

Hanne L'Orsa

Pasienttilfredshet i det norske helsevesenet

En logistisk regresjonsanalyse av sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og tilfredshet med helsetjenestene.

Masteroppgave i Statsvitenskap

Veileder: Pål E. Martinussen

Trondheim, juni 2018

Hanne L'Orsa

Pasienttilfredshet i det norske helsevesenet

En logistisk regresjonsanalyse av sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og tilfredshet med helsetjenestene.

Masteroppgave i Statsvitenskap
Veileder: Pål E. Martinussen
Trondheim, juni 2018

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Abstract

The aim of this masters thesis is to explore what socioeconomic traits determines patient satisfaction within the Norwegian healthcare system. To this day the research done on patient satisfaction in Norway has been scarce, it is important to gain insight in how patient satisfaction vary in between socioeconomic groups to further understand differences in use an health status.

Using multiple logistic regression analysis this paper has explored what socioeconomic traits determines patient satisfaction. The main findings are that socioeconomic position affects perceived quality in the health care system and trust in treatment. Employment status, level of education, income and health status has an effect on patient satisfaction. Having poor health, lower education, lower income and poor self-evaluated health increases the odds for being unsatisfied with the health care system. The effects of socioeconomic position is stronger on the evaluation of the specialist health care compared to the primary health care.

FORORD

En stor takk til min veileder, Pål E. Martinussen som har kommet med gode innspill og konstruktive tilbakemeldinger som har gjort gjennomføringen av denne oppgaven mulig. Sintef Teknologi og Samfunn, avdeling helse har på oppdrag for Landsforeningen for Hjerter- og Lungesyke utarbeidet datasettet som denne oppgaven er basert på. Takk for at jeg har fått tilgang til data, alle tolkninger og eventuelle feil og mangler er helt og holdent mitt ansvar.

Wessels har vært et trofast og godt kollektiv gjennom fem år. Takk til Ingvild, Ingrid og Marianne for evig vennskap.

Studiehverdagen er visst ikke det samme uten gode venner man kan kaste faglige baller med. Takk til Herman, Thomas og Tonje, hyggelig at vi har blitt venner. Jeg gleder meg til påske i Finnmark. En spesiell takk til Herman og Thomas som har lest korrektur. Merkelige bisetninger er min last.

Hanne L'Orsa
Trondheim, juni 2018.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning	1
1.1 <i>Pasienttilfredshet</i>	2
1.2 <i>Oppgavens oppbygning</i>	5
2.0 Det norske helsesystemet	7
2.1 <i>Fastlege</i>	7
2.2 <i>Pasienten i sentrum</i>	8
3.0 Teoretisk grunnlag	9
3.1 <i>To ulike tilnærminger for å forklare sosial ulikhet i helse</i>	10
3.1.1 <i>Grunnleggende årsaksteori</i>	10
3.1.2 <i>Livsløpsperspektivet</i>	11
3.3 <i>Kvalitet</i>	12
3.3.1 <i>Komponenter av kvalitet i helsetjenestene</i>	14
3.3.2 <i>Tilgjengelighet</i>	15
3.3.4 <i>Pasient – behandler relasjon</i>	16
3.3.4 <i>Fasiliteter ved omsorgen</i>	17
3.3.5 <i>Kostnad ved behandling</i>	18
3.3.6 <i>Likhet</i>	18
3.4 <i>Måle kvalitet</i>	19
3.4 <i>Oppsummering</i>	20
4.0 Tidligere forskning	21
4.1 <i>Utdanning</i>	21
4.2 <i>Inntekt</i>	22
4.3 <i>Sysselsetting</i>	23
4.4 <i>Helsestatus</i>	24
4.5 <i>Geografisk</i>	25
4.6 <i>Kjønn</i>	26
4.7 <i>Alder</i>	27
4.8 <i>Avslutning</i>	27
5.0 Data og metode	29
5.1 <i>Datasett og utvalg</i>	29
5.2 <i>Variabelbeskrivelse</i>	30
5.2.1 <i>Avhengige variabler</i>	30
5.2.2 <i>Uavhengige variabler</i>	33
5.3 <i>Metode</i>	36
5.3.1 <i>Valg av metode</i>	36
5.3.2 <i>Logistisk regresjon</i>	36
5.3.2 <i>Stegvis regresjonsanalyse</i>	37
5.5 <i>Antagelser i logistisk regresjon</i>	38
5.5.1 <i>Multikollinearitet</i>	40

5.5.2 Reliabilitet	41
5.5.3 Validitet	42
6.0 Resultater	45
6.1 Resultater tilfredshet og bruk av fastlege	45
6.2 Resultater kvalitet i helsevesenet sett under ett.....	50
6.3 Resultater tiltro til behandling	56
7.0 Diskusjon	62
7.1 Sosioøkonomisk status og fornøydhhet med fastlege	63
7.2 Kvalitet i helsevesenet.....	65
7.3 Tiltro til behandling.....	68
7.4 Implikasjoner for kvaliteten	71
8.0 Konklusjon.....	73
9.0 Litteraturliste	75
Vedlegg A.....	81
Vedlegg B	84
Vedlegg C.....	85
Vedlegg D.....	87
Vedlegg E	88
Vedlegg F	89

Tabeller

Tabell 1.....	30
Tabell 2	31
Tabell 3.....	32
Tabell 4	35
Tabell 5.....	46
Tabell 6.....	51
Tabell 7.....	57
Tabell 8.....	58
Tabell 9.....	81
Tabell 10.....	82
Tabell 11.....	83
Tabell 12:.....	84
Tabell 13.....	87
Tabell 14.....	88
Tabell 15.....	89

Figurer

Figur 1	14
Figur 2	54
Figur 3	85
Figur 4	85
Figur 5	86

1.0 Innledning

Etter andre verdenskrig har de overordnede målene i helsepolitikken i utviklede land vært å sikre helsetjenester av god kvalitet med lik tilgang. Den faktiske gjennomføringen av politikken har variert mellom forskjellige land, men hovedmålet har fremdeles vært å sikre lik tilgang og kvalitet (Blank & Burau, 2014). Målet i det norske skattefinansierte helsevesenet er at en trygg og god helse- og omsorgstjeneste skal bidra til god helse og forebygge sykdom. Hele landet skal ha et likeverdig tilbud om helse- og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon. Målet er flest mulig gode leveår for alle, og reduserte sosiale helseforskjeller i befolkningen (Helsedirektoratet, 2015). Det jobbes for å opprettholde et system som skal sørge for lik tilgang med lik kvalitet uavhengig av bakgrunn. Til tross for dette ser man at det er et skille mellom sosioøkonomisk status, helsestatus og bruk av helsetjenestene over tid (Fjær et al., 2017; Helsedirektoratet, 2016; Hernández-Quevedo, Jones, & Rice, 2008; Link & Phelan, 1995).

Sosial ulikhet i helse sikter til de systematiske forskjellene i helsetilstand som følger sosiale og økonomiske kategorier, særlig yrke, utdanning og inntekt. Sosial ulikheter i helse kan dermed forstås som sosioøkonomiske forskjeller i helse (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Helsegradienten er konstant i den norske befolkningen. Det vil si at forbedret sosioøkonomisk status gir forbedret helse. Dette gjelder gjennom hele gradienten, de nest fattigste har statistisk sett bedre helse enn de aller fattigste, det samme gjelder i motsatt ende, der de nest rikeste har dårligere helse enn de aller rikeste (Helsedirektoratet, 2016). I likhet med mange andre vestlige land er sosial ulikhet i helse i Norge veldokumentert og tilstedte over tid. Ulikhet i helse eksisterer i de aller fleste aldersgrupper, effekten er gjeldene hos begge kjønn, og gir sterkere utslag for menn enn hos kvinner. De sosiale forskjellene er til stede uavhengig av hvilke sosioøkonomiske indikatorer man bruker: utdanning, inntekt, yrkesforhold eller et sammensatt mål på sosioøkonomisk status. Komparative analyser viser at ulikheten ikke er mindre i Norge enn andre europeiske land (Dahl, 2002).

Sosial ulikhet i helse blir ofte knyttet opp mot absolutte mål som dødelighet, sykdomsrater, spedbarnsdødelighet osv. I denne oppgaven forstår jeg god helse etter «coping model» der

helse er muligheten til å tilpasse oss de problemene man får i livet. Her kan man være frisk til tross for at man har en kronisk sykdom eller funksjonshemming fordi man har personlig styrke og utholdenhet til å takle livet. Under denne definisjonen er man usunn selv om man kan være klinisk «frisk» hvis man ikke «takler» livet (Blank & Burau, 2014).

1.1 Pasienttilfredshet

Foreløpig er det begrenset tilgang på forskning som tar for seg pasienttilfredshet i det norske helsevesenet med bakgrunn i sosioøkonomisk status. Det som har blitt gjort tidligere er i stor grad deskriptive studier som tar sikte på å beskrive ulikhet i bruk mellom sosioøkonomiske grupper. Selv om det er beslektede temaer er det nødvendig å få mer kunnskap rundt tilfredshet og hvordan dette henger sammen med sosioøkonomisk status. Denne studien er et forsøk på å mer inngående beskrive hvilke sosioøkonomiske determinanter som ligger til grunn for tilfredshet ved helsetjenestene. Ved å få innsikt i hvordan tilfredshet varierer mellom ulike befolkningsgrupper vil man i større grad kunne forstå hvorfor det er en ulikhet i bruk av helsetjenestene og videre igangsette tiltak som kan minimere sosial ulikhet i helse.

Godager og Iversen (2016) har gjennomført en beskrivende analyse av erfaringer ved fastlegeordningen fra 2001 til 2015. Fokuset i studien er tilfredshet, bruk og tilgjengelighet. Analysen bygger på data fra levekårsundersøkelsen til SSB koblet opp mot fastlegedatabasen. I perioden har det skjedd en forandring, pasienter opplever i mindre grad at legen tar deres behov og problemer på alvor. Til tross for dette er befolkningen som helhet mer fornøyd med fastlegens henvisningspraksis og konsultasjonslengde. Forfatterne adresserer behovet for mer informasjon om virksomhet og kvalitet i primærhelsetjenesten. Dette blir bekreftet av Ringard, Sagan, Saunes, og Lindahl (2014) som påpeker at det kun er en liten andel av norske fastleger som har et system for å måle brukertilfredshet. Skudal, Sjetne, Bjertnæs, Lindahl, og Nylenna (2016) påpeker at kun 10 prosent av fastlegene i Norge gjennomfører systematiske brukererfaringsundersøkelser. Dette til tross for at fastlegene er frontlinjen i helsetjenestene og kan ha stor påvirkning på fornøydhetsvidere i helsesystemet.

Internasjonalt gjennomfører The Commonwealth Fund (CMWF) årlige systemundersøkelser i en rekke land. Norge deltok for første gang i 2009. CMWFs egne publikasjoner fokuserer lite

på de enkelte deltakerlandenes resultater, derfor lager Kunnskapssenteret egne rapporter fra undersøkelsene med et norsk fokus (Skudal et al., 2016).

I CMWF-undersøkelsen fra 2016, rapporterer norske respondenter dårligere erfaringer med sin faste lege enn i andre land på områder som kommunikasjon, brukermedvirkning og konsultasjonstid. Norske pasienter rapporterer dårligere erfaringer med sin faste lege, sammenlignet med andre land. De dårlige erfaringene går på om legen tar seg nok tid med pasientene, involvering i behandlingsbeslutninger og forklarer ting på en lettfattelig måte. Antallet norske respondenter som rapporterer lavere tilfredshet ved de overnevnte aspektene er signifikant lavere hos norske respondenter enn i de andre landene. Dette er en negativ trend fra to tidligere målinger i 2010 og 2013. Samtidig som de norske primærhelsetjenestene har nevnte utfordringer er andelen respondenter som opplever kvaliteten hos fastlegene som utmerket høyere enn i de andre landene.

Selv om befolkningen som en helhet er fornøyd med sin fastlege, er det fremdeles en andel som er misfornøyd med fastlegen. Det er interessant å forstå hva som kjennetegner denne andelen av befolkningen for å gi innsyn i hvordan man kan sikre et helhetlig helsevesen som kan være en bidragsyter til å minimere sosiale ulikheter i helse. Når det eksisterer en vedvarende sosioøkonomisk ulikhet i helse, er det grunnlag for å anta at det også er en vedvarende ulikhet i behov for helsehjelp. Det er nødvendig å finne ut av om de områdene norske respondenter rapporterer dårligere erfaringer med kan knyttes opp mot sosioøkonomisk status. Høyere sosioøkonomisk status knyttes opp mot en bedre tilgang på ressurser, ressurser som kan benyttes til å minimere risikoen ved sykdom, herunder kommunikasjon med behandler (Goddard & Smith, 2001). Dette er utgangspunktet for det første forskningsspørsmålet. Det forsøker å belyse hvorvidt den sosioøkonomiske helsegradienten har en effekt på fornøydhet med fastlegen.

Forskningsspørsmål 1: *Hvilke sosioøkonomiske faktorer har en effekt på fornøydhet med fastlegen?*

Norske respondenter vurderer kvaliteten på helsetjenestene på tilsvarende nivå som i andre land. I tillegg er det en høyere andel av norske brukere som rapporterer mye bra ved det norske helsevesenet sammenlignet med tilsvarende vurderinger fra andre land (Skudal et al., 2016). Målet i det norske helsevesenet er at hele landet skal ha et likeverdig tilbud om helse-

og omsorgstjenester uavhengig av diagnose, bosted, personlig økonomi, kjønn, etnisk bakgrunn og den enkeltes livssituasjon (Helsedirektoratet, 2016).

Det er nødvendig å finne ut om de punktene norske brukere har dårligere erfaringer med, kan knyttes opp mot sosioøkonomisk status. Brukererfaringer og tilfredshet med spesialisthelsetjenestene blir målt gjennom flere nasjonale undersøkelser, det samme blir ikke gjort i primærhelsetjenestene (Ringard et al., 2014). Dermed er det viktig å få innsyn i tilfredsheten med fastlegene, og hvordan dette følger pasientene videre inn i spesialisthelsetjenestene. For at det norske helsevesenet skal kunne utvikle seg til det bedre er det nødvendig å forstå hva som kjennetegner de som ikke er tilfreds med tjenestene. Det andre forskningsspørsmålet er som følger:

Forskningsspørsmål 2: *Hvordan varierer sosioøkonomiske determinanter mellom fornøydhet med fastlegen og oppfattet kvalitet i helsevesenet?*

I litteraturen blir det ofte tatt høyde for at behovet er likt på tvers av ulike pasientgrupper, dette trenger nødvendigvis ikke være tilfellet (Goddard & Smith, 2001). Man er klar over at det eksisterer en sosial ulikhet i helse som er konstant over tid og at dette fører til ulik bruk av helsetjenestene (Lunde, Otnes, & Ramm, 2017). Måler man kvaliteten ut ifra pasienttilfredshet er det viktig å inkludere sosioøkonomisk status, fordi pasienttilfredsheten avhenger av møtet mellom individ og system. Og når individet opererer ulikt innenfor systemet på bakgrunn av de ferdigheter som har sitt utspring i sosioøkonomisk status er det viktig å forstå hvordan dette påvirker tilfredsheten. Kvaliteten i ulike tjenester tilbudt til identiske pasienter kan variere mellom ulike pasientgrupper, fordi behandling er et resultat av samhandling mellom lege og pasient. Britisk forskning viser at personer fra middelklassen i gjennomsnitt tilbringer lengre tid hos fastlegen, og i større grad får svar på spørsmål rundt egen helsesituasjon (Goddard & Smith, 2001). Dermed vil det være naturlig å inkludere et tredje forskningsspørsmål som forsøker å besvare hvordan tiltro til behandlingen varierer med sosioøkonomisk status. Tiltro til behandlingen vil være en komplimenterende forklaring som kan i større grad beskrive samhandlingen mellom lege og pasient. Fordi helsetjenester er en eksperttjeneste, er det vanskelig for pasient å si noe om den relative kvaliteten ved behandlingen (Emons, 1997). Dermed vil tiltro i behandlingen i større grad kunne måle hvorvidt oppfattet behandlingskvalitet varierer mellom sosioøkonomiske grupper.

Forsknings spørsmål 3: *Hva kjennetegner de som har tiltro til den behandlingen man mottar i spesialisthelsetjenestene. Hvilke likheter er det mellom misfornøydhets med fastlegen, utilfredshet med helsetjenestene og det å ikke ha tiltro til behandlingen?*

1.2 Oppgavens oppbygning

Kapittel 2 tar for seg strukturen i det norske helsevesenet for å gi en beskrivelse av hvilke rammer pasientene opererer innenfor. I kapittel 3 blir det gjort rede for det teoretiske rammeverket for oppgaven, her er det presentert to ulike tilnærminger for å forklare vedvarende ulikhet i helse, det materialistiske perspektivet og livsløpsperspektivet. Videre i kapittel 3 blir det gjort rede for hva kvalitet i helsevesenet innebærer og hvilke dimensjoner man kan måle pasienttilfredshet etter. Tidligere forskning på pasienttilfredshet fra inn- og utland gjennomgås i kapittel 4. Litteraturgjennomgangen legger grunnlaget for hvilke uavhengige variabler som er inkludert i regresjonsanalysen. Kapittel 5 er metodekapittelet hvor variablene presenteres, metodens forutsetninger gjennomgås og det gjøres rede for hvorfor stegvis logistisk regresjonsanalyse har blitt valgt. De empiriske resultatene fra regresjonsanalysen blir presentert i kapittel 6. I kapittel 7 diskuteres funnene opp mot teori og tidligere forskning. Kapittel 8 trekker frem hovedfunnene, diskuterer disse opp mot teori og tidligere forskning.

2.0 Det norske helsesystemet

Det norske helsesystemet er i stor grad knyttet opp mot velferdsstaten og bygger på prinsipper om universalisme og likhet.. Systemet karakteriseres av skattefinansiering, lav brukerbetaling, offentlig eierskap av sykehus og en desentralisert modell for styring av tjenestene (Magnussen, Vrangbæk, Saltman, & Martinussen, 2009). En grunnleggende målsetning ved systemet er at alle borgere skal ha lik tilgang på ressurser for å kunne styre sine liv. Tilgang på medisinsk behandling er en forutsetning for at enkeltindividet skal kunne yte optimalt i både arbeids- og privatliv.

Norge kjennetegnes ved et semi-desentralisert helsesystem, kommunene har ansvar for primærhelsetjenesten mens den sentrale styringsmakten har ansvar for spesialisthelsetjenesten gjennom fire regionale helsemyndigheter. Kommunene er forholdsvis selvstendige i utførelsen av primærhelsetjenestene (Magnussen et al., 2009). Helsedepartementet har ansvar for regulering og tilsyn ved systemet, mens den faktiske oppgaveløsningen er delegert ned til underordnede organer som helsedirektoratet og legemiddelverket (Ringard, Sagan, Sperre, & Lindahl, 2013)

For å adressere utfordringer knyttet til sosial ulikhet i helse har samarbeid på tvers av de av de ulike sektorene blitt viktigere. Det har blitt satt et ytterligere fokus på ressursallokering, utfordringer knyttet til kvalitet og pasientsikkerhet. En styrket pasient- og pårørenderolle har vært viktig i den politikken som har blitt ført siden årtusenskiftet (Ringard et al., 2013).

2.1 Fastlege

Fastlegeordningen i Norge ble innført i 2001, etter forsøk i fire kommuner i årene 1993-1996. Formålet med fastlegeordningen var å bedre kvaliteten og kontrollen i allmennlegetjenesten, samt skape et regulert helsepolitisk marked som allmennlegene kan operere innenfor (Veggeland, 2018). Reguleringen av allmennlegetjenesten skjedde gjennom et listesystem der hver innbygger fikk fast kontakt med en allmennpraktiserende lege. En forpliktende ordning skulle føre til en kontinuitet i lege – pasientforholdet. Det stabile forholdet mellom lege og pasient skulle føre til en mer rasjonell bruk av de samlede legeressursene gjennom et formalisert samarbeid med fastlege og legevakt, mellom allmennlege og sykehus, og primær- og spesialisthelsetjenesten (Veggeland, 2018).

En fastlege har flere roller; både behandler og sakkyndig. Rollen som behandler innebærer ansvar for utredning, diagnostisering, behandling og oppfølging. Sakkyndighetsrollen innebærer en forvaltning av velferdsstatens trygdeordninger. De ulike rollene betyr ulike oppgaver, der ivaretagelsen av pasientens interesser veies opp mot objektive interesser (Getz, Westin, & Paulsen, 1994). Fastlegens doble rolle som pasientens advokat og portvakt er nedfelt i de etiske retningslinjene til den norske legeforening (Den norske legeforening, 2015). Den doble rollen kan være utfordrerne for legene: det kan være krevende å ta rasjonerende beslutninger. Pasientenes krav kan være på kollisjonskurs med de retningslinjene legene er påkrevd å følge med hensyn til ressursallokering (Carlsen & Norheim, 2005).

2.2 Pasienten i sentrum

Reformer i det norske helsesystemet har siden 1990-tallet hatt et økt fokus på pasienten. Det har blitt åpnet for at pasienter har en større påvirkningskraft i valg av behandler og behandlingssted. Pasienter anser seg selv i større grad som brukere av helsesystemet enn mottakere av et gode (Magnussen & Martinussen, 2009).

Spesialisthelsetjenesten fremstår som den «effektive» delen av helsevesenet, med den kommunale helsetjenesten som et nivå for avlastning. Fastlegene tar hensyn til dette i sin bestilling av behandling til sine listepasienter. Bestillingen går fortrinnsvis oppover i helsesystemet kontra utover til det lokale helsevesenet, dette har reformer siden 1990-tallet båret preg av (Veggeland, 2018). Pasienter har nå rett til fritt sykehusvalg og det er innført tidsfrister for behandling, blir ikke tidsfristen overholdt kan pasienter velge private alternativ (Magnussen & Martinussen, 2009). Til tross for mer autonome pasienter, ser man at pasienter er tradisjonelle i sine valg. Ideelt sett kan fastlegen diskutere med pasienter hvilke sykehus man foretrekker, men i praksis ser man ofte at pasienten mangler kunnskap og kompetanse til å kunne få avgjørende innflytelse på valget (Veggeland, 2018).

3.0 Teoretisk grunnlag

For å besvare problemstillingen og gjennomføre analysen er det nødvendig med et teoretisk grunnlag. For å forklare vedvarende ulikheter i helse vil grunnleggende årsaksteori og livsløpsperspektivet bli benyttet. Grunnleggende årsaksteori kan beskrives som en materialistisk tilnærming for å forklare sosiale ulikheter i helse. Her er fokuset på møtet mellom mennesket og dets omgivelser for å forklare vedvarende ulikheter i helse (Elstad, 2005). Livsløpsperspektivet blir brukt som en komplimenterende forklaring, her er fokuset på hvordan helsen er både individuelt bestemt og påvirket av materielle og sosiale rammebetingelser som blir til gjennom livet (Grasdal, 2009).

Videre vil begrepene kvalitet og likhet i helsesystemet bli problematisert og diskutert. Kvalitet og likhet har i tillegg til kostnadsbegrensning vært sentrale mål for helsetjenestene i vestlige land siden andre verdenskrig. Hvordan ulike land har forsøkt å oppnå helsepolitiske målene har variert på bakgrunn av hvilke av de tre målene som har vært viktigst. I USA har man hatt et stort fokus på individuell frihet slik at kvalitet og likhet har hatt en annen betydning enn den betydningen det har hatt i mer kollektivistiske samfunn som de skandinaviske landene (Blank & Burau, 2014). For å senere kunne måle kvalitet i det norske helsevesenet gjennom pasienttilfredshet vil Donabedian (2003) komponenter for kvalitet bli beskrevet. Det vil særlig bli lagt vekt på det Donabedian omtaler som akseptabilitet (acceptability) og rettferdighet (equity).

3.1 To ulike tilnæringer for å forklare sosial ulikhet i helse

3.1.1 Grunnleggende årsaksteori

Link og Phelan (1995) har teoretisert ulikheten innen helse som oppstår på bakgrunn av sosioøkonomiske forskjeller – grunnleggende årsaksteori *Fundamental Cause Theory*. De observerer at ulikheten mellom helse og dødelighet har vært konstant over lengre tid. Grunnleggende årsaker til sykdom går på tilgang til ressurser, ressurser som kan hjelpe individer å unngå sykdommer og de negative konsekvenser som følger med en forverring av helsetilstanden. Selv om man går inn og forsøker å forandre på de mekanismene som er i spill eller utrydder ulike typer sykdommer, vil det fremdeles være et samspill mellom grunnleggende årsaker og sykdom (Link & Phelan, 1995).

På begynnelsen av 1900-tallet var ulikhet knyttet opp mot trange og dårlige bo- og sanitærforhold med typiske virussykdommer som difteri, tuberkulose, meslinger og tyfus. Sykdommer som i dag er nær utryddet i den vestlige verden. I dag ser man at andre sosioøkonomiske risikofaktorer er knyttet opp mot dødelighet: kreft, hjerte-og karsykdommer (Phelan & Link, 2013). Utbyggelse av moderne velferdsstater med fokus på lik tilgang uavhengig av bakgrunn, har ført til en forbedring av helsetilstanden gjennom hele befolkningen. Siden 1960-tallet har man adressert de ulike faktorene som har blitt identifisert for å knytte sosioøkonomisk status til sykdom, dermed skulle man anta at forskjellene i helse i mye større grad skulle vært visket ut, sammenlignet med hva man ser er resultatet i dag. (Link & Phelan, 1995).

Teorien beskriver at mekanismene er faste og at de involverer tilgang til ressurser som kan bli benyttet til å minimere sykdomsrisiko og de konsekvensene som oppstår ved sykdom. Bredt definert er disse ressursene: penger, kunnskap, prestisje, makt, utdanning og gunstige sosiale vilkår. Ressursene vil være fordelaktig for helsen uavhengig av hvilke mekanismer som ligger til grunn for ulikheten (Phelan & Link, 2013). Penger kan benyttes til å kjøpe private helsetjenester, hvis man oppfatter at det offentlige ikke strekker til og en fordelaktig økonomisk situasjon vil minimere risikoen ved alvorlig sykdom. Makt kan brukes for å endre livsvilkårene. Kunnskap rundt egen helsesituasjon fører til at man benytter seg av helsetjenestene på en annen måte fordi man har bedre kunnskap om hvordan systemet fungerer. Strukturen disse mekanismene opererer innenfor kan variere over tid, men mekanismene er fremdeles de samme. Ressursene er mobile, og kan overføres fra en situasjon

til en annen. Uavhengig av hva sykdomsprofilen er og hva som er de kjente risikofaktorene ser man at de med flest ressurser er best rustet til å takle sykdom og minimere risikoen (Link & Phelan, 1995).

3.1.2 Livsløpsperspektivet

Årsakene til sosiale helseforskjeller er mange og sammensatte (Elstad, 2005). En komplimenterende forklaring til et materialistisk utgangspunkt kan være livsløpsperspektivet. Her beskrives alternative mekanismer og årsakssammenhenger som kan forklare forekomsten av vedvarende sosiale ulikheter i helse. Den materialistiske forklaringen tar ikke hensyn til utviklingen som skjer over tid, og helsesystemet som er bygget ut for å fange opp forskjellene. Det materialistiske perspektivet tar utgangspunkt i at det eksisterer grenseverdier, innehar man en viss andel av de overnevnte ressursene vil man være i bedre stand til å takle risikoen ved sykdom. Det er vanskelig å finne materielle mangler i lavinntektsfamilier i Norge i dag som umiddelbart kan klassifiseres som helserisiko (Elstad, 2005). Livsløpsperspektivet anser helsen for å være individuelt bestemt samtidig som den påvirkes av materielle og sosiale rammebetingelser familie, nærmiljø og arbeidsliv i oppvekst og voksen alder. Helsen utvikles over tid og påvirkning fra tidligere stadier i livet kan gjøre seg gjeldende på et senere tidspunkt (Grasdal, 2009). Helsesvikt og sykdommer er en gradvis akkumulasjon over livsløpet av mange typer skadelige miljøfaktorer som hver for seg ikke nødvendigvis utgjør helserisiko, men som samlet sett utgjør en helserisiko (Elstad, 2005).

Grasdal (2009) fastsetter at helse i kombinasjon med de sosiale og materielle forhold som er tilstede i oppveksten bestemmer utviklingen av ferdigheter og utdanningsvalg som videre vil påvirke jobb- og karrieremuligheter som igjen vil bestemme materielle og sosiale levekår som voksen. I livsløpsperspektivet kan kausaliteten mellom helse og sosioøkonomisk status gå begge veier. Helseproblemer kan i mange tilfeller føre til tap av arbeid og inntekt. Tap av inntekt og arbeid kan føre til en forverring av helsestatusen, gjennom en begrensning av materielle og sosiale levekår. Forfatteren beskriver at selv om årsakssammenhengen mellom helsesvikt og inntektssvikt er markant, er det en utbredt oppfatning at forekomsten av sosiale helseforskjeller skyldes mekanismer som går i motsatt retning (Grasdal, 2009).

Ulikheter i materielle, psykososiale og atferdsrelaterte risikofaktorer fører til ulikhet i helse (Grasdal, 2009). Vaner, handlemåter og forbruksmønstre har etterhvert blitt oppfattet som en hovedårsak til alvorlige sykdommer. Vaner som ofte blir trukket frem som sunne er mer

utbredt i høyere sosioøkonomiske klasser. Ulik livsstil fremhever det personlige valget, en «velger» sin egen helseatferd, ut fra informasjon, kunnskap og viljestyrke. Å forklare ulikhet utelukkende ut i fra det personlige valget, blir simpelt. Det finnes strukturelle føringer som påvirker valget, valgene styres av forhold som den enkelte, eller familie og nærmiljø i større eller mindre grad er tvunget til å tilpasse seg. Det er også en mulighet for at enkelte er avskåret fra å velge sunne livsstiler av økonomiske årsaker (Elstad, 2005).

Det materialistiske- og livsløpsperspektivet forsøker begge å forklare årsaken til vedvarende ulikheter i helse. Der det materialistiske perspektivet og grunnleggende årsaksteori har et stort fokus på mengden ressurser og anvendelsen av disse ressursen, fokuserer livsløpsperspektivet på helsen over tid. Helsen utvikles over tid: den påvirkes av materielle og sosiale rammebetingelser. Livsløpsperspektivet integrerer materielle, atferdsmessige og psykososiale forhold som tilsammen utgjør et kompleks av påvirkninger som over tid fører til sosioøkonomiske ulikheter i helse (Elstad, 2005).

3.3 Kvalitet

Målsetningen i det norske helsesystemet er å levere gode og trygge helsetjenester som bidrar til god helse og forebygger sykdom (Helsedirektoratet, 2015). I tillegg ser man at den norske befolkningen har høye forventninger til hva helsetjenestene inneholde, det forventes rask tilgang, høy kvalitet og stor valgfrihet (NOU 2015:11). Hva som kjennetegner god kvalitet i helsetjenestene er vanskelig å definere fordi utførelsen av helsetjenestene skiller seg fra andre typer tjenester. Helsetjenester er eksperttjenester, der tilbyderen både tilbyr tjenesten og avgjør behandlingen fordi mottakeren er ukjent med innholdet i tjenestene. Det kan være vanskelig for forbrukeren å si noe om kvaliteten på tjenesten selv etter å ha konsumert godet (Emons, 1997).

Det har blitt forsøkt på mange forskjellige måter å fastslå hva god kvalitet i helsetjenestene er, og hva begrepet burde inneholde. Innad i ulike helsesystemer er det ikke fast avklart hvordan man skal måle kvalitet. Et mål som tradisjonelt har blitt brukt er å benytte seg av mål som går på implementering av medisinsk teknologi og andelen spesialister (Blank & Burau, 2014). Ved å vektlegge denne type målinger får man et misvisende bilde av hva kvalitet innebærer, fordi man går ut i fra at man kan måle kvalitet ved å telle antall spesialister, diagnostiske verktøy, og intensive behandlinger. Det er substansielle internasjonale forskjeller i

implementering av ny teknologi og forandringer i behandlingstyper alene gir ikke et fullverdig bilde av kvaliteten i helsetjenestene (McClellan & Kessler, 1999).

Det kan være fruktbart å forstå kvalitet i helsetjenestene ut i fra et økonomisk perspektiv, fordi brukeren vanskelig kan si noe om den medisinske kvaliteten. Innen denne tradisjonen mener man at kvalitet ikke er hva tilbyderne investerer, men hvilket utbytte mottakerne har av den tilbudte tjenesten (Grepperud, 2009).

Helsetjenestekvalitet er alle forhold ved helsetjenestene som verdsettes av brukerne selv (pasientene og deres pårørende), fra det tidspunkt behandling ønskes til den er avsluttet, gitt at brukeren har tilstrekkelig informasjon om alle relevante forhold (Grepperud, 2009, s. 1112).

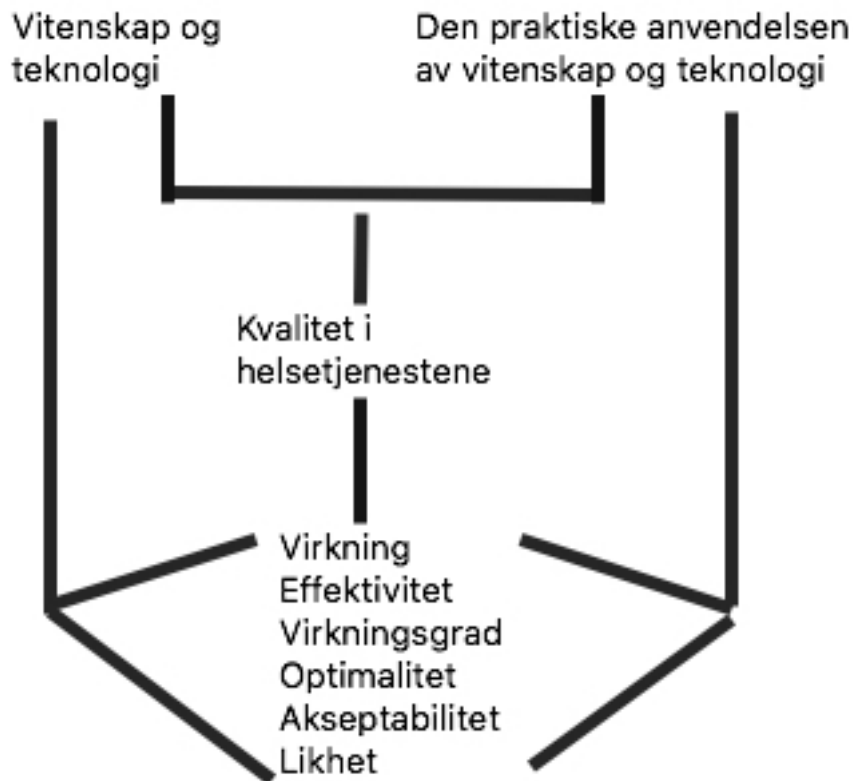
Grepperud (2009) tar høyde for at brukeren skal kunne avgjøre kvaliteten på tjenesten man mottar, dermed må pasienten ha tilstrekkelig informasjon om alle relevante forhold. Pasienttilfredshet kan benyttes som et mål på kvalitet fordi det vil omfatte de forhold ved helsetjenestene som verdsettes av brukeren (Grepperud, 2009).

Grepperud (2009) argumenterer for at det er nyttig å dele opp helsetjenestekvalitet i fire ulike typologier: medisinsk kvalitet, omsorgskvalitet, fasilitetskvalitet og varighet. Medisinsk kvalitet omhandler alle de forbedringer i helse som følge av behandling. Det må tas hensyn til naturlige risikoer, mulighet for avvik eller bivirkninger. Helsepersonellens utdanning, fagmiljø, organisering og adgang til medisinsk utstyr er faktorer som har en effekt på den medisinske kvaliteten. Omsorgskvalitet er forhold knyttet til helsepersonellens opptreden, dette trenger ikke ha en direkte sammenheng med den medisinske kvaliteten. Omsorgskvalitet går på hvordan omsorgsytterne opptrer: opplever pasienten å bli møtt med respekt? Får man svar på de spørsmål man har? Opptrer personalet omsorgsfullt eller om man får informasjon om relevante forhold. Fasilitetskvalitet beskriver forhold ved infrastrukturen som behandlere disponerer, og i likhet med omsorgskvalitet trenger det ikke ha en direkte konsekvens for den medisinske kvaliteten. Varighet beskriver hvordan tidshorisonten for behandlingen oppleves hos pasienten. Lang ventetid og en behandling som strekker seg unødvendig lang tid vil være faktorer som reduserer kvaliteten på helsetjenesten (Grepperud, 2009).

3.3.1 Komponenter av kvalitet i helsetjenestene

Donabedian (2003) fastslår at kvalitet i helsetjenestene er et resultat av to faktorer, vitenskap og teknologi og den praktiske anvendelsen av disse to komponentene. De er gjensidig påvirkende på hverandre og vil bestemme behandlingsutfallet.

Figur 1: Komponenter av kvalitet i helsetjenestene. Oversatt til norsk etter Donabedian (2003, s.5).



Som vist i figur 1 kan man beskrive kvalitet i helsetjenestene ut i fra en rekke vesentlige egenskaper. Virkning beskriver evnen vitenskap og teknologi har for å forbedre helsestatusen når de blir benyttet under gunstige forhold. Effektivitet er i hvilken grad oppnåelige forbedringer i helsen faktisk blir oppnådd. Virkningsgrad er evnen til å senke kostandene i pleie uten at det går på bekostning av oppnåelige forbedringer i helse. Optimalitet er balansegangen mellom forbedringer i helse og kostanden ved behandlingen. Akseptabilitet er tilpasning til pasientens og pårørendes forventninger. Legitimitet er overenstemmelse med sosiale preferanser uttrykt gjennom etiske prinsipper, verdier, normer, lover og reguleringer. Likhet er tilpasning etter de prinsipper som beskriver hva som er rettferdig fordeling av helsetjenester i populasjonen (Donabedian, 2003).

Det er i følge Donabedian (2003) en kombinasjon av de overnevnte komponentene som utgjør kvalitet i helsetjenestene. Hvilke parameter man måler etter avgjør hvilke sider av kvaliteten man måler. Når man forsøker å måle kvalitet i helsetjenestene ut i fra pasienttilfredshet er det naturlig å ta utgangspunkt i akseptabilitet. Donabedian (2003) deler opp akseptabilitet i fem deler: 1) tilgjengelighet, 2) pasient – behandler relasjon, 3) fasiliteter ved omsorgen, 4) pasientens preferanser med hensyn til effekter, risiko og kostnad ved behandling og 5) det pasienter anser for å være rettferdig.

3.3.2 Tilgjengelighet

Tilgjengelighet omfatter pasientenes mulighet for å oppsøke behandling. Dette beror på fysiske faktorer ved behandlingen, avstand til behandling, kostnader knyttet til transport samt organisatoriske elementer som åpningstider (Donabedian, 2003). I tillegg kan tilgjengelighet ha en ulik betydning i forskjellige helsevesen. I sosialdemokratiske helsesystem, der innbyggerne i prinsippet er dekket av et offentlig helsevesen kan tilgjengelighet være et subtilt konsept sammenlignet med liberale system der finansieringsansvar i større grad ligger hos individet (Goddard & Smith, 2001). Til tross for at de fleste innbyggerne er dekket gjennom et offentlig helsevesen varierer kostnaden ved å oppsøke lege mellom befolkningsgrupper. Selv om en tjeneste i utgangspunktet er tilgjengelig for alle, eksisterer det forskjeller i kunnskapen om helsetjenestene. Enkelte befolkningsgrupper innehar ikke den informasjonen som er nødvendig for å kunne benytte seg av helsetjenestene på en hensiktsmessig måte. Som et resultat av dette varierer muligheten for å oppsøke behandling mellom ulike pasientgrupper (Goddard & Smith, 2001). Det kan diskuteres om tilgjengelighet er en faktisk kvalitetsindikator i behandling eller om det er en kvalitetsindikator ved behandlingen. Uavhengig av dette vil befolkningen være opptatt av graden av letthet man kan oppsøke behandling når det er nødvendig (Donabedian, 2003).

3.3.4 Pasient – behandler relasjon

Et godt forhold mellom pasient og behandler kan ha mye å si for behandlingen og pasientens tilfredshet. Relasjonen mellom pasient og behandler kan anses for å være den mest sensitive indikatoren for vedvarende ulikhet i helse og bruken av helsetjenester. Den kan sies å opprettholde ulikhetene i helse, ved at ulik sosioøkonomisk status har en effekt på hvordan man benytter seg av behandling. Slike forskjeller er de siste som opprettholdes når målet i et helsevesen er at alle pasienter skal stille likt med hensyn til tilbud av pleie (Donabedian, 2003). Goddard og Smith (2001) beskriver også denne problematikken. De argumenterer for at det er forskjellige utfordringer avhengig av om man opererer fra et tilbyder- eller forbrukerperspektiv.

Ser man behandlingen fra et tilbyderperspektiv, vil det være naturlig å se på valg av behandling som et økonomisk valg: de forventede fordelene ved behandling for pasienten burde overgå forventede kostnader (Goddard & Smith, 2001). Helsetjenester er såkalte eksperttjenester, pasienten er prisgitt behandlerens kompetanse, og er avhengig av at medisinsk personell tar de korrekte faglige vurderingene. Donabedian (2003) argumenterer for at empati, tid, ærlighet, innsats for å forklare og oppmerksomhet rundt pasientens behov er essensielt for å oppnå god behandling. Det er nettopp disse aspektene ved pasient-behandlerrelasjonen som kan være gode forklaringsvariabler når det kommer til ulik behandling mellom forskjellige pasientgrupper. I lys av sosioøkonomiske forskjeller i helse som fører til ulikt behov for helsehjelp mellom de forskjellige befolkningsgruppene, vil en lege i følge Goddard og Smith (2001) kunne kommunisere bedre med en pasient med høyere utdanning på bakgrunn av likt utdanningsnivå. De øvre inntektsgruppene er mer opptatt av det interpersonelle i behandlingssituasjonen, lavere inntektsgrupper er på den andre siden mer opptatt kostnader ved behandlingen og de fysiske fasilitetene (Aditi, 2009). En pasients oppfattelse av hva kvalitet er blir formet i møtet med helsevesenet (Wilde, Starrin, Larsson, & Larsson, 1993). Samtidig som oppfattet kvalitet blir formet i helsevesenet, kommer pasientene inn i helsevesenet med ulike forventninger. Ved å benytte seg av pasient-behandler relasjonen som et kriterium for kvalitet, må man ta høyde for de ulike forventningene pasienter har til behandler. Enkelte pasienter kan ønske en distansert og autoritær lege, mens andre ønsker en empatisk og vennlig behandler (Donabedian, 2003)

3.3.4 Fasiliteter ved omsorgen

Fasiliteter blir av Donabedian (2003) beskrevet som de ønskede omstendighetene der pleie blir utført. Dette inkluderer egenskaper ved behandlingssituasjonen som bekvemmelighet, personvern, komfort, ro og renhet. Disse funksjonene er supplementære til de ønskelige aspektene ved pasient-behandler relasjonen og kan bidra til å gjøre opplevelsen av å mota behandling i helsevesenet enten hyggelig og givende eller ubehagelig og fornedrende (Donabedian, 2003). Forfatteren påpeker at det er viktig å merke seg at man ikke lar fasiliteter ved omsorgen overstige verdien av teknologien og vitenskap når man skal evaluere kvaliteten ved helsetjenestene. Attraktive omgivelser og en god opptreden ovenfor pasienter kan demme opp for eller være en erstatning for feil eller mangler ved den tekniske behandlingen (Donabedian, 2003). Dette henger sammen med naturen til helsetjenestene, det er vanskelig for en pasient å avgjøre den medisinske kvaliteten ved tjenestene (Emons, 1997), det er større sannsynlighet for at pasienten kan si noe om fasilitetene enn den medisinske kvaliteten på behandlingen man mottar (Donabedian, 2003). Det forventes at pasienten vil sette pris på og bli tilfreds av den interpersonelle kvaliteten sammenlignet med den medisinske kvaliteten. Hvilket er et paradoks når konsekvensene av den medisinske kvaliteten er viktigere for helsestatusen.

Det kan være utfordrende å ta utgangspunkt i pasienters forventninger til behandlingssituasjonen når man skal måle kvalitet. I enkelte tilfeller kan pasienter ha ønske om lite hensiktsmessige behandlinger fra et medisinsk standpunkt, det kan være utfordrende for en samvittighetsfull behandler å ta standpunkt på hva som er moralsk riktig (Donabedian, 2003). Goddard og Smith (2001) argumenterer for at individer med samme kliniske behov kan oppfatte fordelene ved behandling ulikt, og dermed vil også etterspørselen variere mellom grupper. Gitt naturen til helsetjenestene vil behandlerens oppfatning av hva som anses for å være nødvendig behandling variere mellom ulike grupper (Goddard & Smith, 2001).

3.3.5 Kostnad ved behandling

Når pasienter oppsøker behandling er det i forkant gjort en avveining mellom potensielle kostnader og gevinster ved behandlingen. Pasienter vil sammenligne den forventede forbedringen i helsestatusen med den risikoen man løper ved å oppsøke behandling (Donabedian, 2003). Grepperud (2009) argumentere for at kvalitet ikke nødvendigvis bør knyttes til en standard og referer heller til hele behandlingsforløpet, tiden forut behandling, behandlingsprosessen og resultatet. Han beskriver at brukerens preferanser kan avgjøre hva kvalitet og kvalitetsgrad er. Det er viktig å merke seg at hva pasienter oppfatter som risikofylt behandling kan være adskilt fra hva en lege oppfatter som risikofylt behandling, og om pasienten tar hele behandlingsforløpet i betraktning ved kostnadsavveiningen. Samtidig er det også en variasjon i hva pasienter oppfatter som risikofylt behandling. Enkelte pasienter vil foretrekke et kortere liv med høy livskvalitet mens andre vil foretrekke et lengre liv der den objektive livskvaliteten er relativt lavere (Donabedian, 2003).

Kostnader og gevinster ved behandling kan variere mellom ulike sosioøkonomiske grupper. Individuer med lavere sosioøkonomisk bakgrunn er ofte mer stoiske når det kommer til hvilken grad man aksepterer dårlig helse og at man ikke kjenner til alvorlighetsgraden ved visse symptomer (Goddard & Smith, 2001). Dette fører til at man oppsøker lege på et tidspunkt hvor helsetilstanden vil være dårligere slik at kostanden ved å gjennomføre visse behandlinger vil være høyere for både behandler og pasient. Dette kan knyttes opp mot grunnleggende årsaksteori, høyere sosioøkonomisk status minimerer risikoen ved dårlig helse og fører til at de monetære og sosiale kostnadene ved sykdom minimeres.

3.3.6 Likhet

Likhet defineres av Donabedian (2003) som samsvar med et fastsatt prinsipp som avgjør hva rettferdig fordeling av helsetjenester i befolkningen er. Likhet i helsetjenestene omfatter først og fremst tilgang til behandling. Man forsøker å viske ut forskjeller i befolkningen knyttet til kjønn, alder, sosioøkonomisk status, etnisitet og bosted (Donabedian, 2003). Likhet i helsetjenestene omfatter også lik behandling (for like behov) og likhet i resultat (Goddard & Smith, 2001).

Individuelle preferanser kan forstyrre balansegangen i hva som oppfattes for å være rettferdig fordeling. Beslutningstakerne har satt en standard på hva som er likhet i helsetjenestene, og kan dermed avgjøre hvordan tilgangen til pleie burde organiseres. Det er flere konflikter som

oppstår når man diskuterer likhet i helsetjenestene. Skal individer som har et lite fordelaktig utgangspunkt prioriteres fremfor privilegerte pasienter med et bedre utgangspunkt? Videre kan man fordele pleien etter hva som anses for å være effektivt, slikt at noen pasientgrupper vil motta mer behandling fordi man ser at forbedringen i helsestatus er større sammenlignet med kostnaden. Skal man vike fra prinsipper om lik behandling for like behov, og heller fordele etter forventet nytte av behandling? (Donabedian, 2003). "

3.4 Måle kvalitet

Donabedian (1997) beskriver at man kan hente ut informasjon om omsorgskvaliteten ut i fra tre kategorier, struktur, prosess og resultat. Struktur referer til de egenskapene ved situasjonen der pleie blir utført. Dette inkluderer de materielle ressursene, menneskelige ressursene og de organisatoriske strukturere. Prosessen referer til det som faktisk blir gjort i utførelse og mottakelse av pleie. Det inkluderer pasientenes aktiviteter for å oppsøke pleie samt behandleres aktiviteter i å diagnostisere, foreslå og implementere behandling. Resultat er effekten av behandling på helsestatusen til individet og befolkningen sett under ett. Forbedringer i pasientens kunnskap og helsebringende forandringer i pasientens atferd er inkludert i en bred forståelse av helsestatus, herunder kommer også pasientens tilfredshet med behandlingen (Donabedian, 1997). Dårlig kvalitet i strukturer kan føre til uanstendig bruk av helsetjenestene. Lav kvalitet i prosessen kan føre til misnøye med behandlingen og til slutt dårlig kvalitet i resultatet er i seg selv uheldig da det kan avskrekke fremtidige brukere av systemet (Donabedian, 2003).

3.4 Oppsummering

Vedvarende sosiale ulikheter i helse har blitt forklart på bakgrunn av materialistisk- og livsløpsperspektivet. Grunnleggende årsaksteori tar utgangspunkt i at årsakene til sykdom avhenger av tilgang på ressurser, ressurser som kan hjelpe individer til å enten unngå sykdom, men også de negative konsekvensene som følger med en forverring av helsetilstanden (Link & Phelan, 1995). Livsløpsperspektivet tar utgangspunkt at helsen utvikler seg over tid, og påvirkning fra tidligere stadier i livet kan gjøre seg gjeldende på et senere tidspunkt (Grasdal, 2009). Gjennom Grepperuds (2009) typologier for kvalitet i helsetjenestene, har det på bakgrunn av omsorgskvalitet blitt gjort rede for i akseptabilitet og hva det innebærer i følge Donabedian (2003). Den oppfattede kvaliteten i helsevesenet påvirkes av ulike komponenter hos pasienten, møtet mellom pasient og behandler og pasient og system. Det er viktig å forstå hvilke sosioøkonomiske faktorer som har en effekt på bruken og tilfredsheten med helsetjenestene.

4.0 Tidligere forskning

I dette kapittelet vil det bli presentert tidligere forskning. Empirien blir presentert tematisk og legger grunnlaget for hvorfor de ulike forklaringsvariablene har blitt inkludert i de tre modellene presentert i kapittel 6.

4.1 Utdanning

Som beskrevet i kapittel 1.2 er det foreløpig er det begrenset tilgang på forskning som tar for seg pasienttilfredshet ved fastlegeordningen i Norge. Dermed kan det være relevant å benytte seg av bruksmønstre for å gi en indikasjon på hvordan fornøydhet med helsetjenestene varierer mellom ulike utdanningsnivå. Fjær et al. (2017) finner i en studie, med bruk av data fra *European Social Survey* (ESS) at det er en ulikhet i bruk av helsetjenester mellom sosioøkonomiske grupper i en rekke europeiske land, inkludert Norge. Høyere sosioøkonomisk status sammenfaller med en hyppigere bruk av spesialisthelsetjenestene. Disse funnene består når man kontrollerer for behov for helsetjenester (Fjær et al., 2017). Lunde et al. (2017) bekrefter disse funnene i sin kartleggingsrapport fra SSB. Det er generelt en mer utbredt bruk av allmenlegehelsestjenester hos lavere utdannende enn de med høyere utdanning, man ser også at de med lavere utdanning i større grad benytter seg av helsetjenestene som et resultat av at de også har dårligere helse (Lunde et al., 2017).

Ulik bruk av helsetjenestene kan føre til en ulik oppfattelse av kvalitet og dermed også ulik fornøydhet med fastlegen. Det kan være grunn til å anta at måten behandler forklarer ting på oppfattes ulikt med bakgrunn i utdanningsnivå. Cohen (1996) finner at sosial klasse sammenfaller med å føle seg patronisert eller ignorert av behandler. Dette funnet besto når man kontrollerte for alder og helsestatus.

Crow et al. (2002) viser at sammenhengen mellom utdanning og tilfredshet er inkonsekvent. Enkelte studier fant at det ikke var en sammenheng, i 11 studier fant man at høyere utdanningsnivå var forbundet med signifikant lavere tilfredshet, og det motsatte ble funnet i fem studier, høyere utdanningsnivå var forbundet med høyere grad av tilfredshet. Til tross for at forskningen spriker på dette punktet, velger jeg å ta utgangspunkt i at tilfredshet med helsetjenestene kan variere med utdanning. Og benytter utdanning som en sosiodemografisk karakteristikk ved utvalget. Utdanning er lett å måle og samle inn, den fastsetter en plassering i det sosioøkonomiske hierarkiet som forutsetter en rangering fra høy til lav.

Utdanningsnivået vil umiddelbart gi en slik rangordning, man må ha fullført lavere nivåer for å gå opp til neste trinn. Utdanning er en inklusiv variabel, og den er stabil over livsløpet. Yrke og inntekt kan forandre seg fra år til år, men det er vanlig at utdanningsnivået etableres forholdsvis tidlig i livsløpet (Elstad, 2005, 2008).

4.2 Inntekt

Høyere inntekt har blitt assosiert med høyere grad av tilfredshet med behandlers interpersonelle egenskaper, og personer fra lavinntektsgrupper rapporterer oftere problemer knyttet til sykehusopphold (Crow et al., 2002). Aditi (2009), som i likhet med Crow et al. (2002) er en litteraturstudie, finner at inntekt er en viktig sosiodemografisk karakteristikk som kan påvirke pasienttilfredshet. De øvre inntektsgruppene viste seg å være mer opptatt av det interpersonelle i behandlingssituasjonen som svar på medisinske spørsmål. Lavere inntektsgrupper var derimot mer opptatt av kostander ved behandlingen og de fysiske fasilitetene. Dette indikerer i følge Aditi (2009) en forskjell i verdigrunnlaget mellom inntektsgruppene.

Det er en nærmest universell sammenheng mellom inntekt og helse. Sammenhengen er som regel kurvelineær, jo høyere inntekt jo bedre helse, men forbedringen i helse avtar ettersom inntekten øker (Dahl, Bergsli, & van der Wel, 2014). Inntekt og utdanning henger tett sammen, utdanning bestemmer inntekt opp til et visst nivå. Det er mange av de samme mekanismene og årsakssammenhengene som gjør seg gjeldene med inntekt og sosial ulikhet i helse og ulik bruk i helsetjenestene som utdanning (Elstad, 2005). Selv om det er de samme årsaksmekanismene i spill er det interessant å undersøke inntekt og utdanning hver for seg fordi de kan plukke opp ulike variasjoner. Inntekt bestemmes av utdanning opp til et visst nivå, før sammenhengen flater ut.

4.3 Sysselsetting

Sysselsetting er en vanlig sosioøkonomisk determinant å benytte seg av når man undersøker sosioøkonomisk ulikhet i tilfredshet med helsetjenestene (Xesfingi & Vozikis, 2016) Ulike jobber er knyttet til ulike fysiske og psykiske belastninger, forskjellige yrker genererer helsefremmende ressurser og lediggang kan innebære ulike helsebelastninger. Når en skal se på helse i relasjon til sysselsettingsstatus er negative og positive helseeffekter av arbeid og ledighet en viktig dimensjon. Man skiller gjerne mellom aktiv og passiv status i arbeidsmarkedet. Arbeidstager og jobbsøkende arbeidsledige har en aktiv status i arbeidsmarkedet, mens personer på uføretrygd gjerne har en passiv status. Mange av trygdeytelsene har som mål å fremme overgang fra passiv til aktiv status. Gjennom ytelser som rehabilitering og yrkesrettet attføring (Dahl, van der Wel, & Harsløf, 2010).

En britisk studie som omhandler pasientvalg ved sykehus i London fant at de som er i betalt arbeid hadde større sannsynlighet for å velge behandling ved et annet sykehus enn det som først var foreslått, enn de som ikke var i betalt arbeid. Respondenter som var i betalt arbeid hadde en større forventning om å gjennomføre planlagte operasjoner innen kort tid, og rapporterte større misnøye med helsekøer (Coulter, Le Maistre, & Henderson, 2005). Videre finner en tysk studie gjennomført av Gordo (2006) en sterk sammenheng mellom langtidsarbeidsløshet og tilfredshet med helsetjenesten. Individuer som hadde gått arbeidsløse over tid, var mindre tilfreds med helsetjenestene.

Det er en klar sammenheng mellom utdanningsnivå og helse, jo lavere utdanning, desto flere har dårligere helse (Lunde et al., 2017). Lav utdanning er utpekt som en risiko som skaper sårbarhet i et omskiftelig arbeidsmarked med økende krav til utdanning og kvalifikasjoner. Det er grunn til å anta at når lav utdanning kombineres med nedsatt helse forsterkes denne sårbarheten og dermed risikoen for periodevis eller permanent ekskursjon fra arbeidsmarkedet (Dahl et al., 2010).

4.4 Helsestatus

Individer med lavere utdanning og inntekt er i hyppigere kontakt med helsetjenestene som et resultat av at de har dårligere helse (Lunde et al., 2017). En amerikansk studie gjennomført av Ren, Kazis, Lee, Rogers, og Pendergrass (2001) som benyttet seg av data fra nasjonale undersøkelser om veteranhelse, fant at tilfredshet med helsetjenestene var både en konsekvens av og en determinant for helsestatus. Effekten av helsestatus var sterkere på tilfredshet enn effekten av tilfredshet på helsestatus (Ren et al., 2001). Sykere pasienter oppgir lavere tilfredshet med helsetjenestene, hvilket kan bety at behandling av alvorlig sykdom frembringer lavere tilfredshet uavhengig av kvaliteten på tjenesten man mottar (Crow et al., 2002).

En systematisk litteraturstudie gjennomført av Crow et al. (2002) fant en sammenheng mellom dårligere helse og lavere nivå av tilfredshet. En studie viste at tilstedeværelsen av langvarig sykdom ikke påvirket tilfredsheten ved fastlegen, selv om det finnes grunn til å tro at pasienters preferanser varierer med helsestatus. Crow et al. (2002) viser at pasienter med dårligere helsestatus hadde sterkere preferanser i begge retninger. De mest tilfredse pasientene hadde enten god helse eller en kronisk sykdom.

Individer som rapporterer god egenvurdert helse har høyere sannsynlighet for å rapportere tilfredshet med tilgang til helsetjenestene. Friske mennesker har ikke et like stort behov for helsehjelp, og er dermed sjeldnere i kontakt med helsevesenet, som et resultat av dette har de færre muligheter til å møte på problemer i en behandlingssituasjon. Det er også en mulighet for at egenrapportert helse assosieres med kvaliteten på tjenestene de har behov for (Xiao & Barber, 2008).

4.5 Geografisk

Det eksisterer regionale helseforskjeller i Norge, noe som kan være overraskende med tanke på den store innsatsen som har blitt lagt ned i regionalpolitikk og velferdsstatsutvikling. For begge kjønn kommer Oslo og Finnmark dårligst ut, lengst forventet levealder finner man på Vestlandet (Sund & Jørgensen, 2009). Som beskrevet i kapittelet ovenfor kan det være en sammenheng mellom egenvurdert helse og tilfredshet med primærhelsetjenestene, sett i sammenheng med den norske geografien, et langstrakt land med spredt befolkning. Det kan videre være grunnlag for å fremme en hypotese som går på geografiske forskjeller ved tilfredshet. Selv om Norge har en av de høyeste tetthetene av leger i Europa, har man en spredt befolkning og sliter med å tilfredsstille målene om likhet i tilgang til helsetjenestene. Fastleger er nokså godt fordelt utover landet, men praktiserende spesialister er konsentrert i hovedstaden og andre urbane områder. Dette fører til at fastleger i periferien må behandle pasienter som i sentrale strøk ville bli behandlet ved spesialisthelsetjenestene. Majoriteten av sykehus er lokalisert i urbane områder, slik at pasienter fra mindre byer eller rurale strøk har lenger reisevei til spesialisthelsetjenestene (Ringard et al., 2013).

En studie gjennomført ved universitet i Oslo, undersøkte forskjeller i tilgang til spesialisthelsetjenestene på kommunenivå. Studien konkluderte med at innbyggere i Oslo har den beste tilgangen til spesialisthelsetjenestene, mens lavest var tilgangen i Finnmark (Lafkiri, 2010). I Helseundersøkelsen Nord-Trøndelag (HUNT) finner man at kommunestørrelse er positivt korrelert med sannsynligheten for å benytte seg av fastlege (Vikum, Krokstad, & Westin, 2012). Vikum et al. (2012) tilbyr flere forklaringer. Lengre reisevei for pasienter i rurale områder til helsesenter kan bety dårligere tilgjengelighet. I tillegg har oftere rurale kommuner problematikk i knyttet til rekrutering av fastleger, som kan føre til at lege – pasient forholdet er mindre stabile på grunn av høy gjennomstrømming av leger. Problemer knyttet til rekrutering av norske fastleger fører til ansettelse av utenlandske leger som ikke er språkkyndige, som fører til lavere fornøydhet med fastlegen (Vikum et al., 2012)

En rapport fra SSB som tar for seg sosial ulikhet i bruk av helsetjenester beskriver at færre går til spesialist i spredtbygde strøk. Det er en sterkere sammenheng mellom utdanningsnivå og bruk av allmennlege i spredtbygde strøk, 78 prosent av de med lavest utdanning har vært hos allmennlege, mot 68 prosent av de med høyest utdanning (Lunde et al., 2017). En amerikansk studie viste at henvisningsraten var høyere for leger i sentrale strøk, sammenlignet med fastleger i rurale strøk (Iverson, Coleridge, Fulda, & Licciardone, 2005).

Det samme fenomenet er tilstede i Finland, leger i små kommuner hadde lavere grad av henvisninger videre til spesialisthelsetjeneste (Vehviläinen, Kumpusalo, Voutilainen, & Takala, 1996). Disse funnene kan knyttes opp mot den oppfattede gevinsten ved behandling som beskrevet i kapittel 3.3.1. Med lenger reisevei til behandling øker kostanden ved behandlingen for pasienten, og dermed kan det være flere insentiver for å utføre behandlingen lokalt.

Med de faktorene som er beskrevet ovenfor, kan man tenke seg at det er større press på fastlegene i spredtbygde strøk enn det det er i sentrale strøk. Allmennlege i spredtbygde strøk er i større grad en allmennlege i ordets rette forstand sammenlignet med fastleger i sentrale strøk. Lang reisevei og mangelen på et stabilt lege – pasient t forhold fører til dårligere tilgjengelighet og lavere tilfredshet med helsetjenestene.

4.6 Kjønn

Crow et al. (2002) systematiske gjennomgang av 61 studier som undersøker sosioøkonomisk status og tilfredshet med helsetjenestene finner ikke evidens for at det er en systematisk sammenheng mellom tilfredshet og kjønn. Av de 39 studiene som undersøkte dette var kvinner mer tilfreds i seks studier, mens menn var signifikant mer tilfreds med helsetjenestene i syv. I 26 av studiene viste det seg at denne sammenhengen ikke var signifikant. Likevel er det nødvendig å ta med kjønn som en kontrollvariabel, Crow et al. (2002) påpeker at kjønn kan ha en effekt på tilfredshet fordi det er en ulik bruk av helsetjenestene mellom de to kjønnene.

Det er fastsatt i litteraturen at kvinner benytter seg oftere av helsetjenester enn menn. Disse forskjellene knyttes opp mot reproduktiv biologi, kjønnsspesifikke tilstander, høyere rapportering av symptomer og at kvinner oppsøker lege på et tidligere tidspunkt enn menn (Bertakis, Azari, Helms, Callahan, & Robbins, 2000). En amerikansk studie viste at kvinner har signifikant lavere selvrapporert helse, lavere utdannelse og signifikant høyere antall besøk hos sin faste lege. Kvinner bruker både spesialist- og primærhelsetjenester oftere enn menn og har høyere polikliniske utgifter enn menn. Selv når det blir kontrollert for helsestatus. Kvinner rapporterer en større forbedring i deres fysiske helsestatus etter kontakt med lege (Bertakis et al., 2000).

4.7 Alder

Litteraturen viser forholdsvis konstant sammenheng mellom alder og tilfredshet, Crow et al. (2002) tilbyr to mulige forklaringer på hvorfor eldre deler av befolkningen er mer tilfredse med helsetjenestene, livssykluseffekt eller kohorteffekt. Livssykluseffekt innebærer at eldre mer stoiske i sin smertehåndtering enn yngre eller at de har større respekt for de som utøver helsehjelp. Kohorteffekt innebærer en lavere forventning til helsetjenestene i utgangspunktet fordi man har erfaringer fra tidligere tider da kvaliteten i helsetjenestene var dårligere (Crow et al., 2002). Ikke overraskende er det den eldre delen av befolkningen som har dårligst helse, og dermed vil være hyppigst i kontakt med helsevesenet. Crow et al. (2002) bekrefter funn gjort i en rapport fra SSB gjennomført på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet. Sosioøkonomiske ulikheter i tilfredshet og helse forsterkes i eldre deler av befolkningen. Andelen menn i alderen 67 år og eldre som har konsultert allmennlege de siste 14 dagene øker med stigende utdanning, det samme gjelder for kvinner. Andelen som konsulterer allmennlege for øyeblikkelig hjelp øker med stigende utdanning, denne trenden er tilstede i alle aldersgruppene over tid, og får en sterkere effekt med økende utdanning. I aldersgruppen 67 år og eldre øker den andelen som har full tillit til behandling med stigende utdanning og inntekt (SSB, 2009).

4.8 Avslutning

Teorikapittelet har gjort rede for hva pasienttilfredshet er, hvordan dette kan påvirke oppfattet kvalitet i helsevesenet og hvordan man kan forklare ulikheter knyttet til tilfredshet. Tidligere forskning har blitt presentert i kapittel 4, som forsøker å belyse hvilke sosioøkonomiske determinanter som påvirker tilfredshet med helsetjenestene.

5.0 Data og metode

I dette kapitlet vil det bli gjort rede for datagrunnlaget og de metodiske valgene som har blitt gjort. Det er et mål for all forskning at de funnene som blir gjort skal være etterprøvbare.

5.1 Datasett og utvalg

Datasettet som brukes i denne oppgaven er hentet fra Landsforeningen for hjerte- og lungesyke (LHL) sitt helsebarometer i 2015. Dataene er innsamlet av SINTEF teknologi og samfunn avdeling helse på oppdrag fra LHL. Forfatteren gjør oppmerksom på at hverken SINTEF eller LHL er ansvarlige for dataene eller de tolkningene som er blitt gjort i denne undersøkelsen. Undersøkelsen som analysen bygger på ble sendt til et representativt utvalg på 7500 personer. Hovedmålet for undersøkelsen var å danne et bilde av hvordan folk oppfatter sin egen helse, helsetjenestene og prioriteringer i helsevesenet (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2015).

Datasettet som blir benyttet i denne analysen er et utvalg av variablene i det opprinnelige datasettet. Datasettet har 2688 observasjoner, dette gir en brutto svarprosent på 35,9 prosent (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2015). Dette kan sies å være bra for denne typen undersøkelser, svarprosenten i surveyer har gått ned i den vestlige verden de siste tiårene, det er uklart om lavere responsrater resulterer i skjeve utvalg og lavere representativitet. For å vurdere datakvaliteten bør en derfor også ta i betraktning representativitet, ikke bare utvalgsstørrelse (Groves, 2006; Singer, 2006)

Bruttoutvalget er tilfeldig trukket, og personer over 40 år er overrepresentert. Dette ble gjort med overlegg for å sikre et stort nok utvalg som bruker helsetjenestene og få et utvalg av en viss størrelse innenfor de ulike sykdomsgruppene. Undersøkelsen ble sendt ut i januar 2014 og avsluttet i april samme år (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2015). Hvilket indikerer at dette er en tverrsnittstudie. Dette innebærer at spørreundersøkelsen er basert på et stort representativt utvalg utført i et begrenset tidsrom der respondentene kun spørres en gang. Hensikten er å samle inn kvantitative data som kan gi en statistisk beskrivelse av populasjonen (Ringdal, 2014)

5.2 Variabelbeskrivelse

5.2.1 Avhengige variabler

I denne oppgaven er det tre avhengige variabler, «fornøydhet med fastlege» «kvalitet» og «tiltro til behandlingen». «Kvalitet» måler hvordan respondentene vurderer kvaliteten på helsetjenestene i Norge sett under ett. «Fornøydhet med fastlege» måler om man i løpet av de siste 12 månedene har vært i kontakt med fastlege og hvor fornøyd man er med tilbudet. «Tiltro til behandlingen» måler hvorvidt respondentene føler de har fått den riktige behandlingen ved sykehus det siste året.

Fornøydhet med fastlege:

Denne variabelen måler hvor fornøyd respondentene er med fastlege og er basert på følgende spørsmål: «Dersom du i løpet av de siste 12 månedene har mottatt noen av de følgende helsetjenester, kryss av for hvor fornøyd du er med tilbudet. Dersom du ikke har mottatt tjenesten, kryss av for uaktuelt». Svaralternativene er: «svært misfornøyd», «ganske misfornøyd», «verken eller», «ganske fornøyd», «svært fornøyd» og «ikke aktuelt».

Fordi jeg ønsker å måle hvor mange som er i kontakt med fastlegen og fornøydhet med den tjenesten de mottar er de respondentene som har krysset av for «ikke aktuelt» utelukket og kodet som «missing». Dette fører til at 452 respondenter er ekskludert fra datasettet.

Variabelen er en kontinuerlig variabel på ordinalnivå som går fra 1) «Svært misfornøyd» til 5) «Svært fornøyd». Majoriteten av respondentene oppgitt at de er «ganske fornøyd» eller «svært fornøyd» med fastlegen. Derfor har jeg dummykodet variabelen, der de som er «svært misfornøyd», «ganske misfornøyd» eller «verken eller» har fått verdien 1, og de som er fornøyd har fått verdien 0.

Tabell 1: Deskriptiv statistikk, tilfredshet med fastlegen

	N	Prosent
Fornøyd	1819	83,17
Misfornøyd	368	16,83
Total	2187	100

Kvalitet:

Denne variabelen måler hvordan respondentene vurderer kvaliteten på helsetjenestene i Norge og er basert på følgende spørsmål: «Alt sett under ett, hvordan vil du vurdere kvaliteten på helsetjenester i Norge?». Svaralternativene er: «veldig dårlig», «ganske dårlig», «verken eller», «ganske god» og «veldig god». Det er en kontinuerlig variabel på ordinalnivå, som går fra 1) «veldig dårlig» til 5) «veldig god». Skudal et al. (2016) beskriver at den største andelen av norske respondenter rapporterer tilfredshet med kvaliteten i de norske helsetjenestene. Dette stemmer også for utvalget i helsebarometeret, der majoriteten av respondentene oppgir at de anser kvaliteten i de norske helsetjenestene for å være «veldig god» eller «ganske god». På bakgrunn av dette har jeg dummykodet variabelen slik at de som oppgir «veldig dårlig», «ganske dårlig» eller «verken eller» er kodet til 1 og de som har svart «ganske god» eller «veldig god» har fått verdien 0. Til tross for utfordringen med en overvekt av positive respondenter kan man fremdeles undersøke hva som kjennetegner den andelen av respondentene som har et negativt syn på helsetjenesten.

Tabell 2 Deskriptiv statistikk, kvalitet i helsetjenestene sett under ett.

	N	Prosent
Tilfreds	2185	82,99
Utilfreds	448	17,01
Total	2633	100

Tiltro til behandling

Variabelen måler hvorvidt respondentene har tiltro til at de har mottatt den riktige behandlingen. Dersom respondentene har fått behandling på sykehus det siste året, som innlagt, poliklinisk eller dagpasient blir de bedt om å svare på følgende spørsmål: «Har du tiltro til at du har fått/får den riktige behandlingen?». Svaralternativene er som følger: «ikke i det hele tatt» «i liten grad» «i noen grad» «i stor grad» «i svært stor grad» og «ikke aktuelt». Også ved bruk av denne variabelen er det et ønske om å måle de som har vært i kontakt med helsevesenet, slik at «ikke aktuelt» er kodet som «missing values» og utelatt fra analysen. fjernet. Tiltro til behandling er i likhet med de to andre en kontinuerlig variabel på ordinalnivå der majoriteten av respondentene har oppgitt at de har tiltro til den behandlingen de har mottatt. På bakgrunn av dette har jeg kodet om variabelen til en dummyvariabel der de som har svart «ikke i det hele tatt», «i liten grad» og «i noen grad» har verdien 1, mens de som har svart «i stor grad» og «i svært stor grad» har verdien 0. Fordi det er færre som er i kontakt med spesialisthelsetjenestene, sammenlignet med primærhelsetjenestene er N for denne variabelen substansielt mye mindre enn de to foregående. Dette er en utfordring, og det vil bli tatt høyde for dette i analyser og resultater.

Tabell 3: Deskriptiv statistikk, tiltro til behandling.:

	N	Prosent
Tiltro	668	73,57
Ikke tiltro	240	26,43
Total	908	100

5.2.2 Uavhengige variabler

5.2.2.1 Sosioøkonomisk status og helse

De uavhengige variablene beskriver sosioøkonomiske trekk ved respondentene.

Inntekt:

Inntekt måler husholdningens samlede bruttoinntekt, og er delt inn i syv ulike inntektsgrupper. «inntil 100 000, 100 000-299 000, 300 000-599 000, 600 000-999 000, 1 000 000-1 499 000, 1 500 000- 1 999 000 og over 2 000 000. De respondentene som har krysset av for «vil ikke svare» eller «vet ikke» er ekskludert fra datasettet. Jeg har interpolert inntektsvariabelen for å få et kontinuerlig mål på inntekt, inntekt er målt i 1000 kr. I tillegg har jeg log-transformert den variabelen med den naturlige logaritmen. En skjev fordeling kan skape problemer for regresjonsanalysen, en vanlig metode for å unngå problemet med statistiske uteliggere er å trekke uteliggerne inn for å sentrere fordelingen (Mehmetoglu & Jakobsen, 2017).

Utdanning:

Denne variabelen har seks svaralternativer: 1) «har ikke fullført grunnskole», 2) «grunnskole (inntil 9 år)», 3) «videregående skole/gymnas», 4) «høyskole/Bachelor», 5) «universitet/Master eller høyere» og 6) «vet ikke/vil ikke svare». Det sistnevnte alternativet er kodet til manglende verdi. Variabelen er dummykodet på høyere utdanning, der svaralternativ 1,2 og 3 er slått sammen til verdien 0, og 4 og 5 har verdien 1.

Sysselsatt:

Denne variabelen er basert på dette spørsmålet: «Hva er din nåværende situasjon?» Respondentene hadde mulighet til å krysse av flere svaralternativer blant følgende muligheter: «I inntektsgivende arbeid (inkl. Svangerskaps/fødselspermisjon)», «Uten fast arbeid (arbeidsledig)», «Elev/student/lærling», «Alderspensjonist/AFP», «Mottaker av annen trygd/pensjon», «Hjemmeværende», «Førstegangstjeneste» og «Annet». Variabelen er dummykodet der inntektsgivende arbeid er kodet med verdien 1 og de andre svaralternativene er kodet som 0.

Egenvurdert helse:

Kontinuerlig variabel basert på spørsmålet: «Hvordan vurderer du din egen helse sånn i alminnelighet. Vil du si at den er:» 1) «Meget dårlig» 2) «Dårlig» 3) «Verken god eller dårlig» 4) «God» 5) «Meget god». Variabelen er dummykodet der verdien «God» og «Meget god» har verdien 0 og «Meget dårlig», «Dårlig» og «Verken god eller dårlig» har verdien 1.

5.2.2.2 Kontrollvariabler

«Mann» er modellenes kjønnsvariabel som er dummykodet på mann. Menn har verdien 1 og kvinner verdien 0. «Alder» er en kontinuerlig variabel regnet ut i fra respondentenes fødselsår, laveste verdi er 16 år født i 1998 og høyeste verdi er 75 med respondenter født i 1939. «Røyking er inkludert for å ha et komplimenterende mål på helse og sosioøkonomisk status. Respondentene blir stilt følgende spørsmål: «Røyker du?». Svaralternativene er som følger: «Ja, av og til», «Ja, daglig», «Nei» og «Nei, jeg har sluttet». Variabelen er kodet om til en dummyvariabel der «Nei» og «Nei, jeg har sluttet» er slått sammen og har verdien 0, og «Ja, av og til» og «Ja, daglig» har verdien 1.

«Overvektig» er kodet om med utgangspunkt i respondentenes høyde og vekt, som jeg har kodet om til kroppsmasseindeks (KMI), KMI indikerer om respondenten er over eller undervektig. Ut ifra Helsedirektoratets mål, som tar utgangspunkt i skalaen til Verdens helseorganisasjon, regnes individer med en KMI mindre enn 18,25 som undervektige, 18,25 – 24 som normalvektige, og individer med en KMI over 25 som overvektige (Helsedirektoratet, 2016). Jeg har dummykodet variabelen, slik at de med en KMI på over 25 er klassifisert som overvektige med verdien 1, og de under 25 som normalvektige har verdien 0. Det gjøres oppmerksom på at den delen av populasjonen som er undervektig er inkludert i den normalvektige kategorien, men det er forholdsvis liten andel av respondentene som klassifiseres som undervektige at dette ikke vil gjøre de største utslagene for analysen

«Landsdel» er basert på hvilket fylke respondenten er bosatt i. Informasjon om bostedsfylke var ikke en del av den opprinnelige undersøkelsen, men har blitt lagt til i etterarbeidet. Jeg har kodet om denne variabelen til et dummysett. Dummyvariablene er: Nord-Norge, Trøndelag, Vestlandet, Sørlandet og Oslo. Oslo er ikke inkludert i Østlandet fordi Oslo har i større grad demografiske særtrekk som skiller seg fra resten av Østlandet. Østlandet er referansekategori fordi det er her størstedelen av utvalget er bosatt.

Variabelen «partipreferanse» beskriver hva respondentene stemte ved Stortingsvalget i 2013. Svaralternativene er: «stemte ikke», «Arbeiderpartiet», «Høyre», «Fremskrittspartiet», «Kristelig Folkeparti», «Senterpartiet», «Venstre», «Sosialistisk Venstreparti», «Andre» og «Ønsker ikke å svare». «Stemte ikke», «Andre» og «Ønsker ikke å svare» blir behandlet som savnede verdier og er kodet ut av datasettet. I analysen blir variabelen behandlet som et dummysett, med arbeiderpartiet som referansekategori. Arbeiderpartiet er referansekategori fordi det er dette partiet som hadde størst oppslutning blant populasjonen i datasettet med 679 stemmer.

Tabell 4: Deskriptiv statistikk, uavhengige variabler

Variabel	N	Min	Maks	Gj.snitt	Std.avvik
Inntekt	2636	2,079	7,601	6,232	1,165
Høyere utdanning	2588	0	1	0,483	0,490
Sysselsatt	2689	0	1	0,654	0,476
Dårlig helse	2523	0	1	0,228	0,410
Kontrollvariabler					
Mann	2522	0	1	0,460	0,498
Alder	2688	16	75	52,846	13,966
Røyking	2657	0	1	0,170	0,375
Overvektig	2610	0	1	0,531	0,499
<i>Landsdel</i>					
Østlandet	2688	0	1	0,385	0,487
Oslo	2688	0	1	0,116	0,321
Sørlandet	2688	0	1	0,056	0,230
Vestlandet	2688	0	1	0,249	0,433
Trøndelag	2688	0	1	0,100	0,300
Nord-Norge	2688	0	1	0,093	0,290
<i>Parti stemt ved Stortingsvalget 2013</i>					
Arbeiderpartiet	2012	0	1	0,337	0,473
Høyre	2012	0	1	0,318	0,466
Fremskrittspartiet	2012	0	1	0,132	0,338
Kristelig Folkeparti	2012	0	1	0,065	0,247
Senterpartiet	2012	0	1	0,046	0,209
Venstre	2012	0	1	0,056	0,230
Sosialistisk Venstreparti	2012	0	1	0,05	0,209

5.3 Metode

5.3.1 Valg av metode

Metoden som blir benyttet i denne oppgaven er hypotetisk-deduktivt. En slik metode innebærer at man utleder hypoteser som kan testes ved hjelp av observasjoner fra virkeligheten (Ringdal, 2014). Målet for denne oppgaven er å undersøke hvordan sosioøkonomisk status påvirker tilfredshet ved ulike nivåer i helsetjenestene. Som beskrevet i innledningen er det begrenset med forskning som beskriver tilfredshet med fastlegen og oppfattet kvalitet i helsesystemet. Dermed vil denne oppgaven kunne bidra med å belyse hvilke sosioøkonomiske determinanter som kan ha en effekt på pasienttilfredshet i primær- og spesialisthelsetjenestene i Norge.

Som beskrevet i kapittel 3.3 er det flere komponenter ved kvalitet som spiller inn når pasienter skal vurdere omsorgskvaliteten. Dette kan være aspekter som ligger utenfor helsevesenets kontroll fordi det er komponenter som er uavhengig av den tekniske kvaliteten på behandlingen (Donabedian, 2003). Omsorgskvaliteten påvirkes av individets møte med systemet, den subjektive oppfattelsen av hvordan helsetjenestene er satt sammen. Det kunne vært naturlig å jobbe kvalitativt, men da ville det vært vanskelig å generalisere de funn som blir gjort her til hele befolkningen, dermed ble kvantitativ metode et naturlig valg. Videre har multippel logistisk regresjon blitt valgt fordi de avhengige variablene er dikotome. Som beskrevet i 5.2.1 er det holdningsvariabler som forsøker å måle respondentenes oppfattede kvalitet i helsevesenet som en helhet, fornøydhetsgrad med fastlegen og tiltro til behandlingen.

5.3.2 Logistisk regresjon

En regresjonsanalyse er basert på at sammenhengen mellom en avhengig variabel kan forklares ved hjelp av et sett med uavhengige variabler (Ringdal, 2014). Det er nødvendig å inkludere et større sett av forklaringsvariabler, fordi fenomenene rundt oss sjelden har én forklaring (Midtbø, 2012). I multippel regresjonsanalyse nøyer man seg ikke med å forklare om det finnes en bestemt grad av samsvar, men man ønsker å si noe om styrken på sammenhengen.

I logistisk regresjon kan ikke koeffisientene estimeres med minste kvadraters metode, i stedet benytter man seg av en sannsynlighetsmaksimering ved en logit-omregning av avhengig variabel. Man forsøker å finne de verdiene på koeffisientene som med størst sannsynlighet påvirker resultatene i utvalget (Ringdal, 2014).

De logistiske regresjonskoeffisientene kan tolkes i tre skalaer, logit, odds- og sannsynlighetsskalaen. I denne oppgaven vil oddsskalaen bli benyttet. Denne tolkningsmetoden gir en mulighet for dypere tolkning av koeffisientene, samt forteller den oss sannsynligheten for at noe inntreffer, mot at det ikke gjør det. En oddsrate lik 1 innebærer at oddsen ikke endrer seg når den uavhengige variabelen stiger (ingen sammenheng). En oddsrate som er større enn 1 betyr at oddsen øker når den uavhengige variabelen stiger (positiv sammenheng). Og til slutt, hvis oddsraten er mindre enn 1 synker oddsen når den uavhengige variabelen stiger, hvilket tilsier at det er en negativ sammenheng. I den logistiske regresjonsmodellen er det forutsatt at denne relative økningen er den samme på alle nivåer, enten den uavhengige variabelen har høy eller lav verdi (Ringdal, 2014; Skog, 2015).

5.3.2 Stegvis regresjonsanalyse

I analysekapittelet presenteres tre stegvise multiple regresjonsmodeller. En stegvis regresjonsmodell består i å gradvis legge til flere variabler over flere modeller. Denne typen analyse vil gi en god mulighet til å sammenligne flere modeller samlet i en tabell.

De to analysene i oppgaven har fire modeller hver. Hver modell har en log-likelihood (LL) verdi som kan benyttes til å sammenligne modellene. Testobservatoren $-2LL(-2*LL)$ måler hvorvidt de endringene som blir gjort i modellene er en forbedring. Hvis $-2LL$ minker betyr det at modellen forbedres når variabler legges til, men hvis $-2LL$ skulle øke forverres modellen. Vanligvis vil $-2LL$ minke når variabler legges til, så størrelsen på endringen må tas med i betraktningen (Mehmetoglu & Jakobsen, 2017)

5.4 Statistisk usikkerhet

Koeffisientene i en analyse vil alltid ha en viss grad av statistisk usikkerhet, derfor rapporteres det i modellene koeffisientenes standardfeil og hvorvidt denne er statistisk signifikant. Ved hypotesetesting er det mulighet å gjøre to typer feil, feil av type I og feil av type II. Å gjøre disse to typene feil bestemmes av signifikansnivået. Feil av type I vil så forkaste en sann nullhypotese, mens feil av type II vil være å bekrefte en falsk nullhypotese (Skog, 2015).

5.5 Antagelser i logistisk regresjon

I logistisk regresjon er det fire antagelser som må bli møtt for at estimatene til sanssynlighetsmaksimeringen og logit-parameterene er forventningsrett og tilstrekkelige. De fire antagelsene er: 1) Ikke-lineære forhold 2) ekskludering av irrelevante variabler og inkludering av relevante variabler 3) kausalitet og 4) multikollinearitet. (Mehmetoglu & Jakobsen, 2017). De fire antagelsene samt reliabilitet og validitet vil diskutert i det kommende kapitlet.

Ikke-lineære forhold beskriver forhold som ikke fangens godt nok opp i en kontinuerlig variabel, logiten til Y er en lineær funksjon av X-variablene. I noen tilfeller er det dermed nødvendig å bearbeide kontinuerlige variabler, enten delt opp i et dummysett eller uttrykt i et andregradsledd fordi det er en forventning om et kurvelineært forhold (Mehmetoglu & Jakobsen) . I arbeidet med modellene har det blitt forsøkt flere interaksjonsledd, men disse har blitt ekskludert fordi de enten ikke var relevante for hypotesene eller statistisk signifikante. Det er kun i modellen presentert i tabell 6 at det har blitt inkludert et relevant andregradsledd, Alder².

Ingen relevante variabler burde ekskluderes, og ingen irrelevante variabler burde inkluderes. Dette er vanskelig å unngå, og er i større grad et teoretisk spørsmål. Modellen og de kausale sammenhengene må i størst mulig grad være fundert i teorien. I denne oppgaven har det blitt gjort et forsøk på å unngå ved å inkludere forklaringsvariablene på bakgrunn av tidligere forskning på feltet.

Hvorvidt irrelevante variabler har blitt inkludert i modellene henger sammen med kausalitet. Om de uavhengige variablene har en effekt på den avhengige variabelen eller om det er omvendt. Er det kun korrelasjon, og ikke kausalitet? For enkelte av de uavhengige variablene

er sammenhengen underforstått, hvorvidt man er tilfreds med helsesystemet eller ikke endrer hverken kjønn, utdannelsesnivå eller alder, men disse variablene kan påvirke hvorvidt man er fornøyd med helsetjenestene eller ikke. Det er ingen måte å teste for kausalitet på, slik at det eneste løsningen på eventuelle kausalitetsproblemer er kunnskap og sunn fornuft. Variabler som kjønn, inntekt, utdanning, sysselsetting, risikoatferd og bosted kan sies å ikke bli påvirket av fornøydhet med fastlegen og oppfattet kvalitet i helsevesenet. Derfor vil holdningsvariabler som egenvurdert helse og parti stemt ved sist valg bli diskutert.

Mål på respondentenes helse er blitt inkludert i variabelen fordi det er interessant å undersøke hvorvidt helsestatus påvirker tilfredshet med helsetjenestene. Samtidig er det en mulighet for at det kausale forholdet også går ander veien. Misfornøydhet med sin faste lege eller oppfattet kvalitet i helsevesenet kan påvirke egen helsestatus. Hvis man føler at man ikke får den behandlingen man har behov for kan dette føre til at man vurderer egen helse til å være dårligere enn det den i utgangspunktet er. Ren et al. (2001) fant at tilfredshet med helsetjenestene var både en konsekvens av og en determinant for helsestatus, samtidig var effekten av helsestatus sterkere på tilfredshet enn effekten av tilfredshet på helsestatus. Slik at det er sterkere grunn til å tro at helsestatus påvirker tilfredshet, enn motsatt.

Røyking, spisevaner og fysisk aktivitet er eksempler på helsevaner som er sosialt skjevfordelt, der grupper med lav utdanning og lav inntekt har høyere forbruk av tobakk, et mindre sunt kosthold og er mindre fysisk aktive på fritiden enn de med lang utdanning og høy inntekt. Dette gjenspeiles også i høyere forekomster av fedme, livsstilssykdommer knyttet til kosthold og fysisk aktivitet blant grupper med lav utdanning og lav inntekt. Det eneste unntaket er bruken av alkohol, der konsumet er høyere i sosioøkonomiske klasser. Typen alkohol som blir konsumert varierer mellom ulike grupper, der øl er vanligere blant lavere sosioøkonomiske klasser, mens vin er vanligere i blant de som er plassert høyere opp i det sosioøkonomiske hierarkiet (Wold & Samdal, 2009).

Wold og Samdal (2009) påpeker at det har skjedd en endring i sosial ulikhet i helsevaner over tid, på 1950-tallet var røyking mest utbredt blant menn med høy utdanning, mens i dag er det mest vanlig blant kvinner med lavere utdanning. Risikoatferden påvirkes av sosioøkonomisk status. Dermed vil det være naturlig å inkludere variabler som beskriver risikoatferd for å få en komplimenterende forklaring på helsestatus, fordi helsestatus påvirker hyppigheten av kontakt med helsevesenet

«Partipreferanse» er inkludert i modellen for å operasjonalisere ideologi og holdninger hos respondentene. Hvilket parti man stemte ved forrige valg kan gi en indikasjon på hvilke holdninger som ligger i bunn når man vurderer kvaliteten ved det norske helsevesenet. Det er naturligvis ikke alle velgere som har lest partiprogrammet like nøye, og har satt seg like godt inn i det ideologiske grunnlaget til hvert parti, men det gir likevel en pekepinn på hvilke holdninger som ligger i bunn. I tillegg er kvalitet og effektivitet i helsesystemet et tema som ofte er satt på dagsorden i forbindelse med valg. Den viktigste saken for velgerne ved Stortingsvalget i 2013 var helse. 23 prosent mente dette var den viktigste saken, som er en 4 prosentpoengs økning fra det forrige Stortingsvalget i 2009, da 19 prosent mente at det var den viktigste saken (Karlsen, 2015). Dermed er det en mulighet for at velgerne velger parti etter hvordan de vurderer helsevesenet, og hvem de mener har den beste løsningen på de utfordringene de mener helsevesenet står ovenfor. Selv om det er en viss fare for at kausaliteten går begge veier er det interessant å inkludere en slik variabel for å få et bredere mål på sosioøkonomisk status, og fange opp eventuelle variasjoner som de andre forklaringsvariablene ikke vil fange opp.

5.5.1 Multikollinearitet

Kollinearitet oppstår når forklaringsvariablene er så sterkt korrelert med avhengig variabel at det vil bli overflødig å benytte seg av begge. Regresjonsanalysen forutsetter at forklaringsvariablene ikke skal være perfekt kollineære. Det er kun perfekt, ikke høy multikollinearitet som bryter med regresjonsforutsetningene. Likevel gjør høy multikollinearitet det vanskelig å beregne størrelsen på de individuelle koeffisientene, og små endringer i modellen vil føre til store endringer i resultatene (Midtbø, 2012). Woolridge (2009) argumenterer for at problemet med høy multikollinearitet er blitt overdrevet, poenget med multippel regresjon er å studere effektene etter å ha tatt hensyn til korrelasjonene mellom forklaringsvariablene.

I statistikkbehandlingsprogrammet STATA har man muligheten til å måle multikollinearitet med Variance Inflation Factor (VIF). Det er vanskelig å fastslå hva som er for mye multikollinearitet, men er VIF større enn 10 eller en toleranse på under 0,10 problematisk. Av tabellene i vedlegg A ser vi at alle variablene bortsett fra alder og inntekt har VIF-verdier under 10 og dermed ikke er kollineære. I modellen med kvalitet i helsevesenet sett under ett, er den gjennomsnittlige VIF-verdien på 51, 81 som indikerer at det er utfordringer knyttet til

multikollinearitet. I modellen med fornøydhets fastlegen er den gjennomsnittlige VIF-verdien 4,76 hvilket ikke indikerer multikollinearitet. Det samme gjelder for den siste modellen med ikke tiltro til behandling som avhengig variabel, VIF-verdien er på 5,29. I alle tre modellene har alder og inntekt høye VIF-verdier. Det er ikke overraskende at inntekt og alder korrelerer, da det er vanlig inntekt stiger med alder.

Av vedlegg B ser man at Pearsons R for inntekt og alder er 0,00627 hvilket betyr at det er svært liten korrelasjon mellom de to variablene. I modell 1 er det inkludert et andregradsledd, $Alder^2$, som fører til at VIF-verdien stiger ytterligere. Fordi det er så liten korrelasjon mellom alder og inntekt, og Woolridges (2009) argumenter om at problemer med høy multikollinearitet er blitt overdrevet velger jeg å se bort fra utfordringene ved multikollinearitet.

5.5.2 Reliabilitet

Reliabilitet, eller pålitelighet går på om gjentatte målinger med samme måleinstrumenter vil gi samme resultat (Ringdal, 2014). Mål som har høy reliabilitet har små målefeil. Målefeil vil likevel alltid være til stede. Selv når respondenter blir spurt om rent faktiske forhold de i utgangspunktet har god oversikt over, er det mulighet for målefeil. De kan huske feil, de som noterer svarene kan skrive feil og feil kan oppstå ved dataregistreringen. I følge Ringdal (2014) er det i hovedsak tre måter man kan måle reliabilitet på: allmenn kildekritikk, test-retest og intern konsistens.

Ved å benytte seg av allmenn kildekritikk for å sikre reliabiliteten er det viktig å sette seg nøye inn hvordan dataene er samlet inn. Undersøke hvordan spørsmålene er formulert for å spore mulige feilkilder (Ringdal, 2014). Datamaterialet i denne oppgaven er samlet inn av SINTEF teknologi og samfunn avdeling helse. I rapporten helsebarometeret (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2015) blir det gjort grundig rede for hvordan dataene er samlet inn.

Test – retest teknikken innebærer å måle graden av samsvar eller korrelasjon mellom to gjentatte målinger av samme variabel. Ringdal (2014) mener at samsvaret mellom gjentatte målinger er kjernene i reliabilitetsbegrepet. På grunnlag av at dette er en tverrsnittsundersøkelse, er det vanskelig å gjennomføre en test-retest. Undersøkelsen ble gjennomført i 2014, og det kunne vært hensiktsmessig å gjennomføre en ny undersøkelse på

dette tidspunktet for å undersøke variasjoner over tid. Grunnet omfanget til denne oppgaven har dette ikke vært mulig å gjennomføre.

5.5.3 Validitet

Validitet eller gyldighet beskriver om man måler det man faktisk vil måle. Høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet. Ringdal (2014) beskriver reliabilitet som et empirisk spørsmål, mens validitet i større grad krever teoretisk vurdering. Dermed er det vanskelig å skulle kunne måle validiteten, dette må diskuteres. Videre vil begrepsvaliditet, også kalt indre validitet bli diskutert, om modellen lykkes i å operasjonalisere det man ønsker å måle på en pålitelig måte. Videre vil intern validitet diskutert, som går på den kausale fortolkningen av data (Skog, 2015).

Begrepsvaliditet

«Kvalitet» måler i utgangspunktet det den er designet for å måle. Hvordan respondentene vurderer kvaliteten på helsetjenester i Norge. Det samme gjelder «fornøydhet» og «ikke tiltro». I utgangspunktet er det lite som tilsier at disse tre spørsmålene kan misforstås. Det er viktig å være klar over at det er holdningsvariabler som formes av subjektive opplevelser ved systemet. Helse-systemet er et omfattende system, med en rekke tjenester. Slik at en god eller dårlig opplevelse i en behandlingssituasjon påvirker hvordan man vurderer kvaliteten som en helhet. Det er også en risiko for at man har vurdert kvaliteten i helsetjenestene ut ifra opplevelse som pårørende. I «tilfredshet» er det spesifisert i spørreskjema at man kun skal vurdere tjenesten hvis man har mottatt den selv. Slik at på variabelen «tilfredshet» vil denne risikoen i større grad falle bort. På «kvalitet» vil denne risikoen bestå, men det kan også være en styrke ved variabelen. Den vil da måle helsetjenestekvaliteten sett under ett, de forhold som verdsettes av både brukere og pårørende.

«Kvalitet», «fornøydhet» og «ikke tiltro» har utfordringene med at det er holdningsvariabler som varierer fra dag til dag. Fordi analysen bygger på en tverrsnittundersøkelse er det en svakhet at variablene kun er målt på ett tidspunkt. Holdninger kan variere over tid, slik at de resultater som presenteres vil være gjeldene på et gitt tidspunkt..

«Egenvurdert helse» er et subjektivt mål på egen helsesituasjon, en variabel med høy begrepsvaliditet, fordi den måler det som er interessant hvordan respondentene opplever egen helsesituasjon. Variabelen «landsdel» måler hvilken del av landet respondenten er bosatt i. Fylkene er delt inn i landsdeler etter offisielle mål, bortsett fra at Oslo er utelatt fra «Østlandet». Denne variabelen anses for å ha svært høy begrepsvaliditet, den er basert på fakta registrert direkte i etterarbeidet med datasettet. «Sysselsatt» måler om respondentene er i arbeid eller ei. En variabel med liten feilmargin, da det tas høyde for at dette er noe respondentene har god kontroll over. Jeg anser variabelen for å ha en tilfredsstillende grad av validitet.

Variabelen «overvektig» kan sies å ha større utfordringer knyttet til den indre validiteten. Det er en omkodning av høyde og vekt, det er mulighet for at respondentene ikke har full oversikt over hvor høye de er eller at man forsøker å pynte på sannheten når man oppgir vekt. På den andre siden elimineres problemet til en viss grad ved at vekt og høyde er kodet om til overvektig/ikke overvektig ved hjelp av KMI. Fordelingen av normalvektige og overvektige stemmer godt overens med hvordan fordelingen er i den norske befolkningen.

Tatt i betraktning at det er noen variabler som kan sies å ha visse utfordringer med begrepsvaliditeten, anser jeg modellene for å operasjonalisere det de skal måle på en adekvat måte. Jeg er klar over de momentene som er presentert ovenfor, og vil ta høyde for dette i analysen.

Intern validitet

Utvalget i datasettet kan diskuteres og ha en effekt på den interne validiteten. Intern validitet handler om bakenforliggende og mellomliggende variabler, om spuriøse sammenhenger (Skog, 2015). Målet for oppgaven er å beskrive hvorvidt sosioøkonomiske faktorer påvirker tilfredshet med fastlegen og vurdering av kvalitet i helsetjenestene. Som beskrevet i 5.1, er bruttoutvalget tilfeldig trukket med en overvekt på personer over 40 år. Dette er gjort med overlegg fra SINTEF sin side for å sikre et utvalg av en viss størrelse som er jevnlig i kontakt med helsetjenestene og har et bredt sykdomsbilde (Landsforeningen for hjerte- og lungesyke, 2015). Dette er det gjort grundig rede for i helsebarometeret.

Alder blir brukt som en forklaringsvariabel, det er viktig å være klar over når resultatene blir tolket at dette kan påvirke resultatet. Gjennomsnittsalderen i utvalget \approx 53 år, variabelen er normalfordelt med en liten hale mot venstre. De karakteristikene som ligger til grunn for økende alder kan ha en effekt på flere av forklaringsvariablene. Som beskrevet i 4.8 er eldre, ikke overraskende de med dårligst helse og de som er hyppigst i kontakt med helsevesenet. Alder kan ha en forsterket effekt på tilfredshet med fastlegen. Alder er negativt korrelert med vurdering av egenhelse, inntekt, utdanning og arbeid. Det er viktig å være klar over denne sammenhengen når resultatene blir tolket.

6.0 Resultater

Denne oppgaven benytter seg av stegvis innføring av variabler i modellen. Det er tre avhengige variabler. Oppgaven forsøker å beskrive forskjeller mellom kvalitet i helsetjenestene sett under ett, fornøydhet med fastlegen og tiltro til behandlingen ved hjelp av de samme uavhengige variablene. Kapittel 6 er delt opp i fire deler. Først vil det bli gjort rede for resultater fra den logistiske regresjonsanalysen med tilfredshet og bruk av fastlegen som avhengig variabel. Deretter vil resultatene fra regresjonsanalysen kvalitet i helsevesenet sett under ett bli presentert. I den tredje delen presenteres resultatene fra den logistiske regresjonsanalysen med tiltro til behandling som avhengig variabel.

6.1 Resultater tilfredshet og bruk av fastlege

I tabell 5 blir resultatene fra den første multiple logistiske regresjonsanalysen presentert. Avhengig variabel er kvalitet i helsevesenet sett under ett. Modellen er direkte knyttet til det første forskningsspørsmålet.

Modellen forsøker å beskrive hva som påvirker fornøydhet med fastlegen. Som beskrevet i 5.2.1 blir respondentene bedt om å beskrive hvorvidt de er fornøyd med tilbudet de har mottatt hos fastlegen de 12 siste månedene. Den avhengige variabelen operasjonaliserer det interpersonelle ved behandlingssituasjonen, og omsorgskvaliteten blir målt gjennom det Donabedian (1997) omtaler som prosessen, det som faktisk blir gjort i utførelse og mottakelse av pleie.

Først presenteres modellen, deretter gjennomgås resultatene, hvor tolkning baserer seg på oddsratio og sannsynligheter. I modellen presenteres Log-Likelihood, som tabell 5 viser synker Log-Likelihooden etterhvert som flere variabler legges til, dette indikerer at modellen forbedres etterhvert som flere variabler legger til. Jeg har benyttet Hosmer-Lemeshows testen for å teste hvor godt den logistiske modellen passer til datasettet. Sannsynligheten for at Hosmer-Lemeshow er signifikant øker dersom man har mange irrelevante variabler i regresjonsmodellen (Tjønndal, 2018). I vedlegg C ser man at $\text{prob} > \chi^2$ er større enn signifikansnivået på 0,05 som indikerer at modellen er korrekt spesifisert.

Tabell 5 Stegvis multipl logistisk regresjonsanalyse. Fornøydhet med fastlege, misfornøyd = 1

	1	2	3	4	5
	Misfornøyd fastlege	Misfornøyd fastlege	Misfornøyd fastlege	Misfornøyd fastlege	Misfornøyd fastlege
Sosioøkonomiske determinanter					
Inntekt	0,832 [0,668-1,037]	0,94 [0,748-1,182]	0,971 [0,768-1,227]	0,958 [0,757-1,212]	0,895 [0,671-1,194]
Høyere utdanning	0,867 [0,671-1,121]	0,825 [0,632-1,078]	0,832 [0,633-1,092]	0,828 [0,629-1,090]	0,901 [0,644-1,260]
Sysselsatt	1,214 [0,908-1,624]	0,942 [0,677-1,309]	0,934 [0,669-1,304]	0,937 [0,670-1,310]	0,988 [0,660-1,479]
Dårlig helse	1,265 [0,954-1,677]	1,282 [0,955-1,721]	1,242 [0,915-1,685]	1,253 [0,923-1,702]	1,062 [0,728-1,548]
Kontrollvariabler					
Mann		1,178 [0,910-1,525]	1,153 [0,885-1,503]	1,151 [0,883-1,502]	1,029 [0,745-1,422]
Alder		0,977*** [0,967-0,987]	0,978*** [0,968-0,988]	0,978*** [0,968-0,989]	0,985* [0,973-0,998]
Røyking			1,07 [0,761-1,504]	1,07 [0,761-1,505]	0,913 [0,599-1,392]
Overvektig			0,994 [0,760-1,301]	1,004 [0,764-1,310]	1,126 [0,813-1,559]
Landsdel (ref. Østlandet)					
Oslo				1,012 [0,663-1,547]	1,167 [0,711-1,915]
Sørlandet				1,032 [0,582-1,829]	0,876 [0,410-1,871]
Vestlandet				1,121 [0,810-1,553]	1,369 [0,930-2,015]
Trøndelag				0,717 [0,437-1,179]	0,747 [0,410-1,361]
Nord-Norge				0,901 [0,567-1,431]	1,157 [0,681-1,966]
Politisk parti (ref. Arbeiderpartiet)					
Høyre					1,353 [0,926-1,979]
Fremskrittspartiet					1,768* [1,108-2,820]
Kristelig Folkeparti					0,330* [0,115-0,942]
Senterpartiet					0,772 [0,316-1,889]
Venstre					0,693 [0,315-1,524]
Sosialistisk Venstreparti					1,122 [0,538-2,340]
Konstant	0,577	0,986	0,753	0,819	0,636
Log-Likelihood	-844,217	-781,532	-766,921	-765,289	-551,088
N	1882	1770	1729	1729	1343

95% konfindensintervall i klammer

*** p<0,01 **p<0,05 *p<0,1

Inntekt

«Inntekt er den første av de sosioøkonomiske variablene som blir lagt til, en kontinuerlig variabel som måler husstandens totale inntekt. Variabelen er forholdsvis stabil gjennom hele modellen på 0,9. Resultatet indikerer at oddsen for å være misfornøyd med fastlegen synker med hver enhets endring i «inntekt». Tendensen er svak, og ikke statistisk signifikant i noen av modellene.

Høyere utdanning

«Høyere utdanning» er dummykodet, der de med master eller bachelor fra universitet/høgskole har verdien 1, og de uten er referansekategori. Resultatene i tabell 5 viser en tendens til at de med høyere utdanning har lavere odds for å være misfornøyd med sin fastlege, sammenlignet med de uten høyere utdanning. Tendensen kan ikke bekreftes da resultatene ikke er statistisk signifikante.

Sysselsatt

«Sysselsatt» er dummykodet, de som oppgir at de er i inntektsgivende arbeid har verdien 1, mens de som oppgir at de ikke er i inntektsgivende arbeid er referansekategori. Når det kun er lagt til sosioøkonomiske variabler i modell 1 har de som er i inntektsgivende arbeid en høyere odds for å være misfornøyd med sin fastlege enn de som ikke er sysselsatt. Når de resterende kontrollvariablene blir lagt til synker oddsen til 0,9 som indikerer en tendens at de som er sysselsatt har lavere odds for å være misfornøyd med sin fastlege. Tendensene kan ikke bekreftes, da de ikke er statistisk signifikante.

Dårlig helse

«Dårlig helse» er et subjektivt mål på hvordan respondentene opplever egen helse. De som vurderer sin helse for å være «meget god» og «god» er referansekategori. Resultatene viser en tendens til at de som vurderer egen helse for å være dårlig har høyere odds for å være misfornøyd med sin fastlege. Dessverre er ikke funnene statistisk signifikante.

Mann

Kjønnsvariabelen blir lagt til som første kontrollvariabel i modell 2. Kjønnsvariabelen er ikke statistisk signifikant, tendensen til at menn har høyere odds enn kvinner for å være misfornøyd med sin fastlege kan ikke bekreftes.

Alder

«Alder» viser en statistisk signifikant negativ påvirkning på misfornøydhet med fastlegen på 0,01-nivå i modell 2, 3 og 4. Oddsraten i modell 2 er på 0,977 som indikerer at oddsen for å være misfornøyd med sin fastlege synker med 2,3 prosent for hvert fylte år. Tendensen er stabil på omlag 2 prosent gjennom hele modellen. I Modell 5, er resultatet statistisk signifikant på 0,1 nivå.

Røyking

«Røyking» blir lagt til i modell 3 som et mål på risikoatferd hos respondentene modell 3 og 4 har «røyking» en oddsratio på 1,07 som indikerer en tendens at de som røyker har 7 prosent høyere odds for å være misfornøyd med fastlegen. Når det kontrolleres for partipreferanse i modell 5 synker oddsraten til 0,913. Det er en tendens i modellen at hvorvidt respondentene røyker eller ikke har en påvirkning på tilfredshet med fastlegen, men resultatene er ikke statistisk signifikante.

Overvektig

Den andre risikoatferdsvariabelen som blir lagt til i modell 3 er «overvektig». De respondentene som har en KMI på over 25, etter helsedirektoratets standarder er kodet som overvektig, mens de med en KMI under 25 er normalvektige og referansekategori, dette betyr at de som klassifiseres som undervektige er inkludert i kategorien normalvektig. I modell 3 har «overvektig» en oddsratio på 0,994, som indikerer at overvektige har lavere odds for å være misfornøyd med fastlegen. Når det kontrolleres for bosted i modell 4, stiger oddsratioen til 1,004, hvilket indikerer at retningen har snudd. I modell 5 blir det kontrollert for partipreferanse, da styrkes den positive sammenhengen. Oddsratioen er nå på 1,126, som indikerer at overvektige har 12,6 prosent høyere odds for å være misfornøyd med sin fastlege. Modellen viser en tendens til at overvekt har en effekt på fornøydhet med fastlegen, men funnet kan ikke bekreftes, da det ikke er statistisk signifikant.

Landsdel

I modell 4 blir det kontrollert for bosted. Variabelen er et dummysett, med Østlandet som referansekategori, Oslo er kodet utenfor Østlandet. Modell 4 viser en tendens til at det er regionale forskjeller i fornøydhet med fastlege. Oslo, Sørlandet og Vestlandet har høyere odds enn Østlandet for å være misfornøyd med sin fastlege. Trøndelag og Nord-Norge har lavere odds enn Østlandet for å være misfornøyd med sin fastlege. Når det blir kontrollert for partipreferanse i modell 5 har fremdeles Oslo en oddsratio over 1, for Sørlandet synker oddsratioen fra 1,032 til 0,876. Motsatt tilfelle oppstår i Nord-Norge, her stiger oddsratioen fra 0,901 til 1,157. Oddsratioen til Vestlandet stiger fra 1,121 til 1,369 som indikerer en vedvarende positiv sammenheng. Trøndelag har en vedvarende negativ sammenheng, som indikerer at trøndere har lavere odds enn Østlendinger for å være misfornøyd med fastlege. Modellen viser tendens til at det eksisterer geografiske ulikheter i misfornøydhet med fastlege, men dette kan ikke bekreftes, da funnene ikke er statistisk signifikante. Det ble forsøkt et samspillsledd med dårlig helse, men funnene var ikke statistisk signifikante og ble utelatt fra den endelige modellen. Se alternativ modell i vedlegg D.

Parti

I modell 5 blir variabelen «parti» lagt til som en kontrollvariabel. Det er et dummysett som måler hva respondentene stemte ved stortingsvalget i 2013, med Arbeiderpartiet som referansekategori. Modell 5 viser at de som stemte Høyre ved stortingsvalget i 2013 har en oddsratio på 1,353 som antyder at høyrevelgere har en høyere odds for å være misfornøyd med sin fastlege, sammenlignet med Arbeiderpartivelgere. Funnet er ikke statistisk signifikant. Videre viser modell 5 at de som stemte FrP har en oddsratio på 1,768, dette er statistisk signifikant på 0,01-nivå. Dette antyder at de som stemte FrP ved stortingsvalget i 2013 har 76,8 prosent høyere odds enn Arbeiderpartivelgere for å være misfornøyd med sin fastlege. KrF har en oddsratio på 0,330 som indikerer at de som stemte KrF har en 66,7 prosent lavere odds for å være fornøyd med sin fastlege enn Arbeiderpartivelgere, funnet er statistisk signifikant på 0,1-nivå. Videre antydes det i modellen at de som stemte Senterpartiet eller Venstre også har en lavere odds enn Arbeiderpartivelgere for å være misfornøyd med sin fastlege, dette er ikke statistisk signifikant. Det samme gjelder for SV, funnene er ikke statistisk signifikante, men modellen antyder at det er en tendens at velgere som stemte SV var mer fornøyd med sin fastlege enn de som stemte Arbeiderpartiet. Modell 5 viser tendenser til at det er ideologiske forskjeller mellom hvem som er tilfreds med fastlegen og ikke, det er kun resultatene for FrP og KrF som kan bekreftes.

6.2 Resultater kvalitet i helsevesenet sett under ett

Den andre regresjonsanalysen som blir presentert er med kvalitet i helsevesenet sett under ett som avhengig variabel. Modellen er knyttet opp mot forskningsspørsmål to.

Modellen forsøker å gi et innblikk i om det eksisterer ulikheter mellom fornøydhet med fastlegen og kvalitet i helsevesenet. Som beskrevet i 6.1 forsøker modellen med fornøydhet med fastlege å gi et innblikk i hvordan pasient-behandler relasjonen oppleves i prosessen. I tabell 7 blir oppmerksomheten rettet mot hvordan pasientene opplever strukturen i helsevesenet. Strukturen omhandler de egenskapene ved situasjonen der pleie blir utført, de materielle ressursene, menneskelige ressursene og den organisatoriske strukturen (Donabedian, 1997).

I tabell 6 blir resultatene fra den stegvise multiple logistiske regresjonsanalysen presentert. Avhengig variabel er kvalitet i helsevesenet sett under ett. Modellen er presentert først før resultatene blir gjennomgått, med tolkning av oddsratio og sannsynligheter. Tabell 6 viser at Log-Likelihood verdien synker etterhvert som flere variabler legges til, dette indikerer at modellen forbedres. I Hosmer-Lemeshow testen, vedlegg C er $\text{prob} > \chi^2$ større enn signifikansgrensen som indikerer at modellen er korrekt spesifisert.

Tabell 6: Stegvis multipl logistisk regresjonsanalyse. Kvalitet i helsetjenestene sett under ett, misformøyd = 1

	1 Dårlig kvalitet	2 Dårlig kvalitet	3 Dårlig kvalitet	4 Dårlig kvalitet	5 Dårlig kvalitet
Sosioøkonomiske Determinanter					
Inntekt	0,893 [0,726-1,099]	0,958 [0,772-1,189]	0,99 [0,794-1,234]	0,981 [0,786-1,224]	1,113 [0,828-1,494]
Høyere utdanning	0,822 [0,647-1,046]	0,775* [0,603-0,997]	0,787 [0,609-1,019]	0,777 [0,599-1,007]	0,757 [0,546-1,051]
Sysselsetting	1,577** [1,189-2,092]	0,88 [0,623-1,245]	0,89 [0,626-1,265]	0,885 [0,622-1,259]	0,9 [0,579-1,398]
Dårlig helse	2,750*** [2,134-3,543]	2,709*** [2,063-3,556]	2,758*** [2,084-3,650]	2,749*** [2,076-3,641]	3,065*** [2,166-4,339]
Kontrollvariabler					
Mann		1,313* [1,033-1,670]	1,330* [1,039-1,702]	1,321* [1,031-1,693]	1,142 [0,838-1,558]
Alder		1,072* [1,004-1,144]	1,067* [0,998-1,140]	1,069** [0,998-1,142]	1,086* [0,996-1,183]
Alder ²		0,999** [0,998-1,000]	0,999** [0,998-1,000]	0,999** [0,998-1,000]	0,999* [0,998-1,000]
Røyking			1,077 [0,958-1,210]	1,075 [0,956-1,208]	1,11 [0,961-1,282]
Overvektig			1,002 [0,777-1,292]	1,013 [0,785-1,307]	1,129 [0,823-1,549]
Landdel (ref. Østlandet)					
Oslo				1,12 [0,756-1,660]	1,099 [0,681-1,773]
Sørlandet				0,704 [0,383-1,296]	0,602 [0,260-1,398]
Vestlandet				1,006 [0,740-1,369]	1,045 [0,718-1,520]
Trøndelag				0,946 [0,616-1,451]	0,968 [0,572-1,638]
Nord-Norge				0,849 [0,547-1,318]	0,915 [0,537-1,561]
Politisk parti (ref. Arbeiderpartiet)					
Høyre					2,103*** [1,444-3,062]
Fremskrittspartiet					2,277*** [1,442-3,595]
Kristelig Folkeparti					0,379 [0,114-1,253]
Senterpartiet					1,263 [0,559-2,853]
Venstre					1,158 [0,556-2,410]
Sosialistisk Venstreparti					1,312 [0,607-2,835]
Konstant	0,242*	0,117*	0,0921**	0,0992*	0,0134***
Log-Likelihood	-971,454	-890,339	-934,09	-927,458	-622,877
N	2267	2144	2100	2100	1635

95 % konfidensintervall i klammer

*** p<0,001 **p<0,05 *p<0,1

Inntekt

Inntektsvariabelen er en kontinuerlig variabel som måler husstandens totale inntekt. Det er en tendens i modellen at med hver enhets økning i inntekt så synker oddsen for å være utilfreds med kvaliteten i helsetjenestene. Når det kontrolleres for partipreferanse i modell 5 stiger oddsratioen til 1,113 som indikerer at hver enhets økning i inntekt så stiger oddsen med 11 prosent for å være utilfreds med kvaliteten i helsetjenestene. Funnene kan ikke bekreftes, da de ikke er statistisk signifikante.

Høyere utdanning

«Høyere utdanning» er dummykodet, referansekategori er å ikke ha master eller bachelor fra høyskole/universitet. «Høyere utdanning» viser i modell 2 en statistisk signifikant påvirkning på 0,1-nivå. I modell 2 er oddsen for å være utilfreds med kvaliteten i helsevesenet 22,5 prosent lavere for de med høyere utdanning. Det er kun i modell 2 resultatene for «høyere utdanning» er statistisk signifikante.

Sysselsatt

I modell 1 viser «sysselsatt» en positiv påvirkning på det å være utilfreds med kvaliteten i helsevesenet. De som er i inntektsgivende arbeid har 57,7 prosent høyere odds for være utilfreds med kvaliteten i helsevesenet, funnet er signifikant på 0,05-nivå. Når de resterende kontrollvariablene blir lagt til i de videre modellene synker oddsratioen, som indikerer en tendens til at de som er sysselsatt har lavere odds for å være utilfreds med kvaliteten i helsevesenet. Tendensen kan ikke bekreftes da resultatene ikke er statistisk signifikante.

Dårlig helse

De respondentene som vurderer sin egen helse til å være dårlig har verdien 1, mens de som vurderer egen helse til å være god har verdien 0. «Dårlig helse» er signifikant på 0,01-nivå gjennom hele modellen. Oddsratioen er stabil på rundt 2,7 i modell 1,2,3 og 4 som indikerer at de som vurderer sin egen helse til å være dårlig har omlag 175 prosent høyere odds for å være misfornøyd med kvaliteten i helsevesenet. I modell 5 når det kontrolleres for partipreferanse stiger oddsratioen til 3,065, dette tilsier at de med dårlig egenvurdert helse har 206,5 prosent høyere odds for å være utilfreds med kvaliteten i helsetjenestene. Tendensen i modellen er sterk, og funnene består når det blir kontrollert for kjønn, alder, risikoatferd, bosted og partipreferanse.

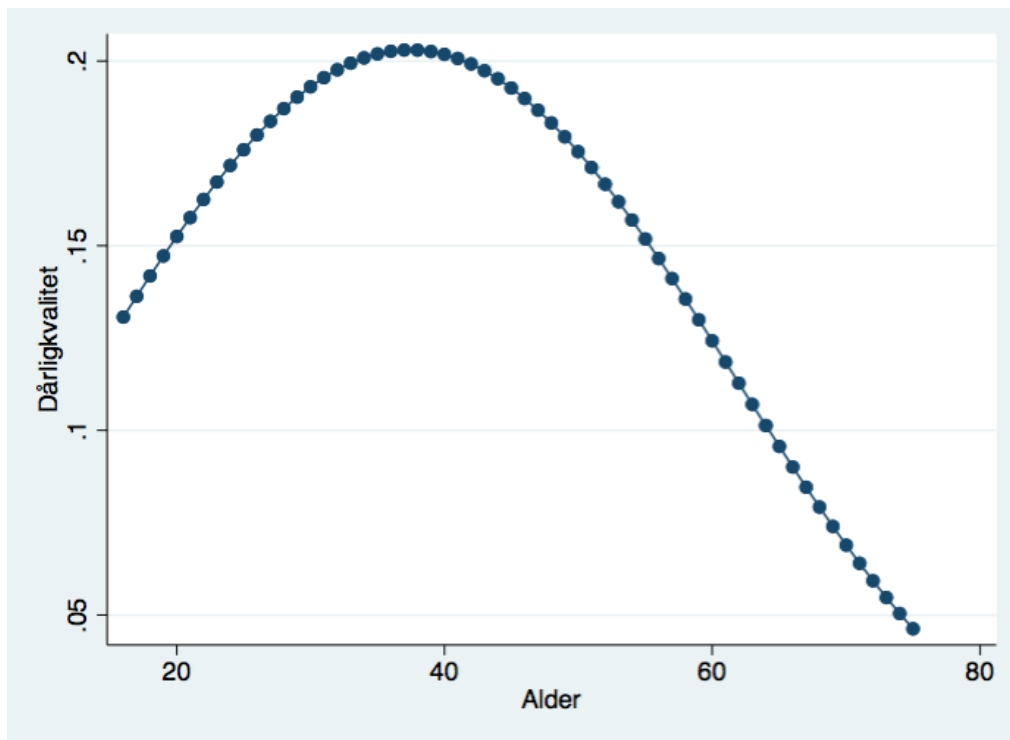
Mann

Kjønnsvariabelen blir lagt til i modell 2, der den viser en statistisk signifikant og positiv påvirkning på oppfattet kvalitet i helsevesenet. I modell 2 har mann en oddsratio på 1,313 som er statistisk signifikant på et 0,1-nivå. Variabelen fortsetter å ha en signifikant påvirkning på oppfattet kvalitet i helsevesenet når andre demografiske variabler blir lagt til. I modell 4 har menn 32,1 prosent høyere odds enn kvinner for å være utilfreds med kvaliteten i helsevesenet. Når det kontrolleres for partipreferanse i modell 5, er ikke «mann» lenger statistisk signifikant. Kjønnsvariabelen viser en tendens til at menn har større odds enn kvinner for å være utilfreds med kvaliteten i det norske helsevesenet.

Alder

I tillegg til kjønnsvariabelen er «alder» også en del av modell 2. På bakgrunn av livsløpsperspektivet og etterhvert som alderen øker og behovet for helsetjenester øker blir det i tillegg til «alder» lagt til «alder²». «Alder» har en positiv påvirkning på utilfredshet med kvalitet i helsetjenestene. For hvert fylte år stiger oddsen for å være utilfreds med kvaliteten i helsevesenet «alder» er signifikant gjennom hele modellen. «Alder²» har en negativ påvirkning på utilfredshet med kvaliteten i helsevesenet, «alder²» er statistisk signifikant gjennom hele modellen, og oddsratioen er stabil på 0,999.

Figur 2: Kurvelineær sammenheng kvalitet og alder



Figur 2 viser den kurvelineære sammenhengen mellom alder og oppfattet kvalitet i helsevesenet. I modell 5 stiger oddsen for å være misfornøyd med kvaliteten i helsevesenet med 8,6 prosent frem til fylte 37 år. Etter fylte 37 år synker oddsen for å være utilfreds med kvaliteten i helsevesenet med 0,1 prosent for hvert fylte år. Dette indikerer at etterhvert som behovet for helsehjelp øker med stigende alder, øker også oddsen for å være tilfreds med kvaliteten i helsevesenet. Yngre deler av befolkningen er mer kritiske til kvaliteten i helsevesenet.

Røyking

I modell 3 blir det kontrollert for risikoatferd. De som oppgir at de ikke røyker er referansekategori. I modell 3 har røyking en positiv påvirkning på utilfredshet med helsetjenestene. Oddsraten er på 1,077, hvilket betyr at oddsen for å være utilfreds med kvaliteten i helsetjenestene er omlag 7 prosent høyere for de som røyker enn de som ikke røyker. Variabelen er stabil over 1, men tendensen kan ikke bekreftes da den ikke er statistisk signifikant.

Overvektig

Overvektig er den andre risikoatferdvariabelen som blir lagt til i modell 3. Overvektig er dummykodet med utgangspunkt i KMI, slik at de som har en KMI over 25 har verdien 1, og de som er normalvektige er referansekategori. «Overvektig» viser en tendens til at risikoatferd har en positiv påvirkning på tilfredshet med helsetjenestene, de som er overvektige har i modell 5 12,9 prosent høyere odds for å være tilfreds med helsetjenestene. Men i likhet med «røyking» kan ikke tendensen bekreftes da den ikke er statistisk signifikant.

Landsdel

I modell 4 blir det introdusert et dummysett som måler hvor i landet respondentene er bosatt. Østlandet er referansekategori, med Oslo hentet ut som egen variabel. De som bor i Oslo og på Vestlandet har høyere odds for å være tilfreds med kvaliteten i helsetjenestene sammenlignet med de som bor på Østlandet. De som bor på Sørlandet, Trøndelag og Nord-Norge har lavere odds for å være tilfreds med kvaliteten i helsetjenestene, sammenlignet med de som bor på Østlandet. Oddsratioen er forholdsvis lik for de ulike landsdelene i modell 5, og sammenhengen går samme retning når det blir kontrollert for partipreferanse. Funnene er ikke statistisk signifikante, tendensen som fremkommer i modellen kan ikke bekreftes.

Parti

I den siste modellen blir partipreferanse lagt til som et dummysett. Arbeiderpartiet er referansekategori, da de hadde størst oppslutting ved Stortingsvalget i 2013 blant utvalget. De som stemte Høyere har en oddsratio på 2,103 som tilsier at oddsen for å være tilfreds med kvaliteten i helsevesenet er 110,3 prosent høyere for Høyere-velgere sammenlignet med Arbeider-partivelgere. Funnet er statistisk signifikant på 0,01-nivå. For FrP er også oddsratioen forholdsvis høy, på 2,277 og statistisk signifikant på et 0,01-nivå. FrP-velgere har en 127,7 prosent høyere odds enn Arbeiderparti-velgere for å være tilfreds med kvaliteten i helsevesenet. KrF-velgere har en oddsratio på 0,369 som indikerer at KrF-velgere er mer tilfreds med kvaliteten i helsevesenet sammenlignet med Arbeiderpartiet, funnet er ikke statistisk signifikant. Senterpartiet og Venstre har oddsratioer på henholdsvis 1,257 og 1,206 som indikerer at Senterpartiet- og Venstre-velgere er mindre tilfreds med helsevesenet sammenlignet med Arbeiderpartiet. Funnet er ikke statistisk signifikant på 0,1-nivå. For SV er oddsratioen på 1,323, men funnet er ikke signifikant. Tendensen i modell 5 er at jo lengre til høyre man befinner seg på høyre/venstre akse jo høyere er oddsen for at man er tilfreds med kvaliteten i helsevesenet.

6.3 Resultater tiltro til behandling

I tabell 8 blir resultatene fra den tredje og siste multiple logistiske regresjonsanalysen presentert. Modellen presentert i kapittel 6.3 skiller seg fra de to foregående modellene, ved at parti stemt ved forrige valg er utelatt.. Ved å inkludere partipreferanse i modellen med «ikke tiltro» synker N til 485, dermed blir utvalget i regresjonsmodellen for lavt til å generalisere til resten av populasjonen, se vedlegg F for alternativ regresjonsmodell. I tillegg har de to foregående avhengige variablene; kvalitet i helsevesenet og misfornøydhet med fastlegen blitt lagt til som uavhengige variabler. Dette er blitt gjort fordi det er direkte knyttet til forskningsspørsmål tre. Det er interessant å inkludere tilfredshet med helsetjenestene og fornøydhet med fastlegen som uavhengige variabler fordi det vil gi en dypere forståelse av sammenhengen er mellom de tre variablene. Hvordan man oppfatter kvaliteten i helsevesenet og fornøydhet med fastlegen vil kunne påvirke hvorvidt man har tiltro til den behandlingen man mottar.

I vedlegg D og E er det presentert to alternative modeller for tabell 5 og 6, der tiltro til behandling er inkludert som uavhengig variabel. I modellen med fornøydhet med fastlege som avhengig variabel har «ikke tiltro» en oddsratio på 3,265 og som er signifikant på 0,01-nivå. Modellen indikerer at de som ikke har tiltro til den behandlingen de mottar har en 226 prosent høyere odds for å være misfornøyd med sin fastlege, sammenlignet med de som har tiltro.. I den andre alternative modellen, med utilfredshet med kvaliteten i helsetjenestene sett under ett har «ikke tiltro» en oddsratio på 0,266 som er signifikant på 0,01-nivå. Dette indikerer at de som ikke har tiltro til den behandlingen de mottar har en 73 prosent lavere odds for å vurdere kvaliteten i helsevesenet til å være tilfredsstillende, sammenlignet med de som har tiltro til den behandlingen de mottar. Årsaken til at «ikke tiltro» ble utelatt fra de to foregående modellene er at antall observasjoner for «ikke tiltro» er lav, kun 908 respondenter. Slik at N for de to modellene er på rundt 500, dette er veldig lavt og dermed forringes muligheten til å generalisere til befolkningen.

«Dårlig kvalitet», «misfornøyd med fastlege» og «ikke tiltro» måler alle holdninger til helsevesenet, hvordan respondentene opplever kontakten med behandler. Sett ut i fra korrelasjonsanalysen i tabell 7 er det en korrelasjon mellom de tre variablene, men det er ikke så høyt korrelert at det vil påvirke regresjonsanalysen.

Tabell 7: Korrelasjonsanalyse, «ikke tiltro», «utilfreds med helsetjenestene» og «misfornøyd fastlege»

	Ikke tiltro	Utilfreds kvalitet i helsetjenestene	Misfornøyd fastlege
Ikke tiltro	1,0000		
Utilfreds kvalitet i helsetjenestene	0,4223	1,0000	
Misfornøyd fastlege	0,2908	0,2772	1,0000

Ut i fra tabell 8 ser man at N for modellene der «ikke tiltro» er inkludert som avhengig variabel er substansielt lavere enn de to foregående, her er N på 654 i den 5 modellen. Dette er en utfordring med modellen, og gjør det vanskelig å generalisere de funnene som er gjort til befolkningen som en helhet. Men til tross for dette velger jeg å benytte meg av denne variabelen fordi den er direkte knyttet til forskningsspørsmål 3, og modellen vil gi en grundig forståelse av hva som kjennetegner de som ikke har tiltro til behandlingen de mottar i spesialisthelsetjenestene.

Tabell 8 viser at Log-Likelihood-verdien synker etterhvert som flere variabler legges til, dette indikerer at modellen forbedres. Modellen er også riktig spesifisert etter Hosmer-Lemeshow testen, se vedlegg C.

Tabell 8: Stegvis multippel logistisk regresjonsanalyse. Tiltro til behandling, ikke tiltro=1

	1	2	3	4	5
	Ikke tiltro	Ikke tiltro	Ikke tiltro	Ikke tiltro	Ikke tiltro
Sosioøkonomiske determinanter					
Inntekt	0,657** [0,471-0,916]	0,756 [0,529-1,082]	0,767 [0,530-1,109]	0,763 [0,526-1,106]	0,829 [0,544-1,264]
Høyere utdanning	0,911 [0,622-1,334]	0,87 [0,581-1,302]	0,906 [0,601-1,367]	0,914 [0,603-1,386]	0,855 [0,538-1,361]
Sysselsatt	1,480* [0,981-2,232]	1,034 [0,651-1,643]	1,069 [0,666-1,716]	1,014 [0,628-1,637]	1,011 [0,594-1,722]
Dårlig helse	3,521*** [2,440-5,080]	3,722*** [2,514-5,510]	3,645*** [2,427-5,476]	3,642*** [2,417-5,488]	3,187*** [2,006-5,062]
Kontrollvariabler					
Mann		1,559** [1,067-2,279]	1,552** [1,050-2,296]	1,593** [1,071-2,371]	1,719** [1,099-2,689]
Alder		0,969*** [0,954-0,983]	0,970*** [0,955-0,985]	0,969*** [0,954-0,984]	0,975** [0,958-0,992]
Røyking			1,384 [0,864-2,219]	1,388 [0,863-2,232]	1,312 [0,763-2,257]
Overvektig			1,052 [0,707-1,563]	1,036 [0,695-1,544]	1,167 [0,744-1,832]
Landsdel (ref. Østlandet)					
Oslo				0,905 [0,452-1,813]	0,702 [0,319-1,546]
Sørlandet				0,679 [0,287-1,606]	0,793 [0,325-1,931]
Vestlandet				1,4 [0,862-2,274]	1,04 [0,593-1,826]
Trøndelag				1,081 [0,573-2,039]	1,118 [0,546-2,292]
Nord-Norge				1,362 [0,741-2,503]	1,365 [0,699-2,665]
Dårlig kvalitet					4,660*** [2,881-7,538]
Misfornøyd fastlege					3,320*** [1,967-5,604]
Konstant	2,316	4,836	3,713	3,883	0,901
Log- Likelihood	-354,6	-345,3	-345,3	-343,1	-281,9
N	761	714	693	693	654

95 % konfindensintervall i klammer

*** p<0,01 **p<0,05 *p<0,1

Inntekt

«Inntekt» viser en negativ påvirkning på det å ikke ha tiltro til behandling. I modell 1 er «inntekt» statistisk signifikant på 0,05-nivå, oddsen for å ikke ha tiltro til behandlingen synker med 34,3 prosent for hver enhets økning i «inntekt». Når det kontrolleres for andre variabler stiger oddsratioen til «inntekt», men funnene er ikke statistisk signifikante. Modell 1 viser en tendens til at de med høyere inntekt har lavere odds for ikke å ha tiltro til behandling enn de med lavere inntekt.

Høyere utdanning

«Høyere utdanning» viser en negativ tendens på det å ikke ha tiltro til behandlingen. De med bachelor eller master fra universitet/høgskole har verdien 1, og de med videregående, grunnskole eller ikke fullført grunnskole har verdien 0. Modellen viser at de som har høyere utdanning har en lavere odds for å ikke ha tiltro til behandlingen. I modell 4, når det blir kontrollert for risikoatferd og bosted har «høyere utdanning» den høyeste oddsratioen, da er den på 0,914. Dette indikerer at de med høyere utdanning har en 8,6 prosent lavere odds for å ikke ha tiltro til behandlingen, sammenlignet med de som ikke har høyere utdanning. Tendensen i modellen kan ikke bekreftes, da funnene ikke er statistisk signifikante.

Sysselsatt

I modell 1 har «sysselsatt» en positiv påvirkning på ikke tiltro til behandling. Oddsen for å ikke ha tiltro til behandling er 48 prosent for de som er i inntektsgivende arbeid, funnet er statistisk signifikant på 0,1-nivå, sammenhengen er sterkest i modell 1. Når kontrollvariablene blir lagt til synker oddsratioen og funnene er ikke lenger statistisk signifikante.

Dårlig helse

«Dårlig helse» er et subjektivt mål på hvordan respondentene vurderer egen helse, de som har oppgitt at de har god helse er referansekategori. Modellen viser en sterk positiv sammenheng mellom det å ha dårlig helse og ikke ha tiltro til behandling. «Dårlig helse» har en oddsratio over 3 i alle modellene som er signifikant på 0,01-nivå. I modell 3 er oddsratioen på 3,645, når det kontrolleres for bosted synker oddsratioen litt til 3,642. Når tilfredshet med kvalitet i helsetjenestene og fornøydhets med fastlegen legges til synker oddsratioen til 3,187. I modell 5 har de som vurderer sin egen helse til å være dårlig en 218,7 prosent høyere odds for å ikke ha tiltro til behandlingen sammenlignet med de som vurderer sin egen helse til å være god. Modellen viser en sterk sammenheng mellom helsestatus og det å ha tiltro til behandling.

Mann

Kjønnsvariabelen viser en positiv påvirkning på ikke tiltro til behandling. «Mann» er statistisk signifikant på 0,05-nivå i alle modellene. Når det i tillegg kontrolleres for risikoatferd og bosted er oddsraten stabil rundt 1,5, dette tilsier at menn har omlag 55 prosent høyere odds enn kvinner for å ikke ha tiltro til behandlingen. Variablene «kvalitet» og «fornøydhet med fastlege» blir lagt til i modell 5, da stiger oddsratioen til 1,719, og er signifikant på 0,05-nivå. Modellen indikerer at menn har høyere odds enn kvinner for ikke å ha tiltro til behandlingen man mottar ved norske sykehus.

Alder

«Alder» viser en tendens til å ha en negativ påvirkning på tiltro til behandlingen. I modell 1,2,3 og 4 er alder signifikant på 0,01-nivå, i modell 5 er den signifikant på 0,05-nivå. Oddsratioen er stabil rundt 0,97. I modell 5 er oddsratioen til alder på 0,975 som indikerer at oddsen for å ikke ha tiltro til helsetjenestene synker med 2,5 prosent for hvert fylte år. Dette indikerer at eldre har større tiltro til den behandlingen de mottar sammenlignet med yngre deler av utvalget. Det ble også i denne modellen forsøkt med et andregradsledd, men resultatene viste seg å ikke være statistisk signifikante.

Røyking

«Røyking» viser en tendens til å ha positiv effekt på det å ikke ha tiltro til behandling. Oddsratioen er stabil rundt 1,3 i de modellene den er inkludert. Dette indikerer at de som røyker har omlag 35 prosent høyere odds for ikke å ha tiltro til behandling. Disse resultatene kan ikke bekreftes, da de ikke er statistisk signifikante.

Overvekt

«Overvektig» er den andre variabelen som måler risikoatferd som er inkludert i modellen. Variabelen viser i likhet med «røyking» en tendens til å ha positiv effekt på det å ikke ha tiltro til behandling. Modell 3 og 4 viser at det er omlag 4 prosent høyere odds for å ikke ha tiltro til behandling hvis man er overvektig. Når det kontrolleres for kvalitet og fornøydhet med fastlege stiger oddsen til 16 prosent, dette kan indikere at sammenhengen mellom overvekt og negativ vurdering av helsevesenet forsterkes. Resultatene er kun en tendens, de er ikke statistisk signifikante.

Landsdel

I modell 4 blir det kontrollert for landsdel. Det er en tendens til at det er regionale forskjeller i tiltro til behandling. Oslo og Sørlandet har lavere odds for ikke å ha tiltro til behandling sammenlignet med Østlandet. Vestlandet, Trøndelag og Nord-Norge har høyere odds enn Østlandet for å ikke ha tiltro til behandling. Dette kan indikere en tendens til at sentrale områder, der det er bedre tilgang på helsetjenester også har større tiltro til den behandlingen de mottar. Funnene kan ikke bekreftes, da de ikke er statistisk signifikante.

Utilfreds med kvalitet

I modell 5 blir det kontrollert for utilfredshet med kvaliteten i helsetjenestene sett under ett. I korrelasjonsanalysen i tabell 6.3 viser at det er en positiv korrelasjon mellom det å ikke ha tiltro til behandling og være utilfreds med kvaliteten i helsetjenestene. Korrelasjonen blir bekreftet i modell 5. De som er utilfreds med kvaliteten i helsetjenestene sett under ett har 366 prosent høyere odds for å ikke ha tiltro til behandlingen, funnet er signifikant på 0,01-nivå.

Misfornøydhet med fastlege

«Misfornøydhet med fastlege» viser en sterk positiv påvirkning på tiltro til behandling. De som er misfornøyd med sin fastlege har en oddsratio på 3,320 som indikerer at de som er misfornøyd med fastlegen har en odds på 232 prosent for å ikke ha tiltro til behandlingen mottatt i spesialisthelsetjenesten. Funnet er signifikant på 0,01-nivå. Det er naturlig at de som ikke er tilfreds med sin fastlege heller ikke har tiltro til behandling. Dette tyder på at respondentene verdsetter det interpersonelle når man vurderer kvaliteten i helsetjenestene, når man ikke har tiltro til behandlingen, og sammenhengen mellom tiltro og fornøydhet er så sterk kan det tyde på at respondentene vurderer kvaliteten ut i fra det interpersonelle i behandlingssituasjonen.

7.0 Diskusjon

En grunnleggende målsetning ved den norske modellen er at alle borgere skal ha lik tilgang på ressurser for å kunne styre sine liv. Tilgang på medisinsk behandling er en forutsetning for at enkeltindividet skal kunne yte optimalt i både arbeids- og privatliv (Helsedirektoratet, 2015). I tillegg ser man at den norske befolkningen har høye forventninger til hva helsetjenestene skal levere, det forventes rask tilgang, høy kvalitet og stor valgfrihet (NOU 2015:11). Til tross for at den norske befolkningen har høye forventninger til helsevesenet, tyder den deskriptive statistikken som ble presenterer i 5.2.1 på at majoriteten i utvalget i helsebarometeret for 2013 var tilfreds med helsetjenestene. Like vel er det en andel av populasjonen som ikke er tilfreds, og det er interessant å forstå hva som kjennetegner denne delen for å forstå hvordan man kan sikre et helhetlig helsevesen som kan være en bidragsyter til å minimere sosiale ulikheter i helse. I dette kapitlet vil de empiriske resultatene fra kapittel 6 bli diskutert i sammenheng med det teoretiske grunnlaget som ble presentert i kapittel 3 og 4. Samt hvilke implikasjoner dette har for måloppnåelsen i det norske helsevesenet.

7.1 Sosioøkonomisk status og fornøydhet med fastlege

Vikum et al. (2012) beskriver at bruken av fastlege er generelt høy og at bruken er likt fordelt mellom utdannelse og inntekt. Ut i fra modellen presentert i tabell 5 er det ikke signifikante resultater som indikerer at det er en sosioøkonomisk ulikhet i fornøydhet med fastlege. Ser man til den deskriptive statistikken er majoriteten av respondentene tilfreds med sin fastlege, slik at det ikke er overraskende at jeg ikke har signifikante funn, dette er også et godt tegn for fastlegeordningen i Norge, når resultatene sosioøkonomiske forskjeller er det en indikasjon på at fastlegeordningen fungerer som ønsket, det er første skanse i helsevesenet og det er høy grad av fornøydhet på tvers av sosioøkonomiske grupper. Samtidig er det en mulighet for at det er en skjevhet i utvalget som kan ha påvirket resultatene. Sosioøkonomisk status påvirker responsrater ved surveyer, individer med lav sosioøkonomisk status har lavere sannsynlighet for å svare på spørreundersøkelser (Groove, 2006).

Alder viser seg å ha en negativ påvirkning på misfornøydhet med fastlegen kan forklares ut i fra livssyklus-effekten og kohorteffekten. Livssyklus-effekten innebærer at eldre er mer stoiske i sin smertehåndtering enn yngre og/eller har større respekt for de som utøver helsehjelp (Crow et al, 2012). Livssyklus-effekten kan knyttes opp mot livsløpsperspektivet presentert i kapittel 3.1.2, helsen er individuelt bestemt, samtidig som den påvirkes av materielle og sosiale rammebetingelser; familie, nærmiljø og arbeid gjennom livet (Grasdal, 2009). Alder er signifikant gjennom hele modellen, dette tyder på en effekt som er tydelig tilstede. Ikke overraskende er det eldre som også er hyppigst i kontakt med helsevesenet, på grunn av at helse svekkes med økende alder. Dermed er det interessant at oddsen for å være misfornøyd med fastlegen i modell 5 synker med 1,5 prosent for hvert fylte år. Dette kan indikere at de som har størst behov for regelmessig kontakt med fastlegen, også er de som er mest fornøyde. På den andre siden er det interessant å diskutere omfanget av helsehjelp eldre har behov for. Modellen viser en tendens til at helsestatus har en positiv effekt på misfornøydhet med fastlegen. De som rapporterer sin egen helse for å være dårlig har høyere odds for å være misfornøyd med sin fastlege. Funnet kan ikke bekreftes, da det ikke er statistisk signifikant, men det er verdt å merke seg fordi det kan være andre mekanismer som forklarer hvorfor eldre i større grad enn yngre er fornøyd med sin fastlege.

Den andre forklaringsmodellen Crow et al. (2012) tilbyr for variasjoner i tilfredshet med helsetjenester og alder er kohorteffekten, dette innebærer at eldre har lavere forventninger til helsetjenestene fordi de har erfaringer fra tidligere tider da kvaliteten på helsetjenestene var

dårligere. På den andre siden er det en tendens i modellen at dårlig helsestatus øker oddsene for å være misfornøyd med fastlegen. Ved at eldre er mer fornøyd med fastlegen skulle man tro at fornøydhet med fastlegen følger behov for helsehjelp. Eldre er i større grad enn yngre avhengig av fastlegen for å opprettholde god livskvalitet på grunn av de helsemessige utfordringer som oppstår ved økende alder. På den andre siden er det ikke grunn til å anta at eldre rapporterer dårligere egenvurdert helsestatus. I denne oppgaven blir helse definert etter «coping model», slik at det å ha god helse blir beskrevet etter hvordan man takler livet. Og eldre kan ha subjektivt bedre livskvalitet til tross for helseplager sammenlignet med den yngre befolkningen.

Modellen bekrefter funn gjort av Crow et al. (2012), det er ikke systematiske sammenhenger mellom tilfredshet og kjønn. Likevel er det interessant at fornøydhet med fastlegen er den eneste modellen der det ikke rapporteres signifikante resultater som tilsier at menn har høyere odds for å være misfornøyd med fastlegen. Kvinner har en høyere rapportering av symptomer enn menn og det er en større sannsynlighet for at kvinner oppsøker lege på et tidligere tidspunkt enn menn (Bertakis et al., 2000). Når kvinner i følge de funn som er gjort i denne oppgaven er mer fornøyd med spesialisthelsetjenestene enn menn, kan dette knyttes opp mot de argumentene som ligger til grunn for livssyklus-effekten. Det foreligger at menn er mer stoiske i sin smertehåndtering så når menn oppsøker behandling er helsetilstanden dårligere relativt sett sammenlignet med det tidspunktet kvinner oppsøker behandling. Dermed foreligger det resultater som styrker forklaringskraften til livssyklus-effekten og argumentet om smertehåndtering. På den andre siden vet man at kvinner i større grad benytter seg av helsetjenestene, og at disse forskjellene knyttes opp mot reproduktiv biologi og kjønnsspesifikke tilstander (Bertakis et al., 2000).

I modell 5 når det blir kontrollert for parti-stemt ved stortingsvalget i 2013, viser det seg at FrP-velgere har statistisk signifikant høyere odds enn Arbeiderparti-velgere for å være misfornøyd med sin fastlege. Modellen tyder på at det eksisterer ideologiske skillelinjer, Høyre har også en oddsratio over 1, men dette kan ikke bekreftes da det ikke er statistisk signifikant. De ideologiske skillelinjene og årsakene til dette vil bli diskutert nærmere i kapittel 7.2.

7.2 Kvalitet i helsevesenet

Til tross for at det ikke kunne påvises noen sosioøkonomiske ulikheter i fornøydhets med fastlegen er det i modellen som er presentert i tabell 6 påvist statistisk signifikante resultater som viser at utdanning og sysselsetting har en effekt på tilfredshet med kvaliteten i helsevesenet. De med høyere utdanning har omlag 25 lavere odds for å mene at kvaliteten i helsevesenet er dårlig sammenlignet med de som ikke har høyere utdanning. Respondenter som er i lønnet arbeid har 57,7 prosent høyere odds for å være utilfreds med kvaliteten i helsevesenet, sammenlignet med de som ikke er i arbeid. Dette viser at det eksisterer sosioøkonomiske forskjeller i hvordan man oppfatter kvaliteten i helsevesenet. Årsaken til hvorfor det er sånn vil bli diskutert nærmere i det kommende kapitlet.

Som forventet viser det seg at utdannelse har en effekt på tilfredshet med helsevesenet. For å forklare sammenhengen her vil jeg først ta utgangspunkt i grunnleggende årsaksteori. Teorien fremsetter at den grunnleggende ulikheten i helse skyldes tilgang til ressurser, ressurser som kan hjelpe individer til å unngå sykdommer og de negative konsekvensene som følger med i en forverring av helsetilstanden. De mekanismene som oppstår er faste og involverer tilgangen til ressurser som er essensielle for å minimere risiko og de konsekvenser som oppstår ved sykdom (Link & Phelan, 1995). Forskjellen i ressurstilgang gjør seg gjeldene med en gang man entrer helsevesenet. Tidligere forskning beskriver at det er en ulikhet i bruk av helsetjenestene, høyere sosioøkonomisk status sammenfaller med en hyppigere bruk av spesialist helsetjenestene (Fjær et al., 2017). Når høyere utdannede er mer tilfreds med kvaliteten i helsevesenet kan dette tyde på at de som benytter seg mest av spesialisthelsetjenestene er de som også er fornøyd med kvaliteten på tjenestene. Dette kan i utgangspunktet forringe kvaliteten på helsevesenet som en helhet, fordi høyere utdanning også betyr bedre helse. De mekanismene som er i spill når det kommer til helsestatus forsterkes i kontakten med helsevesenet. Høyere utdanning gir tilgang til ressurser som gjør at man i større grad vet hvordan man skal navigere systemet, enkelte befolkningsgrupper innehar ikke den informasjonen som er nødvendig for å kunne benytte seg av helsetjenestene på en hensiktsmessig måte (Goddard & Smith, 2001).

Selv om tidligere forskning tyder på at høyere sosioøkonomisk status sammenfaller med hyppigere bruk av spesialisthelsetjenestene viser modellen at dårlig helsestatus har en sterk positiv påvirkning på tilfredshet med kvalitet i helsevesenet. Høyere sosioøkonomisk status betyr bedre helse, og dermed også mindre kontakt med helsevesenet. Resultatene antyder at

hyppigere kontakt med helsevesenet fører til lavere tilfredshet som bekrefter funnene til Xiao og Barber (2008). I modell 5 er sammenhengen sterkest, da har de som vurderer sin egen helse til å være dårlig 206 prosent høyere odds for å være utilfreds med kvaliteten i helsevesenet enn de som vurderer sin egen helse til å være god. Dette indikerer at hyppigheten man er i kontakt med helsevesenet påvirker hvor tilfreds man er med behandlingen.

I en behandlingssituasjon vil det være inkludert en kostnadsavveining på forhånd fra pasientens side, potensielle kostnader og eventuelle gevinster ved behandlingen (Donabedian, 2003). Det er grunn til å tro at kostnaden for å oppsøke behandlingen synker etterhvert som helsestatusen forverres ettersom gevinsten ved behandling stiger når helsetilstanden er dårligere. Dermed er det interessant at dårlig helsestatus har en så sterk innvirkning på tilfredshet med kvaliteten. Dette tyder på at det ikke er hos pasienten den avgjørende kostnadsavveiningen ligger, det er hos behandler. Det er en forskjell i hva pasient og behandler opplever som risikofylt behandling. Når man har dårlig helse synker kostanden for pasienten, men den øker for behandler. De avgjør hva som er nødvendig behandling, og også hva som er risikofylt behandling. Hvis man har vedvarende dårlig helse, og føler at man ikke får den hjelpen man har behov for er det ikke noen overraskelse at man da vil vurdere kvaliteten i helsevesenet til å være dårlig.

Videre er det interessant å diskutere årsaken til dårligere helse. Etter livsløpsperspektivet er helsen individuelt bestemt samtidig som den påvirkes av materielle og sosiale rammebetingelser (Grasdal, 2009). De sosiale miljøet individet utvikler seg i har stor påvirkning på risikofylt atferd. Røyking spisevaner og fysisk aktivitet er eksempler på helsevaner som er sosialt skjevfordelt, der grupper med lav utdanning og inntekt har høyere forbruk av tobakk, mindre sunt kosthold og er mindre fysisk aktive på fritiden. (Wold & Samdal, 2009). Det er en tendens i modellen at de som røyker eller er overvektige mener at kvaliteten i helsevesenet er dårlig, funnene er ikke statistisk signifikante, men de kan knyttes opp mot helsestatus. Hvis det er slik at de med dårligere helse er misfornøyd med både fastlege og helsevesenet sett under ett fordi man føler at gevinsten ved behandling er lav så er det en mulighet for at kostnaden sett fra beholders synspunkt er større enn gevinsten. Men uavhengig av dette er det fremdeles pasienter i helsevesenet som ikke syntes kvaliteten er tilfredsstillende. Som beskrevet tidligere er helsetjenester en eksperttjeneste, det er vanskelig for brukeren å si noe om den medisinske kvaliteten. Slik at det er i større grad ut i fra

tilgjengelighet og pasient-behandlerrelasjonen som pasienter har mulighet til å vurdere helsetjenestene fra. Pasient-behandlerrelasjonen vil bli diskutert nærmere i kapittel 7.3.

I likhet med fornøydhet med fastlegen er det også i denne modellen forskjeller mellom partiene i tilfredshet med helsevesenet. Tabell 6er det som beskrevet tidligere statistisk signifikante funn som tyder på at Høyre- og FrP-velgere har høyere odds for å være misfornøyd med kvaliteten i helsevesenet. Dette kan tyde på at fasilitetene og tilgjengelighet er viktig for pasienter når man skal vurdere kvaliteten i helsevesenet. 2013 var valgår, og vi fikk regjeringsskifte fra en rødgrønn regjering til blå-blå, med Høyre og FrP. Sett i lys av at helse var av de viktigste sakene for velgerne, og at helse var en av de viktigste sakene for Høyre-velgere (Karlsen, 2015), er det nærliggende å tenke seg at spesielt Høyre-velgerne var misfornøyd med tilgjengeligheten i helsevesenet. Populære temaer som gjerne kommer frem i valgkamp er eldreomsorg og helsekøer (Karlsen, 2015).

Også i denne modellen viser det seg at alder har en statistisk signifikant påvirkning på tilfredshet med helsetjenesten. I kapittel 6.2 ble det beskrevet en kurvelineær sammenheng, oddsen for å være utilfreds med kvalitet stiger for hvert fylte år med 7 prosent frem til fylte 37 år, etter det synker oddsen med 0,1 prosent for hvert fylte år. Livssykluseffekten og kohorteffekten ble benyttet som forklaringsmodeller i forrige kapittel, og det vil også være naturlig å inkludere den her. Ved at det er en kurvelineær sammenheng får vi bekreftet at ettersom man blir eldre og behovet for helsetjenester øker, øker også tilfredsheten. Kohorteffekten vil være enda mer sentral å benytte på kvalitet i helsevesenet. I de eldste respondentenes levetid har helsevesenet utviklet seg enormt, både den medisinske teknologien, men også selve systemet, hva det omfatter og hvordan man kan oppsøke hjelp. Etterhvert som velferdsstaten har blitt bygget ut, og man har forsøkt å minimere de sosioøkonomiske forskjellene og også de sosioøkonomiske hindrene for å oppsøke behandling. Slik at det er nærliggende å tro at alderseffekten er en kombinasjon av utviklingen av helsevesenet, og det at eldre er mer takknemlige ovenfor behandler.

7.3 Tiltro til behandling

Når vi vet at dårlig helsestatus er et resultat av sosioøkonomisk status (Link & Phelan, 1995), kommer ikke sammenhengen mellom inntekt, utdanning, helsestatus og tilfredshet med tjenestene som noen overraskelse. De funnene som er gjort i denne oppgaven støtter funn gjort av Crow et al. (2002), sykere pasienter oppgir lavere tilfredshet med helsetjenestene, uavhengig av den relative kvaliteten på tilbudet man mottar. Slik at det er nødvendig å stille spørsmålet hvorvidt de funnene som er gjort her viser en misfornøydhet med situasjonen og ikke det faktiske tilbudet. Dette tar oss over til en diskusjon om hva kvalitet i helsetjenestene skal omfatte. Det er pasientene som mottar behandlingen, og da bør en del av kvaliteten måles ut i fra hvilke omstendigheter den største andelen av pasienter setter pris på. Dette er selvfølgelig kun mulig opp til et visst nivå, forutsatt at helsetilstanden er mulig å forbedre.

I de tre modellene som er presentert, kan jeg ikke bekrefte regionale ulikheter i fornøydhet med fastlege, helsevesenet eller tiltro til behandling. Vestlandet stikker seg ut som den landsdelen som i alle tre modellene har en oddsratio over 1, som indikerer en tendens til at vestlendinger har høyere odds for å være misfornøyd med tilbudet. Vestlandet er den landsdelen med lengst forventet levealder, lavest levealder finner man i Oslo og Finnmark (Sund & Jørgensen, 2009), slik at man skulle forvente at hadde høyest odds for utilfredshet med helsevesenet var Oslo og Finnmark. Sett i sammenheng med at dårligere helsestatus kan bekreftes i modellene kvalitet i helsevesenet og tiltro til behandlingen, er det overraskende at bosted ikke har en signifikant påvirkning med tilfredshet i helsevesenet. Oslo er en forholdsvis delt by, med store forskjeller mellom bydeler. Finnmark preges av lavere sosioøkonomisk status, færre leger per innbygger og dårlig tilgjengelighet med store avstander til sykehus (Ringard et al., 2013). Geografisk ulikhet følger sosioøkonomisk ulikhet i helse, i noen kommuner er det flere med høyere utdanning, mens det i andre er få. Slike kjennetegn har trolig en dobbel effekt: Et individs helse påvirkes ikke bare av egen utdanning og inntekt, men også av de utdannings og inntektsnivåer i kommunen. Delvis ved at dette nivået har konsekvenser for andre folks livsstil som man selv også påvirkes av (Folkehelseinstituttet, 2018)

Tilgjengelighet omfatter avstand til behandling og kostnader knyttet til transport ved behandlingen (Donabedian, 2003). På bakgrunn av dette ble det fremmet et mulig årsaksforhold mellom landsdeler og det å ha tiltro til behandling. Respondenter bosatt i Nord-Norge har 366 prosent høyere odds for ikke å ha tiltro til behandlingen. Funnene for landsdel

er som beskrevet tidligere ikke statistisk signifikant, men det er teoretisk grunnlag for å tro at det har en effekt. Vikum et al. (2012) fant at kommunestørrelse er positivt korrelert med å benytte seg av fastlege. Forfatterne forklarte dette ut i fra at lengre reisevei i distriktet betyr dårligere tilgjengelighet, og at distriktene i større grad sliter med høy gjennomstrømming av leger som fører til mindre stabile lege-pasient forhold. Et stabilt lege-pasient forhold er en viktig komponent ved kvalitet, det har mye å si for behandlingen, og pasientens tilfredshet ved behandlingen (Donabedian, 2003). Det er en god forklaringsmodell for å forklare hvorfor vestlendinger er mindre tilfreds med sin fastlege enn østlendinger. På den andre siden er det verdt å nevne hvilke fylker som inngår i Østlandet; Akershus, Buskerud, Hedmark, Oppland, Vestfold og Østfold. Der enkelte områder i de forskjellige fylkene kan defineres som rurale. Og vil dermed være like rurale som enkelte deler av Vestlandet, samtidig er det klart flest respondenter fra Akershus i utvalget som i større grad er et sentralt fylke sammenlignet med Oppland og Hedmark.

De som er utilfreds med kvaliteten i helsevesenet har 366 prosent høyere odds for å ikke ha tiltro til behandlingen. Dette er ikke svært overraskende, og et naturlig funn. Har man ikke tiltro til behandlingen, kan dette være et resultat av at man mener kvaliteten i helsevesenet til å være dårlig. Tidligere forskning viser at pasienter med høyere utdanning blir favorisert i det norske helsevesenet og mottar mer intensiv kreftbehandling de siste 12-24 månedene før de dør (Elstad, 2017). Kreft er en sykdom som rammer jevnt i befolkningen, og i større grad enn hjerte- og karsykdommer ikke påvirkes av risikoatferd som følger den sosioøkonomiske gradienten. Når modellen indikerer at høyere inntekt og utdanning har større tiltro til behandling kan dette indikere en prioritering hos behandler. Samtidig er det grunn til å tro at det også er ressursene beskrevet av Link og Phelan (1995) som gjør seg gjeldene her. Ved at man har pårørende som aktivt forsøker å påvirke behandlingsforløpet, og har muligheten i til å påvirke behandler og de avgjørelsene behandler tar. Sett i lys av at dårlig helse også i denne modellen viser seg å ha en statistisk signifikant påvirkning på helsestatus er det grunn til å tro at dette kan være tilfellet.

Fordi man i det norske helsevesenet i de aller fleste tilfeller må gjennom fastlegen for å komme til behandling i spesialisthelsetjenestene, er det interessant at de som er misfornøyd med fastlegen har en odds på 232 prosent for ikke å ha tiltro til behandlingen. Dette viser at misfornøydheten i primærhelsetjenesten følger pasientene inn i spesialisthelsetjenesten. Og styrker den antatte betydningen av en god pasient – behandler relasjon. For at pasientene skal

ha tiltro til den behandlingen man mottar er det viktig at man stoler på behandler. Det er ikke kun de ressurser man har, og muligheten til å navigere systemet som påvirkes av sosioøkonomisk status, pasient-behandler relasjonen påvirkes også av den sosioøkonomiske statusen. Denne relasjonen er en svært viktig del av kvaliteten i helsevesenet, fordi pasientens opplevelse av kvalitet blir formet i møtet med helsevesenet (Wilde et al., 1993).

Omsorgskvaliteten påvirkes av hvordan lege kommuniserer med pasienten, og lengre utdanning påvirker hvordan man kommuniserer med legen. Da vil både lege og pasient være på et likere nivå. Individuer med lavere sosioøkonomisk status er oftere mer stoiske i sin smertehåndtering, og kan nødvendigvis ikke gi uttrykk for sine behov på samme måte som høyere sosioøkonomisk status (Goddard og Smith, 2001). Det er svært viktig at man er klar over dette, og spesielt når funnene gjort i denne oppgaven peker mot at høyere sosioøkonomisk status er mer tilfreds med systemet, selv om de i utgangspunktet har mindre behov for de tjenester som tilbys.

På den andre siden er det en mulighet for at individer med høyere sosioøkonomisk status, nettopp i kraft av sin status, har bedre helse og dermed er mindre i kontakt med helsevesenet som fører til at de har større tiltro til systemet. Individuer med lavere sosioøkonomisk status har dårligere helse, er de også mer i kontakt med systemet og ikke har de samme ressursene til å navigere vil det oppleves som et mer komplisert system for å oppnå den hjelpen man har behov for. Sett i lys av at man i det norske helsevesenet har jobbet frem en sterkere pasientrolle, der også pårørende har en større rolle forsterkes effekten av sosioøkonomisk status. Pasienten som i utgangspunktet er syk, og som innehar fordelaktige ressurser for å minimere sykdomsrisikoen har i tillegg pårørende med de samme ressursene som kan kjempe «kampen» til pasienten mot systemet.

De funnene som har blitt gjort i denne oppgaven kan tyde på at de som er i mindre kontakt med helsevesenet er mer tilfreds, man vet i større grad hvordan systemet kan navigeres, og dermed blir også tjenestene mer tilgjengelige. Tilgjengelighet er en komponent av kvalitet i helsetjenestene, hvorvidt man har den informasjonen som er nødvendig for å kunne benytte seg av helsetjenestene på et hensiktsmessig vis (Goddard & Smith, 2001). I modellen med fornøydhet med fastlegen som avhengig variabel viser resultatene at de som har høyere utdanning har omlag 22 prosent lavere odds for å være misfornøyd med sin fastlege. I og med at denne variabelen måler bruk de siste 12 månedene og hvorvidt man er fornøyd med

tilbudet, styrker dette argumentet om varierende tilgjengelighet mellom ulike befolkningsgrupper.

7.4 Implikasjoner for kvaliteten

Donabedian (2003) henter ut informasjonen om omsorgskvalitet fra tre kategorier: struktur, prosess og resultat. Struktur er egenskapene ved situasjonen der pleie blir utført. Prosessen er pasientenes aktiviteter for å oppsøke pleie, samt behandlers aktiviteter for å diagnostisere og implementere behandling. Og til slutt resultatet som er effekten av behandling på helsestatus til individet og befolkningen sett under ett. I denne oppgaven har det blitt tatt størst utgangspunkt i strukturen rundt behandlingssituasjonen. Det er pasientenes subjektive opplevelse av hvordan de opplever helsevesenet som har blitt målt. Ønsker man det helhetlige helsevesenet der alle skal ha lik tilgang uavhengig av bosted og sosioøkonomisk status er det fremdeles noen utfordringer man må ta tak i. Når målet for helsevesenet er å minimere forskjeller, er det viktig å ta utgangspunkt i at alle får det samme tilbudet. At behandler og systemet må åpnes opp for at alle faktisk får lik tilgang.

På den andre siden er majoriteten i utvalget tilfreds med sin fastlege, kvaliteten i helsevesenet og de har tiltro til behandlingen. Dermed blir det naturlig å vende blikket mot rollen til pasienten. Reformer siden 1990-tallet har i stor grad lagt til rette for en økt pasientmedvirkning, som har gjort at pasienter anser seg selv som brukere av et system, heller som mottakere av et gode (Magnussen & Martinussen, 2009). Etterhvert som pasientrollen har utviklet seg har det blitt et økende press på fastlegene sin rolle som portvakter, legene er påkrevd å følge retningslinjer med hensyn til ressursallokering (Carlsen & Norheim, 2005). Når majoriteten av pasientene er tilfreds med de tjenestene de mottar, samtidig som de er blitt mer kravstore er det en mulighet for

Når det eksisterer sosioøkonomiske forskjeller i tilfredshet med kvalitet i helsevesenet og tiltro til behandlingen forringes likheten i helsevesenet. Likhet defineres av Donabedian (2003) som et fast prinsipp som avgjør hva som er rettferdig fordeling av helsetjenester i befolkningen. Hvorvidt den norske befolkningen oppfatter fordelingen av helsetjenestene for å være rettferdig kan ikke denne studien si noe om. Det jeg kan si noe om er hvorvidt tilfredsheten med behandlingen varierer mellom ulike befolkningsgrupper. Det at det

eksisterer en sosioøkonomisk ulikhet i tilfredshet med tilbudet kan bero på at man har en ulik tilgang til systemet, og dermed at man ikke får den hjelpen man har føler man har behov for.

Ettersom det er Grepperuds (2009) definisjon av omsorgskvalitet som har vært utgangspunktet for kvalitet, når man ikke det målet om kvalitet når det eksisterer sosioøkonomisk ulikhet i tilfredshet. Det har vist seg at det er de samme mekanismene som er i spill ved evaluering av fastlege, helsevesenet sett under ett og tiltro til behandling. Dermed er det de samme aspektene som verdsettes av pasientene, som de legger til grunn for sin vurdering av kvaliteten. Følgelig kan man diskutere hvorvidt det norske helsevesenet oppnår sin målsetning og lik kvalitet uavhengig av bosted og bakgrunn.

8.0 Konklusjon

Denne oppgaven har tatt utgangspunkt i manglende kunnskap rundt pasienttilfredshet i det norske helsevesenet. Jeg har undersøkt hvilke sosioøkonomiske determinanter som påvirker tilfredshet ved helsetjenester og hvilke ulikheter som eksisterer mellom tilfredshet med primær- og spesialisthelsetjenestene. Det er spesielt nødvendig med mer kunnskap om tilfredshet med primærhelsetjenestene.

Det har blitt utledet tre forskningsspørsmål. Og for å svare på disse tre har jeg gjennomført tre stegvise multiple regresjonsanalyser. Det viser seg odds for å være misfornøyd med fastlegen synker ved økende alder som gir støtte til livssykluseffekten og kohorteffekten. Politisk parti har også vist seg å ha en effekt på fornøydhet med fastlegen, de som stemte FrP ved stortingsvalget i 2013 har høyere odds for å være misfornøyd med fastlegen og de som stemte KrF hadde lavere odds for å være misfornøyd med fastlegen. Dette kan forklares ved at 2013 var valgår, og helse var en viktig sak for velgerne (Karlsen, 2015).

Den andre regresjonsanalysen som ble gjennomført viste at det var flere sosioøkonomiske determinanter som påvirket tilfredshet med kvalitet i helsevesenet enn fornøydhet med fastlegen. Sysselsetting, utdanning og helsestatus har en effekt på tilfredshet med kvaliteten i helsevesenet. De med høyere utdanning har lavere odds for å være utilfreds med kvaliteten i helsevesenet enn de uten høyere utdanning. Funnet er signifikant på 0,1-nivå når det i tillegg til sosioøkonomisk status kontrolleres for kjønn og alder, resultatet består ikke når det kontrolleres for risikoatferd, bosted og parti. Resultatet er i tråd med Crow et al. (2002) som beskriver at sammenhengen mellom utdanning og tilfredshet er inkonsekvent. Modellen viser en tendens til at de som er i inntektsgivende arbeid har høyere odds for å være utilfreds med kvaliteten i helsevesenet sammenlignet med de som ikke er i inntektsgivende arbeid, funnet består ikke når de resterende kontrollvariablene legges til. Helsestatus har en sterk effekt på tilfredsheten i helsevesenet, de med dårlig helse har høyere odds enn de med god helse for ikke å være misfornøyd med kvaliteten i helsevesenet. Alder har en kurvelineær effekt på tilfredshet med kvaliteten, frem til fylte 37 år stiger odds for å være utilfreds med kvaliteten i helsevesenet, etter fylte 37 år synker odds for å være utilfreds med kvaliteten i helsevesenet. Også i den andre regresjonsanalysen har partipreferanse en effekt på

tilfredsheten, Høyre- og FrP-velgere har høyere odds enn Arbeiderparti-velgere for å være tilfreds med kvaliteten i helsevesenet.

Hovedfunnene i den siste regresjonsanalysen er at sosioøkonomiske determinanter, kjønn, alder, utilfredshet, inntekt, sysselsetting, helsestatus, kjønn, alder, utilfredshet med kvaliteten og fastlege har en effekt på det å ikke ha tiltro til behandlingen. Oddsen for ikke å ha tiltro til behandling synker for hver enhets økning i inntekt, funnet består ikke når de resterende kontrollvariablene legges til, det samme gjelder for sysselsatt. I modell 1 har de som er i inntektsgivende arbeid høyere odds for ikke å ha tiltro til behandling sammenlignet med som ikke er i inntektsgivende arbeid. Helsestatus viser seg å ha en effekt også i denne modellen, dårligere helse øker oddsen for å ikke ha tiltro til behandling. De som er utilfredse med kvaliteten i helsevesenet og fastlege har høyere odds for ikke å ha tiltro til behandling. Dette tyder på at utilfredsheten følger pasientene videre inn i helsesystemet. Slik at det er viktig at pasientene blir møtt på en god måte i primærhelsetjenestene for å sikre tilfredshet videre i behandlingsforløpet.

På bakgrunn av de funn som er gjort i påvirker sosioøkonomisk status pasienttilfredshet. De sosioøkonomiske determinantene hadde sterkest effekt på tilfredsheten i spesialisthelsetjenestene og på vurdering av helsevesenet som en helhet. Jeg vil anbefale videre forskning å utforske nærmere hva som kjennetegner de som ikke er tilfreds med helsetjenestene. Samt at det utvikles nasjonale brukerundersøkelser i primærhelsevesenet for å få en bedre forståelse av hvordan fastlegeordningen kan forbedres fra et brukerperspektiv.

9.0 Litteraturliste

Aditi, N. (2009). Factors affecting patient satisfaction and healthcare quality. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 22(4), 366-381. doi: doi:10.1108/09526860910964834

Bertakis, K. D., Azari, R., Helms, L. J., Callahan, E. J., & Robbins, J. A. (2000). Gender differences in the utilization of health care services. *Journal of family practice*, 49(2), 147-147.

Blank, R. H., & Burau, V. (2014). *Comparative health policy* (4th ed. utg.). Basingstoke: Palgrave Macmillan.

Carlsen, B., & Norheim, O. F. (2005). "Saying no is no easy matter" a qualitative study of competing concerns in rationing decisions in general practice. *BMC Health Serv Res*, 5, 70. doi: 10.1186/1472-6963-5-70

Cohen, G. (1996). Age and health status in a patient satisfaction survey. *Social Science & Medicine*, 42(7), 1085-1093. doi: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00315-0](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00315-0)

Coulter, A., Le Maistre, N., & Henderson, L. (2005). Patients' experience of choosing where to undergo surgical treatment

Evaluation of London Patient Choice Scheme. Oxford: Picker Institute

Crow, H., Gage, H., Hampson, S., Hart, J., Kimber, A., Storey, L., & Thomas, H. (2002). Measurement of satisfaction with health care: Implications for practice from a systematic review of the literature. *Health technology assessment*.

Dahl, E. (2002). Health inequalities and health policy: The Norwegian case. *Norsk epidemiologi*, 12(1).

Dahl, E., Bergsli, H., & van der Wel, K. A. (2014). Sosial ulikhet i helse: En norsk kunnskapsoversikt. Høgskolen i Oslo og Akershus.

Dahl, E., van der Wel, K. A., & Harsløf, I. (2010). Arbeid, helse og sosial ulikhet. I H. i. Oslo (Red.). Oslo: Helsedirektoratet.

Den norske legeforening. (2015). Etiske regler for leger. Hentet 10/04, 2018, fra <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/>

Donabedian, A. (1997). The quality of care: how can it be assessed? *Archives of pathology & laboratory medicine*, 121(11), 1145.

Donabedian, A. (2003). *An introduction to quality assurance in health care*. New York: Oxford University Press.

Elstad, J. I. (2005). Sosioøkonomiske ulikheter i helse, teorier og forklaringer.

Elstad, J. I. (2008). Utdanning og helseulikheter. Problemstillinger og forskningsfunn: Helsedirektoratet.

Elstad, J. I. (2017). Educational inequalities in hospital care for mortally ill patients in Norway. *Scandinavian Journal of Public Health*, 46(1), 74-82. doi: 10.1177/1403494817705998

Emons, W. (1997). Credence goods and fraudulent experts. *The RAND Journal of Economics*, 107-119.

Fjær, E. L., Balaj, M., Stormes, P., Todd, A., McNamara, C. L., & Eikemo, T. A. (2017). Exploring the differences in general practitioner and health care specialist utilization according to education, occupation, income and social networks across Europe: findings from the European social survey (2014) special module on the social determinants of health. *European Journal of Public Health*, 27(suppl_1), 73-81. doi: 10.1093/eurpub/ckw255

Folkehelseinstituttet. (2018). Helsetilstanden i Norge 2018. [Public Health in Norway 2018] Rapport 2018. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Getz, L., Westin, S., & Paulsen, B. (1994). Behandler og sakkyndig - mellom barken og veden? Allmennpraktikerens arbeid med uførepensjonssaker i en instrammingstid. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 114(12), 1435-1441.

Godager, G., & Iversen, T. (2016). *Brukernes erfaringer med fastlegeordningen 2001-2015*. Universitetet i Oslo

Goddard, M., & Smith, P. (2001). Equity of access to health care services:: Theory and evidence from the UK. *Social Science & Medicine*, 53(9), 1149-1162. doi: [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00415-9](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00415-9)

- Gordo, L. R. (2006). Effects of short- and long-term unemployment on health satisfaction: evidence from German data. *Applied Economics*, 38(20), 2335-2350. doi: 10.1080/00036840500427692
- Grasdal, A. L. (2009). Inntektsulikhet og sosiale helseforskjeller - teorier og empiri. I K. Haug, O. Kaarbøe & T. E. Olsen (Red.), *Et helsevesen uten grenser?*. Oslo: Cappelen Damm
- Grepperud, S. (2009). Kvalitet i helsetjenesten--hva menes egentlig? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(11), 1112.
- Groves, R. M. (2006). Nonresponse Rates and Nonresponse Bias in Household Surveys. *Public Opinion Quarterly*, 70(5), 646-675. doi: 10.1093/poq/nfl033
- Helsedirektoratet. (2015). Nasjonale mål og prioriterte områder for 2015 (Vol. IS-1/2015). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsedirektoratet. (2016). Sosial ulikhet i helse. Hentet 07/03, 2018, fra <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/sosial-ulikhet-i-helse>
- Hernández-Quevedo, C., Jones, A. M., & Rice, N. (2008). Persistence in health limitations: a European comparative analysis. *Journal of Health Economics*, 27(6), 1472-1488.
- Iverson, G. D., Coleridge, S. T., Fulda, K. G., & Licciardone, J. C. (2005). What factors influence a family physician's decision to refer a patient to a specialist? *Rural Remote Health*, 5(3), 413.
- Karlsen, R. (2015). Politiske saker i valgkampen. I J. Bergh (Red.), *Valg og velgere: en studie av stortingsvalget 2013*. Oslo: Cappelen Damm akademisk
- Lafkiri, K. (2010). *Municipality level accessibility to specialized health care in Norway* Health Economics Research Programme at the University of Oslo Oslo.
- Landsforeningen for hjerte- og lungesyke. (2015). Helsebarometeret 2015 - Oppfatting av egen helse, helsetilbudet og prioritering i Norge Oslo: Landsforeningen for hjerte- og lungesyke.
- Link, B. G., & Phelan, J. (1995). Social conditions as fundamental causes of disease. *Journal of health and social behavior*, 80-94.
- Lunde, E. S., Otnes, B., & Ramm, J. (2017). Sosial ulikhet i bruk av helsetjenester *Rapporter 2017* (Vol. 16). Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Magnussen, J., & Martinussen, P. E. (2009). Health care reform: the Nordic experience. I J. Magnussen, K. Vrangbæk & R. Saltman (Red.), *Nordic Health Care Systems: Recent reforms and current policy changes*. Berkshire: McGraw-Hill Education

Magnussen, J., Vrangbæk, K., Saltman, R., & Martinussen, P. E. (2009). Introduction: the Nordic model of healthcare. I J. Magnussen, K. Vrangbæk & R. Saltman (Red.), *Nordic Health Care Systems: Recent Reforms And Current Policy Challenges* (s. 3-21). Berkshire, England Open University Press.

McClellan, M., & Kessler, D. (1999). A global analysis of technological change in health care: the case of heart attacks. *Health Affairs*, 18(3), 250-255.

Mehmetoglu, M., & Jakobsen, T. G. (2017). *Applied Statistics Using Stata. A Guide for the Social Sciences*. London: Sage.

Midtbø, T. (2012). *Stata - en entusiastisk innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.

NOU 2015:11. (2015). *Med åpne kort - Forebygging og oppfølging av alvorlige hendelser i helse- og omsorgstjenestene*. Oslo.

Phelan, J. C., & Link, B. G. (2013). Fundamental cause theory. I W. C. Cockerham (Red.), *Medical sociology on the move* (s. 105-125): Springer.

Ren, X. S., Kazis, L., Lee, A., Rogers, W., & Pendergrass, S. (2001). Health Status and Satisfaction With Health Care: A Longitudinal Study Among Patients Served by the Veterans Health Administration. *American Journal of Medical Quality*, 16(5), 166-173. doi: 10.1177/106286060101600504

Ringard, Å., Sagan, A., Saunes, I. S., & Lindahl, A. K. (2014). Norway: Health system review. Health Systems in Transition. *Health systems in transition*.

Ringard, Å., Sagan, A., Sperre, S. I., & Lindahl, A. K. (2013). Norway: Health system review. I A. Sagan (Red.), (Vol. 8, s. 1-162).

Ringdal, K. (2014). *Enhet og Mangfold* (3 utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

Singer, E. (2006). Introduction Nonresponse Bias in Household Surveys. *Public Opinion Quarterly*, 70(5), 637-645. doi: 10.1093/poq/nfl034

Skog, O.-J. (2015). *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming* (2 utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Skudal, K. E., Sjetne, I. S., Bjertnæs, Ø. A., Lindahl, A. K., & Nylenna, M. (2016). Commonwealth Funds undersøkelse av helsetjenestesystemet i 11 land: norske resultater i 2016 og over tid. Oslo: Folkehelseinstituttet.

Sosial- og helsedirektoratet. (2005). Gradientutfordringen - Sosial- og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. Oslo.

SSB. (2009). Sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester. En analyse av data fra Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelse om helse, omsorg og sosial kontakt. I A. Jensen (Red.). Oslo: Statistisk sentralbyrå.

Sund, E. R., & Jørgensen, S. H. (2009). Folkehelsens geografiske fordeling. I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. r. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt*. Oslo: Gyldendal

Tjønndal, A. (2018). *Statistisk analyse i Stata*. Oslo: Cappelen Damm.

Veggeland, N. (2018). Fastlegeordningen og reformer. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(01), 59-68.

Vehviläinen, A. T., Kumpusalo, E. A., Voutilainen, S. O., & Takala, J. K. (1996). Does the doctors' professional experience reduce referral rates? Evidence from the Finnish referral study. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 14(1), 13-20. doi: 10.3109/02813439608997063

Vikum, E., Krokstad, S., & Westin, S. (2012). Socioeconomic inequalities in health care utilisation in Norway: the population-based HUNT3 survey. *International journal for equity in health*, 11(1), 48.

Wilde, B., Starrin, B., Larsson, G., & Larsson, M. (1993). Quality of care from a patient perspective. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 7(2), 113-120.

Wold, B., & Samdal, O. (2009). Levevaner: individuelle valg eller sosiokulturelle produkter? . I J. G. Mæland, J. I. Elstad, Ø. Næss & S. r. Westin (Red.), *Sosial epidemiologi. Sosiale årsaker til sykdom og helsesvikt* Oslo Gyldendal.

Xesfingi, S., & Vozikis, A. (2016). Patient satisfaction with the healthcare system: Assessing the impact of socio-economic and healthcare provision factors. *BMC health services research*, 16(1), 94.

Xiao, H., & Barber, J. P. (2008). The Effect of Perceived Health Status on Patient Satisfaction. *Value in Health*, 11(4), 719-725. doi: doi:10.1111/j.1524-4733.2007.00294.x

Vedlegg A

Tabell 9

Variabel	VIF
Inntekt	39,63
Høyere utdanning	2,52
Sysselsetting	4,89
Dårlig helse	1,47
Mann	2,06
Alder	21,34
Røyking	1,22
Overvektig	2,51
Landsdel (ref. Østlandet)	
Oslo	1,34
Sørlandet	1,15
Vestlandet	1,64
Trøndelag	1,25
Nord-Norge	1,25
Politisk Parti (ref. Arbeiderpartiet)	
Høyre	1,98
Fremskrittspartiet	1,48
Kristelig Folkeparti	1,22
Senterpartiet	1,13
Venstre	1,22
Sosialistisk Venstreparti	1,17
Gjennomsnittlig VIF	4,76

Tabell 10

Variabel	VIF
Inntekt	116,4
Høyere utdanning	2,58
Syssetting	5,97
Dårlig helse	1,47
Mann	2,12
Alder	640,03
Alder ²	249
Røyking	1,23
Overvektig	2,47
Landsdel (ref. Østlandet	
Oslo	1,33
Sørlandet	1,14
Vestlandet	1,69
Trøndelag	1,26
Nord-Norge	1,26
Politisk Parti (ref.	
Arbeiderpartiet)	
Høyre	2,02
Fremskrittspartiet	1,49
Kristelig Folkeparti	1,21
Senterpartiet	1,14
Venstre	1,21
Sosialistisk Venstreparti	1,18
Gjennomsnittlig VIF	51,81

Tabell 11

Variabel	VIF
Inntekt	34,86
Høyereutdanning	2,44
Syssetting	4,21
Dårlig helse	1,86
mann	2,16
alder	20,47
Røyking	1,23
Overvektig	2,74
Landsdel (ref. Østlandet)	
Oslo	1,29
Sørlandet	1,18
Vestlandet	1,59
Trøndelag	1,28
Nord-Norge	1,33
Misfornøyd fastlege	1,31
Dårlig kvalitet	1,43
Gjennomsnittlig VIF	5,29

Vedlegg B

Tabell 12: Korrelasjonsanalyse

	Inntekt	Alder
Inntekt	1,0000	
Alder	0,00627	1,0000

Vedlegg C

Figur 3: Hosmer-Lemeshow misfornøyd fastlege.

Logistic model for misfornøyd fastlege, goodness-of-fit test

(Table collapsed on quantiles of estimated probabilities)

Group	Prob	Obs_1	Exp_1	Obs_0	Exp_0	Total
1	0.0833	6	7.7	129	127.3	135
2	0.1062	10	12.8	124	121.2	134
3	0.1202	16	15.3	119	119.7	135
4	0.1322	25	16.9	109	117.1	134
5	0.1441	16	18.7	119	116.3	135
6	0.1586	16	20.2	118	113.8	134
7	0.1729	23	22.4	112	112.6	135
8	0.1929	28	24.3	106	109.7	134
9	0.2270	28	28.2	107	106.8	135
10	0.3700	34	35.4	100	98.6	134

number of observations = 1345
 number of groups = 10
 Hosmer-Lemeshow chi2(8) = 7.84
 Prob > chi2 = 0.4495

Figur 4: Hosmer-Lemeshow dårlig kvalitet i helsevesenet.

Logistic model for dårligkvalitet, goodness-of-fit test

(Table collapsed on quantiles of estimated probabilities)

Group	Prob	Obs_1	Exp_1	Obs_0	Exp_0	Total
1	0.0412	3	4.5	161	159.5	164
2	0.0622	9	8.5	154	154.5	163
3	0.0774	8	11.5	156	152.5	164
4	0.0942	16	14.0	147	149.0	163
5	0.1101	22	16.8	142	147.2	164
6	0.1400	18	20.0	145	143.0	163
7	0.1677	30	25.4	134	138.6	164
8	0.2044	28	30.1	135	132.9	163
9	0.2622	33	37.4	131	126.6	164
10	0.5669	63	61.9	100	101.1	163

number of observations = 1635
 number of groups = 10
 Hosmer-Lemeshow chi2(8) = 5.88
 Prob > chi2 = 0.6607

Figur 5: Hosmer-Lemeshow ikke tiltro til behandling.

Logistic model for ikketiltro, goodness-of-fit test

(Table collapsed on quantiles of estimated probabilities)

Group	Prob	Obs_1	Exp_1	Obs_0	Exp_0	Total
1	0.0897	7	5.2	63	64.8	70
2	0.1119	8	7.1	62	62.9	70
3	0.1335	8	8.3	60	59.7	68
4	0.1634	13	10.3	57	59.7	70
5	0.2013	12	12.4	57	56.6	69
6	0.2415	12	15.4	57	53.6	69
7	0.3047	17	19.0	53	51.0	70
8	0.3683	18	23.2	51	45.8	69
9	0.4685	33	28.8	36	40.2	69
10	0.7404	40	38.5	29	30.5	69

number of observations = 693
number of groups = 10
Hosmer-Lemeshow chi2(8) = 5.96
Prob > chi2 = 0.6523

Vedlegg D

Tabell 13

	1	2
	Misfornøyd fastlege	Misfornøyd fastlege
Inntekt	0,896 [0,494-1,625]	0,882 [0,661-1,177]
Høyere utdanning	0,91 [0,481-1,721]	0,924 [0,660-1,294]
Sysselsetting	0,82 [0,409-1,644]	0,999 [0,667-1,494]
Dårlighelse	0,951 [0,494-1,832]	0,922 [0,304-2,794]
Mann	0,753 [0,412-1,376]	1,039 [0,751-1,437]
Alder	1,002 [0,978-1,026]	0,985* [0,973-0,998]
Røyking	0,987 [0,471-2,066]	0,894 [0,585-1,366]
Overvektig	1,053 [0,573-1,937]	1,141 [0,823-1,582]
Landsdel (ref. Østlandet)		
Oslo	1,71 [0,664-4,402]	0,934 [0,518-1,683]
Sørlandet	1,109 [0,332-3,704]	1,038 [0,456-2,366]
Vestlandet	1,192 [0,561-2,535]	1,278 [0,823-1,985]
Trøndelag	0,687 [0,234-2,017]	0,528 [0,240-1,159]
Nord-Norge	1,202 [0,503-2,870]	1,12 [0,612-2,052]
Parti (ref. Arbeiderpartiet)		
Høyre	1,065 [0,516-2,201]	1,361 [0,929-1,992]
Fremskrittspartiet	1,458 [0,665-3,198]	1,778* [1,113-2,839]
Kristelig Folkeparti	0,48 [0,102-2,255]	0,328* [0,115-0,941]
Senterpartiet	0,853 [0,177-4,125]	0,749 [0,305-1,836]
Venstre	0,259 [0,0325-2,066]	0,694 [0,315-1,529]
Sosialistisk Venstreparti	0,957 [0,252-3,630]	1,105 [0,529-2,309]
Ikke tiltro	3,218*** [1,723-6,010]	
Dårlig helse x Østlandet		0,893 [0,255-3,128]
Dårlig helse x Oslo		2,025 [0,482-8,515]
Dårlig helse x Sørlandet		0,328 [0,0287-3,761]
Dårlig helse x Vestlandet		1,166 [0,313-4,338]
Dårlig helse x Trøndelag		2,464 [0,513-11,83]
Konstant	0,234	0,719
Log-Likelihood	-171,7	-548,29
N	490	1343

Vedlegg E

Tabell 14

	Dårlig kvalitet
Inntekt	0,937 [0,515-1,704]
Høyere utdanning	0,939 [0,499-1,765]
Sysselsatt	0,901 [0,452-1,799]
Dårlig helse	2,610** [1,375-4,954]
Mann	0,694 [0,382-1,261]
Alder	0,983 [0,961-1,005]
Røyking	0,916 [0,428-1,959]
Overvektig	0,895 [0,493-1,625]
Landsdel (ref. Østlandet)	
Oslo	1,245 [0,472-3,281]
Sørlandet	0,559 [0,134-2,333]
Vestlandet	1,568 [0,771-3,191]
Trøndelag	0,865 [0,316-2,365]
Nord-Norge	1,383 [0,563-3,393]
Parti (ref. Arbeiderpartiet)	
Høyre	3,459** [1,560-7,672]
Fremskrittspartiet	3,447** [1,418-8,377]
Kristelig Folkeparti	0,748 [0,137-4,086]
Senterpartiet	3,105 [0,835-11,55]
Venstre	1,519 [0,366-6,307]
Sosialistisk Venstreparti	4,671* [1,425-15,31]
Ikke tiltro	0,259*** [0,146-0,461]
Konstant	58,79
Log-likelihood	-171,7
N	513

Vedlegg F

Tabell 15

	Ikke tiltro
Inntekt	0,906 [0,529-1,551]
Høyere utdanning	0,558* [0,316-0,986]
Sysselsatt	1,119 [0,595-2,105]
Dårlig helse	3,341*** [1,898-5,882]
Mann	1,810* [1,053-3,111]
Alder	0,979* [0,958-0,999]
Røyking	1,526 [0,795-2,932]
Overvektig	1,002 [0,576-1,742]
Landsdel (ref. Østlandet)	
Oslo	0,664 [0,254-1,735]
Sørlandet	1,063 [0,383-2,953]
Vestlandet	1,273 [0,648-2,502]
Trøndelag	1,031 [0,435-2,448]
Nord-Norge	1,371 [0,622-3,023]
Misfornøyd fastlege	2,564** [1,324-4,965]
Dårlig kvalitet	3,256*** [1,793-5,915]
Parti (ref. Arbeiderpartiet)	
Høyre	1,269 [0,646-2,495]
Fremskrittspartiet	1,303 [0,629-2,700]
Kristelig Folkeparti	1,087 [0,336-3,512]
Senterpartiet	0,995 [0,285-3,479]
Venstre	0,826 [0,216-3,159]
Sosialistisk Venstreparti	1,069 [0,295-3,876]
Konstant	0,435
Log-Likelihood	-202,4
N	485

