at all” som at tilliten til helsesystemet manglar.

### ***Uavhengige variablar på individnivå***

Til kvar enkelt variabel er det knytt fleire problemstillingar relatert til validitet og reliabilitet. Enkelte av dei er handsama av dei ansvarlege bak spørjeundersøkinga; standardiseringa av utdanning og klasse sørgjer for at eg får eit teorifundert mål på klasse som let seg samanlikne mellom land, om enn på kostnad av lokal variasjon. Dei demografiske variablane for kjønn og alder har få problem hefta ved seg, medan andre krev grundigare diskusjon.

Effekten av økonomiske ressursar på helsetillit er ein viktig del av analysen. Trass i at det meste av den tidlegare forskinga på feltet også har økonomi som ein forklaringsvariabel, er det lite semje å spore i korleis ein som forskar best skal måle desse ressursane. ”Reine” mål på inntekt har vorte nytta, det same har variablar der respondenten skal vurdere kor godt hushaldet klarar seg med den faste, samla inntekta. Eg vel å lage ein inntektsskala som tek høgde for både den faktiske inntekta og for storleiken på hushaldet, målt opp mot ein standardisert OECD-skala. Denne meiner eg skal fange opp relativt nøyaktig kor store økonomiske ressursar den enkelte respondenten har, samstundes som samanlikning mellom land er mogeleg.

Under arbeidet med inntektsvariabelen støtte eg på ei utfordring som eg skildrar i det følgjande. EVS gjev informasjon om storleiken på respondentens hushald gjennom variablane v323, v324a, v324b, v325a, v325b, v326a, v326b, v327a, v327b, v328a og v328b. Der vert

respondenten først spurd om han har høvesvis partner, born, foreldre, besteforeldre, andre slektningar eller ikkje-slektningar buande med seg i hushaldet (v323 og variablane med a-suffiks). Deretter vert respondenten, viss han har svara ”ja” på a-spørsmåla, bedd om å svare kor mange av dei respektive medlemmane som bur i hushaldet (variablane med b-suffiks). Dersom respondenten har svara ”nei” på a-spørsmåla, vert svaret på b-spørsmåla sett til ”not applicable” – prosentdelen av det totale utvalet som har verdiane for ”no” og ”not applicable” er om lag dei same. Desse variablane nyttar eg til å kalkulere storleiken på hushaldet, ved å kode verdien for ”not applicable” til verdien 0. Men i enkelte land, særskild Sverige, har store delar av utvalet verdien for ”no answer” på b-spørsmåla. Eg tolkar dette som at denne delen også har svara ”no” på a-spørsmåla, men at det har vore inkonsekvens i rettleiinga for det følgjande spørsmålet. Eg kodar difor også verdien for ”no answer” til 0. Variablane for hushald og inntekt får samanlagt ein del manglande verdiar, og storleiken på utvalet går ned på grunn av dette.

Ein annan føresetnad eg set for inntektsvariabelen, er at han har ein lineær effekt på den avhengige variabelen. Tidlegare forskning nyttar variablar som undersøker for kurvelinearitet mellom inntekt og vurdering av helsetenester, mellom anna nyttar Gelissen (2002) inntektskvartilar. Eg har i forstudie til analysen undersøkt for eit alternativ til lineær effekt gjennom betinga effekt-plot, kvartilar og korrelasjonsmål. Ingen av funna derifrå tyder på at samanhengen mellom inntekt og tillit er kurvelineær.

Vurdering til respondentane av eiga helse kan tenkast å vere sårbar for hyppige endringar, i tillegg til å vere vanskeleg å vurdere nøyaktig. Ei dikotomisering av helsevariabelen går den siste utfordringa i møte. Som for den avhengige variabelen føreset eg at respondentane si kategorisering av eiga helse er eit uttrykk for ei meir grunnleggande, binær vurdering av eiga helse – respondenten er frisk eller sjuk, i god eller dårleg form. Reliabiliteten til variabelen, at det faktisk er helsa til respondenten han måler, meiner eg at langt på veg vert stadfesta av det store omfanget av forskning som nyttar eigenvurdering av helse som avhengig variabel (sjå mellom anna Eikemo et al. [2008]).

Ein utdanningsvariabel skal etter mitt syn ideelt tilfredsstillende to krav: Han skal kunne samanliknast mellom landa, altså bør kvar kategori tyde det same innanfor dei ulike landas utdanningssystem, og for analytisk anvendeleghet bør han vere på intervall- eller forholdstalsnivå. Ein variabel som målte år med utdanning åleine, hadde vore ideelt, men EVS inneheld ikkje dette. Difor meiner eg at ein OECD-standardisert, dummykoda variabel er det

beste alternativet. Denne kodinga kan dessutan fange opp eit eventuelt kurvelineært forhold mellom tillit og utdanning. Konsekvensane av å nytte dummykoding er mellom anna at effekten til den enkelte uavhengige variabelen på den avhengige ikkje står fram like tydeleg. Men sidan eg nyttar logistisk regresjon er uansett tolkinga av effekt mindre intuitiv; auka x-verdiar kan ikkje overførast direkte til auka y-verdiar.

Klassevariabelen bør også vere samanliknbar på tvers av utvalet, uavhengig av klassestrukturen i dei enkelte landa. Når eg også kodar variabelen om til tre kategoriar, fører det til ein viss grad av forenkling og generalisering; dei enkelte klassekategoriane kan omfatte respondentar med sær ulike økonomiske og sosiale ressursar. I tillegg kan me tenke oss at strukturane i postindustrielle samfunn ikkje stemmer heilt overeins med den hierarkiske innordninga som klassevariabelen opphavleg legg opp til, noko som kan gå ut over validiteten til klassevariabelen.

### *Uavhengige variablar på kontekstnivå*

Eg nyttar som nemnd helsesystema til Wendt (2009), og eg nyttar også dei same landa som Wendt konstruerer systema ut i frå. Argumentet for å gjere dette er at utvalet av land er underordna føremålet med oppgåva: Eg skal ikkje kartlegge europeiske lands fordeling i ulike helsesystem mest mogeleg nøyaktig, eg skal undersøke korleis institusjonelle mønstre kan påverke individuell tillit, og kva konsekvensane av dette kan verte. Helsesystema vert såleis middel heller enn mål – i tråd med diskusjonen i teorikapitlet. Risikoar ved å nytte slike førehandsdefinerte kategoriar er at dei kan vere unøyaktige og dimed dekke over interne skilnader og eksterne likskapar. Ved å inkludere THU, OHU og UAL i tillegg til helsesystemvariablane kan eg undersøke om enkelte aspekt ved helsesystema har sterkare effekt enn andre og vidare kor gode dei er som forklaringsvariablar. Verdiane på desse variablane er kjenneteikna av låg spreining og høge absolutte tal. Dette får innverknad på modellutviklinga: Skilnadane og korrelasjonane må vere sær store for at variablane skal få ein effekt.

## **4.2 RESULTAT**

Når eg skal oppsummere og vidare diskutere dei resterande resultata, går eg frå individuelle faktorar til kontekstuelle. Kristoffer Vestnes (2013) tolkar resultata frå ei liknande regresjonsanalyse gjennom omgrepa mikro-makro og intern-ekstern. Det førstnemnde

omgrepsparet tilsvarar skiljet mellom individuell og kontekstuell. Det sistnemnde skil mellom personlege erfaringar med helsevesenet og sosiodemografi på individnivå. På kontekstnivå er karakteristika ved helsevesenet rekna som internt, medan brutto nasjonalprodukt og forventade levealder er rekna som eksternt.

Eg nyttar ikkje dette skiljet mellom interne og eksterne faktorar av to grunnar. For det første inneheld ikkje EVS variablar som måler individuelle, interne faktorar, og eg har følgjeleg ikkje inkludert dette i modellane. For det andre er effekten av interne og eksterne faktorar vanskelegare å skilje på kontekstuell nivå – noko Vestnes (2013: 59) også nemner – til dømes kan helsevesenet som sjølvstendig variabel ha både ein ekstern og intern effekt. Vidare presenterer eg resultatane frå individ- og kontekstperspektiv, variabel for variabel, fritt for diskusjonar om årsak og verknad. Med dette grepet vinn eg oversikt, kan hende på kostnad av prioritet. Enkelte resultat har vore viktigare for diskusjonen enn andre, noko som kanskje ikkje kjem fram av strukturen i resultatpresentasjonen, men ei slik prioritering vert heller reflektert i den seinare diskusjonsdelen.

### ***Kjønn***

Kvinnelege respondentar har signifikant lågare odds for tillit til helsevesenet enn mannlige. Oddsratioen er estimert til 0,812 i den siste modellen (Tabell 9), med eit 95 % konfidensintervall mellom 0,751 og 0,878. Dette vil seie at kvinner har 18,8 % [ $100(OR - 1) = 100(0,812 - 1) = -18,8$ ] lågare odds for tillit til helsevesenet enn menn.

### ***Alder***

For den tredelte aldersvariabelen har alderskategorien i midten (20-64) signifikant negativ effekt på tilliten til helsevesenet samanlikna med den høgaste alderskategorien. Oddsratio-estimatet er 0,593 i alle modellane, noko som tyder at respondentar mellom 20 og 64 har 40,7 % [ $100(0,593 - 1) = -40,7$ ] lågare odds for tillit til helsevesenet enn respondentar over 64.

### ***Inntekt***

Når eg nyttar verdiar frå den siste modellen, finn eg at oddsen for å ha tillit til helsevesenet aukar med 0,7 % [ $100(OR - 1) = 100(1,007 - 1) = 0,7$ ] for kvart steg ein tek på ekvivalensskalaen for



inntekt. Ekvivalensskalaen er som nemnt inntekt justert etter talet på personar i hushaldet. Kva tyder eit steg på denne skalaen? Eg forklarar gjennom to predikerte døme på inntektsskilnader.

Første døme: To tenkte respondentar høyrer begge til hushald med to vaksne og to born, altså har dei verdien 2,1 på hushaldsskalaen. Respondent 1 har ei hushaldsinntekt mellom 120 og 230 € i veka, dette vil seie verdien 15 på den reine inntektsvariabelen. Respondent 2 har ei inntekt mellom 230 og 350 €, dette vil seie verdien 25. Respondentane ligg då 4,76 steg frå kvarandre på ekvivalensskalaen [ $25/2,1 - 15/2,1 = 4,76$ ]. Respondent 2 har då 3,38 % høgare odds for å ha tillit til helsesystemet [ $100(1,007^{4,76} - 1) = 3,38$ ].

Andre døme: To respondentar har begge ei hushaldsinntekt mellom 690 og 1150 €, det vil seie der verdien 75 på den reine inntektsskalaen. Respondent 3 høyrer til i eit hushald med totalt to vaksne og tre born, då har han verdien 2,4 på hushaldsskalaen. Respondent 4 høyrer til i eit hushald med to vaksne og fire born, og har då verdien 2,7 på hushaldsskalaen. Desse respondentane ligg 3,47 steg frå kvarandre på skalaen [ $75/2,4 - 75/2,7$ ]. Respondenten 3, med minst familie, har då 2,45 % høgare odds for å ha tillit til helsesystemet [ $100(1,007^{3,47} - 1) = 2,45$ ].

### ***Helsestatus***

I den siste modellen, der eg let effekten av inntekt variere mellom land og kontrollerer for ein samspelseffekt mellom hushaldsinntekt og helsesystem, ligg oddsratioverdien til helsestatus i eit 95 % konfidensintervall mellom 1,298 og 1,549. Ein respondent med god helse har då innanfor dette intervallet mellom 29,8 % og 54,9 % høgare odds for tillit til helsevesenet enn ein respondent med dårleg helse.

### ***Utdanning***

Mellom dei ulike modellane ligg konfidensintervalla for vidaregåande utdanning-variabelen mellom 0,768 og 0,952. Då har ein respondent med vidaregåande som høgaste fullførte utdanning mellom 23,2 % og 4,8 % høgare odds for å ha tillit til helsevesenet enn ein respondent med fullført høgare utdanning. Låg utdanning, med grunnskule som høgaste fullførte utdanning, hadde ikkje ein signifikant effekt på tilliten.

### ***Klasse***

Klassevariablene har ikkje signifikante effektar på tilliten til helsevesenet. I alle modellane spanner konfidensintervallet for både klasseløyse og lågklasse seg over og under 1, og eg kan dimed ikkje seie noko om retninga på effekten.

### ***Helsesystem***

Verken før eller etter innføringa av helsefinansiering og samspelsvariablene har helsesystem 1 eller 2 eintydig positiv eller negativ effekt på tilliten til helsevesenet samanlikna med helsesystem 3. Estimata for tilhørsel i system 1 har i dei første modellane ein positiv effekt, før dei vert negative i dei to siste modellane. Estimata for tilhørsel i system 2 syner negative effektar i alle modellane. Men konfidensintervalla er store; for begge helsesystemvariablene strekk dei seg over og under 1. Resultata syner dimed at effekten er for svak til at me kan snakke om ein tydeleg samanheng mellom helsesystem og tillit til helsevesenet.

### ***Helsefinansiering***

Effekten av dei tre variablene som måler finansieringa av helsevesenet, er sær ssvak. Signifikansnivåa ligg godt under 90 %. I den siste modellen går det største konfidensintervallet, det til UAL, frå 0,985 til 1,019, noko som tyder at oddsen anten aukar eller minkar med ca 2 % med éin prosent auke av UAL. Med andre ord ser me ingen eintydige effektar, og innanfor eit 95 % konfidensintervall er det ikkje mogeleg å seie om ei auke i THU, OHU eller UAL har positiv eller negativ effekt på tilliten til helsevesenet.

### ***Modellutvikling***

Signifikansen av LR-testen syner at alle modellane er signifikante forbetringar av nullmodellen. Endringane i -2LL mellom modellane, lest opp mot ein tabell over fordelinga av kjikvadratet, syner at utvidingane er signifikante i varierende grad. Inkluderinga av variablar på individnivå er ei statistisk signifikant forbetring, medan helsesystem- og helsefinansieringsvariablene ikkje er det. Når eg let inntektseffekten variere mellom land, er dette ein signifikant forbetring av den førre modellen med nivå 2-variablar, men inkluderinga av samspelsvariablar for å kontrollere for kryssnivåinteraksjon er ikkje statistisk signifikant. I dei siste modellane er 15,7 % av variansen

på kontekstnivå, som er ein nedgang på 1,9 % frå den første modellen med berre nivå 1-variablar.

### **4.3 DISKUSJON**

I dette avsluttande diskusjonskapitlet går eg gjennom resultatane frå analysen. Eg diskuterer kva som kan vere årsaker til dei ulike effektane og korleis dei bryt med eller følgjer forventingane og hypotesane frå teorikapitlet. Desse byggjer på tidlegare forskning der innverknad på tilfredsheit med det offentleg finansierte helsevesenet oftast er ein del av problemstillinga. Denne oppgåva er truleg mellom dei første til å nytte EVS' mål på tillit til helsesystemet som avhengig variabel. Tilfredsheit og tillit er tett knytt saman, men er det ikkje også noko som skil dei to omgrepa? Eg har gjennom oppgåva argumentert for at tillit har ei særstilling i moderne samfunn, både teoretisk og analytisk. Tillit til helsevesenet indikerer både kvaliteten på sjølve helsetenestene og kor godt staten løyser arbeidsdelinga i helsesektoren. Årsakene til ulikskapar i tillit kan difor ha større samfunnsmessige konsekvensar, og dei skal eg også diskutere i dette kapitlet. Merk her at eg ikkje nyttar den snevre, statistiske definisjonen av omgrepet ”årsak”. Eg er heller ute etter å reflektere over samanhengar som ikkje nødvendigvis let seg bevise gjennom statistiske modellar av datamaterialet.

Av dei same grunnane som over strukturerer eg diskusjonen etter variablane, men med unnatak: Til sist i dette kapitlet ser eg nærare på tre funn som eg finn spesielt interessante. Desse funna får ein djupare diskusjon enn dei eg går gjennom først. Eg vigde mykje plass til å drøfte velferds- og helsetypologiar i teorikapitlet, difor vil eg diskutere forklaringar på den svake effekten av desse i modellane. Den sterke effekten av eigenvurdert helse og den varierende effekten av hushaldsinntekt har eg nytta mindre plass på i teorikapitlet, men dei vakte merksemda mi då eg påviste dei empirisk i modellane. Eg les også desse resultatane opp mot den klassiske samfunnsteorien og diskuterer tilhøyrande større tema: samanhengen mellom ulikskapar i tillit og solidaritet, arbeidsdeling og demokratisk medborgarskap.

#### ***Kjønn og alder***

Dei sosiodemografiske variablane for kjønn og alder har begge ein effekt på tilliten. Kvinner har lågare odds for å ha tillit til helsevesenet enn menn. I tidlegare studie der det motsette var tilfellet, vert resultatet forklart med at kvinner har større sannsyn for kontakt med helsevesenet

og ei sterkare omsorgkjensle. Sidan modellen kontrollerer for andre individuelle faktorar som utdanning og klasse, meiner eg at effekten av kjønn må forklarast med ulikt kontaktmønster med helsevesenet for menn og kvinner. Når det gjeld alder, syner resultata at respondentar i alderskategorien i midten, altså i ”arbeidsaktiv” alder 20-64 år, har lågare odds for å ha tillit til helsevesenet enn dei i aldersgruppa 64 til 108. Tilhøyrse i den lågaste aldersgruppa har ikkje ein signifikant effekt på tilliten, men denne gruppa tel berre 2,7 % av alle respondentane; skilnadane må då vere sær store for å få ein sterk effekt. For aldersvariabelen kan forklaringa om kontakt med helsevesenet vere gyldig, og eg påstår at sannsynet stort for at respondentane i den eldste aldersgruppa har hatt fleire vellukka møte med helsevesenet enn respondentane mellom 20 og 64 år.

### ***Inntekt***

Inntekt har ein signifikant positiv effekt på tillit til helsevesenet, i likskap med hos Wendt et al. (2011) og Gelissen (2002). Hypotese 3 kan eg difor ikkje avkrefte. Ut frå analysen er det vanskeleg å seie om inntekta påverkar tilliten direkte, eller om ho verkar inn på andre faktorar. Til dømes er det tenkeleg at ein generelt høg livskvalitet, som resultat av ein trygg økonomisk situasjon, kan føre til auka tillit til helsevesenet. Eg vel å tru at slike effektar uansett er vanskeleg å isolere fullstendig – effekten av inntekt er nok ei blanding av fleire faktorar.

Uansett finn eg inntektsskilnader mest interessant på eit strukturelt plan: Europeiske helsevesen har institusjonelle trekk som genererer meir tillit frå borgarar med høg inntekt. I eit systemfunksjonalistisk perspektiv kan eg tolke dette funnet som at økonomiske kodar får gjelde i helsevesenet, og den funksjonelle differensieringa er dimed ikkje ideell. Økonomiske ulikskapar i tillit kan også tyde på at helsevesena i gjennomsnitt ikkje er kjenneteikna av den organiske solidariteten til Durkheim. For å finne mønster i denne effekten av økonomiske ressursar let eg inntekta variere mellom landa i analysen, og eg undersøker for kryssnivåinteraksjon mellom helsesystem og inntekt. Resultata syner at effekten av inntekt på tillit varierer signifikant mellom land, men at dette skuldast andre kontekstuelle faktorar enn helsesystem. I kapittelet under overskrifte ”Særskilde funn” diskuterer eg nivå 2-variasjonen av inntektseffekt.

## *Utdanning*

Sidan vidaregåande utdanning verkar negativt inn på tilliten til helsevesenet samanlikna med høgare utdanning, medan grunnskuleutdanning er utan effekt, kan me sjå konturane av ein kurvelineær samanheng; kategorien i midten skil seg ut i retning og styrke. I teorikapitlet skisserer eg opp to årsaker til ulikskapar i utdanningseffekten: Utdanning kan vere ein stratifiseringsmekanisme som plasserer respondentar i visse sosiale lag med visse haldningar til offentlege institusjonar, og utdanning kan generere kunnskap som vidare påverkar haldningar. Også her er det endelege estimatet truleg ein kombinasjon av fleire faktorar.

Viss me set desse to forklaringane i samband med resultatet frå analysen, finn eg ingen av dei direkte passande for kurvelineariteten som empirien indikerer. Ei tolking vert at sidan dei med eit mellomnivå av utdanning har minst sannsyn for å ha tillit til helsevesenet, har denne sosiale gruppa andre verdiar enn dei helsevesenet er bygd på, eller forventingar til resultat som ikkje helsevesenet kan produsere. Ei tilsvarende tolking frå eit kunnskapsperspektiv er at den vidaregåande utdanninga gjev nok kunnskap til å vere kritisk og ha mistillit til helsevesenets innebygde verdiar og produserte resultat – samanlikna med grunnskuleutdanning – medan høgare utdanna respondentar har ei anna forståing for avgrensingane til eit offentleg helsevesen og er difor mindre kritisk.

## *Klasse*

Eit argument for at sosial klasse skal påverke tilliten til helsevesenet følgjer i spora til teoriene om velferdsstatar og helsevesen som (re)produsentar av sosial stratifisering: Viss helsevesenet gjer borgarar avhengig av marknaden eller reproduserer sosiale skilnader, har dei lågare klassane lite tillit til det. Verken variablane for klasseløyse eller låg klasse hadde signifikant effekt på tilliten til helsevesenet samanlikna med variabelen for høg klasse. Ei forklaring kan vere at inntekt og utdanning truleg er meir verksame stratifiseringsmekanismer enn klasse i moderne samfunn. Kategoriseringa av variabelen speglar såleis ikkje ei reell lagdeling av samfunnet, og effekten vert svakare.

Ei anna forklaring finn me viss me set resultatata i samanheng med maktressursteorien til Esping-Andersen (1990). Teorien seier at effekten av klasse på tillit er avhengig av oppbygningen av helsevesenet – klassane som ordningane er retta mot, vurderer helsevesenet som positivt. Altså kan ulike klassar ha tillit til helsevesenet innanfor dei ulike systema; spesielt kan

vurderingane til låg- og høgklassen variere. Det vil seie at retninga på effekten av klasse er avhengig av helsesystemet respondenten høyrer til. I modellen kontrollerer eg for både klasse og helsesystem, men eg har ikkje med nokon samspelsvariabel mellom desse to. Dei positive og negative effektane av klassevariablane kan difor utlikne kvarandre, noko som kan forklare at klassevariablane ikkje har ein statistisk signifikant effekt.

Ei tredje forklaring kan me finne i teoriane til T.H. Marshall. Dei dreier seg spesifikt om forholdet mellom sosiale klassar og velferd, og han hevdar at sosiale rettar uavhengig av klasse kjenneteiknar dei moderne velferdsstatane som vaks fram i andre halvleik av det tjuande hundreåret. Viss me går ut frå at landa i analysen er demokratiske velferdsstatar, kan teorien om det fullverdige, tredelte demokratiske medborgarskapet forklare kvifor sosial klasse ikkje har nokon effekt i modellane.

### ***Individuelle variablar og innverknad på modellen***

Prosentdelen varians på landnivå aukar frå nullmodellen til den første modellen med individuelle variablar. Denne auka kan tyde på at landa har ulik fordeling på individnivåvariablane. Som nemnd under metoderefleksjonar kan dette potensielt føre til feilslutningar, og rekkefølgja på innføringa av variablar skal forsikre mot dette. Oddsratioverdien til dei individuelle variablane endrar seg ikkje stort i verken retning eller styrke som følgje av at eg legg kontekstuelle variablar til modellen. Eg tolkar då at effektane av dei individuelle variablane ikkje er ein konsekvens av ulike kontekstar. Sidan me ikkje kan tolke variansen i logistisk regresjon på same måte som i OLS-regresjon, vel eg å fokusere på endringa i -2LL. Denne syner at utvidinga frå nullmodellen, med variablar på individnivå, naturleg nok er statistisk signifikant.

Sidan eg ikkje vektar modellane, risikerer eg overrepresentasjon frå visse regionar, hushald eller andre samfunnssegment i modellane. Når eg ser på gjennomsnittstal for heile utvalet, vert alle respondentar tillagt den same vekta – sjølv om fordelinga er ei annan i røynda enn i modellen. Slike utslag på individnivå vert av Eikemo (2012: 56) skildra som ”beskjedne”. Min metode for å takle eventuelle skeivskapar er ei romsleg tolking av estimata, der konfidensintervalla er ein viktig del av tolkingsmaterialet.

### ***Kontekstuelle variablar: THU, OHU og UAL***

I mykje av den tidlegare forskinga har minst ein av finansieringsvariablane THU, OHU eller UAL signifikant effekt, men dette er ikkje tilfelle her. Hypotese 2, knytt til kontekstuelle faktorar, må eg difor avkrefte. Resultata syner ingen samanheng mellom tillit til helsevesenet og offentleg finansiering av helsetenester. Eg innfører helsesystem- og finansieringsvariablane kvar for seg og saman, utan signifikante effektar. Måla for finansiering var forventa å påverke tilliten fordi dei syner korleis den økonomiske risikoen ved helse er fordelt mellom stat og borgar. Når effekten er svak, kan me tolke det som at risikofordelinga er dårleg dekt av variablane. Esping-Andersen (1990: 19) åttvarar mot å nytte tal på finansiering og utgifter åleine i vurderinga av velferdsstatar, dei er meir biprodukt enn katalysatorar: "Expenditures are epiphenomenal to the theoretical substance of welfare states". Han meiner kvalitative og kvantitative kjenneteikn ved spesifikke ordningar er meir nyttige i distingverings- og samanlikningsarbeid: "It is difficult to imagine that anyone struggled for spending *per se*" (Esping-Andersen, 1990: 21). Dette kan også forklare den manglande effekten av finansieringsvariablane. Den overordna tilliten til helsevesenet vert ikkje påverka av endringar i finansiering – desse er berre symptom på andre skilnader. Variansen som ligg på landnivå, syner at kontekstuelle faktorar spelar inn på skilnader i tillit, men risikofordelinga mellom stat og borgar vert ikkje forklart av skilnader i helsefinansiering i denne analysen.

Eit anna argument for å ha med finansieringsvariablane var for å undersøke om enkelte aspekt ved helsesystema hadde sterkare effekt enn andre. Helsesystema til Wendt er, i tråd med Esping-Andersen (1990), resultatet av ei rekke kvalitative og kvantitative faktorar. Ved å kontrollere for finansiering i tillegg til helsesystem finn eg ut om finansiering utgjer ein særleg stor del av systemklassifiseringa. Forklaringskrafta til helsesystemvariablane søkk ved innføringa av finansieringsvariablane, men effekten er ikkje sterk nok til at eg kan trekke andre slutningar enn at ulikskapar i finansiering utgjer ein del av oppdelinga i helsesystem. Grunnen kan også vere av teknisk art: Kjenneteikn ved finansieringsvariablane krev som nemnt store skilnader for å få signifikante effektar. Å dividere THU, OHU og UAL med 10, 100 eller 1000 kunne vere ein måte å få fram sterkare effektar i modellen på. Dette gjer eg også i ein alternativ modell som ikkje kom med i oppgåva, utan at estimata endrar seg stort eller at modellen vert signifikant forbetra. Det er då heller truleg at den låge spreinga har ein større innverknad på estimatet. Eg

let difor verdiane for helsefinansiering vere i si opphavlege form, i tråd med modellar frå tidlegare forskning.

Variansfordelinga på kontekstnivå går ned med utvidingane av modellen. Dette tyder på at dei kontekstuelle variablane har hatt ein viss effekt på forklaringskrafta til modellen, men effekten for kvar enkelt variabel er for svak til å vere statistisk signifikant. Sidan den avhengige variabelen er ein haldningsvariabel, finn eg det vanskeleg å vurdere nivåfordelinga av varians. Bakgrunnen for etableringa av haldningar er for kompleks til at eg kan meine noko om kor stor del av forklaringa som ”bør” liggje på individ- og landnivå. Eg konstaterer at modellen min syner at årsaker til variasjon i tillit til helsevesenet ligg på både kontekst- og individnivå, men at kontekstvariablane i modellen kvar for seg ikkje kan forklare denne variansen.

Dataa er ikkje vekta. På individnivå kan dette som nemnt føre til overrepresentasjon og skeivskapar i analysane. På landnivå nyttar ein ofte ei populasjonsvekt for å unngå at små land vert overrepresentert på kostnad av større. Dette gjer eg ikkje i denne oppgåva; eg behandlar alle landa i analysen som like store einingar. Tillit til helsesystemet er like viktig i eit lite land som i eit stort, og eit vekta utval kan føre til at store land definerer heile analysen.

### ***Særskilde funn***

Enkelte aspekt ved resultatata vil eg gje meir merksemd – dels fordi eg finn dei teoretisk interessante, dels fordi resultatata var overraskande. Først diskuterer eg ein kontekstuell faktor: den svake effekten av helsesystem.

I teorikapitlet vigde eg plass til drøfting av velferdsregime og helsesystem – og korleis desse har samband til vurderinga til borgarane av offentlege tenester. Mellom andre argumenterer Esping-Andersen for at ein utvida universalitet i velferdstilbodet vil generere solidaritet og oppslutnad. Dette var grunnen til formuleringa av hypotesane 1 og 5: Borgarar med tilhøyrse til helsesystem orientert rundt universell dekning og kontrollert tilgang (helsesystem 2) syner mest tillit til helsevesenet; og inntektsskilnadane i tillit til helsevesenet er sterkare i helsesystem 3. Resultata syner at eg kan avkrefte hypotese 1. Verken på 90 % eller 95 % signifikansnivå er det ein signifikant samanheng mellom tilhøyrse i system 2 og tillit til helsevesenet – og det same gjeld for helsesystem 1. Oddsratio-estimatet for helsesystem 1 endrar effekt frå positiv til negativ når eg let inntektsvariabelen variere mellom land og når eg innfører samspelsvariablar for helsesystem og inntekt. Dette kan tyde på at inntektsskilnader har ein



sterkare effekt i system 1-landa, men samstundes er effekten av helsesystem så svak i alle modellane at eg ikkje kan slå fast noko om samanhengar til verken tillit eller inntekt. Hypotese 5 må eg difor også avkrefte.

Kva kan denne svake effekten skuldast? Éi kjelde til svar kan vere sjølve helsesystema. For det første: Ved å nytte slike modellar står ein i fare for å ofre nøysemd på kostnad av oversikt. I konstrueringa av systema er det gjort mange små forenklingar, til dømes vert institusjonelle kjenneteikn summert opp i ein tilgangsreguleringsindeks med fire kategoriar. Slike forenklingar kan få konsekvensar for den endelege inndelinga. Sjølv om faktoranalysen til Wendt (2009) gav tre tydelege grupper, utan at *nøyaktig* tre grupper var målet, er analysen og grupperinga framleis avhengig av verdiane på indikatorane. Forskinga på typologiar er dessutan eit felt i rørsle, med stadige korrigeringar og nyvinningar. Samanfallinga med andre typologiar og konsistensen over tid er for meg indikasjonar på at Wendts (2009) helsesystem er dei som best fangar opp institusjonelle likskapar og skilnader mellom europeiske helsevesen. Når det er sagt, kan det hende at andre typologiar kan forklare variansen i tillit til helsevesenet betre. Beckfield et al. (2013) syner til fem sosiologiske retningar dei meiner er oversette i forskinga på helsesystem: relasjonar, kultur, postnasjonal teori, institusjonar og kausalmekanismar. Til dømes vil eit kultursosiologisk perspektiv inneber ei utforsking av kva som vert rekna som god og dårleg helse i ulike samfunn og kulturar og om ansvaret for folkehelsa ligg hos staten eller borgaren. Jamfør figur 2.1 kan ein her bygge ein typologi ut frå dei normative standardane. Ein slik kulturtypologi kan ta utgangspunkt i individuelle, kulturdefinerande verdispørsmål, til dømes haldningar til individualisme, sosialt hierarki og likestilling. Analyse har då som føremål å finne ut korleis dei normative standardane mellom kulturtypane verkar inn på vurderinga – og om dei eventuelt verkar saman med den institusjonelle oppbyggnaden.

For det andre: Når eg kontrollerer for individuelle faktorar, kan effekten av helsesystem på den avhengige variabelen vert svakare. Til dømes er det tidlegare synt til skilnader i vurderinga av eiga helse mellom system. Eventuelle ulikskapar i tillit mellom systema kan dimed verte fanga opp av ulikskapar i helse. Ei enkel korrelasjonsanalyse syner at sjølv om dette skulle vere tilfelle, er ikkje korrelasjonen mellom tillit og helsesystem spesielt sterk. I tillegg er føremålet med innføringa av helsesystem i modellen å kunne diskutere meir direkte effektar av helsesystem på tilliten.

For det tredje: Den opphavlege inndelinga var av dei såkalla EU15-landa. Eg har tidlegare argumentert for å nytte dei same landa som Wendt, men reint statistisk kan me tenke oss at eit større utval på analysenivå 2 kunne gjeve sterkare effekt. Også eit mindre, men meir arketyrisk utval kan verke inn på effekten av helsesystem. Wendt et al. (2009) konstruerte tre idealtypar av helsesystem, med det tyske (sivilsamfunnsbasert helsesystem), det amerikanske (privat helsesystem) og dei britiske og skandinaviske (statlege helsesystem) som det næraste ein kom empiriske døme på desse idealtypane. Gjennom ei samanlikning av berre desse landa kunne eg fått fram og diskutert kva for kjenneteikn ved idealtypane som genererer ulikskapar i tillit. Ei slik analyse ville vore sårbar for kritikk for generaliseringar; Esping-Andersen (1990: 17) vedgår sjølv at noko av typologiseringa hans er treft av merkelappen ”Swedocentrism” – eit overdrive fokus på å forklare utviklinga av den svenske velferdsstaten og byggje regimetytologien ut i frå det. Ei samanlikning av idealtypar ville vorte råka av den same kritikken.

Dei svake effektane av helsesystem kan eg også velje å sjå på som konkrete resultat heller enn mangel på dette. Eg har ovanfor drøfta korleis tillit har ein særstilling i helsevesenet. Tilliten gjer opp for ein asymmetri i informasjon og risiko. Manglar eller ulikskapar i tillit kan føre til potensielt helseskadelege prioriteringar frå eit økonomisk profittmotiv. Ulikskapar i organisering og finansiering av helsevesenet har ikkje ein sterk effekt på tilliten i analysen. Dette opnar for eit interessant spørsmål: Ligg tillitsskapande mekanismar inherent i institusjonane som utgjer helsesystema? Verdiane som offentlege institusjonar byggjer på, er dei som vert reflektert i opinionen. Når helsesystem ikkje verkar inn på tilliten, kan eg i eit kulturperspektiv tolke at tillit har vore ein grunnleggande verdi for europeiske helsevesen – på tvers av systeminndelinga. Det er variasjon i tillit på landnivå, men helsesystemkategoriar kan ikkje forklare dette; altså kan årsakene til variasjonane liggje i andre institusjonelle kjenneteikn enn måla på finansiering, tilgang og regulering som Wendt (2009) konstruerte helsesystema ut frå. Sidan denne systemterminologien er det beste tilgjengelege verktøyet for klassifisering av europeiske helsesystem, er det også eit sannsyn for at institusjonane som skapar variasjon i tilliten finst utanfor helsesektoren. Difor påstår eg at den manglande forklaringskrafta til Wendts systemterminologi tyder på at europeiske helseinstitusjonar genererer tillit.

Oppbygginga til velferdsstatar og helsevesen varierer som følge av kva mål staten vil nå og kva grupper han retter ordningane mot. Sidan tilliten ikkje varierer signifikant mellom systema, må dei ulike løysingane ha tilnærma lik effekt. På denne måten får arbeidsdelinga verke

i alle systema, og tilliten kan redusere kompleksiteten i helsevesena. Redusert kompleksitet er viktig for sentral kontroll, og sentral kontroll er viktig for at demokratisk fatta avgjerder skal verte sett i verk. Tilliten europeiske borgarar har til helsevesenet sitt, gjer såleis mogeleg at vurderingane deira får betydning.

Eg skildrar ovanfor korleis helsesystema har ekvivalente velferdsstatsregime og korleis velferdsstatsregima på ulike måtar produserer og reproduserer legitimitet og oppslutnad. Vidare kan me tenke oss at dei tre helsesystema har ulike mekanismar for å generere tillit, på same måte som Esping-Andersens (1990: 58) velferdsregime produserer ulike formar for ”social solidarity”. System 1, orientert kring tilstrekkeleg tilbod, kan generere tillit gjennom valfridomen til pasientane og behandlingsfridomen til legane. System 2, orientert kring universell dekning og kontrollert tilgang, kan generere tillit gjennom universaliteten og likskapen i tilbodet, med det offentlege som hovudtilbydar av helsetenester er det mindre risiko for at kodar frå økonomien får verke i helsesektoren. System 3, karakterisert av lite budsjett og strenge tilgangskriterium, kan generere tillit på same måte som liberale velferdsstatar får legitimitet: Offentlege helsetenester er reservert til dei mest trengjande. Det er dimed eit element av fortjeneste i logikken, og denne forståinga deler både borgar, stat og helsepersonell.

Eg formulerer også ei hypotese om at borgarar under helsesystem 3 syner dei største inntektsskilnadane i tillit, ei hypotese eg kan avkrefte. Dette kan eg tolke som at den felles forståinga av fortjenestelogikken er så sterk at effekten av inntekt på tillit ikkje er sterkare i helsesystem 3 enn i dei andre systema. Tillit og funksjonell differensiering er essensielt i den organiske solidariteten som vidare vert politisk realisert av det demokratiske medborgarskapet. Der T.H. Marshall argumenterer for sosiale rettar med stor grad av universalitet, har denne analysen synt at universelle helseordningar ikkje er ein ei absolutt nødvendighet for tillit, funksjonell differensiering og organisk solidaritet; det demokratiske medborgarskapet er dimed levedyktig innanfor fleire helsesystem.

På individnivå skil eigenvurdert helse seg ut med ein sterk, positiv og signifikant effekt på tilliten til helsevesenet. Hypotese 4 vert difor ikkje avkrefte. Eg forventar retninga av effekten, men ikkje styrken; oversiktsrapporten til Crow et al. (2002: 41ff) syner at effekten av helsestatus er meir eintydig enn sosioøkonomiske faktorar. Som føreslått i teorikapitlet er ei tolking av desse resultatata at personar med dårleg helse har dårlege erfaringar med helsevesenet – dei har ikkje vorte friske. Ei tilsvarande motsett tolking er at personar med god helse har gode erfaringar med

helsevesenet og at dette vidare påverkar tilliten. Begge tolkingane høver godt med eit systemfunksjonalistisk perspektiv: Jo meir integrert eit individ er i kommunikasjonen i eit system, i dette tilfellet forstått som erfaringar med helsevesenet, jo større er behovet for tillit som kompleksitetsreducerande mekanisme.

Empirisk kan eg ikkje skilje desse to effektane frå kvarandre; datasettet inneheld ikkje variablar som måler kontakt med helsevesenet. Ein del av den tidlegare forskinga går nærare inn på ulike former for helseplager og kontakt med helsevesenet. Fleire av funna derifrå skildrar at grupper med dårleg helse oftare klagar på opplevingane sine med helsevesenet, noko som talar for den første tolkinga, men resultata her er ikkje eintydige (Crow et al., 2002: 41ff). Kausaliteten er uansett for meg rimeleg klar: Helse påverkar tilliten meir enn tilliten påverkar helse. Eg tolkar då at å ha god helse og å ha tillit til helsevesenet er utgangspunktet, normaltilstanden, og at utslag i negativ retning er avvik som skapar variansen. Resultata gjev oss ikkje innsyn i kva som skapar desse haldningane og korleis dei er fordelt mellom ulike graderingar av helsetilstanden – til det inneheld EVS for lite helsedata.

Kva vert konsekvensane av denne ulikskapen i tillit? Alle formar for offentleg velferd handlar om fordeling av risiko. Spesielt i helsevesenet er denne risikofordelinga avhengig av ein tillitsrelasjon. Når borgarar med dårleg helse manglar tillit, kan me tolke at dei føler risikoen ved sjukdom ikkje vert tilstrekkeleg dekkja av det offentlege helsevesenet, anten det er grunna uvilje eller inkompetanse. Éin vidare konsekvens kan vere at dei søker risikoen sin dekkja ein annan plass, ein annan er at dei ikkje søker behandling i det heile for helseproblem. I eit systemfunksjonalistisk perspektiv bryt slik åtferd med kodane for det enkelte system, og arbeidsdelinga vert ikkje halden ved lag. Helserelaterte ulikskapar i tillit kan dimed gjere sentral- og demokratisk styring vanskelegare, noko eit offentleg helsevesen er avhengig av.

Eit tredje resultat som eg finn det interessant å diskutere, er at effekten av hushaldsinntekta varierer mellom land. Dette kan eg slå fast fordi denne utvidinga av modellen er statistisk signifikant. Det eg ikkje kan slå fast, er om denne variansen er knytt til Wendts helsesystem; effektane av samspelsvariablane er svake. Kva sit eg då att med? Som nemnd kan inntekt tenkast å ha både direkte og indirekte effektar på tilliten til helsevesenet. Uavhengig av kva komponentar som utgjer denne effekten, syner ”random slope”-modellen at han ikkje er lik mellom land. Sidan eg nyttar denne metoden, kan eg vere viss på at dette ikkje skuldast ulikt inntektsnivå mellom landa i analysen; det er ikkje inntekta som varierer, det er effekten av han.

Ulikskapane i effekt kan vere resultat av ulike forhold i landa. Desse forholda kan modifisere økonomiske ressursars effekt på tilliten til helsevesenet, jamfør Blakeley og Woodward (2000) andre variant av økologiske effektar. Den faktiske oppbygginga av helsevesenet kan vere eit slikt forhold, og eg kan då vidare tolke at ulikskapar mellom nasjonale helsevesen fører til ulikskapar i effekten av hushaldsinntekt. Altså: Enkelte nasjonale helsevesen genererer større ulikskapar i tillit på grunn av inntekt enn andre. Frå eit systemfunksjonalistisk perspektiv vil dette seie at rik/fattig, ein kode henta frå økonomien, er verksam i helsevesenet.

Europeiske nasjonale helsevesen varierer difor i korleis dei oppfyller den funksjonelle differensieringa. Variasjonen følgjer ikkje Wendts inndeling i helsesystem, men kan likevel skuldast ulik institusjonell oppbygning mellom landa. Sidan helsesystemverktøyet ikkje forklarar skilnadane i inntektseffekt, står me slik eg ser det att med to alternativ til institusjonelle forklaringar: Anten kan den ulike effekten sporast til spesifikke trekk ved helsevesenet i kvart enkelt land, eller så ligg forklaringa på variasjonen hjå andre institusjonar enn helsevesenet. Å støtte seg til den første forklaringa vil innebere ein risiko for å ikkje sjå skogen for berre tre – altså å ikkje kunne seie noko om forholdet mellom helsevesen, inntekt og tillit utover enkelttilfella i analysen. Den andre forklaringa krev konstruksjonen av eit nytt klassifiseringsverktøy som fangar opp variasjonen i inntektseffekt, og me risikerer som tidlegare skildra ei einsformig jakt etter samanheng og konsistens mellom velferdsstatar. Viss me i vidare forskning ønsker å forklare variansen i tillit til helsevesenet på landnivå, er dette like fullt eit val av framgangsmåte som me må ta stilling til.

## 5. AVSLUTNING

Tilliten som europeiske borgarar har til det nasjonale helsevesenet, varierer langs sosiale liner. Dette verkar inn på risikofordelinga mellom borgar og stat, den funksjonelle differensieringa i helsesektoren og endeleg definisjonen av og inklusjonen i eit demokratisk medborgarskap. Føremålet med denne oppgåva er å syne til og diskutere faktorar på individ- og landnivå med innverknad på denne tilliten i 14 europeiske land. Eg undersøker for demografiske og sosioøkonomiske effektar på individnivå og for strukturelle effektar på landnivå gjennom logistisk fleirnivåanalyse.

Resultata av analysen syner varians på begge analysenivå. Av dei demografiske variablane har kvinner større sannsyn for tillit enn menn, og middelaldrande større sannsyn enn eldre. Dette forklarar eg med kontaktmønster; sannsynet er truleg større for at kvinner og middelaldrande respondentar har hatt vellukka kontakt med helsevesenet. Av dei sosioøkonomiske variablane har inntekt og vidaregåande utdanning positiv effekt. Forklaringar på det første funnet kan vere knytt til ein generelt høgare livskvalitet som følgje av økonomisk tryggleik eller at helsevesen på eit generelt plan yter tenester som genererer tillit hos dei meir ressurssterke laga av befolkninga. Utdanningskilnadane kan både forklarast med skilnader i kunnskap og sosial segmentering. God eigenvurdert helse har ein sterk, positiv og signifikant effekt på tilliten. Eg diskuterer om denne effekten har årsak i friske respondentars tillit eller sjuke respondentars mistillit og korleis helseulikskepar i tillit kan vere eit uttrykk for diskrepans i fordelinga av risiko mellom borgar og stat. Variabelen for sosial klasse har ikkje ein signifikant effekt på tilliten til helsevesenet. Ei årsak til dette kan vere at lagdelinga av samfunnet som klassevariabelen siktar til, ikkje vert spegla att i empirien. Ei anna kan liggje i at ulike helsesystem fostrar ulike klasseoppslutningar, og effekten vert dimed tvitydig.

På analysenivå 2, landnivå, har variablane som måler finansieringa av helsevesenet ikkje signifikant effekt. Ei forklaring på dette kan vere at det krevst store skilnader for å få signifikante effektar, ei anna kan vere at tal på finansiering ikkje reflekterer faktiske ulikskepar mellom helsesystem, men berre er sideprodukt av andre ordningar. Heller ikkje variablane for helsesystem har ein signifikant effekt i modellane. Dette kan me tolke som ein mangel ved typologien eller som eit resultat i seg sjølv. Variansen i tillit ligg på både individ- og landnivå,

altså er årsakene til ulik tillit både individuelle og kontekstuelle, men variablane eg har teke med på landnivå kan ikkje forklare desse ulikskapane.

Kva følgjer får funna og konklusjonane frå denne oppgåva – kva får ho å seie for forskingsfeltet? Eg drøftar gjennom teksten velferdsstats- og helsetypologiar og korleis desse kan verke inn på forholdet mellom borgar og stat. Typologien eg nyttar, bidreg ikkje til å forklare variasjon i tillit til helsevesenet, medan anna forskning kan syne tydelegare skilnader (Wendt et al., 2011). Ein mogleg konsekvens av oppgåva for forskinga vert då at ho opnar for nye typologiar over europeiske velferdsstatar, konstruert for å forklare mønster i haldningar til velferdsstat og helsevesen. Alternativt kan me godta at mønstra i tillit ikkje er likt som mønstra i oppbygning, og vidare forskning kan heller fokusere på akkurat kva for institusjonelle kjenneteikn som verkar inn på og skapar skilnader i tillit. Ein tredje moglegheit er å føresetje at helsesystema nytta i denne oppgåva alle har felles tillitsgenererande mekanismar, og rette den vidare forskinga mot kva for institusjonar eller organisatoriske prinsipp det er som genererer denne tilliten på tvers av helsesystema.

Forskningsfronten på individnivå ligg mellom anna i å utforske nærare korleis særskilde aspekt ved respondentens helsetilstand verkar inn på tilliten han har til helsevesenet. Til dømes syner Eikemo, Huisman, Bamba og Kunst (2008) at effekten av utdanning er ulik på sannsynet for langvarig sjukdom og for generell dårleg helse. EVS inneheld ikkje dei nødvendige variablane for å undersøke slike samanhengar. Også kontakt med ulike institusjonar i helsevesenet kan tenkast å ha ulik effekt på tilliten. Kumlin og Rothstein (2005) syner i ein studie frå Sverige at kontakt med universelle velferdstilbod har ein positiv innverknad på sosial tillit, medan det motsette er tilfelle for behovsprøvande institusjonar.

I diskusjonskapitlet vil eg finne årsaker til og konsekvensar av dei positive, negative eller fråverande effektane på tilliten til helsevesenet. Her argumenterer eg mellom anna for at den varierende effekten av inntekt fortel oss at europeiske nasjonale helsevesen oppfyller den funksjonelle differensieringa til ulik grad, for at den sterke effekten av helse kan skuldast ulik oppfatning av risikofordelinga mellom borgar og stat ved sjukdom og for at den svake effekten av helsesystem kan tyde på at alle dei tre typane i helsesystemtypologien inneheld tillitsgenererande mekanismar.

Også til resultatane av diskusjonen spør eg: Kva er følgjene? Fortel desse koplingane av teori og empiri oss noko utover forskingsfeltene dei rører innom? Forskarane Rommetvedt, Stigen,

Vrangbæk og Opedal har nyleg publisert forskning som eg meiner kan understreke relevansen av resultata mine. I boka *Hvordan har vi det i dag, da? Fjernråstyring og samhandling i dansk og norsk helsepolitikk* samanliknar dei norske og danske helsereformer og kjem fram til at endra strukturar og nye styringsmåtar sjeldan løyser koordineringsutfordringane i helsevesenet, trass i høge forventingar. Til forskningsradet.no seier Hilmar Rommetvedt: ”I et moderne helsevesen er det behov for arbeidsdeling og spesialisering. Uansett hvordan man organiserer dette, vil det alltid være behov koordinering og samhandling på tvers av fag- og organisasjonsgrenser” (Malm, 2014). Denne oppgåva syner at tillitsgenererande institusjonar kan gjere ei effektiv arbeidsdeling i helsesektoren mogeleg, og ho peiker framover mot kva vidare forskning kan gjere for å identifisere desse institusjonane.





## 6. LITTERATUR

- Aase, T.H., & Fossåskaret, E. (2007). *Skapte virkeligheter: Om produksjon og tolkning av kvalitative data*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Andersen, S.C., & Loftager, J. (2005). *Deliberative democratic governance*. Paper presentert på NOPSA-konferansen, Reykjavik, 11.-13. august 2005.
- Arrow, K.J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American economic review*, 941-973.
- Arts, W., & Gelissen, J. (2002). Three worlds of welfare capitalism or more?: A state-of-the-art report. *Journal of European social policy*, 12(2), 137-158.
- Bambra, C. (2005). Cash versus services: 'Worlds of welfare' and the decommodification of cash benefits and health care services. *Journal of social policy*, 34(2), 195-213.
- Bambra, C. (2006). Health status and the worlds of welfare. *Social policy and society*, 5(1), 53-62.
- Bambra, C. (2007). Going beyond The three worlds of welfare capitalism: Regime theory and public health research. *Journal of epidemiology and community health*, 61(12), 1098-1102.
- Beckfield, J., Olafsdottir, S., & Sosnaud, B. (2013). Healthcare systems in comparative perspective: Institutions, inequalities and five unmissed turns. *Annual review of sociology*, 39, 127-146.
- Blakely, T.A., & Woodward, A.J. (2000). Ecological effects in multi-level studies. *Journal of epidemiology and community health*, 54(5), 367-374.
- Bleich, S.N., Özaltin, E., & Murray, C.J. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience?. *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 271-278.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health technology assessment*, 6(32).
- Durkheim, É., Thompson, K., & Thompson, M. (2004). *Readings from Emile Durkheim*. London: Routledge.
- Eikemo, T.A. (2012). Forberedelse av data. I T.A. Eikemo & T.H. Clausen (Red.), *Kvantitativ analyse med SPSS: En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker* (s. 50-82). Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Eikemo, T.A., Bambra, C., Judge, K., & Ringdal, K. (2008). Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: a multilevel analysis. *Social science & medicine*, 66(11), 2281-2295.
- Eikemo, T.A., Huisman, M., Bambra, C., & Kunst, A.E. (2008). Health inequalities according to educational level in different welfare regimes: A comparison of 23 European countries. *Sociology of health & illness*, 30(4), 565-582.
- Elster, J. (1989). *Vitenskap og politikk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Eriksen, E.O. (1993). *Den offentlige dimensjon: Verdier og styring i offentlig sektor*. Oslo: TANO.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- EVS. (2011). European Values Study 2008, 4th wave, integrated dataset. *GESIS Data Archive*. doi:10.4232/1.11004

- Gelissen, J. (2002). *Worlds of welfare, worlds of consent?: Public opinion on the welfare state*. Leiden: Brill.
- GESIS. (2011). EVS 2008 - Variable report. GESIS - Variable reports 2011/9. Henta frå [www.europeanvaluesstudy.eu/](http://www.europeanvaluesstudy.eu/)
- Hagen, R. (2000). Niklas Luhmann. I H. Andersen & L.B. Kaspersen (Red.), *Klassisk og moderne samfundsteori* (s. 390-408). København: Hans Reitzels Forlag.
- Hall, M.A. (2001). Arrow on trust. *Journal of health politics, policy and law*, 26(5), 1131-1144.
- Hovland, J. (2012). Et farlig redskap?. I T.A. Eikemo & T.H. Clausen (Red.), *Kvantitativ analyse med SPSS: En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker* (s. 334-346). Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Isaksen, T.R. (2013, 02.12). Tillit uten tillitspolitikk. *Aftenposten*. Henta frå <http://www.aftenposten.no/meninger/debatt/Tillit-uten-tillitspolitikk-7392361.html#.U4iXLfnaSp>.
- Kasza, G.J. (2002). The illusion of welfare 'regimes'. *Journal of social policy*, 31(2), 271-287.
- Larsen, C.A. (2008). The institutional logic of welfare attitudes: How welfare regimes influence public support. *Comparative political studies*, 41(2), 145-168.
- Larsen, C.A. (2013). *The rise and fall of social cohesion: The construction and deconstruction of social trust in the US, UK, Sweden, and Denmark*. Oxford: Oxford University Press.
- Loftager, J. (2004). *Politisk offentlighed og demokrati i Danmark*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Malm, A. (2014). *Overdreven tro på helsereformer?*. Henta frå [http://www.forskningsradet.no/prognett-helseomsorg/Nyheter/Overdreven\\_tro\\_pa\\_helsereformer/1253992845534/p1226994198656](http://www.forskningsradet.no/prognett-helseomsorg/Nyheter/Overdreven_tro_pa_helsereformer/1253992845534/p1226994198656)
- Marshall, T.H. (2003). *Medborgerskab og social klasse*. København: Hans Reitzels Forlag.
- OECD. (2013). *Health expenditure indicators*. doi: 10.1787/data-00349-en.
- Olafsdottir, S., & Beckfield, J. (2011). Health and the social rights of citizenship: Integrating welfare-state theory and medical sociology. I B.A. Pescosolido, J.K. Martin, J.D. McLeod & A.Rogers (Red.), *Handbook of the sociology of health, illness, and healing* (s. 101-115). New York: Springer.
- Pampel, F.C. (2000). *Logistic regression: A primer*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Scruggs, L., & Allan, J. (2006). Welfare-state decommodification in 18 OECD countries: A replication and revision. *Journal of European Social Policy*, 16(1), 55-72.
- Solhjell, B.V. (2013, 26.11). Venstresidas politikk gir meir tillit. *Aftenposten*. Henta frå <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/article7386101.ece#.U4iXJfnaSp>.
- Strabac, Z. (2012). Flernivåanalyse. I T.A. Eikemo & T.H. Clausen (Red.), *Kvantitativ analyse med SPSS: En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker* (s. 204-233). Trondheim: Tapir akademisk forlag.
- Tuohy, C.H. (2003). Agency, contract, and governance: Shifting shapes of accountability in the health care arena. *Journal of health politics, policy and law*, 28(2-3), 195-216.
- Van Kersbergen, K., & Vis, B. (2014). *Comparative welfare state politics: Development, opportunities, and reform*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Vestnes, K. (2013). *Nøgde i nordvest – skeptiske i søraust: Ein kvantitativ fleirnivåanalyse av tilfredsheit med helsetenestene i Europa* (Mastergradsavhandling, NTNU) Henta frå <http://ntnu.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2:645518>.
- Wendt, C. (2009). Mapping European healthcare systems: A comparative analysis of financing, service provision and access to healthcare. *Journal of European social policy*, 19(5), 432-445.
- Wendt, C. (2014). Changing healthcare system types. *Social policy & administration*.
- Wendt, C., Frisina, L., & Rothgang, H. (2009). Healthcare system types: A conceptual framework for comparison. *Social policy & administration*, 43(1), 70-90.
- Wendt, C., Mischke, M., & Pfeifer, M. (2011). *Welfare states and public opinion: Perceptions of healthcare systems, family policy and benefits for the unemployed and poor in Europe*. Cheltenham: Edward Elgar.