

Ingeborg Enger Eldevik

Masteroppgave

Tilfredshet med helsetjenestene i åtte europeiske land, før og etter finanskrisen

NTNU
Norges teknisk-naturvitenskapelige
universitet
Fakultet for samfunnsvitenskap
og teknologiledelse
Institutt for sosiologi og statsvitenskap

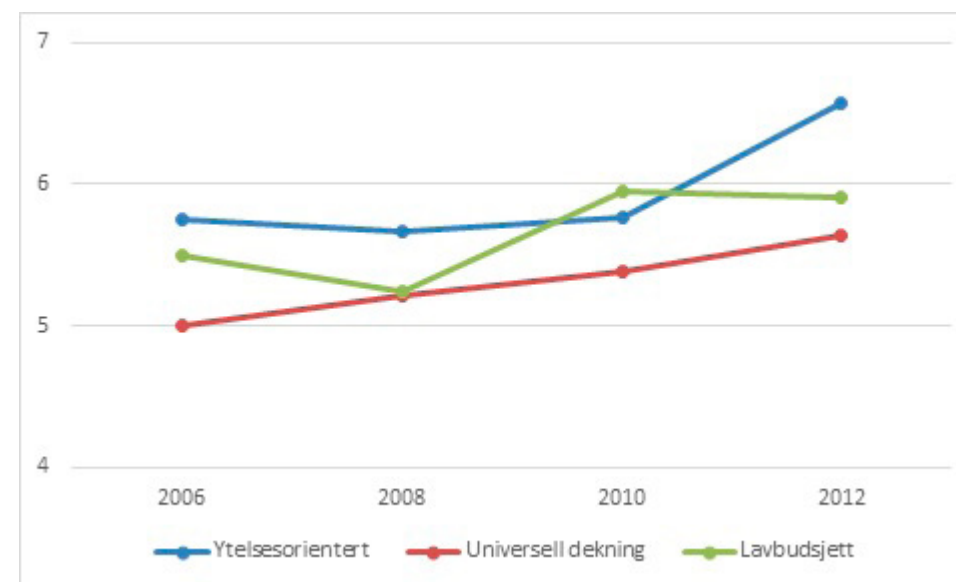
Ingeborg Enger Eldevik

Tilfredshet med helsetjenestene i åtte europeiske land, før og etter finanskrisen

Repetert tverrsnittstudie, basert på European
Social Study 2006–2012 og Wendts kartlegging
av helsesystem i Europa

Masteroppgave i statsvitenskap

Trondheim, våren 2014



Tilfredshet med helsetjenestene i åtte europeiske land, før og etter finanskrisen

Repetert tverrsnittstudie, basert på European Social Study 2006-2012, og
Wendts kartlegging av helsesystem i Europa.

Masteroppgave i statsvitenskap
Lektorutdanning i samfunnsfag
Institutt for sosiologi og statsvitenskap
NTNU Trondheim, våren 2014
Ingeborg Enger Eldevik

© Ingeborg Enger Eldevik

2014

Tilfredshet med helsetjenestene i åtte europeiske land, før og etter finanskrisen.

Repetert tverrsnittstudie, basert på European Social Study 2006-2012, og Wendts kartlegging av helsesystem i Europa.

Trykk: NTNU

Forord

Tenk at det har gått fem år siden jeg startet på Dragvoll. Det er lenge, men det har gått utrolig fort. En studenttid delt mellom studier og ISFiT. Det har vært fint, og slitsomt. Når jeg tenker tilbake, kom inspirasjonen til masteroppgaven under ISFiT 2011. Temaet «Globalize this:health», satte nok større spor enn jeg først visste. Nå har jeg altså skrevet en masteroppgave innenfor samme område.

Først og fremst vil jeg takke Terje Andreas Eikemo for grundig veiledning, viktige spørsmål, og ikke minst motivasjon. Jeg har alltid gått inn på kontoret ditt som et spørsmålstegn, og kommet ut igjen med senkede skuldre og pågangsmot. Med en glimrende kombinasjon av faglig dyktighet og gode pedagogiske evner er du den beste veilederen jeg kunne hatt!

Gullrekka på lesesal 6386: Takk for fem fine år! Ingen student overlever uten kaffepause, og jeg har hatt noen flotte folk å drikke kaffe med. En spesiell takk til Ragnhild, det er viktig å se sola innimellom.

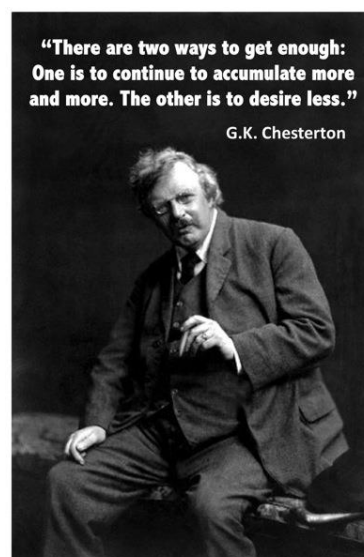
Guro, Gunlaug og Signe – tusen takk for at dere tok dere tid til å lese korrektur!

Rikard, nå kommer jeg hjem til middag.

Selv med all hjelp og støtte fra de ovennevnte er eventuelle feil og mangler i analysene mitt fulle og hele ansvar.

Ingeborg Eldevik

Ingeborg Enger Eldevik, Trondheim juni 2014.



Sammendrag

Europa har gjennomgått en vesentlig økonomisk endring etter finanskrisen 2008. I oppgaven undersøkes det om tilfredsheten med helsetjenester i Europa endres etter finanskrisen, og mellom tre helsesystemer. Undersøkelsen er kvantitativ, og resultatene baseres på lineære regresjonsanalyser med datamateriale fra European Social Survey, runde 3-6. I undersøkelsen testes tilfredsheten i åtte Europeiske land, kategorisert etter Wendt (2009) sine tre helsesystemer; *ytelsesorientert type* (Belgia og Tyskland), *universell dekning type* (Danmark, Irland, Storbritannia og Sverige) og *lavbudsjett type* (Finland og Portugal). I regresjonsanalysene kontrolleres det for tre ulike dimensjoner: Institusjonelle, selvinteresse og ideologi.

Det viser seg at det bare er ytelsesorientert type som har mindre tilfredse innbyggere etter finanskrisen. Lavbudsjettssystemet har mest variasjon i sine resultater gjennom fire analyser, og man kan konkludere med at tilfredsheten med dette systemet er minst stabilt. Borgerne i universell-dekning systemet er konsekvent mindre tilfreds enn de med tilhørighet enn de med tilhørighet i andre systemer. Dette er et overraskende funn, ettersom helsesystemet har høyere score på indeksene i Wendt (2009) sin kartlegging. Selv om tilhørighet i helsesystem kan forklare mye av variasjonen på tilfredshet med helsetjenestene, er det selvinteresse- og ideologivariablene som forklarer mest ved ulik tilfredshet med helsetjenestene. At det ikke er lavere tilfredshet med helsetjenestene etter finanskrisen kan forklares med lavere forventninger, og færre økonomiske konsekvenser for de ulike helsevesenene enn først antatt.

Innhold

Forord	i
Sammendrag	iii
Tabeller og modeller	vii
Forkortelser	viii
1. Innledning.....	1
1.1. Problemstilling.....	2
1.2. Begrepsavklaring	3
1.3. Relevans og motivasjon.....	3
1.4. Oppgavens oppbygging	4
2. Forskningsgrunnlag	5
2.1. Europa.....	5
2.2. Finanskrisen.....	7
2.2.1. Konsekvenser for helsesystem i Asia etter finanskrisen i 1997-1998.....	9
2.3. Helsesystemer	9
2.3.1. Tidligere kategorisering av helsesystem	11
2.3.2. Wendts kartlegging av helsesystemer i Europa.....	11
2.3.3. Tilfredshet og type helsesystem	17
2.3.5. Forventningsmodell.....	18
2.4. Borgernes tilfredshet med helsetjenestene	19
2.5. Forventninger.....	20
2.6. Selvinteresse	21
2.6.1. Kjønn og alder	22
2.6.2. Utdanning	22
2.6.3.inntekt.....	23
2.6.4. Helsetilstand	23
2.7. Ideologi.....	24
3. Datamateriale: European Social Survey.....	25
3.1. Vekting	26
3.2. Koding av variabler og fjerning av enkeltcaser	26
3.2.1. Uteliggere	28
3.2.2. Utvelgelse av land til analysen	28
4. Metode.....	29
4.1. Metodedesign.....	29

4.2.	Repeterte tverrsnittdata.....	29
4.3.	Validitet og reliabilitet.....	31
4.3.1.	Reliabilitet.....	31
4.3.2.	Validitet for den avhengige variabelen: tilfredshet med helsetjenestene.....	32
5.	Variabler og deskriptiv statistikk.....	35
5.1.	Deskriptive tabeller.....	35
5.1.1.	Representerte land og tilfredshet med helsetjenestene.....	36
5.1.2.	Avhengig variabel – tilfredshet med helsetjenestene.....	37
5.1.3.	Uavhengige variabler.....	37
6.	Resultater.....	41
6.1.	Regresjonsmodell for ESS 3 (2006).....	42
6.2.	Regresjonsmodell for ESS4 (2008).....	44
6.3.	Regresjonsmodell for ESS5 (2010).....	46
6.4.	Regresjonsmodell for ESS6 (2012).....	47
6.5.	Oppsummering.....	48
6.5.1.	Konfidensintervaller for helsesystemvariabelen.....	49
6.5.2.	Korrelasjonsretninger.....	51
7.	Drøfting.....	55
7.1.	Forskjeller mellom helsesystemene.....	55
7.2.	Forventninger og tilfredshet.....	57
8.	Konklusjon.....	61
9.	Kilder.....	65
10.	Vedlegg.....	69
10.1.	Vedlegg 1, ESS3 – blokkvis regresjonsanalyse, modell 1-8.....	69
10.2.	Vedlegg 2, ESS4 – blokkvis regresjonsanalyse, modell 1-8.....	70
10.3.	Vedlegg 3, ESS5 – blokkvis regresjonsanalyse, modell 1-8.....	71
10.4.	Vedlegg 4, ESS6 – blokkvis regresjonsanalyse, modell 1-8.....	72
10.5.	Vedlegg 5, konfidensintervaller for helsesystemvariabelen.....	73

Tabeller og modeller

Modell 1: De representerte landenes BNP, 2006-2012	9
Tabell 1: Wendts kartlegging av helsesystem i Europa, 15 land.....	15
Tabell 2: Forventningsmodell for helsesystemene. Inneholder indikatorer, score på disse og forventet tilfredshet.	18
Tabell 3: Representerte land i datamaterialet, og type helsesystem.....	28
Tabell 4: Representerte land og gjennomsnittlig tilfredshet for hvert land og runde ESS.....	36
Tabell 5: Den avhengige variabelenes deskriptive statistikk. Minimumsverdi, maksimumsverdi, gjennomsnitt, standardavvik og manglende enheter.....	37
Tabell 6: De uavhengige variabelenes deskriptive statistikk. Minimumsverdi, maksimumsverdi, gjennomsnitt, standardavvik og manglende enheter.....	38
Tabell 7: ESS3- blokkvis regresjonsanalyse for tilfredshet med helsetjenestene, modell 8.. Koeffisienter, standardavvik, p-verdi, antall, forklaringskraft og modellsignifikans.	42
Tabell 8: ESS4- blokkvis regresjonsanalyse for tilfredshet med helsetjenestene, modell 8. Koeffisienter, standardavvik, p-verdi, antall, forklaringskraft og modellsignifikans.	44
Tabell 9: ESS5- blokkvis regresjonsanalyse for tilfredshet med helsetjenestene, modell 8. Koeffisienter, standardavvik, p-verdi, antall, forklaringskraft og modellsignifikans.	46
Tabell 10: ESS6- blokkvis regresjonsanalyse for tilfredshet med helsetjenestene, modell 8. Koeffisienter, standardavvik, p-verdi, antall, forklaringskraft og modellsignifikans.	47
Modell 2: Prediksjon av tilfredshet med helsetjenestene, basert på gjennomsnittlige verdier, mann og venstreorientert.....	49
Modell 3: Konfidensintervaller - ESS3-6. Konstantens verdier, representativ for universell dekning.....	50
Modell 4: Konfidensintervaller ESS3-6. Ytelsesorientert og lavbudsjett type helsesystem. ..	50
Tabell 11: ESS3-6 -korrelasjonsretning for uavhengige variabler.....	51
Tabell 12: ESS3 - blokkvis regresjonsanalyse, modell 1-8.....	69
Tabell 13: ESS4 - blokkvis regresjonsanalyse, modell 1-8.....	70
Tabell 14: ESS5 - blokkvis regresjonsanalyse, modell 1-8.....	71
Tabell 15: ESS6 - blokkvis regresjonsanalyse, modell 1-8.....	72
Tabell 16: 95% konfidensintervaller for helsesystemvariabel. Nedre grense, øvre grense og verdien for b-koeffisienten.	73

Forkortelser

BNP: brutto nasjonalprodukt

ESS: European Social Survey

NHS: National Health Service

NSD: Norsk Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste

SHI: Social Health Insurance

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

THE: total health expenditure

USD: amerikanske dollar

1. Innledning

Finanskrisen som startet i 2008 skapte store bekymringer for Europas innbyggere og regjeringer (Finansdepartementet, 2013). Med prediksjoner om lavere bruttonasjonalprodukt enn tidligere, så man for seg trangere statsbudsjetter, og konsekvensene dette ville føre med seg (Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts, & McKee, 2009). Dette kan for eksempel være hvordan de politiske avgjørelsene må tas, og hvordan enkeltindividene påvirkes av disse. Konsekvensene av svakere økonomi varierer, og det kommer an på grad av økonomisk nedgang, politisk regime og styring, samt ulike prioriteringer. Finanskrisen påvirket Europa på mange måter, og høyere arbeidsledighet er en trend man har sett i nesten samtlige land i etterkant av krisen (Evetovits, 2013). Høyere arbeidsledighet, og en aldrende populasjon i samme tidsperiode som en økonomisk krise kan få store konsekvenser for helsevesenet, fordi utgiftene øker, mens statens økonomi blir dårligere. Mye av den tidligere forskningen på hvordan økonomi påvirker helse har vært basert på individuelle landstudier, og ikke kryssnasjonale studier (Stuckler, Basu, Suhrcke, Coutts, et al., 2009). Siden finanskrisen fikk globale konsekvenser er det derfor gunstig å se på hvordan dette påvirket tilfredshet med helse kryssnasjonalt, ikke bare som en en-casestudie.

Enkelte av helsesystemene i Europa kan hevdes å være mer sårbare overfor en finansiell endring enn andre. Så sent som 24. april 2014 skrev Aftenposten at en million grekere står uten tilgang til helsevesenet (Aale, 2014). Avisartikkelen er basert på en artikkel i tidsskriftet Lancet (Kentikelenis, Karanikolos, Reeves, McKee, & Stuckler, 2014), og beskriver hvordan helsesystemet i Hellas gjør at mange står uten tilgang til helsevesenet. En av årsakene er at mange grekere står uten jobb, og med et system som forutsetter helseforsikring gjennom arbeidsgiver vil flere stå utenfor. «Så lenge man jobber og betaler sosialskatt er man dekket av det offentlige systemet. Det samme gjelder familien. Arbeidsledige får trygd i ett år, og da er man dekket. Deretter er man kun dekket hvis man ikke skylder skatt» (Aale, 2014). Hellas er ikke et av de inkluderte landene i analysene i denne oppgaven, men ettersom Hellas er det landet i Europa som ble rammet først, og hardest, av finanskrisen (Kentikelenis, et al., 2014) er det beskrivende med tanke på sammenhengen mellom helsesystem og finanskrisen. Flere europeiske land har i større og mindre grad kuttet i velferdsordninger, for å kunne håndtere de økonomiske konsekvensene etter finanskrisen. Om dette igjen gjør at borgerne er mindre tilfreds med helsevesenet er bakgrunnen for undersøkelsen.

Denne nære sammenhengen mellom økonomi og helse, gjør at det er interessant å rette søkelys på hvordan finanskrisen har påvirket hvor fornøyd innbyggerne i Europa er med helsevesenet i sitt land. Bekymringer omkring konsekvensene for helsetilbudet i Europa, har ført til økt interesse for hvordan en økonomisk krise påvirker velferdsstaten. I de ulike europeiske landene er helsevesenet ulikt bygget opp, og helsepolitikken ulikt gjennomført. Ulik finansiering og organisering gjør at ingen av systemene er identiske (Freeman, 2000; Wendt, 2009). Kulturelle forskjeller, politiske forskjeller og individuelle holdninger og handlinger lar seg ikke avspeile i sin helhet (Blank & Burau, 2007). Denne komplekse virkeligheten omgjøres av Claus Wendt (2009) til en modell, med tre ulike *helsesystem* som gjeldende i Europa i dag. Med ulike dimensjoner innenfor tre hovedkategorier: finansiering, helsetjenesteytelser og regulering, kartlegges europeiske helsesystemer. Når man ser på de ulike karakteristiske trekkene ved hvert helsesystem ser man at det er likhetstrekk og ulikheter mellom de tre typene. Ved hjelp av denne kartleggingen skal jeg forklare hvordan tilfredsheten henger sammen med de ulike dimensjonene, kontrollert for individuelle forskjeller og holdninger.

European Social Survey (heretter ESS) er datagrunnlaget for oppgaven, og er en tverrsnittsundersøkelse som gjøres i Europa annethvert år. For å kunne se en trend er datamateriale fra fire runder av ESS benyttet i oppgaven, både fra før finanskrisen og etter. Tverrsnittsdataene er fra år 2006, 2008, 2010 og 2012. I oppgaven inkluderes åtte europeiske land: Belgia, Tyskland, Danmark, Irland, Storbritannia, Sverige, Finland og Portugal. Landene som representerer Europa har vært med på de fire aktuelle rundende av ESS, og er også inkludert i kartleggingen til Wendt (2009).

1.1. Problemstilling

Ettersom det var mye bekymring rundt hva slags konsekvenser finanskrisen fikk for helsa rundt i verden er det interessant å undersøke det bakenforliggende, nemlig helsesystemet. Helsevesenets finansiering vil berøres av den statlige økonomien, og hvordan finanskrisen har påvirket tilfredsheten med helsetjenestene mellom de ulike systemene er dermed interessant. *Hvordan har tilfredsheten med helsetjenestene endret seg i, og mellom europeiske helsesystemer fra 2006 til 2012?* Forskningsspørsmålet er laget med en forventning om endring, men også med motiv om å se om variablene som er kontrollert for i analysene er viktigere enn hvilket helsesystem informantene tilhører.

1.2. Begrepsavklaring

Definisjonen på tilfredshet, eller engelske: *Satisfaction*, kommer fra det latinske *satis*. Det betyr «nok», og det å være tilfreds betyr at man har fått oppfylt sine forestillinger, eller forventninger. En følelse av tilfredshet gir ikke noen indikasjon på perfeksjon, men at det som er gjort eller gitt er tilfredsstillende i konteksten (Crow, et al., 2002). Tilfredshet med helsetjenestene er målt gjennom selvrapporing i ESS.

Informantene i undersøkelsen svarer på hva de syns om *helsetjenestene* i sitt land på det tidspunktet som datainnsamlingen foregår (European Social Survey, 2012). Helsetjenestene er det som borgerne benytter seg av ved eventuell sykdom, og innenfor et helsesystem vil dette si helsetjenesteytelsene. I helsesystemtypologien som brukes i denne oppgaven er det to indikatorer på dette, nemlig primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten innebærer blant annet arbeid utført av fastleger og farmasøyter, mens spesialisthelsetjenesten innebærer blant annet arbeid utført av spesialister og sykepleiere (Wendt, 2009).

Helsesystem som begrep blir problematisert og definert i kapittel 2.3. Det er i korte trekk snakk om tre subsystemer som er de funksjonelle delene i et helsesystem: finansiering, helsetjenesteytelser og regulering (Freeman, 2000; Wendt, 2009). I regresjonsanalysene brukes et dummysett for helsesystem, der Wendts (2009) kartlegging er benyttet som bakgrunn for grupperingen. De tre ulike typene er *ytelsesorientert*, *universell dekning* og *lavbudsjett*.

1.3. Relevans og motivasjon

Helsesystemet til en stat sier mye om hvordan velferden i staten blir fordelt blant innbyggerne (Freeman, 2000). At innbyggerne er tilfredse, eller utilfredse, med en institusjon som er helt, eller delvis, statlig er et viktig politisk spørsmål. I tillegg er det et poeng å undersøke om det faktisk er tilhørighet i ulike helsesystem, som er den avgjørende faktoren for om innbyggerne er tilfredse eller ikke. Tilfredshetsforskning hører ofte innenfor policy-utforming eller forbrukerundersøkelser. Det gjelder tilfredshet i sammenheng med erfaringer, forventninger, verdier og avgjørelser som er tatt innenfor et spesifikt område, vanligvis basert på et stort utvalg (Busse, Jakubowski, & Perleth, 1999). Ulike undersøkelser og forskning på tilfredshet med helsesystem og ulike helsetjenester blir lagt til grunn i utforming av helsereformer, og offentlig helsetjenester. Hensikten er ofte å gjøre helsevesenet mer effektivt, både når det kommer til kostnader og tjenesteytelse (Busse, Jakubowski, & Perleth, 2001). Wendt (2009) skriver også at hans kartlegging av Europas helsesystemer egner seg for undersøkelser om tilfredshet, og

dette vil være et steg i retningen for å forstå noe av variasjonen i tilfredshet innenfor de ulike helsesystemene i Europa i dag. Med mål om å undersøke tilfredshet på et kontekstuellt nivå, ved å kontrollere for individuelle holdninger og forutsetninger, vil oppgaven være et tilskudd til den tidligere forskningen innenfor området.

1.4. Oppgavens oppbygging

Gjennom 8 kapitler redegjør jeg for tidligere forskning, metode, datamateriale, resultater og drøfting av disse. Kapittel 2 er en redegjøring av forskningsgrunnlaget, der jeg drøfter Europa som forskningsfelt, og finanskrisen som en vesentlig endring i det helsepolitiske landskapet. I kapittel 2.3 redegjør jeg for hvordan forskningen på helsesystemer har utviklet seg, og hvordan Wendt (2009) har kategorisert Europas helsesystemer i tre kategorier. Denne typologien er grunnlaget for regresjonsanalysene mine. Bakgrunnen for forskningen på helsesystemer er i tillegg en drøfting av hvorfor jeg har valgt å bruke nettopp denne måten å kategorisere ulike helsesystemer på. I kapittel 2.7 og 2.8 tar jeg for meg andre faktorer som påvirker hvor tilfreds befolkningen er med helsesystemet. Dette er grunnlaget for de individuelle forskjellene som kan bidra til å forklare det kontekstuelle nivået. Kapittel 2 er dermed grunnlaget for variablene som blir presentert i metodekapittelet. For å svare på forskningsspørsmålet mitt har jeg brukt gjentatte tverrsnittsundersøkelser, og datagrunnlaget er European Social Survey, runde 3-6. Tverrsnittene som blir undersøkt er altså fra år 2006, 2008, 2010 og 2012. Dette blir redegjort for i metodekapittelet. Resultatene presenteres og drøftes i de to nest siste kapitlene. Basert på de foregående kapitlene, kan jeg konkludere med at tilfredsheten med helsetjenestene i Europa ikke har endret seg slik jeg antok før jeg begynte. De med tilhørighet i det ytelsesorienterte helsesystemet viser tendens til å ha en nedgang i tilfredshet etter finanskrisen. Borgere med tilhørighet i universell dekning systemet er minst tilfreds i alle runder av ESS, mens de i lavbudsjett systemet viser tendens til å være mer tilfreds enn antatt. Forventinger og tilfredshet henger nøye sammen, og de individuelle forutsetningene er viktigere enn tilhørighet i ulike helsesystem. I tillegg er det stor variasjon i den gjennomsnittlige tilfredsheten i hvert land innenfor de tre helsesystemene.

2. Forskningsgrunnlag

Legitimiteten til en statlig institusjon kan forklares i tre dimensjoner skriver Missinne, Meuleman, og Bracke (2013) i sin artikkel *The popular legitimacy of European healthcare systems: a multilevel analysis of 24 countries*. Disse tre dimensjonene er institusjonelt nivå, individets selvinteresse og ideologi. De baserer dette på blant annet Kohl og Wendt (2004), og Gevers, Gelissen, Arts, og Muffels (2000) sine artikler om tilfredshet med helsesystemer i Europa. Fellesnevneren for det de skriver, er at det er tre hoveddimensjoner som kan forklare legitimiteten, og inkludert i dette – tilfredsheten, med helsetjenestene i de europeiske landene. Legitimitet og tilfredshet kan ikke sidestilles, men Missinne, et al. (2013) bruker tilfredshet som en av to dimensjoner for å forklare legitimiteten til helsesystemet. Den avhengige variabelen de bruker i sin analyse er dermed en sammensetning av den samme avhengige variabelen (tilfredshet med helsetjenestene) som brukes i denne oppgaven, samt støtte til hvilken rolle regjeringen har i organiseringen av helsevesenet i de respektive landene. Undersøkelsen om legitimitet baseres også på ESS (Missinne, et al., 2013).

De tre dimensjonene er både på mikro og makronivå. De to førstnevnte går på individuelle forskjeller i befolkningen. Selvinteresse og ideologi på kan forklare hvor tilfreds en borger er med helsevesenet i sitt land. På makronivå, er det hvordan institusjonen er bygget og drevet, som gir forklaring til den avhengige variabelen (Missinne, et al., 2013). På bakgrunn av denne artikkelen, og flere andre, kommer herunder mitt grunnlag for variabler i de multiple regresjonsanalysene. I forkant av kapitlene som omhandler de tre forklarende dimensjonene, kommer en fremstilling av Europa som forskningsarena, og finanskrisen som en vesentlig økonomisk endring for Europa.

2.1. Europa

Når jeg heretter skriver om Europa som forskningsfelt er det i denne oppgaven snakk om åtte inkluderte stater. Datagrunnlaget kommer jeg tilbake til senere i oppgaven, men ettersom det er basert på ESS runde 3,4,5 og 6, samt helsesystemtypologien til Wendt (2009), er de gjeldende landene i analysene: Belgia, Tyskland, Danmark, Finland, Sverige, Irland, Storbritannia og Portugal. Spredningen er ikke like stor som ønskelig, men begrensninger i datamaterialet førte til dette. Noen av disse landene har blitt hardt rammet av finanskrisen, mens andre land har klart seg bra.

De europeiske statene som er inkludert i oppgaven er ikke en homogen gruppe stater, men de statene som er representert i utvalget har likhetstrekk i form av blant annet å være er liberale

demokratier. Ulikhetene fins i form av blant annet kulturelle og økonomiske forskjeller. Noen av de kulturelle forskjellene beskrives under. Når det kommer til økonomi, rammet for eksempel finanskrisen veldig ulikt i de sentrale eurosone-landene, enn i de mer perifere statene (Lapavitsas, et al., 2010). De sosiale skillene er mer fremtredende i noen land enn i andre. Ulik historie for de forskjellige statene har ført til at holdningene til staten er ulikt. Dette kan man blant annet se på forholdet mellom staten og individets ansvarsområder. Hvem har ansvaret for å finansiere helsesystemet? Staten i sin helhet, arbeidsgiver, en kombinasjon eller individet selv? Sistnevnte har ingen av de europeiske statene i utvalget, i alle de europeiske statene er helsevesenet finansiert i større eller mindre grad av offentlig beskatning (Freeman, 2000).

Et av fellestrekkene er at det er et delt mål blant de europeiske statene at de ønsker en befolkning som kan være bidragsyttere til samfunnet. Dette krever et fungerende helsesystem som kan gi innbyggerne den hjelpen de trenger. For å ha en fungerende arbeidsdyktig stat kan ikke helsen være dårlig i store deler av befolkningen. Fremgangsmåten er dog ulik, og nivået av velferdstjenester avhenger av blant annet holdninger angående statens ansvar for hvert enkelt individ. Dette gir seg utslag i ulike fremgangsmåter for fordelingen av velferdstjenester, herunder helsetjenester (Grol, 2001).

Fjær (2013) bruker teori om ulike politiske velferdsregimer i Europa til å kategorisere landene han bruker i sin masteroppgave om helse og helseulikheter. Jeg vil bruke hans oppsummering av i hovedsak Esping-Andersen (1990) og Bambra (2011) sine betraktninger til å beskrive noen karakteristiske trekk ved de ulike landene i analysene mine. Disse trekkene er basert på dominerende politisk tradisjon de siste tiårene, og er beskrivende for noe av forskjellen mellom de ulike landene.

Danmark, Finland og Sverige har sterk omfordelingspolitikk, og staten spiller en sentral rolle for å bidra til økt likhet. Siden staten spiller en sterk rolle bidrar dette til å skyve ut markedet som velferdsaktør. Solidariteten med velferdsstaten blir dermed sterk (Fjær, 2013).

Belgia og Tyskland kjennetegnes av sosiale skiller og statusforskjeller i befolkningen, ofte basert på inntekt eller klasse. Videre kjennetegnet er at velferdsordningene er statusdifferensierende, basert på tidligere inntekt og arbeid. Familien har en større rolle som velferdsprodusent enn for eksempel i Norden. Staten griper bare inn dersom familien ikke er i stand til å gi den velferden som enkeltindividet har behov for. Dermed er det snakk om mindre omfordelingspolitikk (Fjær, 2013).

Irland og Storbritannia har tradisjonelt hatt markedet som sentral mekanisme for å fordele goder og ressurser. Graden av statlig støtte har ikke vært stor, og har kun som mål å forhindre sosial nød. Dermed har er det et økonomisk skille mellom de som kan og ikke kan, skaffe seg velferdsgoder gjennom å være i arbeid (Fjær, 2013).

Portugal er det land der avhengigheten til familien frivillig sektor som velferdsbeskytter er fremtredende (Fjær, 2013).

2.2. Finanskrisen

Den økonomiske krisen i 2008 fikk konsekvenser i store deler av verden. Handlingsforløpet er ikke strømlinjeformet, men i korte trekk kan man si at turbulens i den amerikanske banksektoren ga store ringvirkninger til resten av verdens finansmarkeder (Finansdepartementet, 2013). Det ble nedturer på børsen, bankkonkurser og stigende arbeidsledighet. Verdens helseorganisasjon uttrykte bekymring over hvilke konsekvens dette ville få for global helse, og satte inn ressurser for å overvåke og beskytte helse, spesielt blant fattige og sårbare (Chang, Stuckler, Yip, & Gunnell, 2013).

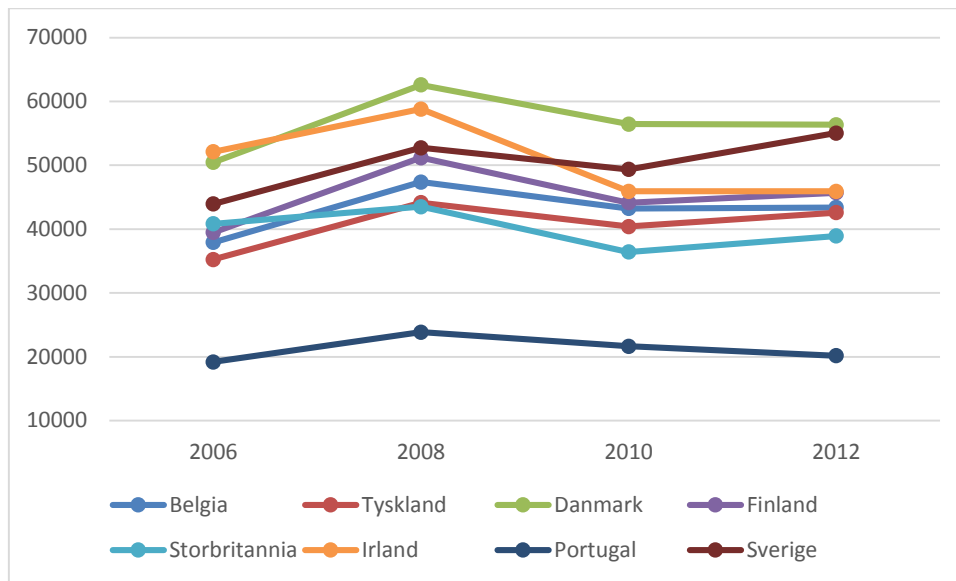
Finanskrisen begynte i de finansielle institusjonene i USA. Det var en utlånsboble som sprakk, da borgere i USA hadde fått låne mer penger enn de kunne betjene av de amerikanske bankene mellom 2001 og 2007. Dette skapte likviditetsproblemer, og selv om bankene prøvde å stimulere finansmarkedet på andre måter enn ved å justere renten, klarte de ikke å hindre at krisen utviklet seg. Det som skjedde i USA spredde seg raskt til resten av verdensøkonomien, og fremst av alt til finansinstitusjoner og finansmarkeder. Siden likviditetsproblemene i finansmarkedene ble større, ble viljen til å investere med risiko lavere. Store selskaper stolte ikke lenger på bankene og sysselsetting og produksjon ble rammet (Finansdepartementet, 2013; Lapavitsas, et al., 2010). Den økte usikkerheten mot svakere økonomiske utsikter skapte et nytt markant fall i prisene på både eiendom og verdipapirer. Kredittmarkedene strammet inn, og dette bidro til enda mer nedgang i privat forbruk og andre investeringer. «Endringer i bedrifters og husholdningers forventninger førte til at omslaget kom brått og ble stort» (Finansdepartementet, 2013:23). Spesielt i de tradisjonelle industrilandene økte arbeidsledigheten markant, det som begynte som en krise i finansmarkedene forplantet seg til realøkonomien. Selv om den økonomiske situasjonen i Europa ser bedre ut i mange land nå, er konsekvensene av finanskrisen likevel ikke over. Fallende inntekter, større sosiale forskjeller og arbeidsledighet blant unge, er noe av det som potensielt kan utvikle seg enda mer (Evetovits, 2013).

I Europaregionen falt real brutto nasjonal produkt (BNP) med 4,5 % i 2009 (Evetovits, 2013). Mens USA har hatt en bedring i økonomien etter krisen, går det saktere i Europa. I finansdepartementets perspektivmelding fra 2013 står det at BNP samlet for euroområdet enda ikke er kommet tilbake på samme nivå som før finanskrisen (Finansdepartementet, 2013). Nedgangen som begynte i 2009, endte et tiår med økonomisk vekst for hele regionen (Evetovits, 2013). Ettersom eurolandene er medlem av en valutaunion, er de gjensidig avhengige av hverandre, både når det kommer til økonomisk politikk og økonomisk utvikling. Dette gjør at unionen er svært sårbar for endringer i det økonomiske markedet (De Grauwe, 2012; Finansdepartementet, 2013). Eurounionen hadde aldri vært utsatt for en så stor endring i finansmarkedene som finanskrisen var. Det viste seg at det institusjonelle rammeverket til valutaunionen ikke var tilstrekkelig til å håndtere en slik krise (Finansdepartementet, 2013). For Europa er det mer snakk om en gjeldskrise enn en finanskrisen. Dette startet med bankkollaps i Irland og spredte seg primært til Hellas, Portugal og Irland (Lapavitsas, et al., 2010).

De ulike europeiske landene har blitt ulikt rammet av den økonomiske krisen (Lapavitsas, et al., 2010). Datasettet som brukes i empiridelen representerer Europas diversitet i form av land som har blitt både hardt rammet (for eksempel Irland og Portugal) samt land som ikke har blitt like hardt rammet (for eksempel Sverige og Danmark). I mellom disse ytterkantene har man land som har merket finanskrisen, men mindre grad enn de sterkest rammede, og i større grad enn for eksempel Danmark (Midthjell, 2010).

Tabellen nedenfor viser BNP for de inkluderte landene i analysene på de aktuelle datainnsamlingspunktene for ESS. Her kan man tydelig se at det er fallende BNP for alle land mellom 2008 og 2010. Diagrammet er basert på data fra World Data Bank (The World Data Bank Group, 2014).

Modell 1: De representerte landenes BNP, 2006-2012



2.2.1. Konsekvenser for helsesystem i Asia etter finanskrisen i 1997-1998

Det er ikke første gang verdens finansmarkeder har fått en knekk. En annen finanskrisen som ligger i minne, er den asiatiske finanskrisen i 1997/1998. Waters, Saadah, og Pradhan (2003) har undersøkt hvordan den asiatiske finanskrisen fikk innvirkning på helsen og helsesystemet i Indonesia etter krisen. Undersøkelsen er gjort uten fokus på tilfredshet, men den økonomiske krisen fikk konsekvenser for finansieringen av helsesystemet både i Indonesia gir grunn til å tro at dette også ble påvirket. I artikkelen hevder de at på grunn av lavere kapitalstrøm gjorde finanskrisen at helsesystemet ble dårligere. «The crisis had a clear negative effect on public and private health expenditures» (Waters, et al., 2003:179). Finanskrisen fikk med andre ord konsekvenser i form av mindre andel offentlig finansiering av helsevesenet, og bruken av helsetjenestene sank også fordi privatøkonomien ikke strakk til for innbyggerne. Dette kan ikke overføres til situasjonen i Europa, men det illustrerer hvordan helsesystem kan påvirkes av en økonomisk krise.

2.3. Helsestystemer

På land-nivå kan vi finne en av de tre dimensjonene som Missinne, et al. (2013) peker på når de skal se på variabler som kan forklare borgerens ulike holdning til helsevesenet – den institusjonelle. «A dominant hypothesis in the field is that individual perceptions of healthcare legitimacy are shaped by the institutional characteristics of the welfare state» (Missinne, et al., 2013:235). Dette gjelder altså ikke bare helsevesenet, men velferdsstaten. Helsetjenestene er bare en del av velferdsinstitusjonen. Derfor kan det ikke sidestilles, bare ses i en sammenheng,

fordi det handler om holdninger til flere ulike institusjoner i velferdsstaten. Ved å bruke politisk tillit som en av variablene i regresjonsanalysene kontrollerer jeg for politiske holdninger, se side 20 for redegjørelse. Herunder kommer en videre utgreiing av hva som menes med et helsesystem, og hvordan dette ser ut i det europeiske landskapet, samt grunnlaget for hvorfor jeg velger Wendt (2009) sin typologi når jeg skal teste denne variabelen i regresjonsanalysene.

Helsesystemet i et land er en vesentlig del av velferdsinstitusjonen, og en av statens viktigste oppgaver. I de europeiske landene blir en stor del av statsbudsjettene brukt på å opprettholde god helse hos befolkningen (Freeman, 2000). «[...] health problems are state problems, health systems may be understood as being embedded in those political processes of which the state forms a part» (Freeman, 2000:8). At befolkningen opprettholder god helse betyr at arbeidslinjen kan opprettholdes, og produktiviteten i staten er avhengig av dette.

«Når vi snakker om helsesystem refererer vi følgelig til forhold som berører helhetsaspektene ved en stats helseleveranser, inkludert politikkutforming, administrasjon, organisering, finansiering og kapasitet til tjenestelevering» (Norad, 2011). Til tross for at helsesystemene er forskjellig fra land til land, er den gjennomgående trenden i alle i-land at myndighetene regulerer helsevesenet i stor grad (Blank & Burau, 2007). Helse, hvordan det blir utført og styrt, har dermed blitt en av de største bekymringene i vestlige stater. I tillegg henger dette signifikant sammen med økonomien, ettersom det er en så stor kostnad for statene. I tillegg handler helsevesenet om massiv sysselsetting (Freeman, 2000).

Wendt, Kohl, Mischke, og Pfeifer hevder at «[...] public support for the healthcare system is framed by the institutional design of these systems» (2010:178). Når jeg videre i oppgaven skal undersøke om befolkningen er tilfreds med helsetjenestene i sitt land, handler det i stor grad om å undersøke hvorvidt helsevesenet i de respektive statene har mer, eller mindre støtte etter finanskrisen.

For å kunne sammenlikne helsesystemer er det nødvendig å ha noen kjennetegn som kan være utgangspunkt for en komparativ analyse. Det er gjennom de siste tiårene gjort en del forsøk på dette, og fokuset har ofte vært hvordan helsetjenestene blir finansiert (Wendt, 2009). Det er samtidig mange flere forskjeller mellom de ulike helsesystemene. De kan ifølge Freeman (2000) deles inn i tre subsystemer: *finansiering*, *levering av tjenester* og *regulering*. Disse subsystemene teller som de funksjonelle prosessene i helsesektoren.

2.3.1. Tidligere kategorisering av helsesystem

Finansieringssystemene i Europa kan i hovedsak deles i to: de som er betalt av staten og de som er finansiert gjennom lønnsbidrag (Freeman, 2000; Wendt, 2009). Hovedsystemene har blitt brukt som distinksjoner i den europeiske forskningen og kalles på engelsk NHS og SHI – national health service og social health insurance (Wendt, 2009). Førstnevnte system kjennetegnes ved at finansiering ved generell beskatning. I stedet for at helsesystemet er en samling av ulike private og statlige helsetjenester, ligger helsevesenet i stor grad innenfor statlig styring. Det er ikke forskjellige helseforsikringer som sørger for hvilke helsetjeneste borgeren får, det er en formell rett til samme behandling for alle. De fleste sykehus og andre helseinstitusjoner er dermed offentlig eid, og de fleste leger og andre helsearbeidere er offentlig ansatte. Et annet kjennetegn ved denne typen helsesystem er at oppgaven med å tilby helsetjenester til hele befolkningen opprettholdes av staten (Toth, 2013).

Modellen med SHI (sosial helseforsikring) baserer seg på at enkelte yrkesgrupper blir beordret til å ta ut helseforsikring. Det er ikke staten direkte som står som forsikringsgiver, men heller ulike typer sykekasser. Arbeidernes avgift blir samlet i ulike ikke-statlige organer. En viss prosent blir betalt av de ansatte, og en del av arbeidsgiver. Borgerne kan ikke velge om de vil ha helseforsikring. Her er det ikke gitt at staten er tjenesteyter, men det er rom for større del private helsetjenestedistributører (Toth, 2013). Selve finansieringen gjør disse systemene er tilsynelatende veldig forskjellig, det er ikke så store forskjeller som det gir seg ut for å være, ettersom det ikke er frivillig å ha denne helseforsikringen. Kategoriseringen som er basert på dette, speiler en veldig økonomisk og effektivitetsbasert tilnærming til typifiseringen (Freeman, 2000).

Disse to måtene å dele inn helsesystemer på gir et uriktig bilde av situasjonen i Europa. Denne oppdelingen sier ingenting om hvor stor helsesektoren er, med for eksempel fokus på legetetthet, eller hvilke helsetjenester som er inkludert i ordningene (Kohl & Wendt, 2004; Wendt, Frisina, & Rothgang, 2009). Likevel er det viktige å kunne se hva som er brukt som forskjeller på helsesystem tidligere, for å kunne se hva Wendt har gjort annerledes i sin kategorisering.

2.3.2. Wendts kartlegging av helsesystemer i Europa

Utviklingen av helsesystemtypologier har beveget seg i litt ulike retninger, og Claus Wendt (2009) er en av forskerne som har fokusert på dette temaet de siste årene. Han har kommet frem til en typologi for de europeiske statene som tar for seg flere dimensjoner, enn bare de to finansieringsmetodene som ble nevnt tidligere. Det er denne typologien jeg skal bruke for å

besvare problemstillingen. Videre kommer en fremstilling, og tabell, over de tre ulike gruppene helsesystemer Wendt mener er tilstede i Europa i dag: *ytelsesorientert* (Health service provision-oriented type), *universell dekning* (universal coverage – controlled access type) og *lavbudsjett* (low budget – restricted access type) (Wendt, 2009:441).

Typologien viser i stor grad den tidligere inndelingen av helsesystemer i NHS- og SHI-typer. «In general, the analysis therefore supports earlier findings and established models of contrasting healthcare systems» (Wendt, 2009:440). For full forståelse av tabellen kommer en utgreiing av hvordan kriteriene er argumentert for i artikkelen. Eksemplene er ikke bare til nytte for å forstå helsesystemene, men kan også ligge til grunn for videre studier på blant annet tilfredshet (Wendt, 2009).

Noe av problemene med tidligere helsesystemtypologier er at de ikke fanger opp antallet tjenesteytere, eller reguleringen av tilgang til disse. I stedet fokuseres det på organisatoriske prinsipper på tilgangssiden: eierskap av helsetjenester, og autonomien til legene. Når det kommer til tilgang, refereres det til helsesystemdekning, ikke på pasienters tilgang til tjenesteytere. Selv der termen forbruker er brukt, er det ikke pasientenes tilgang som er fokus, men mer generell valgfrihet som kriterium for dekning. I det konseptuelle rammeverket til Wendt, et al. (2009) fanger man opp regulering av pasienters tilgang på helsetjenester, men Wendt (2009) hevder at det ikke er styrken på regulering som er interessant – det er hvem som regulerer tjenestene.

Et sterkt fokus på tjenesteytelse av helsetjeneste er essensielt i en helsesystemtypologi som kan støtte komparative analyser av funksjonen i helsevesenet, og effekten på pasienters tilfredshet i den sammenheng. Det betyr ikke at finansielle dimensjoner skal ignoreres. Helsetjenestene i Europa krever finansiering, og i noen europeiske land er det så mye som 10% av BNP som er brukt på helsevesenet. Privat finansiering influerer også pasienters tilgang på helsetjenester, og kan i diskriminere grupper med lavere inntekt (Wendt, 2009).

Wendt (2009) bruker det også Freeman (2000) mener er subsystemene i et helsesystem: *finansiering, helsetjenesteytelser og regulering* som hovedkategorier.

Helsefinansiering

Wendt (2009) benytter to dimensjoner for å kategorisere systemene innenfor finansiering. Den første er totale helseutgifter (THE – total health expenditure) og den andre er andelen private betalinger (private out-of-pocket funding).

Kontrollen på de totale utgiftene til helsevesenet er sett på som et stort problem i alle helsesystemer. Noen har vært mer suksessfulle med å stabilisere THE enn andre. THE innebærer alle utgifter knyttet til området preventive helsetjenester, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, pleie for kronisk syke, samt administrering av helsetjenester. THE kan kalkuleres enten prosentvis av BNP, eller antall USD (amerikanske dollar) brukt per hode i befolkningen. Wendt (2009) hevder det er mest interessant å se på det som faktisk er brukt på helsevesenet, ikke prosentvis andel, og bruker USD per person som indikator på THE.

Siden Kohl og Wendt (2004) hevder det er svak korrelasjon mellom helsetjenesteytelser og THE, er også andelen private betalinger tatt med som en indikator. Det er en viktig distinksjon for pasienten om de har rett til helsetjenester gjennom øremerkede sosial forsikringsressurser, private betalinger, eller gjennom skatt. Når det gjelder tilgang på helsetjenester indikerer andelen offentlig finansiering hvilken grad det anses et offentlig ansvar å sikre helsetjenester for de som har behov for medisinsk behandling. For individet er dimensjonen private utgifter viktig. Der dette er høyt, stenger man i større grad tilgangen til helsevesenet for de i lavere sosiale klasser. Jo høyere andel privat betaling, jo større blir privatiseringen av risikoen det er å ha behov for helsetjenester (Wendt, 2009).

Helsetjenesteytelser

Sammenliknet med oppmerksomheten rettet mot finansiering og helsebudsjetter, er produksjonssiden av helsetjenester ganske neglisjert i den internasjonale helsepolicydebatten. Dette til tross for at 70% av de økonomiske ressursene som brukes på helsetjenester direkte er knyttet til helsetjenesteytelser. Wendt (2009) har brukt to indikatorer for å kartlegge tjenesteytelsene: inpatient care index (inkluderer blant annet spesialister og sykepleiere på sykehus) og outpatient care index (inkluderer blant annet fastleger og farmasøyter). Disse indikatorene brukes for å innhente informasjon om helsesystemet legger vekt på primærhelsetjenesten eller på spesialisthelsetjenesten. Av den grunn har jeg valgt å kalle inpatient index for *indeks for spesialisthelsetjeneste*, og outpatientcare index for *indeks for primærhelsetjeneste* i tabellene som følger på side 15 og 18.

Regulering

I internasjonal sammenheng handler den første indikatoren om man har tilgang på det offentlige helsevesenet som statsborger, eller om man ikke har det. I europeisk sammenheng må man differensiere litt mer, ettersom de europeiske systemene, med få unntak, gjelder hele populasjonen. Dekning blir derfor ikke en relevant variabel (Wendt, 2009). De tre indikatorene

Wendt (2009) har brukt på regulering er hvordan man får tilgang på helsevesenet (stønadsrettigheter), hvordan legen får lønn og valgfrihet.

Den første indikatoren på regulering er hvordan man får tilgang på helsevesenet. De ulike mulighetene er: gjennom statsborgerskap, tilskudd til sosial forsikring, private helseforsikringer eller nød. Sammenliknet med bevist nød eller tilgang gjennom statsborgerskap – stimulerer private og sosiale forsikringer til økt andel helsetjeneste mot provisjon.

Hvordan legene får lønnen sin er den andre indikatoren på hvordan institusjonen fungerer. Legene mottar lønn etter ulik praksis: *fee-for-service* (gebyrbelastning for hver utførte tjeneste), *per case*, *per pasient på listen* eller *fastlønn*. Kontrollen på legers lønn er høyest når det er fastsatt lønn, og lavest der det er gebyrbelastning per tjeneste. Der sistnevnte kan være insentiv for legene å se pasienten så ofte som mulig, kan lønn per pasient på listen eller fastlønn være insentiv til å redusere arbeidsmengden.

Indikator nummer tre er reguleringen av om pasienters tilgang på helsetjenester er inkludert. Denne indikatoren skal fange opp om pasienter har valgfrihet når det kommer til lege, og om de må skrive seg på en fastlegeliste, og være på den over en lengre tidsperiode. Dette indikerer graden av reguleringen på tilgang på leger. I tillegg kan tilgang på spesialister være begrenset. Pasienter kan enten ha fritt valg og direkte tilgang på spesialister, eller de kan være avhengig av henvisning fra en fastlege. I et tredje system kan man få tilgang på spesialist gjennom et tillegg beløp. Indeksen som er lagt inn i helsesystem-typene er basert på rangering fra «fritt valg av lege» til «fastlege med behov om henvisning dersom det er behov for spesialist».

Helsesystemtypologien

Alle dimensjonene som er beskrevet tidligere i kapittel 2.3.2 er bakgrunnen for helsesystemtypologien som er utarbeidet av Wendt (2009). Tabellen for dette, med resultatene for de inkluderte landene fra kartleggingen er presentert nedenfor. Når det kommer til scoren på indeksene, samt verdiene som viser antall USD som er brukt per person, er det viktig å påpeke at dette ikke er dynamiske verdier. Dette er indeksscorer som er samlet inn i forkant av hans undersøkelse, og verdiene vil ikke være de samme i 2006, 2008, 2010 og 2012 som er årstallene mine tverrsnittdata er i fra. Tabellen er den samme som i artikkelen (Wendt, 2009:440), oversatt til norsk, samt tillagt en overordnet kategori for hver indikator:

Tabell 1: Wendts kartlegging av helsesystem i Europa, 15 land.

Type helsesystem:	Helsefinansiering			Helsetjenesteytelse		Regulering		
	Total bruk av helseutgifter i USD	Offentlig helseutgifter i % av totale helseutgifter	Private betalinger i % av totale helseutgifter	Indeks: spesialist-helsetjeneste	Indeks: primærhelsetjeneste	Stønadsrettigheter	Legeavlønning	Indeks: Regulert tilgang
Ytelsesorientert AT, BE, DE, FR, LU	Høyt nivå av total bruk av helseutgifter (gjennomsnitt USD 2850 per pers)	Høyt nivå av offentlig finansiering (over 80% av totale helseutgifter)	Medium andel privat betaling (13% av totale helseutgifter)	Medium (105)	Høy (133)	Bidrag	Gebyrbelastning per tjeneste	Lite regulering
Universell dekning DK, GB, IE, IT, SE	Medium nivå av total bruk av helseutgifter (gjennomsnitt USD 2269 per pers)	Høyt nivå av offentlig finansiering (over 80% av totale helseutgifter)	Medium andel privat betaling (15% av totale helseutgifter)	Medium (103)	Lav (81)	Statsborgerskap	Per person på fastlegelisten (bortsett fra SE: fastlønn)	Medium til sterk regulering
Lavbudsjett ES, FI, PT	Lavt nivå av total bruk av helseutgifter (gjennomsnitt USD 1721 per pers)	Medium nivå av offentlig finansiering (over 73% av totale helseutgifter)	Høy andel privat betaling (22% av totale helseutgifter)	Lav (80)	Medium (107)	Statsborgerskap	Fastlønn	Sterk regulering

AT: Østerrike, BE: Belgia, DE: Tyskland, FR: Frankrike, LU: Luxemburg

DK: Danmark, GB: Storbritannia, IE: Irland, IT: Italia, SE: Sverige

ES: Spania, FI: Finland, PT: Portugal

Ytelsesorientert type (*Health service provision-oriented type*): Gruppen inkluderer Østerrike, Belgia, Frankrike, Tyskland og Luxemburg. Dette er land som har sosial-forsikring typen fra de eldre typologiene. Helsesystemene kjennetegnes av høye helseutgifter totalt, og også den offentlig finansieringen er på et høyt nivå. Den delen av helseutgiftene som betales av borgerne fra egen lomme er moderat. De totale helseutgiftene brukes i middels grad på spesialisthelsetjeneste, og i stor grad på primærhelsetjenesten. Andre kjennetegn ved land i denne gruppen er at leger har stor autonomi, og det er også valgfriheten for pasientene (Wendt, 2009).

Universell dekning (*Universal coverage – controlled access type*): Danmark, Storbritannia, Sverige, Italia og Irland er land der helsetjenestene finansieres gjennom skattebetaling. Av disse landene er det bare Italia og Irland som ikke har hatt denne ordningen etablert lenge. Irlands helsesystem ble fullt statlig finansiert så sent som i 2001. Denne typen system er karakterisert av et middels høyt helsebudsjett (i europeisk standard), og den delen av utgiftene som er offentlig finansiert er høy. Det borgerne betaler selv av egen lomme er middels høyt. Sammenliknet med den første typen (helsetjenesteytelsesorientert) er fokuset på spesialisthelsetjenesten ganske likt, mens fokuset på primærhelsetjenesten er høyere enn i den første gruppen. Tilgangen på leger er sterkt regulert, og inntekten til legene er også nøye regulert fra politisk hold (Wendt, 2009).

Lavbudsjett (*Low budget – restricted access type*): Portugal, Spania og Finland er også land der helsetjenestene er offentlig finansiert. Mens Finland fikk full statlig finansiering av helsesystemene så tidlig som på 60-tallet, er Spania og Portugal de siste landene i oversikten som innførte dette systemet. Kjennetegnene til disse systemene er at de bruker minst penger på helsevesenet. Dette er knyttet til dårlig økonomi for Spania og Portugals tilfeller. Selv om det er medium andel av helseutgiftene som er offentlig finansiert, betaler borgerne mye ut av egen lomme for helsetjenester, og Wendts (2009) analyser viser at det er sterke institusjonelle reguleringer på tilgang på helsetjenester. Fokus på spesialisthelsetjenesten ligger på et lavt nivå, og fokuset på primærhelsetjenesten ligger på et moderat nivå. Legene mottar fastlønn og dette tyder dermed på sterk statlig regulering (Wendt, 2009).

Bakgrunnen for konstruksjonen av disse tre helsesystemene er tidligere forskning på området (Se bl.a. Freeman, 2000; Kohl & Wendt, 2004; Marmor, Freeman, & Okma, 2005; Wendt, et al., 2009). Selv om resultatene Wendt (2009) stemmer overens med den forskningen som baserer seg på finansieringsforskjeller mellom helsesystemene, er det ikke dette som er hans

fokusområde. Han mener at det er viktigere å se på hva man får ut av finansieringen, og på hvilken måte det er tilgjengelig for pasienten, og regulert av staten. I likhet med Marmor, et al. (2005) setter Wendt (2009) spørsmålsteget ved tidligere forskning. Organisatoriske og finansielle forskjeller er ikke nok til å sammenlikne landenes helsesystemer. Derfor har typologien ovenfor kommet til. «This typology serves to identify differences across countries, and change over time regarding the role of the state in healthcare in relation to the role of societal-based and private actors» (Wendt, 2009:433).

2.3.3. Tilfredshet og type helsesystem

Tidligere forskning har vist at det er relativt svak korrelasjon mellom tilfredshet og institusjonelle forskjeller (Missinne, et al., 2013). Der det er mye penger involvert fra statens side i helsevesenet, er det likevel tenkelig at tilfredsheten er høyere (Gevers, et al., 2000; Missinne, et al., 2013). Samtidig vet vi at kvaliteten på det som kommer ut av de økonomiske tilskuddene er det som kommer pasientene til gode, og det er ikke alltid det henger sammen med den totale mengden utgifter. Der det er snakk om en høy andel private betalinger skulle man tro at tilfredsheten var lavere, fordi borgeren merker høye helseutgifter på en annen måte enn ved å betale skatt. Samtidig kan man stille spørsmål ved om borgerne synes dette er bedre, med en stadig eldre populasjon som trenger helsetjenester. Missinne, et al. (2013) problematiserer dette, og stiller spørsmålet om de yngste borgerne vil være tilfreds med et helsesystem der deres skattebidrag i større og større grad går til helsetjenester til en generasjon de ikke er en del av. Gevers, et al. (2000) hevder at tilfredsheten er høyere i land der den er største andelen av helseutgiftene blir betalt av det offentlige. Samtidig er det ulike kulturelle forskjeller som gjør at det offentlige helsevesenet er viktigere for borgerne i for eksempel sosialdemokratiske land enn i Sør-Europa, der familien i større grad er ansvarlig for individet (Fjær, 2013). De andre delene av helsesystemet er redegjort for tidligere i kapitlet. Når det kommer til indeksene som måler hvordan helsetjenesteytelsene er, vil det være rimelig å anta at høyere score fører til høyere tilfredshet.

2.3.5. Forventningsmodell

Basert på de indikatorene som diskuteres i artikkelen til Wendt (2009), er dette forventningsmodellen for tilfredshet blant borgerne. Her er de samme indikatorene for helsesystemene, samt hvordan de ulike systemene scorer, lagt til sammen med forventet tilfredshet i de ulike helsesystemene.

Tabell 2: Forventningsmodell for helsesystemene. Inneholder indikatorer, score på disse og forventet tilfredshet.

Helsesystem	Indikatorer	Score	Kontrollert for:	Forventet tilfredshet
Ytelsesorientert	Total bruk av helseutgifter (USD per pers)	Høyt	Politisk tillit Kjønn Alder Utdanning Personlig økonomi Helsetilstand Ideologi	Høyst
	Offentlig finansiert	Høyt		
	Private betalinger	Medium		
	Indeks spesialisthelsetjenesten	Medium		
	Indeks primærhelsetjenesten	Høyt		
	Stønadsrettigheter	Bidrag		
	Avlønning av leger	Gebyrbelastning per tjeneste		
Reguleringstilgang	Lite	Medium		
Universell dekning	Total bruk av helseutgifter (USD per pers)			Medium
	Offentlig finansiert			Høyt
	Private betalinger			Medium
	Indeks spesialisthelsetjenesten			Medium
	Indeks primærhelsetjenesten			Lavt
	Stønadsrettigheter			Statsborgerskap
	Avlønning av leger	Per person på fastlegelista		
Reguleringstilgang	Medium/sterk	Lavest		
Lavbudsjett	Total bruk av helseutgifter (USD per pers)			Lavt
	Offentlig finansiert			Medium
	Private betalinger			Høyt
	Indeks spesialisthelsetjenesten			Lavt
	Indeks primærhelsetjenesten			Medium
	Stønadsrettigheter		Statsborgerskap	
	Avlønning av leger	Fastlønn		
Reguleringstilgang	Sterk			

De grønne feltene representerer indikatorer som fører til tilfredshet, mens de røde feltene representerer indikatorer som kan føre til belastninger for borgerne, og dermed lavere tilfredshet.

2.4. Borgernes tilfredshet med helsetjenestene

Selv om de institusjonelle forskjellene er noe av det som forklarer variasjonen i tilfredshet med helsevesenet, er også det individuelle karakteristikker og forventninger som gjør at tilfredsheten varierer (Eikemo, Bambra, Judge, & Ringdal, 2008). Ulike individuelle forutsetninger som kan ha påvirkning på hvor tilfreds befolkningen er med helsetjenestene, korrigeres for i regresjonsanalysene. Her mener Missinne, et al. (2013) at det er to dimensjoner av individuelle forskjeller som kan forklare om en borger mener helsesystemet er legitimt, eller ikke i sitt land. De to dimensjonene er som nevnt tidligere: selvinteresse og ideologi. Disse dimensjonene er operasjonalisert i ulike variabler som man kan finne i ESS-datasettet. «A first line of thinking starts from the assumption that self-interest is a motivational basis for perceptions regarding welfare-arrangements such as healthcare» (Missinne, et al., 2013:233). Dette argumentet hviler på rational choice theory, som har aktøren i sentrum (Aakvag, 2008) I følge dette argumentet vil de som er eldre, mennesker med dårlig helse og de med lav sosioøkonomisk status være mest tilfreds fordi det er de som bruker helsevesenet mest (Missinne, et al., 2013).

Som teoretisk grunnlag for forklaringen i selvinteresse dimensjonen (Missinne, et al., 2013) tar jeg utgangspunkt i sammenfatningen til Crow, et al. (2002). Forfatterne har på bakgrunn av den lite enhetlige forskningen på tilfredshet med helsevesenet, laget en sammenfatning av litteraturen på området. Hovedmålet for sammenfatningen er å problematisere både begrepet tilfredshet, og bruken av det i tidligere forskning. Forskningen som blir gjennomgått er gjort på ulike måter, og det metodologiske er også diskutert i sammenfatningen (Crow, et al., 2002). Artiklene som er analysert i dokumentanalysen har ulike målgrupper som informanter, dette kan gjøre at enkelte deler fra sammenfatningen ikke er pålitelig når det kommer til forskningen i denne oppgaven. Noen av artiklene er blant annet basert på pasientundersøkelser, og perspektivet blir derfor veldig annerledes enn for de representative innbyggerne i Europa som er informanter i ESS.

Oppsummeringen viser at det er en del som samsvarer innenfor den tidligere forskningen, og noe av det vil være grunnlaget for de uavhengige variablene som tas i bruk i regresjonsanalysene. En del av variablene som i tidligere forskning gir forklaringskraft til

variasjonen av tilfredshet, er ikke mulig å innhente fra mitt datamateriale, men jeg beskriver de likevel nedenfor ettersom dette kan tilføre mening resultatene.

Crow, et al. (2002) definerer tre hovedtyper variabler fra forskningen: sosioøkonomiske- og demografiske karakteristika, helsestatus og forventninger. Sistnevnte er ikke mulig å undersøke forklaringskraften av med datasettet fra ESS (European Social Survey, 2014). Likevel er det viktig å ha med i bakhodet når resultatene skal tolkes.

2.5. Forventninger

Det er rimelig å anta at folks selvopplevde hendelser i helsevesenet påvirker hvor tilfreds borgerne er med helsetjenestene i sitt land. Opplevelse av god behandling gir høy tilfredshet, og vice versa. De nærme opplevelsene er i fokus for de fleste av oss. På grunn av denne antakelsen har Bleich, Özaltin, og Murray (2009) undersøkt hvordan tilfredshet med helsesystem henger sammen med pasientopplevelsen. Etter hvert som man har begynt å se på pasientopplevelsen som noe viktig i forbindelse med reformer i helsevesenet har man fått mer fokus på hvordan dette henger sammen med tilfredshet med helsesystemet (Bleich, et al., 2009). Her setter de forventninger og informantenes demografiske kjennetegn i sammenheng med hvor tilfreds de er med helsesystemet. De finner empiriske sammenhenger som viser at det er mye av variansen som ikke kan forklares med helsetilstand og selvopplevd behandling i helsevesenet.

Borgerens forventninger er i stor grad en del av atferdsforskningen, og ses ofte på i forbindelse med valg, samt når det kommer til politisk tillit. Overføringsverdien mellom forskning på politisk tillit og helsevesenet kommer av at det i begge tilfeller handler om borgernes holdning til de politiske avgjørelsene som blir tatt. Økonomi og politikk henger nøye sammen, og økonomisk stemmegiving er kjent blant valgforskere. Stigende forventingers misnøye (Davies J-kurve), eller relativ deprivasjon, er kjente teorier som støtter opp om nettopp økonomisk stemmegiving (Taylor, 1982).

«Common sense suggests that if people are happy when times are good, they should become happier when times get better» (Taylor, 1982:24). Dette er bevist at ikke er tilfelle, og det er av denne grunn *stigende forventningers misnøye* har blitt en kjent term i statsvitenskapen. Begrepet går på at grupper og individer sammenlikner seg med andre grupper, og får dermed forventninger i henhold til det. Når forventningene ikke blir oppfylt synker tilfredsheten med det man har fra før. Også informantenes tidligere erfaringer da hun testet hypotesen. Det viste seg at på grunn av sosial-psykologiske mekanismer, sammenlikner man seg med subjektive opplevelser, ikke

objektive (Taylor, 1982). I senere tid har den sterke troen på dette begynt å slå sprekker. Todal Jenssen og Male Kalstø (2011) har skrevet en artikkel som handler om nettopp dette. Siden den sittende norske regjeringen både i 2001 og 2005 tapte valget, til tross for sterk økonomisk vekst, og regjeringen i 2009 ble gjenvalgt selv om økonomien var sterkt preget av finanskrisen, kan man sette teorien under tvil. De argumenterer for at folks forventninger blir formet av hvordan den økonomiske situasjonen blir beskrevet i mediebildet. Dette er ikke en oppgave som omhandler hvorvidt regjeringene i Europa blir sittende etter finanskrisen, men Todal Jenssen og Male Kalstø (2011) funn viser at lave forventninger gir konsekvenser i form av endret atferd hos borgerne.

Når Crow, et al. (2002) beskriver utfordringene med å forske på tilfredshet, er nettopp dette med forventninger et tema. I artikkelen skrives blant annet at borgernes forventninger blir av mange forskere sett på som en av de mest avgjørende faktorene for om pasientene er fornøyd eller ikke. Blant annet Pascoe, Attkisson, og Roberts (1983) og Thompson og Suñol (1995) hevder dette. De skriver om pasienters tilfredshet med behandling, og kommer med noen viktige poenger når det kommer til tilfredshet og forventninger. Informasjonen de bruker i sin forskning er hentet inn fra markedsundersøkelser basert på psykologiske teorier. «In the simplest form, client (dis)satisfaction is viewed as a reflection of the difference between what is expected (E) and what is perceived to have been delivered (D); if $D > E$, the client will be satisfied, but if $D < E$, dissatisfaction results» (Crow, et al., 2002:6).

2.6. Selvinteresse

Som nevnt i innledningen på dette kapitlet, skriver Missinne, et al. (2013) at selvinteresse er en dimensjon som gir utslag på om borgerne syns helsesystemet er legitimt eller ikke. Denne dimensjonen gjelder også for tilfredshet med helsetjenestene, og enkelte av variablene i regresjonsanalysene er basert på dette. Demografiske kjennetegn har vist seg å forklare variasjon i tilfredshetsforskningen, og dermed er det individuelle forskjeller som gir forklaring til et kontekstuel nivå. Som nevnt mangler en variabel på forventning i datamaterialet. Dette er et problem som også blant annet Bleich, et al. (2009) opplevde i sin undersøkelse om tilfredshet med helsesystemet, der pasientopplevelser var den viktigste variabelen i analysen. De mener at variablene som går på selvinteresse i min undersøkelse, også kan brukes som erstattende variabler for forventningsvariabelen. Dette fordi tidligere undersøkelser gir resultater som kan predikere tilfredshet basert på demografiske kjennetegn.

2.6.1. Kjønn og alder

På bakgrunn av de artiklene Crow, et al. (2002) har analysert kan man si at det ikke er funnet evidens for at det er noen kjønnsforskjell mellom kvinner og menn på tilfredshet med helsetjenestene. 26 av studiene viser nemlig ingen forskjell. Seks viser at kvinner er mer fornøyd enn menn, og sju viser at menn er mer fornøyd enn kvinner. Kjønn må likevel være med i analysene som en kontrollvariabel. Crow, et al. (2002) hevder at vurderingen av effekten av kjønn på tilfredshet må redegjøres for ved å se på hvordan helsetjenester brukes ulikt av menn og kvinner.

På variabelen alder derimot, er forskningen mer entydig. Av 58 studier som har med alder som en variabel, er resultatet i 41 av artiklene at eldre er mer tilfreds med helsesystemet enn de unge (Crow, et al., 2002). Årsakene til dette er tvetydige, og studiene som viser disse trendene er ikke alltid sammenliknbare på det metodiske plan - verken med min oppgave, eller hverandre. Bleich, et al. (2009) fremhever også at det er sterk korrelasjon mellom alder og tilfredshet. Borgere over 70 år er mer tilfreds med helsevesenet enn de mellom 18 og 29 år. Dette er kontrollert for pasientopplevelser.

Årsakene til at høyere alder gir høyere tilfredshet kan i følge Crow, et al. (2002) deles i to: konsekvens av livssyklus og kohorteffekt. Førstnevnte baserer forklaringen på at eldre mennesker er mindre kravstore og mer aksepterende enn yngre mennesker. I tillegg er det rimelig å anta at helsepersonell oppfører seg annerledes mot eldre enn mot yngre. Kohorteffekten kan man se i sammenheng med forventninger. Helsevesenet har gjennomgått en hel del forbedringer, og de som er eldre har opplevd helsetjenester som er dårligere enn det som er i dag. Det vil si at deres forventninger er lavere fordi de ble født inn i et dårligere system, og det de opplever i dagens helsevesen vil være bedre enn det de forventer (Crow, et al., 2002).

2.6.2. Utdanning

Utdanning er en kontrollvariabel som i mange andre undersøkelser har vært del av det å undersøke om sosioøkonomisk status har signifikant sammenheng med tilfredshet. Det er imidlertid tvetydige resultater med bruken av sosioøkonomisk status som en variabel i denne sammenhengen (Crow, et al., 2002), og jeg har valgt å skille ut utdanning som en frittstående demografisk karakteristikk av informantene. Gevers, et al. (2000) hevder at holdninger som er knyttet til velferdsstaten, deriblant helsetjenesten som statlig institusjon, er indirekte knyttet til borgernes posisjon i samfunnet. De skriver at de med høyere utdanning er sterkere moralsk forpliktet til å støtte ulike velferdstjenester. Dette gjelder spesielt de borgerne med høyere

utdanning som er venstreorientert. Bleich, et al. (2009) finner i sine resultater en svak, men signifikant, korrelasjon mellom utdanning og tilfredshet. De med minst utdanning er mest tilfreds med helsesystemet i denne undersøkelsen. Vestnes (2013) setter den kritiske grunnholdningen man tillærer seg i academia i sammenheng med at det er forventet at de med høyere utdanning er mindre tilfreds med helsesystemet. Han mener at det ikke er utenkelig at denne kritiske grunnholdningen smitter over til andre område i livet, og at dermed personer med lang og høy utdanning er mest kritiske til helsevesenet i sitt land. Dette er en motsetning til det Gevers, et al. (2000) skriver om moralsk forpliktelse til velferdstjenestene, men bekrefter det som er funnet i artikkelen til Bleich, et al. (2009).

2.6.3. Inntekt

Gevers, et al. (2000) finner at arbeidsløse er mer støttende ovenfor et offentlig helsesystem enn de med fast inntekt. Wendt, et al. (2010) undersøker hvilke sosioøkonomiske grupper som støtter et offentlig helsesystem. De undersøker forskjellen mellom NHS systemer og SHI systemer. De finner at de med høyest inntekt er mest fornøyde med helsevesenet, uavhengig av system – mens de er minst støttende ovenfor et offentlig helsevesen. Det at man er fornøyd med inntekten til husholdningen kan gi indikasjon på at man kan kjøpe seg bedre helsetjenester (Vestnes, 2013). Tidligere forskning har ikke vist noen klar indikasjon på at inntekt har noe å si for hvor fornøyd borgerne er med helsetjenestene, men enkelte holdepunkt tyder på at dette likevel kan være tilfelle (Crow, et al., 2002; Vestnes, 2013).

2.6.4. Helsetilstand

De som er avhengig av velferdsstaten er mest støttende overfor den, skriver (Gevers, et al., 2000). Dette kommer av motiver basert på selvinteresse. De med dårlig helse vil oftere ha kontakt med helsevesenet enn de med god helse. Helseressursene som blir lagt i de med dårlig helse er dermed større, og dette burde tyde på at de med dårligst helse er mest tilfreds med helsevesenet (Vestnes, 2013). Det er likevel noen motstridende punkter innenfor selvopplevd helse som kan gi motsatt effekt. Crow, et al. (2002) hevder for eksempel at det er mye som tyder på at dårlig helse har en sammenheng med lav tilfredshet med helsetjenestene. Dette blir også bekreftet i datamaterialet til Bleich, et al. (2009). Det som kan føre til dette er at denne økte kontakten med helsevesenet skaper større risiko for å ha negative opplevelser med blant annet ventetid og feilbehandlinger. Samt at det å være syk i seg selv skaper en forventning om å bli frisk etter behandling, og dette er ikke alltid tilfellet selv med hyppig kontakt med helsevesenet (Vestnes, 2013).

2.7. Ideologi

Den siste dimensjonen til Missinne, et al. (2013) på forklaringer av tilfredshet og legitimitet er den ideologiske. Med et egalitært syn vil man støtte en velferdsordning mer enn uten et egalitært syn på verden. Gevers, et al. (2000) er en av de få som har inkludert ideologisk posisjon i sin analyse. Informantene som er venstreorientert er mer støttende til helsesystemet i sitt land enn de som svarer at de er lenger til høyre på skalaen. Det er riktignok en moderat forklaringseffekt av denne variabelen, men likevel et poeng som er viktig å ta med i analysen. Dersom informanten har et syn som reflekterer at alles velbefinnende er viktigere enn enkeltmennesket, vil han eller hun være mer støttende ovenfor et helsesystem som er for alle, fremfor et der økonomiske ulikheter får konsekvens for behandlingen som er tilgjengelig (Gevers, et al., 2000; Missinne, et al., 2013).

3. Datamateriale: European Social Survey

For å selv kunne se sammenheng mellom ulike variabler og tilfredshet med helsetjenestene har jeg brukt datamateriale som er hentet fra European Social Survey. I dette kapittelet beskriver jeg datamaterialet, og hva jeg har gjort med disse ulike variablene for å kunne bruke dem i regresjonsanalysene.

Spørreundersøkelsen ESS er gjort i flere runder, annethvert år fra 2002. «Hovedformålet er å kartlegge sosiale og politiske holdninger og verdier i Europa, og på lengre sikt beskrive sammenhenger mellom strukturelle og institusjonelle endringer i Europa og endringer i holdninger og verdier» (Ringdal, 2001:172). Ved å kjøre den samme spørreundersøkelsen i flere land vil man kunne ha sammenliknbart materiale til å kjøre kryssnasjonale studier, slik som gjøres i denne oppgaven. ESS er en god survey å bruke for å studere endringer over tid, og de samme respondentene kan ikke kobles mot hverandre i de ulike periodene. Det er altså ikke snakk om paneldata, men gjentatte tverrsnittdata (Eikemo & Clausen, 2012).

Innsamlingen er utført med bakgrunn i randomisert utvalg, og utvalget er så stort at det vil være representativt for befolkningen i de respektive landene uten tilleggsmekanismer. At det er randomisert utvalg betyr at sannsynligheten for hver enhet i populasjonen skal komme med i utvalget er lik (Ringdal, 2001). Datamaterialet er tilgjengelig uten restriksjoner, og stilt til disposisjon gjennom Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Dataene er anonymiserte. NSD er ikke ansvarlig for analysen av dem, heller ikke tolkninger av datasettet (European Social Survey, 2014).

Den globale økonomiske krisen er tidfestet i Europa til år 2008 (Finansdepartementet, 2013). For å kunne se en potensiell endringstendens i tilfredsheten blant innbyggerne har jeg valgt å ta i bruk ESS runde 3 – 6. Ved å bruke datasettene fra 2006, 2008, 2010 og 2012 har jeg fått et datamateriale som kan brukes til å se en tendens i tilfredshet med helsetjenestene i Europa gjennom flere år. Basert på disse datasettene kan man si noe om hvordan det var før finanskrisen nådde toppen, underveis og i etterkant. Innsamlingen til ESS runde 3 ble gjort i forkant av finanskrisen (ESS ERIC, u.å.-a), og vil være et bilde på hvordan tilstanden var før den store økonomiske endringen i euroregionen. De langvarige effektene kan man enda ikke si så mye om siden den siste datainnsamlingen ble gjort i 2012 (ESS ERIC, u.å.-b), men man vil likevel kunne se en tendens i et kortvarig perspektiv.

ESS ligger som tilgjengelig råmateriale, men det er ikke alltid man kan sette variablene inn i analysene uten omkodinger (Eikemo & Clausen, 2012). Herunder følger en redegjørelse for hva som er gjort med datasettene før regresjonsanalysene er gjennomført.

3.1. Vekting

Ettersom seleksjonssannsynligheten i datainnsamlingsperioden kan variere noe, er det fare for overrepresentasjon fra enkelte regioner, eller husholdninger. For å unngå at dette påvirker resultatet vektet datamaterialet i SPSS¹. Designvektvariabelen *dweight* er laget til formålet. Enkelte respondenter tillegges mer eller mindre vekt, for å unngå skjevhet i utvalget (Eikemo & Clausen, 2012). For å få mest mulig nøyaktige estimater anbefaler ESS at man vektet datamaterialet i kryssnasjonale undersøkelser (European Social Survey, 2013).

3.2. Koding av variabler og fjerning av enkeltcaser

Noen av variablene i det originale datamaterialet fra ESS må kodes for å kunne gi meningsfulle resultater i regresjonsanalysen.

Politisk tillit: politisk tillit er en holdningsvariabel som er satt sammen til en skala basert på fire enkeltvariabler fra datasettet: tillit til landets regjering, tillit til rettssystemet, tillit til politikere og tillit til politiske partier. Til sammen måler disse en sammensatt politisk tillit. Ved å sette sammen variablene er det tatt høyde for at innbyggerne skiller mellom ulike aspekter innenfor den respektive staten, og man får et mer fingradert mål. En sammensatt variabel gir også fordelene av at variabelen er mindre utsatt for målefeil (Ringdal, 2001). Det er viktig å vite at man med en sammensatt variabel måler den vertikale tilliten til innbyggerne, det vil si at man måler en sammensatt holdning til både politikerne, partiene, regjeringen og rettssystemet. Variablene som er brukt går hver for seg fra 0-10, og til sammen går de fra 0-40. På grunn av at det er så mange kategorier kan dette skape et veldig lite standardavvik sammenliknet med koeffisienten for variabelen i analysene.

Kjønn: Kjønn var i utgangspunktet kodet til mann = verdien 1, og kvinne = verdien 2. Dette gir ikke gyldige svar i regresjonsanalysene. Kjønn er dermed dummykodet til å bli en dikotom variabel som kan brukes i OLS regresjonen. Verdien 1 er for kvinne og 0 for mann. Ettersom blant annet forskningsresymet til Crow, et al. (2002) viser ulike resultater på kjønn er det vanskelig å vite på forhånd om man da kan forvente positivt eller negativt fortegn når denne variabelen inkluderes i analysene.

Alder: ofte bruker man alder kvadrert for å fange opp en kurvelineær effekt i analysen (Ringdal, 2001). For å kunne få gyldig resultat med denne måten å kode om på forutsetter det at sammenhengen er kurvelineær. Denne måten å se ulik effekt av alder på fanger ikke opp

¹ Statistical Package for the Social Sciences

sammenheng i ulike aldersgrupper. For å kunne fange opp sammenheng i ulike aldersgrupper har jeg derfor kodet om alder til fire grupper i et dummysett: 25-39 år, 40-49 år, 50-64 år og over 65 år. Antall informanter i hver gruppe er nesten lik, det gjelder i alle rundene av ESS. Dette gjør at gruppene er sammenliknbare (Eikemo & Clausen, 2012; Ringdal, 2001). Mer om dette i kapittel 5, der de deskriptive tabellene blir presentert. I tillegg er informantene i det originale datamaterialet under 25 år valgt vekk fra analysen. Det fører til at det bare er den voksne delen av befolkningen som blir undersøkt.

Utdanning: Variabelen som er brukt som et estimat på utdanningsnivå er variabelen som viser antall år med utført utdanning: *eduyrs*. Dette er ikke den beste variabelen for utdanning (Norwegian Social Science Data Services, 2013), men kan brukes til formålet som er å se om antall års utdanning har ulik effekt på den avhengige variabelen. Faren med denne variabelen er at den ikke skiller mellom lav og høy utdanning, den fanger bare opp antall år. En alternativ variabel er en som ble inkludert i runde 5 av ESS: ISCED. Denne variabelen «skiller mellom allmenn- og yrkesfaglig utdanning på sekundærnivå og mellom bachelor og master på tertiærnivå» (Orren, 2011:3). Etersom den tidligere forskningen ikke legger noen føringer for at det er viktig å skille mellom disse, velger jeg å gå for variabelen som gir antall år med utdanning i stedet.

Noen informanter har oppgitt over 50 års utdanning. Dette gir liten mening, og av den grunn er alle verdier over 30 år kodet til 30. Dette for å ikke ha ekstremverdier som får utfall for analysene. Alle som oppgir mer enn 30 år i skolesystemet har dermed fått samme verdi.

Ideologi: For å kunne se sammenhengen mellom den avhengige variabelen og ideologi er plassering på politisk skala inkludert i regresjonsmodellen. Missinne, et al. (2013) hevder som tidligere nevnt, at de borgerne som er mest egalitære vil være mest fornøyd med helsesystemet. For å kunne skille ut de som er lengst til venstre på den politiske skalaen, fra de som ligger på midten og til høyre, kodet jeg den kontinuerlige variabelen til en dikotom variabel. Opprinnelig var svaralternativ 0 helt til venstre, og svaralternativ 10 helt til høyre. Den nye variabelen har verdien 1 og 0. 0-3 på den kontinuerlige variabelen har fått verdien 1, og 4-10 har fått verdien 0. Når det er gjort på denne måten, blir både de som er i sentrum og til høyre på den politiske skalaen referansekategori for de som hevder å være ytterst på venstreskalaen, egalitære. Det er vesentlig flere informanter i referansekategorien enn i kategorien. Fordelingen vises i de deskriptive tabellene, kapittel 5.

3.2.1. Uteliggere

I tillegg til denne kodingen av variabler har jeg også fjernet noen enkeltcaser. Dette er gjort for ikke få forstyrrelser i analysene på grunn av ekstreme verdier. Det er altså ikke snakk om å ta vekk svar fra informantene som er utenfor de forventede normene, men å ta vekk åpenlyse feil. Som eksempel kan jeg trekke frem fjerningen av informanten fra Storbritannia som oppgir en alder på 123 år. På et så stort utvalg som her vil ikke dette få store konsekvenser, men det er likevel greit å ta forhåndsregler (Acton, Miller, Fullerton, & Maltby, 2009). En slik enhet kalles uteligger, og er en enhet som dersom mangler endrer regresjonsresultatene i vesentlig grad. «[...] disse kan påvirke utregningen av parameterne, standardfeilen, determinasjonskoeffisienten (R^2) og testobservatorene» (Eikemo & Clausen, 2012:165).

3.2.2. Utvelgelse av land til analysen

Etttersom det er fire runder av ESS i bruk i analysene blir de representerte landene færre enn ønsket. Det er for det første ikke alle europeiske land som er en del av typologien til Wendt (2009), og for det andre er det en del land som ikke er med på alle de fire rundene av ESS. Dette skaper i grunn ikke problemer i analysene, men det er viktig å huske at det er disse landene som er representanter for Europa i undersøkelsen:

Tabell 3: Representerte land i datamaterialet, og type helsesystem.

Ytelsesorientert type	Belgia
	Tyskland
Universell dekning	Danmark
	Irland
	Storbritannia
	Sverige
Lavbudsjett	Finland
	Portugal

Blant disse landene ble noen veldig hardt rammet av finanskrisen (Portugal og Irland), mens for eksempel Danmark og Tyskland ble mindre hardt rammet (Midthjell, 2010). Ulike regioner er dermed representert, noen mer enn andre. Eksempelvis har Norden to av fem land representert, mens Sør-Europa har med Portugal bare ett av 15 land representert. En av de største utfordringene med at bare disse åtte statene er med i analysene er at ingen øst-europeiske land er representert. Tradisjonelt sett har skillet mellom Øst- og Vest-Europa blitt sett på som

det største. Selv om dette stadig endrer seg, blant annet med at flere østblokkland er blitt inkludert i EU, er det en svakhet med undersøkelsen at ingen land fra denne delen av Europa er inkludert.

4. Metode

I metodekapittelet tar jeg sikte på å beskrive, og begrunne forskningen min. Forskningen kan gjennomføres med mange ulike verktøy, og det gjennomgående målet er at det skal være valid og reliabel forskning. Som forsker har man et ansvar både for hvordan vi kommer frem til tallene vi presenterer, og hvordan vi formidler resultatene (Eikemo & Clausen, 2012). Det vil si at vi må følge en av forskningens viktigste premisser: å forske på en måte som er transparent og etterprøvable (Ringdal, 2001). Det handler om forskningsetikk, og av denne grunn beskrives, og begrunnes, oppgavens datamateriale og forskningsdesign. Jeg redegjør også for oppgavens validitet og reliabilitet.

4.1. Metodedesign

Forskningsdesignet har et hypotetisk deduktivt utgangspunkt, ettersom bakteppet for undersøkelsene mine er tidligere forskning som gir grunnlag for å teste sammenhengen mellom de ulike variablene i analysene. «I den hypotetisk-deduktive metode blir slike hypoteser gjenstand for en utprøving eller testing i en senere undersøkelse hvor de kan finne støtte eller bli forkastet» (Ringdal, 2001:41) Det vil si at forskningen innebærer både induksjon og deduksjon, hypotesene skal testes gjennom empiriske observasjoner for deretter å kunne bli empiriske sammenhenger mellom teori og observasjon (Ringdal, 2001). Målet med forskningen er dermed å forklare empiriske sammenhenger mellom ulike variabler og tilfredshet med helsetjenestene i Europa, på bakgrunn av både tidligere forskning og empiriske sammenhenger.

4.2. Repeterte tverrsnittdata

For å kunne nå dette målet må jeg velge en analyse som gjør at jeg kan trekke generelle slutninger ut i fra resultatet, dersom resultatene er signifikante. Å bruke tverrsnittdata er veldig vanlig for samfunnsvitenskapelige studier og gir et øyeblikksbilde av situasjonen (Ringdal, 2001). Tverrsnittdata kan derimot ikke brukes til å se en trend, altså en prosess over tid, slik forskningsspørsmålet mitt krever.

Repetert tverrsnittdata-analyse er karakterisert ved å bruke tverrsnittdata fra ulike perioder, men med samme forskningsarena (som land, eller gruppe), uten at det nødvendigvis er de samme informantene (Beck, 2001). Sistnevnte punkt ville gjort det til en paneldata-studie, med andre

ord – samme informanter svarer på de samme spørsmålene på ulikt tidspunkt. For å kunne undersøke endring over tid, er det mest gunstig å bruke paneldata. Med paneldata kan man følge individet fra tidsperiode til tidsperiode, og gjennom endringer (Singer & Willett, 2003), i dette tilfellet gjennom finanskrisen. Dette er dog ikke mulig med valget av ESS som datakilde. En metodisk utfordring her er derfor bruken av gjentatte tverrsnittdata i stedet for paneldata. Samtidig kan man si at siden jeg ikke er interessert i individuelle endringer når det kommer til tilfredshet med helsetjenestene, men endring på kontekstuell nivå, skaper ikke denne metodesvakheten noe stort problem. Dette er nemlig en av de største svakhetene med gjentatt tverrsnittsundersøkelse (Ringdal, 2001; Ruspini, 2002).

De endringene man observerer i gjentatte tverrsnittundersøkelser ikke viser endring i virkelig endring, men endring i fremgangsmåte. Likevel kan man argumentere for at ved å bruke datamaterialet som er samlet inn på mest mulig identisk måte, til ulik tid, og av samme organisasjon vil kunne gi datamateriale som kan si noe om trender over tid selv om informantene ikke er de samme (Singer & Willett, 2003). Ringdal (2001) hevder også at mest mulig identisk framgangsmåte gjør det mulig å studere trender dersom undersøkelsene gjøres av samme feltorganisasjon, utvalget er trukket ut etter samme utvalgsplan, og at variablene eller spørsmålene er like. ESS oppfyller alle disse kravene, men man må likevel ha i bakhodet at ulikhetene kan «[...] bli gjenstand for spekulasjoner om observerte endringer kan skyldes forskjeller i framgangsmåte snarere enn å representere en virkelig endring» (Ringdal, 2001:129). Å ha data fra flere år øker antallet observasjoner, og kan gi et meningsfullt bidrag til forskningen (Beck, 2001).

I tillegg til de nevnte svakheter gjelder også problemet med årsakssammenheng, som for generelle tverrsnittsundersøkelser. Ringdal skriver at «[...] det vil si at tidsrekkefølgen mellom variabler kan være problematisk å etablere, og at en ikke kan teste årsakssetninger» (2001:136).

Datamaterialet er tverrsnittdata fra fire runder med European Social Surveys datainnsamling. Intervallene mellom datainnsamlingen er lik, som Yaffee og McGee (2000) anbefaler. For å se forskjellen mellom de ulike helsesystemene, kontrollert for andre variabler bruker jeg blokkvise lineære regresjonsanalyser i SPSS. Regresjonsanalysene gjennomføres i de fire ulike datasettene fordi SPSS ikke egner seg til å gjøre analysen i en fil. Av den grunn er nøyaktig de samme operasjonene gjort fire ganger, en gang for hvert datasett. Operasjonen som er gjort i hvert datasett er en blokkvis lineær regresjonsanalyse, der hver uavhengig variabel er lagt til hver for seg, med unntak av dummysettene som er inkludert som «bolk». For å se hvordan

korrelasjonen for de ulike uavhengige variablene endres variabel for variabel, se vedlegg i kapittel 10. I resultatdelen er det bare de fullstendige modellene for hver analyse som blir presentert, dette av hensyn til oppgavens begrensede omfang.

De fire datasettene sammenliknes på grunnlag av det forarbeidet som er gjort. Når alle fire datainnsamlingene er gjort på samme måte, bare på ulik tid, og de samme operasjonene er gjort i hvert datasett vil dette gyldiggjøre en sammenlikning mellom de fire i et diagram der predikert tilfredshet blir presentert (kapittel 6.5).

4.3. Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet er noe som henger nøye sammen. Man er avhengig av høy reliabilitet for at validiteten på undersøkelsen skal være god. Begrepsvaliditet handler om at man måler det man sier man måler, mens innholdsvaliditet handler om man måler de viktigste aspektene ved det respektive begrepet (Ringdal, 2001). Ofte begrenses komparative undersøkelser av validitetsproblemer fordi landenes effekter ikke er utregnet fra samme sted og tid. Når man bruker ESS som datamateriale, er det de samme spørsmålene som er stilt til informantene, og innenfor samme tidsperiode, i alle land og regioner (Eikemo, et al., 2008; Ringdal, 2001). For å kunne si at validiteten er høy må man i tillegg til å ha høy reliabilitet, også vurdere det teoretiske grunnlaget for variablene (Ringdal, 2001). Denne vurderingen er gjort på den avhengige variabelen nedenfor, og sett i sammenheng med tidligere forskning er validiteten høy. Likevel kan subjektive tolkningsfeil oppstå ettersom holdningsvariabler blir målt ut i fra hva respondentene svarer på forskjellige påstander. Validiteten for slike variabler er derfor ofte lavere enn variabler som er enklere å måle. Variabler som kjønn, alder og utdanning er enkle å måle og har høy validitet (Ringdal, 2001).

4.3.1. Reliabilitet

Reliabilitet handler om datamaterialets pålitelighet. Det handler om at gjentatte målinger med samme måleinstrument skal gi samme resultat. Blant variablene som inngår i regresjonsanalysene er dette spesielt viktig å tenke når det gjelder den avhengige variabelen, og den uavhengige variabelen som måler politisk tillit.

Sistnevnte er en sammensatt variabel, skala, og den interne konsistensen bestemmer reliabiliteten på variabelen. For å redegjøre for at dette er en reliabel variabel har jeg vurdert den med Chronbachs Alfa, altså testet variablene i SPSS. Alfa-koeffisienten varierer i verdi fra 0 til 1, og kan brukes til å beskrive påliteligheten av faktorer som er lagt inn i skalaen. Jo høyere poengsum, jo mer pålitelig er den (Santos, 1999). Ringdal (2001) skriver at 0,7 er en akseptabel

pålitelighetskoeffisient, men lavere terskler blir noen ganger brukt i litteraturen. I dette tilfellet er resultatet av Chronbachs Alfa testen over denne grenseverdien for alle inkluderte runder av ESS. Den interne konsistensen vil kunne sies å være tilfredsstillende. Dette er en pålitelig sammensatt variabel.

Systematiske målefeil påvirker også reliabiliteten. Der dette er gjort blir troverdigheten til undersøkelsen lav, og dette forplanter seg til analysene. Ettersom dataene som brukes her kommer fra en anerkjent sosial undersøkelse, er det rimelig å anta at slike målefeil ikke er gjort i forbindelse med datainnsamlingen. Som tidligere nevnt, har også ekstremverdier blitt luket vekk for å forhindre dette. Av de variablene jeg har brukt er også svarprosenten høy, selv om det faller bort en del enheter når variabelen der informanten svarer på hvor de ligger på en politisk skala blir lagt til i analysene.

4.3.2. Validitet for den avhengige variabelen: tilfredshet med helsetjenestene

Tidligere har validiteten til tilfredshetsforskning blitt kritisert, og det har vært tvil om forskningen har noe for seg. Metoden henger nærme sammen med konsekvensutredning, kvalitetskontroll og utforming (Busse, et al., 1999). Det er forskning som systematisk skal evaluere tilfredsheten til for eksempel pasienter. Veenhoven (1996) beskriver i sin artikkel forskning på livskvalitet, men man kan trekke paralleller til forskning på andre subjektive oppfatninger. Begrepet tilfredshet er universelt, det fins ord for tilfredshet på alle språk. Den menneskelige evnen til å reflektere over seg selv og sin egen livssituasjon gir mulighet til å vite hva som likes og hva som mislikes (Veenhoven, 1996). Spesifikk kritikk mot denne typen forskning har minket, blant annet etter man empirisk undersøkte om de som sa de var fornøyd faktisk var det, og vice versa. Disse globale gyldighetskontrollene viste ikke tegn på ugyldighet (Veenhoven, 1996).

Spørsmålet som blir stilt til informantene i innsamlingsprosessen er «[...]what you think overall about the state of health services in [country] nowadays?». Svaralternativene er ordnet i en skala fra 0-10, der 0 tilsvarer *extremely bad* og 10 tilsvarer *extremely good* (European Social Survey, 2012:9). Dette vil si at informantene svarer på en generell betraktning om hva de syns om helsetjenestene i sitt land. En holdningsvariabel, som dette er, vil avhenge av informantenes subjektive oppfatninger av hvordan helsevesenet fungerer (Crow, et al., 2002). Når man forsker på denne variabelen i en kryssnasjonal undersøkelse må man ta høyde for kulturelle forskjeller som kan påvirke forventningene til informanten. Mer om dette i diskusjonsdelen av oppgaven (kapittel 7). Ved å forske på variabelen kan man få en indikasjon på kvaliteten på helsevesenet

i de respektive landene, sett gjennom borgernes øyne. Ved å ta med i beregningen at det er personlige bedømmelser, og personlig refleksjon basert på borgerens kunnskap og forventninger som blir undersøkt (Crow, et al., 2002), kan man rettferdiggjøre bruken av variabelen.

Man kan ikke direkte observere sammenhengen mellom borgerne og institusjonene i samfunnet, til det er det altfor mange faktorer som spiller inn. Derfor må vi undersøke enkelte deler om gangen, og tilfredshet er en indikator på om staten klarer å tilfredsstille borgerne sine. Tilfredshet kan ikke sidestilles med velferd, men det er naturlig at de opptrer på samme tid (Veenhoven, 1996).

5. Variabler og deskriptiv statistikk

Tidligere i oppgaven har jeg presentert tidligere forskning på tilfredshet med både helsevesen og helsesystem, og hvilke variabler som er vesentlige. I dette kapitlet beskriver jeg hvordan de ulike variablene ser ut i datamaterialet og regresjonsanalysene. Variablene som er brukt i analysene representerer de ulike dimensjonene som Missinne, et al. (2013) beskriver i sin artikkel. De tre dimensjonene er operasjonalisert på denne måten:

Institusjonelle forskjeller: etter Wendt (2009) sin helsetypologi er landenes helsesystem grunnlag for en landgruppekodning. Denne skal fange sammenheng mellom den avhengige variabelen og de ulike landenes helsesystem.

Selvinteresse: kjønn, alder, utdanning, tilfredshet med egen økonomi og generell politisk tillit skal fange opp de individuelle forskjellene som kan påvirke borgernes ulike utgangspunkt for tilfredshet med helsetjenestene.

Ideologi: en dikotom variabel der venstreorienterte har verdien 1, skal fange opp ideologiske forskjeller.

5.1. Deskriptive tabeller

For å få en oversikt over de ulike variablenes verdier og spredning blir disse presentert i tabeller nedenfor. Den første tabellen er de ulike landene som er med i analysene. De er også presentert tidligere i oppgaven i forbindelse med Wendt (2009) helsesystemtypologi. De uavhengige variablene blir dermed presentert og kommentert, før jeg i et eget delkapittel tar for meg den avhengige variabelen som brukes i analysene. Det er andre variabler som kunne vært interessant å ta med i undersøkelsen (for eksempel etnisitet), men av hensyn til oppgavens omfang har jeg nøyd meg de før nevnte variabler.

5.1.1. Representerte land og tilfredshet med helsetjenestene

De landene som er med i både Wendt sin helsesystemtypologi, og i alle fire rundene av ESS er brukt i analysene. I samme tabell har jeg lagt inn den gjennomsnittlige tilfredsheten med helsetjenestene per land for alle runder av ESS.

Tabell 4: Representerte land og gjennomsnittlig tilfredshet for hvert land og runde ESS.

Type system	Land	ESS3	ESS4	ESS5	ESS6
Ytelsesorientert	Belgia	7.35	7.41	7.44	7.68
	Tyskland	4.40	4.70	4.83	5.80
Universell dekning	Danmark	6.16	5.81	6.38	6.94
	Irland	3.90	4.18	4.10	4.13
	Storbritannia	5.23	5.95	6.29	6.26
	Sverige	5.84	6.05	6.26	6.30
Lavbudsjett	Finland	6.96	6.64	6.94	6.86
	Portugal	3.59	4.33	4.54	4.04

I denne tabellen ser man at den gjennomsnittlige tilfredsheten med helsetjenestene varierer litt for alle land fra runde til runde. Dette er deskriptiv statistikk, der man ikke ser noen andre variablers innvirkning på tilfredsheten, men det er likevel et utgangspunkt som kan være beskrivende for den videre analysen (Argyrous, 2011).

I 2006, da runde 3 ble samlet inn, var tilfredsheten i både Portugal og Irland mindre enn etter finanskrisen, fra 2008 og utover. De to laveste tallene i tabellen finner man altså i 2006. Den høyeste gjennomsnittlige tilfredsheten er i Belgia for alle runder. Her øker tilfredsheten med noen desimaler år for år, og det høyeste tallet i hele tabellen finner man i Belgia 2012. Belgia tilhører ytelsesorientert type system, der det er over 80% av helseutgiftene som blir finansiert gjennom det offentlige, og andelen av BNP som blir brukt på helsetjenester er høyt (Wendt, 2009).

Selv om de ulike helsesystemene skal ha så mange likhetstrekk at de kan deles inn i tre grupper, er det ikke samsvar mellom landene i de ulike gruppene. I den ytelsesorienterte gruppen er differansen i gjennomsnitt høy i de tre første rundende, mens de nærmer seg litt i 2012 der Tyskland er oppe i en gjennomsnittlig tilfredshet på 5,80 – mens Belgia har et gjennomsnitt på 7,68. I universell dekning-gruppen er det fire land i analysene. Her ligger tre av landene ganske jevnt med tall på mellom 5,2 og 6,94. Irland skiller seg ut i gruppen med gjennomsnittlig tilfredshet på 3,9 i 2006. Irland øker tilfredsheten til 4,18 i 2008, mens det synker litt i 2010 før det øker til 4,13 i 2012. I lavbudsjett-gruppen er det veldig stor forskjell på den gjennomsnittlige

tilfredsheten i 2006. Mens Portugal har det laveste tallet i tabellen med gjennomsnittlig tilfredshet på 3,59 har Finland en gjennomsnittlig tilfredshet på 6,96 i 2006. Differansen mellom de to landene i gruppen er minst i år 2008.

Det disse tallene viser, er at det ikke nødvendigvis er likhet i den gjennomsnittlige tilfredsheten med helsetjenestene, selv om helsesystemene er såpass like at de kan kategoriseres i grupper. Tabellen viser også at det er ulikt antall land i hver gruppe. Mens *ytelsesorientert-* og *lavbudsjettgruppen* består av to land hver, er det hele fire land som er med i *gruppen med universell dekning*. Disse landene som representerer Europa er det som ligger bak den uavhengige variabelen *Helsesystem*.

5.1.2. Avhengig variabel – tilfredshet med helsetjenestene

Tabell 5: Den avhengige variabelenes deskriptive statistikk. Minimumsverdi, maksimumsverdi, gjennomsnitt, standardavvik og manglende enheter.

Variabel	N				Min Max		Gj.snitt				St.avvik				Missing			
ESS-runde	3	4	5	6	-	-	3	4	5	6	3	4	5	6	3	4	5	6
Tilfredshet med helsetjenestene	16253	16514	16651	17443	0	10	5,57	5,31	5,67	5,89	2,39	2,52	2,43	2,45	205	114	184	143

I regresjonsanalysene brukes variabelen *tilfredshet med helsetjenestene* som avhengig variabel. Verdien har kategorier fra 0 til 10. Spørsmålet som blir stilt er som nevnt tidligere «[...]what you think overall about the state of health services in [country] nowadays?» (European Social Survey, 2012:9). Svaralternativene er ordnet i en skala fra 0-10, der 0 tilsvarer *extremely bad* og 10 tilsvarer *extremely good*. Variabelen er på ordinalnivå, men siden den har mer enn fem svarkategorier kvalifiserer den til å være en kontinuerlig variabel som kan brukes i multippel regresjonsanalyse (Ringdal, 2001). På antall informanter som har svart, ser man tydeligere enn på tabellen med de uavhengige variablene, at det er flere informanter som har svart i runde 6 av ESS enn i de andre tre. Dette får ingen konsekvenser for analysene, men er verdt å bemerke.

5.1.3. Uavhengige variabler

Tallene i tabellen beskriver hvordan variablene i regresjonsanalyse ser ut. De er satt opp for å kunne sammenliknes, og man ser at de fire rundene av ESS ser ganske like ut når det kommer til alle variabelenes gjennomsnitt, standardavvik og manglende svar. Antallet informanter som har svart på hver variabel er også ganske lik.

Tabell 6: De uavhengige variabelenes deskriptive statistikk. Minimumsverdi, maksimumsverdi, gjennomsnitt, standardavvik og manglende enheter.

Variabel	N				Min Max		Gj.snitt				St.avvik				Missing			
	3	4	5	6	-	-	3	4	5	6	3	4	5	6	3	4	5	6
ESS-runde																		
Ytelsesorientert	4714	4511	4736	4827	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0
Helsesystem* Universell dekning	7626	7555	8071	8411	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0
Lavbudsjett	4118	4562	4028	4348	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	0	0
Politisk tillit	15620	16001	15986	16908	0	40	18,31	18,37	17,38	18,12	8,28	8,21	8,42	8,52	838	627	849	678
Kvinner	8652	8577	8852	9206	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	54	9	0	0
Alder* 25-39 år	3545	3646	3487	3662	25	39	-	-	-	-	-	-	-	-	2978	2195	2528	2476
40-49 år	2766	3026	3019	2979	40	49	-	-	-	-	-	-	-	-	2978	2195	2528	2476
50-64 år	3855	4152	4188	4570	50	64	-	-	-	-	-	-	-	-	2978	2195	2528	2476
Over 65 år	3405	3609	3613	3898	65	-	-	-	-	-	-	-	-	-	2978	2195	2528	2476
Utdanning (i år)	16454	16628	16835	17586	0	30	12,54	12,31	12,58	12,86	4,63	4,78	4,73	4,48	4	0	0	0
Fornøyd med personlig økonomi	16232	16502	16626	17388	1	4	1,88	1,85	1,92	1,93	0,81	0,8	0,84	0,84	226	126	209	198
Helsetilstand	16425	16621	16825	17578	1	5	2,13	2,14	2,12	2,09	0,89	0,89	0,91	0,89	33	7	10	8
Til venstre på politisk skala	5016	14935	14911	15627	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1895	1692	1924	1914

*dummysett

Det er nøyaktig de samme operasjonene som er gjort i datasettene, og dermed er minimums- og maksimumsverdier like i alle runder av ESS. Alle variabler stiger logisk. For eksempel for variabelen helsetilstand, der 1 er dårlig helse og 5 er god helse.

Ser man på standardavvikene i tabellen er det ingen av variablene eller runder av ESS som skiller seg ut. Standardavviket er nesten like for variablene i de ulike rundene. Det er heller ingen store forskjeller på gjennomsnittlige resultater på de ulike variablene i de ulike rundene. Det er få desimaler som skiller, med unntak av den politiske tilliten i 2010, runde 5. Dette resultatet ligger på 17,38 – mens resultatet i de andre rundene ligger mellom 18,37 og 18,12. Dette kan settes i sammenheng med finanskrisen, ettersom tilliten stiger igjen i 2012 når man begynner å få de politiske avgjørelsen i forbindelse krisen litt mer på avstand enn i 2010. I følge en oppsummering om hva vi vet om politisk tillit, er økonomi identifisert som en ledende faktor. I dårligere tider synker tilliten, mens med gode økonomiske utsikter øker den. Misnøyen med politikere har altså en tendens til å være svakere når økonomien i landet er god (Keele, 2007).

Helsesystem- variabelen er dummykodet til å bli et dummysett. Siden det er fire land i universell dekning-gruppen, og to land i henholdsvis ytelsesorientert gruppe og lavbudsjettgruppen, er det flere informanter som tilhører universell dekning enn i de andre. I regresjonsanalysene er den kategorien med flest enheter brukt som referansekategori (Eikemo, 2012). Det samme gjelder for dummysettet som skal fange opp sammenhengen i ulike aldersgrupper. Her er alderskategorien 50-64 år brukt som referansekategori.

Fornøyd med personlig inntekt- variabelen har verdien 1 for de som ikke er fornøyd, og verdien 4 for de som er veldig fornøyd. Denne kunne jeg valgt å kode om til en dikotom variabel for å se sammenhengen mellom ikke fornøyd og fornøyd bedre, men siden dette er en av mange variabler har jeg valgt å beholde den som den er.

I kategorien *missing* ser man de enhetene som mangler for de ulike variablene. Den variabelen som mangler flest enheter uintendert, er variabelen der informanten skal oppgi hvor man ligger på den politiske skalaen. Dette kan forklares med at det er det vanskeligste spørsmålet for informantene å svare på. Den som intervjuer informanten skal være objektiv og ikke legge noen føringer for svarene (The Sampling Expert Panel of the ESS, 2012), og dersom informanten ikke har reflektert over dette tidligere kan det forklare de manglende enhetene. Det er også verdt å bemerke at andelen manglende enheter for dummysettet med alder er høy. Dette kommer av at alle informantene under 25 år er valgt vekk. De er kodet til kategorien *missing* slik at de ikke er en del av analysene.

6. Resultater

I problemstillingen min stiller jeg spørsmålet: *Hvordan har tilfredsheten med helsetjenestene endret seg i, og mellom, europeiske helsesystemer fra 2006 til 2012?* Resultatene fra ulike regresjonsanalyser gir ikke direkte sammenliknbare tall. Likevel kan man se trender, dersom tallene er signifikante og kan generaliseres til populasjonen. Derfor analyserer jeg hver runde for seg – før oppsummerer funnene med prediksjonslikninger.

Med endring i dette tilfellet, mener jeg om det er ulike faktorer som gjør at informantene er mer eller mindre tilfreds i de ulike rundene, spesielt når det kommer til den uavhengige variabelen helsesystem. Ikke bare denne endringen er interessant, men også hvordan de andre variablene korrelerer er interessant med tanke på endring. Den faktiske endringen i Europa er stadfestet, statene fikk dårligere økonomi etter finanskrisen (Finansdepartementet, 2013). Spørsmålet er om dette har gitt utslag på tilfredsheten blant populasjonen, og hvordan. Er korrelasjonen mellom de ulike variablene annerledes i de ulike modellene, og ikke minst i analysene fra runde til runde?

For å vise hvordan de enkelte uavhengige variablene påvirker den avhengige variabelen, har jeg utført blokkvise lineære regresjonsanalyser i SPSS, for hver runde av ESS. Resultatet har jeg fremstilt i tabeller som viser endringene, etter hvert som de uavhengige variablene blir lagt til. Ettersom det er til sammen åtte modeller i den stegvise regresjonsanalysen for hver runde er jeg nødt til å gjøre et utvalg av det som blir presentert. For alle rundene av ESS blir derfor bare modell 8 redegjort for i teksten. Disse modellene inneholder de ulike delene Missinne, et al. (2013) mener er sentrale faktorer når det gjelder sammenhengen med legitimiteten til helsesystemet. De fullstendige blokkvise regresjonsanalysene for alle runder ligger i som vedlegg, se kapittel 10.

6.1. Regresjonsmodell for ESS 3 (2006)

Tabell 7: ESS3- blokkvis regresjonsanalyse for tilfredshet med helsetjenestene, modell 8.. Koeffisienter, standardavvik, p-verdi, antall, forklaringskraft og modellsignifikans.

		Modell 8			
		B	SE	Beta	Sig
Konstant		3.676	.125	-	.00
	Ytelsesorientert	.742	.050	.135	.00
Helsesystem*	Universell dekning**	-	-	-	-
	Lavbudsjett	.489	.056	.082	.00
Politisk tillit		.131	.003	.422	.00
Kvinner		-.327	.042	-.065	.00
	25-39 år	-.211	.058	-.037	.00
Alder*	40-49 år	-.170	.060	-.027	.005
	50-64 år**	-	-	-	-
	Over 65 år	.465	.058	.079	.00
Utdanning (i år)		-.008	.005	-.016	.101
Fornøyd med personlig økonomi		-.195	.030	-.060	.00
Helsetilstand		-.217	.026	-.076	.00
Til venstre på politisk skala		-.141	.052	-.023	.007
N		11475			
R ²		0.223			
F/Sig.		.00			

*dummysett

**referansekategori

Med alle uavhengige variabler inkludert i analysen, synker antall enheter i modellen til 11 475 informanter fra råmaterialet. Dette er et så stort utvalg at signifikante resultater vil kunne generaliseres til populasjonen. Det er verdt å merke seg at det er omtrent 5000 informanter som har falt fra. Dette kommer av at for å bli med i regresjonsanalysen må informantene ha svart på alle aktuelle spørsmål, som er grunnlag for de inkluderte variablene.

R² er som regel ikke veldig høyt for variabler som omhandler holdninger (Eikemo & Clausen, 2012; Ringdal, 2001), men i modell 8 forklares 22,3% av variasjonene i tilfredshet med helsetjenestene. Se vedlegg 1 for å se utviklingen til R².

Modellen er signifikant på 5%-nivå, det vil si at sannsynligheten for at man forkaster en riktig null-hypotese (ingen sammenheng) ikke er stor. Å forkaste riktig 0-hypotese er en såkalt type 1 feil (Ringdal, 2001). Alle variabler med unntak av utdanning og venstreorientert er signifikante på 5%-nivå. Ofte forkastes ikke-signifikante variabler fra analysen (Ringdal,

2001), men ettersom samme operasjoner gjøres for fire ulike runder av ESS, beholdes også de ikke-signifikante variablene.

B-koeffisienten til konstanten er 3,676. Det vil si at den forventede tilfredsheten for de som tilhører helsesystem gruppe 2 er på 3,676 når de andre variablenes verdier er satt til 0. Denne koeffisienten beskriver sammenhengen mellom X og Y, og gir altså grunnlag for å kunne predikere tallet på tilfredshet til informantene. Dummysettets referansekategori er helsesystemet for landene Danmark, Irland, Storbritannia og Sverige – *universell dekning*. Fortegnene på de andre kategoriene er positive, og det vil si at tilhørighet i de to andre gruppene opptrer på samme tid som høyere tilfredshet (Ringdal, 2001). Siden dette er et dummysett og ikke en kontinuerlig variabel er det sammenlikningen med andre kategorier vi kan lese ut i fra dummysettets verdier. Koeffisientene til de to andre systemene kan også sammenliknes med hverandre, og de som tilhører det ytelsesorienterte helsesystemet er de mest tilfredse av de tre, det vil si borgerne i Belgia og Tyskland.

Den standardiserte koeffisienten, beta, varierer fra -1 til 1. Den brukes til å sammenligne ulike variabler, og har alltid samme fortegn som b-koeffisienten. Desto større absolutt beta-verdi, desto sterkere er effekten. Beta er stigningskoeffisienten ganger forholdet mellom standardavvikene til X og Y. Siden beta-koeffisientene er beregnet med grunnlag i standardavvik gjør det dem direkte sammenliknbare (Field, 2009). Beta-koeffisienten for helsesystem er på henholdsvis 0,135 for ytelsesorientert type, og 0,082 for lavbudsjett-typen. Sammenhengen er derfor svakere enn sammenliknet med variablene for selvinteresse, men tilhørighet til helsesystem forklarer en del av variasjonen for tilfredshet.

De som har høy politisk tillit er også mer tilfreds med helsetjenestene Kvinner er mindre tilfreds enn menn. Dummysettet som beskriver informantens alder viser at de yngste er minst tilfreds sammenliknet med referansekategorien (50-64 år). B-koeffisienten for de mellom 25 og 39 år -0,211. Det vil si at de også er mindre tilfreds enn de mellom 40 og 49 år, der koeffisienten i modell 7 er -0,170. For disse to har den standardiserte koeffisienten en negativ samvariasjon, som indikerer at tilfredsheten er lavere i disse gruppene enn i referansekategorien. De som tilhører den eldste gruppen har en koeffisient med positivt fortegn, og er dermed mer tilfreds enn referansekategorien (alder 50-64 år). Disse variablene er signifikante.

Utdanningsvariabelen er ikke signifikant på 5%-nivå, og kan derfor ikke generaliseres til populasjonen. Normalt vil man utelate variabler som ikke har noen effekt, men dersom det at variabelen ikke er signifikant, er et poeng kan man ta med variabelen for å underbygge dette

(Ringdal, 2001). Dermed er variabelen likevel inkludert i den fullstendige modellen, ettersom tidligere forskning viser at dette er en faktor som spiller inn når det kommer til tilfredshet med helsesystem. Det er ofte forskjell på hvordan de med høyere og de med lav utdanning stiller seg til samfunnsrelaterte problemstillinger, og dermed er det interessant å se at denne variabelen ikke er signifikant i modellen.

Variabelen som viser subjektiv helse viser at de med dårligere helse er mindre fornøyd enn de med god helse. Den laveste svarkategorien er 1 og den høyeste 5, så med en koeffisient med negativt fortegn viser det at «lav helse» opptrer på samme tid som høy tilfredshet. Denne variabelen er signifikant, og størrelsen på utvalget gjør at det kan generaliseres til populasjonen.

Variabelen venstreorientert er ikke signifikant, men er likevel ikke tatt vekk basert på samme begrunnelse som for utdanning.

Hovedfunnet fra denne analysen er at det er signifikant forskjell i tilfredsheten for de som tilhører ulike helsesystemer.

6.2. Regresjonsmodell for ESS4 (2008)

Tabell 8: ESS4- blokkvis regresjonsanalyse for tilfredshet med helsetjenestene, modell 8. Koeffisienter, standardavvik, p-verdi, antall, forklaringskraft og modellsignifikans.

	Modell 8			
	B	SE	Beta	Sig
Konstant	4.249	.119	-	.00
Ytelsesorientert	.461	.047	.087	.00
Helsesystem* Universell dekning**	-	-	-	-
Lavbudsjett	.265	.051	.048	.00
Politisk tillit	.109	.003	.374	.00
Kvinner	-.330	.039	-.069	.00
Alder*				
25-39 år	.039	.054	.007	.477
40-49 år	-.045	.056	-.008	.419
50-64 år**	-	-	-	-
Over 65 år	.418	.054	.075	.00
Utdanning (i år)	-.023	.005	-.043	.00
Fornøyd med personlig økonomi	-.141	.027	-.046	.00
Helsetilstand	-.112	.024	-.041	.00
Til venstre på politisk skala	-.260	.048	-.044	.00
N	12722			
R ²	.168			
F/Sig.	.00			

*dummysett

**referansekategori

Den blokkvise regresjonsanalysen for ESS 4 har totalt 12 722 informanter. Modellen er i sin helhet signifikante på 5%-nivå. Modell 8 har R^2 på 16,8 %. Sammenliknet med referansekategori er de som har tilhørighet i det ytelsesorienterte helsesystemet, og lavbudsjett-systemet mer tilfreds. De med tilhørighet i ytelsesorientert type helsesystem (Tyskland og Belgia) er mer tilfreds enn de i lavbudsjett-gruppen (Finland og Portugal), men differansen på beta-koeffisienten er ikke så stor.

I regresjonsanalysen for ESS4 er det andre variabler enn i ESS3 som ikke er signifikante. Dummysettet for alder er ikke signifikant i denne regresjonsanalysen.

Korrelasjonen med politisk tillit og den avhengige variabelen er positiv. De som har høy politisk tillit er også mer tilfreds med helsetjenestene. Samvariasjonen med kvinne er negativ, det vil si at kvinner er mindre tilfreds med helsetjenestene enn menn.

Koeffisienten for utdanning er positiv i modellen, og av dette kan vi lese at det er positiv korrelasjon mellom denne variabelen og den avhengige. Jo høyere utdanning, jo mer fornøyd med helsevesenet. Det er negativ korrelasjon mellom både variabelen som omhandler tilfredshet med egen økonomi og subjektiv helsetilstand. Korrelasjonen er negativ for dummyen som fanger opp korrelasjonen for ideologi. Sammenliknet med referansekategori er de med verdien 1 i venstreorientert dermed mindre tilfreds.

Hovedfunnet er altså det samme for ESS4 som for ESS3. Tilfredsheten er høyere for de med tilhørighet i det ytelsesorienterte systemet enn i lavbudsjett- og universell dekning-typen.

6.3. Regresjonsmodell for ESS5 (2010)

Tabell 9: ESS5- blokkvis regresjonsanalyse for tilfredshet med helsetjenestene, modell 8. Koeffisienter, standardavvik, p-verdi, antall, forklaringskraft og modellsignifikans.

		Modell 8			
		B	SE	Beta	Sig
Konstant		4.425	.119	-	.00
	Ytelsesorientert	.390	.047	.072	.00
Helsesystem*	Universell dekning**	-	-	-	-
	Lavbudsjett	.578	.053	.100	.00
Politisk tillit		.111	.003	.379	.00
Kvinner		-.326	.039	-.067	.00
	25-39 år	-.045	.056	-.008	.423
Alder*	40-49 år	-.161	.056	-.027	.004
	50-64 år**	-	-	-	-
	Over 65 år	.334	.054	.059	.101
Utdanning (i år)		-.008	.005	-.015	.00
Fornøyd med personlig økonomi		-.224	.026	-.076	.00
Helsetilstand		-.124	.024	-.046	.00
Til venstre på politisk skala		-.183	.050	-.030	.00
N		12421			
R ²		.187			
F/Sig.		.00			

*dummysett

**referansekategori

Totalt antall enheter i analysen er i ESS 4 er 12 421. Dette er tilstrekkelig utvalg for å kunne generalisere til populasjonen ved signifikante resultater. Modell 8 er i sin helhet signifikant på 5%-nivå. 18,7% av variasjonen for den avhengige variabelen forklares med denne modellen.

I denne analysen er dummykategorien 25-39 år ikke signifikant, og heller ikke variabelen for utdanning. Ellers er alle variablene signifikante. Helsesystem-kategoriene er signifikante, men i denne analysen er de som tilhører lavbudsjettgruppen mer tilfreds enn både de som tilhører ytelsesorientert- og universell dekning typene. Dette er et funn som er veldig overraskende, og i tas opp som et eget punkt i drøftingsdelen av oppgaven.

Det er positiv korrelasjon mellom politisk tillit og tilfredshet. Variabelen kvinne har negativ korrelasjon med den avhengige variabelen, det samme gjelder for utdanning, personlig økonomi, helsetilstand og venstreorientert.

Hovedfunnet i denne analysen er at det er signifikant forskjell på å tilhøre de ulike helsesystemene, og at det er sterkere positiv korrelasjon mellom de som tilhører lavbudsjett-systemet enn hos de som tilhører universell-dekning typen. Dette er et funn som blir diskutert i

drøftingskapittelet, ettersom det verken er det samme som i forventningsmodellen eller i de andre regresjonsanalysene.

6.4. Regresjonsmodell for ESS6 (2012)

Tabell 10: ESS6- blokkvis regresjonsanalyse for tilfredshet med helsetjenestene, modell 8. Koeffisienter, standardavvik, p-verdi, antall, forklaringskraft og modellsignifikans.

	Modell 8			
	B	SE	Beta	Sig
Konstant	4.353	.113	-	.00
Ytelsesorientert	.927	.044	.175	.00
Helsesystem* Universell dekning**	-	-	-	-
Lavbudsjett	.268	.048	.047	.00
Politisk tillit	.121	.002	.419	.00
Kvinner	-.283	.037	-.059	.00
Alder*				
25-39 år	.114	.052	.020	.028
40-49 år	-.037	.053	-.006	.487
50-64 år**	-	-	-	-
Over 65 år	.365	.050	.066	.00
Utdanning (i år)	-.021	.005	-.039	.00
Fornøyd med personlig økonomi	-.268	.025	-.091	.00
Helsetilstand	-.073	.023	-.027	.002
Til venstre på politisk skala	-.144	.047	-.024	.002
N	13252			
R ²	.236			
F/Sig.	.00			

*dummysett

**referansekategori

Antall enheter i den blokkvise regresjonsanalysen for ESS runde 6 er 13 5252. Dette er som nevnt et større utvalg enn for de andre regresjonsanalysene, men siden det bare er retningene på variablenes korrelasjon vi kan sammenlikne spiller ikke det noen rolle. Modellen er i sin helhet signifikante og utvalget kan generaliseres til populasjonen. Modellen forklarer 23,6% av variasjonene for tilfredshet med helsesystem.

Alle variablene med unntak av dummysettet for alder er statistisk signifikante på 5%-nivå. Som i ESS3 og ESS4 er korrelasjonen mellom de som tilhører ytelsesorientert type sterkere enn for de andre helsesystemene. Sammenliknet med referansekategorien er altså de som tilhører ytelsesorientert- og lavbudsjett-type mer tilfreds. I denne modellen er differansen mellom beta-koeffisientene for helsesystem ganske stor. Beta-koeffisienten for ytelsesorientert type er 0,175, mens for lavbudsjett-typen er den på 0,047. Det er altså stor forskjell på tilfredshet mellom de to.

Variabelen politisk tillit har positiv korrelasjon med den avhengige variabelen. Variabelen kvinne, utdanning, personlig økonomi og helsetilstand og venstreorientert har negativ korrelasjon med tilfredshet. Alle variablene er statistisk signifikante.

Dummysettet for alder er ikke signifikant. Den eneste av kategoriene som er signifikant er aldersgruppen for informantene over 65 år. De er mer tilfredse enn referansekategorien.

Denne modellen viser altså at tilfredsheten er høyere i land med ytelsesorientert type helsesystem enn i både land med universell dekning, og lavbudsjett-gruppen.

6.5. Oppsummering

Over tid kan man se at det er de med tilhørighet i det ytelsesorienterte systemet som er mest tilfreds, sammenliknet med de med tilhørighet i universell-dekning typen, og lavbudsjett typen. Dette gjelder for tre av fire regresjonsanalyser. I ESS5 (2010) er det et annet utfall, de med tilhørighet i lavbudsjett-systemet er mest tilfreds i denne runden av ESS. Det er viktig å påpeke at denne endringen skjer etter finanskrisen, men det varer ikke til ESS runde 6 (2012).

Som en oppsummering av de fire regresjonsanalysene har jeg predikert gjennomsnittlig tilfredshet for alle år. Likningen for prediksjonen er laget med b-koeffisientene for alle variabler, inkludert koeffisienten for konstanten. I likningen har jeg brukt gjennomsnittet for alle variabler fra den deskriptive tabellen, samt referansekategorien i fra dummysettene. I tillegg er b-koeffisienten for venstreorientert lagt til som siste ledd i likningen.

$$Y'_i = b_0 + b_1X_{1i} \dots b_xX_{xi}$$

ESS 3 - 2006: tilfredshet for mann mellom 50 og 64 år = 3,676 + b(helsesystem) + (18,31*politisk tillit) - (12,5*utdanning) - (1,88*personlig økonomi) - (2,13*helse) - 0,141

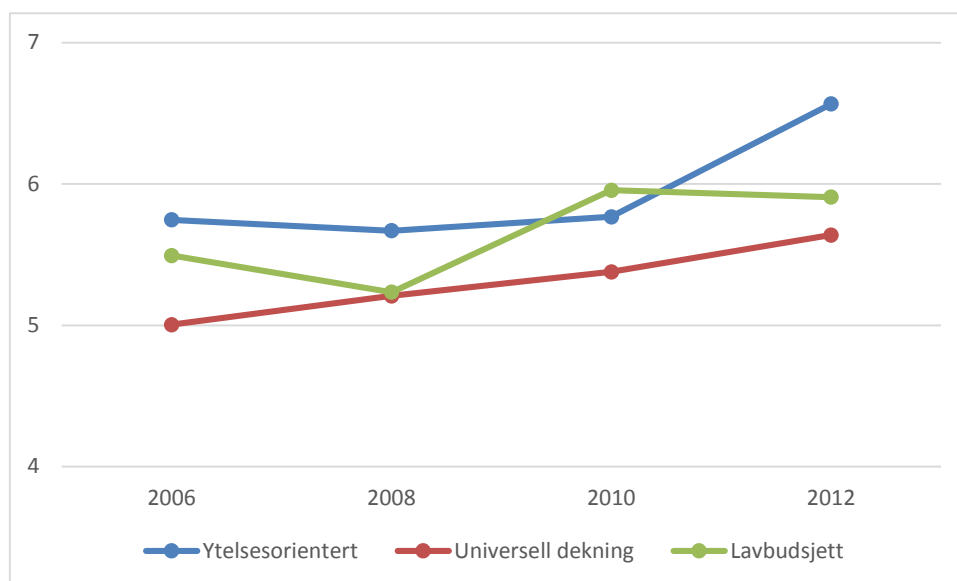
ESS 4 - 2008: tilfredshet for mann mellom 50 og 64 år = 4,249 + b(helsesystem) + (18,37*politisk tillit) - (12,3*utdanning) - (1,85*personlig økonomi) - (2,14*helse) - 0,260

ESS 5 - 2010: tilfredshet for mann mellom 50 og 64 år = 4,425 + b(helsesystem) + (17,38*politisk tillit) - (12,58*utdanning) - (1,92*personlig økonomi) - (2,12*helse) - 0,183

ESS 6 - 2012: tilfredshet for mann mellom 50 og 64 år = 4,53 + b(helsesystem) + (18,12*politisk tillit) - (12,86*utdanning) - (1,93*personlig økonomi) - (2,09*helse) - 0,144

Dette viser en trend mellom de ulike regresjonsanalysene, og dermed en trend gjennom fire runder med ESS.

Modell 2: Prediksjon av tilfredshet med helsetjenestene, basert på gjennomsnittlige verdier, mann og venstreorientert.



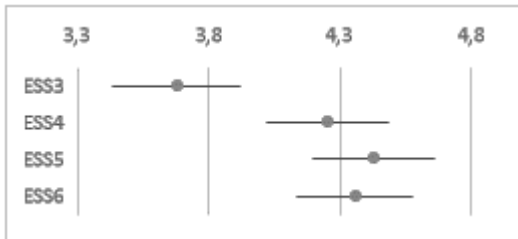
I denne modellen ser man at tilfredsheten for en venstreorientert mannlig gjennomsnittsinformant vil være lavere i 2010, enn i 2006, 2008 og 2012 for den med tilhørighet i ytlesorientert-system. For en venstreorientert mannlig gjennomsnittsinformant med tilhørighet i et land med universell dekning-system vil tilfredsheten være høyest i 2012. I lavbudsjett-systemet vil en venstreorientert mannlig informant ha lavest tilfredshet i 2008, og høyest i 2010. Ut fra dette kan vi ikke lese at tilfredsheten synker etter finanskrisen, og heller ikke at det er stabile forskjell i tilfredsheten mellom de ulike systemene til Wendt (2009). Går vi tilbake til forventningsmodellen, kapittel 2.3.4, kan man se at disse forventningene ikke er oppfylt. På de ulike indikatorene, scoret universell dekning høyere enn lavbudsjett-gruppen, noe som skulle tilsa at tilfredsheten i den gruppen var høyere enn i lavbudsjett gruppen. Det er ikke tilfellet i noen av regresjonsanalysene.

6.5.1. Konfidensintervaller for helsesystemvariabelen

I regresjonsanalysene er det p-verdien som er brukt for å si noe om den statistiske signifikansen til de ulike variablene. Det er også et annet mål som kan brukes for å se dette: konfidensintervaller. Konfidensintervallene er et intervall der det er 95% sannsynlighet for at den sanne verdien i populasjonen befinner seg, og tallene er beregnet på standardavviket i utvalget (Field, 2009). Dette gir et bedre grunnlag for å kunne sammenlikne tverrsnittdata mellom ulike år, fordi det er 95% sannsynlighet for at verdien befinner seg mellom nedre og øvre grense i populasjonen.

For konstantene i de ulike regresjonsanalysene ser b-koeffisienten og dens øvre og nedre grense for konfidensintervaller slik ut:

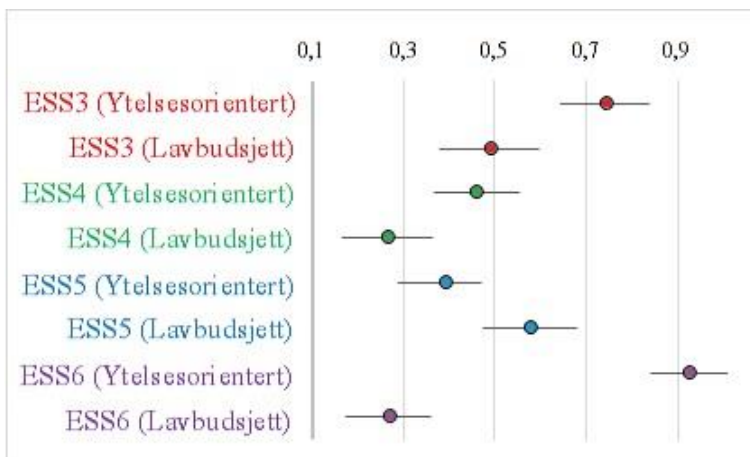
Modell 3: Konfidensintervaller - ESS3-6. Konstantens verdier, representativ for universell dekning.



Konstanten representerer hvordan koeffisienten til referansegruppen for helsesystem ser ut dersom alle andre variabler er satt til verdien 0. Dette ettersom universell dekning typen helsesystem er referansekategori i dummysettet «helsesystem». På konfidensintervallene for de ulike rundene ESS ser man at runde 3 skiller seg ut. De andre konfidensintervallene er innenfor samme område, mens øvre og nedre grense for b-koeffisienten i runde 3 ikke krysser de andre i det hele tatt. For de med tilhørighet i universell dekning typen er tilfredsheten lavere i ESS 3, mens den stiger i både ESS4 og ESS5. I ESS6 synker tilfredsheten igjen.

Ytelsesorientert helsesystem og lavbudsjett-systemet er de variablene som sammenliknes med universell dekning (referansekategori), og har dermed egne koeffisienter og tilhørende øvre og nedre konfidensintervallgrense. Det vil si at vi lettere kan si om disse overlapper eller ikke, hvilket er interessant for å kunne se om tilfredshetsvariasjonen mellom de to også vil være tilstede (med 95% sannsynlighet) i populasjonen.

Modell 4: Konfidensintervaller ESS3-6. Ytelsesorientert og lavbudsjett type helsesystem.



I denne modellen kan man se at variasjonen er reell i alle runder av ESS. I ESS3 og ESS6 overlapper ikke konfidensintervallene i det hele tatt, hvilket vil si at det er 95% sannsynlighet

for at den sanne verdiene ikke overlapper. I ESS4 overlapper ytelsesorientert type helsesystems nedre grense for konfidensintervallet litt med lavbudsjett gruppen. Det er snakk om en liten overlapp som gjør at vi kan si at variasjonen med stor sannsynlighet også gjelder i populasjonen. Det samme gjelder for ESS5.

Ut i fra modellen som er presentert er det litt vanskeligere å se om intervallene overlapper i innenfor hvert system over tid. Vedlagt ligger derfor konfidensintervallenes verdier, vedlegg 5. Vi kan se at for ytelsesorientert type system så overlapper konfidensintervallene for ESS4 og ESS5. Forskjellen er dermed mindre mellom disse to rundene enn for ESS3 og ESS6 i populasjonen. For lavbudsjettssystemet er det ingen overlapp mellom konfidensintervallene over tid.

6.5.2. Korrelasjonsretninger

Selv om det ikke er alle variabler som er signifikante i alle regresjonsanalysene, og det ikke er de samme variablene som ikke er signifikante – er det en del funn som går igjen mellom alle analysene. Dette gir grunnlag for at vi kan si det er en trend, selv om koeffisientene ikke kan sammenliknes mellom hver runde av ESS. Man kan heller ikke se kausale retninger mellom de uavhengige og den avhengige variabelen, bare at de opptrer på samme tid, og i hvilken retning de korrelerer.

Tabell 11: ESS3-6 -korrelasjonsretning for uavhengige variabler.

Variabel	Korrelasjonsretning, ESS runde			
	3	4	5	6
Politisk tillit	Positiv	Positiv	Positiv	Positiv
Kvinner	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ
25-39 år	Negativ	Positiv	*	*
40-49 år	Negativ	*	Negativ	*
50-64 år**	-	-	-	-
Over 65 år	Positiv	Positiv	*	Positiv
Utdanning (i år)	*	Negativ	Negativ	Negativ
Fornøyd med personlig økonomi	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ
Helsetilstand	Negativ	Negativ	Negativ	Negativ
Til venstre på politisk skala	*	Negativ	Negativ	Negativ

*ikke signifikant

*referansekategori i dummysett

Her kan man altså tydelig se at for selvinteresse og ideologi-variablene er korrelasjonsretningen den samme for alle runder ESS. Et unntak er i runde 4, der den yngste gruppen har positiv samvariasjon, mens i runde 3 har denne gruppen negativ samvariasjon. Dummysettet for alder

er der det er flest ikke-signifikante resultater, uavhengig av hvilken runde ESS som er undersøkt.

I alle analysene, og for alle runder, ser man at selvinteresse variablene forklarer det meste av variasjonen i tilfredshet, selv om også beta-koeffisientene for helsesystemet viser at tilhørighet har forklaringskraft. Dette har sammenheng med at det er mange flere variabler som går innenfor kategorien selvinteresse, enn den ene for institusjonell og den ene for ideologi. Variabelen for institusjonelle variasjoner forklarer ikke individuelle forskjeller i det hele tatt, fordi den er laget med landgrupper.

For politisk tillit var det forventet at sammenhengen skulle være positiv. Dette ble bekreftet i alle analyser. Sammenhengen mellom tillit og tilfredshet er sterk. Det kan likevel diskuteres om det er multikollinearitet mellom den avhengige variabelen og variabelen for politisk tillit, ettersom standardavviket er så lite, og b-koeffisienten så stor. Dette er avkreftet av en VIF test i SPSS, og det er heller trolig at informantene som har sterk politisk tillit også har høy tilfredshet med helsevesenet på grunn av en positiv holdning til staten generelt. Et annet poeng er at spørsmålene som er brukt i datainnsamlingsprosessen har spørsmålene om tillit til politiske partier, politikere, regjeringen og rettsvesenet i en annen spørsmålsbolk enn i spørsmålet om tilfredshet med helsetjenestene (European Social Survey, 2012). På grunn av dette i datainnsamlingsprosessen er det ikke grunn til å tro at informantene svarer det samme på politisk tillit og tilfredshet med helsetjenestene bare fordi det ligger nært. For det andre har variabelen kategorier fra 0-40. Gjennomsnittet på variabelen ligger mellom 17 og 18 for alle runder, det vil si at det er en andel informanter som opplyser svært sterk politisk tillit. Dette gir stort utslag i analysene. Dette kunne gitt grunnlag for å fjerne variabelen fra undersøkelsen, men ved å ha den med kan man se en renere effekt av hva som er politiske holdninger og hvordan tilfredsheten med helsetjenestene er.

Variabelen som fanger opp informantenes kjønn var basert på ulike resultater fra andres analyser. Det var ingen entydige resultater fra tidligere forskning som bidro til å anta om kvinne hadde positiv eller negativ sammenheng med den avhengige variabelen. Det viser seg i analysene at sammenhengen er negativ i alle runder. Crow, et al. (2002) mener at forskjellen på kjønn handler om ulik sykehistorie, så et samspill mellom helsetilstand og kjønn kunne kanskje avdekket et mer riktig bilde av sammenhengen. Når dette ikke er inkludert i undersøkelsen kan man likevel ikke konkludere med noe angående dette. Samtidig er resultatene klare i mine analyser: det er negativ sammenheng mellom kvinne og tilfredshet i fire runder av ESS.

Dummysettet som inkluderer informantenes alder er ikke signifikant i alle analyser. Likevel bekrefter mine analyser det som tidligere forskning viser: de eldste er mest fornøyd med helsevesenet. Avgjørelsen om at de under 25 ikke inkluderes i analysene kan ha fått konsekvenser for resultatene. Arbeidsledigheten i Europa preger i størst grad de yngste av den arbeidsføre delen av befolkningen (Finansdepartementet, 2013). For eksempel i Lavbudsjettgruppen, der andelen private betalinger er høy, vil det dermed være en del av informantene fra råmaterialet som er utelatt som potensielt er mindre fornøyd med helsevesenet enn de informantene som er inkludert. Samtidig viser tidligere forskning at de som er mest tilfreds er de yngste og de eldste, så om det får store konsekvenser for analysene er uvisst.

Utdanningsvariabelen er heller ikke signifikant i alle analyser, men der den er signifikant (ESS runde 4 5, og 6) er det svak negativ samvariasjon mellom denne variabelen og den avhengige. Dermed kan det tyde på at det stemmer at de med høyest utdanning er tillært en kritisk sans som overføres til andre deler av livet enn akademia (Vestnes, 2013).

Den personlige økonomien til informantene ble kontrollert for ved å legge til *feelings about household income* i analysene. I tidligere forskning var det uenighet i om dette var positivt eller negativt korrelert med tilfredshet med helsetjenestene, og også om det var signifikant sammenheng i det hele tatt. I analysene jeg har gjennomført er det negativ sammenheng mellom denne variabelen og den avhengige i alle rundene av ESS. Det samme gjelder for helsetilstand - negativ samvariasjon i alle runder.

Ettersom alle helsesystemene til Wendt (2009) i stor grad er offentlig finansiert, dog i ulik grad, var det forventet at det å ha et egalitært syn, svært venstreorientert, skulle ha positiv korrelasjon med den avhengige variabelen. Dette var ikke tilfelle i noen av regresjonsanalysene.

Det disse sammenhengene sier med tanke på problemstillingen, er at sammenhengen mellom de ulike variablene og tilfredshet er de samme i alle analyser. Det betyr at finanskrisen ikke har gjort at borgere med samme selvinteresse og ideologiske kjennetegn har endret tilfredshet med helsetjenestene i løpet av de ulike tverrsnittene som er utgangspunktet for analysen. Det at korrelasjonene ikke i alle tilfeller stemmer overens med tidligere forskning gjør at man kan sette spørsmålsteget ved påstanden om at ulike demografiske kjennetegn kan fungere som en erstatning for en variabel på forventning (Bleich, et al., 2009).

7. Drøfting

Forventningsmodellen som ble presentert i kapittel 2.3.5 samsvarer ikke med resultatene fra regresjonsanalysene, eller predikert sannsynlighet for de fire tverrsnittundersøkelsene. Vi kan likevel se at det er sammenheng mellom hvilket helsesystem borgeren tilhører og tilfredshet med helsetjenestene i alle regresjonsanalysene. Drøftingen er skrevet med mål om å problematisere resultatene opp mot tidligere forskning, samt sette dette i sammenheng med finanskrisen. I del to av drøftingen problematiserer jeg unntakstilstanden som har eksistert i etterkant av finanskrisen i Europa, og hvilken innvirkning det kan tenkes at den kan ha hatt på politisk atferd, deriblant tilfredshet med politiske institusjoner - som helsevesenet er.

7.1. Forskjeller mellom helsesystemene

Det er forskjell på tilfredsheten innad i helsesystemene for alle runder av ESS, og det vil si at det har noe å si hvilket helsesystem innbyggerne har tilhørighet i. Denne forskjellen er dog ikke konsekvent, det ser vi dersom vi går tilbake og ser på diagrammet på side 45.

I etterkant av finanskrisen ser man altså at den predikerte tilfredsheten i ytelsesorientert-type går ned, mens den i lavbudsjett-gruppen går opp. Det var forventet, basert på indikatorene til helsesystemet og tidligere forskning på tilfredshet, at de med tilhørighet i den ytelsesorienterte typen helsesystem skulle være mest tilfreds.

Landene i denne gruppen bruker mest per person på helsetjenester, og de scorer høyt på de fleste indeksene som sier noe om helsetjenesteytelsene. Det stemmer altså i tre av fire runder av ESS, men ikke rett etter finanskrisen. I ytelsesorientert type har man altså en knekk på kurven som viser tilfredsheten, rett etter finanskrisens start, og det er liknende trend som for BNP (modell 1, side 8). For borgere i dette systemet er altså tilfredsheten gjennom fire runder med ESS samsvarende med knekken i finansmarkedet. Dette er et ganske interessant funn, ettersom Belgia og Tyskland ikke er blant landene som ble så hardt rammet av finanskrisen som mange av de andre landene i analysene. Lapavitsas, et al. (2010) hevder at det er det mer perifere statene enn for eksempel Tyskland som ble hardest rammet i form av konsekvenser for innbyggerne, men likevel er det tilfredsheten med helsetjenestene i dette helsesystemet som samsvarer mest med økonomi-grafen. Tilfredsheten går riktignok opp igjen hvis man ser på den predikerte tilfredsheten for 2012, det gjør ikke BNP for de ulike landene i samme grad. Dette kan dermed ha sammenheng med forventninger som drøftes i neste del av kapitlet.

Borgerne med tilhørighet i universell-dekning systemet er basert på konstanten for b-koeffisienten, ettersom dette er referanse kategorien. Det kan gi et litt uriktig bilde av

situasjonen, siden det er referanse-kategorien og ikke får noen egen b-koeffisient. I 2008 er det veldig liten forskjell i predikert tilfredshet for de med tilhørighet i universell dekning- og lavbudsjett-systemet. Samtidig er det ganske tydelig at innbyggerne i dette systemet er minst tilfreds i alle runder av ESS. Til dette kan man kanskje sette spørsmål ved om høy score på indeksene i kartleggingen til Wendt (2009) faktisk er noe som borgerne merker i sin hverdag. Det er snakk om subjektive holdninger når man undersøker tilfredshet med helsetjenestene, og da er det ikke nødvendigvis slik at kvaliteten på helsevesenet henger sammen med tilfredsheten, selv om dette er rimelig å anta. Dette er kontrollert for i form av variablene for selvinteresse, men hvordan helsevesenet blir presentert i media kan for eksempel gi borgerne holdninger som ikke samsvarer med kvaliteten.

I tillegg er det ikke nødvendigvis interessant for borgeren hvordan helsesystemet er i andre land, det er hvilke forventninger man har til den statlige institusjonen i sitt land, ikke hvordan helsevesenet scorer på en indeks som er viktig for den subjektive holdningen. Samtidig burde økonomiske ressurser som er brukt på helsevesenet samsvare med kvaliteten, men dette er ikke alltid tilfellet. Ser man på kartleggingen til Wendt (2009) scorer landene i universell-dekning systemene høyt eller medium på alle indekser, med unntak av på primærhelsetjenesten. På indeksen som måler kvaliteten på de tjenestene som det er mest vanlig å benytte seg av scorer landene lavt. Dette kan få negativ innvirkning på borgernes tilfredshet, ettersom det er disse tjenestene som blir benyttet av flest. Primærhelsetjenesten kan kanskje ses på som «førstelinjen» til hele helsevesenet, og omfatter blant annet fastlegen og apotek-tjenester. Dersom førsteinntrykket er dårlig vil dette få ringvirkninger for inntrykket av resten av helsevesenet, selv om disse egentlig har høyere score og dermed bedre kvalitet. Kanskje man ville sett et annet resultat dersom man hadde undersøkt hvert land for seg. Personer med dårligere helse er mer i kontakt med spesialisthelsetjenesten (innleggelser på sykehus og liknende), og de har kanskje høyere tilfredshet enn de tilfeldig utvalgte informantene.

Lavbudsjett-gruppen scorer medium høyt på indeksen for primærhelsetjenesten. Som jeg skrev for universell dekning, er dette kanskje en indikator som skiller seg ut. Ettersom kvaliteten på primærhelsetjenesten i lavbudsjett-gruppen er medium høyt, kan dette være indikatoren som gjør at de med tilhørighet i lavbudsjett systemet har høyere tilfredshet enn de med tilhørighet i universell dekning systemet. Lavbudsjett-systemets borgere er også de med størst endring i tilfredshet mellom de ulike rundene. Den predikerte tilfredsheten for de med tilhørighet i denne gruppen varierer veldig, fra å være mye høyere enn den predikerte tilfredsheten i universell-dekning systemet, er den predikerte tilfredsheten 2008 nede på nesten samme nivå. I 2010, når

den predikerte tilfredsheten går ned for de i det ytelsesorienterte systemet, så går den opp i lavbudsjett-systemet. Indikatorene for lavbudsjett-systemet tilsier at borgerne i dette systemet skal være minst tilfreds, men likevel er de mest tilfreds i 2010. I 2012 derimot, er den predikerte tilfredsheten lavere igjen.

En viktig faktor som kan være grunnlag for dette, er de ulike landene som er inkludert i kartleggingen til Wendt (2009). Går man tilbake til gjennomsnittlig tilfredshet fra den deskriptive tabellen (side 34) kan man se at i blant annet lavbudsjett-kategorien, er det enorm forskjell på den gjennomsnittlige tilfredsheten. Portugal er det landet med lavest gjennomsnittlig tilfredshet uten å ha kontrollert for andre variabler, mens Finland har høy gjennomsnittlig tilfredshet gjennom alle fire runder av ESS. Når jeg dermed har gruppert disse landene i analysene, vil den høye gjennomsnittlige tilfredsheten i Finland, og den lave tilfredsheten i Portugal, gi andre resultater i analysene enn om de hadde vært inkludert hver for seg. Denne ustabiliteten kan altså ha noe å gjøre med at forskjellen mellom Portugal og Finland er så stor, at selv om de har samme helsesystem vil ikke tilfredsheten innad i gruppen endre seg på samme måte som innad i de andre gruppene. Forskjellen mellom de ulike landene kan ha en sammenheng med at Finland er en stat der solidariteten med velferdsstaten er sterk, mens Portugal ikke har denne samme solidariteten (Fjær, 2013). Samtidig er det ganske stor forskjell på gjennomsnittlig tilfredshet i ytelsesorientert type helsesystem også, der Tyskland har lavere gjennomsnittlig tilfredshet enn Belgia i alle runder av ESS, uten at man ser den samme ustabiliteten her.

Det må også påpekes at det ikke er veldig lav tilfredshet med helsetjenestene i noen av systemene. Selv om de scorer ulikt på indikatorene til Wendt (2009), er forskjellene ganske små – og alt i alt er innbyggerne ganske tilfreds. Svarkategoriene på spørsmålet til den avhengige variabelen går fra verdien 1-10, og resultatene er over middels tilfredshet med helsetjenestene i alle helsesystem.

7.2. Forventninger og tilfredshet

Ettersom forventninger ikke er lagt til som en variabel i analysene, kan man ikke si at dette er årsaken, men jeg vil argumentere for at lavere forventninger kan skape høyere tilfredshet. I kapittelet om tilfredshet skriver jeg at dette i stor grad handler om hvilke forventninger man har. Blant annet Crow, et al. (2002) viser til en formel (se side 21), der forventninger og tilfredshet blir satt i sammenheng. Tilfredshet reflekterer forholdet mellom det som er forventet og det som er mottatt i form av tjenester. Der det som er mottatt er høyere enn det som er

forventet vil tilfredsheten være høy, og vice versa. Kort sagt, man er tilfreds dersom forventningene blir innfridd. Dette kan være en av årsakene til at tilfredsheten ikke har sunket etter finanskrisen. Stigende forventningers misnøye (Davies J-kurve) og relativ deprivasjon er en kjente teorier om forventninger og atferd (Taylor, 1982). Disse teoriene sier det motsatte av det vi ser i tilfellet med finanskrisen. I hovedsak dreier teoriene om sjansen for at regjeringene skal bli gjenvalgt, men den har overføringsverdi til andre områder som omhandler politisk atferd og forventninger. Ettersom vi ser en tendens til at tilfredsheten ikke synker når tilfellet er at økonomien blir dårligere, kan man kanskje sette disse teoriene på hodet (Todal Jenssen & Male Kalstø, 2011).

Et retriever-søk i norske aviser viser hele 97 999 treff på *finanskrisen* i år 2009, og over 66 000 treff i 2008. Sammenliknet med 2007, der resultatet på søket er på 207 treff (Retriever, 2014), er dette en indikator på svært mye medieomtale. I følge Todal Jenssen og Male Kalstø (2011) har både fokuset på finanskrisen, og den negative vinklingen av den, påvirkningskraft på borgerne. Det skal sies at dette kun kan fungere som en illustrasjon, siden datamaterialet er basert på norske avisers dekning, og gjenvalg av regjeringer. De hevder at den rødgrønne regjeringen i Norge i 2009 ble reddet av lave forventninger til økonomien. Dette en drøfting som forsøker å forklare atferd på motsatt premiss enn den opprinnelige teorien. (Todal Jenssen & Male Kalstø, 2011) Ettersom tilfredsheten henger sammen med forventninger er mitt poeng at forventningene til helsevesenet etter finanskrisen var lav. Finanskrisen hadde stor nyhetsverdi, og med fokus på «krise» -delen av ordet kan man tenke seg at dette skapte en oppfatning hos borgerne som enda mer alvorlig enn det som var tilfellet. Dette foregikk over en ganske lang periode, og ble nøye dokumentert med blant annet troverdige grafer i nyhetsbildet. Selv om borgerne i Europa har stått overfor svært merkbare endringer i samfunnet som for eksempel stor arbeidsledighet (Chang, et al., 2013), har de merkbare effektene på andre områder kanskje ikke stått i stil med kriseoppslagene i mediene. Mediedekningen kan dermed ha skapt svært lave forventninger til alle offentlige institusjoner, deriblant helsevesenet. Med lave forventninger blir man altså like fornøyd som før, selv om tilbudet er dårligere. Det er nettopp dette Todal Jenssen og Male Kalstø (2011) mener skjedde i stortingsvalget i Norge i 2009, medienes oppslag skapte «nådetid» for den sittende regjeringen. Dette kan også settes i sammenheng med at det er de med tilhørighet i det ytelsesorienterte systemet som har lavere tilfredshet etter finanskrisen. Dersom de oppfattet at det ble gjort for eksempel økonomiske innstramminger i helsevesenet, til tross for at de visste at de var i den delen av Europa som fortsatt har en bærekraftig økonomi, vil dette gå utover tilfredsheten fordi forventningene til

økonomien fortsatt var høy. På samme tid ser man at de med tilhørighet i lavbudsjett-gruppen har høyere tilfredshet etter finanskrisen. Selv om det er to svært ulike land som er i denne gruppen, kan den økonomiske knekken som Portugal fikk være utslagsgivende i regresjonsanalysene. Dersom informantene som tilhører Portugal hadde svært lave forventninger til helsesystemet på grunn av den dårlige økonomien opplevde lite endringer i møte med helsevesenet kan dette være utslagsgivende i regresjonsanalysene.

Forventninger er som tidligere nevnt ikke inkludert i analysene grunnet manglende datamateriale, dette er et problem også andre forskere har hatt med nettopp sammenhengen mellom forventninger og tilfredshet. Bleich, et al. (2009) skriver at de har sett på andre variabler som erstatning for en forventningsvariabel. De mener at siden andre artikler viser samme retning på korrelasjonen mellom for eksempel kjønn, alder og utdanning med tilfredshetsvariabelen så fungerer det som en erstatning på en forventningsvariabel. «Variation in these variables captures differences in expectation» (Bleich, et al., 2009:274). Dermed kan også sammenhengene vi så med korrelasjonene i regresjonsanalysene bygge under påstanden om at ulike demografiske kjennetegn gir ulike forventninger til helsetjenestene. Selv om det ikke var alle dummyvariablene for alder som var signifikante, vises det i analysene at de eldste var mest tilfreds med helsesystemet. Dette forklares med at de eldre i populasjonen har opplevd et dårligere helsevesen enn det som fins i dag, og har dermed lavere forventninger. Når disse forventningene blir oppfylt vil tilfredsheten være høy (Crow, et al., 2002). Samtidig er det som beskrevet i resultatdelen ikke alle korrelasjonene som går i samme retning som tidligere forskning. Blant annet variabelen venstreorientert var forventet at skulle samsvare positivt med den avhengige variabelen (Gevers, et al., 2000), men det gjør den ikke i noen av analysene. Det gjør at påstanden om at en forventningsvariabel kan erstattes av demografiske variabler ikke holder vann.

En annen årsak til at tilfredsheten med helsetjenestene har sunket, kan være at de landene som er inkludert i undersøkelsen ikke er de landene som har merket effekten av finanskrisen hardest. I enkelte østblokkland var det nødvendig å gjøre kutt i velferdstjenesteseksjonen av statsbudsjettet, for at verdensbanken skulle innvilge lån. Dette er ikke blitt gjort i noen av landene som er inkludert i analysene.

8. Konklusjon

I denne oppgaven har jeg undersøkt om tilfredsheten med helsetjenestene i Europa har endret seg etter finanskrisen, og om det er ulik tilfredshet mellom tre typer helsesystemer. Det vil si at forskningsspørsmålet er delt i to deler. Første del handler om hvordan tilfredsheten med helsetjenestene har endret seg i Europa mellom 2006 og 2012.

Finanskrisen satte en stopper for den veksten som har vært i BNP for de europeiske landene i forkant av krisen (Finansdepartementet, 2013). For alle land i analysene er BNP lavere i 2010 enn i 2008 (The World Data Bank Group, 2014). Etersom alle land som er inkludert i analysene scorer høyt, eller medium, på indeksen om offentlig finansiering i kartleggingen av helsesystem (Wendt, 2009), var det forventet at lavere BNP skulle få konsekvenser for helsetjenestene, fordi BNP og statsbudsjett henger sammen. Det viser seg imidlertid, at det bare er borgerne med tilhørighet i det ytelsesorienterte helsesystemet som er mindre tilfreds med helsesystemet i 2010. For borgerne med tilhørighet i lavbudsjett-systemet går tilfredsheten opp etter finanskrisen. Spesielt Portugal ble hardt rammet av finanskrisen (Midthjell, 2010), og jeg sette den økte tilfredsheten i sammenheng med at lave forventninger gir høyere tilfredshet. Dette kan også forklare hvorfor de med tilhørighet i det ytelsesorienterte systemet rapporterer om lavere tilfredshet, ettersom Belgia og Tyskland ble mindre rammet av den økonomiske krisen enn de mer perifere statene (Lapavitsas, et al., 2010). Dermed kan det tenkes at forventningene var like høye som tidligere, mens den statlige institusjonen ikke klarte å innfri på samme måte som før.

Den andre delen av problemstillingen handler om det er ulik grad av tilfredshet mellom de tre helsesystemene. Dette kan bekreftes i alle regresjonsanalysene. I tre av fire analyser er borgerne med tilhørighet i det ytelsesorienterte systemet mest tilfreds med helsetjenestene de i lavbudsjettgruppen nest mest tilfreds. De med tilhørighet i universell dekning typen er minst tilfreds i alle analysene. I runde 5 er resultatet annerledes mellom de med tilhørighet i det ytelsesorienterte systemet og de i lavbudsjettssystemet. Her er nemlig de med tilhørighet i lavbudsjettssystemet mest tilfreds. Dette settes i sammenheng med forventninger som beskrevet tidligere i kapittelet.

For de med tilhørighet i systemet med universell dekning stiger tilfredsheten jevnt fra 2006 til 2012. Likevel er det veldig interessant å se at borgeren i denne typen helsesystem er mindre tilfreds enn borgerne i de to andre helsesystemene. Med tanke på forventningsmodellen i kapittel 2.3.5 stemmer ikke dette overens med det som ble avdekket i kartleggingen til Wendt

(2009). Den eneste indikatoren der universell dekning typen scorer lavere enn lavbudsjett systemet er på indeksen for primærhelsetjenesten (Wendt, 2009). Det kan tenkes at dette er det som er mest merkbart for borgeren, og dermed det som gir utslag på lavere tilfredshet i dette systemet sammenliknet med lavbudsjettssystemet.

Det er altså avdekket en kontekstuell forskjell mellom de ulike helsesystemene, kontrollert for individuelle forskjeller. Selv om denne kontekstuelle forskjellen er avdekket kan man ikke si at tilhørighet er den viktigste variabelen i regresjonsanalysene. De individuelle forskjellene viser sterkere, både negativ og positiv, korrelasjon med den avhengige variabelen i alle analyser.

Det å bruke Wendt (2009) sine helsesystemer har vært meningsfylt i form av å teste tilfredsheten med helsetjenestene i gruppe. Samtidig ville det vært gunstig å legge inn verdiene for hver indikator i datasettet. I tillegg er det som tidligere nevnt veldig stor forskjell på tilfredsheten med helsetjenestene innenfor hvert system, og dermed kan dette skape uheldige resultater i analysene. Dette peker på muligheter for videre forskning innenfor samme tema. For å se på hvert land, men likevel ha med indikatorene som Wendt sin kartlegging er basert på, kunne man skilt bedre mellom variasjonene i helsesystemene. Å for eksempel legge inn disse indikatorene, og analysere hvert land for seg, ville gjort at man kunne sett på hvert enkelt land og effekten av hver indikator. Hvilken indikator fra Wendt (2009) sin kartlegging som gir høyest tilfredshet ville vært en spennende problemstilling, ettersom dette kunne gitt svar på hvilken del av helsetjenesteytelsene som bør prioriteres med tanke på borgernes preferanser. Det ville løst utfordringen med svært ulik gjennomsnittlig tilfredshet i de ulike helsesystemgruppene. Samtidig ville man da mistet gruppeeffekten som er i mine analyser, og fordelen med å forske kryssnasjonalt på en global krise er som nevnt stor (Stuckler, Basu, Suhrcke, & McKee, 2009). Ved å trekke inn de ulike indikatorenes verdier ville man også kunne bekreftet mine antakelser om at det er forskjellen på primærhelsetjenesten som gir utslag på at de med tilhørighet i universell dekning typen er mindre tilfreds enn de i lavbudsjett typen helsesystem. I tillegg mistenker jeg at årsaken til at mange av variablene er negativt korrelert med den avhengige variabelen, der tidligere forskning hevder at sammenhengen er positiv, kan avdekkes ved å undersøke mer rundt hvert enkelt land. I videre forskning kan man altså undersøke de deskriptive forskjellene for de uavhengige variablene for å kunne avdekke om det for eksempel er større andel venstreorienterte borgere i enkelte land. Dette vil kunne avdekke sammenhenger som man ikke kan se i regresjonsanalysene i denne undersøkelsen.

Det er mange muligheter for videre forskning på tilfredshet med helsetjenestene, og denne oppgaven et steg i den retning. Oppgaven bidrar dermed til å fokusere på tilfredshet med helsetjenestene innenfor de ulike systemene som Wendt (2009) har kartlagt i Europa. Dette er dermed forskning som kan forklare noe av variasjonen i tilfredshet med helsetjenestene, både mellom ulike systemer, og over tid.

9. Kilder

- Aakvag, G. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Aale, P. K. (2014). *Én million grekere har ikke tilgang til helsevesenet*. *Aftenposten*. Lokalisert 24.04.2014, på http://www.aftenposten.no/nyheter/uriks/n-million-grekere-har-ikke-tilgang-til-helsevesenet-7543979.html#.U1kvkPl_v3R
- Acton, C., Miller, R. L., Fullerton, D. & Maltby, J. (2009). *SPSS for social scientists*: Palgrave Macmillan Hampshire.
- Argyrous, G. (2011). *Statistics for research: with a guide to SPSS*. London: Sage Publications.
- Bambra, C. (2011). *Work, worklessness, and the political economy of health*: Oxford University Press.
- Beck, N. (2001). Time-series-cross-section data: what have we learned in the past few years? *Annual review of political science*, 4(1), 271-293.
- Blank, R. H. & Burau, V. (2007). *Comparative health policy*. New York: Palgrave Macmillan.
- Bleich, S., Özaltin, E. & Murray, C. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, 87(4), 271-278.
- Busse, R., Jakubowski, E. & Perleth, M. (1999). *'Best practice': state of the art and perspectives in the EU for improving the effectiveness and efficiency of European health systems*. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities.
- Busse, R., Jakubowski, E. & Perleth, M. (2001). What is 'best practice' in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. *Health Policy*, 56(3), 235-250.
- Chang, S.-S., Stuckler, D., Yip, P. & Gunnell, D. (2013). Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ: British Medical Journal*, 347.
- Crow, R., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L. et al. (2002). *The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature*: Core Research.
- De Grauwe, P. (2012). The governance of a fragile eurozone. *Australian Economic Review*, 45(3), 255-268.
- 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. & Clausen, T. H. (2012). *Kvantitativ analyse med SPSS: en praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker* (2. utg.). Trondheim: Tapir akademiske forlag.
- Esping-Andersen, G. (1990). *The three worlds of welfare capitalism*. Cambridge: Polity Press.
- ESS ERIC. (u.å.-a). *ESS3 - 2006 Summary and deviations*. Lokalisert 05.03.2014, på http://www.europeansocialsurvey.org/data/deviations_3.html

- ESS ERIC. (u.å.-b). *ESS6 - 2012 Summary and deviations*. Lokalisert 05.03.2014, på http://www.europeansocialsurvey.org/data/deviations_6.html
- European Social Survey. (2012). *ESS Round 6 Source Questionnaire*. London: Centre for Comparative Social Surveys, City University London.
- European Social Survey. (2013). *Weighting European Social Survey Data*. Lokalisert 02.02.2014, på http://www.europeansocialsurvey.org/docs/methodology/ESS_weighting_data.pdf
- European Social Survey. (2014). *ESS*. Lokalisert 29.01.2014, på <http://www.europeansocialsurvey.org/>
- Evetovits, T., Figueras, J., Jakab, M., Jowett, M., McKee, M., Thomson, S. (2013). *SUMMARY: Health, health systems and economic crisis in Europe. Impact and policy implications*. World Health Organization 2013 (acting as the host organization for, and secretariat of, the European Observatory on Health Systems and Policies). Storbritannia.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage publications.
- Finansdepartementet. (2013). *Perspektivmeldingen 2013*. (Meld. St. 12 (2012-2013)). Oslo: Finansdepartementet.
- Fjær, E. L. (2013). *Helse og helseulikheter i politiske regimer: En studie basert på European Social Survey [masteroppgave]*. NTNU, Trondheim.
- Freeman, R. (2000). *The politics of health in Europe*. Manchester: University Press.
- Gevers, J., Gelissen, J., Arts, W. & Muffels, R. (2000). Public health care in the balance: exploring popular support for health care systems in the European Union. *International Journal of Social Welfare*, 9(4), 301-321.
- Grol, R. (2001). Successes and failures in the implementation of evidence-based guidelines for clinical practice. *Medical care*, 39(8), II-46-II-54.
- Keele, L. (2007). Social capital and the dynamics of trust in government. *American Journal of Political Science*, 51(2), 241-254.
- Kentikelenis, A., Karanikolos, M., Reeves, A., McKee, M. & Stuckler, D. (2014). Greece's health crisis: from austerity to denialism. *The Lancet*, 383(9918), 748-753.
- Kohl, J. & Wendt, C. (2004). Satisfaction with Health Care Systems *Challenges for Quality of Life in the Contemporary World* (s. 311-331): Springer.
- Lapavitsas, C., Kaltenbrunner, A., Lindo, D., Michell, J., Paineira, J. P., Pires, E. et al. (2010). Eurozone crisis: beggar thyself and thy neighbour. *Journal of Balkan and Near Eastern Studies*, 12(4), 321-373.
- Marmor, T., Freeman, R. & Okma, K. (2005). Comparative perspectives and policy learning in the world of health care. *Journal of Comparative Policy Analysis: research and practice*, 7(4), 331-348.
- Midthjell, N. L. (2010). Finanspolitikk og finanskriser—hvilken effekt har egentlig finanspolitikken. *NORGES BANK, penger og kreditt*, 2(2010), 32-46.
- Missinne, S., Meuleman, B. & Bracke, P. (2013). The popular legitimacy of European healthcare systems: A multilevel analysis of 24 countries. *Journal of European Social Policy*, 23(3), 231-247.
- Norad. (2011). *Helsesystem*. Lokalisert 25.02.2014, på <http://www.norad.no/no/tema/helse/helsesystem>

- Norwegian Social Science Data Services. (2013). *Preparing the data*. Lokalisert 27.04.2014, på <http://essedunet.nsd.uib.no/cms/topics/multilevel/ch5/2.html>
- Orren, H. (2011). Nye utdanningsvariabler *NSD Nytt*(1), 3.
- Pascoe, G. C., Attkisson, C. C. & Roberts, R. E. (1983). Comparison of indirect and direct approaches to measuring patient satisfaction. *Evaluation and Program Planning*, 6(3), 359-371.
- Retriever. (2014, 01.05.2014). *Finanskrisen*. Lokalisert, på <https://web.retriever-info.com/services/archive.html>
- Ringdal, K. (2001). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Ruspini, E. (2002). *Introduction to longitudinal research*. London: Routledge.
- Santos, J. R. A. (1999). Cronbach's alpha: A tool for assessing the reliability of scales. *Journal of extension*, 37(2), 1-5.
- Singer, J. D. & Willett, J. B. (2003). *Applied longitudinal data analysis: Modeling change and event occurrence*. Oxford: University press.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M., Coutts, A. & McKee, M. (2009). The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. *The Lancet*, 374(9686), 315-323.
- Stuckler, D., Basu, S., Suhrcke, M. & McKee, M. (2009). The health implications of financial crisis: A review of the evidence. *The Ulster medical journal*, 78(3), 142.
- Taylor, M. C. (1982). Improved conditions, rising expectations, and dissatisfaction: a test of the past/present relative deprivation hypothesis. *Social Psychology Quarterly*, 24-33.
- The Sampling Expert Panel of the ESS. (2012). *Sampling for the European Social Survey Round VI: Principles and Requirements*. Mannheim: European Social Survey.
- The World Data Bank Group. (2014). *GDP (current US\$)*. Lokalisert 29.04.2014, på <http://data.worldbank.org/indicator/NY.GDP.MKTP.CD/countries/1W?display=graph>
- Thompson, A. G. & Suñol, R. (1995). Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence. *International Journal for Quality in Health Care*, 7(2), 127-141.
- Todal Jenssen, A. & Male Kalstø, Å. (2011). Reddet finanskrisen den rødgrønne regjeringen i 2009? - Om stigende forventningers misnøye og politisk nådetid. *Norsk statsvitenskapelig tidsskrift*, 27(01).
- Toth, F. (2013). The choice of healthcare models: How much does politics matter? *International Political Science Review*, 34(2), 159-172.
- Veenhoven, R. (1996). Developments in satisfaction-research. *Social Indicators Research*, 37(1), 1-46.
- Vestnes, K. (2013). *Nøgde i nordvest–skeptiske i søraust: Ein kvalitativ fleirnivåanalyse av tilfredsheit med helsetenestene i Europa [masteroppgave]*. NTNU, Trondheim.
- Waters, H., Saadah, F. & Pradhan, M. (2003). The impact of the 1997–98 East Asian economic crisis on health and health care in Indonesia. *Health Policy and Planning*, 18(2), 172-181.
- 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., Frisina, L. & Rothgang, H. (2009). Healthcare system types: a conceptual framework for comparison. *Social Policy & Administration*, 43(1), 70-90.
- Wendt, C., Kohl, J., Mischke, M. & Pfeifer, M. (2010). How do Europeans perceive their healthcare system? Patterns of satisfaction and preference for state involvement in the field of healthcare. *European Sociological Review*, 26(2), 177-192.
- Yaffee, R. A. & McGee, M. (2000). *An introduction to time series analysis and forecasting: with applications of SAS® and SPSS®*. Waltham, Massachusetts: Academic Press.

10. Vedlegg

10.1. Vedlegg 1, ESS3 – blokkvis regresjonsanalyse, modell 1-8

Tabell 12: ESS3 - blokkvis regresjonsanalyse, modell 1-8.

	Modell 1				Modell 2				Modell 3				Modell 4				Modell 5				Modell 6				Modell 7				Modell 8				
	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	
Konstant	5.237	.034	-	.00	2.504	.060	-	.00	2.692	.064	-	.00	2.672	.071	-	.00	2.643	.090	-	.00	3.191	.112	-	.00	3.654	.125	-	.00	3.676	.125	-	.00	
Ytelsesorientert	.286	.055	.052	.00	.627	.05	.114	.00	.624	.05	.113	.00	.614	.049	.112	.00	.614	.049	.112	.00	.690	.050	.125	.00	.732	.050	.133	.00	.742	.050	.135	.00	
Helsesystem Universell dekning**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Lavbudsjett	.169	.059	.028	.004	.313	.053	.053	.00	.322	.053	.054	.00	.31	.053	.052	.00	.317	.055	.053	.00	.427	.056	.072	.00	.489	.056	.082	.00	.489	.056	.082	.00	
Politisk tillit					.139	.003	.448	.00	.138	.003	.445	.00	.139	.003	.445	.00	.138	.003	.444	.00	.134	.003	.430	.00	.132	.003	.423	.00	.131	.003	.422	.00	
Kvinner																																	
25-39 år																																	
Alder* 40-49 år																																	
50-64 år**																																	
Over 65 år																																	
Utdanning (i år)																																	
Fornøyd med personlig økonomi																																	
Helsetilstand																																	
Til venstre på politisk skala																																	
N	11475				11475				11475				11475				11475				11475				11475				11475				
R ²	0.002				0.20				0.204				0.213				0.213				0.217				0.222				0.223				
F/Sig.	.00				.00				.00				0.608				.00				.00				.00				.00				

*Dummysett

**Referansekategori

10.2. Vedlegg 2, ESS4 – blokkvis regresjonsanalyse, modell 1-8

Tabell 13: ESS4 - blokkvis regresjonsanalyse, modell 1-8.

	Modell 1				Modell 2				Modell 3				Modell 4				Modell 5				Modell 6				Modell 7				Modell 8					
	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig		
Konstant	5.480	.031	-	.00	3.294	.054	-	.00	3.482	.058	-	.00	3.378	.065	-	.00	3.555	.085	-	.00	3.965	.107	-	.00	4.218	.119	-	.00	4.249	.119	-	.00		
Ytelsesorientert	.175	.050	.033	.00	.403	.047	.076	.00	.388	.046	.073	.00	.388	.046	.073	.00	.393	.046	.074	.00	.424	.046	.080	.00	.454	.047	.086	.00	.461	.047	.087	.00		
Helsesystem Universell dekning**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-			
Lavbudsjett	.124	.053	.022	.019	.213	.049	.038	.00	.222	.049	.040	.00	.208	.049	.037	.00	.171	.050	.031	.001	.237	.051	.043	.00	.270	.051	.048	.00	.265	.051	.048	.00		
Politisk tillit					.113	.002	.387	.00	.112	.002	.384	.00	.113	.002	.385	.00	.114	.002	.390	.00	.111	.002	.378	.00	.110	.003	.375	.00	.109	.003	.374	.00		
Kvinner																																		
25-39 år																																		
Alder* 40-49 år																																		
50-64 år**																																		
Over 65 år																																		
Utdanning (i år)																																		
Fornøyd med personlig økonomi																																		
Helsestilstand																																		
Til venstre på politisk skala																																		
N	12722				12722				12722				12722				12722				12722				12722				12722					
R ²	.001				.149				.154				.161				.162				.164				.166				.168					
F/Sig.	.001				.00				.00				.00				.001				.00				.00				.00					

*Dummysett

**Referansekategori

10.3. Vedlegg 3, ESS5 – blokkvis regresjonsanalyse, modell 1-8

Tabell 14: ESS5 - blokkvis regresjonsanalyse, modell 1-8.

	Modell 1				Modell 2				Modell 3				Modell 4				Modell 5				Modell 6				Modell 7				Modell 8			
	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig
Konstant	5.607	.031	-	.00	3.335	.054	-	.00	3.531	.058	-	.00	3.494	.065	-	.00	3.478	.083	-	.00	4.123	.106	-	.00	4.404	.118	-	.00	4.425	.119	-	.00
Ytelsesorientert	.046	.051	.009	.361	.332	.047	.063	.00	.322	.046	.061	.00	.324	.046	.061	.00	.324	.046	.061	.00	.335	.046	.063	.00	.375	.047	0.71	.00	.390	.047	.072	.00
Helsesystem	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Universell dekning**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lavbudsjett	.206	.055	.036	.00	.496	.051	.086	.00	.500	.051	.086	.00	.473	.051	.082	.00	.476	.052	.082	.00	.551	.052	.095	.00	.582	.053	.101	.00	.578	.053	.100	.00
Politisk tillit	-	-	-	-	.120	.002	.412	.00	.119	.002	.409	.00	.119	.002	.408	.00	.119	.002	.408	.00	.112	.003	.385	.00	.111	.003	.381	.00	.111	.003	.379	.00
Kvinner	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
25-39 år	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
40-49 år	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
50-64 år**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Over 65 år	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Utdanning (i år)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.335	.054	.060	.00	.337	.054	.060	.00	.321	.054	.057	.00	.340	.054	.060	.00	.334	.054	.059	.101
Fornøyd med personlig økonomi	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Helsestilstand	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Til venstre på politisk skala	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
N	12421				12421				12421				12421				12421				12421				12421							
R ²	.001				.167				.172				.178				.178				.184				.186							
F/Sig.	.001				.00				.00				.00				.770				.00				.00							

*Dummysett

**Referansekategori

10.4. Vedlegg 4, ESS6 – blokkvis regresjonsanalyse, modell 1-8

Tabell 15: ESS6 - blokkvis regresjonsanalyse, modell 1-8.

	Modell 1				Modell 2				Modell 3				Modell 4				Modell 5				Modell 6				Modell 7				Modell 8			
	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig	B	SE	Beta	Sig
Konstant	5.720	.030	-	.00	3.241	.051	-	.00	3.408	.054	-	.00	3.299	.061	-	.00	3.428	.079	-	.00	4.179	.102	-	.00	4.339	.113	-	.00	4.53	.113	-	.00
Ytelsesorientert	.733	.049	.138	.00	.874	.044	.165	.00	.869	.043	.164	.00	.875	.043	.165	.00	.877	.043	.166	.00	.897	.043	-	.00	.921	.044	.174	.00	.927	.044	.175	.00
Helsesystem* Universell dekning**	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lavbudsjett	-.001	.052	.000	.982	.198	.047	.035	.00	.207	.047	.036	.00	.195	.047	.034	.00	.171	.048	.030	.00	.254	.048	.00	.00	.271	.048	.048	.00	.268	.048	.047	.00
Politisk tillit					.129	.002	.446	.00	.129	.002	.444	.00	.129	.002	.444	.00	.130	.002	.448	.00	.122	.002	.00	.00	.122	.002	.420	.00	.121	.002	.419	.00
Kvinner									-.307	.037	-.064	.00	-.299	.037	-.062	.00	-.299	.037	-.062	.00	-.285	.037	.00	.00	-.238	.037	-.059	.00	-.283	.037	-.059	.00
25-39 år									.068	.050	.012	.180	.090	.051	.016	.079	.141	.051	.006	.006	.113	.052	.020	.030	.114	.052	.020	.028	.114	.052	.020	.028
40-49 år									-.064	.053	-.011	.224	-.051	.053	-.009	.334	-.018	.053	.736	.736	-.034	.053	-.006	.528	-.037	.053	-.006	.487	-.037	.053	-.006	.487
50-64 år**									-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Over 65 år									.410	.049	.074	.00	.391	.050	.071	.00	.355	.050	.00	.00	.372	.050	.068	.00	.365	.050	.066	.00	.365	.050	.066	.00
Utdanning (i år)													-.011	.005	-.021	0.12	-.020	.005	.00	.00	-.022	.005	-.040	.00	-.021	.005	-.039	.00	-.021	.005	-.039	.00
Fornøyd med personlig økonomi																	-.284	.024	.00	.00	-.270	.025	-.092	.00	-.268	.025	-.091	.00	-.268	.025	-.091	.00
Helsetilstand																					-.076	.023	-.028	.001	-.073	.023	-.027	.002	-.073	.023	-.027	.002
Til venstre på politisk skala																								-.144	.047	-.024	.002	-.144	.047	-.024	.002	
N	13252				13252				13252				13252				13252				13252				13252				13252			
R ²	.019				.217				.221				.227				.227				.235				.236				.236			
F/Sig.	.00				.00				.00				.00				.00				.00				.00				.00			

*Dummysett

**Referansekategori

10.5. Vedlegg 5, konfidensintervaller for helsesystemvariabelen

Tabell 16: 95% konfidensintervaller for helsesystemvariabel. Nedre grense, øvre grense og verdien for b-koeffisienten.

	ESS 3			ESS 4			ESS 5			ESS 6		
	95% Konfidensintervaller for B			95% Konfidensintervaller for B			95% Konfidensintervaller for B			95% Konfidensintervaller for B		
	Nedre grense	B	Øvre grense	Nedre grense	B	Øvre grense	Nedre grense	B	Øvre grense	Nedre grense	B	Øvre grense
Konstant	3.431	3.676	3.921	4.016	4.249	4.482	4.193	4.425	4.658	4.132	4.353	4.574
Ytelsesorientert	0.643	0.724	0.84	0.369	0.461	0.553	0.288	0.391	0.471	0.841	0.927	1.013
Helsesystem* Universell dekning**	-		-	-		-	-		-	-		-
Lavbudsjett	0.378	0.489	0.599	0.165	0.265	0.366	0.475	0.578	0.681	0.174	0.268	0.362

*dummysett

**referanskategori