

## Masteroppgåve

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

Kristoffer Vestnes

### **Nøgde i nordvest - skeptiske i søraust**

Ein kvantitativ fleirnivåanalyse av tilfredsheit  
med helsetenestene i Europa

Masteroppgåve i sosiologi

Trondheim, våren 2013

*Den som er tilfreds, er rik.*

Laozi, kinesisk filosof, 500-talet f.kr.



Martin Luther King jr., amerikansk borgarrettsforkjempar, 1929-66



## ***Føreord***

Å velje tema for ei masteroppgåve kan vere ei langdryg og noko utmattande affære. Då eg etter lang tids stussing landa på tilfredsheit med helsetenestene i Europa, var det med god støtte frå Umberto Eco (1985):

*Formålet med en hovedoppgave er først og fremst å lære å koordinere ideer uavhengig av hvilket emne man har valgt.*

Eco meiner av den grunn at temaet for oppgåva er relativt underordna dette aspektet. Å få oversikt over eit relativt snevert, men samtidig informasjonsrikt forskingsfelt, og kanskje gje eit aldri so lite bidrag, er noko anna enn å skrive ei oppgåve med meir eller mindre vidløftige teoretiske utgreiingar. Eg har gjort det siste før, og fann ut at eg ville det fyrste denne gongen.

Eg vil rette ei stor takk til min rettleiar Kristen Ringdal for fleksibiliteten han har utvist, og dei konstruktive tilbakemeldingane eg har fått undervegs dette semesteret. Mor, far og Marius fortener honnør for korrekturlesing, og eg vil takke Mari for fire år med godt lag og gode råd. Og, Ane-Kristine, eg treng vel ikkje skrive meir enn: YOLO!

Til alle mine gode vener frå tida i UKEkoret Pirum er dette ei fullgod oppsummering: Takk for den kontinuerlege påminninga om at studietida er meir enn berre vekttal og karakterar.

Kristoffer Vestnes

Trondheim, 03.juni 2013



## *Samandrag*

Tilfredsheit med helsetenestene kan gje ein indikasjon på kvaliteten til helsesystemet. Analysen i denne oppgåva viser at 27 prosent av variansen i datamaterialet frå European Social Survey for denne utfallsvariabelen er å finne mellom land. Ulik strukturell og institusjonell oppbygging forklarar ein stor del av denne variansen. Analysen tyder vidare på at velstandsnivået og utforminga av velferdsinstitusjonane heng nøye saman, ved at høgt brutto nasjonalprodukt og godt utbygde helsetenester samvarierer, og resulterer i høg grad av tilfredsheit. Det går eit skilje gjennom Europa med tanke på tilfredsheit, ved at landa som sorterer under tre nordlege velferdsregime er signifikant meir nøgde enn under tre regime i aust og sør. Ein del av mishaget i det austlege regimet kan forklarast med låg forventa levealder, og dei bakomliggande faktorane som påverkar denne.

Sosioøkonomiske og subjektive variablar som utdanning, inntekt, sjølvrapportert helsetilstand og generell livskvalitet forklarar ein del av variasjonen i tilfredsheit på individnivået, og ein monaleg del på landnivået, via komposisjonelle effekter. Demografiske variablar som kjønn, alder, etnisitet og opphavsland gjev eit mindre substansielt bidrag.

I tråd med Bleich et al. (2009) si forskning er eksterne faktorar sentrale når ein skal forklare variasjonen i tilfredsheit med helsetenestene. Vi kan likevel ikkje konkludere med at eksterne faktorar er viktigare enn dei interne. Til det er for få interne variablar inkluderte i analysen, særskilt på mikronivå.



## *Innholdsliste*

<b>Føreord</b>	<b>3</b>
<b>Samandrag</b>	<b>5</b>
<b>Innholdsliste</b>	<b>7</b>
<b>Liste over tabellar</b>	<b>9</b>
<b>Liste over figurar</b>	<b>9</b>
<b>1 Innleiing</b>	<b>11</b>
1.1 Problemstillingar	11
1.2 Relevans	13
<b>2 Teori</b>	<b>15</b>
2.1 Sosiale institusjonar	15
2.2 Helsetenestene	15
2.3 Tilfredsheit	16
2.4 Omgrepsmodellar for tilfredsheit med helsetenestene	17
2.5 Dissonans?	20
2.6 Det statistiske gapet og sosiometri	20
2.7 Velferdsregime	22
2.8 Interne eller eksterne faktorar	26
<b>3 Tidlegare forskning</b>	<b>29</b>
3.1 Skilnader mellom land	29
3.2 Skilnader innan land	31
3.3 Det utelatne og det statistisk insignifikante	34
3.4 Syntese av teori og tidlegare forskning	36
<b>4 Data og metode</b>	<b>39</b>
4.1 European Social Survey (ESS)	39
4.2 Økologiske effekter	39
4.3 Validitet	40
4.4 Reliabilitet	40
4.5 Problem med OLS	41
4.6 Fleirnivåanalyse	41
4.7 Variabeldokumentasjon	42
<b>5 Resultat</b>	<b>49</b>
5.1 Deskriptiv statistikk	49
5.2 Nullmodellen	50
5.3 Nivå-1-modellen	51
5.4 Nivå-2-modellen	54



<b>6</b>	<b>Diskusjon</b>	<b>59</b>
6.1	Makro – intern versus ekstern	59
6.2	Mikro - ekstern	61
<b>7</b>	<b>Konklusjon</b>	<b>67</b>
	<b>Litteraturliste</b>	<b>69</b>

## ***Liste over tabellar***

Tabell 1: Faktorar som truleg påverkar tilfredsheit med helsetenestene .....	37
Tabell 2: Kategorisering av europeiske land etter utforming av velferdssystemet .....	47
Tabell 3: Deskriptiv statistikk, etter velferdsregime .....	49
Tabell 4: Estimerte parametrar i nullmodellen .....	50
Tabell 5: Regresjonsestimat for tre modellar på individnivå .....	52
Tabell 6: Regresjonsestimat for fire nivå-2-modellar.....	55
Tabell 7: Estimat for restvarians og forklart varians for ulike landnivåmodellar .....	56
Tabell 8: Predikerte marginar for tilfredsheit med helsetenestene .....	57

## ***Liste over figurar***

Figur 1: Holistisk modell for tilfredsheit med helsetenestene.....	19
Figur 2: Predikerte verdiar for alder, alt anna likt.....	53
Figur 3: Predikerte marginar for gjennomsnittlege verdiar i kvar alderskategori.....	53



# 1 Innleiing

Laozi sitt sitat om tilfredsheit kan tolkast på minst tre måtar. For det eine kan budskapet vere at det går an å vere rik på andre ting i livet enn pengar. Det viktige er å setje pris på og vere nøgd med det ein har. Ei alternativ tolking kan vere at dei tilfredse langt på veg er samanfallande med dei rike, i økonomisk forstand. Med andre ord at rikdom gjer deg tilfreds. Ei atter anna tolking er at tilfredse menneske er i betre stand til å opparbeide seg økonomisk rikdom enn dei utilfredse.

Sidan den fyrste tolkinga langt på veg berre er ei normativ vurdering av ein sinnstilstand, og den siste fell på utsida av tematikken i denne oppgåva, konsentrerer vi oss derfor om tolking nummer to. Er det slik at ressurssterke land har best føresetnader for å kunne bygge opp robuste velferdsstatar, noko som i neste ledd gjev nøgde innbyggjarar? Dette spørsmålet, og kva faktorar som kan moderere eit slikt syn er hovudtema for denne oppgåva. Den statistiske analysen er basert på data frå European Social Survey (ESS).

## 1.1 Problemstillingar

Tilbodet av velferdstenester varierer i omfang og kvalitet mellom landa i Europa, etter faktorar som til dømes finansieringsmåte, dekningsgrad, ansvarsfordeling, personelltettleik og grad av universalitet. Dei siste tiåra er det gjort ein heil del forskning innretta mot å avdekke mønster i oppbygging av helsesystem. Meir konkret har ein vore oppteken av å finne forklaringar på kvifor velferdsstats-Europa er samla i klynger, sokalla velferdsregime (t.d. Esping-Andersen 1990; Rice 2013). Ein rask gjennomgang av utviklinga i den akademiske debatten kring dette fenomenet vert utbrodert nedanfor, med mål om å danne eit historisk bakteppe for drøftinga av hovudtemaet i denne oppgåva; tilfredsheit med helsetenestene i Europa.

Nokon objektiv mal på kva oppbyggingsform for velferdssystemet som er den beste, finst truleg ikkje. I kva grad befolkninga i eit land generelt sett er nøgd med eit system kan like fullt tene som ei rettesnor for vurderinga av kvaliteten på systemet. I so måte er det interessant å analysere korleis ulike grupper innan land og mellom land stiller seg til kvaliteten på helsetenestene. Ein måte å undersøkje dette på er å analysere variansen i eit utval som har vurdert slike spørsmål. Datamaterialet i denne oppgåva er henta frå European Social Survey, ei stor komparativ spørjeundersøking med over 50 000 respondentar frå 26 europeiske land.

Drøftinga i denne oppgåva føregår i hovudsak i relasjon til to omgrepsspar. Det fyrste omhandlar skiljet mellom *interne tilbodsside-*, og *eksterne etterspurnads-*faktorar. Under dei interne

faktorane sorterer vi dei kvalitative og kvantitative aspekta ved sjølve tenesteproduksjonen i helsesystemet. Meir konkret, til dømes legedekning, ventetider, relasjonelle forhold mellom behandlar og pasient, og tilgjengeleg behandlingsutstyr. Lista er langt frå utfyllande. På den eksterne sida finn vi alle dei andre faktorane som spelar inn, i sær dei momenta som påverkar kor stor etterspurnaden er etter helsetenester: Økonomisk utvikling og situasjon, helsetilstand, forventa levealder, utdanningsnivå, med fleire.

Både dei interne og dei eksterne faktorane kan analyserast i lys av det andre omgrepsparet; *mikro* og *makro*. Desse omgrepa er ikkje alltid like enkle å skilje åt analytisk, sidan dei i stor mon påverkar kvarandre. I denne oppgåva er skiljet spesifisert som høvesvis individ- og landnivået i ein kvantitativ fleirnivåanalyse. Ein kjem ikkje vekk frå at makrofenomen *innan* land vil påverke effekten individspesifikke variablar har på tilfredsheit med helsetenestene. Når makro-nivået her er definert som variasjonen *mellom* land, legg vi fokuset automatisk på *ulikskapen* i makrostrukturelle forhold. Med andre ord, eit komparativt perspektiv. For at dette skal vere fruktbart er det naudsynt å klargjere at ei tilstrekkeleg mengde varians i datamaterialet er å finne *mellom* landa. Dette utgjer den andre problemstillinga i denne oppgåva.

Hovudtemaet for oppgåva er dermed å undersøkje kva forhold på landnivå som kan forklare skilnaden i tilfredsheit mellom landa som er med i European Social Survey. Etter at Gøsta Esping-Andersen (1990) lanserte sin teori/typologi om velferdsregime, har debatten rasa i det samfunnsvitskaplege miljøet om ei slik inndeling har noko føre seg. Gjev det å bringe inn ein slik typologi substansielt betre innsikt i problematikken, eller er det meir eigna til forvirring? Er det heller so enkelt som at landa med best økonomi også har dei beste helsesystema, som igjen fører til høg grad av tilfredsheit i folkesetnaden? Er finansieringsmåten for systemet viktig? Speler det noka rolle kor mange legar eit land har? Er folk i land med høg forventa levealder meir nøgde med helsetenestene enn andre?

For å gje eit meir komplett bilete av kor nøgde det europeiske folket er med helsesystemet i landet sitt, må vi ta høgde for komposisjonelle effekter. Til dømes varierer både helsetilstand og hushalda sin økonomiske situasjon monaleg mellom landa. Viss desse variablane gjev eit signifikant bidrag til å forklare skilnadane i tilfredsheit mellom innbygarane i Europa, vil effekten truleg slå ulikt ut på landnivået, avhengig av befolkningsamansetjing. Å finne effekten av demografiske, sosioøkonomiske og subjektive meiningsvariablar på individnivået, og dei komposisjonelle effektene av desse på landnivået er det siste siktemålet til denne oppgåva.

## **1.2 Relevans**

### *Fagleg relevans*

Alle samfunn er bygde opp av sosiale institusjonar, som kan definerast som måten eit samfunn er organisert og strukturert for å kunne ivareta naudsynte oppgåver eit samfunn må løyse (Østerberg 1997). Sosiologien har sidan faget si byrjing vore interessert i koplinga mellom individet og samfunnet. I eit institusjonelt perspektiv er vi interesserte i å kunne vurdere vekselverknadane mellom samfunnsmedlemmane og institusjonane. På eit generelt plan er det rimeleg å tru at folkemeininga om utforminga av institusjonane vil avgjere i kva grad denne synest føremålstenleg, eller treng endring. Motsett vil måten institusjonane er bygde opp på ha ein vesentleg innverknad på oppfatningane til innbyggjarane. Over tid er eit samfunn sannsynlegvis avhengig av at misforholdet mellom desse to ikkje er for stort, sidan det vil kunne bygge opp eit monaleg potensial for sosiale spenningar og konflikter. Det vil truleg vere overmodig å meine at det finst ei endeleg oppskrift på korleis ein institusjon bør byggast opp for at kunne fungere optimalt. Hovudgrunnen er at ein institusjon er svært kontekstbunden. Ein universell mal vil derfor måtte tilpassast lokalt for å kunne fungere.

### *Politisk og samfunnsmessig relevans*

Helsevesenet er eit viktig politisk tema av fleire grunnar. For det eine er helse noko langt dei fleste av oss er opptekne av. Om ein ikkje sjølv er sjuk, er det stort sannsyn for at ein kjem til å verte det, eller har slektningar/venner som bruker helsetenester. For det andre er ressursane som vert kanalisert inn i helsevesenet i mange land so store at det påkrev merksemd. Om vi tek Noreg som døme finn vi ein tredje viktig grunn: Det siste tiåret har bode på omfattande omstruktureringar av helsestellet, med den statlege overtakinga i 2001 og samhandlingsreforma i 2012 som dei viktigaste døma. Alle desse momenta peikar i retning av at i kva grad folk er nøgde med helsesystemet er eit særst interessant spørsmål. Dette både med tanke på at reformiver kan gå på tilfredsheita laus, men også som indikator på om folk føler at dei får att tilstrekkeleg gode helsetenester for skattepengane dei betaler inn.

Forsking på tilfredsheit med helsetenestene er viktig av fleire grunnar. For det eine kan det utgjere delar av faktagrunnlaget til bruk i evalueringar av helsesystemet sin verkemåte. Slike evalueringar kan i neste steg brukast i reformarbeid som siktar på å betre helsesystemet. For det andre er individuell helse eit mangefassettert og komplekst fenomen, der både fysiske og psykiske faktorar avgjer om ein person si helse er god eller ikkje. Slik sett kan gode møte og tilfredsheit med helsevesenet spele positivt inn på helsa; både direkte som fylgje av den fysiske

behandlinga ein får, samt via psykosomatiske mekanismer.

Eit kan stille spørsmål ved kor mykje politikarane skal ta omsyn til opinion og forskingsresultat i utforminga av politikk. Dersom ein analyse viser at innbyggjarar i land med stor ressursbruk på helsetenester er misnøgde med helsevesenet, bør styresmaktene ta omsyn til dette i avgjerdsaugemed? Ei elitistisk tilnærming kan vere å neglisjere slike resultat, og oversjå ein eventuell trong for endring. I motsett retning vil ei populistisk tilnærming kunne bruke slik forskning aktivt for å skape endring. Og kanskje viktigare, korleis skal styresmaktene møte forskingsresultat som tyder på at folk sine faktiske møte med helsevesenet ikkje er avgjerande for kor nøgde dei er med systemet generelt? Med andre ord at forhold utanom det reint produksjonsmessige avgjer tilfredsheita.

## **2 Teori**

### **2.1 Sosiale institusjonar**

Helsesystemet utgjer ein av det moderne samfunnet sine viktigaste sosiale institusjonar. Til skilnad frå den daglegdagse forståinga av institusjonsomgrepet – som til dømes sjukehus, barneheimar, diverse typar behandlingstilstøytande institusjonar osv. – har termen ei anna tyding i sosiologien. Martinussen (2001: 57) definerer ein sosial institusjon som "et integrert sett sanksjonerte normer omkring en sentral oppgave eller overordnet verdi i samfunnet". Ein slik pregnant definisjon treng konkretisering. Verdien likskap kan til dømes vere knytt til norma om at inntektsskilnadane i eit land ikkje skal vere for store. Ei mogleg sanksjonering av denne norma kan vere eit progressivt skattesystem der dei med høgast inntekt betaler relativt meir skatt enn dei med lågare inntekter. Martinussen opererer med eit sett på åtte sosiale institusjonar, i to hovudgrupper: basisinstitusjonar og spesialiserte institusjonar. Til den fyrste gruppa høyrer familien, religionen, økonomien og politikken. I den siste finn vi rettsvesenet, kunnskapsvesenet, velferdsstaten og massemedia (ibid: 61-69).

### **2.2 Helsetenestene**

Helsesystemet utgjer ein fundamental del av velferdsstatsinstitusjonen og er i mange land ei av staten sine største og viktigaste oppgåver. Vi kan atter ta Noreg som døme: Av eit statsbudsjett på om lag 1648 milliardar kroner vert spesialisthelsetenestene (herunder sjukehus og tilstøytande organisasjonar) tilgodesett med heile 112 milliardar i Noreg i budsjettet for 2013 (Finansdepartementet 2012). Når vi veit at primærhelsetenestene kjem i tillegg – organisert og betalt av kommunene – vert ikkje tala mindre slåande. Ein pengebruk av slike dimensjonar illustrerer klart at helsearbeid er rekna som ei av dei mest sentrale oppgåvene i det norske samfunnet. Å oppretthalde og forbetre arbeidsstyrken sin helsetilstand utgjer ein stor del av det normative fundamentet for eit velfungerande helsesystem. God helse vert sett på som ein føresetnad for høg produktivitet.

Vi kan definere helsetenestene i eit vidt omgrep som all aktivitet med formål om å forbetre helsa til folk (Macionis & Plummer 2005: 554). Denne definisjonen inkluderer alt frå healingverksemd, via folkehelsearbeid til kompliserte operasjonar ved sjukehus. Verknaden alternative behandlingsformer kan ha for helsa kan ikkje neglisjerast. Likevel fell dette utanfor tematikken i oppgåva, av ulike årsaker. For det eine er den fyrste assosiasjonen dei fleste har med tanke på helsesystem eller helsetenester truleg knytt til medisinen, eller meir presist skulemedisinen. I



praksis utgjer dette behandlinga ein får av legar, sjukepleiarar og andre tilsette ved offentlege verksemder som sjukehus, legekontor og liknande. For det andre er det denne delen av helsetenestene offentlege styresmakter har sterkest innverknad på utforminga av. Sidan vi i dette tilfellet er interesserte i å vite korleis det institusjonelle rameverket påverkar tilfredsheit mellom land, tek vi dette som utgangspunkt i analysen.

På generelt plan baserer denne oppgåva seg på ein tilsvarande påstand som den Wendt et al. (2010) forfektar: "... public support for the healthcare systems is framed by the institutional design of these systems". Som ei konkretisering av kva som går inn under eit slikt institusjonelt design viser dei til tre emne dei fokuserer på. For det eine, den monetære innsatsfaktoren; meir konkret kor mykje pengar eit land bruker på helsesystemet, og i kva grad det er offentleg eller privat finansiering av helsetenestene. For det andre, den reelle innsatsfaktoren, målt etter kor mange som er tilsette i helsesektoren. For det tredje, viser dei til det institusjonelle oppsettet, som dei konkretiserer som tilgangsbegrensingar til allmenn- og spesialisthelsetenester.

### **2.3 Tilfredsheit**

Omgrepet tilfredsheit (eng. satisfaction) kan framstå som noko vagt. Nokon presis og klar definisjon er vanskeleg å oppdrive i forskingslitteraturen. I fylgje ordboka er den latinske tydinga av ordet satis; tilstrekkeleg (eng. enough). Med andre ord at noko er godt nok etter ein viss standard, og dette er eit viktig poeng. Crow et al. (2002: 1) påpeikar i so måte at tilfredsheit på mange vis er eit relativt omgrep. Meir konkret vil vurderinga av helsesystemet i eit land vere avhengig av kor høge forventingar folk har. Med låge forventingar skal det mindre til for at folk er nøgde enn om forventingane er høge. I vår samanheng tyder dette at vi må vere varsame med å tolke nivåa av tilfredsheit som klare mål på kor gode helsetenestene i eit land er. Ikkje at dette på noko vis er mindre interessant enn ei objektiv vurdering av kva land som har det beste helsesystemet. For i demokratiske land som dei europeiske er jo den enkle – og noko idealiserte – tankegangen at folket bestemmer korleis samfunnet skal byggast opp og vere; til dømes korleis helsevesenet skal sjå ut. Å undersøkje i kva grad folket er nøgd med tilstanden er derfor eit viktig moment å ta med seg inn i eventuelt reformarbeid, til dømes.

#### *Tilfredsheit og tillit*

I fylgje Harste (1997: 327) er tillit retta mot framtidige forhold. Vidare kan vi definere det som ei generalisert haldning overfor eit fenomen. I vår samanheng handlar tillit til helsesystemet om i kva grad ein kjenner seg fortruleg med at systemet fungerer godt. Effektiv og fornuftig drift, samt forventinga om å verte teken på alvor er viktige element i so måte. Det er rimeleg å anta

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

## ***2.4 Omgrepsmodellar for tilfredsheit med helsetenestene***

Analyser av tilfredsheit med helsetenestene varierer frå reine statistiske analyser av diverse kovarierande faktorar, til forsøk på utbygging av meir teoritunge og substansielle forklaringar på årsakssamanhengane mellom slike faktorar og utfallsvariabelen (Crow et al. 2002: 6). I fylgje den same rapporten finst det inga komplett og definitivt konseptualisering av kva som skapar slik tilfredsheit. I det fylgjande skal ulike føreslåtte tilnæringsmåtar gjerast greie for.

### *Forventingar*

Dette er truleg det enklaste perspektivet som er nytta i forskinga. Enkelt sagt forfektar ein synet om at tilfredsheit er eit resultat av samsvaret mellom forventingane til tenestene og den faktiske opplevinga av tenestene som vert tilbodne (Cottle 1990, i Crow et al. 2002). Forventingar er eit mangefassettert fenomen, og i denne samanheng inkluderer det personlege behov og ynskjer, tidlegare erfaring og sosiale normer (Michalos 1985, i Crow et al. 2002). Er opplevingane positive, resulterer dei i tilfredsheit, og omvendt. Det ligg vidare ein viss logikk i at dersom gapet mellom forventingane og opplevinga er stort, vil det kunne gjere ein svært nøgd eller svært misnøgd.

Meir spesifikke utgreiingar av kva faktorar som påverkar forventingane er gjennomførte i til dels sprikande retning. For vårt vedkomande er det to overordna poeng som må nemnast. For det eine er det ei relativt komplisert øving å skulle måle presist kva forventingar folk har til helsetenestene, sidan det er ei heller upresis og noko diffus haldning. For det andre er det grunn til å tru at ein situasjon med stigande forventingar vil føre til nedgang i tilfredsheitsnivået. I so måte kan det vere høveleg å vise til den sokalla «stigande forventingar si misnøye». Om dette er eit særnorsk fenomen er uvisst. Like fullt vert det hevda at grunna rikdomen som pregar landet stig forventingane for raskt til at det offentlege er i stand til å halde tritt med dei. Dette kan skape misnøye – med urett – i fylgje til dømes Noreg sin finansminister (Dagens Næringsliv 2010).

### *Eigenskapar ved helsesystemet*

Sidan forventingar ikkje er so liketil for folk å formulere – og for forskarane å måle – har fleire heller teke utgangspunkt i folk sine vurderingar av eit knippe eigenskapar ved helsesystemet

(Weiss 1988, i Crow et al. 2002). Desse inkluderer trekk ved tilbydaren, aspekt ved pasient-praktiserer-relasjonen og det strukturelle oppsettet til helsetenestene. Høgt kunnskapsnivå, evne til omtanke, sensitivitet, og omsorg vil påvirke tilfredsheita. Kommunikasjon og informasjons-utveksling mellom pasient og lege – herunder maktforholdet mellom dei to – vil også spele ei rolle (Speedling & Rose 1985, i Crow et al. 2002). Eit distansert og autoritært forhold vil truleg ha ein negativ effekt. I den siste kategorien finn vi strukturelle forhold som tilgang til tenestene, betalingsform, valfridom og rettferdsaspekt. Også eigenskapar ved det fysiske miljøet som reinleik, mattilbod, moglegheit for privatliv, og utsjånaden til personellet kan verke inn.

Om vi samanfattar dei to fyrste tilnæringsmåtene vil forventingane den einskilde har til helsetenestene samverke med tenestetilbodet og legge føringar for kor nøgde folk er, fyrst og fremst med tanke på korleis desse faktorane vert opplevde. Sidan både forventingane og opplevingane vil variere etter kva personlege eigenskapar folk har, er det viktig å få kjennskap til ulikskapar med tanke på kor grupper skil seg etter kor nøgde dei er. Derfor er det viktig å inkludere sosiodemografiske variablar i analysen som kan gje eit meir differensiert bilete enn til dømes å berre oppgje gjennomsnittleg tilfredsheit for einskildland.

#### *Økonomiske tilnærmingar*

Ei mogleg tilnærming til tilfredsheit er å ta utgangspunkt i økonomisk teori om nyttemaksimering. Denne tilnæringsmåten har visse likskapar med forventingstanken, men er naturleg nok meir innretta etter ein økonomisk tankegang. Ein føreset at den einskilde kjøper/skaffar seg gode – i vårt tilfelle helsetenester – alt etter kva preferansar ein har, og kva tenester som er tilgjengelege. Enkelt sagt vil tilfredsheita då vere eit resultat av om utbyttet frå kjøpet er betre eller dårlegare enn det ein hadde tenkt på førehand. Tre viktige moment er i so måte avgjerande. For det eine, kor vanskeleg tilgjengeleg informasjonen om dei ulike tenestetilboda er. For det andre, utbyttet konsultasjonen og behandlinga ein får der og då. For det tredje, tiltrua til at behandlinga på lenger sikt er føremålstenleg og tillitvekkande (Dobson et al. 1989, i Crow et al. 2002).

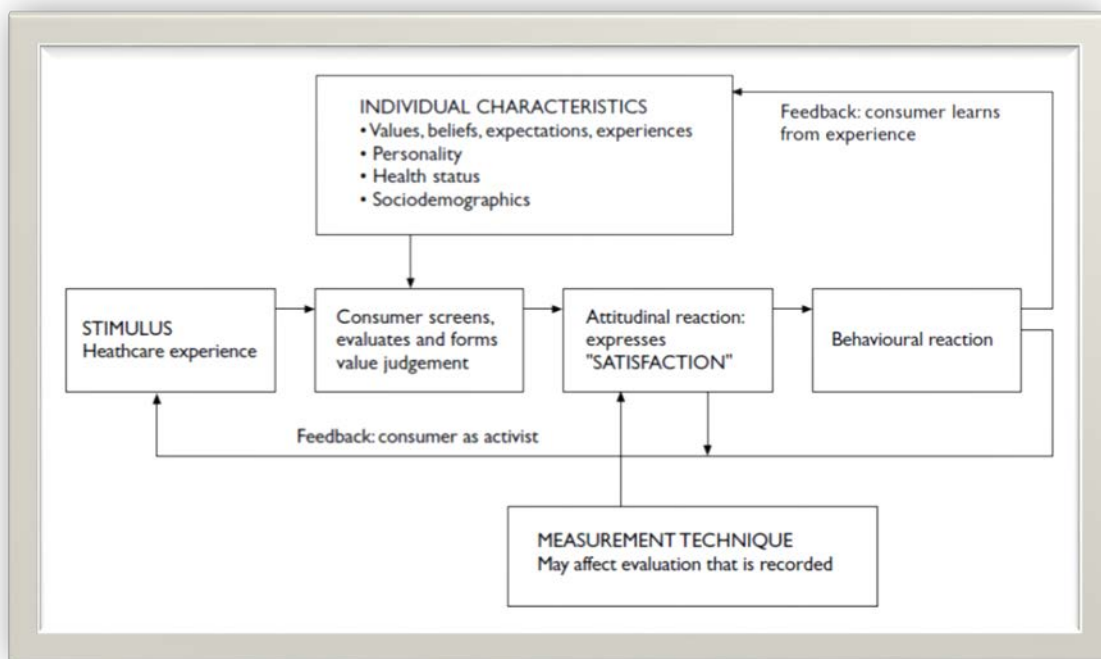
Samla sett har vi her med eit rasjonell aktør-perspektiv å gjere. Ut frå kva preferansar og ressursar den einskilde har til disposisjon vil han/ho prøve å gjere det beste valet mellom dei tilgjengelege tenestene. To faktorar må kommenterast i det høvet. For det eine vil utforminga og tilgjengelegheita til informasjon kunne variere ganske sterkt både innan og mellom land. Dette vil truleg spele ei rolle med tanke på kor nøgde folk vert. For det andre er det i varierende grad offentlege instansar eller tenestemenn som avgjer kva tenester den einskilde får tilgang til. Intuitivt kan det utgjere eit hinder for at folk får den behandlinga dei er interesserte i, og dermed

dempe kor nøgde dei vert. Implisitt i ein slik tankegang ligg det at i land med større grad av valfridom vil folk vere meir nøgde enn i land med mindre.

Eit viktig moment å ta med seg er om økonomien spelar ei rolle i relativ eller absolutt forstand. Om tilfredsheita berre er avhengig av om ein får den behandlinga ein har råd til; med andre ord at inntektsnivået ikkje spelar noka rolle so lenge ein får det ein har råd til og er nøgd med det vil alle potensielt kunne verte nøgde uavhengig av inntektsnivå. Meir sannsynleg er det at dei med best råd vil vere substansielt meir nøgde, sidan det er mogleg for dei å skaffe fleire og betre tenester, uavhengig av det offentlege tilbodet.

### *Holistisk perspektiv*

Det er gjort forsøk på å integrere alle faktorane som påverkar tilfredsheit, noko figuren under er eit visuelt uttrykk for.



*Figur 1: Holistisk modell for tilfredsheit med helsetenestene*

*(Strasser & Davis 1999; Strasser et al. 1993)*

Som vi ser av figuren er det mange mekanismer som spelar inn på tilfredsheit. Øvst finn vi ein person sine individuelle trekk, herunder verdiar og forventingar, personlege eigenskapar, helsestatus og sosiodemografiske forhold, som inntekt, kjønn, alder osv. Alle desse trekka spelar inn når individet skal gjere seg opp ei meining om tilstanden til helsetenestene. I kva grad ein er nøgd med helsetenestene eller ikkje, vil kunne skape ein impetus for endring. For

det eine vil til dømes forventningane til kva helsesystemet kan levere endre seg som fylgjer av kor nøgd ein er. For det andre vil til dømes det å vere svært misnøgd gjere ein motivert til å aktivt arbeide for å endre på systemet; med atterhald om at misnøyen ikkje slår ut i apati.

Som vi ser av figuren over er det eit viktig moment som manglar. *Stimulus* heilt til venstre vert rekna som utelukkande avhengig av tilbakeverknaden frå konsumenten som aktivist. Eit hovudpoeng i denne analysen er at det institusjonelle oppsettet – pengebruk, legedekning, tilgjengelegheit og so bortover – vil ha ein signifikant innverknad på korleis folk oppfattar helsesystemet. For å gjere biletet komplett burde desse faktorane ha vore med i figuren. Vidare ser vi nedst i figuren at måten tilfredsheit vert målt på kan påverke resultatet. Slike moment, som til dømes validitet og reliabilitet er vurderte nedanfor i metodekapitlet.

## **2.5 *Dissonans?***

Blendon et al. (2002) rapporterer ei viss grad av dissonans mellom folk sine personlege erfaringar med helsesystemet og den heilskaplege vurderinga av kor godt systemet fungerer i sum. Med data frå fem vestlege land (USA, Canada, Australia, New Zealand og Storbritannia) viser dei til at medan innbyggjarane jamt over er misnøgde med måten helsesystemet er organisert på, rapporterer dei i større grad å vere nøgde med den behandlinga dei faktisk har fått når dei har hatt behov for helsetenester. Dette illustrerer eit interessant poeng som har både fagleg og politisk relevans: Ein person si meining om helsesektoren er av kompleks natur, og å analysere dette byr på problem både for forskarar og politikarar i evalueringar av systemet. For politikarane sin del vil slike skilnader i oppfatningar gjere det mindre klart kva ein må gjere for å kunne betre tenestene. Eit tankeeksperiment kan illustrere: I eit tenkt tilfelle er alle innbyggjarane i eit land jamt over nøgde med helsetenestene dei vert tilbodne, men mange trur likevel at andre personar ikkje får den hjelpa dei treng. I ein slik situasjon vil ein kunne rope ut med krav om omfattande endringar, på same tid som alle faktisk får den hjelpa dei treng.

## **2.6 *Det statistiske gapet og sosiometri***

I klassikaren *The Sociological Imagination* (1959) kritiserer C. Wright Mills samfunnsvitenskapen generelt – og sosiologien spesielt – for ikkje i tilstrekkeleg å grad kople saman dei viktigaste aspekta ved samfunnsformasjonen i sine analyser. For å få ei fullverdig innsikt i sosiale forhold meiner Mills sosiologen må ta omsyn til tre overordna faktorar. For det eine at alle samfunn er *historisk situerte*. Med andre ord er historiske forklaringar for korleis eit samfunn er bygd opp og har utvikla seg heilt sentralt for å forstå notida. For det andre må

samfunn forståast *biografisk*. Meir konkret må ein skaffe seg ei forståing av kva slags folk som utgjer eit samfunn. Til dømes: Kva verdiar, normer og synspunkt har folk på tilveret og samfunnet? Og, er desse haldningane ulikt fordelt etter demografiske og sosioøkonomiske variablar? For det tredje treng vi grunnleggande innsikt i eit samfunn sin *sosiale struktur*. Med det meiner han alle dei formelle og uformelle mellommenneskelege relasjonane som i sum bygger opp eit samfunn. På makroplan er vi avhengige av å kjenne til oppbygginga og verkemåten til dei sosiale institusjonane. Verkeleg god sosiologi oppstår fyrst når forskaren greier å samanfatte koplingane mellom desse tre elementa.

I so måte kan vi stille spørsmål om statistiske analyser av spørjeskjemadata er ein høveleg framgangsmåte for å kunne oppnå dette – om dei er aldri so avanserte. Mills kritiserer mange kvantitativt orienterte forskarar for sokalla „abstracted empiricism“. Etter hans skjøn grev mange seg ned i alt for avanserte statistiske analyser av data, som sett på spissen vert oppfatta som eit mål i seg sjølv og det einaste vitskapleg dugande. Ein fleirnivåanalyse av typen som vert presentert i denne oppgåva kan fort hamne i denne fella og framstå som irrelevant i den store samanhengen. Kva so om ei mengde demografiske variablar er statistisk signifikante og forklarar ein viss del av variansen i datamaterialet? Eit godt alternativt omgrep for abstracted empiricism er „sosiometri“ (Eco 1985: 71), med klar referanse til økonometrien.

Avsnittsoverskrifta viser til det tilsynelatande uoverkomelege gapet mellom forventingane til kva sosial statistikk bør bidra med og kva den faktisk kan levere. Garonna og Triacca (1999: 51) set det heile på spissen i drøftinga si av statistikken si rolle i samfunnsvitskapen, ved å vise til ei utstrekt oppfatning:

*„Statistics cannot be used as a reliable and timely basis for desicion making by individuals, organizations, governments, and for understanding these decisions“.*

Om ein slik påstand skulle vise seg å stemme kan ein argumentere for at resultata av analyser av typen som er portrettert under er fånyttas og på sitt beste eigna som fyll i ei bibliotekhylle. Garonna og Triacca avviser ikkje at slik statistikk – med klare band til abstrahert empirisme i Mills sin forstand – er relativt utbreidd. Likevel er deira oppfatning at den ikkje er fånyttas, viss analysene vert sett i samheng med relevante forklaringar og tolkingar basert på sosial teori. Med andre ord har kvantitative metoder ei todelt utfordring. For det eine å utvikle valide og reliable mål på sosiale fenomen. For det andre å setje desse i samheng med meir omgripande teoretiske rammeverk som inkluderer alle dei tre faktorane Mills viser til.

## 2.7 Velferdsregime

Gösta Esping-Andersen (1990) har med si klassiske bok *Three worlds of welfare capitalism* fått mykje ros for arbeidet med å typologisere velferdsregime. Hovudtankegangen er at velferdsinstitusjonane i industrialiserte land er bygde opp med varierende vekt på tre prinsipp. For det eine; graden av dekommodifisering. Med dette meiner han i kva grad velferda til den einskilde er avhengig av marknaden, i vårt tilfelle om helsetenester må kjøpast av eiga lomme eller er eit felles offentleg gode (Eikemo et al. 2008: 2282). For det andre; om velferdsstaten har som siktemål å utjamne sosiale skilnader, altso eit fokus på sosial stratifikasjon. For det tredje; om det er familien, staten eller marknaden som har hovudansvaret for velferda til innbyggjarane. Seinare vart defamilisering lansert som eit fjerde prinsipp (Esping-Andersen 1999). I dette ligg i kva grad individet er i stand til å kunne forsørge seg sjølv, anten gjennom betalt arbeid eller offentleg forsørging av ulikt slag.

På grunnlag av desse prinsippa lanserte Esping-Andersen ein tre-, seinare firedelt typologi. Det *skandinaviske* velferdsregimet er karakterisert av universelle og generøse velferdsordningar, eit uttalt mål om full sysselsetjing og ein intervenerande stat som vil sørge for utjamning. Velferdsgoda i det *bismarckianske* regimet tek i større grad utgangspunkt i arbeidslivsrelasjonar og opptente rettar derifrå. Staten er mindre oppteken av utjamning, og familien si rolle er viktig. Det *anglosaksiske* regimet baserer seg på behovsprøvningsprinsippet, låge stønadssatsar, og er lite oppteken av utjamning sidan det i hovudsak er innretta mot å garantere eit minimum av velferd. Det *sørlege* velferdsregimet er skildra som eit fragmentert system når det gjeld inntektsopphald. Helsetenestene er i liten grad meint å skulle dekke alle innbyggjarane, samt at den friviljuge sektoren og familien er svært viktig for den einskilde si velferd.

### *Kritikk*

Deborah Rice (2013: 94) hevdar det er oppstått ein akademisk konsensus dei dryge to tiåra etter at Esping-Andersen lanserte sin typologi. For det eine – trass i problem med å bruke velferdsregimetankegangen i empiriske analyser – synest den å vere eit akseptert og mykje brukt verktøy i velferdsforskinga. For det andre er det semje om at det finst minst tre – og truleg fleire – typar velferdsregime (Abrahamson 1999; Arts & Gelissen 2002; Ferragina & Seelieb-Kaiser 2011). For det tredje er opphavet til framveksten av dei ulike regimetypane å finne i dei religiøse omveltingane i samband med reformasjonen, og stats- og nasjonsbygginga i etterkant av denne (Grimm 1986; Kahl 2005; Kaufmann 1986; Manow 2002; Van Kersbergen 1995). For det fjerde – og kanskje viktigast – varierer velferdsregima ikkje berre etter ulikskapsstruktur og

sosial stratifikasjon, men også korleis dei søker å endre/ta vare på denne, og den normative grunngevinga for politikken (Aspalter 2006).

Hovudinnvendingane mot Esping-Andersen sitt arbeid med velferdsregime har vore både analytisk, metodisk og empirisk fundert (Arts & Gelissen 2010). Metodekritikken går på mangelfulle operasjoniseringar, metoder og variablar for konstruksjonen av ein regime-typologi. Den viktigaste kritikken er truleg det dårlege samsvaret mellom det analytiske og empiriske nivået. Variasjonen mellom landa som er plasserte i velferdsregima er ganske stor, både med tanke på institusjonell oppbygging, politikktutforming og konsekvensar av politikken. Som om ikkje det er nok viser variasjonen i mange land seg å vere stor også internt; mellom regionar og på lokalt nivå. Velferdsregimetylogien til Esping-Andersen har derfor vorte skulda for å vere ei overforenkling av eit komplisert empirisk fenomen, som treng modifisering og utbygging.

Esping-Andersen sin typologi er også kritisert for å vere eurosentrisk (Rice 2013: 104). Sidan regima i stor grad er historisk og geografisk situerte, kan det vere vanskeleg å plassere land frå andre kontinent inn i typologien, utan at ad hoc-preget vert alt for påfallande.

Rice (2013) føreslår derfor at ein bør gå vekk frå å bruke empiriske indikatorar som fundament for ein velferdsregimetylogi. I staden vil ho ta utgangspunkt i den historiske utviklinga av velferdssystema i Europa, og lage fire idealtypar i Weberiansk forstand basert på tre dimensjonar, som heng tett saman: Velferdskultur, velferdsinstitusjonar og dei sosio-strukturelle effektene av regima. Ho hevdar at vi dermed vil unngå „boks“-problemet, der land berre vert plasserte i det regimet det tilsynelatande høyrer mest heime i. Vidare vil slike idealtypar vere langt meir fleksible med tanke på å kunne bruke dei i analyser av velferdssystem på regionalt og lokalt nivå.

### *Velferdskultur*

Med Mills si oppmoding om å ta høgde for at alle samfunn er historisk situerte i minne, er det fleire grunntrekk ved den europeiske samfunnsutviklinga som kan vere med og forklare dagens differensierte velferdsregime. I fylgje Rice (2013) er ulike velferdskulturar eit av desse grunntrekka. Katolske land er prega av ein konservativ velferdskultur, mykje på grunn av forfektinga av det sokalla subsidiaritetsprinsippet og at mennesket vert oppfatta som eit familiemedlem heller enn eit einskildindivid. Subsidiaritet vil seie at ansvaret for velferd skal ligge på eit so lågt nivå som mogleg. Velferdspolitikken i desse landa er utforma slik at den (mannlege) forsørgaren skal gjerast i stand til å forsørge familien, noko som i liten grad



medfører utjamning mellom statusgrupper og kjønn (Lewis 1992; O'Connor 1993).

I den liberale protestantiske velferdskulturen vert samfunnet sett på som ei samling med autonome individ, der staten sitt ansvar skal vere å halde ro og orden, samt å legge til rette for at individet kan gjennomføre sine livsprosjekt etter eigne ynskje (Elias 1991; Mayer 2001; Siaroff 1994; Gelissen 2001: 85; Van Kersbergen 1995; Van Kersbergen & Kremer 2008).

Vidare skil Rice (2013) mellom solidariske og residuale velferdskulturar. Den historiske bakgrunnen til desse kulturane er ulike former for samvokster mellom kyrkje og stat i tidleg nytid, med reformasjonen som startpunkt. I tida før reformasjonen vart mykje av velferdsarbeidet i dei nordiske landa utført av geistlege på lokalt initiativ (Lin 2005). Når kongemakta etter kvart fekk kontroll over kyrkja, gjekk dette velferdssystemet inn som ein del av einskapsstaten og la grunnlaget for ein solidarisk velferdskultur. Hovudkarakteristika ved denne velferdskulturen er at ein gjennom utjamning av livssjansar og delvis omfordeling av velferdsgode søker eit rimeleg harmonisk forhold mellom samfunnsklassene (Esping-Andersen 1990: 61). Framveksten av sosialismen og kristendemokratiet på 1800-talet er det andre historiske bakteppet til denne velferdskulturen (Stjernø 2008).

Den residuale velferdskulturen er kjenneteikna av liten grad av statleg innblanding i sosiale forhold, sidan slikt vert oppfatta som eit ansvar for det sivile samfunn – enten det er snakk om private organisasjonar, lokalmiljøet, familien eller individet sjølv (Rice 2013). Staten si oppgåve er å oversjå at den sosiale og moralske orden held seg oppe; med andre ord å ivareta nattvektarstatsfunksjonar.

### *Velferdsinstitusjonar*

Rice (2013) si oppriving av kjenneteikn ved velferdsinstitusjonane som korresponderer med dei ulike velferdskulturane, har klare likskapstrekk med Esping-Andersen sin typologi. Det liberale regimet har langt fleire universelle ordningar enn det konservative, som i stor grad tilskriv velferdsgode til klasse og status opparbeidd gjennom arbeidsmarknaden (Esping-Andersen 1990: 27). Hovudmålet for det liberale regimet er å unngå fattigdom, medan målsetjinga for det konservative er å sikre inntektsgrunnlaget for dei arbeidande familiane (Bonoli 1997: 357). Når det gjeld organisering av sjølve velferdstenestene skil dei liberale og konservative regima seg frå kvarandre ved at fyrstnemnde held fast på eit streng skilje mellom offentlege og private tilbydarar, medan sistnemnde i langt mindre grad opererer med eit skilje mellom staten og det sivile samfunnet (Ringeling 2002).

Det viktigaste skiljet mellom solidariske og residuale velferdsstatar er at fyrstnemnde er sterkt

institusjonalisert og omfattande, medan sistnemnde er langt mindre utvikla (Goodin 1988). Dei ulike normative utgangspunkta med tanke på trongen for sosial og økonomisk utjamning gjer at det solidariske regimet tek i bruk langt sterkare omfordelingsverkemiddel enn det residuele. I det sistnemnde godtek ein berre omfordeling om det er naudsynt for å oppretthalde den sosiale orden. Eit siste viktig skilje mellom desse to regimetypane er at det offentlege tilbyr klart fleire tenester i det solidariske regimet enn i det residuele, der ein i stor grad må ta til takke med det ein får kjøpt i marknaden.

### *Sosiostrukturelle effekter*

*Sosial og økonomisk* ulikskap heng naturleg nok nøye saman, sidan det fyrste ofte fylgjer av det siste. På same tid gjev høg sosial status visse føremon i jakta på økonomisk rikdom. Likevel er det analytisk fruktbart å skilje desse to omgrepa frå kvarandre, sidan det heilt klart er mogleg å ha høg sosial og låg økonomisk status på same tid, og til dels også omvendt. Sidan det liberale velferdsregimet har eit universelt preg, ber det i seg ein kime til sosial utjamning gjennom universelle sivile rettar. Det konservative regimet er i større grad oppteken av å ta vare på den sosiale lagdelinga etter status, sidan velferdsrettar i stor grad er knytt til forsørgarrolla, og dermed delvis neglisjerer kvinner og immigrantar (Rice 2013: 103)

Distinksjonen mellom det solidariske og residuele systemet utspeler seg meir langs den økonomiske dimensjonen på dette punktet (Korpi 1983). Den økonomiske omfordelinga er langt sterkare i det solidariske regimet, sidan ein her oppfattar dei tilgjengelege økonomiske ressursane som avgjerande for livssjansane til innbyggjarane. Økonomisk ulikskap vert oppfatta som naturleg og til ei viss grad ønskeleg i det residuele systemet. Derfor er ikkje velferds-systemet innretta mot økonomisk utjamning utover eit absolutt minimum.

### *Det austeuropeiske problemet*

Hovudessensen eg trekk ut av Rice sin teori om idealtypiske velferdsregime er at historiske utviklingstrekk av sosial, økonomisk og politisk art har forma velferdsstatar som kan plasserast innanfor dimensjonane ho viser til. Dei anglosaksiske, bismarckianske, sosialdemokratiske og sørlege velferdsregima ligg etter måten fast. Når det gjeld Aust-Europa er det langt mindre klart kvar skiljelinjene går, og om dei eventuelt kan innpassast i dei „gamle“ regimetypane.

Etter oppløysinga av Sovjetunionen og utvidingane av EU dei siste åra kan mange aust-europeiske land igjen reknast som ein definitiv del av Europa. Utviklinga i desse land har gått i ulikt tempo, og den sosiale og økonomiske situasjonen varierer mykje mellom landa. Generelt kan vi seie at utviklinga har vore best i dei landa som tidlegare høyrde inn under den vest-

europeske sfæren, og dårlegare i det som tradisjonelt er rekna som aust-europeske land.

Ei mogleg løysing er å gjere som Eikemo et al. (2008) og slå saman alle desse landa til eitt austleg regime. Grunngevinga for det kan vere at dei fleste austeuropeske landa gjev dårleg tilgang på helsetenester, i tillegg til at den generelle helsetilstanden er dårleg. Dei sosiale skilja er store, og mange har dårleg økonomi.

Ei anna – og betre løysing – er å ta utgangspunkt i resultata av Fenger (2007) sin hierarkiske klyngeanalyse, som deler dei austeuropeske landa som er med i ESS inn i to grupper, med monaleg ulike karakteristika. Den fyrste gruppa inkluderer dei austlege sentraleuropeske landa. Desse har historisk sett hatt mykje samkvem med, og vorte påverka av Tyskland og Austerrike gjennom til dømes det Tysk-romerske riket og Austerrike-Ungarn, før dei vart innlemma i interessesfæra til Sovjetunionen etter andre verdskrig. Aspalter, Kim og Park (2009) hevdar at desse landa no langt på veg kan inkluderast i det bismarckianske/konservative velferdsregimet. Velferdsgoda er knytt til prestasjonar på arbeidsmarknaden, systemet har klare korporatistiske trekk og ein har bygd ut relativt omfattande program for familievelferd og garanterte minsteinntekter. Slik sett kunne Tjekkia, Polen, Ungarn, Slovenia og Kroatia vore inkluderte i det bismarckianske regimet saman med Tyskland m.fl. Det er klart at desse landa skil seg frå dei austeuropeske landa som var ein del av Sovjetunionen inntil 1991, og ikkje høyrer heime i ein samlesekk saman med desse. Når eg skil ut dei sentralaustlege landa som ein eigen kategori, er det for å undersøkje om innbyggjarane i desse landa – som har opplevd ei monaleg utbygging av velferdssystemet dei to siste tiåra – skil seg frå dei andre regima i tilfredsheit eller ikkje.

## ***2.8 Interne eller eksterne faktorar***

Når ein skal analysere kva faktorar som påverkar i kva grad folk er nøgde med helsesystemet, kan ein skilje mellom interne og eksterne faktorar. Innleiingsvis vart desse to omgrepa jamført med tilbod og etterspurnad. Når eg frå no av nyttar berre intern og ekstern som nemningar er det av fleire grunnar. For det eine finn eg koplinga til økonomisk teori om tilbod og etterspurnad noko avgrensande, sidan det overser dei kvalitative aspekta ved helsetenestene, som til dømes behandlar-pasient-relasjonen. For det andre er omgrepsparet intern-ekstern nytta i delar av litteraturen om temaet, og det synest derfor naturleg å halde fram å bruke det.

Under paraplyen interne faktorar reknar ein variablar som helsesystemet sjølv har kontroll over. Med eit godt nynorsk omgrep kan vi kalle dette helsesystemet sin „output“: kor lenge pasientane må vente for å få kome til konsultasjon/behandling, kor god denne behandlinga dei får er, samt graden av valfridom med tanke på behandling og liknande. Idéelt sett skulle vi gjerne hatt mål

på alle desse punkta, noko vi diverre ikkje har. Faktorar som det ikkje har late seg oppdrive føreliggande materiale på er ekskluderte frå analysen, utan at det tyder at dei er uinteressante.

Dei eksterne faktorane er banalt sagt alt det andre som har innverknad. Denne gruppa kan delast i to. For det eine: demografiske variablar som kjønn, utdanning, inntekt og alder. For det andre: kontekstuelle variablar som viser til samfunnsforhold i det aktuelle landet. Brutto nasjonalprodukt og forventa levealder kan vere døme på slike.

Bleich, Özaltin, & Murray (2009) konkluderer med at dei eksterne faktorane forklarar langt betre skilnadane i folk si tilfredsheit enn variablar basert på folk sine eigenerfaringar med systemet. Med bakgrunn i ein analyse av datamateriale frå World Health Survey i 2003, viser dei at berre 17,5% av den observerte variasjonen vert forklart av dei interne erfaringsvariablane. Med andre ord står store delar av variasjonen att utan forklaring. Artikkelforfattarane konkluderer med at ein på dåverande tidspunkt (2009) forstod lite om kva forhold som er avgjerande for folk si tilfredsheit med helsesystemet. Meir forskning er med andre ord naudsynt, og dei tilrår at fokuset vert sett på eksterne forhold utanfor helsevesenet. I tillegg til dette er det generelt sett ganske vanskeleg å skaffe gode og dekkande mål for dei interne variablane for alle landa. Dette fører til at dei eksterne variablane får klart mest fokus i denne oppgåva.



### ***3 Tidlegare forskning***

Det er gjort ein heil del forskning på kva faktorar som påverkar kor nøgde folk er med helsetenestene. Crow et al. (2002) har i so måte gjort ein systematisk gjennomgang av litteraturen. Det fylgjande oversynet tek rapporten deira som utgangspunkt, og vert supplert av resultat frå artiklar som er publiserte etter 2002 for å gje ei tilstrekkeleg god oversikt over kvar forskinga står i dag.

#### ***3.1 Skilnader mellom land***

##### ***Eksterne forhold***

###### ***Brutto nasjonalprodukt***

Den medisinske forskinga får stendig betre kjennskap til faktorane som utløyser helseproblem, og ikkje minst korleis desse kan behandlast. Ein god del av desse sjukdomane kunne truleg ha vore hindra om folk levde mindre usunne liv. Dette fell so klart utanfor temaet i denne oppgåva. Meir interessant er det at svært mange av dei nye behandlingsmetodene og medisinane som vert tilgjengelege er til dels svært kostesame. Ingen land har uavgrensa med ressursar – derav behovet for politiske prioriteringar. Likevel er det markante økonomiske skilnader mellom landa i Europa. I so måte er det nærliggande å tru at dei rike landa – operasjonalisert som land med høgt brutto nasjonalprodukt (BNP) – kan kanalisere større ressursar inn i helsesystemet enn dei mindre rike. Dette resulterer truleg i betre tilgang til helsetenestene dei vil ha, og meir nøgde innbyggjarar. Analysen til Bleich, Özaltin og Murray (2009: 274) peikar i retning av at det er ein positiv samanheng mellom BNP og tilfredsheit med helsesystemet.

###### ***Totale helseutgifter som del av BNP***

Intuitivt er det rimeleg å tru at dess høgare dei relative utgiftene eit land har knytt til helse-tenester, dess meir nøgde vil befolkninga vere med helsevesenet. Tidlegare forskning tyder på at denne hypotesen har noko for seg, med eit stort unntak for USA som i alle fall på dåverande tidspunkt hadde svært høge helseutgifter, men låg grad av tilfredsheit (Blendon, Leitman et al. 1990). At amerikanarane var misnøgde med helsesystemet forklarar dei med den store graden av usikkerheit rundt helseforsikringane som millionar av innbyggjarane ikkje hadde.

Mossialos sin analyse av oppfatningane i 15 EU-land om helsesystemet tyder også på at dess høgare utgifter eit land har til helsearbeid, dess meir nøgde vert innbyggjarane, med nokre få unntak (Mossialos 1997). Vidare viser han at det er eit relativt klårt skilje mellom landa i nord og sør i unionen. Med Eurobarometerdata frå 14 EU-land kjem Wendt et al. (2010) fram til

same konklusjon, og spesifiserer at dette er ekstra tydeleg i sør-europeiske land med relativt store sosiale skilnader.

### *Offentleg versus privat finansiering*

Ein viktig distingverande faktor når det gjeld den institusjonelle oppbygginga av helsesystem er i kva grad det offentlege tek seg av finansieringa av dei ulike behandlingstypene. Særs få land tilbyr heilt gratis sjukehusbehandling, i alle fall om poliklinisk behandling er inkludert. Landa opererer med ulike fordelingsnøklar der folk må dekke ein del av utgiftene privat gjennom forsikringar/eigendelar. Det er ikkje urimeleg å anta at innbygarane i land der det offentlege tek seg av størsteparten av helseutgiftene vil i snitt vere meir nøgde enn i land der det er opp til den einkilde å betale for behandling, anten frå eiga lomme eller gjennom forsikringar. Wendt et al. (2010) viser at i land med sterkare innslag av eigenbetaling for behandling er innbygarane mindre nøgde enn i land der det offentlege tek størsteparten av kostnadane.

### *Finansiering ut-av-lomma (UAL)*

Ved sidan av tenester som er offentleg finansierte eller dekte av ulike typar helseforsikringar, har alle land i undersøkinga ein viss grad av eigenbetaling for helsetenester. Forutan at mange av landa ikkje har tilstrekkelege økonomiske evner til å kunne finansiere helsevesenet over dei offentlege budsjetta, er eigendelar utbreidd for å unngå unødvendig overforbruk.

Wendt et al. (2010) testar hypotesen om at innbygarane i land med låg UAL-finansiering er meir nøgde enn i land med høg, utan å finne nokon statistisk signifikant samanheng. Intuitivt er det likevel sannsynleg at det finst ein slik samanheng, og eg testar derfor om dette er tilfelle i ESS-datamaterialet.

### *Forventa levealder*

Kor lenge ein lever er ein flittig brukt indikator på utviklingsnivået til land – mellom anna i den velkjente Human Development Index (HDI). Det er mange faktorar som har innverknad på den forventa levealderen. Til dømes økonomi, ernæring, arbeidsmiljø og fysisk fostring. Like fullt er det liten tvil om at helsestellet i eit land er ein viktig faktor når det gjeld kor høg den forventa levealderen i eit land er. Den medisinske utviklinga gjer moglegheitene stendig større for å halde folk i live med sjukdomar som tidlegare var fatale. Sett på spissen: I dag døy folk i langt større grad *med* sjukdomar som ein tidlegare døyde *av*. Av den grunn er det ikkje urimeleg å anta at innbygarar i land med høg forventa levealder er meir nøgde med helsesystemet i forhold til land med låg forventa levealder.

## ***Interne forhold***

### *Legedekning*

Det er sannsynleg at dess fleire allmennlegar eit land har per 1.000 innbyggjarar, dess enklare vil det vere å få tak i helsetenester når det er behov for det. For dei fleste vil dette vere eit viktig kriterium for vurderinga av kor nøgd ein er med helsesystemet. Wendt et al. (2010) finn ein statistisk signifikant samanheng mellom desse to variablane; dess fleire allmennpraktiserande legar, dess meir nøgde er landet sine innbyggjarar.

### *Velferdsregime*

Velferdssystema i Europa er av historiske og politiske årsaker institusjonalisert på ulike måtar. Ein viktig faktor som differensierer systema er graden av universalitet. Meir konkret vil det seie kor mange som er dekte av offentlege forsikrings-/trygdeordningar. Dei nordiske helsesystema vert ofte vurderte som universelle. Mange land på kontinentet – og kanskje særleg i Sør-Europa – har i mindre utstrekning hatt trygdeordningar som gjeld for alle innbyggjarar. Intuitivt skulle ein tru at land med universelle helsesystem vil jamt over ha ei høgare tilfredsheit enn land med meir partikulær dekning. Wendt et al. (2010) si forskning tyder på at denne samanhengen er reell og signifikant.

Det har ikkje late seg oppdrive tidlegare forskning på tilfredsheit med helsetenestene som har nytta eit velferdsregimeperspektiv, men det er nytta i liknande forskning på til dømes sjølvrapportert helse (Eikemo et al. 2008).

## **3.2 Skilnader innan land**

### ***Eksterne forhold***

#### *Kjønn*

I fylgje Crow et al. (2002: 45) kan ein ikkje trekkje nokon konklusjon med tanke på om menn er meir tilfredse med helsetenestene enn kvinner, eller omvendt. Av 39 studiar viser seks at kvinner er meir tilfredse, sju at menn er meir tilfredse og 26 studiar som viser ingen skilnad. Eit moment som kan trekkast fram er at kvinner generelt sett er sjukare enn menn (Kristensen & Bjerkedal 2009). Slik sett skulle det borge for at kvinner er mindre nøgd med helsesystemet. I og med at vi nedanfor inkluderer sjølvrapportert helse i analysen, skal denne skilnaden i utgangspunktet verte kontrollert for.



### *Alder*

I sum stadfestar forskinga den generelle visdomen om at dess eldre ein er, dess meir nøgd vert ein med helsesystemet (Crow et al. 2002: 51). Årsaksforklaringane til dette kan grovt sett delast i to. For det eine kan det vere snakk om ein livssykluseffekt, der eldre menneske er meir akseptierende og kravstore enn yngre, og moglegens mottek betre og meir varsam handsaming frå helsepersonellet. Alternativt kan det vere tale om ein kohorteffekt ved at dagens eldre vart fødde i ein periode med langt semre standard og kvalitet på helsetenestene. Med andre ord er forventingane deira farga av erfaringar med eit mangelfullt helsevesen, som igjen vert overoppfylde av det som i historisk samanheng må kunne kallast dei best utbygde helsesystema i Europa gjennom tidene.

### *Etnisitet*

Om lag tre av fire studiar fram til 2002 viste at personar med annan etnisitet enn majoriteten er mindre nøgde med helsetenestene enn (den kvite) majoriteten (Crow et al. 2002: 51). Årsakene til dette kan vere mange. Kommunikasjonsproblem, vegring for å ta kontakt med offentlege myndigheiter, og moglegens også direkte diskriminering av etniske minoritetar.

### *Fødd i utlandet*

Det finst mange grunnar til at ein person vel å flytte til eit anna land enn han er fødd i. Både negative sider ved opphavslandet og positive sider ved landet ein flyttar til kan spele inn. Det er ikkje gjort tidlegare forskning på dette med tanke på tilfredsheit med helsetenestene. Like fullt vil det truleg kunne påverke på minst to måtar. For det eine kan det tenkjast at mange har flytta frå land med dårleg utbygde helsesystem, noko som fører til at dei har låge forventingar og dermed tilsvarande høg tilfredsheit med det nye. For det andre kan det kanskje vere ein generell tendens i retning av å vere mindre kritisk innstilt til landet ein har flytta til enn dei som budde der frå før. Ein har trass alt valt å flytte til dette landet, og ein kan dermed vere interessert i å stadfeste at valet var rett ved å vurdere fleire aspekt ved samfunnet ein har flytta til positivt.

### *Utdanning*

Akademia har ein grunnleggande kritisk dimensjon i seg. Det moderne utgangspunktet for denne skriv seg frå René Descartes sitt metodiske utgangspunkt, der all tankeverksemd med pretensjon om å finne sanninga må ta utgangspunkt i at alt kan tvilast på. Utover at dette medfører eit fruktbart kritisk blikk på vedtekne sanningar og dogme, kan det tenkjast at ei slik kritisk grunnhaldning smittar over på andre livsfelt. Meir konkret er det ikkje usannsynleg at personar med lang og høg utdanning er meir skeptiske til korleis helsesystemet fungerer. Bleich,

Özaltin og Murray (2009: 274) finn også ein statistisk signifikant negativ samanheng mellom utdanning og tilfredsheit med helsesystema i Europa. Personar med utdanning på høgskule- og universitetsnivå vil då vere mindre nøgde enn folk utan fullført vidaregåande.

### *Inntekt*

Den viktigaste effekten hushaldsinntekt potensielt kan ha på kor nøgd ein er med helsevesenet, er at i system med liten grad av universelle, offentleg finansierte tenester, vil dei med høg inntekt i stor grad kunne kjøpe seg til betre helsetenester enn dei med dårlegare råd. I Crow et al. (2002) vert det vist til at forskinga so langt ikkje har gjeve nokon klar indikasjon på at inntekt har sterk innverknad på kor nøgd ein er, men at visse haldepunkt tyder på at det kan vere ein slik samanheng.

### *Sjølvrapportert helse*

Det er naturleg nok store skilnader i kor ofte ein har trong for helsetenester. Personar med dårleg helse vil ha langt oftare kontakt med helsevesenet enn personar med god helse. Slik sett kunne ein kanskje tenkje seg at dei med dårlegast helse ville vere meir nøgd med systemet enn dei med god helse, sidan størsteparten av ressursane vert brukte på dei. På den andre sida kjem ein ikkje bort frå at dess fleire gongar ein er i kontakt med helsevesenet, dess større er risikoen for å møte på problem som lange ventelister og feilbehandling. I tillegg vil det å vere sjuk i seg sjølv innebere ein spore til å vere kritisk til eit system som i alle fall i teorien skal kunne gjere deg frisk – sjølv om det i praksis ikkje alltid er so enkelt. Med desse til dels motstridande elementa vege opp mot kvarandre, er det rimeleg å anta at samla sett vil dei med god sjølv-rapportert helse vere meir nøgde med helsesystemet enn dei med dårleg helse. Bleich, Özaltin og Murray (2009: 274) finn støtte for ein slik samanheng i sitt datamateriale. Crow et al. (2002: 41) viser til at mykje tyder på at dårleg fysisk helse er assosiert med låg tilfredsheit med helsesystemet.

### *Livskvalitet*

Weingarten et al. (1995) finn i sine analyser at folk med låg livskvalitet er mindre nøgde med helsetenestene enn andre. ESS inneheld ein variabel som måler kor tilfreds ein er med livet generelt sett. Dette må kunne reknast som eit rimeleg bra mål på den einskilde sin livskvalitet og det gjev meining å anta at dess høgare livskvalitet ein har, dess meir positivt innstilt vil ein kunne vere overfor helsetenestene. Å innlemme ein slik variabel i analysen kan like fullt kritiserast for å ikkje ta tilstrekkeleg omsyn til forholdet mellom kausalitet og korrelasjon. Det er ikkje utenkjeleg at personar med høg livskvalitet vil vere meir positivt innstilte til

helsetenestene, men det er ikkje dermed sagt at god livskvalitet er årsaka til at ein er nøgd. Med dette i mente vert likevel dette målet inkludert i analysen.

### ***3.3 Det utelatne og det statistisk insignifikante***

#### ***Mikro – intern***

##### *Personlege erfaringar med helsesystemet*

Tilfredsheit med helsesystemet heng saman med tidlegare tilfredsheit med systemet, respondenten sine predisposisjonar og forventingar, i kva grad pasientar får innfria ønska sine og kor god informasjonsflyten mellom lege og pasient er (Crow et al. 2002: ii). Alle desse momenta ville ha vore interessante å undersøkje effekten av, men sidan dei ikkje er målte i ESS, fell dei diverre utanfor rekkevidda til denne oppgåva.

##### *Konflikter*

Jung et al. (1998) si forskning peikar i retning av at folk si vurdering av helsetenestene i stor grad er avhengig av åtferda til legar og anna helsepersonell. I fylgje Sixma et al. (1998) har dei som har opplevd konflikter med legar monaleg lågare tilfredsheit enn andre. Sidan slike forhold ikkje er undersøkte i ESS kan dei naturleg nok ikkje takast med i analysen.

##### *Tidsbruk*

Ikkje spesielt overraskande viser Crow et al. (2002: 52) til at fleire undersøkingar har vist at lange ventetider hos legen gir ein universell impetus til misnøye med helsesystemet. Vidare viser forskning (ibid) at dess lenger tid legen bruker på kvar pasient, dess meir nøgde er pasientane. Sidan det ikkje vert registrert nokon offisiell statistikk for ventetider og tidsbruk er det diverre ikkje mogleg å analysere i kor stor grad desse momenta avgjer grad av tilfredsheit.

##### *Valfridom*

Når ein skal tilby folk ei teneste vil det klart mest effektive vere å gje alle tilbod om nøyaktig den same tenesta. Stordriftsfordelane ved ei slik organisering er monalege. Premisset for ei slik oppbygging – som på ingen måte held – er at alle personar treng nøyaktig tilsvarande behandling. Alle menneske er fysisk og psykisk unike. Sjølv om vi har svært mange felles trekk, og dermed mange felles sjukdomar, er det eit svært stort behov for individuell tilpassing for at kvar einskild skal få den behandlinga som høver best. Grovt sett finst det to tilnæringsmåtar for å oppnå dette. Den paternalistiske og tradisjonelle tilnærminga er at offentlege tenestemenn, det vere seg legar eller andre, heilt åleine avgjer kva som er den beste framgangsmåten for å

takle ein sjukdomssituasjon. I slike tilfelle er innbyggaren/pasienten berre ein passiv mottakar av råd og medisinar, utan særleg mykje innverknad sjølv. Alternativt kan individet som handlande vesen – som kanskje betre enn nokon andre kjenner seg sjølv og si helse best – vere med og ta aktive val for korleis ein skal gå fram for å lækje sjukdom. Graden av slik paternalisme, og motsatsen valfridom/deltaking vil kunne påverke kor nøgde innbyggerane i eit land er. I sine analyser kjem Wendt et al. (2010) fram til at i land der folk får velje sin eigen lege er folk generelt sett meir nøgde enn i land der slikt ikkje er mogleg.

Eit interessant moment med tanke på at valfridom gjer folk meir nøgde er å sjå det i lys av teoriar om kognitiv dissonans (Crow et al. 2002: 2). Det er rimeleg å anta at ein person er oppteken av å redusere mengda inkonsistens i handlingane og meiningane hans eller hennar. Det ligg ein relativt klar logikk i at det er enklare å vere kritisk til ei behandling nokon har tildelt deg etter visse kriterie, enn ei behandling du har valt sjølv. Med andre ord kan det tenkjast at grunnen til at folk i land med større grad av valfridom er nøgde, er at dei vil forsvare sine egne val. Dette vil igjen vere meir eller mindre uavhengig av om dei er veldig nøgde med tenestene dei har fått eller ikkje. Vidare kan dette implisere at politikarane kan gjere folk meir nøgde ved å gje folk fleire valmoglegheiter, utan at dette nødvendigvis tyder at helsetenestene vert betre av den grunn. Det har ikkje late seg finne eller lage ei tilstrekkeleg god nok oversikt for denne faktoren til at den kan inkluderast i analysen.

### ***Mikro – ekstern***

#### *Klasse*

I eit sterkt klassedelt samfunn kan det tenkjast at medlemmene i dei høgare klassene vert betre behandla av helsepersonell enn andre grunna si høge stilling. Om so var tilfelle, ville det kunne resultere i markante skilje med tanke på kor nøgde medlemmene i dei ulike klassene er. Crow et al. (2002: 51) viser til at dei fleste studiar som har teke opp dette som tema har vist at det ikkje finst nokon signifikante skilnader mellom samfunnsklasse inn mot tilfredsheit med helsesystemet. Derfor har eg valt å utelate klasse frå denne oppgåva.

#### *Psykiske lidningar*

I fylgje Wilson et al. (1995) rapporterer personar med psykiske lidningar mindre tilfredsheit enn andre. Desse menneska er ofte i ein sårbar posisjon og har sjukdomar som ofte varer over tid. Frustrasjonane som fylgjer av dette kan føre til at ein vert mindre nøgd med helsetilbodet. Sidan heller ikkje data for dette er inkludert i ESS, er det ikkje mogleg å inkludere dette i analysen.

### *Funksjonshemmingar*

Også folk med funksjonshemmingar er mindre tilfredse enn andre om resultatane til Patrick et al. (1983) er korrekte. Det er ikkje urimeleg å anta at personar med nedsett funksjonsevne er misnøgde med helsetenestene, uavhengig av om det er mogleg å gjere noko med problemet – i den grad den reduserte funksjonsevna vert opplevd som eit problem. ESS inneheld ein variabel som måler om ein opplever problem i kvardagen som følgje av funksjonshemmingar, men denne viste seg å ikkje vere statistisk signifikant i analysen.

### *Bustad*

Tilgangen til helsetenester vil variere i monaleg grad etter kor sentralt ein bur. Med andre ord kor store avstandar det er til viktige funksjonar som legekontor, og kanskje viktigast – sjukehus. Sidan folk i store byar generelt sett har tilgjengeleg eit langt breiare tilbod av helsetenester i nærområdet, er det rimeleg å anta at folk i byane er meir nøgde med helsetenestene. At det ofte er rift om legestillingar i dei store byane skulle også borge for at dei dyktigaste legane vert rekrutterte dit, med positive konsekvensar for tenestekvaliteten. På den andre sida er det truleg større sjanse for at ein møter køtendensar i primærhelsetenestene i dei store byane enn på landsbygda. Dette trekkjer so klart i motsett retning av det fyrste momentet. Heller ikkje denne variabelen viste statistisk signifikante utslag i modellen og er derfor luka ut av analysen.

## **3.4 *Syntese av teori og tidlegare forskning***

Det teoretiske rameverket og presentasjonen av den tidlegare forskinga som er presentert ovanfor kan kanskje skuldast for å vere noko sprikande. Intensjonen har vore å gje eit grunnriss over dei teoretiske aspekta som er naudsynte å ha i mente når tilfredsheit med helsetenestene skal analyserast. Dei viktigaste momenta er i so måte:

1. Europeiske velferdsstatar kan grupperast i velferdsregime, med bakgrunn i ulike velferdskulturar og -institusjonar, og dei sosiostrukturelle effektene desse har. Ein stor del av variasjonen i tilfredsheit med helsetenestene er ein konsekvens av desse.
2. Eksterne faktorar på både mikro- og makronivå forklarar ein monaleg del av den resterande variasjonen i tilfredsheit med helsetenestene.
3. På makroplanet samverkar velstandsnivået og velferdsinstitusjonane, og gjev ulik grad av tilfredsheit.
4. Ein del av skilnadane mellom landa i tilfredsheit kan forklarast med komposisjonelle effekter, av di landa har ulike fordelingar på individnivåvariablar.

Desse fire punkta utgjør bakteppet for den fylgjande dataanalysen og drøftinga. Vidare tek den utgangspunkt i inndelinga av interne og eksterne faktorar på makro- og mikronivå i tabell 1 under.

*Tabell 1: Faktorar som truleg påverkar tilfredsheit med helsetenestene*

	<b>Intern</b>	<b>Ekstern</b>
<b>Mikro</b>	Personlege erfaringar: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasient-behandlar-relasjon</li> <li>- Konflikter</li> <li>- Tidsbruk</li> <li>- Informasjonsflyt</li> <li>- Valfridom</li> </ul>	<i>Kjønn</i> <i>Alder</i> <i>Minoritet</i> <i>Fødd i utlandet</i> <i>Utdanning</i> <i>Økonomisk situasjon</i> <i>Sjølvrapportert helse</i> <i>Livskvalitet</i> Psykiske lidingar <u>Funksjonshemmingar</u> <u>Bustad</u>
<b>Makro</b>	<i>Legedekning</i> <i>Velferdsregime:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Helseutgifter/BNP</i></li> <li>- <i>Private vs offentlig finansiering</i></li> <li>- <i>Ut av lomma-finansiering</i></li> <li>- <i>Tilbydar: Offentlege, private eller ideelle organisasjonar</i></li> </ul>	<i>Brutto nasjonalprodukt</i> <i>Forventa levealder</i>

*Kursiv:* Faktorar som er analyserte i denne oppgåva.

Understreking: Faktorar som tidleg viste seg å vere insignifikante



## **4 Data og metode**

### **4.1 European Social Survey (ESS)**

Den europeiske samfunnsundersøkinga er ei omfattande internasjonal spørjeundersøking med siktemål om å få komparativ innsikt i viktige sosiale forhold i Europa, og utviklinga av desse over tid. Intensjonen bak ESS er tredelt (European Social Survey 2012: 8). For det eine, å undersøkje og tolke endringar i meiningar og haldningar, og samanhangen desse har med institusjonelle forhold i Europa. For det andre, å konsolidere og utbetre kryssnasjonale spørjeundersøkingemetoder, og for det tredje, å utvikle eit sett med europeiske sosiale indikatorar. Undersøkinga er gjennomført annakvart år sidan 2002. Data som er brukte i denne oppgåva er henta frå runde nummer fem av ESS frå 2010, som er gjennomført i 26 land<sup>1</sup>. Sjølv datainnsamlinga er utført på bakgrunn av streng randomisert utveljing og gjennomført som personlege andlet til andlet-intervju. Totalt 50 781 personar har svart på undersøkinga.

### **4.2 Økologiske effekter**

Sosiologien har ein lang tradisjon for å undersøkje korleis samanhangen mellom individ og gruppe/samfunn er. Innverknaden må logisk nok gå begge vegar, men i vårt tilfelle er vi i stor grad interessert i korleis variablar og forhold på landnivået påverkar utfallsvariabelen – som er individet si generelle tilfredsheit med helsetenestene. Eit generelt omgrep for slik påverknad er økologiske effekter (Blakely and Woodward 2000). Det finst tre moglege måtar ein variabel på gruppenivå kan påverke ein utfallsvariabel på individnivå. For det eine kan den økologiske variabelen ha ein direkte kryssnivåeffekt, til dømes ved at økonomisk ulikskap har ein direkte negativ effekt på sjølvrapportert helsetilstand. For det andre kan det vere snakk om ein modifierande kryssnivåeffekt, ved at til dømes økonomisk ulikskap modererer effekten sosial klasse har på helsetilstanden. Med andre ord har vi med ein interaksjonseffekt å gjere. For det tredje og siste kan det vere tale om ein indirekte kryssnivåeffekt. Dømet Blakely & Woodward (2000) viser til er at den lokale politikken for tobakkskontroll (til dømes kommunalt) påverkar i kva grad den einskilde røykjer, som igjen har ein effekt på helsetilstanden.

I streng logisk forstand kan ikkje ein økologisk variabel ha ein direkte årsakssamanheng med utfallsvariabelen, og må ha ein mellomliggande variabel som faktisk forårsakar effekten. Av

---

<sup>1</sup> Data som er brukte i analysen i denne publikasjonen er basert på «the ESS Multilevel Data Repository», er førebudde og gjort tilgjengelege av Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD). NSD er ikkje ansvarleg for analysen/tolkingane som er presenterte her. Om det finst diskrepans mellom data brukte her og originaldata, bør ein rette seg etter den originale datakjelda.



pragmatiske årsaker vel ein likevel å oversjå dette, sidan ein reknar med at endring av denne variabelen vil vere tilstrekkeleg for å få til endringar på utfallsvariabelen.

### **4.3 Validitet**

God avgrensing og forklaring av omgrep er etter mitt skjøn ei av samfunnsvitskapane sine mest fundamentale og viktige oppgåver. Skuldingar om svadagenerering og oppkok av sjølvsgade samanhengar kan ofte forklarast med bakgrunn i manglande spesifisering og konkretisering av eit omgrep si spesifikke tyding i vitskapleg forstand. Eit døme vi alt har vore inne på er dei ulike tydingane institusjonsomgrepet har i daglegtalet og i det akademiske ordskeftet. Vi minner kort om skiljet som i stor grad går ut på at det sosiologiske omgrepet institusjon handlar om korleis eit samfunn løyser dei basale oppgåvene det er vanleg å rekne at det må løyse for å kunne fungere. Dette i kontrast til daglegtalet der ein institusjon er ein eller fleire bygningar som inneheld spesifikke funksjonar, som til dømes ein skule, ein barneheim, ein sjukeheim, med fleire.

Konkret handlar validitet derfor om kor gode og treffande dei omgrepa vi vel å bruke i forskinga er, og kvaliteten på operasjonaliseringane av desse. Endå meir spesifikt: Om vi måler det vi vil måle (Ringdal 2013). At ein variabel er valid er heilt avgjerande for god forskingskvalitet, og vurderingar av dette er gjort for kvar variabel i dokumentasjonsavsnittet nedanfor.

### **4.4 Reliabilitet**

Det er ei kjensgjerning at ulike måtar å utføre eit standardisert intervju på vil kunne gje til dels ulike resultat. Sender ein spørjeskjemaet i posten vil responsraten gå ned, men på den andre sida vil ein kunne unngå skeivheiter knytt til at folk har ein tendens til å svare det sosialt akseptable på sensitive spørsmål (Crow et al. 2002). Om undersøkinga er utført som i ESS – ved personlege intervju – vil responsraten truleg gå opp, men ein viss påverknad og bias grunna intervjusituasjonen er sannsynleg. Desse spørsmåla er relaterte til omgrepet reliabilitet. På norsk vil vi kunne definere det som målesikkerheit. Med andre ord; kor sikre kan vi vere på at akkurat den målinga vi har gjort viser det „sanne“ svaret på spørsmålet respondenten vert spurt? Å vurdere reliabiliteten til variablane som er brukte i ein analyse er svært viktig, og vert gjort i det fylgjande.

## 4.5 Problem med OLS

Den vanlegaste og ofte greiaste måten å analysere samanhengar mellom ein kontinuerleg avhengig variabel og fleire uavhengige variablar er minste kvadraters regresjon, eller OLS-regresjon. Til grunn for ein slik analysemetode ligg fleire føresetnader som må oppfyllest om resultatane skal vere gyldige. For det eine må alle relevante  $x$  (uavhengige variablar) vere med, og irrelevante  $x$  luka ut. Dette for å unngå feilspesifisering av modellen. For det andre kan ikkje variablane ha for sterk kollinearitet. Med andre ord at det er for sterk korrelasjon mellom to uavhengige variablar (multikollinearitet gjeld når fleire enn to variablar har for sterk korrelasjon) slik at dei langt på veg måler det same. Då er det ikkje noko poeng i å skulle inkludere begge i analysen. For det tredje er det viktig at observasjonane skal vere uavhengige. I vårt tilfelle i European Social Survey er respondentane trekte tilfeldig *innan* kvart einskildland. Sidan dei ulike landa i undersøkinga utgjer kontekstar med ulik innverknad på respondentane vil svara dei gjev vere avhengig av kva land dei kjem frå. Dermed er føresetnaden om uavhengige observasjonar broten. Reint statistisk medfører dette at estimata for standardfeilen vert for små, noko som aukar risikoen for spuriøse statistisk signifikante resultat og dermed feilaktige slutningar (Hox 2010: 5). Med andre ord er risikoen for å gjere type-1-feil – det å forkaste ei nullhypotese feilaktig – forstørtra om vi overser fleirnivåkarakteren til data.

Eit anna moment – av meir praktisk karakter – er at vi gjerne er interesserte i å vite kva skilnadane mellom landa er, kontrollert for andre variablar. Ein måte å gjere det på i vanleg OLS-regresjon er å lage dummyvariablar for kvart land og eventuelt for kvar region om ein har med dette tredje nivået. Sidan det er snakk om data frå nærare 30 land seier det seg sjølv at ein regresjon med so mange variablar lett vert i overkant stor og uoversiktleg. Om ein hadde inkludert regionnivået skulle dei praktiske vanskaner dette byr på vere openberre.

Eit tredje viktig poeng som talar mot bruk av vanleg multippel regresjon på fleirnivådata er at vanleg OLS-regresjon føreset homoskedastiske feilledd, ein føresetnad som oftast ikkje held for denne typen data (Hox 2010: 14). Oppsummert er det ikkje tilrådeleg å late vere å ta omsyn til at materialet er samla i klynger. Av den grunn er fleirnivåanalyse nytta i denne oppgåva.

## 4.6 Fleirnivåanalyse

Steenbergan og Jones (2002: 219) viser til fleire viktige grunnar som talar for å nytte fleirnivåanalyse. For det eine gjer denne typen analyse det mogleg å skape *ein* omfattande modell i staden for mange små ved å ta i bruk prediktorvariablar på fleire nivå. For det andre

gjer fleiranalysemodellar det mogleg å utforske kausal heterogenitet. Med andre ord er det ved hjelp av interaksjonsledd mogleg å finne ut om det er skilnad i påverknaden av ein variabel på dei lågare nivåa (til dømes individ) på eit høgare nivå (til dømes land). For det tredje gjer denne typen analyse det mogleg å sjekke om eit funn i ein kontekst gjer seg gjeldande i ein annan; eller med andre ord om det kan generaliserast.

Som tidlegare nemnt har sosiologien heile tida vore oppteken av koplinga mellom individ og gruppe/samfunn. Eit viktig moment i so måte har vore korleis individet vert påverka av dei gruppene det er medlem av. Fleirnivåanalyse gjer det mogleg å kome fram til empirisk baserte anslag på kva denne effekten går ut på, i og med at samanhengen mellom individet og i vårt tilfelle landet det bur i vert analysert. Det som gjer fleirnivåanalyse ekstra interessant er at vi kan påvise desse gruppeeffektene på same tid som vi kontrollerer for faktorar og forklaringsvariablar på gruppenivået, som til dømes brutto nasjonalprodukt.

Parametrane i regresjonen er estimert med maximum likelihoodmetoden, der modellen med lågast avvik frå ein perfekt estimert modell er å føretrekke. Med andre ord vil vi føretrekke modellen som med størst sannsyn ville ha gjeve utvalsfordelinga.

### *Tilfeldige ledd*

Det er ikkje urimeleg å gå ut frå at regresjonskoeffisientane for variablane på individnivået vil kunne variere mellom landa. LR-testar for fleire av variablane peikar i retning av at det er slik. Når eg likevel ikkje inkluderer fleire tilfeldige ledd i modellen enn land har det to årsaker. For det eine synest storleiken – og dermed det substansielle bidraget desse tilfeldige ledda har – å vere liten. For det andre – og minst like viktig – er at litteraturen på området ikkje har teoretiske utgreiingar for kva desse skilnadane eventuelt skal ha opphav i. Samla sett er det ei forenkling å gå ut frå at regresjonskoeffisientane er dei same for alle land og ikkje utvide den vanlege varians-komponent-modellen med fleire enn eitt residualledd på landnivået. Av pragmatiske årsaker er det likevel gjort slik i denne oppgåva. Å utvikle teori og undersøkje i kva grad slike effekter finst, kan vere utgangspunkt for vidare forskning på temaet.

## **4.7 Variabeldokumentasjon**

### *Avhengig variabel*

Den avhengige variabelen som er brukt i denne oppgåva er basert på fylgjande spørsmål:

„Hva mener du om helsetjenestene i landet ditt nå om dagen“.

Svaralternativa er 0 = ekstremt dårleg, til 10 = ekstremt bra. Ein kan stille seg spørsmålet om

denne variabelen i realiteten måler to dimensjonar som ikkje nødvendigvis går i same retning. Ein kan til dømes kanskje vere misnøgd med helsesystemet i sum, men vere nøgd med behandlinga ein sjølv har fått (jamfør diskusjonen om dissonans ovanfor), noko som vil resultere i ei middels vurdering av helsetenestene i sum. Teoretisk sett kunne det kanskje ha vore ein fordel om desse to dimensjonane var skilde frå kvarandre. På den andre sida talar dei fleste praktiske og analytiske forhold for at dette spørsmålet er ei god operasjonalisering av temaet vi i denne samanheng er interesserte i, nemleg kor tilfreds den einskilde er med helsetenestene i sum.

Som allereie nemnt vil tilfredsheit i stor grad vere uttrykk for den einskilde si subjektive meining, og at vi må vere varsame med å bruke dette som noko objektivt mål på kvaliteten av tenestene. På same vis vil eit slikt mål kunne vise til respondenten sine kunnskapar og forventingar, heller enn kvaliteten på tenestetilbodet og servicen (Crow et al. 2002: 2). Forskarane bak ESS har brukt mykje tid på å gjere data frå undersøkinga so samanliknbare som mogleg. Spørsmålsstillinga og kulturskilnader i intervjusamanheng mellom landa kan spele inn på reliabiliteten til data. Sidan sistnemnde vanskeleg let seg måle, må vi berre ta til takke med dei data vi har og ha slike forhold i mente i tolkingsaugemed.

### ***Uavhengige variablar - individnivå***

I denne oppgåva har eg brukt fleire sosiodemografiske variablar henta frå ESS-datasettet.

#### *Kjønn*

Kjønnsvariabelen er koda om slik at kvinner har fått verdien 1 og menn 0; dette i hovudsak for å enkle tolkinga av regresjonen. Denne variabelen må kunne reknast som svært valid og reliabel, i og med at det i dei aller fleste tilfelle er klart kva for ein kategori respondenten høyrer heime i.

#### *Alder*

Aldersvariabelen er ei omkoding av fødselsåret som er registrert under intervjuet. Med unntak av personar med redusert kognitiv kapasitet, som potensielt kan gløyme kva år dei er fødde, vil registreringane på denne variabelen i stor grad vere i samsvar med det faktiske fødselsåret.

#### *Alder kvadrert*

For å kunne undersøkje om det finst ein mogleg kurvelineær samanheng mellom alder og tilfredsheit med helsetenestene har eg laga ein variabel for alder kvadrert; med andre ord alder gonga med seg sjølv.

### *Etnisitet*

Fylgjande spørsmål om etnisitet er spurt i ESS:

„Tilhører du en etnisk minoritet i landet ditt?“

Svaralternativa er ja, nei og tre verdiar som er koda til missing i datasettet. Dette er eit relativt rett fram spørsmål å kunne svare på, sidan langt dei fleste vil vere klar over om dei er del av den etniske majoriteten eller ikkje. Variabelen er dummykoda slik at verdien 1 tilsvarer ja og verdien 0 tilsvarer nei.

### *Fødd i utlandet*

Denne variabelen bygger på fylgjande spørsmål:

„Er du fødd i (Land)?“

Sidan vi i denne samanheng er interesserte i å vite om dei som er fødde i utlandet er signifikant ulikt tilfredse med helsetenestene enn dei som er fødde i landet det er snakk om, har eg koda om denne variabelen slik at verdien 0 tilsvarer dei som er fødde i landet dei bur i no, og verdien 1 er gjeven til dei som er fødde i eit anna land enn dei no soknar til.

### *Utdanning*

ESS har i utgangspunktet ein kontinuerleg variabel som måler antal år utdanning. Sidan denne variabelen har ein del svake sider, pluss at utdanningseffekter ofte oppstår i samband med kva utdanningsnivå ein er på – og ikkje nødvendigvis antal år med utdanning – har eg valt å ta i bruk variabelen som måler det høgste nivået ein har utdanning på. Nytt av ESS runde 5 er at ein har teke i bruk den sokalla ISCED-klassifisering for utdanning (International Standard Classification of Education). Denne skal i fylgje dokumentasjonsrapporten til ESS (2012 Appendix 1: 2) vere av betre analytisk verdi enn den tidlegare brukte inndeling. Basert på 26 opphavlege kategoriar utgjer den nye ISCED-variabelen åtte kategoriar:

1. Ikkje fullført grunnskule
2. Fullført grunnskule
3. Lågare grad, vidaregåande
4. Høgare grad, vidaregåande
5. Vidarekomen yrkesopplæring
6. Lågare grad høgskule/universitet, bachelornivå

7. Høgare grad høgskule/universitet, master-/doktorgrad

8. Andre

Desse gruppene har eg valt å slå saman på fylgjande måte:

1 og 2: Grunnskulenivå; 3, 4 og 5: Vidaregåande nivå; 6 og 7: Universitetsnivå.

Gruppa „andre“ utgjer eit forsvinnande lite antal og er derfor utelaten frå analysen.

### *Inntekt og økonomisk situasjon*

Inntektsvariablar er ofte problematiske å handtere sidan det ikkje er nokon automatisk samanheng mellom kor høg inntekt ein person har og kor store økonomiske ressursar den har til disposisjon. To ungdommar kan ha like stor inntekt, men om foreldra til den eine er arbeidsledige medan foreldra til den andre er direktørar vil dei økonomiske forholda naturleg nok vere særst ulike. Derfor har eg valt å heller bruke variabelen som måler kor god den økonomiske situasjonen er. Med bakgrunn i denne variabelen har eg laga eit dummysett, der verdiane er *svært vanskeleg å klare seg på inntekta, vanskeleg å klare seg, klarer seg og komfortabel med inntekta*. Det vil heilt klart vere subjektive og relative element i ei slik vurdering av eigen økonomisk situasjon. Likevel er det truleg eit meir anvendeleg mål, sidan det sannsynlegvis ikkje er inntektsnivået i seg sjølv som er avgjerande for kor tilfreds ein er med helsesystemet, men kjensla av å kunne takle eventuelle utfordringar og helseproblem på ein god måte.

### *Sjølvrapportert helse*

For å finne ut korleis folk oppfattar helsa si er fylgjande spørsmål stilt i ESS:

„Hvordan er helsen din stort sett?“

I tolkingsaugemed er variabelen snudd slik at verdien 1 tilsvarer svært dårleg, medan verdien 5 tilsvarer svært god.

Å vurdere eigen helsetilstand er ikkje nødvendigvis noka rett fram-øving. Den skjer som ein kombinasjon av ei rasjonell vurdering av eventuelle sjukdomsforløp siste tida, samt ei kjenslemessig vurdering av korleis ein føler forma er meir eller mindre akkurat då spørsmålet vert stilt. Med andre ord er dette eit fenomen av ein noko omskifteleg natur; ein vil kunne flytte seg mellom kategoriar ganske kjapt om noko uføresett skulle skje. Sett vekk frå det er det god grunn til å tru at realibiliteten til variabelen er rimeleg god sidan dei fleste har tilstrekkeleg god sjølvinnsett til å kunne vurdere om helsa er god eller dårleg.

### *Livskvalitet*

Som eit mål på generell livskvalitet bruker eg variabelen stflife som er eit svar på spørålet om *kor nøgd ein er med livet generelt sett*. Denne variabelen har 11 verdiar der 0 tilsvarer ekstremt misnøgd og 10 tilsvarer ekstremt nøgd.

### *Uavhengige variablar – landnivå (økonomi og levealder)*

Lista over variablar som er brukte på landnivå tilsvarer i stor grad oppsettet frå Wendt et al. (2010).

### *Brutto nasjonalprodukt*

I fleirnivåversjonen av ESS runde 5 er fleire indikatorar på landnivå inkluderte. Dette gjeld mellom anna brutto nasjonalproduktet for kvart land. Data er frå 2010 og er henta frå FN sitt materiale.

### *Totale helseutgifter som andel av BNP*

Fleirnivåmaterialet til ESS inneheld også ein variabel for prosentandelen av brutto-nasjonalproduktet eit land bruker på helse. I utgangspunktet representerer ein slik variabel ein god indikasjon på kor mykje ressursar eit samfunn dedikerer til ein sektor. Likevel finst det unntak som gjer materialet noko upresist. Noreg sitt nasjonalprodukt er til dømes til dels sær oppblåst grunna dei store petroleumsinntektene.

### *Privat helsefinansiering*

Som nemnt ovanfor er det mogleg at innbyggjarane i land der helsetenestene i stor grad må betalast for privat (forsikringar o.l.) er mindre nøgde enn der det offentlege står for brorparten av finansieringa. WHO sitt datamateriale for denne indikatoren inkluderer friviljuge helseforsikringar, samt direkte betalningar gjort av bedrifter og hushald for helsetenester. Som med alle helseutgiftsvariablane er desse tala noko usikre, sidan potensialet absolutt er til stades for at ein del utgifter ikkje vert fanga opp av statistikken.

### *Finansiering ut-av-lomma (UAL)*

I alle landa i undersøkinga betaler det offentlege ein større eller mindre del av helseutgiftene. I avsnittet ovanfor har eg presentert ein variabel som måler kor stor prosentdel av finansieringsbyrden som må takast privat. Ofte vil privat betalte helseforsikringar dekke brorparten av utgiftene folk har. Like fullt vil ein større eller mindre del måtte dekkast direkte „ut-av-lomma“. Dette inkluderer også eigendelar for offentleg finansierte helsetenester.

Datamaterialet frå Verdas Helseorganisasjon inneheld berre UAL-finansiering som del av dei *private* helseutgiftene. I vår samanheng er delen av dei totale helseutgiftene meir interessant. Ved å kombinere andelen for privat finansiering som del av dei totale utgiftene og UAL sin del av privat finansiering har eg laga ein variabel for UAL sin andel av dei totale helseutgiftene.

#### *Forventa levealder*

Data for forventa levealder er inkludert i fleirnivå-versjonen av ESS runde 5 og sjølv om tala er henta frå 2009 er ikkje det noko til hinder for at tala er både reliable og valide.

#### *Uavhengige variablar – landnivå (innhald/institusjonell utforming)*

##### *Legedekning*

Data for legedekning er henta frå Verdsbanken sin databank, og viser antal legar per 1.000 innbyggjarar i 2010 (Verdsbanken 2012). Det eksisterer ein viss variasjon i data som er tilgjengelege frå ulike kjelder, men sidan Verdsbanken har materiale for alle landa som er med i denne analysen, valde eg å bruke desse data. Kjelda må kunne reknast som truverdig og data av den grunn pålitelege.

##### *Velferdsregime*

Med bakgrunn i den teoretiske drøftinga til Rice (2013), og forskinga til Aspalter, Kim og Park (2009) og Fenger (2007) vil fylgjande inndeling i velferdsregime verte brukt i analysen.

*Tabell 2: Kategorisering av europeiske land etter utforming av velferdssystemet*

<b>Sosialdemokratisk</b>	<b>Anglosaksisk</b>	<b>Bismarckiansk</b>	<b>Sentralaustleg</b>	<b>Austleg</b>	<b>Sørleg</b>
		Belgia	Kroatia	Bulgaria	
Danmark					Hellas
	Irland	Frankrike	Polen	Estland	Kypros
Finland	Israel	Nederland	Slovenia	Russland	Portugal
Noreg	Storbritannia	Sveits	Tjekkia	Slovakia	
Sverige		Tyskland	Ungarn	Ukraina	Spania





## 5 Resultat

### 5.1 Deskriptiv statistikk

Av tabell 3 framgår ein del interessante skilnader mellom velferdsregima. Tilfredsheit med helsetenestene er klart høgare i dei tre nordlege velferdsregima versus dei i sør og aust. Når det gjeld hushaldsøkonomi er befolkningane i aust og sør langt verre stilte enn i dei tre andre regima. Under ti prosent av folket i det sosialdemokratiske regimet oppgjev å ha ein vanskeleg økonomisk situasjon, medan dette gjeld over 40 prosent i sør og aust. Vi ser også at dei austlege landa skil seg ut med ein del lågare gjennomsnittleg subjektiv helsetilstand. Slik sett er det kanskje ikkje overraskande at den generelle livskvaliteten i sør og aust er monaleg dårlegare enn i nord. Alle desse momenta talar for at det finst viktige komposisjonelle effekter av dei individuelle variablane, som vil ha innverknad på den gjennomsnittlege tilfredsheit på landnivået.

Tabell 3: Deskriptiv statistikk, etter velferdsregime

Variabel	Sosial- demokratisk	Anglosaksisk	Bismarckiansk	Sentral- austleg	Austleg	Sørleg	Total
Tilfredsheit med helsesystemet	6,52	5,49	6,06	4,56	3,71	4,57	5,06
Kvinner (%)	50,10	54,87	51,15	52,90	59,59	55,83	54,34
Alder	48,10	47,29	48,33	47,36	49,83	49,01	48,41
Etnisk minoritet	2,87	10,58	4,66	3,29	11,85	3,58	6,32
Fødd i utlandet	7,58	19,73	11,43	4,60	6,78	8,57	9,54
Utdanning							
Grunnskule	26,97	33,41	27,76	26,03	20,39	52,25	30,41
Vidaregåande	46,70	45,33	51,74	59,54	56,22	31,32	49,31
Høgare	26,23	20,36	20,28	14,35	23,34	16,42	20,07
Økonomisk situasjon							
Svært vanskeleg	2,04	9,22	3,38	10,11	21,87	15,90	11,00
Klarer seg	7,24	19,63	12,63	23,91	35,07	28,59	22,04
Komfortabel	38,90	45,33	45,07	49,79	37,60	40,93	42,92
Komfortabel	51,81	25,82	38,92	16,19	5,46	14,58	24,04
Subjektiv helsetilstand	3,97	4,04	3,80	3,61	3,37	3,85	3,74
Livskvalitet	8,03	6,97	7,29	6,44	5,53	6,32	6,68
BNP (i dollar per innb.)	57 812	37 615	46 268	16 199	9 729	26 342	30 615
Forventa levealder	80	81	81	76	72	80	78
Legedekning per 1000	3,5	3,2	3,4	2,9	3,6	4,5	3,5
Totale utgifter helsetenester (%)	9,84	8,83	11,54	7,93	6,79	9,67	9,03
Private utgifter (%)	19,01	39,35	24,23	22,11	36,70	37,44	30,18
Ut av lomma-finansiering (%)	16,18	17,85	14,54	16,89	33,42	31,84	22,43
N	6 499	7 292	9798	8750	10 609	7 833	50 781

Kva gjeld brutto nasjonalprodukt ligg alle dei tre nordlege regima over snittet, medan det austlege skil seg ut ved å ligge langt under. Den forventa levealderen i aust er lågare enn i dei

andre regima. Når prosentandelen for privat og ut av lomma-finansiering er ein god del høgare i aust og sør – med unntak av den høge privatandelen i det anglosaksiske liberale regimet – skulle dette i lys av den ovanfor presenterte tidlegare forskinga tyde på at desse to regima vil skilje seg negativt ut med tanke på kor nøgde folket er med helsetenestene.

## 5.2 Nullmodellen

I det fylgjande vert resultata for høvesvis nullmodellen, fleire nivå-1-modellar og til slutt nivå-2-modellar presenterte. Hovudfokuset i oppgåva er som kjent skilnadane mellom land og velferdsregime. Slik sett kunne kanskje nivå-2-variablane vore inkludert før dei på nivå-1. Når dette ikkje er gjort i vårt tilfelle er det for å unngå Hausers kontekstuelle feilslutningar. Ved å legge til nivå-2-variablane fyrst ville det kunne føre til at vi overser komposisjonelle effekter som forklarar ein del varians på landnivået. Til dømes er fordelingane etter inntektsvariabelen ganske ulik mellom landa. Kor mykje dette har å seie for variansen på landnivået, vert kontrollert for ved å inkludere individvariablane fyrst.

Denne modellen – som kanskje er betre kjend som nullmodellen – gjer oss i stand til finne ut kva nivå variasjonen i datamaterialet er størst på. Den einaste skilnaden i forhold til ein OLS-modell er at residualleddet er delt i to: Eitt for landnivået og eitt for individnivået. Regresjonslikninga ser slik ut:

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

Uttrykket  $Y_{il}$  representerer den lineære regresjonsfunksjonen til modellen og er gjeve ved regresjonskjeringspunktet  $\beta_0$ , eit residualledd for landnivået ( $u_{0l}$ ) og eit residualledd for individnivået ( $\varepsilon_{il}$ ). Indeksane  $i$  og  $l$  står for høvesvis individ og land.

Tabell 4: Estimerte parametrar i nullmodellen

Konstant	5,20
Varians på individnivå	4,950
Varians landnivå	1,846
Intraklassekorrelasjon (ICC)	0,271
Kjikkvadrat	15 439,93
Signifikans LR test	0,000
N	48 102
-2 Log Likelihood	-106 807,58

Konstanten i nullmodellen viser det vekta gjennomsnittet mellom landa på den avhengige

variabelen; altså tilfredsheit. Koeffisienten på 5,20 indikerer at innbyggjarane i dei utvalde landa i snitt ligg om lag midt på skalaen mellom 0 og 10.

Dersom utfallsvariabelen ikkje varierer på nivå-2 – i vårt tilfelle på landnivået – gjev det ikkje meining å skulle gjere ein fleirnivåanalyse. I tabell 4 ovanfor ser vi at skilnaden mellom kjikvadrata for ein OLS- og ein fleirnivåregresjon er stor. Fleirnivånullmodellen bruker ei friheitsgrad meir enn ein OLS-nullmodell – ved å legge til eit ekstra residualledd – og LR-testen viser at endringa i kjikvadratet er klart statistisk signifikant. Vi kan soleis konkludere med at ein fleirnivåmodell er klart å føretrekke framfor ein vanleg OLS-regresjon.

Interklassekorrelasjonen – som måler kor stor del av variansen som er å finne på landnivået - er i dette tilfellet 0,271, altså om lag 27 %.

### 5.3 Nivå-1-modellen

I nivå-1-modellen legg vi til forklaringsvariablar i tre omgangar, i tre overordna kategoriar: Demografi, sosioøkonomi, og subjektive meningsvariablar.

Likninga for den fulle individuelle modellen vert som fylgjer:

$$Y_{il} = \beta_0 + \beta_1 * Kvinne_i + \beta_2 * Alder_i + \beta_3 * Alder2_i + \beta_{4b} * Vidaregåande\_utdanning_i + \beta_{4c} * Høgare\_utdanning_i + \beta_{5b} * Inntekt\_vanskeleg_i + \beta_{5c} * Inntekt\_klarereseg_i + \beta_{5d} * Inntekt\_komfortabelt_i + \beta_6 * Subjektiv\_helsetilstand_i + \beta_7 * Livskvalitet_i + u_{0i} + e_{il},$$

der  $\beta_0$  framleis er regresjonsskjeringspunktet, og  $u_{0i}$  og  $e_{il}$  representerer residualledd på ulike nivå.  $\beta_1$  gjev effekten for *kvinne*,  $\beta_2$  effekten for *alder*,  $\beta_3$  effekten for *alder kvadrert*,  $\beta_{4b}$  effekten for *vidaregåande utdanning* versus *grunnskule*,  $\beta_{4c}$  effekten for *høgare utdanning* versus *grunnskule*. Dei tre  $\beta_5$ -koeffisientane viser effekten av korleis ein vurderer den økonomiske situasjonen; om den er *vanskeleg*, at ein *klarereseg* eller at den er *komfortabel*, sett opp mot dei som har inntekter det er *svært vanskeleg* å leve av.  $\beta_6$  gjev oss effekten av *sjølvrapportert helsetilstand*, før  $\beta_7$  til viser effekten av *livskvalitet*.

Tabell 5: Regresjonsestimater for tre modellar på individnivå

Variabel	Demografi		Sosioøkonomi		Full individuell modell	
	B	S.E	B	S.E	B	S.E
<b>Konstant</b>	6,834***	0,272	6,168***	0,251	4,439***	0,239
<b>Kvinne</b>	-0,232***	0,020	-0,206***	0,020	-0,219***	0,020
<b>Alder</b>	-0,071***	0,003	-0,062***	0,003	-0,049***	0,003
<b>Alder<sup>2</sup></b>	0,001***	0,000	0,001***	0,000	0,001***	0,000
<b>Minoritet</b>	0,364***	0,044	0,417***	0,044	0,422***	0,043
<b>Fødd i utlandet</b>	0,378***	0,037	0,424***	0,037	0,441***	0,036
<b>Utdanning</b>	Grunnskule (referansekategori)		0,000		0,000	
	Vidaregåande		-0,253***	0,026	-0,281***	0,025
	Høgare		-0,211***	0,032	-0,284***	0,031
<b>Økonomisk situasjon</b>	Svært vanskeleg (referansekategori)		0,000		0,000	
	Vanskeleg		0,394***	0,038	0,165***	0,037
	Klarer seg		0,673***	0,037	0,229***	0,037
	Komfortabel		0,973***	0,042	0,375***	0,043
<b>Sjølvrappoertert helsetilstand</b>					0,117***	0,013
<b>Livskvalitet</b>					0,198***	0,005
<b>Estimat for varianskomponentar</b>						
<b>Restvarians, individnivå</b>			4,855	4,790	4,609	
<b>Restvarians, landnivå</b>			1,807	1,493	1,261	
<b>Forklart varians, individnivå</b>			1,9%	3,2%	6,9%	
<b>Forklart varians, landnivå</b>			2,1%	19,1%	31,7%	
<b>Forklart varians, totalt</b>			2,0%	7,5%	13,6%	
<b>-2 Log Likelihood</b>			-106 336,71	-106 012,30	-105 084,05	

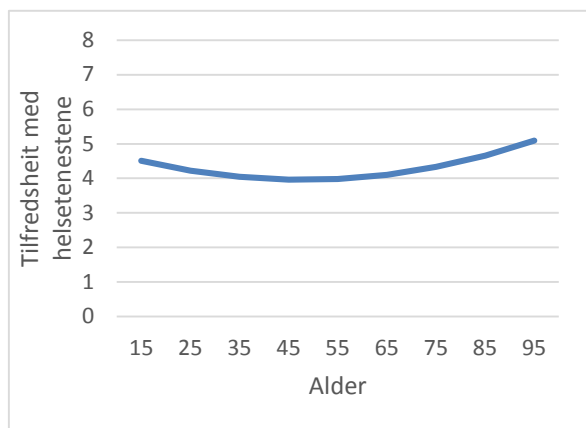
N = 48 102, B: Regresjonskoeffisient, S.E.: Standardfeil, \*\*\*: P < 0,001

### Demografi

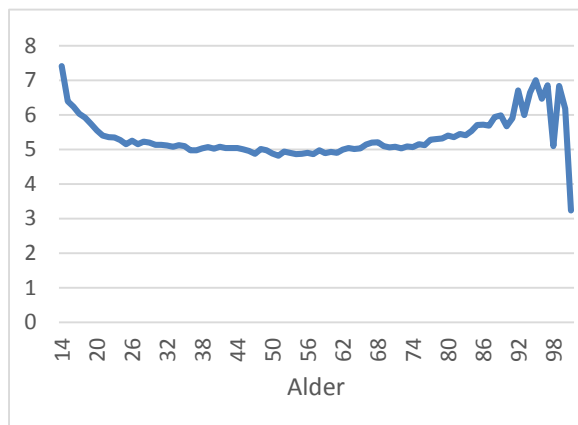
Estimata for koeffisientane for kvinnevariabelen viser at kvinner er statistisk signifikant på 0,01-nivået mindre nøgde med helsetenestene enn menn. Den substansielle skilnaden er likevel ikkje veldig stor (-0,21), med tanke på at tilfredsheita går frå 0-10.

Kva gjeld alder er også denne variabelen statistisk signifikant. Dess eldre ein er, dess meir nøgd er ein med helsetenestene. Det kvadrerte aldersleddet modifierer dette inntrykket noko, ved at dei yngste og eldste gruppene er mest nøgde, medan mellomgruppene er mindre nøgde (jamfør figur 2). Figur 3 under viser kor nøgde dei ulike aldersgruppene er, kontrollert for komposisjonelle effekter. Med andre ord tek den høgde for at variablar som inntekt, utdanning og subjektiv helsetilstand varierer mellom aldersgruppene. Vi ser at dei aller eldste gruppene har ei raskt minkande tilfredsheit med helsetenestene. Dette er typisk aldersgrupper med eit komplisert og omfattande sjukdomsbilete, og dermed skrantande helse. Som det vert vist til

under gjev dårlegare sjølvrapportert helse lågare tilfredsheit, og det er truleg dette som gjev utslag hos dei aller eldste.



Figur 2: Predikerte verdier for alder, alt anna likt



Figur 3: Predikerte marginar

Personar som reknar seg sjølve som ein del av ein etnisk minoritet i landet sitt rapporterer at dei er statistisk signifikant meir nøgde med helsesystemet. Skilnaden er noko sterkare enn for til dømes kjønn, men likevel ikkje svært stor. Vi kan likevel forkaste nullhypotesen om at det ikkje er nokon skilnad mellom etniske grupper etter kor nøgde dei er med helsetenestene. Uansett er resultatane noko overraskande, sidan empirien som er presentert i avsnittet om tidlegare forskning peika i retning av at etniske minoritetar er mindre nøgde enn majoriteten (Crow et al. 2002: 51).

Det er eit visst overlapp mellom minoritetsgruppa og dei som er fødte i utlandet. Likevel er det ein statistisk signifikant effekt også for sistnemnde gruppe. Dei som er fødte i utlandet er statistisk signifikant meir nøgde med helsetenestene enn andre. Eit samspelledd mellom desse to variablane viste seg å ikkje vere statistisk signifikant.

Samla sett forklarar ikkje demografivariablane særleg mykje av variansen på landnivå (om lag 2 prosent), dermed er det grunn til å tru at effekten av desse er relativt lik mellom landa.

### *Sosioøkonomi*

Resultata for utdanningsgruppene viser at å bruke eit dummiesett framfor den kontinuerlege variabelen for utdanningsår er å føretrekke sidan den kontinuerlege viste seg å ikkje vere statistisk signifikant. Både dei med vidaregåande utdanning, og utdanning frå høgskule- og universitetsnivå er statistisk signifikant mindre nøgde med helsetenestene enn dei med grunnskuleutdanning. Ein modell med den åttedelte utdanningsvariabelen vart også køyrd. Denne gav eit meir nyansert bilete av kor nøgde dei ulike utdanningsgruppene er, men for å unngå at modellen vert for omfangsrik og komplisert er berre resultat for den tredelte

utdanningsvariabelen presenterte.

Dummysettet for korleis ein vurderer den økonomiske situasjonen i hushaldet er statistisk og substansielt signifikant. Dess meir komfortabel den økonomiske situasjonen er for den einkilde, dess meir tilfreds er ein med helsetenestene. Den gjennomsnittlege skilnaden mellom dei som har det svært vanskeleg økonomisk og komfortabelt er nesten 1, noko som må seiast å vere ganske mykje av ein skala frå 0 til 10.

#### *Helsetilstand og livskvalitet*

Med tanke på at variabelen for subjektiv helsetilstand har fem kategoriar er det ein relativt sterk samanheng i retning av høgare tilfredsheit med helsetenestene for dei med god helse. Den gjennomsnittlege skilnaden mellom dei med svært dårleg sjølvrapportert helse og dei med svært god er so mykje som om lag 1,2 poeng på tilfredsheitskalaen. Resultata er statistisk signifikante på 0,01-nivået og peikar i retning av ei styrking av hypotesen om at dess betre helsetilstand ein er i, dess høgare tilfredsheit har ein.

Også variabelen for livskvalitet gjev statistisk signifikante utslag. Dess meir tilfreds ein er med livet, dess meir nøgd er ein med helsetenestene. Eit interessant poeng som må nemnast er at koeffisientane for inntektsvariablane minkar ein god del når vi inkluderer desse to siste variablane. Dette kan truleg tolkast i retning av at dei med god sjølvrapportert helse og høg livskvalitet i større grad enn andre har det komfortabelt økonomisk.

### **5.4 Nivå-2-modellen**

Om vi legg til dei to variablane på nivå 2 får vi likninga for den endelege modellen:

$$Y_{it} = \beta_0 + \beta_1 * Kvinne_i + \beta_2 * Alder_i + \beta_3 * Alder2_i + \beta_{4b} * Vidaregåande\_utdanning_i + \beta_{4c} * Høgare\_utdanning_i + \beta_{5b} * Inntekt\_vanskeleg_i + \beta_{5c} * Inntekt\_klarerseg_i + \beta_{5d} * Inntekt\_komfortabelt_i + \beta_6 * Subjektiv\_helsetilstand_i + \beta_7 * Livskvalitet_i + \beta_{8b} * Anglo\_saksisk_i + \beta_{8c} * Bismarck_i + \beta_{8d} * Sentral - austleg_i + \beta_{8e} * Austleg_i + \beta_{8f} * Sørleg_i + \beta_9 * Forventa\_levealder_i + u_{0i} + e_{it},$$

der  $\beta_8$ -koeffisientane viser effekten av høvesvis *anglosaksisk*, *bismarckiansk*, *sentral-austleg*, *austleg* og *sørleg velferdsregime* versus det *sosialdemokratiske*.  $\beta_9$ -koeffisienten viser effekten av forventa levealder.

Tabell 6: Regresjonsestimat for fire nivå-2-modellar

Variabel	BNP		Velferdsregime		BNP og velferdsregime		Endeleg modell	
	B	S.E	B	S.E	B	S.E	B	S.E
<b>Konstant</b>	4,439***	0,239	5,405***	0,429	4,703***	1,175	-11,18	6,75
<b>BNP</b>								
Brutto nasjonalprodukt	0,000***	0,000			.000	.000		
Sosialdemokratisk (referansekategori)			0,000		0,000		0,000	
<b>Velferdsregime</b>								
Anglosaksisk			-0,785	0,638	-0,531	0,747	-0,871	0,576
Bismarckiansk			-0,067	0,561	0,061	0,591	-0,181	0,507
Sentral-austleg			-1,435***	0,561	-0,928	0,968	-0,640	0,600
Austleg			-1,993***	0,561	-1,411	1,065	-0,288	0,857
Sørleg			-1,307***	0,591	-0,926	0,835	-1,359*	0,533
<b>c_liex_2009</b>	Forventa levealder						0,207***	0,084
<b>Estimat for varianskomponentar</b>								
<b>Residualvarians landnivå</b>		0,765	0,696	0,685	0,564			
<b>Forklart varians, landnivå</b>		58,5%	62,3%	62,9%	69,4%			
<b>Forklart varians, totalt</b>		20,9%	21,9%	22,1%	23,9%			
<b>-2 Log Likelihood</b>		-105 077,57	-105 076,34	-105 076,14	-105 073,62			

$N = 48\ 102$ , B: Regresjonskoeffisient, S.E.: Standardfeil, \*:  $P < 0,05$ . \*\*\*:  $P < 0,001$ .

Dei individspesifikke variablane er framleis med i modellen, men er utelatne frå tabellen av plassomsyn

Resultata for nivå-2-modellen viser at dess høgare brutto nasjonalprodukt eit land har dess meir nøgde er innbyggerane med helsesystemet, noko som er i tråd med hypotesen som er presentert ovanfor. Som vi ser av tabell 6 over er den forklarte variansen på landnivået oppe i om lag 58 prosent etter å ha inkludert BNP.

Ingen av dei andre økonomivariablane viste seg å vere statistisk signifikante. Med andre ord har ikkje prosentandelen helseutgiftene utgjør av dei totale offentlege utgiftene nokon signifikant samanheng med tilfredsheitsnivået. Tilsvarande gjeld for dei private sin andel av helseutgiftene, eller kor stor prosentandel som må dekkast ut av lomma.

Variabelen for velferdsregime forklarar litt meir varians på landnivået enn brutto nasjonalprodukt. Skilnaden mellom dei sosialdemokratiske, anglosaksiske og bismarckianske velferdsregima er ikkje stor nok til å vere statistisk signifikant. Derimot er innbyggerane i dei austlege, sentral-austlege og sørlege velferdsregima klart mindre nøgde med helsetenestene enn i det sosialdemokratiske, med fyrstnemnde som mest negative.

Når forventa levealder står som einaste variabel på landnivå forklarar den – saman med dei individuelle - like mykje varians som BNP og velferdsregime; om lag 59%. Dess høgare den



forventa levealderen er, dess meir nøgde er innbyggjarane.

Noko overraskande viser resultata av regresjonen at innbyggjarane i land med høgare antal legar per 1000 innbyggjarar er statistisk signifikant mindre nøgde med helsesystemet enn i andre land. Denne variabelen bidreg likevel ikkje spesielt mykje med tanke på forklart varians. Sidan den viser seg å ikkje vere statistisk signifikant i ein endeleg modell saman med velferdsregime og forventa levealder, er den utelukka frå den endelege analysen.

Om vi kombinerer høvesvis BNP og velferdsregime med variabelen for forventa levealder bidreg desse med større forklart varians enn berre ein av desse isolert. Sidan velferdsregime og forventa levealder predikerer datamaterialet best, utgjer desse to den endelege modellen. Den mest iaugefallande endringa som skjer når vi kontrollerer for levealder er at dummyvariabelen for det austlege velferdsregimet ikkje lenger er statistisk signifikant. Grunnen er ganske enkel, sidan den gjennomsnittlege forventa levealderen i desse landa er klart lågare enn i dei andre regima. Meir konkret eit snitt på om lag 72 år, versus rundt 80 år i dei nordlege regima.

*Tabell 7: Estimat for restvarians og forklart varians for ulike landnivåmodellar*

	Restvarians	Forklart varians
<b>Nullmodellen</b>	1,846	0,0%
<b>Full individuell modell</b>	1,261	31,7%
<b>Helseutgifter som del av BNP</b>	1,062	42,4%
<b>Private utgifter</b>	1,098	40,5%
<b>Ut av lomma-finansiering</b>	0,915	50,4%
<b>Brutto nasjonalprodukt</b>	0,765	58,5%
<b>Legedekning</b>	1,197	35,1%
<b>Forventa levealder</b>	0,757	59,0%
<b>Velferdsregime</b>	0,696	62,3%
<b>BNP og legedekning</b>	0,602	66,4%
<b>Velferdsregime og BNP</b>	0,685	62,9%
<b>Velferdsregime og legedekning</b>	0,593	67,9%
<b>Velferdsregime og forventa levealder</b>	0,564	69,4%

Som vi ser av tabell 8 på neste side er det predikerte gjennomsnittet for fleire av landa endra ein god del som fylgje av at vi har kontrollert for ei rad individ- og landnivåvariablar. Samla sett ser det ut for at landgjennomsnitta går i retning av ei samling rundt velferdsregimesnitta, som er relativt konstante. Dette tyder på at variablane vi har inkludert i analysen forklarar ein god del av skilnaden mellom land innan gruppene, men ikkje i veldig stor grad skilnadane mellom velferdsregima. Med andre ord er det sannsynleg at det finst aspekt ved dei ulike regima som fører til ulikskapen i tilfredsheitsnivå.

Tabell 8: Predikerte marginar for tilfredsheit med helsetenestene, etter velferdsregime og land, før regresjon og for den individuelle og fulle modellen

Velferdsregime	Før	Ind	Full	Land	Før	Ind	Full
Sosialdemokratisk	6,52	5,52	6,48	Danmark	6,38	5,62	6,32
				Finland	6,94	5,42	6,33
				Norge	6,40	5,53	6,64
				Sverige	6,26	5,54	6,66
Anglosaksisk	5,49	5,34	5,48	Irland	4,12	5,22	5,26
				Israel	6,12	5,50	5,95
				Storbritannia	6,34	5,36	5,40
Bismarckiansk	6,06	5,35	6,21	Belgia	7,44	5,41	6,14
				Frankrike	5,96	5,11	6,05
				Nederland	6,35	5,45	6,39
				Sveits	6,81	5,63	6,78
				Tyskland	4,77	5,24	5,97
Sentral-austleg	4,56	5,05	4,58	Kroatia	5,06	4,68	4,51
				Polen	3,80	5,13	4,67
				Slovenia	5,70	5,07	5,30
				Tsjekkia	4,56	5,22	4,59
				Ungarn	3,82	4,81	3,91
Austleg	3,71	4,82	3,76	Bulgaria	2,94	4,96	4,06
				Estland	6,48	5,23	4,72
				Russland	3,62	4,94	2,96
				Slovakia	3,76	4,55	4,55
				Ukraina	2,65	4,87	2,69
Sørleg	4,57	5,14	4,77	Hellas	3,00	4,97	4,52
				Kypros	5,41	5,30	5,06
				Portugal	4,52	5,05	4,40
				Spania	6,44	5,39	5,36
<b>Total</b>	<b>5,06</b>	<b>5,18</b>	<b>5,14</b>				



## 6 *Diskusjon*

Som eg var inne på innleiingsvis er det naudsynt å tolke relativt kompliserte statistiske analyser i lys av eit teoretisk rammeverk, viss ein vil overstige sosiometrien sine avgrensingar. Hovudsiktemålet med denne drøftingsdelen er å samanfatte og tolke resultata frå regresjonen i lys av dei fire punkta som avrunda teori- og litteraturutgreiinga ovanfor, i lys av omgrepspara intern-ekstern og mikro-makro. Fyrst vert skilnadane etter dei interne og eksterne forholda på makroplanet diskuterte. Deretter tek eg for meg effekten av dei individspesifikke eksterne variablane på vekselvis mikro- og makroplanet.

### 6.1 *Makro – intern versus ekstern*

#### *Intern*

Resultata i denne oppgåva tyder på at det har noko for seg å ta utgangspunkt i utforminga av velferdsinstitusjonen når ein skal forklare skilnadane i tilfredsheit med helsetenestene mellom land. Det går eit skilje gjennom Europa mellom dei tre prototypiske velferdsregima i nord som Esping-Andersen (1990) presenterte, og dei tre i sør og aust. Det er ingen statistisk signifikante skilnader mellom dei sosialdemokratiske, anglosaksiske og bismarckianske velferdsregima når det gjeld kor nøgde innbyggjarane er med helsetenestene. Innbyggjarane i dei sørlege, sentral-austlege og austlege regima er derimot både statistisk og substansielt signifikant mindre nøgde enn i det sosialdemokratiske regimet, med folka i det austlege som dei mest kritiske. Velferdsregimevariabelen åleine forklarar om lag 40 prosent av variansen på landnivået, på toppen av dei 30 prosentane som individnivåvariablane forklarar.

Det kan kanskje diskuteras om velferdsregimevariablane kan reknast som både interne og eksterne. Graden av sosial utjamning initiert av velferdssystemet må til dømes kunne reknast som ein ekstern påverknad, med tanke på helsetenestene. Analysene viser vidare at korkje prosentdelen helseutgiftene utgjer av BNP, eller privatutgiftene og ut av lomma-utgiftene utgjer av helseutgiftene, er statistisk signifikante. Desse tre må reknast som interne faktorar, og insignifikansen peikar i retning av at slike faktorar på makronivå ikkje kan forklare ulikskapen i tilfredsheit med helsetenestene. I so måte er det relevant å vurdere desse resultata opp mot Bambra (2005) sine analyser, som tyder på at helsesystema i Europa berre delvis samsvarer med ein velferdsregimetyologi. Med andre ord avvik helsesystema i fleire land frå velferdsregimet dei eigentleg «høyrer heime i». I sin artikkel har Bambra (2005: 36) teke utgangspunkt i liknande finansieringsvariablar som er brukte i denne oppgåva, og laga ein

typologi etter graden av dekommodifisering. Grunnen til at ei slik helseregimeinndeling ikkje ville ha vore fruktbar i denne oppgåva, er fordi den i praksis berre flyttar Irland til det konservative regimet, og Storbritannia til det sosialdemokratiske. Italia ligg under det konservative regimet i begge tilfelle. Andre sørlege og austuropeiske land er ikkje med i analysen hennar. Sidan det ikkje finst statistisk signifikante skilnader mellom dei tre nordlege velferdsregima med tanke på tilfredsheit med helsetenestene, ville ikkje ein slik ny helseregimevariabel ha endra nemneverdig på resultatata i denne oppgåva. Oppsummert er truleg den låge graden av dekommodifisering i dei tre austlege og sørlege velferdsregima ei av hovudforklaringane til det relativt låge nivået i tilfredsheit med helsetenestene i desse områda.

Den einaste variabelen på makronivå – utanom velferdsregimetylogien – som omhandlar interne forhold er legedekning per 1000 innbyggjarar. Tidlegare forskning har peikt i retning av at land med høg legedekningsgrad har meir nøgde innbyggjarar enn andre (Wendt et al. 2010). Resultata i regresjonen går i motsett retning, med ein statistisk signifikant samanheng der høgare legedekning gjev lågare tilfredsheit. Dette paradoksale funnet må likevel ikkje overdrivast, sidan variabelen bidreg lite til modellen. Då variabelen vart inkludert saman med velferdsregime og forventa levealder i den endelege modellen, synte den seg å vere statistisk insignifikant.

### *Ekstern*

Ein kan spørje seg i kva grad det er fruktbart å nytte ein velferdsregimemodell for å setje lys på tematikken i denne oppgåva. Modellen der brutto nasjonalprodukt er inkludert som einaste variabel på nivå-2 forklarar om lag like mykje varians som velferdsregimemodellen. Slik sett kan det hevdast – i eit marxistisk inspirert perspektiv – at dei harde realitetane i økonomien, og utforminga av den økonomiske institusjonen er ei enklare og betre forklaring på skilnadane i tilfredsheit. Meir konkret at dei materielle forholda i basis skaper den institusjonelle oppbygginga av velferdssystemet i overbygninga. Grunngevinga for at velferdsregimeperspektivet likevel er betre, er firedelt. For det eine har BNP noko mindre forklaringskraft enn velferdsregimemodellen. For det andre undervurderer ein slik tankegang den politiske institusjonen sin innverknad på både velferds- og den økonomiske institusjonen. Det finst truleg mange døme på velferdsreformer som har innverknad på folk si tilfredsheit, som ikkje krev voldsomt store økonomiske ressursar; til dømes omfordeling. For det tredje kjem ein ikkje utanom at utbygginga av eit sosialt tryggleiksnett kan legge grunnlaget for økonomisk vekst. Vekst er avhengig av at personar er viljuge til å gå i gang med nye og gjerne risikable prosjekt. Dersom ein står i fare for å verte økonomisk ruinert om føretaket går dukken, er det ein viss

logikk i at risikoviljen vil verte monaleg redusert, med lågare potensial for økonomisk vekst som konsekvens. For det fjerde er det ikkje urimeleg å hevde at velstandsnivå og velferd på mange område er samanfallande fenomen. Med andre ord at velferdsregime og brutto nasjonalprodukt er kollineære variablar når det gjeld tilfredsheit med helsetenestene. Samla sett vert det feil å oversjå det gjensidige forholdet mellom økonomien og velferdssystemet, og sidan velferdsregimeinndelinga langt på veg fangar opp begge, er denne nytta i den endelege modellen.

Ein viss komponent av den forventa levealderen vil vere ein direkte effekt av produksjonen i helsesystemet, sidan god behandling vil kunne forlenge livet med fleire år. Like fullt må den i praksis reknast som ekstern, sidan livsstilsfaktorar, arbeids- og andre sosiale forhold truleg vil ha ein langt sterkare innverknad. Variabelen er inkludert i den endelege modellen, og gjev eit statistisk signifikant bidrag. Det sterkaste utslaget finn vi for det austlege velferdsregimet, der den forventa levealderen er ein god del lågare enn lenger vest.

## **6.2 Mikro - ekstern**

Som tidlegare nemnt fell dei interne faktorane på mikronivå utanfor analysen i denne oppgåva, sidan ESS ikkje inneheld informasjon om slike forhold. Ei inkludering av slike faktorar i analysen ville ha gjeve eit meir komplett bilete av situasjonen. Effekten av dei eksterne individuelle variablane er derimot med, og gjev ein peikepinn på kva delar av folket som i liten grad er nøgde med helsetenestene i landet sitt. Like fullt er dei komposisjonelle effektene av desse variablane som tidlegare nemnt minst like viktig, sidan strukturelle reformer i land med uheldig samansetjing for desse variablane vil kunne heve tilfredsheitsnivået monaleg.

### *Sosioøkonomi*

Dei sosiale institusjonane oppstår og vert omforma i gjensidig samverke med samansetjinga av folkesetnaden i landa. Altso det som sorterer under det Mills meiner samfunnsvitarar bør analysere under paraplyen *biografi*. Den sosiale lagdelinga er eit godt døme på dette. Marknadsverdien knytt til posisjonar i arbeidslivet er differensierte etter eit hierarkisk prinsipp i alle land, men i ulik grad. Med andre ord er det relativt store skilnader i den sosiale strukturen mellom landa i Europa. Regresjonen viser at dess betre ein opplever hushaldet sin økonomiske situasjon, dess meir tilfreds er ein med helsetenestene. Om vi tolkar dette i lys av det økonomiske perspektivet presentert ovanfor kunne ein kanskje tenkje at samanhangen ikkje nødvendigvis treng å vere slik. Dei ulike gruppene har ulike mengder ressursar tilgjengeleg til helsetenester, og prøver å få so mykje ut av dei som mogleg. Ein slik logikk tilseier at dei med

små økonomiske ressursar har lågare forventingar enn dei med større og at det dermed skal mindre til for at dei vert nøgde. Denne føresetnaden held truleg ikkje, i og med at dei fleste – uavhengig av økonomisk bakgrunn – vil forvente og ynskje å få den hjelpa dei treng når det er nødvendig. Med andre ord er truleg forventingane nokolunde like. Hovudforklaringa på at dei med best økonomisk situasjon er meir nøgde er truleg at dei står langt friare til å kunne skaffe den behandlinga dei vil ha. Det vil kunne gjelde både i system med omfattande universelle offentlege ordningar, og i land med liten grad av slike tilbod. Med tanke på den aukande sosiale ulikskapen i mange land dei seinare tiåra (OECD 2011), er det grunn til å tru at inntektseffekten har vorte viktigare over tid.

Effekten av hushaldsøkonomien på individnivå er eit interessant funn i seg sjølv, men den er minst like viktig på landnivået. I dei sosialdemokratiske landa vurderer over 90 prosent at den økonomiske situasjonen er slik at dei klarer seg eller at den er komfortabel. Tilsvarende tal for dei austlege landa er dryge 40 prosent, med hovudvekt på at dei klarer seg. Dette forklarar dermed ein signifikant del av skilnaden i tilfredsheit mellom regima. Vi har her med ein komposisjonell effekt å gjere, sidan ein viktig variabel på individnivå er ulikt samansett i landa som er analyserte. Grunnen til at folket opplever den økonomiske situasjonen so ulikt, er todelt. For det eine er velstanden i sosialdemokratia langt større, med eit brutto nasjonalprodukt i snitt på om lag 58 000 dollar per innbyggjar, mot knappe 10 000 i aust. Landa i aust produserer med andre ord ikkje nok varer og tenester til at størsteparten av folket kjenner at økonomien strekk til i det daglege. For det andre er inntektssikringa dårlegare og dei monetære velferdsgodene langt mindre utbygde i aust, noko som gjer folkesetnaden mindre kapabel til å få økonomien til å gå rundt. Dei andre regima plasserer seg mellom desse to ytterpunkta, med det anglosaksiske og bismarckianske nærast det sosialdemokratiske, og det sørlege og sentral-austlege nærare det austlege. Samla sett ser vi derfor ein klar tendens i retning av at velferdssystema i ganske ulik grad kan garantere for den økonomiske tryggleiken til innbyggjarane sine, som igjen fører til redusert tilfredsheit med helsetenestene. Koplinga mellom desse to er truleg at komfortabel økonomi set folk i stand til å skaffe seg dei helsetenestene dei treng, uavhengig av kor godt utbygd det offentlege helsevesenet er.

Personar med utdanning på vidaregåande og høgskule/universitetsnivå er statistisk signifikant mindre nøgde enn dei med utdanning opp til fullført grunnskule. Dette er i tråd med det tidlegare forsking (Bleich, Özaltin & Murray 2009: 274) har vist og bygger i so måte opp under desse resultatata. Som nemnt innleiingsvis er det grunn til å tru at personar med høgare utdanning er meir kritisk anlagt til tilbodet dei får og har høgare forventingar. Det skal likevel nemnast at

koefisientane for skilnadane ikkje er spesielt store og vi skal derfor vere varsame med å overdrive effekten av utdanning.

Om vi lyftar opp desse resultatata på makronivå får vi fram nokre interessante poeng, om vi føreset at verknaden av utdanning er lik i alle land. Landa i det austlege velferdsregimet har færrest personar med fullført utdanning på berre grunnskulenivå. Dette kan vere ein del av forklaringa på at gjennomsnittleg tilfredsheit er so låg i dette området, sidan folk med grunnskuleutdanning er meir nøgde enn dei med vidaregåande og høgare utdanning. I det sørlege velferdsregimet førekjem det motsette forholdet. Her har over 50 prosent utdanning på inntil grunnskulenivå. Med andre ord er det ikkje det låge utdanningsnivået som forklarar kvifor folket i dette regimet er relativt sett lite nøgde med helsetenestene. Andre faktorar oppveg dermed truleg for utdanningseffekten her, med tanke på tilfredsheitsnivået versus regima i nord. I det sentral-austlege regimet er utdanningsnivået om lag tilsvarande som i nord. Av den grunn er det lite som tyder på at skilnader i utdanningsnivå forklarar kvifor desse landa er mindre nøgde enn i det sosialdemokratiske, anglosaksiske og bismarckianske regimet.

Oppsummert forklarar desse to sosioøkonomiske variablane om lag 17 prosent av variansen i datamaterialet på landnivået, når dei demografiske variablane er kontrollert for. Dette peikar i klar retning av at komposisjonelle effekter forklarar ein god del av skilnaden i tilfredsheit mellom landa.

### *Demografi*

Det overordna inntrykket er at demografiske variablar som kjønn, alder, etnisitet og om ein er fødd i landet ein bur i eller ikkje, gjev eit relativt lite signifikant bidrag til å forklare variasjonen i datamaterialet. Dette gjeld både på individ- og landnivå, med høvesvise forklaringsprosentar på 1,9 og 2,1.

Skilnaden mellom menn og kvinner i tilfredsheit er statistisk signifikant, men det kan stillast spørsmål om i kva grad den er substansielt signifikant. Utvalet i undersøkinga er svært stort, noko som medfører at det er små ulikskapar som skal til før dei vert statistisk signifikante. Sett i lys av den tidlegare forskinga (Crow et al. 2002), som spriker på dette punktet kan det ikkje dragast nokon konklusjon basert på resultatata for kjønnsvariabelen.

Resultata for alder modifierer inntrykket i den tidlegare forskinga (Crow et al. 2002), som har vist at dei eldste er mest nøgde med helsetenestene. Føresetnaden om eit lineært forhold mellom desse to variablane er ikkje oppfylt. Materialet viser eit statistisk signifikant kurvelineært forhold der dei yngste og dei eldste er mest nøgde, medan dei mellomaldrande er noko mindre



nøgde. Igjen må det minnast om at det ikkje er råd ut frå datamaterialet å vite om dette er snakk om ein kohort- eller livsfaseeffekt. Med andre ord om det er epoken ein er fødd i, eller alderen i seg sjølv som er avgjerande. Ei mogleg forklaring på den kurvelineære samanhengen kan vere at dei yngste i liten grad har vore i kontakt med helsevesenet – i alle fall som dei har minne om - og dermed ikkje har spesielt negative erfaringar med systemet. Dei mellomaldrande har gjerne ei sterk ansvarskjensle for både born og gamle foreldre og kan slik sett i større grad enn desse vere kritiske til tilbodet. Det er ikkje urimeleg å anta at grunnen til at innbyggjarane på sine eldre dagar er meir nøgde er at dei får eit meir stoisk sinnelag etter eit langt liv, og dermed senkar forventingane. Det hadde vore svært interessant å kunne gå djupare inn i samspelet mellom forventingar og tilfredsheit, men som vi allereie har nemnt fell dette utanfor denne oppgåva sine analysemoglegheiter. Sidan den gjennomsnittlege alderen er relativt lik mellom regima er det liten grunn til å anta at aldersvariabelen i særleg grad forklarar kvifor regima i aust og sør er mindre nøgde enn i nord. Med eit mogleg unntak for det austlege regimet der den forventa levealderen er lågare enn elles. Eit stort fråfall i dei eldste og mest nøgde aldersgruppene vil kunne ha ein viss innverknad.

Regresjonen viser at dei som reknar seg som del av ein etnisk minoritet i landet dei bur i er statistisk signifikant *meir* nøgde med helsetenestene enn andre. Dette resultatet står i ganske sterk kontrast til det tidlegare forsking (Crow et al. 2002: 51) har vist, utan at det er heilt godt å seie kvifor det er slik. Det kan kanskje ha med ein seleksjonseffekt å gjere. Sidan det er ein relativt liten andel av utvalet som høyrer inn under denne gruppa (om lag 3.000 av 48.000 inkluderte i analysen) kan det tenkjast at det er berre dei mest tilfredse representantane frå dei etniske minoritetane som er inkluderte. I mange land i aust-Europa er til dømes grupper som romfolket ganske sterkt marginaliserte og kritiske til storsamfunnet, og kan av den grunn ha late vere å svare på undersøkinga. Alternativt kan den tidlegare forskinga ikkje ha fanga opp samanhengen som førekjem i ESS-datamaterialet.

Landa i aust har ein større andel av etniske minoritetar enn dei andre regima, med unntak av det anglosaksiske. Slik sett dreg effekten av denne variabelen i retning av å moderere gapet i tilfredsheit versus dei andre regima.

Også personar som er fødde i utlandet er signifikant meir nøgde med helsesystemet. Ein samspelevariabel mellom etnisitet og fødd i utlandet-variabelen viste seg å ikkje vere statistisk signifikant, so slik sett er det rimeleg å anta at personar frå etniske minoritetar som er fødde i utlandet er monaleg meir nøgde enn den etniske majoriteten som er fødde i landet dei bur i. Det anglosaksiske regimet skil seg ut med den klart største gruppa med personar fødde utanfor

landet sine grenser. Den historiske bakgrunnen for dette er so klart den sterke innvandringa til Storbritannia frå Samveldet, og tilbakevending frå den jødiske diasporaen til Israel. Dette dreg dermed i positiv retning for dette regimet. I motsett ende er knappe seks prosent av folket i det austlege regimet innflyttarar. Effekten av denne variabelen gjev dermed eit lite bidrag til å forklare kvifor tilfredsheitsnivået i aust er so lågt.

### *Subjektive variablar*

Dei to subjektive variablane som måler helsetilstand og livskvalitet bidreg litt med forklart varians på individnivået, og monaleg på landnivået; høvesvis 3,7 og 12,6 prosent. Som nemnt er resultata for begge i tråd med den tidlegare forskinga (Bleich, Özaltin og Murray 2009: 274; Weingarten et al. 1995). Dei med dårleg sjølvrapportert helse er mindre nøgde med helsetenestene. Det største utslaget på makronivå for denne variabelen finn vi for det austlege velferdsregimet. Både omfattande alkoholmisbruk og annan sosial misère gjer at den gjennomsnittlege subjektive helsetilstanden i aust ligg godt under snittet for dei andre regima. Av den grunn slår denne variabelen negativt ut for dette regimet, med tanke på kor nøgde innbyggjarane er med helsetenestene. Folkehelsearbeid med mål om å rette opp i desse forholda vil truleg kunne slå ut i auka tilfredsheitsnivå, både som ein direkte effekt av at helsa vert betre, men truleg også ved at aktive tiltak frå helsevesenet vil betre inntrykket av systemet.

Endå sterkare er samanhengen mellom målt livskvalitet og tilfredsheit. Dess meir nøgd ein er med livet generelt sett, dess meir nøgd er ein med helsetenestene. Innleiingsvis påpeikte eg det noko problematiske ved å inkludere ein slik generell subjektiv variabel, med bakgrunn i kausalitetsproblematikk. Likevel er det truleg slik at ein person som generelt sett har det bra, i større grad vil vere tilbøyeleg til å vere positivt innstilt til mange ulike fenomen enn ein misnøgd person. Når den gjennomsnittlege sjølvrapporterte livskvaliteten er to poeng lågare i det austlege enn i det sosialdemokratiske velferdsregimet, er det derfor ikkje overraskande at denne variabelen slår ut på tilfredsheita med helsetenestene. Også i det sørlege regimet er livskvaliteten relativt låg, noko som er med på å forklare kvifor tilfredsheitsnivået også her er lågare enn i nord. Alle dei demografiske, sosioøkonomiske og subjektive må kunne reknast som eksterne, sidan dei ikkje på noko vis er direkte forårsaka av utforminga og tenesteproduksjonen i helsesystemet.



## 7 *Konklusjon*

Hovudsiktemålet med denne oppgåva har vore å finne ut kva interne og eksterne faktorar på mikro- og makronivå som predikerer tilfredsheit med helsetenestene i Europa, og i siste instans relatere dette til teoriar om velferdsregime. Den teoretiske gjennomgangen gav til kjenne den historiske bakgrunnen for utviklinga av desse regima. Splittinga av den katolske kyrkja under reformasjonen, og ulike former for hopehav mellom kyrkje- og konge-/statsmakta frå tidleg nytid av resulterte i framveksten av ulike velferdskulturar. Vidare påverka framveksten av sosialismen og kristendemokratiet på 1800-talet utforminga av velferdsinstitusjonane. På slutten av 1900-talet fekk oppløysinga av Sovjetunionen, og dei sosiale endringane i etterkant av denne avgjerande tyding i dei austeuropeiske landa.

I den empiriske analysen er ein seksdelt velferdsregimetyologi nytta. Innbyggjarane i dei tre minst utbygde sørlege, sentral-austlege og austlege velferdsregima har mindre nøgde innbyggjarar enn dei meir omfattande regima i nord. I denne oppgåva har vi sett at velstandsnivået og utforminga av velferdsinstitusjonen kan forklare ein god del av desse skilnadane. Modellane for brutto nasjonalprodukt og velferdsregimetyologien har om lag ekvivalent forklaringskraft. Slik sett peikar resultatata i retning av at økonomisk vekst og utbygging av gode helsetenester heng nøye saman. Den låge graden av dekommodifisering i sør og aust er truleg ein viktig forklaringsfaktor. Ut frå dette kan det argumenterast for at landa som sorterer under det sørlege og austlege velferdsregimet burde sjå til dei andre regima for inspirasjon, og bygge opp helsetenestene sine etter tilsvarende mal.

Fleire moglege kritikkar mot eit slikt syn kan fremjast. Det fyrste er at desse landa ikkje har tilstrekkeleg med økonomiske ressursar til å kunne gjennomføre eit slikt lyft, i og med at brutto nasjonalprodukt for desse landa er monaleg lågare enn i dei andre regima (jamfør tabell 3). For det andre skal ein vere varsam med det vi kan kalle velferdssentrisme. I dette omgrepet ligg eit implisitt syn om at det sosialdemokratiske velferdssystemet med omfattande offentleg ansvar for helsetenestene er det beste som alle andre burde ta etter. Sett opp mot kvarandre er det like fullt truleg den fyrste forklaringa som har mest føre seg, sidan ressurstilgangen unekteleg har mykje å seie for kvaliteten på det medisinsk utstyret og behandlinga ein kan gje.

Demografiske variablar som kjønn, alder, etnisitet og om ein er fødd i utlandet forklarar berre ein liten del av variasjonen i tilfredsheit, både på individ- og landnivå. Sosioøkonomiske variablar som utdanningsnivå og den økonomiske situasjonen til hushaldet forklarar ein substansiell del av variasjonen mellom land, sidan samansetjinga etter desse faktorane er ulik.

Vidaregåande og høgare utdanning gjer ein mindre tilfreds med systemet. God hushaldsøkonomi gjev høg tilfredsheit. Tilsvarande gjeld for dei subjektive meiningsvariablane for helsetilstand og livskvalitet. God helsetilstand og livskvalitet predikerer høg tilfredsheit med helsetenestene. Sidan dei gjennomsnittlege verdiane for desse variablane er ulike mellom regime, bidreg dei til å forklare ulikskapen i kor nøgde folket er med helsesystemet på landnivået.

I tråd med Bleich et al. (2009) tyder resultata på at eksterne faktorar er svært viktige for å forstå ulikskapen i kor nøgde folket er med helsetenestene. Nokon bastant konklusjon på om dei eksterne eller interne faktorane er viktigast kan likevel ikkje dragast, sidan ingen interne variablar på mikronivå er inkluderte i analysen.

## *Litteraturliste*

Abrahamson P. (1999). The welfare modelling business, *Social Policy & Administration*, vol. 33 (4): 394-415

Arts W. & Gelissen J. (2002). Three worlds of welfare capitalism or more?: a state-of-the-art report, *Journal of European Social Policy*, vol. 12 (2): 137-58

Arts W. & Gelissen J. (2010). Models of the welfare state. I: F. G. Castles, S. Leibfried, J. Lewis, H. Obinger & C. Pierson (red.), *The Oxford Handbook of The Welfare State*. Oxford: Oxford University Press

Aspalter C. (2006). New developments in the theory of comparative social policy, *Journal of Comparative Social Welfare*, vol. 22 (1): 3-22

Aspalter C., Kim J. & Park S. (2009). Analyzing the Welfare State in Poland, the Czech Republic, Hungary, and Slovenia: An Ideal-typical Perspective, *Social Policy and Administration*, vol. 43 (2): 170–85

Bambra C. (2005). Worlds of Welfare and the Health Care Discrepancy, *Social Policy and Society*, vol. 4 (1): 31-41

Blakely T. & Woodward A. (2000). Ecological effects in multi-level studies, *J Epidemiol Community Health*, vol. 54 (5): 367-74

Bleich S., Özaltın E. & Murray C. (2009). How does satisfaction with the health-care system relate to patient experience? *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 87 (4): 271-78

Blendon R. J., Leitman R., Morrison I. & Donelan K. (1990). Satisfaction with health systems in ten nations, *Health Affairs*, vol. 9 (2): 185-92

Blendon R. J., Schoen C., DesRoches C. M., Osborn R., Scoles K. L. & Zapert K. (2002). Inequities in Health Care: A Five-Country Survey, *Health Affairs*, vol. 21 (3): 182-191

Bonoli G. (1997). Classifying welfare states: a two-dimension approach, *Journal of Social Policy*, vol. 26 (3): 351-72

Cottle D. (1990). *Client-centered service: how to keep them coming back for more*. New York: Wiley

Crow R., Gage H., Hampson S., Hart J., Kimber A., Storey L. & Thomas H. (2002). The measurement of satisfaction with healthcare: implications for practice from a systematic review of the literature, *Health Technology Assessment*, vol. 6 (32)

*Dagens Næringsliv* (2010): Norsk misnøye. Leder. Henta 23. April 2003 frå <http://www.dn.no/forsiden/kommentarer/article1928128.ece>

Dobson S., Maddana G. S. & Miller E. (1989). *Micro economics*. Maidenhead: McGraw Hill

Eco U. (1985). *Kunsten å skrive en akademisk oppgave, hovedoppgave og masteroppgave*. Oslo: IDEM forlag

Eikemo T. A., Bambra C., Judge K. & Ringdal K. (2008). Welfare state regimes and differences in self-perceived health in Europe: A multilevel analysis, *Social Science & Medicine*, vol. 66: 2281-2295

Elias N. (1991). *The society of individuals*. New York, NY: Continuum

Esping-Andersen G. (1990). *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge: Polity Press

Esping-Andersen G. (1999). *Social foundations of postindustrial economies*. Oxford: Oxford University Press

European Social Survey (2012). *ESS-5 2010 Documentation Report. Edition 3.0*. Bergen: European Social Survey Data Archive, Norwegian Social Science Data Services

Fenger H. J. M. (2007). Welfare regimes in Central and Eastern Europe: Incorporating post-

communist countries in a welfare regime typology, *Contemporary Issues and Ideas in Social Sciences*, vol. 3 (2): 1-30

Ferragina E. & Seeleib-Kaiser M. (2011). Welfare regime debate: past, present, futures? *Policy & Politics*, vol. 39 (4): 583-611

Finansdepartementet (2012). *Prop. 1 S: Statsbudsjettet 2013*. Oslo: Fagbokforlaget

Gelissen J. (2001). *Worlds of welfare, worlds of consent?: public opinion on the welfare state*. Amsterdam: Thela Thesis

Goodin R. E. (1988). *Reasons for welfare: the political theory of the welfare state*. Princeton, NJ: Princeton University Press

Grimm D. (1986). The modern state: continental traditions. I: F.-X. Kaufmann, G. Majone and V. Ostrom (red) med assistanse frå W. Wirth, *Guidance, control, and evaluation in the public sector: the Bielefeld interdisciplinary project*. Berlin: de Gruyter

Harste G. (1997). Tillit. I: O. Korsnes, H. Andersen & T. Brante (red.), *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget

Hox J. J. (2010). *Multilevel Analysis – Techniques and Applications*. New York: Routledge

Jung H., Van Horne F., Wensing M., Hearnshaw H. & Grol R. (1998). Which aspects of general practitioners' behavior determine patients' evaluations of care? *Soc Sci Med*, vol. 47: 1077–87

Kahl S. (2005). The religious roots of modern poverty policy: Catholic, Lutheran, and Reformed Protestant traditions compared, *European Journal of Sociology*, vol. 46 (1): 91-126

Kaufmann F.-X. (1986). The blurring of the distinction 'state versus society' in the idea and practice of the welfare state. I: F.-X. Kaufmann, G. Majone and V. Ostrom (red.) med assistanse frå W. Wirth, *Guidance, control and evaluation in the public sector: the Bielefeld interdisciplinary project*. Berlin: de Gruyter



- Korpi W. (1983). *The democratic class struggle*. London: Routledge and Kegan Paul
- Kristensen P. & Bjerkedal T. (2009). Kjønnforskjeller og sosiale ulikheter i sykefravær 2000-03 blant fødte i Norge, 1967-76, *Norsk Epidemiologi 2009*, vol. 19 (2): 179-191
- Lewis J. (1992). Gender and the development of welfare regimes, *Journal of European Social Policy*, vol. 2 (3): 159-73
- Lin K. (2005). Cultural traditions and the Scandinavian social policy model, *Social Policy & Administration*, vol. 39 (7): 723-39
- Macionis J. J. & Plummer K. (2005). *Sociology: A global introduction*. 3. Utgåve. Harlow: Pearson Education Limited
- Manow P. (2002). The good, the bad, and the ugly: Esping-Andersens SozialstaatsTypologie und die konfessionellen Wurzeln des westlichen Wohlfahrtsstaats, *Kölnner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, vol 54 (2): 203-25
- Martinussen W. (2001). *Samfunnsliv: Innføring i sosiologiske tenkemåter*. Oslo: Universitetsforlaget
- Mayer K. U. (2001). The paradox of global social change and national path dependencies: life course patterns in advanced societies. I: A. Woodward and M. Kohli (red.), *Inclusions and exclusions in European socialities*. London: Routledge
- Michalos A. (1985). Multiple discrepancies theory. *Soc Indicators Res*, vol. 16: 347-413
- Mills C. W. (1959). *The sociological imagination*. New York: Oxford University Press
- Mossialos E. (1997). Citizens' views on health care systems in the 15 member states of the European Union. *Health Economics*, vol. 6: 109-116
- OECD (2011). *Divided We Stand: Why Inequality Keeps Rising*. OECD Publishing

Patrick D., Scrivens E. & Charlton J. (1983). Disability and patient satisfaction with medical care, *Med Care*, vol. 21: 1062–75

Rice D. (2013). Beyond Welfare Regimes: From Empirical Typology to Conceptual Ideal types, *Social Policy & Administration*, vol. 47 (1): 93-110

Ringdal K. (2013). *Enhet og mangfold: Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 3. utg. Bergen: Fagbokforlaget

Ringeling A. B. (2002). European experience with the tools of government. I: L. M. Salamon (red.), *The tools of government: a guide to the new governance*. Oxford: Oxford University Press

Siaroff A. (1994). Work, welfare and gender equality: a new typology. I: D. Sainsbury (red.), *Gendering welfare states*. London: Sage

Sixma H. J., Kerssens J. J., van Campen C. & Peters L. (1998). Quality of care from the patients' perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument, *Health Expectations*, vol. 1: 82- 95

Speedling E. & Rose D. (1985). Building an effective doctor–patient relationship: from patient satisfaction to patient participation, *Soc Sci Med*, vol. 21: 115–20

Steenbergan M. R. & Jones B. S. (2002). Modeling Multilevel Data Structures, *American Journal of Political Science*, vol. 46 (1): 218-237

Stjernø S. (2008). Social democratic values in the European welfare states. I: W. van Oorschot, M. Opielka & B. Prau-Effinger (red.), *Culture and welfare state: values and social policy in comparative perspective*. Cheltenham: Edward Elgar

Strasser S. & Davis R. (1999). *Measuring patient satisfaction*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press

Strasser S., Ahorony L. & Greenberger D. (1993). The patient satisfaction process: moving toward a comprehensive model, *Med Care Rev*, vol. 50: 219–48

Van Kersbergen K. (1995). *Social capitalism: a study of Christian democracy and the welfare State*. London: Routledge

Van Kersbergen K. & Kremer M. (2008). Conservatism and the welfare state: intervening to preserve. I: W. van Oorschot, M. Opielka & B. Pfau-Effinger (red.), *Culture and welfare state: values and social policy in comparative perspective*. Cheltenham: Edward Elgar.

Verdsbanken (2012). *World Development Indicators. Physicians (per 1000 people)*. Washington D.C: Forfattar

Weingarten S., Stone E., Green A., Pelter M., Nessim S. & Huang H. (1995). A study of patient satisfaction and adherence to preventive care practice guidelines, *Am J Med*, vol. 99: 590–6

Weiss G. (1988). Patient satisfaction with primary medical care. Evaluation of sociodemographic and predispositional factors, *Med Care*, vol. 26: 383–92

Wendt C., Kohl J., Mischke M. & Pfeifer M. (2010). How do Europeans Perceive Their Healthcare System? Patterns of Satisfaction and Preference for State Involvement in the Field of Healthcare, *European Sociological Review*, vol. 26 (2): 177-192

Wilson P., Sullivan F., Hussein S. & Smith G. (1995) Examination of the effects of emotional disturbance and its detection on general practice patients' satisfaction with the consultation, *Br J Gen Pract*, vol. 45: 304–9

Østerberg D. (1997). Institusjon. I: O. Korsnes, H. Andersen & T. Brante (red.), *Sosiologisk leksikon*. Oslo: Universitetsforlaget