

# Sosiøkonomisk ulikhet i bruk av helsetjenester

*Lik bruk ved likt behov?*

**Lisbeth Smeby**



Masteroppgave i sosiologi. Institutt for sosiologi og  
samfunnsgeografi. Det samfunnsvitenskapelige fakultet.

**UNIVERSITETET I OSLO**

Vår 2009



# Sammendrag

Temaet for denne masteroppgaven er betydningen sosioøkonomisk ulikhet i bruk av helsetjenester. Problemstillingen for oppgaven er: *Er det en forskjell i bruk av helsetjenester mellom individer med høy sosioøkonomisk status og individer med lav sosioøkonomisk status?* Av dette utledes tre mer konkrete forskningsspørsmål. Hvordan har forskningen definert tilgang til helsetjenester og hva menes med behov for helsetjenester? Bruker lavere sosioøkonomiske grupper like mye helsetjenester som høyere sosioøkonomiske grupper med samme behov? Dersom det eksisterer en systematisk ulikhet mellom sosioøkonomiske grupper med hensyn til bruk av helsetjenester, når behov holdes likt, hva kan forklare en slik ulikhet?

Funn fra tidligere studier kan tyde på at hovedtendensene for bruk av allmennlegetjenester i Norge går i retning av at det ikke finnes sosial ulikhet i bruk av tjenestene etter at man har standardisert for behov. Dette er ikke tilfellet for bruk av spesialisthelsetjenestene hvor høyere sosioøkonomiske grupper har en større sannsynlighet for bruk av tjenesten sammenlignet med lavere sosioøkonomiske grupper med samme behov.

For å beskrive forskningsfeltet nærmere diskuteres det nærmere hva som menes med tilgang til helsetjenester og hva som ligger i begrepet behov. I analysene undersøkes det nærmere om lavere sosioøkonomiske grupper bruker like mye helsetjenester som høyere sosioøkonomiske grupper, henholdsvis allmennlegetjenester og spesialisthelsetjenester, og hvilken betydning behov har i forhold til dette. Dersom det eksisterer en systematisk ulikhet mellom sosioøkonomiske grupper med hensyn til bruk av helsetjenester, når behov holdes likt, kan dette være tegn på en urettferdig tilgang på helsetjenester mellom de sosioøkonomiske gruppene. Videre i analysene inkluderes bosted, sosialt nettverk og helsefremmende atferd som mulige faktorer som påvirker bruk og sammenhengen mellom bruk og sosioøkonomisk status. For å besvare problemstillingen bruker jeg i hovedsak binær logistisk regresjon anvendt på datamaterialet fra Statistisk Sentralbyrås Samordnet Levekårsundersøkelse 2005.

Resultatene viser at det er sosioøkonomiske forskjeller i bruk av helsetjenester (både allmennlegetjenester og spesialisthelsetjenester) hvor lavere sosioøkonomiske klasser har mindre sannsynlighet for bruk sammenlignet med høyere sosioøkonomiske klasser, etter kontroll for behov. Tendensen gjør seg gjeldene uavhengig av om indikator på

sosioøkonomisk status er utdanning eller justert husholdningsinntekt, og gjelder for begge kjønn. Analysene finner ikke støtte for at bosted, sosialt nettverk eller helsefremmende atferd har noe å si for de sosiale ulikhetene som observeres i bruk.

Konklusjonen som kan trekkes fra studien er at sosioøkonomisk status har en betydning for bruk av helsetjenester, etter kontroll for behov, og at dermed eksisterer en tendens til ulik tilgang på helsetjenester mellom sosioøkonomiske grupper i Norge.

## Forord

Jeg har flere å takke for at jeg har kommet i mål med denne oppgaven. For det første vil jeg rette en meget stor takk til min veileder Jon Ivar Elstad for solide og konstruktive tilbakemeldinger, samt for god tålmodighet. Takk også til biveileder Kjetil van der Wel for nyttige tilbakemeldinger i slutfasen.

Takk til både NOVA og IASAM for kontorplass under studietiden. Mine medstudenter på studentkontoret på NOVA og kollegaer på IASAM bidro til at studietiden min ble en hyggelig tid. Jeg satte stor pris på å kunne dele både faglige diskusjoner og personlige frustrasjoner med dere under arbeidet med oppgaven.

Også familie og venner fortjener en takk for alle oppmuntrende ord gjennom hele prosessen. Takk til Silje og ”Humpro-jentene” som leste korrektur. En spesiell takk går til Jane, masterstudiet hadde ikke blitt det samme uten deg.

Takk til NSD som stilte datamaterialet til rådighet. Hverken NSD eller SSB er ansvarlige for analysen av dataene eller de tolkninger som er gjort her.

Oslo, 15.02.09

Lisbeth Smeby

# Innholdsfortegnelse

<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>III</b>
<b>FORORD</b> .....	<b>V</b>
<b>INNHOLDSFORTEGNELSE</b> .....	<b>VI</b>
<b>1. INNLEDNING</b> .....	<b>2</b>
1.1 BAKGRUNN .....	2
1.2 FORSKNINGSSPØRSMÅL .....	3
1.3 HVORFOR STUDERE SOSIOØKONOMISK ULIKHET I BRUK AV HELSETJENESTER? .....	4
1.4 OPPGAVENS STRUKTUR.....	5
<b>2. BEGREPSAVKLARINGER: LIKHET, TILGANG OG BEHOV</b> .....	<b>6</b>
2.1 RETTFERDIGHET OG LIKHET I HELSETJENESTEN .....	6
2.1.1 <i>Vertikal og horisontal likhet</i> .....	8
2.1.2 <i>Sosioøkonomisk posisjon</i> .....	9
2.2 DEFINISJON AV TILGANG OG BEHOV .....	10
2.2.1 <i>Tilgang – hvilke dimensjoner inneholder begrepet?</i> .....	10
2.2.2 <i>Behov – hvilke alternative tolkninger finnes?</i> .....	13
<b>3. TEORETISKE FORKLARINGER</b> .....	<b>18</b>
3.1 HVA KAN FORKLARE ULIK BRUK VED LIKT BEHOV? .....	18
3.1.1 <i>Faktorer knyttet til helsetjenesten</i> .....	19
3.1.2 <i>Faktorer knyttet til individene</i> .....	26
3.1.3 <i>Oppsummering</i> .....	33
<b>4. TIDLIGERE FORSKNING</b> .....	<b>36</b>
4.1 TENDENSER FRA TIDLIG NORSK FORSKNING .....	37
4.2 HORIZONTAL ULIKHET OG PRIMÆRHELSETJENESTEN .....	38
4.3 HORIZONTAL ULIKHET OG SEKUNDÆRHELSETJENESTEN .....	41
4.3.1 <i>Sammenfattende diskusjon</i> .....	43
<b>5. UTLEDING AV HYPOTESER</b> .....	<b>46</b>
<b>6. PRESENTASJON AV DATAMATERIALET, VARIABLER OG ANALYSEMETODER</b> .....	<b>50</b>
6.1 BESKRIVELSE AV DATAMATERIALET .....	50
6.1.1 <i>Mitt utvalg</i> .....	50
6.1.2 <i>Frafall</i> .....	51
6.1.3 <i>Begrensninger ved en tverrsnittsstudie</i> .....	52
6.2 VARIABLER.....	53
6.2.1 <i>Avhengige variable – bruk av helsetjenester</i> .....	53

6.2.2	<i>Forklaringsvariabler</i> .....	54
6.2.3	<i>Kontrollvariabler</i> .....	59
6.2.4	<i>Deskriptiv statistikk</i> .....	61
6.3	ANALYSEMETODER.....	64
6.3.1	<i>Logistisk regresjonsanalyse</i> .....	64
6.3.2	<i>Hypotesetesting og signifikansnivå</i> .....	65
6.3.3	<i>Log likelihood ratio og Nagelkerke R<sup>2</sup></i> .....	66
6.3.4	<i>Samspill i analysene?</i> .....	66
<b>7.</b>	<b>BETYDNINGEN AV UTDANNING, BEHOV OG ANDRE EGENSKAPER VED INDIVIDENE FOR BRUK AV HELSETJENESTER</b> .....	<b>68</b>
7.1	BRUK AV ALLMENNLEGE .....	69
7.1.1	<i>Bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 måneder</i> .....	72
7.1.2	<i>Bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 måneder</i> .....	76
7.2	BRUK AV SPESIALIST.....	76
7.2.1	<i>Bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 måneder</i> .....	79
7.2.2	<i>Bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 måneder</i> .....	83
<b>8.</b>	<b>BETYDNINGEN AV INNTEKT, BEHOV OG ANDRE EGENSKAPER VED INDIVIDENE FOR BRUK AV HELSETJENESTER</b> .....	<b>84</b>
8.1	BRUK AV ALLMENNLEGE .....	84
8.1.1	<i>Bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 måneder</i> .....	84
8.1.2	<i>Bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 måneder</i> .....	87
8.2	BRUK AV SPESIALIST.....	90
8.2.1	<i>Bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 måneder</i> .....	90
8.2.2	<i>Bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 måneder</i> .....	94
8.2.3	<i>Effekter av etnisitet og alder</i> .....	97
<b>9.</b>	<b>DISKUSJON OG KONKLUSJON</b> .....	<b>98</b>
9.1	HOVEDFUNN .....	98
9.2	MULIGE METODISKE BEGRENSENINGER VED STUDIEN .....	100
9.3	DISKUSJON AV FUNN.....	102
9.3.1	<i>Svak tendens til urettferdig sosioøkonomisk forskjell i bruk av allmennlege</i> .....	103
9.3.2	<i>Tendens til urettferdig sosioøkonomisk forskjell i bruk av spesialist</i> .....	107
9.4	KONKLUSJON OG VIDERE STUDIER.....	109
	<b>KILDELISTE</b> .....	<b>110</b>
	<b>VEDLEGG</b> .....	<b>119</b>

## Tabeller

Tabell 6.1 Antall respondenter for begge kjønn; fordeling i utvalget (%).....	61
Tabell 7.1 Logistisk regresjon for bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd, menn, modeller med utdannelse.....	70
Tabell 7.2 Logistisk regresjon av bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med utdannelse. ....	71
Tabell 7.3 Logistisk regresjon av bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd, menn, modeller med utdannelse.....	74
Tabell 7.4 Logistisk regresjon av bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med utdannelse. ....	75
Tabell 7.6 Logistisk regresjon av bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med utdannelse. ....	78
Tabell 7.7 Logistisk regresjon av bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, menn, modeller med utdannelse.....	81
Tabell 7.8 Logistisk regresjon av bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med utdannelse. ....	82
Tabell 8.1 Logistisk regresjon av bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd, menn, modeller med inntekt.....	85
Tabell 8.2 Logistisk regresjon av bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med inntekt. ....	86
Tabell 8.3 Logistisk regresjon av bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd, menn, modeller med inntekt.....	88
Tabell 8.4 Logistisk regresjon av bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med inntekt. ....	89
Tabell 8.5 Logistisk regresjon av bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, menn, modeller med inntekt.....	92



Tabell 8.6 Logistisk regresjon av bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med inntekt. ....	93
Tabell 8.7 Logistisk regresjon av bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, menn, modeller med inntekt.....	95
Tabell 8.8 Logistisk regresjon av bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med inntekt. ....	96
Tabell 9.1 Oppsummering hovedfunn. Koeffisientene til de to laveste sosioøkonomiske gruppene etter kontroll for behov i modell 2.....	98

## **Figurer**

Figur 3.1 Freidsons "lay referral system" .....	32
Figur 5.1 Kausalmodell for sosioøkonomiske gruppers bruk av helsetjenester.....	49

## **Vedlegg**

Vedlegg 1 Prosentvis fordeling på spørsmål vedrørende psykosomatiske symptomer (HSCL indeks). ....	119
Vedlegg 2 Logistisk regresjon av utvalg uten missing på psykisk helse indeks.....	120



# 1. Innledning

Den nordiske velferdsmodellens fokus på et godt samfunn for alle gjør at helsetjenesten er relativt høyt politisk prioritert, og følgelig godt finansiert. Tilgjengeligheten burde derfor i utgangspunktet være lik for alle samfunnsklasser (Næss et al., 2007). Hvem som benytter seg av ulike typer helsetjenester blir på denne måten et avgjørende spørsmål innenfor helsepolitisk organisering. Det har i de siste årene vært gjennomført en rekke politiske reformer innenfor helsevesenet i Norge. Noen eksempler på dette er større frihet til selv å velge sykehus, statlig eierskap av sykehusene og fastlegereformen. Tiltakene som her er nevnt er ment å skulle bidra til en effektivisering av helsevesenet og bidra positivt til bruken av helsetjenester (Lian, 2003). Forskere har imidlertid pekt på at en rekke endringer de senere årene kan bidra til å øke de sosiale forskjellene i helsetjenestebruk (Sosial og helsedirektoratet, 2005). Dette gjelder blant annet økende egenandeler for helsetjenester og medikamenter, ordninger med kjøp av helsetjenester for sykmeldte, utbredelsen av private helsetjenester med høye egenandeler, markedstilpasning i sykehussektoren og den begynnende fremveksten av private helseforsikringer (Sosial og helsedirektoratet, 2005: 19).

Fokus på forskning rundt bruk av helsetjenester i befolkningen er et viktig helsepolitisk satsningspunkt. På noen områder er de sosiale forskjellene i helsetjenestebruk tydelige, for eksempel på tannhelseområdet (Elstad, 1991b, Sosial og helsedirektoratet, 2005).

Tannhelsetjenesten for personer over 18 år må finansieres av den enkelte, og dette vurderes som en hovedforklaring på den klare sosiale gradienten man finner i bruken av tjenesten. For allmennlege og spesialisthelsetjenesten på den annen side er ikke resultatene like tydelige.

## 1.1 Bakgrunn

Prinsippet om en likeverdig helsetjeneste, i den mening at man bruker like mengder tjenester ut i fra likt behov, uavhengig av for eksempel bosted, økonomi, kjønn eller sosial status, har bred oppslutning innenfor det norske helsevesen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005).

Stortingsmelding nr. 20 (2006-2007) ”Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller” tar blant annet for seg sammenhengen mellom sosial bakgrunn og bruk av helsetjenesten. Den peker på at det ikke finnes nok kunnskap til å fastslå årsakssammenhengen mellom sosial bakgrunn og bruk av helsetjenester, men at kartlegging av slik kunnskap er en målsetning:

*”Det er nødvendig å undersøke nærmere om den norske helsetjenesten er med på å utjevne eller forsterke de sosiale helseforskjellene”*(St. meld 20, 2007:57)

Det interessante spørsmålet når man studerer tilgang til helsetjenester er om helsetjenesten skaper *lik tilgang ved likt behov*. Når man videre velger å se på lik tilgang i forhold til sosioøkonomisk status vil likhet innebære at de i lavere sosioøkonomiske posisjoner – som har dårligere helse enn de i høyere posisjoner i det sosiale hierarkiet – i utgangspunktet har større bruksfrekvens av helsetjenester. Teoretisk vil dette si at forskjellen i bruk mellom de sosioøkonomiske gruppene burde forsvinne når man tar hensyn til behov (van der Meer et al, 1996).

Behov for helsetjenester blir ofte ansett for å være vanskelig å operasjonalisere (Andersen og Laake, 1985, Goddard og Smith, 2001). Hvorledes skal man måle behovet for legetjenester? Forekomst av sykdom eller helseplager er klart den viktigste årsaken til kontakt med helsetjenesten, både for primær- og sekundærhelsetjenester (Clench-Aas, 2007). Som nevnt tidligere er behovet størst hos de laveste sosiale klasser, og det følger derfor at denne gruppen oftest har kontakt med helsetjenesten (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Ressursene innenfor helsesektoren kan være knappe og det forekommer derfor prioriteringer og fordelinger. Sosiale faktorer, slik som sosioøkonomisk status, kan derfor trekkes inn i betraktning selv om man opererer med behov som hovedregel. Når man skal undersøke ulikhet i bruk av helsetjenester er det viktig å skille mellom ”behovsvariabler”; variabler som burde ha en effekt på bruk av helsetjenester, og ”ikke-behovsvariabler”; variabler som ikke burde ha noen innvirkning (for eksempel sosioøkonomisk status).

## 1.2 Forskningsspørsmål

Denne oppgaven vil undersøke hvorvidt likhet i behov for helsetjenester gjør seg gjeldende i form av lik bruk av helsetjenester, for ulike sosioøkonomiske grupper. Den overordnede problemstillingen kan dermed formuleres som følgende: Er det en forskjell i bruk av helsetjenester mellom individer med høy sosioøkonomisk status og individer med lav sosioøkonomisk status? Denne problemstillingen kan underbygges med mer konkrete forskningsspørsmål.

1. Hvordan har forskningen definert tilgang til helsetjenester og hva menes med behov for helsetjenester?

2. Bruker lavere sosioøkonomiske grupper like mye helsetjenester som høyere sosioøkonomiske grupper med samme behov?
3. Dersom det eksisterer en systematisk ulikhet mellom sosioøkonomiske grupper med hensyn til bruk av helsetjenester, når behov holdes likt, hva kan forklare en slik ulikhet?

Det første forskningsspørsmålet vil omhandle en teoretisk avklaring av perspektiver og begreper innenfor forskningsfeltet. Det andre forskningsspørsmålet fokuserer på bruken av helsetjenester. Helsetjenester i denne sammenhengen er sammensatt av ulike mål. Ved første kontakt antas det at det er pasienten som tar initiativet til å oppsøke legen på egenhånd. Minst en kontakt regnes derfor i utgangspunktet som pasientdrevet. I Norge fungerer allmennlegen som en ”portvakt” inn til spesialisthelsetjenesten. Denne kontakten vil på samme måte derfor ikke være pasientdrevet, men mer legedrevet i sin form, selv om man ikke må glemme pasientenes egen rolle i overtalelse ved videre overføring til spesialist. Oppgaven vil derfor videre skille mellom ulike type helsetjenester. Behov er også et viktig element i dette forskningsspørsmålet da det er ønskelig at bruken av helsetjenester skal følge behovet for tjenestene og ikke påvirkes av faktorer som sosioøkonomisk gruppering og sosial status.

Det siste forskningsspørsmålet er rettet mot å gi ulike forklaringer på hvilke faktorer det er rimelig å anta kan bidra til å forklare det sosiale fenomenet som observeres. Datamaterialet som benyttes til å belyse disse spørsmålene er Samordnet Levekårsundersøkelse 2005 fra SSB, og jeg vil benytte meg av kvantitative metoder i analysene av materialet.

Oppgaven vil presentere den effekten sosial posisjon har på bruk av helsetjenester i Norge, og diskutere i hvilken grad slike effekter kan tolkes som evidens på sosial ulikhet i bruk av helsetjenester, samt hvilke mekanismer som kan skape ulikheten.

### 1.3 Hvorfor studere sosioøkonomisk ulikhet i bruk av helsetjenester?

Fokus på teorier og mekanismer som kan bidra til å forklare sosial og materiell ulikhet i det moderne samfunn er et klassisk sosiologisk tema, analysert blant annet av Weber, Marx og Durkheim. For klassikerne lå fokuset i stor grad på ulikhet mellom sosiale klasser, moderne sosiologiske teorier fokuseres i tillegg på blant annet etniske grupper og kjønn. Aspekter som

har å gjøre med medisin, helsetjeneste, sykdom og helse har i lang tid vært gjenstand for omfattende sosiologisk interesse.

Julian Tudor Hart beskrev i 1971 ”The Inverse Care Law”, den omvendte helsetjenesteloven, noe som førte til at bruken av eller adgang til helsetjenester ble diskutert. ”The Inverse Care Law” er et uttrykk for at de som har mest behov for helsetjenester ikke bruker eller ikke har tilgang til slike tjenester. Forholdet mellom sosioøkonomisk posisjon og helse er godt dokumentert i Norge og internasjonal litteratur (Sund og Krokstad, 2005). Det er mindre forskning vedrørende forholdet mellom sosioøkonomisk posisjon og bruk av helsetjenester (Clench-Aas, 2007). Det finnes en rekke teorier som belyser årsaker til sosial ulikhet i helse (se Elstad, 2000). ”The Black Report”<sup>1</sup> anvendte ulikhet i bruk av helsetjenester som et perspektiv i forklaringen av ulikhet i helse. Bruk av helsetjenester regnes ikke lenger som en konvensjonell forklaring av helseulikheter, men den kan likevel tenkes å spille en viss rolle.

Sosial likhet i helse og lik adgang til helsetjenester er målsetninger for de fleste helsepolitiske strategier. Forståelse av årsaker til sosiale ulikheter i helse og bruk av helsetjenester blir derfor viktig når man skal planlegge ønskelig helsepolitikk (Alberts et al., 1997).

## 1.4 Oppgavens struktur

Oppgaven vil i det følgende kapittel ta for seg hva som ligger i en rettferdig likeverdig helsetjeneste. Dette innebærer en nøyere diskusjon av hvorledes forskning har beskrevet sosial ulikhet i *tilgang* til helsetjenester og hva som ligger i begrepet *behov* i forbindelse med bruk av helsetjenester. Dette følges av kapittel 3 som inneholder ulike teoretiske antakelser om hva som kan forklare ulik bruk ved likt behov.

Kapittel 4 er en presentasjon av tidligere empiriske studier om bruk av helsetjenester, i hovedsak norsk forskning og forskning som har kontrollert for behov. Ut i fra teoretiske antakelser og tidligere forskning utledes det deretter i kapittel 5. Dette følges av et metodekapittel og resultatene fra analysene. Oppgaven avsluttes med en diskusjon av de viktigste funnene i kapittel 9.

---

<sup>1</sup> En banebrytende britisk rapport om ulikheter i helse fra 1980 (fått sitt navn etter Sir Douglas Black som var leder av utvalget).

## 2. Begrepsavklaringer: Likhet, tilgang og behov

### 2.1 Rettferdighet og likhet i helsetjenesten

”I videreutviklingen av helsetjenesten skal rettferdig fordeling gis fornyet oppmerksomhet” (St.meld 20, 2006-2007:57).

Undersøkelser av likhet i helsetjenesten kan vanskelig gjøres uten å komme inn på begrepet rettferdighet. Bare en lik fordeling av helsetjenester er en rettferdig fordeling (Dahl, 1990). Culyer og Wagstaff (1993) skiller mellom fire ulike å måle rettferdighet i forhold til helsetjenester. Jeg velger å kommentere de to første samlet. For det første kan det måles gjennom *likhet i forhold til utgifter per innbygger* eller *likhet i ressursbruk pr innbygger*. Den åpenbare kritikken her er at det ikke tas hensyn til behov. Selv om det i noen tilfeller vil kontrolleres for behovet kan man videre kritisere et slikt syn for ikke å ta hensyn til den subjektive siden ved forbruksmønstre, og dermed kun ta opp fordelingen av tilbudet. For det andre vises det til målet *likhet i tilgang ut i fra behov*; at den faktiske bruken skal samsvare med folks behov for helsetjenester. Definisjonen fastholder at tilgangen skal være avhengig av behov, og ikke muligheten til for eksempel å kunne betale. Her ligger mye av usikkerheten i hva man mener med behov, og hva som ligger i begrepet tilgang. Man kan for det tredje måle en rettferdig fordelt helsetjeneste gjennom resultatet; *likhet i helse*. ”The Black Report” anvender, som nevnt i innledningen, ulikhet i bruk av helsetjenester som et perspektiv i forklaringen av ulikhet i helse. Også de som er opptatt av vertikal rettferdighet, som oppgaven ser nærmere på under, vil argumentere for at det å minske helsegapet mellom ulike grupper i populasjonen er et viktig fokus i helsetjenesteforskning (Townsend og Davidson, 1992). Sosial ulikhet i helse har fått mye oppmerksomhet i Norge (se for eksempel Elstad, 2000), men sosial skjevhet i bruk av helsetjenesten anses ikke som en viktig forklaring på den sosiale gradienten man finner for befolkningens helsetilstand i Norge.

I hovedsak tar alle målene på rettferdighet og likhet utgangspunkt i at behandling av individer ikke skal relateres til ”irrelevante” karakteristikk, som for eksempel etnisk tilhørighet, sosial status, kjønn eller religion. Likhet i tilgang ut i fra behov er den definisjonen av rettferdighet som hovedsaklig brukes i forskning på feltet. Dette er også den definisjonen som benyttes som indikator på rettferdig fordeling av helsetjenester i denne oppgaven. Selv om dette

likhetsmålet er mye brukt er det likevel, som nevnt over, mye usikkerhet knyttet til hva som ligger i begrepene tilgang og behov.

Lik tilgang ved likt behov vil avhenge av både et tilbud og etterspørsel etter tilbudet. Selv om tilbudslighet (lik tilgjengelighet) er nødvendig og ønskelig, er ikke dette et tilstrekkelig likhetskrav da det kan komme til å reprodusere og også forsterke ulikheter. Formelt like muligheter blir ulikt utnyttet av for eksempel ulike sosioøkonomiske grupper. For å oppnå lik tilgang må en også se på tiltak som må settes i gang på ”etterspørselssiden”, som for eksempel det å bryte ned normative barrierer (Dahl, 1990). Synspunktet retter hovedsaklig fokus mot at helsetjenestene er finansiert etter prinsippet om muligheten for å betale, at helsetjenestene er organisert slik at alle oppnår den samme tilgangen til tjenestene og at tjenestene er tildelt på grunnlag av behov.

Det finnes akseptable grunner til at de med likt behov og lik mulighet til tilgang ikke benytter seg av sine muligheter på samme måte. Et eksempel på dette er for eksempel at ulike sosiale grupper rett og slett har ulike preferanser når det kommer til helsetjenester. Lavere sosiale klasser bruker for eksempel kanskje i større grad alternativ medisin. Det er i denne sammenheng viktig at slike akseptable grunner for ulik bruk ikke settes sammen med uakseptable grunner, for eksempel at henvisningene fra allmennlegen følger et sosialt mønster eller at preferansene kommer av for lite kunnskap. Om man velger å måle en likeverdig helsetjeneste kun ut i fra prinsippet om like utgifter per innbygger for eksempel mister man denne dimensjonen av akseptable grunner til ulik bruk (Oliver og Mossialos, 2004).

Når det gjelder helsegevinst kan den samme kritikken som rettes til like utgifter også rettes til dette prinsippet; det tar for lite hensyn til individenes egne ønsker om hvordan de vil leve. Selv om sosial ulikhet i helse er noe man ønsker å unngå vil allikevel dette prinsippet i mindre grad gjøre seg gjeldende når det er sosial ulikhet i bruk av helsetjenester man ønsker å undersøke. Mooney (1996) på sin side mener et perspektiv på rettferdighet i helsetjenesten som kun ser på lik tilgang ved likt behov er for snever på to punkt. For det første vil det ignorere ambisjonen om å redusere helsegapet mellom ulike grupperinger i samfunnet. For det andre vil et slikt perspektiv rette seg kun mot horisontal likhet, og dermed ignorere den vertikale dimensjonen.



### 2.1.1 Vertikal og horisontal likhet

Når man opererer med behovsbegrepet i forbindelse med likhet i tilgang kommer dette i to ulike alternativ; horisontal og vertikal likhet. Horisontal likhet betyr at man skal behandle likt de som har likt behov. Vertikal likhet betyr at man behandler ulikt, men rettferdig, de som har ulikt behov. (Morris et al., 2005, Culyer, 2001, van Doorslaer et al., 2000). Horisontal likhet vil omfatte situasjoner hvor personer med samme objektive behov/tilstand, mottar samme behandling. Vertikal likhet på den annen side kan illustreres med situasjoner hvor en person med større objektive behov/ dårligere tilstand blir behandlet mer fordelaktig enn personer med mindre behov/bedre tilstand. Det viktige her er altså at personer med ulikt behov behandles i proporsjon med ulikhetene i behovet. For eksempel at en person med hjerteinfarkt mottar mer behandling enn en person med influensa.

Vertikal likhet trekkes ofte opp på et mer generelt samfunnsnivå, settes ofte i sammenheng med positiv diskriminering hvor en gitt gruppe som i utgangspunktet har et større behov sammenlignet med en annen gruppe mottar et større oppmerksomhet og mer behandling. Et eksempel på dette kan være at man fokuserer spesielt på de med lavere sosial status med tanke på å jevne ut den sosiale gradienten man finner i helse (Mooney, 1996; 2000).

Diskrimineringen skjer her mellom populasjoner med ulikt objektive behov (observert helsetilstand) for å oppnå resultatlikhet i helse, i motsetning til tilgangslighet slik den horisontale varianten har som ambisjon. Når det gjelder positiv diskriminering mener Dahl (1990) at dette er et middel man bør søke å unngå. Helsevesenet, i likhet med annen offentlig forvaltning, er forankret i likhet og likebehandling, hvor det ikke skal tas utenforliggende hensyn, men hvor like tilfeller skal behandles likt. Positiv diskriminering vil videre kollidere med eller gå på bekostning av det utilitaristiske rettferdighets- eller fordelingsprinsippet om mest mulig helse til flest mulige, samt at det kan være med på å svekke tillit og oppslutning om de offentlige helsetjenester blant de med høyere sosial status.

Mooney (2000) mener det er viktig å forstå hvordan man kan få vertikal likhet med inn i analysene av rettferdighet eller likhet i helsetjenesten. Han retter kritikk mot politiske mål som definerer likhet som lik tilgang for de med likt behov, da et slik mål kun tar opp den horisontale likheten, og ikke tar hensyn til de som ønsker å fokusere på å minske det stadige helsegapet mellom ulike grupper i samfunnet (Mooney, 1996). Han argumenterer videre for det vertikale alternativet ved å peke på at forskningen (i hovedsak horisontal) så langt ikke har hatt stor innflytelse i politisk sammenheng.

Fokuset i denne oppgaven er på likhet i tilgang og ikke på resultatlikhet. Det er ikke mulig å undersøke i hvilken grad det horisontale likhetsprinsippet er brutt uten å samtidig spesifisere en vertikal likhetsnorm. I de fleste studier gjøres dette, enten implisitt eller eksplisitt, ved å anta at helsetjenestene på en god måte gir behandling som samsvarer med behov. At personen med hjerteinfarkt mottar en rettferdig andel mer behandling enn personen med forkjølelsen. Om man på denne måten antar at det foreligger vertikal likhet kan man deretter gå videre med å undersøke horisontal likhet mellom for eksempel sosioøkonomiske grupper. Gulliford et al. (2002) trekker frem at det kan være en spenning mellom vertikal og horisontal likhet i tilgang, i form av en universell standard utforming av helsetjenestene versus lokale variasjoner i utforming ut i fra lokale behov og prioriteringer. Som mye annen litteratur innenfor feltet vil også denne oppgaven undersøke horisontal likhet da det norske helsevesen søker å være et helsevesen med en lik standard og likt tilbud for alle sine innbyggere.

### **2.1.2 Sosioøkonomisk posisjon**

Fokuset i denne oppgaven ligger på sosioøkonomisk ulikhet i tilgang til helsetjenesten. Som nevnt over må Norge kunne sies å være et egalitært samfunn hvor prinsippet om at alle skal behandles likeverdig står sterkt. Prinsippet om en likeverdig helsetjeneste, hvor tilbud ytes uavhengig av bosted, økonomi, kjønn eller sosial status, har bred oppslutning innenfor det norske helsevesen (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Det finnes en rekke grupper i samfunnet man ønsker å sikre likhet i tilgangen til helsetjenester ved likt behov. Disse kan defineres gjennom for eksempel indikatorer som kjønn, etnisitet, sosioøkonomisk klasse, alder eller geografisk tilhørighet.

Oliver og Mossialos (2004) mener at alle grupperingene som nevnes ovenfor er viktige, men at det vanlige i denne sammenheng, og da spesielt i politiske dokumenter, er å avgrense studiet til gruppeforskjeller som direkte utfordrer fundamentale sosiale verdier. Det norske helsevesen er i stor grad basert på verdier om sosial solidaritet; dette innebærer at mennesker skal ha lik tilgang til helsetjenester uavhengig av for eksempel deres mulighet for å betale for tjenesten. Det er av denne grunn en ledende tendens til at det er nettopp det sosiale hierarkiet man velger å rette sitt fokus mot blant annet i studier av likhet i tilgang til helsetjenester (Oliver og Mossialos, 2004). Det er da også dette fokuset denne oppgaven vil ha.

Det sosioøkonomiske hierarkiet, og uttrykkene høyere og lavere sosiale lag eller sosial klasse; ”reflekterer at vi kan lage en skala fra øverst til nederst når det gjelder hvor mye penger folk

rår over (inntekt, formue), hva slags kompetanse og utdanning de har, og hvor mye prestisje, makt og autoritet de har på sine arbeidsplasser eller generelt i samfunnet” (Elstad, 2005:10). Dagens samfunn strukturerer befolkningen i sosiale hierarkier, og sosioøkonomisk posisjon vil på denne måten indikere hvilken posisjon du har i det sosiale hierarkiet i samfunnet; din klasseposisjon (Graham, 2007). Som oftest måles sosioøkonomisk posisjon ved kriteriene inntekt, utdanning og/eller yrke. Spørsmålet om sosioøkonomiske ulikheter i tilgang til helsetjenester vil dreie seg om kollektive ulikheter. Dette innebærer ulikhet som varierer mellom store grupper med ulike plasseringer i det sosioøkonomiske hierarkiet. Det vil være individuelle variasjoner innenfor alle sjikt, men det er de ”store” mønstrene i fordelingen av helsetjenester man ønsker å avdekke, ikke de individuelle skjebnene man kan finne innenfor hvert sjikt (Elstad 2005:10).

## 2.2 Definisjon av tilgang og behov

Som nevnt over er prinsippet om lik tilgang ved likt behov det målet som primært er brukt på rettferdig fordeling av helsetjenester, både i akademisk og politisk sammenheng. Horisontal likhet i tilgang til helsetjenesten vil ikke være operasjonaliserbart om begrepene *tilgang* og *behov* ikke på en tilstrekkelig måte angir oppfatninger av likhet eller ulikhet. Spørsmålene man derfor må stille seg er; Hva avgjør om man har tilgang til helsetjenester, og hvordan skal dette måles? Hva avgjør om man har behov eller ikke har behov for helsetjenester, og videre hva avgjør hvor stort dette behovet er?

### 2.2.1 Tilgang – hvilke dimensjoner inneholder begrepet?

”Helse- og omsorgstjenestene skal være likeverdige med hensyn til både tilgjengelighet, bruk og resultat. I denne meldingen dekker begrepet “bruk av helsetjenesten” alle disse tre sentrale aspektene ved tjenesten” (St. meld 20, 2006-2007:57).

Aday og Andersen (1978) beskriver tilgang som enten den potensielle eller den faktiske bruken en gruppe eller et individ har innenfor helsetjenestesystemet. Det å ha tilgang viser her til det at man potensielt kan gjøre bruk av tjenestene (tilgjengelighet), mens det å få tilgang refererer til å faktisk ta initiativet til å bruke tjenesten. Når man setter fokuset på og forsøker å forbedre tilgangen til helsetjenester er dette ut i fra ønsket om å hjelpe befolkningen til å ha kontroll over de mulige ressurser helsetjenestene gir, som kan vedlikeholde eller forbedre

deres helse. Det ligger fremdeles mye usikkerhet knyttet til definisjonen av tilgang til helsetjenester, og tilgang blir sett på som et komplekst begrep. Når man er opptatt av horisontal likhet i tilgang<sup>2</sup> til helsetjenesten er det mest vanlig å benytte seg av et tilgangsbegrep som inneholder dimensjonene *tilgjengelighet, helsegevinsten/utfallet av helsetjenesten og faktisk bruk av helsetjenester* (Gulliford et al., 2002).

Tilgjengelighet til helsetjenestene vil i denne sammenheng forstås som at det er tilstede et tilstrekkelig tilbud av helsetjenester. Om man tolker tilgang ut i fra denne dimensjonen er man opptatt av om det finnes muligheter til å kunne benytte seg av helsetjenester om man ønsker eller trenger dette. Dette kan for eksempel måles ved å se på antall allmennleger eller spesialister per innbygger for ulike geografiske distrikt. Det kan også ses på i form av kostnader knyttet til tjenestene, kostnader ved for eksempel reise.

Den andre dimensjonen viser til effektiviteten av behandlingen eller resultatet. Innenfor dette aspektet er det helsegevinsten som er i fokus. Rogers et al. (1999:866) oppsummerer dette ved å si at optimal tilgang er ”providing the right service at the right time in the right place”. Tilgang settes her i sammenheng med forbedret helse og kvaliteten på tjenesten, og ikke selve bruken av helsetjenester. På denne måten kan bruken av tjenesten være lav om kvaliteten er god, mens man ved en klinikk som har lav kvalitet på sine tjenester vil finne hyppigere bruk av tjenestene (Gulliford et al., 2002).

Den tredje dimensjonen Gulliford et al. (2002) henviser til er bruk av helsetjenester som mål på tilgang. Denne dimensjonen tar hensyn til at det kan finnes barrierer, av både personlig, organisatorisk eller finansiell karakter, som hindrer bruken av helsetjenestene selv om de i utgangspunktet er tilgjengelige. Personlige barrierer viser her til hvordan sannsynligheten for å bruke helsetjenester påvirkes av subjektens egne oppfatninger av behov, samt deres tidligere erfaringer og holdninger mot helsetjenestene. Tilgang innebærer dermed at individene selv gjenkjenner og aksepterer at de har et behov for helsetjenester. Finansielle barrierer, spesielt med tanke på villighet og mulighet til å betale, samt organisatoriske barrierer, som for eksempel henvisning videre fra allmennlege til spesialist, kan også virke som barrierer til bruk av helsetjenester.

---

<sup>2</sup> Refererer her til det engelske ”access to health care” (Gulliford et al., 2002:186).

## Hvordan operasjonalisere tilgang?

God tilgang til helsetjeneste betyr at det er et tilgjengelig tilbud, at dette tilbudet er av god kvalitet og at tilbudet når ut til brukerne i form av faktisk bruk. Hvordan man skal måle dette er et videre spørsmål. Bruk av helsetjenester og tilgang til helsetjenester blir ofte brukt som synonyme begrep når man operasjonaliserer tilgang i vitenskapelig forskning (van Doorslaer et al., 2000; Culyer og Wagstaff, 1993). Lik bruk av helsetjenester hos de med likt behov indikerer her en horisontal likhet i tilgang til helsetjenester. Goddard og Smith (2001) mener oppslutningen rundt bruk av helsetjenester kommer av at bruk, i motsetning til andre indikatorer på tilgang som tilgjengelige ressurser, ventetid eller andre barrierer, er lettere å observere direkte. Goddard og Smith (2001) peker på at dimensjonen kvalitet som oftest ikke får plass i studier av helsetjenester, mye på grunn av dens vanskelig målbare natur.

Mooney et al. (1991) er svært kritisk til at tilgang kan måles ved bruk av helsetjenester. Han mener at lik tilgang best kan forstås som en situasjon hvor pasienter møter *like kostnader ved bruk*, ut i fra en antakelse om at tilgang må ses på som muligheten mennesker har for å benytte seg av helsetjenesten (jf. tilgjengelighet). Han peker på at bruk av helsetjenester som mål har tre ulike forhåndsantakelser; for det første at de som konsumerer helsetjenester har like preferanser, for det andre at disse preferansene er irrelevante og for det tredje at brukere som har lavere/høyere enn gjennomsnittlige preferanser for helsetjenester møter positiv/negativ diskriminering i tilgang til helsetjenester. Kritikken går her på at bruk ikke tar innover seg de ulike grupperingers preferanser mot å ikke bruke helsetjenester eller eventuelt benytte seg av andre tilbud.

Culyer et al. (1992) svarer på denne kritikken ved å peke på at om man ser på lik tilgang som like muligheter blir det for enkelt å si at man har lik tilgang om man møter like kostnader. Individuer med likt behov kan konsumere ulike mengder helsetjenester og ulike typer helsetjenester selv om kostnadene ved bruk er den samme, fordi deres søken mot helsetjenestene varierer. Det er denne variasjonen, for eksempel at lavere utdannede på tross av like muligheter, slik Mooney tolker dette, i mindre grad benytter seg av tjenester, som er av interesse. I en slik sammenheng viser tilgangsbegrepet til selve bruken av helsetjenestene, noe som igjen fører til at Culyer et al. (1992) mener de to begrepene er synonyme, og at en undersøkelse av tilgang dermed blir en undersøkelse av bruk.

Le Grand blir av Culyer og Wagstaff (1993) trukket frem som tilhenger av en alternativ måte å se tilgang på; *tilgang som kostnadene knyttet til mottatt behandling*. Denne definisjonen er

kritisert for kun å ta hensyn til tilbudssiden og ikke individers eller grupperes egne preferanser. Det å sikre like priser på helsetjenester vil ikke nødvendigvis føre til lik bruk av tjenestene, det motsatte kan faktisk være tilfellet da ulike sosiale grupper benytter seg ulikt av sosiale goder.

Selv om det finnes en rekke dimensjoner av begreper og måter å måle tilgang på er det bruk av helsetjenester som i stor grad er blitt brukt i empiriske analyser på feltet; lik tilgang ses på som lik bruk av helsetjenester ved likt behov (Culyer et al., 1992). Det er også denne operasjonaliseringen av tilgangsbegrepet som blir anvendt i denne studien. Bruk av helsetjenester reflekterer her individenes eget valg om å ta imot behandling, eller i Aday og Andesens (1978) termer et mål på den faktiske tilgangen ut i fra potensiell tilgang. Det skal her understrekes at dette er tilfellet i allmennlegetjenester hvor kontakten tildels er pasientdrevet. Bruk av spesialisthelsetjenester er mer legedrevet, og bruken blir her mer en refleksjon av henvisnings- og beslutningsmønsteret hos allmennlegene.

Det skal allikevel påpekes at når man velger å se på bruk av helsetjenestene mangler man ofte informasjon om de dimensjonene som sier noe om tilgjengelighet, behov som ikke møtes, samt kvaliteten av tjenesten som gis. Det å ikke søke helsetjenester blir derfor et punkt man må tenke over i diskusjonen av funn. Det kan forekomme at individer velger å ikke bruke helsetjenester selv om de har behov for medisinsk hjelp, noe som fører til at vurderingen av behov og etterspørsel vil mangle verdifull informasjon.

## **2.2.2 Behov – hvilke alternative tolkninger finnes?**

”Need: The idea won’t do – but we still need it”  
(Culyer, 1995:727)

Mange har diskutert at det kan være vanskelig å komme frem til en brukbar definisjon av behov for helsetjenester som er anvendelig i survey-undersøkelser (Culyer, 1995; Goddard og Smith, 2001). Det kan blant annet stilles en rekke spørsmål til hva som menes når konseptet behov brukes og det derav oppdages hvorledes begrepet i seg selv er flertydig (Culyer, 1995; Wagstaff og Culyer, 1993; Goddard og Smith, 2001).

### **Helsetilstand**

For det første kan behov relateres til et individs grad av sykdom eller helsetilstand. Det er vanlig i vitenskapelig forskning at det benyttes et mål på behov ut i fra antakelsen om at individer med samme helsestatus har samme behov, og omvendt, at de med ulik helsestatus

har ulikt behov. Behov kan her måles normativt, hvor profesjonen definerer behov ut i fra en ønsket norm, som deretter sammenlignes opp mot faktisk tilstand. Er det et avvik har man behov for helsetjeneste. Et annet mål er følt behov som på en annen side refererer til det å spørre et individ eller en befolkning om de føler at de har behov for helsetjenester (Oliver og Mossialos, 2004:656). En kritikk mot slike mål er; ”*Something (like a specific medical act) has to be “needed” (is necessary) for something else to be accomplished*” (Culyer, 1995:727) Dette viser til at man må tenke på om handlingen faktisk vil ha en forventet effekt. Et individ med en alvorlig sykdom som ikke lar seg kurere av moderne medisinsk teknologi, vil ikke kunne forandre sin helsestatus til tross for bruk av helsetjenester. I slike tilfeller vil deres ”behov”, hva enn dette måtte omfatte av medisinsk behandling eller pleie, ikke være et ”behov” for den type helsetjeneste som tilbys. Man må altså se om bruken av helsetjenester virkelig er nødvendig i alle tilfeller, og ikke ta et behov for gitt selv om et individs helsestatus er svekket eller dårlig. Et annet problem som kan knyttes til denne bruken av behov er hvordan helsestatus, som i denne sammenheng er et relevant begrep, skal måles. Mange studier benytter seg av selvrapportert sykdom/helse. Slik rapportering av helse kan variere systematisk mellom ulike sosiale grupper, og dermed gi et feilaktig bilde av det egentlige behov hos de ulike sosiale gruppene.

### **Nytteeffekt**

For å møte denne kritikk vil et mer brukbart begrep knyttes til et mer konsekvensorientert eller instrumentelt mål som tar hensyn til at om det skal være et behov å snakke om må det finne sted et mål<sup>3</sup> man ønsker nå. Behov relateres her til ”*the capacity to benefit*” (Culyer og Wagstaff, 1993:434). To betingelser ligger til grunn for dette; for det første at det virkelig er helsetjenester som trengs for å oppnå målet, og for det andre at målet i seg selv er av en slik type at det kan benyttes et så sterkt begrep som behov fremfor for eksempel preferanse. Den andre betingelsen åpner opp for en diskusjon omkring hva som virkelig behøves. I denne oppgaven, som har sitt fokus på behov for helsetjenester, vil den viktigste typen mål være en forbedring av helse. Da det er behovet for helsetjenester det fokuseres på vil dette også legge føringer på den første betingelsen som ble nevnt, at helsetjenesten vil være nødvendig for å oppnå en forbedring av helsen. Det er dermed ikke behov for helsetjenester som ikke er

---

<sup>3</sup> Det skal her nevnes at det ikke er snakk om hvilket som helst mål. Man ønsker ikke at behovsbegrepet omfatter behov for luksus eller at det skal være et synonym for det man ønsker eller forventer.

effektive. Dessuten vil ikke effektivitet i seg selv være nok da det kan finnes andre mindre kostbare eller mer produktive teknologier som oppnår målet mer effektivt. Dette medfører med andre ord at et individ kan ha behov for helsetjenester, men ikke være syk (preventivt), være syk, men ikke ha behov for helsetjenester (ingen behandling er effektiv) eller være syk og ha behov for helsetjeneste A, men ikke B (en tjeneste mer effektiv enn den andre) (Culyer og Wagstaff, 1993).

### **Bruk av ressurser personen burde ha**

Når behov relateres til kapasiteten til å dra nytte av tjenesten står likevel et spørsmål ubesvart; hvor mye helsetjenester er det behov for? Dette fører videre til en tredje måte å se behov på, som legger inn et normativt element; *som bruk av ressurser, eller i dette tilfellet helsetjenester, en person burde ha* (Culyer og Wagstaff, 1993:435). Ved å bruke en slik formulering, står det fremdeles et spørsmål ubesvart. Hvordan mye helsetjenester burde personen ha? En måte å tolke denne måten å tilnærme seg behovsbegrepet på er å tenke at om A har større behov enn B betyr dette at A behøver flere goder enn B for å oppnå det samme nivå av velferd. I forskning på helsetjenester vil en slik tilnærming si de mengdene av helsetjenester, ut i fra behov, som trengs for å oppnå en likhet i helse. På denne måten knyttes behovsbegrepet opp mot likhet, noe som i seg selv kan problematiseres. Culyer (1995) viser til at å bruke behovsbegrepet normativ slik som her kan føre til paradoksale tilfeller hvor man vil kunne hevde at produktive helsetjenester ikke er nødvendige på grunnlag av at samfunnet har bestemt at personen det er snakk om ikke trenger det. Culyer og Wagstaff (1993:436) mener derfor at begrepet burde brukes teknisk for å unngå slike paradoksale tilfeller, og at bruk av ressurser en person burde ha dermed ikke er en passende tolkning av behov.

### **Forbruk i forhold til forbedringspotensial**

En fjerde tolkning, og den som har mest oppslutning spesielt blant helseøkonomer, er å definere behov som *det forbruk som er nødvendig for å gjøre slutt på potensialet for helseforbedring*. Man setter her fokus på forholdet mellom helsetjenester og utfallet av tjenesten. Et eksempel på dette vil være om det kom et teknologisk fremskritt innenfor behandlingen av en gitt sykdom, hvor muligheten til å forbedre helsen ville være like stor som før fremskrittet, men mengden helsetjenesteforbruk et individ har behov for vil reduseres. Der hvor man ikke har mulighet til å forbedre sin helse vil man ut i fra dette heller ikke ha noe behov for helsetjenester, mens der hvor man finner at individet kan forbedre sin helse, vil behovet være den mengden av tjenester som må benyttes for at det ikke lenger kan



forekomme noen forbedring av helsen til individet, eller *kapasiteten* er null (Culyer og Wagstaff, 1993).

I tillegg til disse teoretiske definisjonene av behov finnes det en rekke andre hensyn å tenke over når man skal operasjonalisere et så komplekst begrep. I hvilken grad skal ikke-kliniske faktorer ses i sammenheng med behov, for eksempel et individs sosiale situasjon? Vil det å være alene og ikke ha noen å snakke om sine problemer med bidra til at behovet for helsetjenester er større for et individ i denne situasjonen, til sammenligning med et individ med stor familie? Om man bygger videre på dette; hva med de som går til lege ”for sikkerhets skyld”; et mer psykisk orientert aspekt ved behovsdiskusjonen. Behovet kan også være av en mer administrativ karakter, for eksempel at man trenger sykemelding.

To komponenter kan sies å være viktige i en behovsdefinisjon: Individets helse før en eventuell behandling (hvor verre helse gir et større behov, en klinisk definisjon) og individenes mulighet til å dra nytte av en behandling (hvor mengden helsetjenester man trenger for ikke lenger kunne forbedre sin helsetilstand avgjør behovet – en helseøkonomisk definisjon). I en diskusjon av behov er det viktig at man tar hensyn til viktigheten av begge dimensjonene, selv om de kan sies å til dels være i konflikt med hverandre (eksempel ved behandling av noen typer kreft – hvor man har en dårlig helse, men liten mulighet til forbedring). Behov er meget vanskelig å operasjonalisere i en empirisk studie av helsetjenestebruk, og blir i mange sammenhenger operasjonalisert gjennom tilgjengelig data. Det ideelle vil være å finne en måte å kombinere de to aspektene på en akseptabel måte, hvor det subjektivt følte eller normativt bestemte behovet står sammen med muligheten individet har for å kunne forbedre helsen ved bruk av helsetjenester.



### 3. Teoretiske forklaringer

Det er viktig å se det fenomenet som beskrives statistisk i lys av teori for å få frem hvilke prosesser som er involvert og hva som kan forklare hvorfor et fenomen oppstår. Selv om den teoretiske kunnskapen omkring sosiale forskjeller i helsetjenestebruk er noe begrenset i norsk litteratur, er det i norsk og internasjonal forskning satt fram flere hypoteser om ulike mekanismer som kan ha betydning for sosiale gruppers bruk av helsetjenester (Stortingsmelding nr. 20, 2007). Til tross for at man i Norge har rettigheter på helsetjenester gjennom lovgivning gir ikke dette direkte tilgang til helsetjenester i praksis.

#### 3.1 Hva kan forklare ulik bruk ved likt behov?

Det er ikke gitt at en enkelt sosial prosess vil være tilstrekkelig for å kunne forklare all ulikhet i bruk av helsetjenester. I et samfunn hvor man har utformet et universelt helsesystem uten store finansielle tilgjengelighetsbarrierer og med et fastlagt henvisningssystem inn til spesialisthelsetjenestene, vil modellene for å forklare allmennlegebruk og legeinitiert henvisning til spesialist være forskjellige. Oppgaven vil i lys av dette fokusere på to ulike deler av helsetjenesten, primære/allmennlege- og sekundære/spesialisthelsetjenester, og vil legge vekt på at ulike prosesser kan være med på å forklare sosial ulikhet i de ulike delene.

Når man studerer bruk av helsetjenester kan man i første omgang tenke seg tre ulike typer forklaringer på de sosioøkonomiske ulikhetene som kan finne sted. Den første og legitime forklaringen er at bruken er styrt av behovet (1). Om bruksmønsteret fremdeles avviker i forhold til sosioøkonomisk klasse når man har kontrollert for behov kan dette komme av (2) situasjoner der tjenesten er ansvarlig for manglende kontakt eller (3) situasjoner der pasienten selv er ansvarlig for ikke å benytte seg av tjenestene.

Strukturelle forklaringsmekanismer peker på at selve tjenestene genererer en sosial ulikhet. Det kan her være snakk om kostnader knyttet til tjenestene, tilgjengelighet av tjenestene for brukerne, arbeidsmarkedet og ulike prosesser innenfor dette, kapasitet til tjenesten når det gjelder å kunne ta imot pasienter og informasjon om tjenestene. Siden allmennlegetjenesten og spesielt fastlegen er ilagt rollen som den som skal henvise pasienter til spesialister er legenes holdninger og diskriminerende faktorer i pasient-lege forholdet et viktig moment.

Individuelle forklaringsmekanismer, som peker på trekk hos individet, kan være inntekt og hvor man bor. Språklige eller kunnskapsmessige barrierer kan medføre ulike hindringer når man skal innhente informasjon eller kommunisere, samt at sosiokulturell tilknytning vil skape ulike mønstre i generell atferd, derav også i helseatferd, og preferanser.

### **3.1.1 Faktorer knyttet til helsetjenesten**

The Black Report (Townsend og Davidson, 1992) er en av de første rapportene som satte fokus på forskning rundt sosial ulikhet i helse, samt sosial ulikhet i bruk av helsetjenester.

Rapporten benytter seg av en rasjonell handlingsmodell for bruk av helsetjenester.

Klassedifferensieringene man her finner i bruk av helsetjenester forklares på den ene siden av ulik tilgjengelighet til helsetjenestene og på den andre siden av strukturen på selve helsetjenesten; ved at nytten av å oppsøke lege eller annen helsetjeneste veies opp mot kostnadene dette vil medføre, enten av økonomisk eller annen art. Forklaringer som tar utgangspunkt i økonomi eller tilgjengelighet som forklaringer på sosial ulikhet i bruk av helsetjenesten bruker en slik modell, da slike kostnader er klassespesifikke. Det er altså interaksjonen mellom sosiale og økonomiske faktorer som vil føre til sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester. Bruk av helsetjenester kan medføre kostnader, enten man her snakker om kostnader av økonomisk karakter eller for eksempel emosjonell, som vil være ulik for ulike sosiale grupper.

#### **Økonomisk tilgjengelighet**

For noen vil de økonomiske kostnadene av helsetjenestene redusere eller forhindre tilgjengeligheten til bruk av helsetjenestene. Dette vil innbefatte både direkte kostnader knyttet til betaling av tjenestene, men også økonomiske vurderinger knyttet til for eksempel reisekostnader.

I Norge har man det som kalles egenbetaling med kostnadstak<sup>4</sup>. Dette vil si at vår frikortordning er en type egenandel hvor pasientene ikke betaler egenandeler etter at taket for egenandelene er nådd (Johnson, 2004). Sammenhengen mellom egenandeler og forbruk av helsetjenester er godt dokumentert internasjonalt (St.meld nr. 20, 2007). I en kartlegging av

---

<sup>4</sup> Gjeldende fra 1. Januar 2009 er dette 1780 NOK (for konsultasjon hos lege, reise, legemidler og annet utstyr) (<http://www.nav.no/page?id=354>).

bruken av egenandeler i helsesektoren i ulike land, utført av programmet for helseøkonomi i Bergen, er det vist til studier som gir støtte for hypoteser om at etterspørselen lar seg påvirke av egenandeler. Egenandeler reduserer etterspørselen etter både nødvendige og unødvendige tjenester, og de tenderer til å påvirke helse og økonomi på en sosialt skjev måte. Studiene indikerer at personer med lav inntekt og personer som tilhører enkelte sosiale grupper, rammes mest negativt (Johnsen, 2004; Elofsson et al., 1998).

En undersøkelse av Westin et al. (2004) forsøker å kartlegge de faktorer individene selv vektlegger når de velger å avstå fra å oppsøke helsetjenester i Sverige, til tross for at de føler de har behov for tjenestene. Denne undersøkelsen viser at hver femte som oppgir å ikke ha oppsøkt helsetjenester til tross for behov oppgir økonomiske grunner som utslagsgivende grunn bak valget. Videre viser undersøkelsen at denne gruppen i større grad besto av individer i lavere sosiale lag, noe som indikerer at økonomiske betingelser kan være en del av forklaringen til hvorfor ulike sosiale grupper kan variere i bruk av helsetjenester. Det er dermed grunn til å anta at kostnader har en generell effekt i å hindre legekontakt, videre kan dette antas å ha en spesiell effekt først ved relativt mye bruk.

Ringdal et al.(2006) undersøkte sosial ulikhet i bruk av private helsetjenester i Oslo for å se om forskjellige nivå på egenbetaling hos allmennlege kan føre til sosial ulikhet i tilgang til primærtjenesten, eller at de med mest ressurser får bedre tilgang til primærhelsetjenesten enn de som har mindre ressurser. Resultatene viser at høyere sosiale lag tenderer til å bruke private helsetjenester, eller allmennleger uten kontrakt med staten, i større grad enn lavere sosiale lag, noe som vil medføre en sosial ulikhet i tilgangen til primærhelsetjenesten. Siden undersøkelsen bygger på tall innhentet før fastlegereformen trådte i kraft 1. juli 2001 kan det settes spørsmålsteget ved resultatenes relevans for dagens forhold, ettersom fastlegereformen innførte en ny dynamikk i allmennlegemarkedet ved at private helsetjenester er dramatisk redusert.

### **Geografisk tilgjengelighet**

I etterkant av ”The Black report” (Townsend og Davidson, 1992) kom ”The Health Divide” (Whitehead, 1992). Rapporten trekker frem det geografiske aspektet som hovedforklaring på ulikhetene i bruk av helsetjenester, men påpeker samtidig at det ikke kan legges skjul på at finansielle eller sosiokulturelle mekanismer kan operere i tillegg. Geografisk tilgjengelighet anses spesielt som en mulig årsak til sosiale ulikheter i bruk av spesialhelsetjenester siden spesialister kan sies å være mer tilgjengelig i tettere befolkede strøk. Er det for eksempel slik

at den sosiale skjevfordelingen i bruk vil forsvinne om man tar hensyn til geografisk plassering? Benytter lavere sosioøkonomisk statusgrupper i mindre grad spesialister av den grunn at disse mindre tilgjengelige geografisk sett?

I Norge er den geografiske spredningen av allmennlegetjenestene ganske god. Dette er ikke tilfellet for spesialisthelsetjenestene. Fordelingen over privatpraktiserende spesialister er geografisk skjevfordelt. Helseregion Nord og Helseregion Midt-Norge ligger lavest, med henholdsvis 8,6 og 9,7 årsverk per 100 000 innbyggere, mens Helse Øst ligger på topp med 21,8 årsverk per 100 000 innbyggere<sup>5</sup>. Det må i denne sammenheng presiseres at dette dreier seg om privatpraktiserende spesialister med avtale med staten, mens en tilsvarende oversikt over spesialister uten avtale mangler. Det er allikevel ikke urimelig å anta at en oversikt som rommet også disse ville kunne forsterke skjevhetene ytterligere. Skjevhetene det her vises til kan være med på å forklare ulikheter i bruken av spesialist, men det kan også tenkes at sykehusene og de private kan utgjøre komplementære tilbud, og på denne måten skape sosial likhet. Det er dessuten en mulighet å henvise på tvers av helseregioner.

### **Forpliktelser som forhindrer eller øker bruk av helsetjenester**

Elstad (1991a) tar også opp muligheten for at tilknytning til arbeidsmarkedet har noe å si for hyppigheten i legekontakt, hvor de med krav om legitimering av sykdom i form av legeattest ved fravær benytter seg oftere av lege. Man kan spørre seg om en slik legitimering blåser opp tallet for bruk av helsetjenester slik at spesielt lønnstakere av lavere rang har en større hyppighet i sitt forbruk enn de ellers ville hatt. På en annen side kan denne tendensen være visket bort i dagens samfunn ved innføringen av egenmeldingssystemet.

Yrkesstatus vil på bakgrunn av dette kunne være med på å påvirke bruk av allmennlegetjenester. Om man er fraværende fra sin arbeidsplass grunnet sykdom i mer enn tre dager (med mindre det er en IA bedrift<sup>6</sup>), er man pålagt å få en sykemelding fra

---

<sup>5</sup> Tabell 8:Privatpraktiserende legespesialistar med driftsavtale. Tal på årsverk per 100 000 innbyggjarar, etter spesialitet og helseregion. 2006 (ssb.no)

<sup>6</sup> Dersom bedriften du jobber i, er en IA-virksomhet, kan du imidlertid bruke egenmelding i til sammen 24 kalenderdager i løpet av en 12 måneders periode. Det innebærer at egenmelding for eksempel kan benyttes for 24 enkeltdager. Egenmelding kan ikke benyttes i mer enn åtte dager per fraværstilfelle (<http://www.nav.no/1073749949.cms>).

allmennlege. Det kan for eksempel være rimelig å anta at en person med en høyere sosialt rangert og selvstendig jobb i større grad kan kombinere sykdom og jobb ved for eksempel ta en arbeidsdag hjemme. En slik situasjon vil være med på å skape en ytterligere ulikhet i bruk av helsetjenester.

Barn og familiære forpliktelser kan også påvirke bruk av helsetjenestene. Om disse forpliktelsene rammer ulike sosiale grupper ulikt er også dette med på å skape en sosial skjevhet i bruk, eventuelt skjule ulikheten som egentlig forekommer.

### **Informasjon om tilbud og rettigheter**

Helsetjenester kan, fordi man ikke sikrer tilstrekkelig informasjon omkring dem, være mindre kjent for noen grupper av populasjonen enn andre. I forhold til det å skaffe seg informasjonen kan det også tenkes at juridiske virkemidler som pasientrettigheter, rett til individuell plan, rett til vurdering og rett til nødvendig helsehjelp kan virke sosialt skjevt (St.meld. nr. 20, 2007). Bruken av slike rettigheter krever til en viss grad ressurser i form av kunnskap. Det kan derfor tenkes at mennesker med høyere utdanning i større grad kjenner til eller har kompetanse til å skaffe seg informasjon om og tilgang til slike rettigheter. For i større grad å kunne benytte seg av de tilbud som finnes og kunne bedømme nytten av ulike tjenester, må det finnes kunnskap om hvilke alternativer som er tilgjengelige. Denne kunnskapen kan variere systematisk mellom ulike befolkningsgrupper og være betinget av blant annet faktorer som sosialt nettverk og utdanningsbakgrunn.

### **Pasientens troverdighet og tillit til helsetjenestene**

HELTEF (Stiftelse for helsetjenesteforskning) arbeider med å måle pasienterfaringer gjennom PasOpp<sup>7</sup> undersøkelsen som tar sikte på å beskrive blant annet pasienters tillit til sykehus, kvaliteten av informasjon de får fra helsepersonell og kommunikasjon med helsepersonell (Sjetne et al., 2003). Det kan tenkes at bruken av helsetjenester påvirkes direkte gjennom den opplevde kvaliteten pasientene erfarer i møte med norsk helsevesen, og gitt at denne er systematisk skjevfordelt mellom de sosiale klasser er dette et aspekt som vil være med på å opprettholde eventuelle ulikheter i bruk

---

<sup>7</sup> PasOpp undersøkelsen er en videreføring av Reskva undersøkelsen fra 1995-2001, med reviderte metoder for å fange opp elementer som følge av den nye sykehusreformen (Sjetne et al., 2003)

En svensk artikkel finner tillit til helsetjenestene som en mulig forklaring på sosioøkonomisk ulikhet i bruk av helsetjenester, ut i fra en surveyundersøkelse som fokuserer spesielt på hvorfor man velger å ikke gå til lege. Undersøkelsen konkluderer med at opplevd tillit fremstår som en hovedårsak til ikke å søke seg mot helsetjenestene. På en annen side er det i denne undersøkelsen ikke signifikante sammenhenger mellom tillit og sosio-demografiske variabler (Westin et al., 2004).

### **Allmennlegen som ”portvakt”**

Ved første kontakt antas det at det er pasienten som tar initiativet til å oppsøke lege. Denne kontakt regnes derfor i utgangspunktet som pasientdrevet og påvirket av mulige forklaringsmekanismer som de presentert over. I Norge fungerer allmennlegen som en ”portvakt” inn til spesialisthelsetjenesten. Denne kontakten vil på samme måte derfor ikke være pasientdrevet, men mer legedrevet i sin form. Selv om allmennlegetjenestene er like med hensyn til bruk etter behov er det derfor ikke nødvendigvis slik at dette også er tilfellet for bruk av spesialisthelsetjenester. Andre sosiale prosesser kan muligens bedre forklare sosioøkonomiske ulikheter i spesialisthelsetjenesten, og den sosiale konteksten konsultasjonene skjer i og hvilke effekter denne vil ha på senere plan blir her viktig.

Scott et al. (2002) diskuterer allmennpraktikerens ulike valg av eventuelle videre behandlinger, og hvordan disse kan ses i sammenheng med pasientens sosioøkonomiske status. ”*Decisions about referrals to specialists, diagnostic testing, follow up and prescribing all involve the use of recourses which may have more beneficial use*” (Scott et al., 2002:35). I tillegg til å ta opp effektiv ressursbruk er det også fokus på hvordan ressurser er fordelt utover sosioøkonomiske grupperinger. Om det er en forskjell i pasientenes sosioøkonomiske status og allmennlegenes respons til slike forskjeller, kan dette være med på å forklare ulike forbruksmønstre i bruk av helsetjenester. Spesielt vil dette vises på spesialistnivå, da man i Norge, som nevnt over, har et henvisningssystem.

Om det finnes sosiale diskrimineringsprosesser i henvisning til spesialisthelsetjenestene kan dette være med på å forklare ulike mønstre i bruk av helsetjenester spesielt i forhold til spesialhelsetjenester, men en diskriminerings effekt i allmennhelsetjenestene kan også føre til at lavere sosioøkonomiske grupperinger velger avstå fra å gå til lege fordi de mister tillit til profesjonen og føler seg urettferdig behandlet.



### ***Allmennlegenes nytte av henvisning***

Allmennlegen er ment å henvise pasienter videre til spesialist om nytten ved en slik henvisning er større enn om henvisningen ikke finner sted. I Iversen og Kopperuds (2002) studie pekes det på tre ulike grupper av variabler som menes å påvirke allmennlegens nytte av henvisningen, og derav også påvirke henvisning til spesialist.

For det første pekes det på at pasientens helse og hvilken type medisinsk problem man har vil være utslagsgivende. Under dette punktet kommer ikke bare allmennlegens hensyn til pasientens helsestatus og hvilke potensial det er for forbedring av denne, men også bekreftelse eller avkreftelse av at dennes bedømmelse eller diagnose er den rette. Dette gjelder både ovenfor legen selv og ovenfor pasienten. I slike tilfeller kan en spesialist fungere som en sekundær bedømmer. Rutle (1987) fant at majoriteten av henvisningene i hans materiale over norske allmennleger fant sted fordi legene anså sin kompetanse som ufullstendig.

Det andre punktet Iversen og Kopperud (2002) trekker frem er kapasitet, organisering og godtgjørelse i primærhelsetjenesten. Iversen og Lurås (2000) peker på alternative og supplementerende henvisninger, hvor førstnevnte er henvisninger som er ”unødvendige” i den forstand at allmennlegen i medisinsk forstand selv kunne utført dem. Iversen og Kopperud (2002) peker på at slike henvisninger i større grad kan tenkes å forekomme i områder hvor det er færre leger pr innbyggere (lav tetthet av allmennleger). Dette fordi man uten henvisninger ikke kan se like mange pasienter, noe som på den økonomiske plan kan få konsekvenser for legene da deres inntekter reguleres av personer på fastlegelistene. Henvisningene blir på denne måten en mulig mekanisme for å regulere overkommelig arbeidsmengde.

For det tredje vil de tilsvarende faktorene i sekundærhelsetjenesten også være avgjørende. Her kan lang ventetid på behandling på grunn av lav kapasitet eller lang reisetid være utslagsgivende for om man blir henvist eller selv velger å bli hos allmennlege (Iversen og Kopperud, 2000). Ut i fra et slik perspektiv kan legens atferd i forhold til henvisning videre til spesialisthelsetjenester være sosialt betinget av økonomiske og geografiske krefter, og ikke direkte av behov. Dette kan få følger for det sosiale mønsteret i bruk av spesialisthelsetjenester ved at de faktiske sosioøkonomiske variasjonen i bruk farges av ulike henvisningspraksis.

I tillegg er henvisninger også et resultat av kjønnet, alderen og erfaringen til legen. For eksempel henviser yngre leger i større grad pasienter sammenlignet med eldre leger (Finnvold, 2006).

### ***Diskrimineringsmekanismer knyttet til sosioøkonomisk klasse***

Analyser viser at jo dårligere en pasient føler seg, jo oftere blir han/hun henvist til spesialist. Likevel viser funn at 36 prosent av de som vurderer egen helsetilstand som ”svært god” blir henvist, samt 42 prosent av de uten kroniske lidelser i 1999 (Finnvold, 2006). Dette viser at egenrapportert helse bare kan gi en bit av forklaringen på hvorfor pasienter til henvist. I forhold til sosial klasse finner Finnvold (2006) at henvisningsraten for lavere sosiale klasser er lavere enn for høyere sosiale klasser. Tre viktige punkt tas opp i artikkelen til Scott et al. (1996) som berører mulige diskrimineringsprosesser eller prioriteringsprosesser av sosiale grupper og hvorledes sosioøkonomisk posisjon kan vise seg å ha en innvirkning på dette, uavhengig av helsestatus.

Sosial distanse er det første punktet Scott et al. (1996) nevner. Samhandling er en viktig del ved en konsultasjon med lege, enten det dreier seg om en allmennlege eller en spesialist. Dette fordi det er gjennom samhandling behovene fremlegges, og gjennom dette en har en mulig påvirkningskraft i en henvisningsprosess. På denne måten blir samhandlingsprosessen mellom lege og pasient på den ene siden viktig for pasienten ved at legens empati og menneskelige støtte bidrar til at han/hun håndterer situasjonen i større grad, men på den andre siden er den viktig for legen som gjennom samtale stiller sin diagnose. Om sosiale ulikheter mellom klassene påvirker kvaliteten av lege-pasient kommunikasjonen, ved at lavere sosiale lag i mindre grad får fremlagt sine ønsker og behov på en god måte, sammenlignet med høyere sosiale lag, vil dette kunne gi seg utslag i ulike bruksmønstre for de ulike lag. Videre kan det også være slik at høyere sosiale lag i større grad er inneforstått med hva som ”kreves” for en henvisning, og fremlegger sitt problem deretter. Dette kan settes i sammenheng med at ”like barn leker best”, og at mennesker i høyere sosiale lag av denne grunn har større sannsynlighet for å ha en lege i nærmeste omgangskrets de kan rådføre seg med angående konsultasjonen.

Det andre punktet Scott et al. (1996) peker på er sosioøkonomisk ulikhet i kunnskap og holdninger til helserelevante tema, som igjen vil medføre ulikheter i helseatferd. Dette perspektivet er nøyere beskrevet i avsnittene under. Det kan her nevnes at dette perspektivet spesielt vil gjøre seg gjeldende om man tar for seg preventive helsetjenester som for eksempel tannhelsetjenester hvor man benytter seg av tjenesten før den faktiske lidelsen har inntruffet.

Til sist tar Scott et al. (1996) opp profesjonskontroll hvor det er legen som har størst innflytelse på konsultasjonen, men hvor legens stereotyper av ulike sosioøkonomiske grupper kan ha betydning for eksempel i forhold til henvisning videre til spesialist. Når staten har ansvaret for velferden til lekmannen, slik den norske velferdsstaten fungerer, blir profesjonen en del av klassen av omsorgsgivere, noe som kan føre til at deres perspektiv og lekmannens perspektiv faller lenger fra hverandre. Fokuset ligger her på at det er profesjonen som i stor grad kan sies å ha kontroll over lekmannens valg, og styre hvorledes man skal oppføre seg når det gjelder helserelatert atferd. På den andre siden har Carlsen og Nordheim (2003) vist at mange leger også opplever et press fra sine pasienter angående henvisning. Her kan man tenke seg at utdanningslengde er en god indikator på evne til å yte et slikt press. ”The Matthew principle” peker på nettopp dette at det i størst grad er middelklassen som er best informert om måten velferdsstaten fungerer på, og hvordan man best oppnår knappe goder (Gal, 1998).

Det er sosialt definerte kriterier helseprofesjonen benytter seg av når de avgjør hvilke pasienter som skal behandles og når og hvordan de skal behandles. Denne beslutningen tas på grunnlag av normative vurderinger formet av sosiale og kulturelle oppfatninger i samfunnet de lever i (Lian, 2003). Om legene har en stereotypi av de lavere sosioøkonomiske lag som går i retning av at disse har mindre kunnskap om sykdom og alvorlighet enn høyere sosiale lag kan dette påvirke blant annet henvisning til spesialist.

### **3.1.2 Faktorer knyttet til individene**

Som en motsetning til strukturelle, kulturelle og relasjonelle forhold ved helsetjenesten som forklaringer på ulik bruk ved ulikt behov, kan på den annen side fokusere på perspektiv som tar utgangspunkt i hva som bestemmer atferden og livsstilen til individer med bestemte sosiale posisjoner. Innenfor forklaringer som legger vekt på helseatferd, oppstår menneskers livsstil og atferd som en konsekvens av den sosiale posisjonen de innehar. Hver sosiale posisjon har på denne måten en typisk livsstil eller atferd som skiller dem fra andre posisjoner (Elstad, 2000). Et hovedtema innenfor denne typen forklaringer er derfor å forstå hva som binder den sosiale posisjonen og den typiske livsstilen man finner innenfor denne sammen. Tildels kan den forklares med strukturelle betingelser (jf. strukturelle betingelser som beskrevet over), men også teoretiske perspektiv som understreker individuelle handlinger er vektlagt i stor grad (Elstad, 2000).

Helseatferd som ses på som mer helsefarlig forekommer i større grad innenfor de grupper som i utgangspunktet har dårligere helse. For eksempel helseatferd som røyking, alkoholkonsum, dårlig kosthold eller manglende fysisk aktivitet. Også bruk av helsetjenester kan studeres innenfor dette perspektivet. Med høyere sosioøkonomisk status øker sannsynligheten for å leve et helsefremmende liv - hvilke sosiale prosesser produserer da ulike mønstre i bruken av helsetjenester for ulike sosioøkonomiske posisjoner? Elstad (2000) trekker frem to ulike tilnærminger til spørsmålet omkring hvilke sosiale prosesser som ligger bak det sosioøkonomiske mønsteret i helseatferd: hypotesen om helsekunnskap og livsstilsperspektivet.

### **Helsekunnskap**

Innenfor dette perspektivet ses bruken av helsetjenester ut i fra sosioøkonomiske lags kunnskap og det grunnlaget kunnskap gir for et helsefremmende liv og bevissthet om egne liv. Det legges her vekt på en antakelse om at høyere sosioøkonomiske lag har større kunnskap om helse og større tro på at helsen er et produkt av egne handlinger enn man finner hos lavere sosiale lag, hvor opplevelsen av kontroll over egen skjebne er mindre. En hypotese som tar utgangspunkt i en slik forklaring er at personer med ulike grader av utdanning i varierende grad i stand til å forstå symptomer på egen kropp. Dette vil i andre ledd føre til en varierende bruk av helsetjenestene på tross av likt behov. En mulig forklaring på sosiale skjevheter i bruk av helsetjenester kan dermed være forskjeller i kunnskap om når man skal oppsøke tjenestene (Hombøe et al, 2006).

Mechanics teori for hjelpesøkende atferd og Health belief modellen er to modeller som søker å forklare bruk av helsetjenester ut i fra perspektivet skissert over:

#### ***Mechanics teori for hjelpesøkende atferd***

Mechanic (1978) ser de ulike mønstrene i hjelpesøkende atferd fra to generelle og supplementære perspektiv: På den ene siden som produkter av sosiale og kulturelle betingelser, på den andre siden som del av et større nettverk individet benytter seg av for å håndtere vanskelige situasjoner.

“Such patterns of behavior may be seen as a product of social and cultural conditioning, because they may be experienced and enacted naturally in the social contexts within which they appear relevant. Or [...] as part of a larger coping process in which illness behavior is only one aspect of a coping repertory, an attempt to make an unstable, challenging situation more manageable for the person who is encountering difficulty”  
(Mechanic, 1978:261).

Mechanic (1978:268-269) har etter en gjennomgang av et omfattende empirisk materiale kommet frem til en generell deskriptiv modell som inneholder ti determinanter for sykdoms- eller hjelpesøkende atferd.

- 1) Symptomenes tydelighet
- 2) Symptomenes opplevde alvorlighet
- 3) I hvilken grad symptomene gir aktivitetsforstyrrelser
- 4) Symptomenes hyppighet
- 5) Toleranseterskel -kulturelle ulikheter
- 6) Kunnskap og informasjon
- 7) Behov som fører til fornektning
- 8) Behov som konkurrerer med sykdomsatferden
- 9) Konkurrerende fortolkninger
- 10) Tilgjengeligheten av behandlingsressurser

Han peker på at determinantene er overlappende, men at alle likevel inneholder noe eget spesielt som gjør det verdifullt å ha med. Hans budskap er at valget om å bruke helsetjenesten ikke alltid vil være rasjonelt i et medisinsk perspektiv, og ofte er det ikke alvorligheten i sykdommen som bestemmer individers atferd. Mechanic (1978) trekker for eksempel frem at det å bli forstyrret i sine aktiviteter pga sykdommen, på tross av at det er kan være snakk om en medisinsk triviell sykdom, ofte kan være en større motivasjon mot å søke hjelp enn kun det å føle symptomene av for eksempel en type kreft.

Om man bruker ulike helsetjenester eller ikke avhenger også av helsepersonellens kulturelle eller sosiale tilgjengelighet. Tilgjengelighet vil der referere til hvorvidt pasienten føler at helsepersonell responderer til personen og hans sykdom innenfor rammen av pasientens kulturelle forventninger, graden av stigma eller sosial trussel som ligger i bruken av tjenesten, forventningen av nedverdiggelse som følge av behandling eller måten man blir behandlet av personalet, samt andre forhold i møte mellom helsepersonell og pasient. Dette kan vise tilbake til avsnittet om mulige diskriminerende mekanismer i forholdet mellom helsepersonell og pasient.

### ***Health belief modellen.***

Modellen inneholder tre komponenter, for det første individenes handlingsmotivasjon som dannes ut i fra hvilken sårbarhet personen opplever i forhold til sykdommen og den antatte

alvorligheten av konsekvenser sykdommen vil medføre. For det andre vil tilbøyeligheten til å oppsøke lege bestemmes ut i fra en vurdering eller avveining mellom fordeler og kostnader ved bruken. Den tredje komponenten er en handlingsstimulus av enten intern (for eksempel at man kjenner symptomer) eller ekstern karakter (at mennesker i ditt sosiale nettverk ber deg oppsøke lege) (Becker, 1979:255). Modellen tar hensyn til at ulike demografiske, strukturelle, personlige og sosiale faktorer kan påvirke individers motivasjon og oppfatninger, men disse faktorene ses på som faktorer som påvirker de ulike dimensjonene i modellen snarere enn direkte påvirke helseatferden i seg selv.

Forklaringer som tar utgangspunkt i helsekunnskap har fått kritikk blant annet for å bygge på antakelser som ikke nødvendigvis er sanne. Er det for eksempel slik at lavere sosioøkonomiske grupper har mindre kunnskap om helse og ulike helsetjenester sammenlignet med grupper høyere i det sosioøkonomiske hierarkiet? Link og Phelan (2002) mener at så lenge samfunnet er lagdelt vil konsekvensen alltid være at de ressurssterke og velstående vil kunne omsette sin privilegerte situasjon til bedre helse. I tidligere tider gjennom materielle ressurser, senere gjennom større evne til å ta i bruk helsekunnskap.

Mechanics (1978) modell kritiseres også for å presentere en liste over ulike variabler man antar har en interaksjon med bruk av helsetjenesten, men med en manglende spesifisering av relasjonen mellom variablene. Som et sosiologisk verktøy kan begge modellene videre kritiseres for å vektlegge i for stor grad de psykologiske aspektene knyttet til beslutningen om å søke helsetjenester på bekostning av de sosiale kontekstene slik atferd foregår innenfor. De individualiserer helseatferden og tar handlingene og kunnskapen ut fra den sosiale kontekst de finner sted (Barstad, 1989).

## **Livsstil**

Som svar på denne kritikken inkorporer livsstilsperspektivet også de sosiokulturelle strukturene individene handler i forhold til for å forklare sosiale mønstre i helseatferd. Dette vil ikke si at personer ikke selv velger sine handlinger, men at disse handlingene er betinget av personenes bakgrunn, deres ressurser, deres erfaringer og deres gruppe identitet. Livsstil er knyttet til en sosial gruppe slik at fenomenet må ses på som kollektivt og ikke bare individuelt slik tilfellet med helsekunnskap er. Livsstilsperspektivet søker å inkorporere strukturene og på samme tid ta hensyn til individers egne valg. Det finnes to varianter som begge fokuserer på dette; den ene legger vekt på strukturelle betingelser, mens den andre retter sitt fokus mot kilder til gruppe identitet (Elstad, 2000).

### ***Livsstil produsert gjennom sosiale betingelser.***

Perspektivet vektlegger i stor grad at menneskers valg er bestemt av strukturelle betingelser av økonomisk eller sosial art. Mennesker kan ønske å bruke eller ikke bruke helsetjenestene, men de har begrensede valgmuligheter innenfor den sosiale kontekst de befinner seg i.

Normer for hva som anses for rett atferd innenfor den sosiale gruppen kan også virke inn i et slikt perspektiv.

### ***Modellen til Andersen et.al.:***

En tilnærming til feltet, som mange empiriske undersøkelser senere har bygget på er modellen til Aday og Andersen. Modellen forklarer variasjon i bruk av helsetjenester ut i fra tre ulike komponenter eller faktorer.

Briefly, it assumes that a sequence of conditions contributes to whether or not people use services and the volume of services they consume. Use is posited to be dependent on, first, the predisposition of the individual to use services as suggested by demographic and social characteristics and beliefs about health services (i.e., predisposing variables); then his ability to secure services as indicated by his own personal resources and the availability of health services in his community of residence (i.e., enabling variables); and finally his state of illness as self-perceived and also as evaluated by the practitioners who treat him (i.e., need) (Aday og Andersen, 1978:534).

Behovsvariabelen i modellen vil klart bestemme størsteparten av variansen i bruken av helsetjenestene. Av de faktorene som disponerer personen å søke helsetjenester kan man nevne forhold som kunnskap om tjenestene, holdninger til helsetjenestene, toleranseterskel for symptomer o.l., mens mer strukturelle forhold eller muliggjørende faktorer bestemmes av forhold som for eksempel avstand til lege, ventetid, egenandeler, forpliktelser knyttet til arbeid eller hjem.

Kritikken mot modellen slik den presenteres går på at den er alt for individorientert eller rettet kun mot legesøker prosessen som en individuell beslutningsprosess (Barstad, 1989). Modellen har i norsk sammenheng blitt brukt av Andersen og Laake (1985:45-46) som også kommenterer at modellen ikke fanger inn den variasjonen i bruk av helsetjenester som ligger utover den første individinitierte kontakten. Da modellen ser på bruk av helsetjenester utelukkende ut i fra en individuell beslutningsprosess innebærer dette, til tross for at den tar hensyn til faktorer av mer organisatorisk karakter, at den ikke vil fange opp de faktorene som kan påvirke individets videre bruk av helsetjenester. Dette omhandler blant annet henvisninger, og allmennlegens innflytelse på pasientens videre bruk av helsetjenester. Selv

om modellen kan ta hensyn til trekk ved individet, som for eksempel sosioøkonomisk posisjon, samt tilgjengelighet av helsetjenester, vil informasjon som omhandler trekk ved legen eller ved organiseringen av helsetjenestene ikke komme med i modellen. Barstad (1989) retter også kritikk mot at modellens komponenter ofte studeres additive til fordel for interaktivt, ved at alle komponentene må være til stedet. Han peker videre på at modellen kan ses på som en liste over variabler mer enn en modell i egentlig forstand, da det mangler spesifisering av relasjoner mellom variablene. Dette medfører at modellen blir meget abstrakt og gir lite innsikt i de konkrete beslutningene som ligger bak beslutningen om å oppsøke helsetjenesten. En god modell bør gi svar på forløp, samt beskrive prosessene som genererer et sosialt fenomen (Bråten, 1981 sitert hos Barstad, 1989:19).

### ***Livsstil som kilde til identitet***

Et alternativ til å se livsstil bare ut i fra strukturelle betingelser er å se det som en kilde til gruppeidentitet. Bourdieus teori om hvordan ulike sosiale posisjoner i det sosiale rom klassifiseres ut i fra økonomisk, kulturell og sosial kapital er et eksempel på en slik type sosiologisk klasses teori. Bourdieu fastlegger individenes tilgjengelige handlingsalternativer gjennom habitus, som både strukturerer og muliggjør handling (Aakvaag, 2008). På denne måten kan bruk av helsetjenester ses på som en helseatferd som er knyttet til de ulike sosioøkonomiske grupper livsstil og gruppeidentitet. Det sosiale nettverket du er en del av er her viktig.

### ***Freidsons "lay referral system"***

I "Profession of Medicine" legger Freidson (1988: 288-289) frem synspunkter som peker på ulike determinanter ved legesøking, og spesielt de sosiokulturelle determinantene. Han vektlegger at meningen individet gir sine erfaringer er bestemt av det sosiale liv individet deltar i, og videre at det er denne subjektive meningen som ligger til grunn for atferd. På denne måten kan man predikere et individs atferd på grunnlag av det sosiale livs innhold. Det sosiale liv, slik Freidson beskriver det, består ikke bare av innhold, men også av en struktur – "an organization of people's relation each to the other." (Freidson, 1988:289). Denne opprettholder og styrker konformitet til det kulturelle innholdet i det sosiale liv.

Bruk av helsetjenester må forstås i forhold til disse sosiokulturelle aspektene. Det kulturelle innholdet formidles gjennom råd individene får eller søker fra andre innenfor sitt sosiale nettverk. I denne rådgivningsprosessen henvises individet til lege eller andre kompetente som kan håndtere problemet



“This network of consultants, which is part of the structure of the local lay community and which imposes form on the seeking of help, might be called the "lay referral structure." Taken together with the cultural understandings involved in the process, we may speak of it as the "lay referral system” (Freidson, 1960:377).

Freidsons (1988) hypotese er at variasjoner i ”the lay referral system” vil gi variasjoner i bruk av helsetjenester. Den ene delen av systemet – lekmannskulturen – kan variere i hvilken grad den er i overensstemmelse med den profesjonelle, medisinske kulturen. Den andre delen – den sosiale strukturen – kan variere i hvor sterk grad den legger normative føringer eller press på individene. Til sammen vil delene gi en typologi av systemer som vil predikere bruk av helsetjenester.

**Figur 3.1 Freidsons ”lay referral system”**

<b>Lay Referral structure</b>	<b>Lay culture</b>	
	<i>I overensstemmelse med profesjonen</i>	<i>Ikke i overensstemmelse med profesjonen</i>
<i>Løst normativt føringer/press</i>	1 - Medium til høy bruk av helsetjenester	2 - Medium til lav bruk av helsetjenester
<i>Sterkt normativt føringer/press</i>	3 - Høyest bruk av helsetjenester	4 - Lavest bruk av helsetjenester

I forhold til klassebegrepet mener Freidson (1960, 1988) at type fire kan eksemplifiseres med atferd man kan finne hos mennesker i en lavere sosial posisjon, mens type tre representerer atferd hos medisinsk personell eller velutdannede:

“Between these two extremes, in the United States at least, members of the lower class participate in lay referral systems resembling the indigenous case, and members of the professional class tending toward the other pole, with the remaining classes, taking their places in the middle ranges of the continuum (referanse med sidetall)”.

Freidson (1988) trekker videre frem at selve sykdommen også er viktig i spørsmålet omkring bruk av helsetjeneste. Han trekker her frem at graden av alvorlighet og legitimering av sykdommen vil ha konsekvenser for bruk av helsetjenester. Legitimering viser til i hvilken grad individene kan bli fritatt sine rolleforpliktelser ved sykdommen og mottar visse

privilegier. For betinget legitimert sykdom kan man forvente høy bruk av helsetjenesten, for ubetinget og ulegitimert sykdom vil dette ikke være tilfellet. Når det gjelder alvorligheten av sykdommen vil man i tilfeller som defineres med høy grad av alvorlighet finne mer oppsøkende atferd enn i tilfeller av lavere grad.

For det første er dette en modell som vanskelig lar seg teste empirisk med et kvantitativt materiale da et slikt materiale inneholder lite data om holdninger. Kritikkk mot modellen kan være at den som en generell modell for forklaring av bruk av helsetjenester er for enkel i sitt slag, da den ikke tar innover seg videre strukturelle variabler som vil være med å betinge menneskers muligheter.

Alle de ulike modellene som er presentert over er nyttige kataloger over faktorer som bør være med i en analyse av hjelpesøkningsatferd, men er ikke så tydelig utformet at empiriske slutninger kan trekkes direkte ut i fra dem. De ulike forklaringene er på ulike nivå – psykologiske, sosiale gruppeprosesser og systemnivå..

### **3.1.3 Oppsummering**

I en grov oppdeling kan man peke på fire ulike perspektiv som fokusere på ulike forklaringsfaktorer; *Sosiokulturelle* tilnærminger vektlegger i størst grad faktorer vedrørende familiestrukturen, religion, økonomisk status, holdninger til helse og sosiale nettverk. *Sosiodemografiske* tilnærminger vil holde sitt fokus på befolkningens karakteristikk som alder, kjønn, utdannelse, yrke, etnisitet og helsestatus. Kunnskap og holdninger vil være vektlagt i en *sosialpsykologisk* tilnærming, mens de som tar en mer *organisatorisk* tilnærming til feltet vil peke på strukturen til helsetjenesten som en avgjørende faktor. Å se på det sosiale system vil være et forsøk på å samle ulike tilnærminger ved å se på helsetjenestene som et system bestående av varierende komponenter og med ulike påvirkninger (Meade og Earickson, 2000).

For å kunne evaluere de ulike forklaringene over er det nødvendig å gjøre noen antakelser ikke bare om hvordan disse prosessene er relatert til hverandre, men også om de ulike forklaringene på bruk av helsetjenester kan befinne seg på ulike forklaringsnivå. På denne bakgrunn er det ikke riktig å anta at de nødvendigvis må stå i motsetning til hverandre: Psykologiske modeller vil ta sikte på å forklare handlingen som noe bestemt fra aktøren selv, sosiale gruppeprosesser på en annen side vil tilføre en sosial dimensjon til aktørens handlinger. For det tredje kan man fokusere på hvordan handlingen er bestemt på et

struktur/systemnivå. Med bakgrunn i dette vil de ulike forklaringene gi grunnlag for ulike hypoteser om bruken av helsetjenester.

Modeller som er laget med siktemål på å forklare atferden ved bruk av helsetjenester har på ulike måter tatt inn over seg viktighetene av de ulike faktorene, og på ulike måter arrangert disse for å kunne vise en kausal sammenheng mellom de ulike faktorene og bruk av helsetjenester (Meade og Earickson, 2000).



## 4. Tidligere forskning

Tilgang til og bruk av helsetjenester har blitt mye forsket på internasjonalt. Det finnes derimot ingen omfattende forskning på temaet i Norge. For å finne likhet, eventuelt ulikhet, i bruken av helsetjenester blant ulike sosioøkonomiske grupperinger, må denne ses i relasjon til gruppenes behov. Gjør man ikke dette beskriver man helsebehov som har blitt møtt, og sier ikke noe om de behov som ikke har blitt møtt. Oppgaven vil derfor i hovedsak referere til forskning som sier noe om bruken av eller tilgangen til helsetjenester sett i forhold til behovet for slike tjenester, altså studier hvor det er kontrollert for behov. Selv om noen bidrag vektlegger perspektiver som kjønn, alder og etnisitet vil ikke disse perspektivene trekkes frem, da det er den sosioøkonomiske ulikheten i bruk oppgaven i hovedsak ønsker å utforske.

Helsetjenesten, som all annen offentlig tjenesteyting, foregår i en nasjonalpolitisk kontekst. Den sosioøkonomiske strukturen vil også variere mellom de ulike nasjonene, noe som gjør forskning fra land som skiller seg fra Norge med hensyn til sosial struktur mindre relevant for sammenligning med norske funn. Dette vil spesielt angå ”ikke vestlige-” land.

Videre kan man observere at ulike vestlige land varierer i forhold til tilgang til sekundære helsetjenester. I noen land, der i blant Norge, fungerer allmennlegen som en ”portvakt” videre til sekundære helsetjenester eller spesialister, mens andre land har lik tilgang til alle helsetjenester. Dette gjelder blant annet Tyskland. Det finnes også eksempler på land hvor tilgangen til spesialister går gjennom akuttmottak på sykehus, eller hvor man offisielt skal gå gjennom allmennlege, men hvor dette ikke praktiseres i stor grad. Det siste er delvis tilfellet for Finland (van Doorslaer og Masseria, 2004:34-40). Norge, blant flere, har også egenandel tilknyttet bruk av helsetjenester, mens man for eksempel i Storbritannia har en fullt ut kostnadsfri helsetjeneste (van Doorslaer og Masseria, 2004:34-40). Disse variasjonene gjør det vanskelig å sammenligne resultater fra tidligere internasjonal forskning med tidligere forskning fra Norge.

Oppgaven vil derfor vektlegge forskning vedrørende helsetjenesten i Norge. Det vil likevel vises noe til tendenser fra andre nordiske land, da disse kan sies å ha et tilnærmet likt verdigrunnlag og en lik økonomisk og strukturell oppbygning som Norge.

Kapittelet vil først trekke frem funn fra tidlig norsk forskning på temaet; fra 1970-tallet til 1990-tallet. Deretter presenteres nyere forskning på horisontal ulikhet i primærhelsetjenesten,

fulgt av forskning på horisontal ulikhet i spesialhelsetjenesten. I slutten av kapittelet presenteres hypotesene for studien, utledet fra de teoretiske betraktninger i kapittelet foran og gjennomgangen av tidligere forskning.

## 4.1 Tendenser fra tidlig norsk forskning

Grimsmo (1984:221-233) konkluderer med at sykkelighet har en viss betydning i legesøkingsprosessen, men bortsett fra dette har andre forhold hos befolkningen lite å si. Det er derfor grunn til å tro at det er liten forskjell mellom sosiale klasser i bruk av legetjenester. Han peker allikevel på at denne forklaringen må drøftes opp mot at det kan finnes andre forhold som har innvirkning på bruken, som for eksempel holdninger eller verdier, som ikke er kommet med i analysen. Også metodiske årsaker, som for eksempel måling av behov, blir diskutert. Andersen og Laakes rapport ”*Hvem går til lege? En modell for bruk av legetjenester utenfor institusjon*” (1985) tar utgangspunkt i en hypotese om å teste modellen til Aday og Andersen (1975) empirisk med norske data. Sosial status er operasjonalisert gjennom yrkesstatusgrupper (ikke yrkesaktiv-lav-lavere middels-høyere middels-høy ). I grove trekk viser rapporten at det, på grunnlag av data fra Helseundersøkelsen 1975, finnes en effekt av sosial status hvor forbruket av legetjenester øker med økende sosial status, og høyere sosial status virker positivt på sannsynlighet for førstegangskontakt, etter kontroll for blant annet behov. Dette tyder på en sosial ulikhet i bruk av helsetjenester i data fra 1975, selv om det er helsetilstanden som klart har størst innflytelse på bruken av tjenestene. Nærmere analyser tyder på at effekten av sosial status hovedsakelig skyldes forskjell i bruk av legetjenester mellom yrkesaktive og ikke-yrkesaktive, men det er også små forskjeller i bruk mellom yrkesaktive med ulik sosial status.

Elstads resultater fra analyser av Helseundersøkelsen 1985 viser imidlertid at en sosial skjevfordeling av legetjenester neppe eksisterte på midten av 1980-åra, kontrollert for ulikheter i behov for legehjelp. Han finner allikevel en skjevfordeling i bruk av tannhelsetjenesten, hvor høyere sosiale lag benytter seg mer hyppig av denne tjenesten enn lavere sosiale lag. Dette kan langt på vei forklares gjennom at tannhelsetjenesten er en større økonomisk belastning enn legetjenester (Elstad, 1991). Fylkesnes (1991) finner i sine lokale analyser fra Tromsø en tendens til større bruk av allmennlege hos de med lavere utdanning (pasient-drevet bruk), mens sannsynligheten for å bli henvist videre øker med utdanningslengde (lege-drevet). Dette mønsteret opprettholdes også etter kontroll for behov.

En interessant betraktning man kan gjøre seg på grunnlag av forskningen referert over er at det på midten av syttitallet var en tendens til sosial ulikhet i legebruk hvor høyere sosiale klasser benytter seg hyppigere av tjenestene sammenlignet med lavere klasser selv når behovet er kontrollert for, men at denne tendensen ikke lenger gjør seg gjeldende i datamateriale fra midten av åttitallet. Videre kan man legge merke til hvilken indikator man benytter på sosial klasse og hvordan man kontrollerer for behov. Av de eldre undersøkelsene bruker både Elstad (1991b) og Andersen og Laake (1985) en yrkesvariabel som indikator på sosioøkonomisk posisjon, mens Grimsmo (1984) og Fylkesnes (1991) også inkluderer utdanning og inntekt i sine analyser. Alle artiklene problematiserer tolkningen av behov. Både Elstad (1991b) og Fylkesnes (1991) analyserer av denne grunn også personer med sykdommer som tilhører samme diagnosegruppe for slik å kunne ytterligere spesifisere behov til å bestå av mer enn kun egenvurdert helse. Bruken av ulike variabler i studiene kan være årsaken til ulikhetene i resultater. Blant annet kan det argumenteres for at yrkesvariabler er mindre egnet for kvinner enn menn. Dette fordi kvinners sosiale status er sterkere påvirket av menns status enn omvendt. Man kan på den andre siden ikke utelukke at ulikhetene gjenspeiler en faktisk forandring i sammenhengen mellom sosial klasse og bruk av helsetjenester.

## 4.2 Horisontal ulikhet og primærhelsetjenesten

Av nyere norsk forskning på bruk av helsetjenester er det noen forskningsopplegg som skiller seg ut på den måten at de ikke bare gir en deskriptiv gjennomgang av sosial ulikhet i bruk av helsetjenester, men også kontrollerer for sykelighet eller behov. Disse vil bli nærmere kommentert<sup>8</sup>.

I ”OECD-undersøkelsen”, ledet av van Doorslaer og Masseria (2004), har man for Norge, ved hjelp av materiale fra Levekårsundersøkelsen 2002, undersøkt totalt antall kontakter med alle leger de siste 12 månedene, kontakt med både primær- og sekundærhelsetjeneste, og sannsynligheten for minst en kontakt de siste 12 månedene. For alle typer helsetjenester vises fordelingen av behovsstandardisert bruk etter inntektskvartiler. I behov inngår her kjønn,

---

<sup>8</sup> For en nærmere gjennomgang av undersøkelser som ikke kontrollerer for behov, samt undersøkelser som fokuserer på bruk og adgang til helsetjeneste også for barn og eldre, se for eksempel Clench-Aas (2007).

alder, egenrapportert helse og kroniske lidelser. Ulikhet i bruk av helsetjenester som fremdeles gjenstår etter denne behovsstandardiseringen i bruk tolkes som horisontal ulikhet. Horisontal ulikhet presenteres i en indeks hvor null er likhet, mens negative verdier indikerer en ulikhet til fordel for de fattige (pro-fattig) og positive verdier ulikhet til fordel for de rike (pro-rik) (van Doorslaer og Masseria, 2004). I forhold til primærhelsetjenesten viser analysen en ikke signifikant tendens til at fattige benytter seg mer av helsetjenester sammenliknet med de øverst i inntektshierarkiet selv etter kontroll for behov. Forfatterne konkluderer med dette at bruk av allmennlege er distribuert etter behov i Norge, i likhet med de fleste andre land som deltok i undersøkelsen (van Doorslaer og Masseria, 2004).

Dette samsvarer med funnene Hanratty et al. (2007) konkluderer med i sin systematiske gjennomgang av tidligere forskning av helsetjenester, hvor største parten av de internasjonale studiene det henvises til ikke finner bevis for variasjon i bruk av primærhelsetjeneste mellom sosioøkonomiske grupper, men noen undersøkelser viser at man finner en ”pro-fattig” tendens hvor de lavere sosiale lag benytter seg mer av primærhelsetjeneste sammenliknet med høyere sosiale lag (se for eksempel van der Heyden et al., 2003; van Doorslaer et al., 2000; Morris et al., 2005).

Et unntak fra funnene referert til over, som det er verdt å merke seg i norsk sammenheng er undersøkelser fra Sverige. Studier av ulike tidsperioder i Sverige viser at det ikke er noen tendens sosiale ulikheter i bruk av helsetjenester i årene 1984-85 og 1990-91, men en tendens til at manuelle arbeidere benytter seg mindre av helsetjenester i årene 1993-94, kontrollert for helsestatus (Whitehead et al., 1997). Studier av årene 1996-97 sammenliknet med 1988-89 finner også at de laveste inntektsgruppene fra 1996-97 materialet har større sannsynlighet for å rapportere at de ikke har benyttet seg helsetjenestetilbud på tross av et følt behov (Burström, 2002). Dette kan tyde på en utvikling i retning av økt sosial ulikhet i bruk av helsetjenester hos den svenske befolkning fra midten av 1990-tallet.

### **Brukervurdering etter innføringen av fastlegereformen**

En annen norsk undersøkelse som retter sitt fokus mot allmennlegetjenesten er Finnvold et al.s artikkel ”*Etter innføringen av fastlegereformen – brukervurdering av allmennlegetjenesten*” (Finnvold et al., 2005). Det å kartlegge brukernes vurdering av allmennlegetjenestene etter innføringen av fastlegereformen er ikke tema for denne oppgaven, men vil være en av de faktorene som kan bidra til å forklare eventuelle ulikheter i bruken av allmennhelsetjenesten. På denne måten kan de resultater som finnes ses på som et samspill



mellom vurderinger av tjenesten og bruken av den. Undersøkelsen fant at etter reformen var det de med høyere utdanning som ønsket å kunne bruke flere ulike allmennleger, samtidig som de også var blitt mer tilfreds med ventetiden for leger etter reformen. Det var de med kortest utdanning som oppgav at de mente de i større grad fikk for liten tid i legekonsultasjonen og i mindre grad blir tatt på alvor. Det siste samsvarer godt med funn fra Sverige hvor en av fire oppgav å ikke ha kontaktet lege en eller flere ganger de siste tre måneder på tross av et følt behov for dette (Westin et al., 2004). Valget å ikke oppsøke lege varierte blant annet med utdannelse, hvor de med lavere utdannelse (grunnskole) oftere valgte å avstå fra legekontakt sammenlignet med de av høyere utdannelse (universitet/høgskole). Studien viser videre at gruppen med grunnskole i større grad oppgav tillit til helsetjenestene som en av grunnene til ikke å oppsøke lege (Westin et al., 2004).

Videre kan man her trekke inn mønsteret for sosiale grupper i henvisningen til spesialist. Finnvold et al. (2005) finner ikke noen statistisk signifikante sosiale forskjeller i henvisningen til spesialist, men frekvensen var noe høyere for de med høyere utdannelse. Sett i forhold til hva man vet om gradienten i helse er dette det motsatte av hva man skulle forvente.

### **Private helsetjenester i Oslo**

I Oslo utviklet det seg på 1990-tallet et privat marked hvor pasienter betalte mer ”ut av egen lomme” (”out of pocket”) for tjenester. Et marked som dermed ikke forholdt seg til den prisregulering man finner i offentlig sektor med tak på egenandeler. Dette var et alternativ til det offentlige som blant annet hadde kortere ventetid (Ringard et al., 2006). Et slikt privat marked kan føre til at de med mest ressurser får bedre tilgang til primærhelsetjenester enn de som har mindre ressurser. Studien til Ringard et al. (2006) finner støtte for denne antakelsen hvor spesielt yngre menn med god helse, høy utdannelse og høy inntekt har tre ganger så stor sannsynlighet for å benytte seg av et privat tilbud sammenlignet med eldre kvinner med dårlig helse, lav utdanning og lav inntekt. Det skal i denne sammenheng bemerkes at undersøkelsen er utført med data fra helseundersøkelsen HUBRO fra perioden 2000-2001, altså før fastlegereformen ble innført. Det er grunn til å anta at fastlegereformen kan ha vært med på å skape en ny dynamikk i allmennlegemarkedet hvor et slik privat marked i stor grad er borte, og problemstillingen skissert over dermed ikke lenger vil være like relevant.

## 4.3 Horisontal ulikhet og sekundærhelsetjenesten

Distribusjonsmønstrene man fant for besøk hos spesialist i OECD-undersøkelsen er motsatte av mønstrene for allmennlegebruk (van Doorslaer og Masseria, 2004). Alle land som deltok i undersøkelsen viser pro-rike forskjeller i totalt antall bruk av sekundærhelsetjeneste, men i Norge var ikke den horisontale ulikheten signifikant. Når det gjelder sannsynlighet for å ha benyttet spesialist er det imidlertid en signifikant sammenheng i pro-rik retning også i Norge.

I analysene over undersøkes det for sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og bruk av spesialisthelsetjeneste etter kontroll for behov, med inntekt som indikator på sosioøkonomisk status. Mielck et al. (2007) mener man bør utvide disse funnene med å se på ulikhet i bruk av spesialist med utdanning som indikator på sosioøkonomisk status. Resultatene for Norge kommer fra Levekårsundersøkelsen 2002 og viser en statistisk sammenheng mellom utdanningsnivå og kvinners bruk av spesialist; hvor kvinner med høyere utdanning bruker helsetjenester mer enn kvinner med lavere utdanning. Tendensen er den samme hos menn, men den statistiske sammenhengen er ikke signifikant. Undersøkelsen fokuserer videre på å bedre å kunne standardisere for behov ved å mer spesifikt teste problemstillingen opp mot ulike diagnosegrupper – kroniske lidelser, hjerte/karsykdommer og diabetes. Resultatene blir her de samme som over.

Undersøkelsen er med på å styrke hypotesen om at det finnes horisontal ulikhet i bruk av spesialisthelsetjenester ut ifra sosioøkonomisk posisjon, da denne ulikheten kan ses ved ulike indikatorer av sosioøkonomisk posisjon. Denne hypotesen styrkes ytterligere ved liknende resultat i ulike internasjonale studier (Hanratty et al., 2007).

### **Geografisk tilgjengelighet til spesialhelsetjenester**

I Norge er allmennlegetjenester relativt godt utbygd geografisk. Når det gjelder geografisk tilgjengelighet av spesialisthelsetjenester kan dette være mer varierende. Iversen og Kopperud (2002) skiller i denne sammenheng mellom tre ulike mål på spesialisthelsetjeneste; private spesialister, poliklinikk-konsultasjoner og sykehusinnleggelse. Studien viser at utdanning og inntekt har en innflytelse på selvopplevd helse, men ingen selvstendig effekt på bruken av helsetjenestene. For privatpraktiserende spesialister er det videre tilgjengeligheten til tjenesten og ikke behovet som styrer bruken av tjenestene, dette er ikke tilfellet for de andre to tjenestene hvor behovene i stor grad bestemmer bruk (Iversen og Kopperud, 2002). Studien

viser dermed at de ulike typene spesialisthelsetjenester påvirkes av ulike faktorer. Dette diskuteres nærmere nedenfor.

Undersøkelsen er fulgt opp i 2005 hvor det skilles mellom bruk av spesialist ved offentlige sykehus og privatpraktiserende spesialister med statlig kontrakt (egenandel er lik for begge spesialister) (Iversen og Kopperund, 2005). Undersøkelsen viser at både tilgjengelighet til tjenestene og sosioøkonomisk status – indikert ved utdanning – spiller en betydelig rolle for sannsynligheten for minst ett besøk, men også for antall besøk hos privat spesialist. En person med høyere universitetsgrad bosatt i et område som har høyeste verdi på en konstruert geografisk tilgjengelighetsindeks har 46 prosent høyere sannsynlighet for å ha benyttet seg av spesialist minst en gang sammenlignet med en person med grunnskole bosatt i et område med lavest tilgjengelighet på spesialisthelsetjeneste. Dette mønsteret finner man på en annen side ikke når det kommer til spesialisthelsetjeneste på sykehus.

### **Private spesialister**

Iversen og Kopperud (2002) fant at bruken av private spesialister langt på vei forklares av tilgjengelighet og ikke behovet for tjenesten. Noe av grunnen til dette kan ligge i at private spesialister ofte fungerer som et alternativ til allmennlegetjenesten. Dette stemmer overens med at en av åtte i befolkningen mener at det er en spesialist som er deres faste lege, og dermed kan tolkes dit hen at de bruker en spesialist som et alternativ til allmennlegen (Finnvold, 2000).

Iversen og Kopperud (2002) finner videre at et system med egenandeler øker sannsynligheten for poliklinisk-konsultasjon, men bidrar til en nedgang i sannsynligheten for bruk av private spesialister. Som en kontrast til resultatene presentert over, finner Iversen og Lurås (2000) et annerledes mønster hvor henvisningsratene til privat spesialist øker ved et system for egenandeler, men ikke for henvisning til sykehus.

### **Sosiale forskjeller i kreftoverlevelse**

Kravdal (1999) har tatt for seg de sosiale ulikhetene i kreftoverlevelse. Det studien ønsker å undersøke er om økningen i dødelighet blant kreftpasienter i forhold til ellers like mennesker uten kreftdiagnose er ulikt for de ulike sosiale klasser. Mønsteret Kravdal (1999) finner i sin studie viser at utdanning klart bedrer overlevelsen, og innen grupper med samme utdanning har inntekt og yrkesstatus gunstig innvirkning. Økningen i dødelighet for personer med utdanning utover videregående skole er 15 % lavere sammenlignet med personer med bare

grunnskole, for både kvinner og menn, kontrollert for alder, periode, histologi og stadium på diagnosetidspunktet. For de med utdanning på hovedfagsnivå er prognosene enda bedre. Den utdanningseffekten som står igjen ved kontroll av andre variabler kan tolkes som betydningen av kognitive ressurser i vid forstand, slik som kunnskap om kroppen, kommunikasjonsevne og i det hele kunne ordne opp når det oppstår vanskeligheter. Høyere utdanning kan også tenkes å indikere større sosiale nettverk og mer sentralt beliggende bosted i forhold til sykehus.

Kravdal (1999) fremsetter faktorer som en mulig kanal utdanning, inntekt og yrke kan virke gjennom. Tidligere forskning har funnet at livsstil varierer med sosioøkonomisk status og dårligere livsstil både før og etter diagnose kan dermed være med å svekke overlevelse hos lavere sosioøkonomiske statusgrupper. Behandlingen i seg selv er en annen mulig forklaringsmekanisme på det sosiale mønstret han ser, hvor resultatene som fremkommer fra studien kan gi grunnlag for å teste om tilbudet som gis til de i lavere sosiale klasser i samfunnet er dårligere enn tilbudet til høyere sosiale klasser, og at dette får konsekvenser for overlevelse eller livsstandarden som pasient.

### **Pasienterfaringer og tilfredshet i somatiske sykehus**

Kravdal (1999) tar opp behandlingen i seg selv som en mulig kanal for ulikhet mellom sosioøkonomiske grupper. Som nevnt ovenfor arbeider HELTEF med å måle pasienterfaringer gjennom PasOpp undersøkelsen for å kunne beskrive blant annet pasienters tillit til sykehuset, kvaliteten på informasjon de får fra helsepersonellet og kommunikasjon med helsepersonellet (Sjetne et al., 2003). Synspunktene til pasientene om deres erfaringer og tilfredshet med helsetjenesten er en nødvendig del av kvalitetsforbedringsarbeidet og evalueringen av helsetjenesten.

Meg bekjent er det ikke laget noen undersøkelse som ser direkte på sosiale ulikheter i pasienters erfaringer ved sykehusopphold eller andre helsetjenester. Det kunne likevel tenkes at bruken av helsetjenester påvirkes gjennom den opplevde kvaliteten pasientene erfarer i møte med norsk helsevesen, og gitt at denne er systematisk skjevfordelt mellom de sosiale klasser er dette et aspekt som vil være med på å opprettholde eventuelle ulikheter i bruk.

#### **4.3.1 Sammenfattende diskusjon**

Fokus for norske forskningsopplegg har i hovedsak vært på spesialhelsetjenester da man ut i fra forskningen som foreligger kan anta at tilgang til allmennlegetjeneste er lik for alle i

befolkningen, mye på grunn av fastlagte egenandeler og god geografisk tilgjengelighet. Det man på den annen side ikke vet spesielt mye om er kvaliteten av behandlingen som tilbys følger det samme sosialt rettferdige mønster. Dette finnes det lite forskning omkring, og er en problemstilling det er svært vanskelig å måle. Kravdal (1999) kan tolkes dit hen at dette er en problemstilling man bør undersøke da behandlingen i seg selv er en mulig kanal for hvordan sosioøkonomisk status påvirke kreftoverlevelse.

Mye av den norske forskningen finner videre en sammenheng mellom spesialisthelsetjeneste og geografisk tilgjengelighet – da også i forhold til sosioøkonomiske grupper.

Spesialisthelsetjenester er ikke like godt geografisk utbredt i Norge som allmennlegetjenester, men kontrollert for dette finnes det fremdeles en sosial ulikhet i bruk av spesialisthelsetjenester. Undersøkelser som tester dette kan sies å kun fokusere på tilbudssiden ved helsetjenesten og overser med dette at bruk av helsetjenesten også kan være drevet av ulike beslutningsprosesser hos ulike sosiale grupper. OECD-undersøkelsen (van Doorslaer og Masseria 2004) tar i større grad innover seg flere dimensjoner av tilgang enn bare tilgjengelighet som er fokuset til undersøkelsene over.

Hovedtendensen man her finner viser at det ikke finnes sosial ulikhet i bruk av allmennlegetjenester, mens det motsatte er tilfellet for spesialisthelsetjenestene hvor både utdanning og inntekt har sammenheng med hyppigere bruk også etter at man har standardisert for behov.



## 5. Utledning av hypoteser

De empiriske analysene kan kun ta for seg deler av de teoretiske perspektivene presentert over. Spesielt viktig er det å påpeke begrensningene ved kun å måle kvantitet – i form av mengde brukt – og ikke kvaliteten av bruken, som for eksempel kvaliteten av pasient-legeforholdet. En annen begrensning ved datasettet er informasjon om individenes holdninger til helsetjenestene og helsepersonellens holdninger til ulike grupperinger av brukere.

### **Sosioøkonomisk ulikhet i bruk av helsetjenester**

Som nevnt over har tidligere studier vist at det er en sammenheng mellom behov og sosioøkonomisk status, både i forhold til allmennlegetjenester og spesialisthelsetjenester. Samtidig viser forskningen at behovet i mindre grad forklarer bruk av spesialist sammenlignet med bruk av allmennlege, og at det i større grad er andre barrierer som opererer når det kommer til bruk av spesialisthelsetjenester. De første hypotesene tar derfor for seg horisontal likhet i forhold til sannsynligheten for å ha brukt helsetjenester minst en gang i løpet av 12 måneder, samt bruk av allmennlege relativt hyppig (5+) i løpet av 12 måneder. Holder man behovet likt er det på den ene siden grunn til å anta at velferdsstatens ideal om lik bruk ved likt behov gjør seg gjeldende når det kommer til bruk av primærhelsetjenester. På den andre siden er det på grunnlag av tidligere forskning grunn til å tro at dette ikke er tilfellet for sekundærhelsetjenesten.

*H1a allmennlege: Det er ingen forskjell i sannsynligheten for å ha brukt allmennlege minst en gang / over 5 ganger siste 12 måneder mellom ulike sosioøkonomiske grupper når individenes behov holdes likt.*

*H1b spesialist: Høyere sosioøkonomiske grupper har større sannsynlighet for å ha brukt spesialist minst en gang siste 12 måneder sammenlignet med lavere sosioøkonomiske grupper, når individenes behov holdes likt.*

### **Andre forhold som antas å ha betydning for bruk av helsetjenester**

Jeg har videre anledning til å inkludere bosted i analysen. Man kan anta at individenes bosted kan ha betydning for bruk av helsetjenester. Da det spesielt er større tilgjengelighet av spesialhelsetjenester i byer og mer tettbebygde strøk sammenlignet med spredtbygde strøk, vil bosted kunne utgjøre en barriere blant annet i form av reisetid til behandlingssted. Om man videre antar at det finnes flere med lavere sosial klassebakgrunn i mer spredtbygde strøk kan

bosted være en faktor som kan føre til sosial skjevhet i bruk av helsetjenester. Når det gjelder allmennlege kan det være grunn til å anta at man finner en større brukshyppighet i mer spredtbygde strøk som en kompensasjon for manglende spesialisthelsetjenester, mens man i mer tettbygde strøk i større grad vil benytte seg av spesialister da dette er tilgjengelig. Det kan også tenkes at man finner forskjeller i den geografiske skjevfordelingen av de ulike typene spesialisthelsetjenester da spesialister utenfor sykehus er ytterligere mer tilgjengelig i mer tettbygde strøk.

*H2a allmennlege: Gruppen som er bosatt i spredtbygde strøk har større sannsynlighet for å ha brukt allmennlege minst en gang/ over 5 ganger siste 12 måneder sammenlignet med de som er bosatt i mer tettbygde strøk, kontrollert for behov og sosioøkonomisk gruppe.*

*H2b spesialist: Gruppen som er bosatt i tettbygde strøk har større sannsynlighet for å ha brukt spesialist minst en gang siste 12 måneder sammenlignet med de som er bosatt i mer spredtbygde strøk, kontrollert for behov og sosioøkonomisk gruppe.*

Blant annet Freidson (1960,1988) fokuserer spesielt på at sosiale nettverk og sosial kontakt med andre kan påvirke og også virke som et alternativ til bruk av helsetjenester. Det sosiale nettverket kan bidra på to ulike måter. Det kan enten få personer som har behov for behandling til å oppsøke helsetjenesten - medvirke til legesøking, eller det kan bidra i motsatt retning ved å ta seg av ulike behov innenfor nettverket - virke kompensatorisk. Selv om de to ulike mekanismenes retning er motstridende kan man tenke seg at begge er tilstede på feltet. Man kan imidlertid tenke seg at de med et tettere sosialt nettverk tar seg av ulike mindre symptomer innenfor nettverket, mens de uten denne muligheten til å rådføre seg med familie/venner oppsøker sin allmennlege for å få svar. Videre vil tettere sosiale nettverk være til hjelp når man skal fange opp mer alvorlige symptomer, oppsøke rett behandling og overtale vedkommende til behandling (da spesielt hos en spesialist), noe en person med svakere sosialt nettverk har mindre ressurser til da han/hun ikke har noen å rådføre seg med. Kontrollert for behov og sosial status vil det her antas at de med et godt sosialt nettverk i mindre grad benytter seg av allmennlege, men i større grad benytter seg av spesialisthelsetjeneste, sammenlignet med de som mangler denne typen sosial støtte. Satt i sammenheng med sosioøkonomisk status antas det her at individer med høy status også har større sannsynlighet for stabile sosiale nettverk.



*H3a allmennlege: Gruppen med tette sosiale nettverk har mindre sannsynlighet for å ha brukt allmennlege minst en gang / over 5 ganger siste 12 måneder sammenlignet med gruppen uten eller med et lite sosialt nettverk, kontrollert for behov, sosioøkonomisk gruppe og bosted.*

*H3b spesialist: Gruppen med tette sosiale nettverk har større sannsynlighet for å ha brukt spesialist minst en gang siste 12 måneder sammenlignet med gruppen uten eller med et lite sosialt nettverk, kontrollert for behov, sosioøkonomisk gruppe og bosted.*

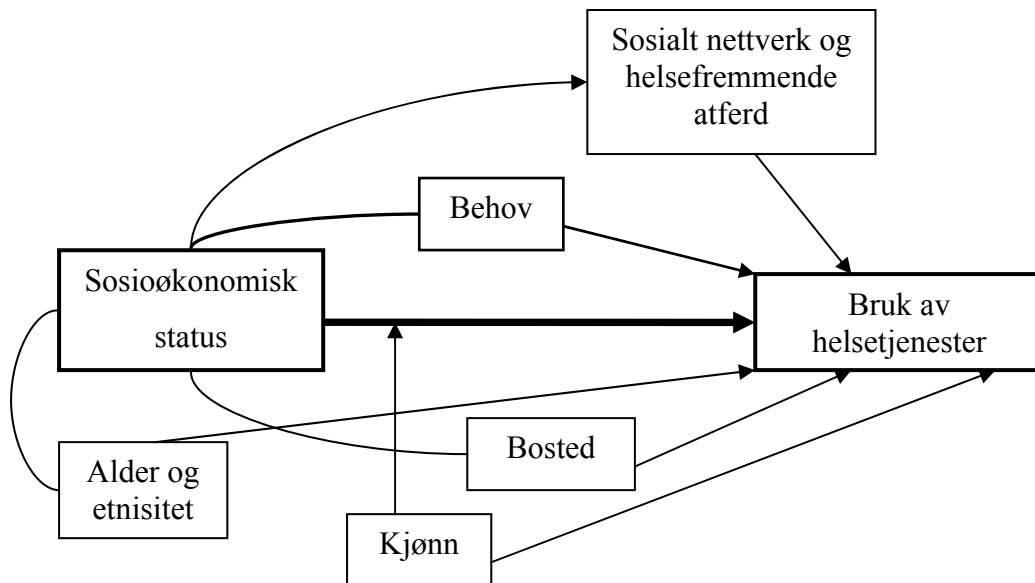
Helsefremmende atferd blir inkludert i analysene på grunn av den antakelsen at en generelt helsefremmende livsstil reduserer behov for helsetjenester, samt at de som lever et helsefremmende liv også håndterer ulike sykdommer på egen hånd. Helsefremmende atferd blir her en preventiv faktor. Av denne grunn vil man anta at de som ikke røyker og som trener regelmessig har en mindre forbruksfrekvens av helsetjenester enn de som innehar motsatt atferd. Det er her grunn til å anta at røyking og lite mosjon er en helseatferd som i større grad er utbredt hos lavere sosioøkonomiske klasser. Det også tenkes at helsefremmende atferd har den motsatte effekten hvor de som lever et helsefremmende liv, og generelt er opptatt av helse, også er opptatt av å gå til lege for å undersøke eventuelle symptomer.

*H4a allmennlege: Gruppen med god helsefremmende atferd har mindre sannsynlighet for å ha brukt allmennlege minst en gang/ over 5 ganger siste 12 måneder sammenlignet med gruppen med en dårlig helsefremmende livsstil, kontrollert for behov, sosioøkonomisk gruppe, bosted og sosialt nettverk.*

*H4b spesialist: Gruppen med god helsefremmende atferd har mindre sannsynlighet for å ha brukt spesialist minst en gang siste 12 måneder sammenlignet med gruppen med en dårlig helsefremmende livsstil, kontrollert for behov, sosioøkonomisk gruppe, bosted og sosialt nettverk.*

I tillegg til betydningen de uavhengige variablene har for variasjonen i bruk av helsetjenester (hypotesene), ligger det også antakelser om at forholdene medierer noen av relasjonen mellom sosioøkonomisk status og bruk av helsetjenester. Dette kommer frem av kausalmodellen som presenteres nedenfor.

**Figur 5.1 Kausalmodell for sosioøkonomiske gruppers bruk av helsetjenester.**



Figur 5.1 viser ulike faktorer som antas å ha en kausal betydning for bruk av helsetjenester. Temaet som studeres i denne oppgaven er en antakelse om sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og bruk av helsetjenester, og denne sammenhengen er representert ved den uthevede hovedpilen. Analysene i de kommende kapitlene tar sikte på å undersøke relevansen av modellen over.

Bruk av helsetjenester antas altså å være påvirket av faktorer som behov, bosted, sosialt nettverk, helsefremmende atferd, alder, etnisitet og kjønn. At det er en sammenheng mellom faktorene og bruk indikeres gjennom pilene fra de nevnte variablene til bruk av helsetjenester. De kurvede linjene indikerer her at det er en antakelse om at sosioøkonomiske grupper fordeler seg ulikt med hensyn til bosted, behov, sosialt nettverk og helsefremmende atferd; noe som igjen kan ha en betydning for deres bruk av helsetjenester. Linjen mellom etnisitet (og alder) og sosioøkonomisk status indikerer en antakelse om at etnisitet kan påvirke sosioøkonomisk status, men denne sammenhengen vil ikke undersøkes nærmere, og etnisitet føres kun inn i modellen som en kontrollvariabel sammen med alder. Pilen som peker fra kjønn til hovedpilen refererer til en antatt samspilleffekt, hvor sosioøkonomisk status har ulik betydning for de ulike kjønn. Det vil derfor foretas separate analyser av hvert kjønn.

Det bør for ordens skyld nevnes at studiens evne til å gripe kausale sammenhenger metodisk sett er liten, gitt tverrsnittsdesignet. Modellen ovenfor er derfor teoretisk/hypotetisk.

## 6. Presentasjon av datamaterialet, variabler og analysemetoder

Kapittelet begynner med en beskrivelse av datamaterialet som anvendes i oppgaven, samt de avgrensninger som er gjort i forhold til dette. Deretter presenteres de ulike variablene som vil inngå i analysene, samt hvilke statistiske metoder som benyttes.

### 6.1 Beskrivelse av datamaterialet

Dataene jeg benytter i mine analyser er fra Statistisk Sentralbyrås Samordnet levekårsundersøkelse 2005. Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste har vært behjelpelig med å gjøre dette materialet tilgjengelig for min studie. Samordnet levekårsundersøkelse er en temaroterende årlig tverrsnittsundersøkelse som har som hovedmål å kunne dekke alle viktige levekårsområder i Norge. Materialet fra 2005 har som hovedtema helse og omsorg (Hougen, 2006). Datamaterialet er samlet inn ved en kombinasjon av besøks- og telefonintervju (16 år og eldre) og postalt spørreskjema (kun for de i alderen 16-79), samt koblet sammen med registeropplysninger fra SSB angående utdanning, inntekt og fødeland. Utvalget er trukket gjennom klyngeutvelging (SSBs to trinns utvalgsplan) (Hougen, 2006:7). Dette gir et tilnærmet representativt utvalg, dvs. at resultatene fra utvalget er tilnærmet de samme som de resultatene man ville fått om man undersøkte samtlige enheter i populasjonen (Ringdal, 2007:189). I dette tilfellet viser dette til hele Norges befolkning i alderen 16 år og eldre.<sup>9</sup>

#### 6.1.1 Mitt utvalg

Det kan være rimelig å anta at man vil få et økende frafall med økende alder. Økt alder har en sammenheng med økende helseplager og sykdom, og ofte er det her snakk om mennesker som befinner seg på institusjoner eller mottar alternative helsetjenester som for eksempel hjemmehjelp. Det settes derfor en øvre aldersgrense i utvalget til 75 år (personer over 75: N=436). Da oppgaven fokuserer på sosioøkonomisk ulikhet vil det videre også settes en nedre aldersgrense for utvalget på 26 år. Dette fordi personer under 26 år vil ofte være under utdanning og derav kan komme til å feilaktig bli klassifisert i en lavere sosial gruppe enn de

---

<sup>9</sup> Alder beregnet per 31.12.05

egentlig tilhører. Tilsvarende vil også inntekten til personer under 26 år kunne angi en feilaktig sosial status da denne vil være relativt lav når man er student (personer under 26: N = 950).

Mitt utvalg vil dermed inneholde alle i alderen 26 til og med 75 år (N=5380).

### **6.1.2 Frafall**

Bruttoutvalget består av to separate utvalg (hoved- og tilleggsutvalget), hvert med 5000 personer i alderen 16 år og eldre. Svarprosenten ved intervjuundersøkelsen totalt var på 69,8 %, slik at nettoutvalget består av 6 766 personer, hvorav hovedutvalget utgjør 3 391 personer og tilleggsutvalget 3 375 (Hougen, 2006:6-7). Av de 10 000 som var trukket ut til å delta var 303 utenfor målgruppen, dvs. døde, på institusjon eller i utlandet, mens 2931 personer (30,2 %) valgte å ikke delta i undersøkelsen (Hougen, 2006). I tillegg til intervjuundersøkelse ble det sendt ut et postalt spørreskjema, men kun til personer i alderen 16-79 år. I alt svarte 5212 personer på det postale spørreskjema, mens frafallet var på hele 43 prosent.

Selektivt frafall kan føre til utvalgsskjevhet om fordelingen av et bestemt kjennemerke er annerledes blant de som svarer (nettoutvalget) sammenlignet med de som velger å avstå fra å svare (bruttoutvalget) (Hougen, 2006:15). Om for eksempel det systematisk er personer med lav utdanning som avstår fra å svare på undersøkelsen kan dette føre til en skjevfordeling i nettoutvalget. I tall presentert av Hougen (2006:15-17) er det i intervjuundersøkelsen små avvik mellom netto og brutto utvalg når det gjelder kjønn, alder og landsdel, med unntak av aldersgruppen 45-66 år som er noe overrepresentert og de over 80 år som er noe underrepresentert. For det postale spørreskjemaet viser avvikene mellom netto- og brutto utvalg at det er små forskjeller for landsdel, men at aldersskjevheten forsterkes noe fra intervjuundersøkelsen og at kvinner er noe overrepresentert. Det er derimot rimelig å anta at avvikene ikke vil ha spesiell betydning for resultatene av analysene. Det finnes ikke tall om frafall angående sosioøkonomiske kjennetegn, som er en sentral uavhengig variabel i mine analyser. Ved Helseundersøkelsen 1995 ble det gjort en frafallsundersøkelse som også inkluderte sosioøkonomiske kjennetegn. Selv om denne undersøkelsen viser at høyere utdanning øker sannsynligheten for deltakelse i helseundersøkelsen konkluderes det likevel med at dette i liten grad påvirker analyser av materialet (Belsby, 1997). Dersom man for levekårsundersøkelsen 2005 finner lignende frafallsmønstre (noe mer frafall blant lavere sosioøkonomiske grupper, men skjevheten er minimal) vil det være rimelig å anta at datasettet

vil være tilnærmet representativt for befolkningen. Det er med andre ord lite sannsynlig at utvalgskjevhetene er så store at resultatene fra analysene blir fullstendig uriktige.

### **6.1.3 Begrensninger ved en tverrsnittsstudie**

Levekårsundersøkelsen er en tverrsnittstudie. Dette er den mest utbredte kvantitative designtypen, men kanskje også den enkleste. I en tverrsnittstudie observeres observasjonseenhetene på kun ett tidspunkt. Levekårsundersøkelsen er basert på selvrappotering – med unntak av registeropplysningene angående blant annet landbakgrunn, utdanning og inntekt– slik at man ikke kan overse muligheten for feilrapportering som følge av subjektive feil hos respondenter eller svekket validitet på grunn av ulike tolkninger av spørsmålsformuleringene.

Utgangspunktet for kausalanalyse i en studie med tverrsnittdata vil være korrelasjoner og korrelasjonsmønstre (Skog, 2005:73). Påvirkning fra bakenforliggende variabler kan her føre til at enhetene ikke er sammenlignbare. Begrenset sammenlignbarhet og derav følgende konfunderende eller spuriøse korrelasjoner vil derfor alltid være et problem i tverrsnittundersøkelser, da man kan overse faktorer på grunn av mangelfull kunnskap eller fordi man mangler opplysninger. Dette kan til en viss grad unngås ved hjelp av kontrollvariabelmetoden, men i hvilken grad man lykkes med metoden kan ofte være et åpent spørsmål (Skog, 2005). En annen svakhet ved tverrsnittdata har å gjøre med kausalitet og retningen på kausalretningen mellom X og Y. Selv om analyser av materialet kan gi oss svar på om det finnes en sammenheng mellom X og Y, selv etter kontroll for andre bakenforliggende variabler, kan den ikke avklare spørsmålet om hva som kom først (Skog, 2005:74). For å kunne teste dette behøves det data som inneholder utviklingen av X og Y over tid.

Antakelsen man har i denne studien er at behovet påvirker bruk. Et problem ved datamaterialet her er at behovet er rapportert etter bruken i tid. Det er av denne grunn også mulig å tenke seg at bruken derfor påvirker behov for helsetjenester. Dette kan for eksempel skje gjennom at man oppdager et helseproblem som har konsekvenser for egenvurderingen av helse i etterkant av kontakten med lege.

## 6.2 Variabler

Her presenteres først operasjonaliseringen av de ulike avhengige variablene som benyttes i analysen, deretter de uavhengige forklarings- og kontrollvariablene.

### 6.2.1 Avhengige variabler – bruk av helsetjenester

Helsetjenester i denne sammenhengen er et sammensatt mål. Ved første kontakt antas det at det er pasienten som tar initiativet til å oppsøke legen på egenhånd. Minst en kontakt regnes derfor i utgangspunktet som pasientdrevet. I Norge fungerer allmennlegen som en ”portvakt” inn til spesialisthelsetjenesten. Denne kontakten vil på samme måte derfor ikke være pasientdrevet, men mer legedrevet i sin form, selv om man ikke må glemme pasientenes egen rolle i overtalelse ved videre overføring til spesialist. Oppgaven skiller derfor mellom bruk av spesialist og allmennlege. For bruk av allmennlege skilles det videre mellom bruk av allmennlege minst en gang i en 12 måneders periode, og et mål for relativt hyppig bruk av allmennlege ved minst fem eller flere kontakter i perioden. For spesialisthelsetjenester foretas det separate analyser av minst ett besøk hos spesialist utenfor sykehus og minst ett besøk hos spesialist på sykehus.

Det kan settes tvil ved validiteten av egenrapportert kontakt med helsetjenester. I likhet med andre selvrapporterte egenskaper kan det forekomme hukommelsesbias. Et annet element er tendensen til å svare det man mener er sosialt akseptabelt. Da kontakt med helsetjenester ikke er spesielt sensitiv informasjon er det ikke grunn til å tro at dette er et særlig stort problem her. Reujneveld og Stronks (2001) har studert validiteten av selvrapportert bruk av helsetjenester mellom ulike sosioøkonomiske grupper. Validiteten av selvrapportert bruk tolkes som god da overensstemmelsen mellom selvrapportert bruk og registrert bruk ikke varierte betydelig mellom sosioøkonomiske klasser.

#### **Bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 måneder**

Mål på bruken av allmennlege minst en gang de siste 12 måneder er basert på spørsmålet; ”Omtrent hvor mange kontakter med allmennpraktiserende lege, legevakt, skolelege, studenthelsetjeneste eller bedriftshelselege hadde du de siste 12 måneder pga egen sykdom?”. Denne variabelen er videre dikotomisert ved at de som svarer de har hatt en eller flere kontakter utgjør kategorien ”brukt allmennlege i perioden” og de som har svart at de ikke har hatt kontakt utgjør kategorien ”ikke brukt allmennlege i perioden”. Dette målet på bruk av

allmennlege er videre kodet slik at verdien 0 viser til dem som i henhold til operasjonaliseringen ikke har benyttet allmennlege, mens verdien 1 viser til dem som oppgir å ha benyttet seg av denne. Det er viktig å påpeke at kontakt med allmennlege her ikke behøver bety personlig besøk hos legen, dette kan også vise til for eksempel telefonkontakt. Bruk av allmennlege slik det brukes videre i oppgaven vil vise til alle former for kontakt.

### **Bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 måneder.**

Variablene for relativt hyppig bruk av allmennlege de siste 12 måneder baserer seg også på spørsmålet; ”Omtrent hvor mange kontakter med allmennpraktiserende lege, legevakt, skolelege, studenthelsetjeneste eller bedriftshelselege hadde du de siste 12 måneder pga egen sykdom?”. De som har svart 5 eller flere ganger har her fått verdien 1, mens de som har hatt 4 eller færre kontakter er kodet med verdien 0.

### **Bruk av spesialist utenfor sykehus**

Variabelen for bruk av spesialist utenfor sykehus bygger på spørsmålet; ”Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos legespesialist utenfor sykehus på grunn av egen sykdom”, med svarkategoriene ”ja” eller ”nei”. Bruk av spesialist utenfor sykehus er kodet slik at verdien 0 viser til dem som svarer at de ikke har benyttet seg av spesialist utenfor sykehus, mens verdien 1 viser til dem som oppgir å ha vært der.

### **Bruk av spesialist på sykehus**

Variabelen for spesialist på sykehus er tilsvarende de for spesialist utenfor sykehus; ”Har du i løpet av de siste 12 måneder vært hos legespesialist på sykehus for poliklinisk konsultasjon for egen sykdom?”; ”ja” eller ”nei”. Bruk av spesialist på sykehus er kodet slik at verdien 0 viser til dem som svarer at de ikke har benyttet seg av spesialist på sykehus, mens verdien 1 viser til dem som oppgir å ha vært der.

## **6.2.2 Forklaringsvariabler**

I dette avsnittet tar jeg for meg de uavhengige variablene som antas å påvirke individers bruk av helsetjenesten. De ulike variablene er operasjonalisert med tanke på å kunne måle de ulike forklaringer som ble presentert i teorikapittelet og hypotesene framsatt over.

### **Sosioøkonomisk status**

Sosioøkonomisk status operasjonaliseres gjennom to ulike variabler – utdanningsnivå og inntekt. Den teoretiske begrunnelsen for dette ble redegjort i teorikapittelet over.

### ***Utdanningsnivå***

Informasjon om individenes utdanning får jeg gjennom registeropplysninger om forskningsobjektets utdanningsnivå per 2004. Denne variabelen er videre operasjonalisert slik at de tre første registreringskategoriene (Ingen utdanning eller på førskolenivå, barneskolenivå og ungdomsskolenivå) er slått sammen til kategorien ”grunnskole”. Den fjerde kategorien (videregående grunnutdanning 11-12 år) er blitt til kategorien ”lavere videregående”. Den femte og sjette kategorien (videregående avsluttende utdanning og påbygging til videregående utdannelse) er slått sammen til kategorien ”høyere videregående” og de tre gjenværende alternativene (universitet/høgskole 1, universitet/høgskole 2 og forskernivå) utgjør til sammen ”høgskole/universitet”. Utdanningsvariabelen vil brukes som dummyvariabler i analysene og høgskole/universitet er referansekategori.

### ***Inntekt***

Inntekt måler i stor grad direkte materielle ressurser. Det er fordelingen av inntekt blant individer som skal beskrives, men dersom man tar utgangspunkt i individenes personlige inntekter vil det finnes en rekke individer med liten eller ingen inntekt, for eksempel hjemmeværende kvinner. Disse individene kan i midlertidig ha høy levestandard som følge av at de deler inntekt med ektefelle. Det er derfor grunn til å aggregere inntektene over husholdningen eller familien. Det vanlige er å bruke et inntektsmål som tar hensyn til variasjon i husholdets størrelse og eventuelt sammensetning når man skal måle inntekt. Store hushold trenger mer inntekt for å oppnå en bestemt levestandard enn små hushold, på en annen side finnes det også stordriftsfordeler ved at flere bor sammen. Disse forskjellene i inntektsbehov forsøker man å ta høyde for ved å justere den samlede husholdningsinntekten ved hjelp av en ”ekvivalensskala”, hvor man beregner inntekten per forbruksenhet. Man skal på en annen side være klar over at det å bruke husholdningsinntekt gjør at man antar en lik distribusjon i forhold til behov i husholdningen, noe som ikke nødvendigvis stemmer med virkeligheten. Jeg velger i oppgaven å bruke kvadratrotskalaen, da dette er en mye brukt skala både internasjonalt (OECD) og nasjonalt (Strøm et al., 2006)<sup>10</sup>. I følge denne metoden deles den observerte husholdsinntekten med en faktor lik kvadratrotten av husholdsstørrelsen.

---

<sup>10</sup> Andre alternative ekvivalensskalaer brukt til operasjonalisering av inntekt er OECD-skalaen og EU-skalaen også kalt ”den modifiserte OECD-skalaen” (Strøm et al., 2006).



Inntektsvariabelen som brukes er samlet husholdningsinntekt etter skatt. Den justerte husholdningsinntekten er videre delt inn i kvartiler for individene i utvalget.

En styrke ved inntektsvariablene og utdanningsvariabelen i Levekårsundersøkelsen er at disse kommer direkte fra utdannelses- og skatteregistre som linkes opp mot tverrsnittsdataene i undersøkelsen. Dette gir større troverdighet enn egenopplyst informasjon.

Registeropplysningene regnes for å ha høy validitet, men også disse kan inneholde feilinformasjon. Husholdningsinntekt er blant annet sårbar for ukorrekte skatteopplysninger og manglende innrapportering angående hvem som er medlem av husholdningen.

## **Behov**

Som nevnt i teorikapittelet er det spesielt to komponenter som er viktige i en beskrivelse av individers behov: individenes helse før behandlingen (klinisk definert eller subjektivt følt) og individenes mulighet til å dra nytte av behandlingen. Mitt kvantitative materiale inneholder ikke informasjon som gjør det mulig å operasjonalisere en behovsvariable som inneholder disse komponentene. Behov i denne studien må derfor, i likhet med de fleste andre kvantitative studier, operasjonaliseres gjennom spørsmål om selvrapportert helse og ulike kroniske lidelser som virker inn på individenes hverdag.

Målet for egenvurdert helse, som indikasjon på behov for helsetjenester, kategoriserer respondentenes respons i følgende fem kategorier; *"meget god"*, *"god"*, *"verken god eller dårlig"*, *"dårlig"* eller *"meget dårlig"*. De to siste kategoriene er slått sammen i analysene grunnet få svar.

Kronisk sykdom som virker inn på hverdagen er også mye brukt for å kontrollere helsebegrensninger hos individer. Denne variabelen er operasjonalisert gjennom spørsmålene; *"Har du noen sykdom eller lidelser av mer varig natur, noen medfødt sykdom eller virkning av skade?"*, *"Flere sykdommer enn allerede nevnt?"* *Funksjonshemninger?"* (ja/nei), og om så *"[...] Virker noen av disse inn på din hverdag i høy grad, noen grad, i liten grad eller ikke i det hele tatt?"*.

Variabelen indikerer i hvilken grad respondenten har en kronisk sykdom som har innvirkning på hverdagen. Kategorien *"i høy grad"* viser til de som svarte i høy grad på spørsmålet, kategorien *"i liten grad"* viser til de som svarte i noen grad og i liten grad, mens de som svarte ikke i det hele tatt blir kategorien *"ingen"*. Variabelen brukes som en dummyvariabel hvor ingen kronisk sykdom som virker inn på hverdagen er referansekategori.

Selvrapporterte helsemål er regnet for å være reliable mål som reflekterer personlige evalueringer individene gjør om sin helsestatus. Det er blitt vist at individers evaluering av egen helsestatus er stabil over tid, og har vist seg å være en mer effektiv prediktor over en tiårsperiode på senere sykdom og dødelighet enn fysiologiske medisinske indikatorer (Idler, 1997, Elstad, 2000:22). I denne oppgaven er de subjektive helsemålene, angående i hvilken grad subjektene opplever helsesvikt, brukt som indikatorer på behov. Det er ikke gitt at en slik operasjonalisering av behov vil stemme overens med for eksempel en leges vurderinger om behov. Som diskutert i avsnitt 2.2.2 over er det heller ikke gitt av målene i god nok grad fanger dimensjonene i behov. Det er allikevel slike helsemål som vanligvis benyttes i kvantitative studier, og da også i denne oppgaven.

Psykisk helse er operasjonalisert ved bruk av Hopkins Symptom Checklist med 25 spørsmål (HSCL-25), som måler symptomer på angst og depresjon. Skalaen for hvert spørsmål inkluderer fire svarkategorier; *"ikke plaget"*, *"litt plaget"*, *"ganske mye plaget"* og *"veldig mye plaget"* (verdier fra 1-4).

For å ha muligheten til å sammenligne de som er mye plaget med de som ikke er eller er relativt lite plaget, er det konstruert en additiv indeks for de 25 symptomene. Reliabiliteten er testet med Chronbachs alpha ( $\alpha$ ). Chronbachs alpha er et mål på intern konsistens mellom variablene som inngår i indeksen. Dersom Chronbachs alpha overstiger 0,7 regnes dette som tilfredsstillende reliabilitet (Ringdal, 2007:87). For variablene over er Chronbachs alpha 0,93, noe som reflekterer at 93 % av variansen til indikatorsettet er sann (reliabel) varians. Personer som unnlot å svare på flere enn 10 av spørsmålene i HSCL-25 ble utelatt som missing. De som har 10 eller færre missing har fått erstattet missing verdien med gjennomsnittet fra de øvrige indikatorene (Christofersen, 2006:253). Som indikator på at et individ har en dårlig psykisk helse er det vanlig å bruke verdi 1,75 som "cut-point", hvor de med gjennomsnittlig totalskåre over 1,75 regnes for å være et "psykiatrisk tilfelle"/ha dårlig psykisk helse. I denne sammenheng er en mer fingradert variasjon i psykisk helse mest interessant. Det er et relativt stort antall missing på spørsmålene i indeksen (se deskriptiv statistikk avsnitt 6.2.4), mye på grunn av den lave svarprosenten fra det postale tilleggsskjema hvor spørsmålene inngår. For å bevare variasjonen i materialet i størst mulig grad inkluderes derfor de som inngår i kategorien missing i indeksen med gjennomsnittsverdien til de som har besvart. Indeksen deles deretter etter distribusjonen i tre grupper hvor de 25 % som har lavest totalskåre blir kategorien "meget god psykisk helse" (cut-point:1,11), de 60 % i midten kodes med "god

psykisk helse” (cut-point:1,44) og de resterende 15 % med høyest totalskåre danner kategorien ”dårlig psykisk helse”.<sup>11</sup>

Å inkludere missing verdiene kan påvirke variabelen, eller kategorien god psykisk helse, om det er slik at respondentene som valgte å ikke svare på det postale spørreskjema i større grad har psykiske plager. Selv om dette kan være tilfellet velger jeg å bruke variabelen med inkluderte missing verdier for å bevare variasjonen i materialet i best mulig grad.

Kjønn og alder vil også gå inn i analysene som indikatorer på behov. Disse variablene er videre diskutert under i avsnittet for kontrollvariabler.

### **Bosted**

Som skrevet tidligere i kapittel 3, teoretiske forklaringer, foreligger det teoretiske grunner til å tro at individenes bosted kan ha betydning for bruk av helsetjenester. Da det er større tilgjengelighet av spesialhelsetjenester i mer tettbebygde, sentrale og urbane strøk vil bosted kunne utgjøre en barriere i form av reisetid til behandlingssted. Dette vil som nevnt spesielt være tilfellet for spesialistbehandling både på og utenfor sykehus. For å fange opp en slik forventning konstrueres en variabel for bosted gjennom spørsmålene ” Bor du i et tettbygd strøk?” og ”Om ja; Bor du i et tettsted eller en by med..”. Bostedsvariabelen ble kodet til kategoriene ”spredtbygd strøk” ”tettbygd, under 2000 personer”, ”tettbygd, mellom 2000 og 20 000 personer”, ”tettbygd mellom 20 000 og 100 000 personer” og ”tettbygd, 100 000 personer eller flere”. Hvor de to første kategoriene er slått sammen til samme kategori.

### **Sosialt nettverk/ kontakt**

Sosialt nettverk måles ved hjelp av to indikatorer; noen man kan snakke fortrolig med og sivilstatus. Den første indikatoren bygger på spørsmålene: ”*Har du noen som står deg nær, og som du kan snakke fortrolig med?*” og ” *Hvor mange fortrolige har du?*”. Respondenter grupperes etter hvor mange fortrolige de har, med kategoriene ”ingen” ”1 eller 2” ”3-5” eller ”flere enn 5”. Sivilstatus er operasjonalisert ved at respondenter som oppgir gift eller samboer får verdien 0, mens de resterende får verdien 1. Det finnes også spørsmål angående antall personer som står deg nær i materialet, men da man kan anta at denne variabelen i stor grad

---

<sup>11</sup> Opprinnelig var tanken å dele variabel etter 50 % - 35 % -15 %. Dette er ikke mulig etter at missingkategorien fikk tildelt gjennomsnittsverdien til respondentene som svarte på spørsmålene. Variabelen i utvalget uten missing er konstruert etter dette (cut-point 1,17 og 1,56)

forklarer det samme som antall fortrolige er den unnlatt som indikator på sosialt nettverk i denne studien.

### **Helsefremmende livsstil**

Helsefremmende livsstil måles ved hjelp av to indikatorer; fysisk aktivitet og røykevaner. For fysisk aktivitet bygger variabelen på spørsmålet - mosjonerer eller trener du vanligvis...”aldri”, ”sjeldnere enn en dag i uka” og ”en gang i uka eller mer”. Variabelen er dikotomisert. Respondenter som oppgir at de aldri eller sjelden mosjonerer eller trener har verdien 0, mens de som trener eller mosjonerer ukentlig har verdien 1. Røykevaner er operasjonalisert ved at de respondenter som oppgir at de røyker daglig, har verdien 1, mens resten (av og til eller aldri) har verdien 0.

Også bosted og helsefremmende livsstil kan være utsatt for en tendens til å svare det man mener er sosialt akseptabelt. For eksempel vil kanskje røykere underrapportere sitt forbruk, mens trening vil overrapporteres. Siden kategoriene ikke spesielt detaljerte og helseatferd ikke et spesielt sensitivt tema er det heller ikke her grunn til å tro at dette er et særlig stort problem.

## **6.2.3 Kontrollvariabeler**

### **Alder**

Alder er en veldig sannsynlig konfunderende faktor siden det er rimelig å anta at behovet for helsetjenester vil øke med alderen. Det kan videre være slik at visse aldersgrupper har spesielt store behov for helsetjenester. For eksempel vil det være rimelig å anta at kvinner i 20-30 års alderen benytter seg mer av lege i forbindelse med graviditet og fødsel. Alder introduseres derfor som en dummyvariable i tre grupper, 25-39 år, 40-59 år og 60-75 år. Alle analysene justeres for alder.

### **Kjønn**

Det vil bli foretatt separate analyser for de ulike kjønn. Oppgavens fokus er ikke å undersøke om det er systematiske forskjeller mellom kvinner og menn når det gjelder bruk av helsetjenester, men om det finnes systematiske sosioøkonomiske forskjeller. De separate analysene av menn og kvinner vil dermed rette fokus mot om det er ulike faktorer som er viktige for å forklare bruksfrekvensen til henholdsvis menn og kvinner, og ikke fokusere på om det finnes systematiske forskjeller mellom de ulike kjønnene.

## **Etnisitet**

Etniske minoriteter er en sammensatt gruppe og jeg velger derfor, da det vanskelig lar seg gjøre å operasjonalisere denne gruppen videre til ulike etniske minoritetsgrupper med hensiktsmessig størrelse, å dikotomisere variabelen til kategoriene ”minoritetsbakgrunn” (verdien 1) og ”majoritetsbakgrunn” (verdien 0). Minoritets- og majoritetsbakgrunn er konstruert ut i fra variabelen landbakgrunn, verdensregioninndeling; ”eget, eventuelt foreldres utenlandske fødeland. Personer uten innvandringsbakgrunn har kun Norge som landbakgrunn” (<http://www.ssb.no/innvandring/>). Majoritetsbakgrunn vil dermed innbefatte alle med Norge som landbakgrunn, mens minoritetsbakgrunn viser til alle med annen landbakgrunn enn Norge.

## 6.2.4 Deskriptiv statistikk

Tabell 6.1 Antall respondenter for begge kjønn; fordeling i utvalget (%)

	Kvinner	Menn
<b>Antall respondenter</b>	<b>2665</b>	<b>2715</b>
<b>Bruk av allmennlege minst en gang siste 12 mnd</b>		
Ja	75,2	65,3
Nei	24,5	34,6
Ikke oppgitt	0,3	0,1
<b>Intensiv bruk av allmennlege (5+) siste 12 mnd</b>		
Ja	24,0	14,6
Nei	75,7	85,3
Ikke oppgitt	0,3	0,1
<b>Bruk av spesialist utenfor sykehus siste 12 mnd</b>		
Ja	20,5	14,9
Nei	79,4	85,1
Ikke oppgitt	0,1	-
<b>Bruk av spesialist på sykehus siste 12 mnd</b>		
Ja	26,4	19,9
Nei	73,5	80,1
Ikke oppgitt	0,1	-
<b>Aldersgrupper</b>		
25-39 år	34,1	33,6
40-59 år	44,5	44,6
60-75 år	21,4	21,8
<b>Sosioøkonomisk status</b>		
<b>Utdanning</b>		
Grunnskole	12,5	12,2
Lavere videregående	30,2	23,3
Høyere videregående	21,8	33,7
Høgskole/Universitet	33,4	28,9
Ikke oppgitt	2,1	1,9
<b>Inntekt – kvartiler justert husholdningsinntekt</b>		
0 – 205.118 NOK	27,4	22,5
205.118 – 262.276 NOK	25,9	24,1
262.276 – 334.585 NOK	22,6	27,3
Over 334.585 NOK	23,9	26,0
Ikke oppgitt / negativ inntekt	0,2	0,1
<b>Behov</b>		
<b>Selvrapportert helse</b>		
Meget god	37,3	36,3
God	42,9	45,0
Verken god eller dårlig	13,4	12,7
Dårlig/meget dårlig	6,4	6,0
Ikke oppgitt	0,0	0,0
<b>Innvirkning av kroniske lidelser</b>		
Ingen	46,3	55,9
I liten grad	40,8	33,8
I stor grad	12,8	10,2
Ikke oppgitt	0,1	0,1

<b>Psykisk helse (HSCL-25)<sup>12</sup></b>		
Meget god	21,0	28,4
God	58,5	58,7
Dårlig	20,5	12,9
<b>Bosted</b>		
Spredtbygd (>2000 personer)	20,1	22,1
Tettbygd 2000 - 20.000 personer	37,0	34,6
Tettbygd 20-000 - 100.000 personer	18,8	20,3
By	23,8	23,0
Ikke oppgitt	0,3	0,0
<b>Helsefremmende livsstil</b>		
<b>Røyking</b>		
Av og til / aldri	73,5	74,3
Daglig	26,7	25,7
Ikke oppgitt	0,0	0,0
<b>Trening</b>		
Sjelden / aldri	24,9	33,3
Minst en gang per uke	75,1	66,7
Ikke oppgitt	0,0	-
<b>Sosialt nettverk</b>		
<b>Fortrolige</b>		
Ingen	2,1	3,4
1 eller 2	21,9	34,4
3 til 5	57,3	50,1
Flere enn 5	18,8	12,0
Ikke oppgitt	-	0,1
<b>Sivilstatus</b>		
Gift/samboer	72,7	75,1
Ugift/skilt/separert/enke/enkemann	27,3	24,9
<b>Etnisitet</b>		
Majoritetsbakgrunn	94,0	93,4
Minoritetsbakgrunn	6,0	6,6

I tabell 6.1 ser vi hvordan utvalget fordeler seg på samtlige variabler som inkluderes. Det er en liten overvekt av menn, som utgjør 50,5 % av utvalget.

Det er en tendens til at kvinner generelt bruker mer helsetjenester sammenlignet med menn. Tre fjerdedeler av kvinnene i utvalget oppgir at de har vært hos allmennlege, mens 65 prosent av alle menn i utvalget rapporterer det samme. Videre oppgir 24 prosent av kvinnene og 15

<sup>12</sup> Fordelingen som her vises for psykisk helse inkluderer missing, hvor missing er gitt gjennomsnittsverdien av respondentene som svarte på spørsmålene som inngår i indeksen. Frekvensfordeling for psykisk helse (HSCL-25) uten inkludering av missing (%);

	Kvinner	Menn
Meget god	38,0	42,9
God	28,2	20,0
Dårlig	12,8	7,8
Missing	21,0	29,3

prosent av mennene å ha vært i kontakt med allmennlegen fem eller flere ganger. For spesialisthelsetjeneste oppgir 21 prosent av kvinnene at de har brukt spesialist utenfor sykehus. 15 prosent av mennene oppgir det samme. Spesialist på sykehus er brukt av 26 prosent av kvinnene i utvalget, mens 20 prosent av utvalgets menn rapporterer det samme. Bruk av allmennlege minst en gang i 12 måneders perioden er altså relativt vanlig, mens hyppig bruk av allmennlege og bruk av spesialist kun brukes av cirka en femtedel av menn og en fjerdedel av kvinnene.

Aldersfordelingen i utvalget representerer godt den fordelingen man finner i befolkningen, hvor flertallet befinner seg i aldersgruppen 40-49. Minoritetsbefolkningen er på den andre siden noe underrepresentert. Det er relativt få enheter i utvalget som har grunnskole som høyeste registret utdannelse. Dette skyldes i stor grad aldersbegrensningen i utvalget, men gjenspeiler også den norske befolkningens generelt høye utdanningsnivå.

Det er ingen særlige kjønnsforskjeller i egenvurdert helse. Det er flere kvinner enn menn i utvalget som oppgir at en kronisk lidelse påvirker hverdagen deres i liten grad. Flertallet for begge kjønn oppgir allikevel at de ikke har noen lidelse av dette slaget. For psykisk helse kan man se at de fleste i utvalget, for begge kjønn, havner i den midterste kategorien. Dette kommer i stor grad av at respondentene med missing på variabelen ble tildelt gjennomsnittsverdien til de respondentene som svarte. Utvalgets enheter kommer relativt bra ut på behovsindikatoren, hvor flertallet i utvalget rapporterer god helse (lavt behov).

Ut i fra bostedsvariabelen kan vi se at det for utvalget er flest som er bosatt på et tettsted med 2000-20.000 innbyggere. For egenskaper knyttet til helsefremmende atferd er det er rundt 26 prosent av utvalgets enheter som oppgir at de røyker til daglig, mens 25 prosent av kvinnene og 33 prosent av mennene oppgir at de aldri eller sjelden trener. Det er altså slik at flertallet i utvalget oppgir å ha en relativt god helsefremmende atferd. Det er få som ikke har et sosialt nettverk, mens flertallet i utvalget oppgir å ha 3-5 fortrolige venner. Flertallet i utvalget er også gift eller samboer, henholdsvis 73 prosent av kvinnene og 75 prosent av mennene.

Tabellen viser at det er relativt få enheter det mangler opplysninger om (sett bort i fra psykisk helse). Dette er en styrke ved dataene. Det er ingen markante skjevhetene mellom kjønn på de uavhengige variablene, og de skjevhetene som observeres kan skyldes en naturlig fordeling i befolkningen.



## 6.3 Analysemetoder

### 6.3.1 Logistisk regresjonsanalyse

#### **Multipel binær logistisk regresjon**

Logistisk regresjonsanalyse er en metode som ofte brukes når den avhengige variabelen er kvalitativ, det vil si variabler på nominal- eller ordinalnivå eller variabler med to verdier (Tuft, 2000:7, Skog, 2005:351). Verdiene på slike variabler kan ikke rangeres (nominalnivå) eller det kan ikke avgjøres hvilken avstand det er mellom kategoriene (ordinalnivå). I analysekapittelet undersøker jeg sannsynligheten for å ha brukt helsetjeneste de siste 12 måneder. Den enkleste formen for logistisk regresjon er binær logistisk regresjon. Denne brukes når den avhengige variabelen er dikotom, det vil si at den har kun to verdier slik tilfellet er med den avhengige variabelen nevnt over (Eikemo og Clausen, 2007:83).

Når den avhengige variabel er dikotom kan vi ikke bruke lineær regresjonsanalyse, ettersom forutsetningen om at regresjonskurven skal være lineær ikke er oppfylt (Skog, 2005). Siden den avhengige variabelen kun har to verdier vil kurven ”før eller senere bøye av mot taket eller gulvet”, fordi andeler ikke kan være større enn en eller mindre enn null. I logistisk regresjon vil kurven derfor bli snarere S-formet enn lineær (Skog, 2005:354). For å håndtere en slik kurvelinearitet må den avhengige variabelen gjøres om til en kontinuerlig variabel som ikke er begrenset til intervallet mellom 0 og 1. Dette gjøres ved å omkode variabelen. For å fjerne den øvre grensen gjøres andeler om til odds. For å fjerne den nedre grensen omkodes odds til logaritmer ( $\text{Logit} = \ln(p/1-p)$ ). Etter en slik omkoding sitter man igjen med en variabel som varierer fra minus uendelig til pluss uendelig, og omfatter en overgang fra absolutte til relative forskjeller (Skog, 2005).

Logistisk regresjon av en dikotom avhengig variabel viser hvorledes andelen som har verdien 1 på den avhengige variabelen endrer seg med den uavhengige variabelen (Skog, 2005). Den substansielle fortolkningen av logit-koeffisientene er ofte svært vanskelig. De ble i hovedsak laget for å unngå analysetekniske problemer (Eikemo og Clausen, 2007:90), og ofte fortolker man derfor antilogaritmene til konstanten og koeffisienten; odds og oddsrater. Odds forteller hvor mye større eller mindre sannsynligheten er for at et bestemt utfall skal inntreffe, enn for at det ikke skal inntreffe (Skog, 2005:363). Er for eksempel oddsen 1 for at laveste inntekstkvarantil skal ha benyttet seg av allmennlege er det altså like stor sannsynlighet for at de skal ha benyttet seg av allmennlege som at de ikke har det. Oddsrate angir forskjellen mellom

to odds, den gir altså informasjon om hvor mange ganger større eller mindre oddsen blir når den uavhengige variabelen øker en enhet (Skog, 2005:364). For eksempel vil oddsraten i denne oppgaven kunne fortelle oss noe om hvor stor eller liten oddsen for at de i laveste inntektskvartil skal benytte seg av helsetjenester sammenlignet med oddsen til de i høyeste inntektskvartil. Det er odds og oddsrater som oppgis i analysene i kapittel 7 og 8.

### **6.3.2 Hypotesetesting og signifikansnivå**

For å undersøke om den observerte forskjellen kunne være et resultat av tilfeldigheter bruker man ofte tester om statistisk signifikans. Det som testes er om forskjellene gjelder bare i vårt utvalg eller om det sannsynligvis også finnes en reell forskjell i populasjonen.

Testobservatoren måler her hvor mye resultatet avviker fra det man skulle forvente dersom nullhypotesen (ingen forskjell i bruk av helsetjenester) er korrekt.

Om testobservator overskrider kritisk verdi gir dette støtte for at det er sammenheng mellom bruk av helsetjenester og uavhengig variabel. Nullhypotesen forkastes. Kritisk verdi fastsettes ut i fra testobservatorens sannsynlighetsfordeling, og benevner hvor høy testobservatoren må være for å forkaste nullhypotesen, ut i fra valgt signifikansnivå (Skog, 2005:177).

Signifikansnivået velges ut i fra hvilken sannsynlighet man kan tolerere for å forkaste rett nullhypotese. Om man ikke ønsker å forkaste nullhypotesen med mindre sannsynligheten for at korrelasjonen kan være et resultat av tilfeldigheter er svært liten velger man et strengt signifikansnivå. Man er her ”redd for” å begå såkalte type-1 feil, forkaste rett nullhypotese, eller si at det er en sammenheng når dette ikke er tilfellet. På en annen side kan det ved bruk av strengt signifikansnivå være fare for å begå type-2 feil, at man beholder en ukorrekt nullhypotese eller forkaster en faktisk sammenheng (Ringdal, 2007:288). Det er allikevel ikke tilstrekkelig å rapportere bare om noe er statistisk signifikant eller ikke. Har man et stort datasett kan man få statistiske signifikante sammenhenger uten substansiell betydning. Har man på en annen side et lite data materiale kan man risikere at selv substansielt betydningsfulle sammenhenger ikke blir statistisk signifikante. Statistisk signifikans er på denne måten ikke ensbetydende for om det er viktig og betydningsfullt i substansiell forstand (Skog, 2005:105).

I oppgaven velges det et signifikansnivå på 5 prosent, altså at man aksepterer at man i 5 prosent av tilfellene vil kunne forkaste en sann nullhypotese. P-verdi vil også oppgis i parentes for alle koeffisienter i analysene. På denne måten kan man også se koeffisientene

tenderer til signifikants eller ikke, samt om koeffisientene også er signifikante på et strengere signifikansnivå enn 5 prosent.

### 6.3.3 Log likelihood ratio og Nagelkerke $R^2$

For å teste om nye uavhengige variabler som inkluderes i modellene gir et signifikant bidrag til modellen benyttes log likelihood- ratio testen. Estimeringsmetoden maximum likelihood finner de koeffisientene som gjør det mest sannsynlig å få de observerte verdiene 0-1. Dette skjer gjennom prøving og feiling (iterasjoner). Ut i fra dette får vi en -2LL statistikk hvor målet er å komme frem til de koeffisientene som beskriver datamaterialet best. -2LL statistikken kan vi bruke til å foreta en LR-test, en test for hele modellen sammenlignet med en modell uten noen uavhengige variabler, eller mellom en full modell og en med reduksjon med henhold til uavhengige variabler. Testobservatorer regnes ut gjennom formelen  $LR = (-2LL_0) - (-2LL_A)$  (Skog, 2005:375, Tuft, 2000:39). Det er i forbindelse med inkludering av flere variabler i modellene -2LL statistikken blir brukt i oppgaven. Dersom -2LL minsker når flere variabler inkluderes i modellen betyr det at den gir en bedre tilpasning til data. Det viktige her er altså om endringen som finner sted i log likelihood ratio mellom de to modellene er signifikant.

Endringen i -2LL er tilnærmet kjikvadrat- fordelt, hvor frihetsgrader er lik antall nye forklaringsvariabler i modellen (Tuft, 2000:37, Skog, 2000:413). Dersom testen er signifikant, endringen i testobservator overstiger kritisk verdi, er fortolkningen at minst en av de uavhengige variablene som ble inkludert gir et signifikant bidrag til å forklare variasjonen i den avhengige variabelen.

I tillegg til -2LL blir det i analysene rapportert Nagelkerke ( $R^2_N$ ). Målet bygger på log likelihood funksjonen og  $R^2_N$  har en maksimalverdi på 1. Det problematiske med målet er at det ikke har en enkel intuitiv forklaring utover analogien med  $R^2$  i lineær regresjon (Skog, 2005:419). Man skal vokte seg for å tolke Nagelkerke som prosent forklart varians, målet kan derimot si oss noe om bedringen av modellen når vi inkluderer flere uavhengige variabler.

### 6.3.4 Samspill i analysene?

Når effekten av en uavhengig variabel på den avhengige variabelen er forskjellig for ulike verdier på en annen uavhengig variabel har vi å gjøre med et samspill (Eikemo og Clausen, 2007). En mulig måte å kontrollere for samspill på er å gjøre separate analyser for gruppene

man antar har en ulik effekt av den uavhengige variabelen på den avhengige variabelen, altså dele datamateriale i to undergrupper og analysere sammenhengen separat. En annen måte å kontrollere for samspill på er å konstruere et samspillsledd som innføres i analysene som en av de uavhengige variablene i modellen. Samspillsleddet vil fungere slik at det undersøker om effekten av en uavhengig variable er avhengig av nivået på en annen uavhengig variabel (Skog, 2005:415). Av denne grunn er det foretatt separate analyser av kjønn.

På grunn av kompleksiteten i analysene, bruk av dummyvariabler som gjør samspillsledd vanskeligere å tolke, er det ikke hensiktsmessig å konstruere samspillsledd for å kontrollere for antatte samspill i analysene. Det betyr derimot ikke at det ikke kan forekomme samspill mellom uavhengige variabler som inngår i de ulike modellene i analysene. Man kan for eksempel tenke seg at det kan være et samspill mellom sosioøkonomisk status og indikatorene for behov. Om lavere sosioøkonomiske klasser i større grad har kroniske lidelser som krever kontinuerlig legekontakt til forskjell fra de kroniske lidelsene man finner hos de høyere sosioøkonomiske klassene vil dette påvirke bruken av helsetjenestene på ulik måte for de ulike sosioøkonomiske klassene.

## 7. Betydningen av utdanning, behov og andre egenskaper ved individene for bruk av helsetjenester

I det følgende kapitlet vil jeg legge frem mine resultater fra logistiske regresjonsanalyser. Analysene inneholder fire modeller og inkluderer, i tillegg til en indikator for sosioøkonomisk status, forklaringsvariabler som representerer behov, bosted, sosialt nettverk og helsefremmende atferd. Alle modellene kontrolleres for alder og etnisitet. Ved å foreta en hierarkisk blokkvis binær regresjon kan man for det første observere om forklaringsvariablene man fører inn i modellen har egen uavhengig effekt på bruk av helsetjenester. For det andre vil dette gi oss mulighet til å observere eventuelle forandringer i sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og bruk av helsetjenester. Forandringer viser her til at oddsraten til henholdsvis utdannings- og inntektskoeffisientene forandres som følge av at en ny forklaringsvariabel introduseres. Dette gjør det mulig å avgjøre om behov, bosted, sosialt nettverk og helsefremmede atferd kan være bakenforliggende eller mellomliggende årsaksfaktorer som påvirker forholdet mellom sosioøkonomisk status og bruk av helsetjenester, eller om det foreligger undertrykte sammenhenger som vil fremkomme ved kontroll (Skog, 2005:275). Analysene er utført separat for kvinner og menn. Grunnen til dette er en antakelse om at det kan forekomme interaksjonsmønstre som vil være relatert til kjønn. Det er da de mulige kjønnsspesifikke forklaringsmønstre som vil være interessante i denne sammenheng og ikke forskjellen mellom kjønnene i seg selv.

Jeg har videre også valgt å ta inn inntekt og utdanning i separate analyser, da disse blir sett på som indikatorer på sosioøkonomisk status. Korrelasjonen mellom inntekt og utdanning er ofte høy, noe som medfører at om man tar variablene inn i samme modell vil mye av den variasjonen utdanning potensielt kan forklare allerede være forklart av inntekt, og omvendt (Skog, 2005:286). Utdanning (samt inntekt i neste kapittel) er innført i modellene som dummyvariabler for å undersøke forutsetningen om linearitet (Skog, 2005:388; Ringdal, 2007:400). Ved bruk av dummyvariabler beregnes oddsen til hver gruppe ut i forhold til referansegruppe, noe som gir en mer korrekt beskrivelse av den eventuelle sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og bruk av helsetjenester (Skog, 2005:388).

Referansekategoriene er de med den høyeste sosioøkonomiske status, det vil si de med universitets- eller høgskoleutdannelse eller de som tilhører høyeste kvartil for husholdningsinntekt.

I den første modellen vises effekten av utdanning på bruk av helsetjenester, justert for kontrollvariablene alder og etnisitet. Gitt den sosiale gradienten i helse som kan observeres hos den voksne befolkningen er det her forventet at man vil observere en lignende gradient også i bruk av helsetjenester, hvor lavere sosioøkonomiske klasser benytter mer helsetjenester sammenlignet med de høyere oppe i hierarkiet. Da man antar at behov er en sentral mekanisme bak sosial ulikhet i bruk av helsetjenester skulle man forvente at sammenhengene man eventuelt observerer mellom sosioøkonomisk status og bruk vil forvinne helt eller bli kraftig redusert i modell 2, når indikatorer på behov inkluderes i modellen. Dette følges av modeller (3 og 4) hvor det i tillegg er inkludert andre mulige bakenforliggende variabler for å undersøke om funnene fra modell 1 og modell 2 består etter kontroll for andre egenskaper eller situasjoner som kan påvirke sosiale gruppers bruk av helsetjenester, henholdsvis bosted, sosialt nettverk og helsefremmende atferd. Samt om disse egenskapene i seg selv har en effekt på bruk av helsetjenester.

Jeg viser først resultatene fra analyser av bruk av allmennlege, deretter vil jeg ta for meg analysene av bruk av spesialisthelsetjenester. De ulike modellene beskrives i hovedsak i den rekkefølgen de er gjort, men sammenligninger mellom de ulike modellene vil også forekomme. Det er i hovedsak modell 2 som er den interessante modellen i forhold til oppgavens forskningsspørsmål – da det her kontrolleres for behov. Det er da også denne modellen som vektlegges når funnene kommenteres under.

## 7.1 Bruk av allmennlege

For bruk av allmennlege skiller oppgaven mellom to ulike mål for bruk; bruk av allmennlege minst en gang i løpet av ett år og et mål for mer intensiv bruk av allmennlege; bruk av allmennlege under fem ganger eller fem ganger og mer i løpet av ett år. Det er tidligere, ikke meg kjent, gjennomført analyser hvor avhengig variable har målt mer intensiv bruk av allmennlege i løpet av 12 måneder. En av grunnene til å undersøke en variabel som også måler intensiv bruk er for å se om det finnes en annerledes tolkning av bruk for denne gruppen brukere, eller om det eventuelt finnes en systematisk korrelasjon mellom sosioøkonomisk status og bruk av allmennlege uavhengig av mengde bruk.

**Tabell 7.1 Logistisk regresjon for bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd, menn, modeller med utdanning**

MENN -modeller med utdanning	Bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd (N=2655)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	1,30 (0,005)	0,76 (0,023)	0,90 (0,449)	0,86 (0,381)
<b>Utdanning</b>				
Grunnskole	1,48 (0,009)	1,04 (0,818)	1,08 (0,627)	1,14 (0,410)
Lavere videregående	1,02 (0,839)	0,77 (0,026)	0,80 (0,069)	0,83 (0,139)
Høyere videregående	1,25 (0,028)	1,12 (0,297)	1,17 (0,155)	1,21 (0,089)
Universitet /Høgskole	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,31 (0,004)	1,15 (0,168)	1,18 (0,103)	1,13 (0,232)
60-75 år	1,92 (0,000)	1,61 (0,000)	1,66 (0,000)	1,58 (0,001)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	0,97 (0,885)	0,96 (0,851)	0,91 (0,623)	0,93 (0,732)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,36 (0,001)	1,37 (0,001)	1,41 (0,000)
Verken god eller dårlig		2,44 (0,000)	2,49 (0,000)	2,64 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		3,58 (0,000)	3,62 (0,000)	3,90 (0,000)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		2,00 (0,000)	1,99 (0,000)	1,96 (0,000)
I stor grad		3,23 (0,000)	3,22 (0,000)	3,29 (0,000)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,25 (0,022)	1,24 (0,024)	1,28 (0,010)
Dårlig		1,59 (0,004)	1,56 (0,006)	1,64 (0,003)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			0,77 (0,060)	0,76 (0,046)
Tettbygd 2000- 20 000			0,76 (0,021)	0,75 (0,016)
Tettbygd 20 000-100 000			0,76 (0,038)	0,75 (0,034)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,67 (0,132)
1 eller 2				1,23 (0,160)
3 til 5				1,13 (0,382)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				0,90 (0,302)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,88 (0,227)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,90 (0,256)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	3375,1	3141,0	3134,5	3121,9
Endring -2LL (p-verdi)		234,1 (0,000)	6,5 (0,090)	12,6 (0,050)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,024	0,138	0,141	0,147

**Tabell 7.2 Logistisk regresjon av bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med utdanning.**

KVINNER -modeller med utdanning	Bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd (N=2589)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	2,57 (0,000)	1,11 (0,449)	1,23 (0,171)	1,28 (0,170)
<b>Utdanning</b>				
Grunnskole	1,13 (0,456)	0,77 (0,134)	0,80 (0,200)	0,79 (0,204)
Lavere videregående	1,09 (0,469)	0,85 (0,208)	0,88 (0,328)	0,86 (0,262)
Høyere videregående	1,05 (0,678)	0,93 (0,553)	0,94 (0,629)	0,93 (0,604)
Universitet /Høgskole	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,12 (0,265)	1,05 (0,685)	1,05 (0,659)	1,04 (0,752)
60-75 år	1,55 (0,002)	1,39 (0,029)	1,39 (0,027)	1,38 (0,034)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	0,82 (0,359)	0,70 (0,119)	0,68 (0,084)	0,68 (0,087)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,73 (0,000)	1,76 (0,000)	1,77 (0,000)
Verken god eller dårlig		2,54 (0,000)	2,60 (0,000)	2,61 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		2,89 (0,003)	2,94 (0,003)	2,97 (0,003)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		2,28 (0,000)	2,28 (0,000)	2,28 (0,000)
I stor grad		3,26 (0,000)	3,24 (0,000)	3,25 (0,000)
<b>Psykisk helse</b> (HSCL-25)				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,30 (0,020)	1,29 (0,023)	1,30 (0,021)
Dårlig		2,11 (0,000)	2,10 (0,000)	2,10 (0,000)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			0,80 (0,145)	0,82 (0,191)
Tettbygd 2000- 20 000			0,81 (0,096)	0,81 (0,109)
Tettbygd 20 000-100 000			0,97 (0,830)	0,96 (0,795)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,57 (0,150)
1 eller 2				1,14 (0,420)
3 til 5				0,90 (0,407)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				1,12 (0,338)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				1,08 (0,548)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,86 (0,202)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihod	2864,2	2608,5	2604,3	2596,3
Endring -2LL (p-verdi)		255,8 (0,000)	4,2 (0,244)	8,0 (0,155)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,009	0,148	0,150	0,155



### 7.1.1 Bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 måneder

Modell 1 i tabell 7.1 viser at det er en sammenheng mellom menns utdanningsnivå og bruk av allmennlege minst en gang, etter kontroll for alder og etnisitet. Analysene at gruppene med grunnskole og høyere videregående utdanning har betydelige større sannsynlighet enn dem med høyeste utdanning for å benytte seg av allmennlege minst en gang. Det er med andre ord ikke slik at sannsynligheten for å benytte seg av allmennlege minst en gang i løpet av ett år stiger gradvis med utdanningsnivå for menn. I stedet skiller gruppen med lavere videregående utdanningsnivå seg fra de øvrige når universitets- og høyskoleutdanning er referansekategori. For kvinner er det derimot ingen klar sammenheng mellom sosial status og bruk av allmennlege minst en gang, kontrollert for alder og etnisitet (tabell 7.2, modell 1).

Differansen mellom -2LL fra modell 1 til modell 2, er signifikant på  $<0,001$  nivå, for begge kjønn. Dette betyr at behovsvariablene som er inkludert i modell 2 gir et relevant bidrag for å forklare hvilke faktorer som påvirker bruk av allmennlege. Alle behovsvariablene har signifikante effekt på bruk av allmennlege minst en gang i perioden. For eksempel er oddsen for at menn med meget dårlig helse benytter seg av allmennlege i perioden 3,6 ganger høyere enn hos menn med meget god helse.

I modell 2, tabell 7.1, kan vi for menn observere at oddsratene til utdanningsnivå i stor grad er endret etter inkluderingen av behovsvariablene. Endringene er en konsekvens av at koeffisientene nå viser hvorvidt det er forskjeller i bruk av allmennlege minst en gang hvis man har ulik utdanning, men hvor behovet er det samme. Da behov er det man antar at i størst grad vil forklare variasjonen i bruk av helsetjenester er det ikke uventet at denne variabelen har gjort et betydelig utslag. Oddsratene har sunket betydelig for alle grupper, noe som indikerer at behov forklarer en del av effekten av utdanningsnivå på bruk av helsetjenester observert i forrige modell. For menn med lavere videregående utdanning er oddsraten 0,77 (p-verdi 0,026). Det er dermed fremdeles slik at de observerte sammenhengene mellom gruppene med ulikt utdanningsnivå og bruk av allmennlege i perioden ikke har en jevn kurve, hvor man kan observere en signifikant ulikhet i bruk mellom de med lavere videregående utdanning og andre utdanningsgrupper, selv etter kontroll for behov. Hos kvinnene i tabell 7.2 (modell 2) kan vi observere en tendens til gradert bruk av allmennlege minst en gang, hvor mer utdanning øker sannsynligheten for bruk. Dette er motsatt mønster av hva det på forhånd ble forventet i de fremsatte hypotesene.

Ved å innføre bosted i modell 3 forandres ikke utdanningskoeffisientene betydelig., verken for menn eller kvinner. Ser vi på endringen i -2LL er ikke denne signifikant for modell 3, noe som betyr at å inkludere bosted i modellen ikke gav en spesielt mye bedre forklaringsmodell sammenlignet med modell 2. Det skal likevel påpekes at inkluderingen nesten er signifikant for menn (p-verdi, endring = 0,090).

For menn i tabell 7.1, modell 4 er endringene i -2LL signifikant. Dette indikerer at sosialt nettverk og helsefremmende atferd har betydning for menns bruk av allmennlege. For kvinner i modell 4, tabell 7.2, viser endringen i -2LL at inkluderingen av variablene ikke gav en relevant forbedring i forhold til faktorer som har betydning for bruk av allmennlege minst en gang. Det kan ikke observere betydelige forandringer i utdanningskoeffisientene som følge av de nye forklaringsvariablene, hverken for kvinner eller menn. Sosialt nettverk eller helsefremmende atferd har dermed ingen stor innvirkning på sammenhengen mellom utdanning og bruk av allmennlege.

**Tabell 7.3 Logistisk regresjon av bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd, menn, modeller med utdanninge.**

MENN -modeller med utdanninge	Bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd (N=2655)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	0,09 (0,000)	0,02 (0,000)	0,02 (0,000)	0,02 (0,000)
<b>Utdanninge</b>				
Grunnskole	1,92 (0,000)	0,92 (0,697)	0,94 (0,759)	0,98 (0,917)
Lavere videregående	1,58 (0,004)	0,81 (0,257)	0,82 (0,283)	0,85 (0,379)
Høyere videregående	1,33 (0,057)	0,98 (0,892)	0,98 (0,921)	1,01 (0,941)
Universitet /Høgskole	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,40 (0,015)	0,91 (0,551)	0,91 (0,529)	0,86 (0,354)
60-75 år	1,81 (0,000)	1,13 (0,501)	1,12 (0,541)	1,06 (0,763)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	1,83 (0,005)	2,18 (0,002)	2,19 (0,002)	2,19 (0,002)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		2,25 (0,000)	2,26 (0,000)	2,28 (0,000)
Verken god eller dårlig		5,44 (0,000)	5,44 (0,000)	5,67 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		9,12 (0,000)	9,11 (0,000)	9,70 (0,000)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		3,03 (0,000)	3,05 (0,000)	3,03 (0,000)
I stor grad		6,12 (0,000)	6,14 (0,000)	6,16 (0,000)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,26 (0,192)	1,25 (0,197)	1,30 (0,140)
Dårlig		2,17 (0,000)	2,17 (0,000)	2,28 (0,000)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			0,97 (0,895)	0,94 (0,736)
Tettbygd 2000- 20 000			1,10 (0,576)	1,06 (0,743)
Tettbygd 20 000-100 000			1,14 (0,513)	1,12 (0,563)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,79 (0,524)
1 eller 2				1,03 (0,883)
3 til 5				1,11 (0,628)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				0,73 (0,047)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,94 (0,692)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,99 (0,921)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihød	2161,4	1704,3	1703,3	1696,6
Endring -2LL (p-verdi)		457,1 (0,000)	1,0 (0,803)	6,7 (0,351)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,029	0,305	0,305	0,309

**Tabell 7.4 Logistisk regresjon av bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med utdanning.**

KVINNER -modeller med utdanning	Bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd (N=2589)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	0,26 (0,000)	0,06 (0,000)	0,06 (0,000)	0,07 (0,000)
<b>Utdanning</b>				
Grunnskole	1,55 (0,005)	0,76 (0,142)	0,77 (0,148)	0,72 (0,090)
Lavere videregående	1,36 (0,011)	0,86 (0,268)	0,86 (0,285)	0,83 (0,193)
Høyere videregående	1,35 (0,018)	1,17 (0,277)	1,17 (0,258)	1,15 (0,336)
Universitet /Høgskole	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	0,93 (0,473)	0,75 (0,020)	0,76 (0,024)	0,78 (0,043)
60-75 år	1,03 (0,855)	0,78 (0,103)	0,78 (0,110)	0,86 (0,338)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	1,31 (0,215)	1,20 (0,435)	1,19 (0,462)	1,32 (0,247)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		2,46 (0,000)	2,48 (0,000)	2,43 (0,000)
Verken god eller dårlig		5,02 (0,000)	5,05 (0,000)	5,00 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		10,40 (0,000)	10,40 (0,000)	10,51 (0,000)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,89 (0,000)	1,89 (0,000)	1,92 (0,000)
I stor grad		4,40 (0,000)	4,47 (0,000)	4,30 (0,000)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,83 (0,000)	1,82 (0,000)	1,82 (0,000)
Dårlig		1,97 (0,000)	1,92 (0,000)	1,96 (0,000)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			1,01 (0,928)	1,06 (0,698)
Tettbygd 2000- 20 000			0,83 (0,178)	0,85 (0,231)
Tettbygd 20 000-100 000			0,74 (0,069)	0,73 (0,060)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,64 (0,242)
1 eller 2				0,70 (0,028)
3 til 5				0,74 (0,030)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				1,20 (0,126)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				1,50 (0,001)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,78 (0,049)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihod	2836,0	2346,6	2341,2	2318,7
Endring -2LL (p-verdi)		489,4 (0,000)	5,4 (0,142)	22,5 (0,001)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,008	0,265	0,267	0,278

## 7.1.2 Bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 måneder

Sammenlignet med resultatene over for bruk av allmennlege minst en gang, viser resultatene i tabell 7.3 og 7.4, modell 1, at grupper med lavere utdanningsnivå også her har større sannsynlighet for mer intensiv bruk av allmennlege. I modell 2 kontrolleres sammenhengen for behov. For menn i tabell 7.3 viser analysene at det ikke finnes noen sammenheng mellom utdanningsnivå og intensiv bruk av allmennlege. For kvinner, i tabell 7.4, er tendensen lik den man observerte for bruk av allmennlege minst en gang. Som i analysene over har behov en meget sterk forklaringskraft på bruken av allmennlege, hvor oddsen for bruk blir betydelig høyere ved større helseproblemer. Endringene i -2LL bekrefter at behov forbedrer modellens forklaringskraft betydelig ( $p < 0,000$ ).

Forøvrig kan vi se av endringen i -2LL, modell 3, at bosted ikke gir en signifikant bedring av modellen eller endrer utdanningskoeffisientene i stor grad, dette gjelder både for menn og kvinner. Endringen i -2LL for modell 4 viser imidlertid for kvinnene i tabell 7.4 at det å inkludere sosialt nettverk og helsefremmede atferd gir et relevant bidrag for å forklare hvilke faktorer som påvirker hyppig bruk av allmennlege for kvinner. Inkluderingen påvirker ikke i stor grad utdanningskoeffisientene, men bidrar for seg selv som forklaringsfaktorer på bruken. Det virker positivt på sannsynligheten for hyppig bruk jo flere fortrolige du har. Når det gjelder helsefremmende atferd kan vi se at kvinner som røyker har 1,5 ganger høyere odds for å benytte seg hyppig av allmennlege enn de som ikke røyker eller røyker sjelden, mens kvinner som aldri eller sjelden trener har lavere sannsynlighet for å benytte seg hyppig av allmennlege sammenlignet med kvinner som trener minst en gang i uka. For menn i tabell 7.3, modell 4, kan vi observere at de inkluderte forklaringsvariablene ikke bidrar til forbedring av modellen. De forandrer heller ikke utdanningskoeffisientene i stor grad.

## 7.2 Bruk av spesialist

Det er analyser av to ulike typer spesialisthelsetjeneste; bruk av spesialist utenfor sykehus og bruk av spesialist på sykehus. For begge variablene måles minst et besøk i løpet av perioden på 12 måneder. Grunnen til dette er at de to ulike typene spesialist helsetjenester blant annet kan antas å være ulikt geografisk spredt, hvor spesialister utenfor sykehus hyppigere forekommer i relativt store tettsteder. Spesialisthelsetjenester utenfor sykehus kan også i større grad tenkes å være private spesialister uten avtale med staten og dermed koste mer.

Tabell 7.5 Logistisk regresjon av bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, menn, modeller med utdanningse.

MENN -modeller med utdanningse	Bruk spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd (N=2658)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	0,13 (0,000)	0,08 (0,000)	0,10 (0,000)	0,14 (0,000)
<b>Utdanningse</b>				
Grunnskole	1,07 (0,724)	0,79 (0,217)	0,82 (0,305)	0,89 (0,528)
Lavere videregående	0,76 (0,078)	0,59 (0,001)	0,62 (0,004)	0,64 (0,008)
Høyere videregående	1,02 (0,861)	0,92 (0,538)	0,95 (0,736)	1,00 (0,972)
Universitet /Høgskole	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,47 (0,004)	1,28 (0,079)	1,32 (0,048)	1,25 (0,122)
60-75 år	1,95 (0,000)	1,63 (0,003)	1,70 (0,001)	1,58 (0,006)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	0,90 (0,687)	0,89 (0,650)	0,84 (0,509)	0,81 (0,443)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,26 (0,103)	1,27 (0,101)	1,33 (0,050)
Verken god eller dårlig		1,67 (0,009)	1,69 (0,008)	1,85 (0,002)
Dårlig/meget dårlig		2,13 (0,004)	2,16 (0,004)	2,42 (0,001)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,77 (0,000)	1,75 (0,000)	1,70 (0,000)
I stor grad		1,92 (0,002)	1,92 (0,002)	1,87 (0,004)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,07 (0,622)	1,07 (0,637)	1,13 (0,402)
Dårlig		1,95 (0,000)	1,92 (0,000)	2,11 (0,000)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			0,77 (0,122)	0,76 (0,104)
Tettbygd 2000- 20 000			0,79 (0,114)	0,78 (0,096)
Tettbygd 20 000-100 000			0,73 (0,071)	0,73 (0,071)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,66 (0,243)
1 eller 2				0,82 (0,285)
3 til 5				0,72 (0,059)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				0,75 (0,039)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,95 (0,717)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,72 (0,010)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2223,34	2124,33	2120,28	2104,01
Endring -2LL (p-verdi)		99,00 (0,000)	4,05 (0,256)	16,27 (0,012)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,016	0,080	0,307	0,311

**Tabell 7.6 Logistisk regresjon av bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med utdanning.**

KVINNER -modeller med utdanning	Bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd (N=2597)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (sign)	OR (sign)	OR (sign)	OR (sign)
Konstant	0,22 (0,000)	0,13 (0,000)	0,14 (0,000)	0,15 (0,000)
<b>Utdanning</b>				
Grunnskole	0,84 (0,305)	0,64 (0,013)	0,67 (0,026)	0,73 (0,080)
Lavere videregående	1,00 (0,967)	0,85 (0,200)	0,90 (0,398)	0,95 (0,673)
Høyere videregående	0,94 (0,656)	0,88 (0,347)	0,91 (0,492)	0,95 (0,711)
Universitet /Høgskole	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,28 (0,038)	1,22 (0,100)	1,22 (0,093)	1,24 (0,080)
60-75 år	1,62 (0,001)	1,51 (0,006)	1,51 (0,005)	1,51 (0,006)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	0,90 (0,679)	0,84 (0,478)	0,82 (0,422)	0,84 (0,475)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,55 (0,000)	1,57 (0,000)	1,60 (0,000)
Verken god eller dårlig		1,95 (0,000)	1,98 (0,000)	2,04 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		2,08 (0,002)	2,11 (0,002)	2,22 (0,001)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,32 (0,017)	1,34 (0,013)	1,32 (0,017)
I stor grad		1,58 (0,012)	1,56 (0,015)	1,54 (0,018)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,11 (0,430)	1,11 (0,442)	1,13 (0,377)
Dårlig		1,37 (0,051)	1,36 (0,057)	1,41 (0,034)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			0,65 (0,007)	0,66 (0,010)
Tettbygd 2000- 20 000			0,95 (0,684)	0,96 (0,729)
Tettbygd 20 000-100 000			0,87 (0,353)	0,87 (0,362)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				1,06 (0,874)
1 eller 2				0,75 (0,067)
3 til 5				0,93 (0,573)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				1,01 (0,901)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,90 (0,381)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,88 (0,299)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2636,43	2565,91	2556,85	2550,09
Endring -2LL (p-verdi)		70,52 (0,000)	9,06 (0,029)	6,76 (0,344)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,050	0,055	0,055	0,059

### 7.2.1 Bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 måneder

For modell 1 i tabell 7.5 kan vi observere at det for menn er en ikke signifikant tendens til lavere bruk av spesialist utenfor sykehus for gruppen med lavere videregående utdanning sammenlignet med referansekategorien. At denne gruppen ser ut til å skille seg ut blant menn samsvarer med funnene fra bruk av allmennlege over. For kvinner er tendensen gradert (tabell 7.6, modell 1).

Differansen mellom -2LL fra modell 1 til modell 2, er signifikant på  $<0,001$  nivå, for begge kjønn. Behovsvariablene som er inkludert i modell 2 gir altså et relevant bidrag for å forklare hvilke faktorer som påvirker bruk av spesialist utenfor sykehus. Som i analysene over har alle behovsvariablene også for spesialist utenfor sykehus en signifikant effekt på bruken. Modell 2 i tabell 7.5 viser at utdanningskoeffisientene for menn blir betydelig redusert etter inkluderingen av behov. Tendensen går i retning av at sannsynligheten for bruk av spesialist synker ved lavere utdanningsnivå. Oddsraten er her lavest for menn med lavere videregående utdanning,  $OR = 0,59$  (p-verdi 0,001). Hos kvinnene i tabell 7.6 (modell 2) kan vi observere en tendens til gradert bruk av spesialist utenfor sykehus, hvor mer utdanning øker sannsynligheten for bruk. Kvinner med grunnskole som høyest fullførte utdanning har her en oddsrate på 0,64 (p-verdi 0,013)

For menn i tabell 7.5, er effekten av utdanning på bruk tildels uforandret i modell 3, noe som betyr at den ikke i stor grad er mediert av bosted. Endringene i -2LL indikerer videre at bosted ikke bidrar til å styrke modellens forklaringskraft, selv om tendensen viser at om man er bosatt i mindre tettsteder har man mindre sannsynlighet for benytte seg av spesialist utenfor sykehus sammenlignet med gruppen bosatt i tettsteder med en befolkning over 100 000. For kvinner i tabell 7.6, modell 3, er denne tendens tydeligere hvor det er en signifikant forskjell mellom de som bor i spredtbygde strøk i forhold til referansegruppen, og endringene i -2LL er da også signifikant. Kvinner som bor i spredtbygde strøk har en oddsrate på 0,66 (p-verdi 0,010). Heller ikke hos kvinnene forandrer sammenhengen mellom utdanning og bruk av spesialist utenfor sykehus seg betydelig ved inkluderingen av bosted.

Uavhengig av kjønn forandrer ikke inkluderingen av sosialt nettverk og helsefremmende atferd i modell 4 utdanningskoeffisienten i betydelig grad. For kvinner i tabell 7.6 (modell 4) kan man videre observere at endringene i -2LL indikerer at å inkludere sosialt nettverk og



helsefremmede atferd ikke gir et relevant bidrag for å forklare hvilke faktorer som påvirker bruk av spesialist utenfor sykehus. Dette er ikke tilfellet for menn i tabell 7.5 (modell 4) hvor endringene i -2LL viser at variablene gir et signifikant bidrag til forklaringen av bruken. Oddsen for bruk øker med størrelsen på det sosialt nettverk og et god helsefremmende atferd øker sannsynligheten for å benytte seg av spesialisthelsetjenesten.

**Tabell 7.7 Logistisk regresjon av bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, menn, modeller med utdannelse.**

MENN -modeller med utdannelse	Bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd (N=2658)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	0,16 (0,000)	0,08 (0,000)	0,07 (0,000)	0,08 (0,000)
<b>Utdannelse</b>				
Grunnskole	1,03 (0,883)	0,60 (0,006)	0,60 (0,006)	0,64 (0,020)
Lavere videregående	1,27 (0,076)	0,85 (0,261)	0,84 (0,238)	0,89 (0,425)
Høyere videregående	1,23 (0,107)	1,02 (0,896)	1,00 (0,978)	1,05 (0,706)
Universitet /Høgskole	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,51 (0,001)	1,23 (0,106)	1,20 (0,146)	1,19 (0,180)
60-75 år	1,80 (0,000)	1,40 (0,026)	1,36 (0,042)	1,33 (0,067)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	1,00 (0,987)	1,00 (0,983)	1,02 (0,926)	1,03 (0,908)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,49 (0,003)	1,50 (0,003)	1,55 (0,001)
Verken god eller dårlig		2,43 (0,000)	2,42 (0,000)	2,61 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		4,26 (0,000)	4,24 (0,000)	4,67 (0,000)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,86 (0,000)	1,88 (0,000)	1,86 (0,000)
I stor grad		3,48 (0,000)	3,50 (0,000)	3,43 (0,000)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,22 (0,133)	1,22 (0,132)	1,25 (0,085)
Dårlig		1,19 (0,345)	1,20 (0,318)	1,27 (0,198)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			1,14 (0,443)	1,15 (0,414)
Tettbygd 2000- 20 000			1,17 (0,289)	1,17 (0,294)
Tettbygd 20 000-100 000			1,29 (0,114)	1,30 (0,109)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,86 (0,632)
1 eller 2				0,86 (0,391)
3 til 5				1,04 (0,823)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				0,88 (0,304)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,92 (0,481)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,81 (0,075)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2619,22	2383,02	2380,45	2371,35
Endring		236,20 (0,000)	2,58 (0,462)	9,09 (0,168)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,015	0,149	0,150	0,155

**Tabell 7.8 Logistisk regresjon av bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med utdannelse.**

KVINNER -modeller med utdannelse	Bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd (N=2597)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	0,28 (0,000)	0,13 (0,000)	0,12 (0,000)	0,15 (0,000)
<b>Utdannelse</b>				
Grunnskole	1,13 (0,305)	0,77 (0,116)	0,74 (0,075)	0,75 (0,092)
Lavere videregående	1,17 (0,967)	0,94 (0,582)	0,90 (0,374)	0,89 (0,373)
Høyere videregående	1,06 (0,656)	0,97 (0,785)	0,95 (0,664)	0,95 (0,695)
Universitet /Høgskole	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,09 (0,441)	0,99 (0,911)	0,99 (0,926)	1,00 (0,990)
60-75 år	1,68 (0,000)	1,48 (0,005)	1,48 (0,005)	1,54 (0,002)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	1,76 (0,005)	1,64 (0,017)	1,69 (0,012)	1,77 (0,007)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,62 (0,000)	1,60 (0,000)	1,60 (0,000)
Verken god eller dårlig		2,44 (0,000)	2,41 (0,000)	2,43 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		3,21 (0,000)	3,17 (0,000)	3,24 (0,000)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,87 (0,000)	1,86 (0,000)	1,86 (0,000)
I stor grad		2,16 (0,000)	2,20 (0,000)	2,15 (0,000)
<b>Psykisk helse</b> (HSCL-25)				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,12 (0,389)	1,12 (0,377)	1,13 (0,322)
Dårlig		1,44 (0,015)	1,44 (0,017)	1,49 (0,010)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			1,36 (0,032)	1,38 (0,024)
Tettbygd 2000- 20 000			1,04 (0,782)	1,04 (0,736)
Tettbygd 20 000-100 000			0,92 (0,575)	0,90 (0,498)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,90 (0,762)
1 eller 2				0,81 (0,151)
3 til 5				0,82 (0,107)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				1,02 (0,823)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				1,15 (0,215)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,77 (0,024)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2981,53	2791,88	2783,82	2774,95
Endring		189,65 (0,000)	8,06 (0,045)	8,88 (0,181)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,019	0,120	0,124	0,129

## 7.2.2 Bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 måneder

Modell 1, tabell 7.7 viser en svak sammenheng mellom utdanning og bruk av spesialist, hvor menn med lavere utdanningsnivå har større sannsynlighet for bruk spesialist på sykehus sammenlignet med høyere utdanningsnivå. For kvinner i modell 1, tabell 7.8, er det på den annen side ingen tendens til ulik bruk mellom grupper med ulikt utdanningsnivå.

Når det kontrolleres for behov i modell 2 (tabell 7.7 og 7.8) reduseres utdanningskoeffisientene betydelig for begge kjønn, og sammenhengen mellom utdanningsnivå og bruk av spesialist på sykehus viser en tendens til gradvis økning i sannsynligheten for bruk ved økt utdanning. Menn med grunnskole har i modell 2 (tabell 7.7) en oddsrate på 0,60 (0,006). Dette skiller seg fra resultatene vi så over angående menns bruk av spesialist utenfor sykehus (modell 2, tabell 7.5), hvor man spesielt observerte en lavere oddsrate hos menn med lavere videregående utdanning sammenlignet med universitets- og høyskole utdannede. Endringene i -2LL fra modell 1 til modell 2 viser, for begge kjønn, at behovsvariablene gir et signifikant bidrag av faktorer som er med på å forklare bruk av spesialist på sykehus. Behovskoeffisientene har også her en signifikant effekt, med unntak av gruppen med god psykisk helse.

For menn i tabell 7.7, er effekten av utdanning på bruk av spesialist på sykehus tildels uforandret i modell 3. Dette betyr at sammenhengen ikke i stor grad er mediert av bosted. Endringene i -2LL indikerer videre at bosted ikke bidrar til å styrke modellens forklaringskraft. For kvinner i tabell 7.8, modell 3, viser endringene i -2LL at bosted forbedrer modellens forklaringskraft, og at bosted forklarer en del av bruken av spesialist på sykehus. I motsetning til tendensen for kvinner med hensyn til bruk av spesialist utenfor sykehus (modell 3, tabell 7.6), er tendensen her at kvinner som bor i spredtbygde strøk har større sannsynlighet for bruk av spesialist på sykehus sammenlignet med referansekategorien, OR = 1,36 (p-verdi 0,032). Heller ikke hos kvinnene forandrer sammenhengen mellom utdanning og bruk av spesialist på sykehus seg betydelig ved inkluderingen av bosted.

Hverken for kvinner eller menn, forbedrer inkluderingen av indikatorene på sosialt nettverk og helsefremmende atferd modellens forklaringskraft. Variablene forandrer heller ikke i betydelig grad utdanningskoeffisientene (modell 4, tabell 7.7 og 7.8).

## **8. Betydningen av inntekt, behov og andre egenskaper ved individene for bruk av helsetjenester**

For analysene som inneholder inntekt som sosioøkonomisk indikator vil resultatene kommenteres ut i fra analysene med utdanning. Dette vil si at kapittelet legger mest vekt på om resultatene er i samsvar med eller avviker fra resultatene som ble observert når utdanning ble brukt som indikator på sosioøkonomisk status.

### **8.1 Bruk av allmennlege**

#### **8.1.1 Bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 måneder**

For menn i tabell 8.1, modell 1, er det en tendens til at gruppen i den laveste inntektskvartilen har mer kontakt med allmennlege enn høyere inntektskvartiler, kontrollert for alder og etnisitet. Menn i laveste inntektskvartil har her en oddsrate på 1.32 (p-verdi 0,020). For kvinner i tabell 8.2, modell 1, er det en svak tendens til mer bruk ved lavere inntekt.

Kontrollert for behov i modell 2, er inntektskoeffisientene for menn i tabell 8.1 blitt redusert, og man kan ikke lenger observere en forskjell i bruk mellom innteksgruppene. For kvinner i tabell 8.2, modell 2, forandrer inntektskoeffisientene seg på en slik måte at sammenhengen som før viste antydninger til mer bruk hos laveste inntektskvartil nå viser det motsatte, altså at de i lavest i inntektshierarkiet har mindre sannsynlighet for bruk av allmennlege. Oddsraten for laveste inntektskvartil er her 0,77 (0,067).

Behovsvariablene har også her, uavhengig av hverandre, er sterk sammenheng med bruk av allmennlege minst en gang. Det er det ingen av forklaringsvariablene i de påfølgende modellene som har noen innvirkning på sammenhengen mellom inntekt og bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 måneder, de har heller ikke en signifikant forklaringskraft i seg selv. Ut i fra endringene i -2LL kan man observere at det bare er steget fra modell 1 til modell 2 som ser ut til å gi et signifikant bidrag av faktorer som kan forklare bruk av allmennlege (endring – 2LL,  $p < 0,001$ ). Dette samsvarer med analysene hvor utdanning ble brukt som sosioøkonomisk indikator, hvor det å inkludere sosialt nettverk og helsefremmede atferd heller ikke gav et forbedrende bidrag til modellen.

**Tabell 8.1 Logistisk regresjon av bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd, menn, modeller med inntekt.**

MENN -modeller med inntekt	Bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd (N=2703)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	1,24 (0,034)	0,79 (0,054)	0,92 (0,553)	0,88 (0,473)
<b>Inntekt</b>				
< 205.118 NOK	1,32 (0,020)	0,91 (0,468)	0,92 (0,519)	0,96 (0,767)
205.118 – 262.276 NOK	1,18 (0,150)	0,90 (0,372)	0,92 (0,476)	0,95 (0,673)
262.276 – 334.585 NOK	1,18 (0,142)	1,09 (0,465)	1,11 (0,369)	1,12 (0,332)
> 334.585 NOK	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,37 (0,001)	1,09 (0,396)	1,12 (0,263)	1,10 (0,369)
60-75 år	2,03 (0,000)	1,53 (0,001)	1,58 (0,000)	1,53 (0,001)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	0,88 (0,418)	0,94 (0,721)	0,89 (0,509)	0,91 (0,572)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,37 (0,001)	1,38 (0,001)	1,42 (0,000)
Verken god eller dårlig		2,51 (0,000)	2,56 (0,000)	2,71 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		3,63 (0,000)	3,69 (0,000)	3,94 (0,000)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		2,02 (0,000)	2,00 (0,000)	1,97 (0,000)
I stor grad		3,19 (0,000)	3,19 (0,000)	3,25 (0,000)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,25 (0,021)	1,25 (0,020)	1,28 (0,010)
Dårlig		1,60 (0,003)	1,57 (0,005)	1,63 (0,002)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			0,80 (0,092)	0,80 (0,084)
Tettbygd 2000- 20 000			0,78 (0,032)	0,77 (0,029)
Tettbygd 20 000-100 000			0,78 (0,055)	0,78 (0,053)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,67 (0,133)
1 eller 2				1,19 (0,237)
3 til 5				1,10 (0,490)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				0,92 (0,411)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,87 (0,190)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,92 (0,362)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	3443,7	3206,5	3200,9	3190,3
Endring		237,2 (0,000)	5,6 (0,133)	10,6 (0,102)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,022	0,136	0,139	0,144

**Tabell 8.2 Logistisk regresjon av bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med inntekt.**

KVINNER -modeller med inntekt	Bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd (N=2638)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	2,44 (0,000)	1,18 (0,272)	1,28 (0,133)	1,33 (0,135)
<b>Inntekt</b>				
< 205.118 NOK	1,17 (0,227)	0,77 (0,067)	0,79 (0,099)	0,73 (0,040)
205.118 – 262.276 NOK	1,18 (0,214)	0,95 (0,733)	0,98 (0,906)	0,94 (0,653)
262.276 – 334.585 NOK	1,01 (0,935)	0,85 (0,236)	0,87 (0,317)	0,86 (0,281)
> 334.585 NOK	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,17 (0,136)	0,96 (0,718)	0,97 (0,801)	0,94 (0,604)
60-75 år	1,59 (0,000)	1,26 (0,102)	1,28 (0,082)	1,25 (0,123)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	0,84 (0,343)	0,84 (0,366)	0,82 (0,296)	0,84 (0,366)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,72 (0,000)	1,74 (0,000)	1,76 (0,000)
Verken god eller dårlig		2,39 (0,000)	2,44 (0,000)	2,46 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		2,89 (0,003)	2,94 (0,003)	2,94 (0,003)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		2,29 (0,000)	2,29 (0,000)	2,29 (0,000)
I stor grad		3,30 (0,000)	3,28 (0,000)	3,28 (0,000)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,33 (0,012)	1,32 (0,013)	1,33 (0,013)
Dårlig		2,24 (0,000)	2,22 (0,000)	2,20 (0,000)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			0,83 (0,212)	0,86 (0,331)
Tettbygd 2000- 20 000			0,83 (0,141)	0,84 (0,185)
Tettbygd 20 000-100 000			0,97 (0,849)	0,97 (0,850)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,77 (0,497)
1 eller 2				1,14 (0,396)
3 til 5				0,92 (0,482)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				1,20 (0,140)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				1,07 (0,563)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,87 (0,213)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2917,4	2658,0	2654,8	2647,4
Endring		259,4 (0,000)	3,2 (0,367)	7,4 (0,286)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,010	0,148	0,150	0,154

### 8.1.2 Bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 måneder

Modell 1 viser, både for kvinner (tabell 8.4) og menn (tabell 8.3), en tendens til at mer hyppig kontakt med allmennlege hos lavere inntektskvartiler, kontrollert for alder og etnisitet.

Kontrollert for behov i modell 2 reduseres inntektskoeffisientene betydelig. For kvinner i tabell 8.4 kan man ikke lenger observere en forskjell i bruk mellom innteksgruppene. For menn i tabell 8.3, modell 2, går tendensen i retning av at sannsynligheten for bruk av allmennlege relativt hyppig synker ved lavere inntektsnivå. Oddsraten er her lavest for menn i nest laveste inntektskvartil, OR = 0,67 (p-verdi 0,028). Behovsvariablene har også her, uavhengig av hverandre, er sterk sammenheng med bruk av allmennlege minst en gang, og bidrar videre til en klar forbedring av modellen.

Inkluderingen av bosted i modell 3 har ingen betydelig innvirkning på tendensene i sammenhengen mellom inntekt og hyppig bruk av allmennlege, hverken for menn eller kvinner. Inkluderingen fører heller ikke til en forbedring av modellen.

For menn, tabell 8.3, er dette tilfellet også ved inkluderingen av helsefremmende atferd og sosialt nettverk. For kvinner i tabell 8.4, modell 4, kan man det på den annen side, i likhet med analysene med utdanning, observere en signifikant forbedring av modellen (p-verdi 0,004 – endring -2LL). Inkluderingen av forklaringsvariablene har ingen effekt på sammenhengen mellom inntekt og hyppig bruk av allmennlege, men bidrar i seg selv som forklaringsfaktorer på bruken. Det virker positivt på sannsynligheten for hyppig bruk om man har mange fortrolige. Når det gjelder helsefremmende atferd kan vi se at kvinner som røyker har 1,4 ganger høyere odds for å benytte seg hyppig av allmennlege enn de som ikke røyker eller røyker sjelden.



**Tabell 8.3 Logistisk regresjon av bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd, menn, modeller med inntekt.**

MENN -modeller med inntekt	Bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd (N=2703)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	0,09 (0,000)	0,03 (0,000)	0,02 (0,000)	0,02 (0,000)
<b>Inntekt</b>				
< 205.118 NOK	1,74 (0,000)	0,76 (0,123)	0,76 (0,136)	0,84 (0,346)
205.118 – 262.276 NOK	1,29 (0,117)	0,67 (0,028)	0,68 (0,031)	0,71 (0,054)
262.276 – 334.585 NOK	1,04 (0,830)	0,78 (0,174)	0,78 (0,169)	0,79 (0,196)
> 334.585 NOK	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,68 (0,000)	0,88 (0,431)	0,88 (0,434)	0,87 (0,370)
60-75 år	2,20 (0,000)	1,14 (0,442)	1,14 (0,458)	1,10 (0,589)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	1,48 (0,053)	2,06 (0,002)	2,05 (0,002)	2,03 (0,003)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		2,35 (0,000)	2,36 (0,000)	2,36 (0,000)
Verken god eller dårlig		5,49 (0,000)	5,51 (0,000)	5,65 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		9,72 (0,000)	9,73 (0,000)	10,06 (0,000)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		3,12 (0,000)	3,14 (0,000)	3,12 (0,000)
I stor grad		6,15 (0,000)	6,16 (0,000)	6,17 (0,000)
<b>Psykisk helse</b> (HSCL-25)				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,33 (0,104)	1,32 (0,109)	1,35 (0,086)
Dårlig		2,27 (0,000)	2,27 (0,000)	2,36 (0,000)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			0,95 (0,783)	0,92 (0,663)
Tettbygd 2000- 20 000			1,08 (0,659)	1,05 (0,788)
Tettbygd 20 000-100 000			1,11 (0,602)	1,09 (0,646)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,78 (0,513)
1 eller 2				1,04 (0,861)
3 til 5				1,14 (0,547)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				0,78 (0,112)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,95 (0,736)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				1,00 (0,988)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2202,0	1734,3	1733,4	1728,2
Endring (p-verdi)		467,7 (0,000)	0,9 (0,825)	5,2 (0,518)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,030	0,307	0,307	0,310

**Tabell 8.4 Logistisk regresjon av bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med inntekt.**

KVINNER -modeller med inntekt	Bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd (N=2638)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	0,22 (0,000)	0,06 (0,000)	0,07 (0,000)	0,08 (0,000)
<b>Inntekt</b>				
< 205.118 NOK	1,81 (0,000)	1,06 (0,719)	1,05 (0,752)	0,93 (0,634)
205.118 – 262.276 NOK	1,46 (0,005)	1,08 (0,594)	1,09 (0,566)	1,02 (0,915)
262.276 – 334.585 NOK	1,19 (0,231)	0,97 (0,849)	0,98 (0,875)	0,96 (0,819)
> 334.585 NOK	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,07 (0,536)	0,70 (0,004)	0,71 (0,004)	0,70 (0,004)
60-75 år	1,14 (0,311)	0,67 (0,005)	0,67 (0,006)	0,72 (0,024)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	1,23 (0,270)	1,33 (0,154)	1,33 (0,163)	1,50 (0,050)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		2,32 (0,000)	2,34 (0,000)	2,31 (0,000)
Verken god eller dårlig		4,62 (0,000)	4,66 (0,000)	4,63 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		8,94 (0,000)	8,96 (0,000)	8,98 (0,000)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,88 (0,000)	1,88 (0,000)	1,91 (0,000)
I stor grad		4,32 (0,000)	4,39 (0,000)	4,24 (0,000)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,78 (0,000)	1,78 (0,000)	1,78 (0,000)
Dårlig		1,96 (0,000)	1,92 (0,000)	1,95 (0,000)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			1,04 (0,821)	1,09 (0,583)
Tettbygd 2000- 20 000			0,83 (0,162)	0,85 (0,222)
Tettbygd 20 000-100 000			0,77 (0,098)	0,76 (0,091)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,83 (0,583)
1 eller 2				0,68 (0,018)
3 til 5				0,72 (0,013)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				1,18 (0,190)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				1,44 (0,002)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,81 (0,073)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2892,4	2417,7	2412,3	2392,2
Endring		474,7 (0,000)	5,4 (0,144)	20,1 (0,003)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,015	0,258	0,261	0,270

## 8.2 Bruk av spesialist

### 8.2.1 Bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 måneder

For menn i modell 1, tabell 8.5, kan vi observere en ikke signifikant tendens til lavere bruk av spesialist utenfor sykehus for gruppen i det nest nederste inntektskvartilet sammenlignet med referansekategorien. At denne gruppen ser ut til å skille seg ut blant menn samsvarer med funnene fra utdanningsanalysene. For kvinner kan det observeres samme tendens (tabell 8.6, modell 1).

Differansen i -2LL statistikken fra modell 1 til modell 2, er signifikant på  $<0,001$  nivå, for begge kjønn. Behovsvariablene som er inkludert i modell 2 gir altså et relevant bidrag for å forklare hvilke faktorer som påvirker bruk av spesialist utenfor sykehus. Som i analysene over har alle behovsvariablene også for spesialist utenfor sykehus en signifikant effekt på bruken. Modell 2 i tabell 8.5 viser at inntektskoeffisientene for menn blir betydelig redusert etter inkluderingen av behov. Tendensen går i retning av at sannsynligheten for bruk av spesialist synker ved lavere inntektskvartil. Oddsraten er her lavest for menn i det nest nederste kvartilet, OR = 0,68 (p-verdi 0,016). Hos kvinnene i tabell 8.6 (modell 2) kan vi observere en tendens til at de lavere inntektskvartilene i mindre grad bruker tjenesten, men i likhet med analysene av menn er det gruppen i nest laveste inntektskvartil som har minst sannsynlighet for bruk, OR = 0,62 (p-verdi 0,001).

For menn i tabell 8.5, er effekten av inntekt på bruk tildels uforandret i modell 3, noe som betyr at den ikke i stor grad er mediert av bosted. Endringene i -2LL indikerer videre at bosted ikke bidrar til å styrke modellens forklaringskraft. I likhet med analyser for utdanning viser tendensen at om man er bosatt i mindre tettsteder har man mindre sannsynlighet for benytte seg av spesialist utenfor sykehus sammenlignet med gruppen bosatt i tettsteder med en befolkning over 100 000. For kvinner i tabell 8.6, modell 3, er denne tendensen tydeligere hvor det er en signifikant forskjell mellom de som bor i spredtbygde strøk i forhold til referansegruppen, og endringene i -2LL er da også signifikant. Kvinner som bor i spredtbygde strøk har en oddsrate på 0,66 (p-verdi 0,007). Heller ikke hos kvinnene forandrer sammenhengen mellom inntekt og bruk av spesialist utenfor sykehus seg betydelig ved inkluderingen av bosted.

Uavhengig av kjønn forandrer ikke inkluderingen av sosialt nettverk og helsefremmende atferd i modell 4 utdanningskoeffisienten i betydelig grad. For kvinner i tabell 7.6 (modell 4) kan man videre observere at endringene i -2LL indikerer at å inkludere sosialt nettverk og helsefremmede atferd ikke gir et relevant bidrag for å forklare hvilke faktorer som påvirker bruk av spesialist utenfor sykehus. Dette er ikke tilfellet for menn i tabell 7.5 (modell 4) hvor endringene i -2LL viser at variablene gir et signifikant bidrag til forklaringen av bruken. Oddsene for bruk øker med størrelsen på det sosialt nettverk og et god helsefremmende atferd øker sannsynligheten for å benytte seg av spesialisthelsetjenesten.

Inkluderingen av sosialt nettverk og helsefremmende atferd i modell 4, forandrer heller ikke inntektskoeffisientene i betydelig grad, verken for kvinner eller menn. Som i analysene med utdanning, viser endringene i -2LL, for menn (tabell 8.5) at variablene for sosialt nettverk og helsefremmende atferd gir et signifikant bidrag til forklaringen av bruken. Oddsene for bruk øker med størrelsen på det sosialt nettverk og helsefremmende atferd øker sannsynligheten for å benytte seg av spesialisthelsetjenesten. For kvinner i tabell 8.6, modell 4, gir ikke de samme forklaringsvariablene en signifikant forbedring av modellen.

**Tabell 8.5 Logistisk regresjon av bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, menn, modeller med inntekt.**

MENN -modeller med inntekt	Bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd (N=2706)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	0,13 (0,000)	0,09 (0,000)	0,11 (0,000)	0,15 (0,000)
<b>Inntekt</b>				
< 205.118 NOK	1,02 (0,887)	0,73 (0,060)	0,75 (0,078)	0,83 (0,282)
205.118 – 262.276 NOK	0,88 (0,432)	0,68 (0,016)	0,69 (0,024)	0,74 (0,070)
262.276 – 334.585 NOK	1,06 (0,687)	0,98 (0,875)	1,00 (0,995)	1,02 (0,874)
> 334.585 NOK	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,40 (0,012)	1,11 (0,443)	1,16 (0,293)	1,13 (0,405)
60-75 år	1,89 (0,000)	1,46 (0,014)	1,54 (0,006)	1,46 (0,017)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	0,84 (0,466)	0,88 (0,610)	0,83 (0,443)	0,79 (0,348)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,26 (0,102)	1,27 (0,092)	1,33 (0,049)
Verken god eller dårlig		1,72 (0,005)	1,76 (0,004)	1,89 (0,002)
Dårlig/meget dårlig		2,12 (0,005)	2,16 (0,004)	2,36 (0,001)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,78 (0,000)	1,76 (0,000)	1,70 (0,000)
I stor grad		1,87 (0,004)	1,87 (0,004)	1,82 (0,006)
<b>Psykisk helse</b> (HSCL-25)				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,09 (0,545)	1,09 (0,559)	1,14 (0,364)
Dårlig		2,02 (0,000)	1,98 (0,000)	2,14 (0,000)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			0,73 (0,063)	0,72 (0,056)
Tettbygd 2000- 20 000			0,76 (0,070)	0,76 (0,063)
Tettbygd 20 000-100 000			0,72 (0,054)	0,72 (0,056)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,67 (0,249)
1 eller 2				0,81 (0,256)
3 til 5				0,72 (0,063)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				0,77 (0,065)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,94 (0,668)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,75 (0,023)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2256,18	2155,50	2150,34	2136,86
Endring		100,68 (0,000)	5,16 (0,161)	13,48 (0,036)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,014	0,078	0,081	0,089

**Tabell 8.6 Logistisk regresjon av bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med inntekt.**

KVINNER -modeller med inntekt	Bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd (N=2645)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	0,23 (0,000)	0,15 (0,000)	0,16 (0,000)	0,18 (0,000)
<b>Inntekt</b>				
< 205.118 NOK	0,96 (0,732)	0,76 (0,047)	0,79 (0,089)	0,78 (0,111)
205.118 - 262.276 NOK	0,72 (0,019)	0,62 (0,001)	0,64 (0,002)	0,62 (0,002)
262.276 - 334.585 NOK	0,89 (0,420)	0,82 (0,154)	0,84 (0,206)	0,84 (0,222)
> 334.585 NOK	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,29 (0,030)	1,14 (0,275)	1,16 (0,212)	1,19 (0,160)
60-75 år	1,62 (0,000)	1,38 (0,021)	1,40 (0,016)	1,42 (0,013)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	0,79 (0,290)	0,79 (0,288)	0,76 (0,225)	0,77 (0,262)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,59 (0,000)	1,61 (0,000)	1,66 (0,000)
Verken god eller dårlig		1,92 (0,000)	1,97 (0,000)	2,08 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		2,01 (0,003)	2,05 (0,003)	2,21 (0,001)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,32 (0,017)	1,33 (0,014)	1,31 (0,022)
I stor grad		1,57 (0,013)	1,55 (0,016)	1,53 (0,020)
<b>Psykisk helse</b> (HSCL-25)				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,11 (0,432)	1,11 (0,453)	1,13 (0,383)
Dårlig		1,39 (0,041)	1,38 (0,049)	1,43 (0,030)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			0,66 (0,007)	0,69 (0,017)
Tettbygd 2000- 20 000			0,93 (0,569)	0,95 (0,716)
Tettbygd 20 000-100 000			0,86 (0,304)	0,87 (0,361)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,94 (0,862)
1 eller 2				0,72 (0,038)
3 til 5				0,92 (0,493)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				1,11 (0,414)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,88 (0,288)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,88 (0,274)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2654,87	2584,80	2576,13	2566,98
Endring		70,07 (0,000)	8,67 (0,034)	9,15 (0,165)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,013	0,054	0,059	0,064

## 8.2.2 Bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 måneder

Modell 1, tabell 8.7 viser en svak sammenheng mellom inntekt og bruk av spesialist, hvor menn med lavere husholdningsinntekt har større sannsynlighet for bruk spesialist på sykehus sammenlignet med høyeste inntektskvartil. For kvinner i modell 1, tabell 8.8, ser vi den samme tendensen, med unntak av gruppen i nest lavest kvartil hvor bruken som ikke har en forskjell i bruk sammenlignet med øverste kvartil.

Når det kontrolleres for behov i modell 2 (tabell 8.7 og 8.8) reduseres inntektskoeffisientene betydelig for begge kjønn. For menn (tabell 8.7, modell 2) viser sammenhengen mellom inntektskvartil og bruk av spesialist på sykehus en tendens til mindre bruk for menn i nederste kvartil. For kvinner (tabell 8.8, modell 2) viser sammenhengen mellom inntektskvartil og bruk av spesialist på sykehus en tendens til mindre bruk for kvinner i nest nederste kvartil. Endringene i -2LL fra modell 1 til modell 2 viser, for begge kjønn, at behovsvariablene gir et signifikant bidrag av faktorer som er med på å forklare bruk av spesialist på sykehus. Behovskoeffisientene har også her en signifikant effekt, med unntak av gruppen med god psykisk helse.

Hverken inkluderingen av bosted i modell 3 eller sosialt nettverk og helsefremmende atferd i modell 4 har betydning for de sammenhengene man observerer mellom inntekt og bruk av spesialist på sykehus. Endringene i -2LL viser videre variablene heller ikke gir et signifikant bidrag som forklaringsfaktorer på bruk av spesialist på sykehus. Det skal likevel påpekes at bosted ikke er langt fra å gi en signifikant forbedring av modellen, for kvinner (tabell 8.8, modell 3). Tendensen er her at de i spredtbygde strøk har en større sannsynlighet for å benytte seg av spesialist på sykehus sammenlignet med de som er bosatt i et tettbygd strøk med over 100.000 innbyggere.

**Tabell 8.7 Logistisk regresjon av bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, menn, modeller med inntekt.**

MENN -modeller med inntekt	Bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd (N=2706)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	0,15 (0,000)	0,09 (0,000)	0,08 (0,000)	0,08 (0,000)
<b>Inntekt</b>				
< 205.118 NOK	1,28 (0,088)	0,76 (0,077)	0,76 (0,076)	0,81 (0,189)
205.118 - 262.276 NOK	1,36 (0,025)	0,97 (0,806)	0,96 (0,779)	1,00 (0,988)
262.276 - 334.585 NOK	1,17 (0,252)	1,03 (0,832)	1,02 (0,901)	1,04 (0,776)
> 334.585 NOK	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,58 (0,000)	1,12 (0,366)	1,10 (0,460)	1,11 (0,417)
60-75 år	1,82 (0,000)	1,23 (0,156)	1,20 (0,220)	1,19 (0,241)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	0,97 (0,889)	1,10 (0,659)	01,12 (0,583)	1,12 (0,598)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,50 (0,002)	1,51 (0,002)	1,56 (0,001)
Verken god eller dårlig		2,45 (0,000)	2,44 (0,000)	2,63 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		4,38 (0,000)	4,37 (0,000)	4,79 (0,000)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,87 (0,000)	1,89 (0,000)	1,86 (0,000)
I stor grad		3,33 (0,000)	3,35 (0,000)	3,29 (0,000)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,22 (0,117)	1,22 (0,118)	1,26 (0,076)
Dårlig		1,21 (0,292)	1,22 (0,274)	1,28 (0,173)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			1,12 (0,479)	1,14 (0,411)
Tettbygd 2000- 20 000			1,17 (0,287)	1,18 (0,267)
Tettbygd 20 000-100 000			1,33 (0,077)	1,34 (0,069)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,77 (0,416)
1 eller 2				0,82 (0,251)
3 til 5				0,98 (0,914)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				0,90 (0,439)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,90 (0,376)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,83 (0,105)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2668,93	2433,10	2429,87	2421,11
Endring		235,83 (0,000)	3,24 (0,357)	8,75 (0,188)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,016	0,147	0,149	0,153



**Tabell 8.8 Logistisk regresjon av bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med inntekt.**

KVINNER -modeller med inntekt	Bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd (N=2645)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	0,25 (0,000)	0,13 (0,000)	0,13 (0,000)	0,15 (0,000)
<b>Inntekt</b>				
< 205.118 NOK	1,42 (0,006)	1,02 (0,875)	0,99 (0,933)	0,97 (0,849)
205.118 - 262.276 NOK	0,94 (0,647)	0,77 (0,054)	0,75 (0,038)	0,74 (0,034)
262.276 - 334.585 NOK	1,18 (0,208)	1,05 (0,730)	1,03 (0,827)	1,04 (0,776)
> 334.585 NOK	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,22 (0,061)	0,99 (0,925)	0,98 (0,857)	0,99 (0,910)
60-75 år	1,83 (0,000)	1,41 (0,007)	1,39 (0,010)	1,45 (0,005)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	1,36 (0,089)	1,41 (0,066)	1,45 (0,046)	1,53 (0,025)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,58 (0,000)	1,57 (0,000)	1,58 (0,000)
Verken god eller dårlig		2,32 (0,000)	2,28 (0,000)	2,33 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		2,93 (0,000)	2,88 (0,000)	2,98 (0,000)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,88 (0,000)	1,88 (0,000)	1,86 (0,000)
I stor grad		2,21 (0,000)	2,25 (0,000)	2,20 (0,000)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,08 (0,556)	1,08 (0,531)	1,10 (0,458)
Dårlig		1,42 (0,019)	1,42 (0,020)	1,47 (0,011)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			1,33 (0,041)	1,37 (0,028)
Tettbygd 2000- 20 000			1,02 (0,876)	1,03 (0,800)
Tettbygd 20 000-100 000			0,92 (0,590)	0,91 (0,533)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,85 (0,618)
1 eller 2				0,77 (0,079)
3 til 5				0,81 (0,083)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				1,05 (0,682)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				1,12 (0,301)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,78 (0,024)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	3016,58	2834,19	2826,81	2817,31
Endring		182,39 (0,000)	7,38 (0,061)	9,50 (0,147)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,023	0,119	0,123	0,127

### **8.2.3 Effekter av etnisitet og alder**

#### **Noen generelle bemerkninger**

Alder har signifikant effekt på bruk av helsetjenester selv etter at behov er kontrollert for. I utgangspunktet antok man at bruk av helsetjenester ville være påvirket av alder da helse svekkes med alder og bruken av denne grunn øker. At alder, og da spesielt den eldste aldersgruppen, fremdels har en effekt etter kontroll for behov, kan komme av at behovsindikatorene i undersøkelsen er grove. Sykdomspanorama forandres med alder og da også behandlingsmønsteret. En kan for eksempel tenke seg at eldre mennesker lider av kroniske lidelser som krever mer behandling eller smertelindring enn de type kroniske lidelser man finner hos yngre mennesker.

Indikatorer på etnisitet viser signifikante forskjeller i tre av analysene for menn; hyppig bruk av allmennlege (utdanning og inntekt), samt bruk av spesialist på sykehus (utdanning). Analysene viser ingen systematisk tendens til at etniske minoriteter bruker mindre/mer helsetjenester sammenlignet med majoritetsbefolkningen, men etniske forskjeller i bruk av helsetjenester er allikevel et felt som bør utforskes videre i Norge.

## 9. Diskusjon og konklusjon

Kapittelet presenterer først hovedfunnene fra analysene i de foregående kapitlene. Deretter diskuteres mulige forklaringer av de observerte funn og hvordan funnene påvirker rettferdig fordelingen av helsetjenester mellom sosioøkonomiske grupper i Norge. Til slutt i kapittelet trekkes det konklusjoner og foreslås mulige veier for videre forskning innenfor temaet.

### 9.1 Hovedfunn

**Tabell 9.1 Oppsummering hovedfunn. Koeffisientene til de to laveste sosioøkonomiske gruppene etter kontroll for behov i modell 2.**

	Menn		Kvinner	
	Utdanning	Inntekt	Utdanning	Inntekt
<b>Allmennlege</b>	1,04	0,91	0,77	0,77
- ja/nei siste 12 mnd	0,77*	0,92	0,85	0,95
<b>Allmennlege</b>	0,92	0,76	0,76	1,06
- 5+ siste 12 mnd	0,81	0,67*	0,86	1,08
<b>Spesialist utenfor sykehus</b>	0,79	0,73	0,64*	0,76*
	0,59**	0,68*	0,85	0,62**
<b>Spesialist på sykehus</b>	0,60**	0,76	0,77	1,02
	0,85	0,97	0,94	0,77

\*statistisk signifikant p-verdi < 0,050 \*\*statistisk signifikant p-verdi < 0,010

Ut i fra antakelsen om at behov er en sentral mekanisme bak ulikhet i bruk av helsetjenester skulle man forvente at sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og bruk skulle forsvinne helt eller bli kraftig redusert når behov inkluderes i analysen. Tendensene fra alle analysene peker i samme retning, men det er ikke alltid de er så sterke at de blir signifikante. 13 av de i alt 16 analysene viser en tendens til ulik bruk av helsetjenester mellom sosioøkonomiske grupper. Denne tendensen viser at minst en av de lavere sosioøkonomiske gruppene, har en oddsrate på under 0,80, samtidig som ingen av de andre gruppene har en

oddsrate over 1,20 sammenlignet med høyeste sosioøkonomisk gruppe. Av disse 13 analysene er det 7 som viser en statistisk signifikant sammenheng.

Tendensen som beskrives er ikke alltid et regulært mønster, og det finnes ingen systematikk i hvilken lavere sosioøkonomiske gruppe som har den laveste oddsraten sammenlignet med referanse-kategorien. Ofte er det den nest nederste gruppen i det sosiale hierarkiet som skiller seg ut i forhold til de øvrige klassene, dvs. de med lavere videregående skole eller nest nederste inntektskvartil. Hvorfor det er slik er vanskelig å svare på. Dette tyder for eksempel på at de kulturelle barrierene eller den sosiale distansen som kan forklare ulikhet i bruk mellom lavere og høyere sosiale klasser fører til like markant lavere bruk hos den nest laveste sosiale klassen som hos den laveste. Det er ingen spesielle forskjeller i tendensen til sosial skjevhet i analysene som benytter utdanning som sosioøkonomisk mål sammenlignet med analysene med inntekt, tendensen forblir den samme uavhengig av indikator på sosioøkonomisk status. Det er heller ingen systematisk forskjell mellom kjønnene.

### **Effekter av bosted**

Bosted som indikator på tilgjengelighet av helsetjenester har lite å si for forståelsen av sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og bruk av helsetjenester. På en annen side viser analysene at bosted har egen forklaringskraft på bruk av spesialisthelsetjenester for kvinner. 3 av de 4 analysene for kvinners bruk av spesialisthelsetjenester viser signifikante sammenhenger mellom bosted og bruk av spesialist. For bruk av spesialist utenfor sykehus viser sammenhengen økt sannsynlighet for bruk for de bosatt i tettbygde strøk. For bruk av spesialist på sykehus er denne sammenhengen motsatt, økt sannsynlighet for bruk for de bosatt i mer spredtbygde strøk.

At det er en geografisk skjevfordeling i bruk av spesialisthelsetjenester er interessant i seg selv, men ikke det sentrale i denne studien, hvor den sosiale skjevfordelingen er det sentrale. Den geografiske skjevfordelingen i bruk av spesialist lar seg i stor grad forklare ved at det er et større tilbud av spesialister utenfor sykehus i mer tettbygde strøk. Bruk av spesialist på sykehus blir av denne grunn da mer utbredt blant de som bor mer spredtbygde strøk. Det er derimot vanskeligere å forklare hvorfor bosted har en større effekt på bruk hos kvinner enn hos menn. Slike kjønnsforskjeller kan med fordel undersøkes videre i andre studier, men er ikke det sentrale i denne oppgaven.

## **Effekter av sosialt nettverk og helsefremmende atferd**

I likhet med bosted har sosialt nettverk og helsefremmede atferd lite å si for forståelsen av sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og bruk av helsetjenester. På en annen side viser analysene at indikatorene har egen forklaringskraft på bruk av helsetjenester i 5 av de totalt 16 analysene. Sammenhengene viser at større sosiale nettverk øker sannsynligheten for bruk. Dette kan forklares ved at det sosiale nettverket er en medvirkende faktor for å få personer til å søke medisinske råd hos lege. Helsefremmende atferd ble inkludert i analysene på grunn av antakelsen om at denne atferden virker som en preventiv forebyggende faktor og at de som lever et helsefremmende liv også har kunnskap til å håndtere symptomer på egen hånd. Funnene viser på en annen side at det motsatte er tilfellet. De som trener regelmessig og aldri eller sjelden røyker har en høyere sannsynlighet for bruk. Funnet kan ses i sammenheng med det stadige fokuset på kropp og helse som kan ses i dagens samfunn, og at de som er opptatt av atferd som fremmer helsen er også opptatt av å komme seg til legen om noe virker galt fremfor egenpleie.

## **9.2 Mulige metodiske begrensninger ved studien**

Ringdal (2007:196) skiller mellom to ulike feilkilder som har innvirkning på beskrivelser og analyser av data; representativitetsfeil og feil i måleprosessen. Mulige feilkilder som kan ha påvirket resultatene man ser ovenfor kan dermed blant annet knyttes til utvalget, hvordan ulike egenskaper er målt og operasjonalisert og dessuten undersøkelsens design.

I likhet med en rekke andre empiriske studier er Levekårsundersøkelsen 2005 en utvalgsundersøkelse. Et spørsmål i den forbindelse omhandler i hvilken grad det utvalget man faktisk sitter igjen med er statistisk representativt for den populasjonen man ønsker å si noe om. Som nevnt i avsnitt 6.1.2 er det relativt liten grunn til å anta at frafallet fra bruttoutvalget utgjør et stort problem i denne sammenheng. Sammenlignet med Statistisk Sentralbyrås tall av utdanningsfordelingen ser det ut til at fordelingen mellom utdanningsnivåene i utvalget er relativt likt det i befolkningen (Jørgensen, 2006). At grunnskolekategorien er relativt lav er i hovedsak på grunn av den nedre og den øvre aldersgrensen for utvalget som resulterer i at mange fra denne kategorien er ekskludert. Det frafallet som er av en viss betydning for studien er det frafallet som kommer fra manglende svar på et eller flere av spørsmålene fra det postale spørreskjemaet (missing).

Som tidligere nevnt i metodekapittelet finnes det et betydelig antall med missing på det psykiske helsemålet. I alt 1355 (25,2 %) av de som inngår i mitt utvalg har ikke svart, eller ikke svart fullstendig, på spørsmålene angående psykisk helse fra det postale spørreskjemaet. Analysene har tatt hensyn til disse individene i analysene ved å gi dem gjennomsnittverdien til de som har svart på spørsmålene. Dette ble gjort for å beholde variasjonen for de andre variablene i analysen, men kan gi et feilaktig resultat for denne variabelen. For å se om resultatene fra analysene er i overensstemmelse med det vi får når de med missing på psykisk helse indeksen er ekskludert, er de samme analysene gjort for dette utvalget (vedlegg3). Analysene viser at sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og bruk av helsetjenester gir grovt sett samme resultat også ved denne fremgangsmåten. Dette betyr at funnene er relativt robuste.

At materialet er en tverrsnittsundersøkelse medfører videre at årsakssammenhenger kun er antakelser. Man kan med tverrsnittsdata ikke bestemme årsaksretningen til korrelasjonen eller sammenhengen man observerer mellom to variabler. Dette er en følge av at alle egenskapene som måles i undersøkelsen er målt på samme tid, noe som medfører at man ikke kan si noe om hvilken faktor som kom først i tid.

Et problem som kan relateres til dette er at blant annet helseindikatorne rapporteres tidsmessig etter bruken av helsetjenester har funnet sted. Dette er uheldig da man antar at det er behovet som skal føre til bruk av helsetjenester. Indikatorne på behov som inkluderes i analysen er på en annen side målt etter at man har benyttet seg av tjenestene, og representerer på denne måten ikke det behovet som skapte bruken. På denne måten kan man argumentere for at bruken av helsetjenestene kan ha medført forverret helse ved at man for eksempel oppdaget sykdom ved en rutinesjekk, og ikke at sykkelighet i seg selv medførte at man brukte tjenesten. Det er allikevel rimelig å anta at behovsindikatorne som brukes i oppgaven på god vei reflektere individuelle behov for helsetjenester. For eksempel regnes selvrapportert helse som et relativt stabilt mål, det er derfor lite trolig at mange av respondentene har forandret sin generelle helsestatus betraktelig på et år, til tross for at de har benyttet seg av helsetjenester. Den ideelle situasjonen hadde vært om helsen kunne måles på forkant av perioden, men det kan ofte være svært vanskelig å måle helsestatus helt uavhengig av bruk av helsetjenester.

I forbindelse med antall kontakter med allmennlege kan det forekomme såkalte hukommelsesbias. Det å skulle huske antall legekontakter tolv måneder tilbake i tid kan for enkelte være problematisk. Variablene som måler bruk / ikke bruk er på tilsvarende måte ikke

like utsatt for dette, da det kan være lettere å huske om man overhodet har vært der eller ikke. Interessant nok blir hovedsakelig samme bruksmønster, kontrollert for behov, observert for relativt hyppig bruk, selv om denne i større grad kan være influert av slik bias. Studier har på en annen side vist at validiteten av selvrapportert bruk er god, og at overensstemmelsen mellom selvrapportert bruk og registrert bruk ikke varierte betydelig mellom sosioøkonomiske klasser (Reujneveld og Stronks, 2001). Generelt for selvrapporterte mål kan det være fare for at respondentene svarer det de antar er sosialt akseptabelt. Temaet for oppgaven, og variablene som inkluderes i analysene, kan ikke sies å være av en så sensitiv karakter at dette anses som et stort problem.

Når det gjelder målingen og operasjonaliseringen av variablene som inkluderes i analysene kan dette også diskuteres, da det til en viss grad vil være med på å prege studien. Hvordan man operasjonaliserer behov for helsetjenester er spesielt sentralt for studien. Da kompleksiteten som ligger i begrepet behov ikke fullt ut kan fanges ved hjelp av de data man ofte har til rådighet, operasjonaliseres som oftest behov gjennom mål på sykелighet eller helse. Et viktig spørsmål her er om disse målene dekker de viktigste aspektene ved begrepet. Selv om oppgaven har en relativt omfattende kontroll for egenvurdert helse er det fremdeles mye variasjon i befolkningens legebuk som ikke vil komme frem gjennom disse målene. Andre dimensjoner er derfor viktige å tenke over om man skal kunne trekke en mer nøyaktig konklusjon som ikke bare bygger på sykелighetsmål som indikatorer på behov.

Som diskutert i teoridelen kan man også spørre seg hvorvidt bruk av tjenester i god nok grad dekker tilgangsbegrepet i tilgang til helsetjenester. Blant annet inneholder det ikke noe informasjon om hvorfor man brukte helsetjenesten eller hvem som initierte bruken. Dette begrenser muligheten til å teste antakelsen om at bruk hos allmennlege er pasientdrevet mens bruk av spesialist er mer legedrevet bruk.

Det finnes altså noen problematiske aspekt ved studien som til en viss grad kan ha påvirket resultatene av analysene. Det er likevel rimelig å anta at studien kan reflektere faktiske tendenser i populasjonen jeg ønsker å uttale meg om.

### 9.3 Diskusjon av funn

Som presentert i kapittel 3 under forklaringer på ulike bruk ved likt behov, er sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og bruk av helsetjenester relativt kompleks, og ulike

forklaringer kan relateres til ulike typer helsetjenester. I tolkningen av funnene vil de ulike forklaringer derfor benyttes der de er mest egnet til å forklare bruk. Kapittelet deler av den grunn også diskusjonen av funn mellom allmennlegebruk og bruk av spesialisthelsetjenester.

### **9.3.1 Svak tendens til urettferdig sosioøkonomisk forskjell i bruk av allmennlege**

Analysene tyder på en tendens til horisontal ulikhet mellom sosioøkonomisk grupper i bruk allmennlege, hvor høyere sosiale klasser har større sannsynlighet for bruk. Dette står i motsetning til det som tidligere er funnet ved hjelp av levekårsundersøkelsen 2002, hvor sannsynligheten for minst en kontakt med allmennlege var likt distribuert mellom ulike inntektsgrupper, etter kontroll for behov (van Doorslaer og Masseria, 2003). Også andre internasjonale undersøkelser finner manglende bevis for variasjon i bruk av primærhelsetjeneste mellom sosioøkonomiske grupper, men viser til en svak ”pro-fattig” tendens hvor de lavere sosiale lag benytter seg mer av primærhelsetjenesten sammenliknet med høyere sosiale lag (van der Heyden et al. 2003, Van Doorslaer et al., 2000, Morris et al., 2005). Funn som viser en omvendt tendens i bruk mellom sosioøkonomiske klasser er likevel i tråd med funn fra Sverige, hvor studier fra årene 1996-97 sammenlignet med 1988-89 finner at de laveste inntektsgruppene fra 1996-97 i materialet har større sannsynlighet for å rapportere at de ikke har benyttet seg av helsetjenester på tross av behov (Burström, 2002). Dette er i overensstemmelse med mine funn på området.

Hvorfor mine funn ikke er i tråd med funnene fra Levekårsundersøkelsen 2002 kan blant annet skyldes metodiske forskjeller på studiene. Blant annet inneholder mine analyser en bredere kontroll for behov hvor det også kontrolleres for et psykisk helse mål. Utvalget i denne studien inneholder også aldersbegrensninger. Dette var ikke tilfellet i OECD-undersøkelsen utført av van Doorslaer og Masseria (2003). Forskjellene kan også skyldes at det har skjedd endringer i organiseringen av helsetjenesten eller befolkningens holdninger mot allmennlegetjenesten. Har for eksempel trenden med alternativ medisin snudd fra å være en trend hos høyere sosiale klasser til å bli populært blant lavere klasser? Eller har økte egenandeler påvirket bruken i de laveste sosiale klassene?

Når det gjelder analysene av relativt hyppig bruk av allmennlege viser to av de fire analysene en tendens til sammenheng mellom sosioøkonomisk status og bruk. Kun analysen med menn og inntekt viste en signifikant sammenheng. Dette kan tyde på at hyppig bruk i sterkere grad



enn bruk minst en gang forklares av behovet for tjenesten, men at de økonomiske kostnadene ved mye bruk kan påvirke lavere sosioøkonomiske lag i større grad enn høyere, spesielt for menn.

### **Behov har stor betydning for bruk av allmennlege**

I analysene fikk vi støtte for antagelsen om at relasjonen mellom sosioøkonomisk status og bruk av helsetjenesten er delvis mediert av behovet for tjenesten målt gjennom sykelighet. Dette stemmer overens med tidligere funn, som også konkluderer at bruk av allmennlege i stor grad reflekterer behovet for tjenesten (van Doorslaer og Masseria, 2003). Alle de egenvurderte helsemålene har i analysene signifikant effekt på bruk av allmennlege, hvor verre helse øker sannsynlighetene for bruk av helsetjenester. At behovsindikatorerne gir et signifikant bidrag til forklaringen på variasjon i bruk av allmennlege kan også ses ut i fra endringene i -2LL fra modellen som ikke inneholder disse, hvor forbedringen av modellen er ekstremt mye høyere enn ved innføringen av de andre forklaringsvariablene i de to neste modellene.

At de ulike behovsindikatorerne ikke undertrykker hverandre er også en observasjon det er verdt å legge merke til. Dette indikerer til en viss grad at de ulike målene dekker ulike sider ved behovet som er relatert til bruk av helsetjenester. For eksempel kan man tenke seg at psykisk helse i større grad fanger opp de som trenger helsetjenester på grunn av mer betryggelse, mens kroniske helse mål fanger behov relatert til faktiske sykdomstilstander.

Til tross for at den sosiale ulikheten i bruk tildels var mediert av behov, gjenstår det fremdeles sosial ulikhet i bruk også etter innføringen av indikatorerne. Det kan argumenteres at dette kan komme av den relativt begrensede mulighetene man har for mål av behov i denne undersøkelsen. Kanskje ville inkluderingen av en dimensjon som også undersøker individenes mulighet for å forbedre sin helsetilstand gi en annen fordeling mellom de sosioøkonomiske gruppene. Når man snakker om en urettferdig fordeling av helsetjenestene mellom sosioøkonomiske grupper må man derfor presisere at dette bare er basert på bruk i forhold til sykelighet. Det sier ikke noe om bruk i forhold til evnen til å forbedre helsetilstand.

### **Andre mulige forklaringsmekanismer**

Det er tidligere nevnt at bruk av allmennlege i stor grad kan ses på som en pasientdrevet atferd. Mindre bruk blant lavere inntektsgrupper kan peke i retning av barrierer som har med finansielle ressurser å gjøre. Lav bruk blant lavere utdanningsgrupper peker i retning av

barrierer omkring kunnskap hos pasientene og evnen til å kommunisere med lege. Utdanning og inntekt kan på denne måten representere ulike aspekter ved sosioøkonomiske grupper. Det er altså ikke slik at man antar at det alene er pasienten som er ansvarlig for ”manglende bruk” selv om bruken er pasientdrevet. Både strukturelle- og individuelle forklaringsmekanismer kan virke på feltet og bidra til de sosiale skjevhetene observert.

Egenandelene i Norge har økt gradvis siden midten av åttitallet (St.prp. nr. 1, 2007). Tidligere forskning har pekt på at en økning i egenandel rammer gruppen med lav inntekt mest negativt (Johnsen, 2004; Elofsson et al., 1998). En økning i egenbetalingen kan være med på å true forestillingen om at vi har en allment tilgjengelig og rettferdig offentlig helsetjeneste. I en artikkel i Social og Helsevårdsnytt uttaler Steinar Westin at ”egenandelene kan føre til at mange norske pasienter venter litt for lenge før de oppsøker lege. Dette er dokumentert ved at norske pasienter er vesentlig lengre inne til konsultasjon, og de har flere problemer med seg hver gang de går til legen, enn for eksempel i Storbritannia hvor det ikke er egenandeler ved bruk av allmennlege” (Høie, 2001). Westin et al. (2004) understøtter dette i sin undersøkelse hvor hver femte som oppgir å ikke ha oppsøkt helsetjenester til tross for behov oppgir økonomiske grunner som utslagsgivende grunn bak valget. Undersøkelsen viser videre at denne gruppen i større grad besto av individer i lavere sosiale lag. Egenandelene vil mest sannsynlig ikke i seg selv være en avgjørende faktor for de som har et sporadisk behov for helsetjenester, men vil utgjøre en økonomisk belastning for de som forholder seg til tjenestene kronisk. Da det er grundig dokumentert at denne gruppen i stor grad er sosialt skjevfordelt kan man ikke utelukke at egenandel på helsetjenester kan være med på å skape de sosiale skjevhetene observert i bruk av allmennlege.

Av strukturelle årsaker kan man videre trekke frem informasjon angående helse og tilgang til helsetjenestene. Det er vist at brukere som for eksempel syke eldre, personer med psykiske lidelser, rusmiddelavhengige og personer med utviklingshemming ikke alltid klarer å fremme egne krav og rettigheter (St.meld. nr. 20, 2007). Dette kan føre til at disse gruppene på tross av høy sykkelighet ikke benytter helsetjenesten i samme grad som befolkningen som helhet. Bruk kan også reflektere helsepolitiske oppfordringer, og det er da viktig at disse oppfordringene når hele befolkningen. Om preventiv behandling som for eksempel undersøkelse av livmorhalskreft tolkes som bruk av allmennlege grunnet sykdom, vil dette kunne medføre sosiale skjevheter gitt at oppfordringene treffer sosiale grupper befolkningen ulikt. Studier har vist at det er en tendens til at kvinner med høyere utdanning i større grad drar nytte av helseopplysning og helsefremmende tiltak grunnet større bevissthet rundt egen

helse (Iversen og Kraft, 2006). At også utdanning viser sammenhengen med sosiale forskjeller i bruk av helsetjenester tyder på at det er viktig å studere personfaktorer som for eksempel kunnskap, holdninger og oppfatninger. Mechanics modell (Mechanic, 1978) og Health belief modellen (Becker, 1979) som ble presentert i teorikapittelet legger vekt helsekunnskap som mulig grunn til ulike bruksmønstre.

Informasjon og god kommunikasjon er en forutsetning for et godt behandlingsresultat. Det ligger sterke, men ofte tause, forventninger om at brukere av offentlige tjenester også i kulturell forstand er like (St. meld 20, 2007). En del av forskjellene i bruk kan videre forklares gjennom ulik livsstil eller gruppeidentitet mellom sosiale grupper. Andersens modell (Aday og Andersen, 1978) inkluderer i tillegg til helsekunnskap også sosiokulturelle strukturer individene må handle i forhold til. Freidson (1988) peker videre på at all atferd forholder seg til en sosiokulturell norm, og at bruk av helsetjenester på denne måten må ses i forhold til disse sosiokulturelle aspektene. Selv om funnene i denne undersøkelsen ikke støttet antakelsen om at sosiale nettverk påvirket sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og bruk, er det viktig å påpeke at indikatorene ikke inneholdt informasjon angående holdningene innad i det sosiale nettverket. Om kommunikasjonen mellom legen og lavere sosioøkonomiske klasser i større grad enn for høyere klasser ikke fungerer optimalt kan dette i neste trinn skape en mistillit til tjenestens evne til å hjelpe, og heller føles som en belastning. Westin et al. (2004) viser blant annet at lavere klasser i større grad avstår fra legekontakt til tross for et følt behov på grunn av liten tillit til tjenesten. Dette bringer oss over til en annen forklaring som kan virke som et alternativt behandlingstilbud.

Alternativ medisinsk behandling kan altså også være plausibel forklaring på ulikheter i bruk. I følge en offentlig utredning om alternativ medisin har om lag hver tredje voksne nordmann fått alternativmedisinsk behandling. I denne rapporten henvises det videre til at høy utdanning relaterer seg til høyt forbruk av alternativmedisinsk behandling, men at denne tendensen er i ferd med å viskes ut (NOU 1998:21). Gitt at denne sammenhengen har forandret referansekategori slik mange klassesrender ofte gjør, og at lavere utdanning nå i større grad er relatert til høyt forbruk, vil dette kunne forklare hvorfor lavere utdanningsgrupper i mindre grad benytter seg av allmennlege tross behov for dette. Om dette er en tendens som har kommet de senere årene kan det videre være med på å forklare hvorfor mine funn til forskjell fra tidligere funn finner mindre behovsstandardisert bruk hos lavere sosiale klasser. Det skal allikevel presiseres at det er en del uklarhet knyttet til begrepet alternativ medisin. Dette fordi svarene på spørsmål om temaet blant annet er avhengig av hva den enkelte person regner som

alternativ behandling. Det er også fare for underrapportering da alternativ behandling tidligere har blitt assosiert med det å være spesiell eller irrasjonell.

De teoretiske perspektivene ovenfor peker på at relasjonen mellom sosioøkonomisk status og bruk av allmennlege kan være mediert av andre forhold enn de som inngår i analysene. Tilgjengelighet til helsetjenester øker med befolkningstetthet, spesielt spesialister utenfor sykehus. Det finnes ingen direkte bevis på at dette påvirker den sosiale ulikheten gjennom inkluderingen av bosted i analysene. Man skal likevel ikke utelukke forklaringen fullstendig, da bosted ikke nødvendigvis er en tilstrekkelig operasjonalisering av geografisk tilgjengelighet av helsetjenester i Norge.

### **9.3.2 Tendens til urettferdig sosioøkonomisk forskjell i bruk av spesialist**

At det er en urettferdig sosioøkonomisk skjevhet i bruk av spesialist, hvor høyere sosiale klasser har større sannsynlighet for bruk, harmonerer bra med funn fra Levekårsundersøkelsen 2002 som ble presentert i kapittel 4 med tidligere forskning (van Doorslaer og Masseria, 2003). At de sosiale ulikhetene observeres både ved bruk av inntekt og utdanning som indikatorer på sosioøkonomisk status indikerer en relativt fundamental assosiasjon mellom sosioøkonomisk status og bruk av spesialist. I denne sammenheng kan det trekkes frem at dette også er tendenser man finner hos barn, hvor sannsynligheten for bruk av spesialist synker med synkende sosioøkonomisk status hos foreldrene (Grøholt og Nordhagen, 2002). Om dette er tilfellet er det et paradoks at oppfatningen av hvor viktig spesialisthelsetjenesten er har en motsatt sosial gradient i forhold til den faktiske bruken av spesialisthelsetjenester.

#### **Behov har stor betydning for bruk av også spesialist**

Også i analysene av spesialisthelsetjenester finner vi støtte for antagelsen om at relasjonen mellom sosioøkonomisk status og bruk av helsetjenesten er delvis mediert av behovet for tjenesten målt gjennom sykkelighet. Også for denne typen tjenester stemmer dette overens med tidligere forskning. De egenvurderte helsemålene har i analysene for spesialisthelsetjenester en klarere signifikant effekt på bruk enn man observerte for allmennlege. Dette er rimelig da det ved bruk av spesialist i enda større grad ligger en antakelse om at bruken er en refleksjon av sykkelighet. Som hos allmennlege er relasjonen mellom sosioøkonomisk status og bruk av spesialist stort sett også mediert av andre forhold.

Tidligere forskning viser at mønsteret i bruk av spesialist også gjør seg gjeldene i subutvalg definert ut i fra ulike mål på helsestatus, noe som igjen indikerer at forkaringene i stor grad ligger i mer generelle faktorer enn faktorer som kan kobles til en spesifikk lidelse/sykdom (Mielck et al., 2007). Disse faktorene kan omfatte for eksempel være regionale, finansiell og kulturelle barrierer i forhold til tilgangen til lavere sosioøkonomiske grupper.

### **Andre mulige forklaringsmekanismer**

I Norge opererer allmennlegen som en ”portvakt” som henviser pasienter videre til spesialisthelsetjenester. I dette ligger det at allmennlegen bestemmer hva som er ”nødvendig” og ”unødvendig bruk”, og hvem har ”behov” og ”ikke har behov” for videre behandling hos spesialist. Sosioøkonomisk ulikhet i bruk av spesialist kan dermed forstås som en refleksjon på hvorledes refereringssystemet fungerer i praksis. Dette er på en annen side en mulig mekanisme det vanskelig lar seg gjøre å undersøke med opplysningene tilgjengelig i datasettet.

Substansielle forklaringer på den sosiale ulikhetene man observerer i bruken av spesialist vil i større grad være knyttet til strukturelle forklaringsmekanismer. De strukturelle forklaringene som ble diskutert over vil dermed også gjøre seg gjeldende for bruk av spesialist – økende egenandeler og informasjon angående rettigheter og organisering av helsetjenester.

Allmennlegens rolle som portvakt inn til spesialisthelsetjenesten er et viktig perspektiv i denne sammenhengen. Det kan forekomme diskriminering mellom sosioøkonomiske klasser i helsesystemet, indirekte gjennom kommunikasjon og overtalelse, eller i mer direkte forstand.

Iversen og Kopperud (2000) har videre pekt på at henvisning kan være betinget av økonomiske og geografiske krefter, og ikke alltid behov. En annen mulig forklaring er at personer fra høyere sosiale lag presenterer sine problemer på en måte som i større grad sammenfaller med oppfatninger og forventninger hos helsepersonellet. Forklaringer som fokuserer på sosial distanse mellom grupper trekkes blant annet frem av Scott et al. (1996). At lavere sosiale lag ikke selv ønsker behandling av spesialist er tilbakevist av blant annet Folkehelseinstituttet (2003) som finner at foreldre fra lavere sosiale lag i større grad ønsker en spesialist til behandlingen av barnet. Dette peker i retning av at ulikhetene man observerer i bruk av spesialist ikke er et resultat av ulikheter i ønsket om å bruke spesialisthelsetjenestene, men snarere er en konsekvens av ulikheter i henvisning.

Materialet gir ikke muligheter til å avgjøre hva som optimal bruk av helsetjenester. Man kan derfor spørre seg om funnene over indikerer et overforbruk i høyere sosiale klasser eller underforbruk i lavere sosiale klasser? Dette kan ikke gis svar på her og er generelt et problem som vanskelig lar seg løse.

## 9.4 Konklusjon og videre studier

Hovedkonklusjonen fra denne studien er at det er en tendens til ulikhet i bruk av helsetjenestene i Norge, hvor høyere sosioøkonomisk status i denne sammenheng fører til mer bruk av både allmennlege og spesialist, etter kontroll for behov.

Om man knytter konklusjonen direkte til forskningsspørsmålene fremsatt i innledningen er det behov som i hovedsak påvirker bruken av helsetjenestene, samt sammenhengen mellom sosioøkonomisk status og bruk. Bosted, sosialt nettverk og helsefremmende atferd har mindre å si for bruken av helsetjenester i utvalget. I en idealpolitisk modell ville man forvente at det høyere behovet hos lavere sosioøkonomiske grupper ville resultere i tilsvarende høyere konsumering av helsetjenester. Dette er i midlertidig ikke i samsvar med de funn som her er avdekket for både allmennlegetjenester og spesialisthelsetjenester, hvor høyere sosioøkonomiske grupper i større grad benytter tjenestene og derav skaper en urettferdig fordeling i bruk. Dette indikerer at det kan finnes barrierer i tilgang til helsetjenester i Norge som er relatert til de sosiale klasser. For allmennlegen er dette et funn som representerer nye tendenser i bruk, mens man for spesialisthelsetjenestene forventet et slikt mønster. Hvilke barrierer det her er snakk om vil være et viktig spørsmål for videre forskning på feltet.

Konklusjonen utfordrer det sosialpolitiske idealet om en likeverdig og rettferdig helsetjeneste, men påpeker også det er metodiske svakheter knyttet til analysene: blant annet operasjonalisering av behov. Studien har dessuten kun tatt for seg kvantitative aspekt ved bruk av helsetjenester, og med dette oversett viktige kvalitative aspekter relatert til effektiviteten og kvaliteten av konsultasjonene. En fruktbar vei videre ville derfor kunne være å supplere de kvantitative studiene med andre kvalitative studier som i større grad fanger andre prosesser involvert i bruk av helsetjenester.

## Kildeliste

- Aakvaag, Gunnar Colbjørnsen (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Alberts, Jantina F., Robbert Sanderman, J. Marietta Eimers og Wim J.A. Van den Heuvel (1997). Socioeconomic inequity in health care: a study of services utilization in Carçao. *Social Science og Medicine* 1997; 45 (2): 213-220. (8 sider)
- Andersen, R. og L. A. Aday (1978). Access to medical care in U.S.: Realized and potential. *Medical Care* 1978; 29:761-68.
- Andersen, Arne S. og Petter Laake (1985). *Hvem går til lege? En modell for bruk av legetjenester utenfor institusjon*. SSB Art/150. Oslo: Statistisk sentralbyrå.
- Barstad, Anders (1989) *Legesøking og sosiokulturelle forhold. Teorier, modeller og empiriske analyser*. En litteraturstudie. INAS rapport 89:6
- Becker, Marshall H. (1979). Psychosocial Aspects og Health-Related Behavior. I: Freeman, Howard, Sol Levine og Leo G. Reeder (1979). *Handbook og Medical Sociology*. 3rd edition. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.
- Belsby, Liv (1997). Frafallsproblemet øker. SSB: *Samfunnsspeilet* 1997:2.
- Bråten, Stein (1981). Modeller av menneske og samfunn. Bro mellom teori og erfaring fra sosiologi og sosialpsykologi. Oslo:Universitetsforlaget.
- Burström, Bo (2002). Increasing inequalities in health care utilization across income groups in Sweden during the 1990s? *Health Policy* 2002:62;117-129.
- Carlsen, Benedicte og Ole F. Nordheim (2003). Introduction of the patient-list system in general practice: Changes in Norwegian physicians' perceptions of their gatekeeper role. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 21:4:209-13.
- Clench-Aas, Jocelyne (2007) *Sosiodemografiske forskjeller i bruk og adgang til helsetjeneste i Norge – en kunnskapsoppsummering*. Oslo: Notat fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

- Christophersen, Knut-Andreas (2006). *Databehandling og statistisk analyse med SPSS*. 3.utgave. Oslo: unipub.
- Culyer, A.J. (2001). Equity – some theory and its policy implications. *Journal of Medical Ethics* 2001;27:275-283.
- Culyer, A.J. (1995). Editorial. Need: The idea won't de-but we still need it. *Social Science og medicine* 1995;40 (6):727-730.
- Culyer, A.J. og Adam Wagstaff (1993). Equity and equality in health and health care. *Journal of Health Economics* 1993;12:431-457.
- Culyer, A.J., Eddy van Doorslaer og Adam Wagstaff (1992). Comment: Utilization as a measure of equity by Mooney, Hall, Donaldson and Gerard. *Journal of Health Economics* 1992; 11: 93-98.
- Dahl, Espen (1990). *Sosial ulikhet og bruk av helsetjenester*. Oslo: Seksjon for Helsetjenesteforskning, arbeidsnotat nr. 2/90.
- Elofsson, Stig, Anna-Lena Undèn og Ingvar Krakau (1998). Patient charges – a hindrance to financially and psychosocially disadvantage groups seeking care. *Social Science og Medicine* 1998; 46(10):1375-1380.
- Eikemo, Terje Andreas og Tommy Høyvarde Clausen (2007) *Kvantitativ analyse med SPSS. En praktisk innføring i kvantitative analyseteknikker*. Trondheim: Tapir akademiske forlag.
- Elstad, Jon Ivar (1991a) Publikum og legetjenestene 1975-1985. I Moum, Thorbjørn (red) *Helse i Norge. Sykdom, livsstil og bruk av helsetjenester*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Elstad (1991b) Sosial skjevfordeling av legetjenestene 1975-1985. I Moum, Thorbjørn (red) *Helse i Norge. Sykdom, livsstil og bruk av helsetjenester*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Elstad, Jon Ivar (2000). *Social inequalities in health and their explanations*. [NOVA Rapport 9/2000](#).



- Elstad, Jon Ivar (2005). *Sosioøkonomiske ulikheter i helse – teorier og forklaringer*. IS-1282:1-48. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Finnvold, Jon Erik (2006) Fastlegen som portvaktar for spesialisthelsetenester. Ikkje berre eit spørsmål om helsa til pasienten. *Samfunnsspeilet* 2/2006, Statistisk Sentralbyrå
- Finnvold, Jon Erik (2000). Kontinuitet, kontaktfrekvens og velnøye med legetenesta. Pasientar med fast lege mest tilfreds. SSB: [URL: <http://www.ssb.no/legetj/>] [Lesedato: 15.02.09].
- Finnvold, Jon Erik, Jørgen Svalund og Bård Paulsen (2005). Etter innføringen av fastlegereformen – brukervurderinger av allmennlegetjenesten. SSB rapport 2005/1. Oslo: Statistisk Sentralbyrå.
- Folkehelseinstituttet (2003) *Resultater fra undersøkelsen om helse og velferd hos barn i de nordiske land*.  
[URL:[http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233ogtrg=MainLeft\\_5669ogMainLeft\\_5669=5544:28115::0:5667:2:::0:0](http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233ogtrg=MainLeft_5669ogMainLeft_5669=5544:28115::0:5667:2:::0:0) Lesedato: 09.02.09]
- Fredison, Eliot (1960). Client control and medical practice. *The American Journal of Sociology* 1960; 65 (4): 374-382.
- Freidson, Eliot (1988) *Profession of Medicine. A Study of the Sociology of Applied Knowledge: with a new afterword*. Chicago og London: The University of Chicago Press Ltd.
- Fylkesnes, Knut (1991). *Factors affecting self-evaluated general health status – and the use of professional health care services*. Tromsø: ISM skriftserie Nr.19. (201 sider)
- Fylkesnes, Knut, Roar Johnsen og Olav Helge Førde (1992). The Tromsø Study: factors affecting patient-initiated and provider-initiated use of health care services. *Sociology of Health and Illness* 1992;14(2):275-292.
- Gal, J (1998). Formulating the Matthew Principle: on the role of the middle-class in the welfare state. *Scandinavian Journal of Social Welfare* 1998;7(1):42-55(14).
- Gerdtham, U.G og G. Sundberg (1998). Equity in the delivery of health care in Sweden. *Scandinavian Journal of social medicine* 1998; 26 (4): 259.264.

- Goddard, Maria og Peter Smith (2001) Equity of access to health care services: Theory and evidence from the UK. *Social Science og Medicine* 2001; 53(9):1149-1162.
- Graham, Hilary (2007). *Unequal Lives. Health and Socioeconomic Inequalities*. Maidenhead: McGraw-Hill Open University Press.
- Grimsmo, Anders (1984). *Fra å bli lege til å bli pasient: hva betyr sosiale forhold for sykelighet, egenomsorg og legesøking*. Oslo: Rapport 1/84 Gruppe for helsetjenesteforskning.
- Grøholt, Else-Karin og Rannveig Nordhagen (2002) Ulikhet i helse og helsetjenestebruk hos nordiske barn etter foreldrenes utdanning. *Norsk epidemiologi* 2002; 12 (1): 47- 54.
- Gulliford, Martin, Jose Figueroa-Monoz, Myfanwy Morgan, David Hughes, Berry Gibson, Roger Beech og Meryl Hudson (2002). What does 'access to health care' mean? *Journal of Health Service Research og Policy* 2002;3 (7) :186-188.
- Hanratty, Barbara, Tuohong Zhang og Margaret Whitehead (2007) How close have universal health systems come to achieving equity in use of curative services? A systematic review. *International Journal of Health Services* 2007: 37 (1):89-109.
- Hart, Julian Tudor (1971). The inverse care law. *The Lancet* 1971;297 (7696):405-412.
- Hombøe, Olaf, Betty van Roy, Jon Helgeland, Jocelyn Clench-Aas og Kari Aanjesen Dahle (2006). *Sosiale ulikheter i helse og bruk av helsetjenester blant barn i Akershus*. Rapport 2006/5. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.
- Hougen, Hanne Cecilie (2006). *Samordnet levekårsundersøkelse 2005 – tverrsnittsundersøkelsen. Dokumentasjonsrapport*. SSB notater:2006/39
- Høie, Ingrid M. (2001). Egenandeler truer likhetsidealer i helsetjenesten. *Social og Helsevårdsnytt* 2001:1.
- Idler, Ellen L. og Yael, Benyamini (1997). Self-Rated Health and Mortality: A review of Twenty-Seven Community Studies. *Journal of Health and Social Behavior* 1997;38 (1): 21-37.

- Iversen, Anette Christine og Pål Kraft, (2006). Does socio-economic status and health consciousness influence how women respond to health related messages in media? *Health Education Research* 2006
- Iversen, Tor og Hilde Lurås (2000). The effect of capitation on GPs' referral decisions. *Health Economics* 2000;9:199-210.
- Iversen, Tor og Gry Stine Kopperud (2002). *The impact of accessibility on the use of specialist health care in Norway*. Working paper 2002:9. University of Oslo: Center of Health Administration.
- Johnsen, Jan Roth (2004). *Egenandeler i helsetjenesten i ulike land*. HEB notater:02/04 Bergen: Program for helseøkonomi i Bergen.
- Jørgensen, Tor (2006). Nye definisjoner av utdanningsnivåer. SSB magasinet 2006 [URL: [http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik\\_lever\\_vi/art-2006-09-14-01.html](http://www.ssb.no/vis/magasinet/slik_lever_vi/art-2006-09-14-01.html)] [Lesedato 15.02.09]
- Kravdal, Øystein (1999). Sosiale forskjeller i kreftoverlevelse. Tidsskriftet for Den Norske Lægeforening 1999; 11 (119):1577-83.
- Lian, Olaug S. (2003). Når helse blir en vare. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Link, Bruce G. og Jo C. Phelan (2002). McKeown and the Idea That Social Conditions Are Fundamental Causes of Disease. *American Journal of Public Health* 2002; 92 (5):730-732
- Meade, Melinda S. og Robert J. Earickson, (2000). *Medical Geography*. New York: The Guilford Press.
- Mechanic, David (1978). *Medical Sociology*. 2<sup>nd</sup> edition. New York: The Free Press
- Mielck, A., R. Kiess, I. Stirbu og A. Kunst (2007) Educational Level and the utilization of Specialist Care: Results from nine European Countries. I : *Tackling Health Inequalities In Europe: An Integrated Approach. Eurotine. Final Report*. Rotterdam: Earasmus University Medical Center.

- Morris, Stephen, Matthew Sutton og Hugh Gravelle (2005) Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. *Social Science og Medicine* 2005; 60 (6): 1251–1266.
- Mooney, Gavin (1983). Equity in health care: confronting the confusion. *Effective Health Care* 1983;1 (4):179-185.
- Mooney, Gavin, Jane Hall, Cam Donaldson og Karen Gerard (1991). Utilization as a measure of equity: Weighing heat? *Journal of Health Economics* 1991; 10: 475-480.
- Mooney, Gavin, Jane Hall, Cam Donaldson og Karen Gerard (1992). Reweighing heat: Response to Culyer, van Doorslaer and Wagstaff. *Journal of Health Economics* 1992; 11: 199-205.
- Mooney, Gavin (1996). And now for vertical equity? Some concerns arising from aboriginal health in Australia. *Health Economics* 1996;5:99-103.
- Mooney, Gavin og Stephen Jan (1997). Vertical equity: weighting outcomes? Or establishing procedures? *Health Policy* 1997;39:79-87.
- Mooney, Gavin (2000). Vertical Equity in Health Care Resource Allocation. *Health Care Analysis* 2000;8:203-215.
- Morris, Stephen, Matthew Sutton og Hugh Gravelle (2005). Inequity and inequality in the use of health care in England: an empirical investigation. *Social Science og Medicine* 2005;60 (6): 1251-1266.
- Nord, Erik og Espen Dahl (1989). Research note: Socioeconomic status and the use of public hospitals in Norway. *Sociology of Health and Illness* 1989;11 (4): 409-416. (8 sider)
- Lian, Olaug S. (2003). *Når helse blir en vare*. Kristiansand: Høyskoleforlaget A/S.
- Norges offentlige utredninger (NOU) 1998: 21 *Alternativ medisin*. Oslo: Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement.
- Næss, Øyvind, Marit Rognerud og Bjørn Heine Strand (2007) *Sosial ulikhet i helse. En faktarapport*. Rapport 2007/1. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.

- Oliver, Adam og Elias Mossialos (2004). Equity of access to health care: outlining the foundations for action. *Journal of Epidemiol Community Health* 2004;58:655-658.
- Reijneveld, Sijmen A. og Karien Stronks (2001). The validity of self-reported use of health care across socioeconomic strata: a comparison of survey and registration data. *International Journal of Epidemiology* 2001; 30: 1407-1414.
- Ringdal, Kristen (2007). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. 2.utgave. Bergen: Fagforlaget.
- Ringard, Ånen, Grete Botten og Terje P. Hagen (2006). *Sosial ulikhet i bruk av private helsetjenester i Oslo*. Notater fra foredrag under den nasjonale helseøkonomikonferansen, 22. mai 2006. Universitetet i Oslo: Institutt for helseledelse og helseøkonomi.
- Rogers, Anne, Julian Flowers og David Pencheon (1999). Improving access needs a whole systems approach. And will be important in averting crises in the millennium winter. *BMJ*;319:866-867.
- Rutle, Olav (1983). *Pasienten fram i lyset - analyse av legekontakter i primærhelsetenesta*. Rapport 1/1983. Gruppe for helsetjenesteforskning, Oslo.
- Scott, Anthony, Alan Shiell og Madeleine King (1996). Is general practitioner decision making associated with patient socio-economic status? *Social Science og Medicine* 1996;42 (1):35-46.
- Sjetne, Ingeborg Strømseng, Kjell Pettersen, Marijke Veenstra og Øyvind Andresen (2003). HELTEFs arbeid med måling av pasienterfaringer.  
<http://www.heltef.no/filer/Sykepleien.pdf>
- Skog, Ole-Jørgen (2005). *Å forklare sosiale fenomener. En regresjonsbasert tilnærming*. 2.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Sosial- og helsedirektoratet (2005). *Sosial og helsedirektoratets handlingsplan mot sosiale ulikheter i helse. – Gradientsutfordringen*. IS-1229. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Stortingsmelding nr 20 (2006-2007). *Nasjonal strategi for å utjevne sosiale helseforskjeller*. Oslo: Det kongelige Helse- og omsorgsdepartement.

- Stortingsproposisjon nr. 1 (2006-2007). For budsjettåret 2007. Oslo: Det kongelige Utenriksdepartement.
- Strøm, Frøydis, Harald Lunde og Eiliv Mørk (2006). Inntektene øker, men gjelden øker mer. *Samfunnsspeilet* nr 5-6. Statistisk sentralbyrå
- Sund, E og S. Krokstad (2005) *Sosiale ulikheter i helse i Norge – en kunnskapsoversikt*. IS-1304:1-80. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Townsend, Peter og Nick Davidson, (1992). The Black Report. I: Black, Douglas og Margaret Whitehead (1992) *Inequalities in Health: The Black Report and The Health Divide*. 2.utgave. London: Penguin Books.
- Tufte, Per Arne (2000). *En intuitiv innføring i logistisk regresjon*. Oslo: SIFO, arbeidsnotat nr. 8.
- Van der Heyden, J.H.A., S. Demarest, J. Tafforeau og H. Van Oyen (2003). Socio-economic differences in the utilisation of health services in Belgium. *Health Policy* 2003; 65: 153-165. (13 sider)
- Van der Meer, Joost B.W., Johannes van der Bos, Johan P. Mackenbach (1996). Socioeconomic differences in the utilization of health services in a Dutch population: the contribution of health status. *Health Policy* 1996:37:1-18.
- Van Doorslaer, Eddy, Adam Wagstaff, Hattem van der Burg, Terkel Christiansen, Diana De Graeve, Inge Duchesne, Ulf-G Gerdtham, Michael Gerfin, José Geurts, Lorna Gross, Uto Häkkinen Jürgen John, Jan Klavus, Robert E. Leu, Brian Nolan, Owen O'Donnell, Carol Propper, Frank Puffer, Martin Schellhorn, Gun Sundberg og Olaf Winkelhake (2000). Equity in the delivery of health care in Europe and the US. *Journal of Health Economics* 2000; 19:553-583.
- Van Doorslaer, Eddy og Christina Masseria (2004). *Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries*. OECD health working papers NO.14, 2004. Paris:OECD.

Westin, Marcus, Annika Åhs, Kristina Bränd Persson Ragnar Westerling (2004). A large proportion of Swedish citizens refrain from seeking medical care – lack of confidence in the medical services a plausible explanation? *Health Policy* 2004; 68:333-344.

Westin, Marcus (2007). *Health and Healthcare utilization Among Swedish Single Parent Families*. Uppsala: Digital Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine.

Wagstaff, Adam, Eddy van Doorslaer og Pierella Paci (1991) On the measurement of horizontal inequity in the delivery of health care. *Journal of Health Economics* 1991:10:169-205

Whitehead, Margaret, Maria Evandrou, Bengt Haglund og Finn Diderichsen (1997). Education and debate. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care?

Whitehead, Margaret (1992). The Health Divide. I: Black, Douglas og Margaret Whitehead (1992) *Inequalities in Health: The Black Report and The Health Divide*. 2.utgave. London: Penguin Books.

Alle kilder som er brukt i denne oppgaven er oppgitt.

Antall ord i denne oppgaven: 37 564

# Vedlegg

## Vedlegg 1

### Prosentvis fordeling på spørsmål vedrørende psykosomatiske symptomer (HSCL indeks).

	Ikke plaget (%)	Litt plaget (%)	Ganske mye plaget (%)	Veldig mye plaget (%)	Missing (%)
Hodepine	39,4	26,5	5,3	1,8	27,1
Skjelving	66,5	5	0,7	0,4	27,4
Matthet eller svimmelhet	53,7	15,6	2,4	0,7	27,6
Nervøsitet, indre uro	50,8	17,6	3,1	1,1	27,4
Plutselig frykt uten grunn	64,8	6,3	1	0,6	27,3
Stadig redd eller engstelig	63,3	7,9	1,1	0,5	27,2
Hjertebank, hjerteslag som løper av gårde	60,8	10,1	1,4	0,4	27,2
Følelse av å være anspent, oppjaget	47,2	21,7	3	0,7	27,4
Anfall av angst eller panikk	67	4,5	0,8	0,4	27,3
Så rastløs at det er vanskelig å sitte stille	60,1	10,5	1,6	0,5	27,3
Mangel på energi	41	26	4,5	1,5	27,1
Lett for å klandre deg selv	49,9	18,2	3,8	0,9	27,2
Lett for å gråte	57	12,7	2,4	0,9	27
Tanker om å ta ditt liv	69,1	2,9	0,5	0,3	27,2
Dårlig matlyst	64,4	7,1	1	0,4	27,1
Søvnproblemer	47,3	18,9	4,7	2	27,1
Følelse av håpløshet vdr. fremtiden	56,1	12,6	2,8	1,4	27,1
Nedtrykt, tungsindig	56,1	13,4	2,4	0,8	27,3
Følelse av ensomhet	56,6	12,7	2,4	1	27,2
Tap av seksuell lyst og interesse	47,8	18,4	4,3	2	27,5
Følelse av å være lurt i en felle eller fanget	67	4,5	0,9	0,4	27,2
Mye bekymret eller urolig	51,2	18	2,6	1,1	27,2
Uten interesse for noe	63,8	7,5	1,2	0,3	27,2
Følelse av at alt er et slit	51,7	17,6	2,6	1	27,1
Følelse av å være unyttig	61	9,2	1,8	0,9	27,1



## Vedlegg 2

### **Logistisk regresjon av utvalg uten missing på psykisk helse indeks.**

For å enklere kunne sammenligne resultatene fra analysene som kun inneholder respondenter som svarte på det postale spørreskjema er det samme skjemaet for hovedfunn laget også for disse analysene.

Koeffisientene til de to laveste sosioøkonomiske gruppene etter kontroll for behov i modell 2 – analyser med psykisk helse mål u/missing.

	Menn		Kvinner	
	Utdanning	Inntekt	Utdanning	Inntekt
<b>Allmennlege</b> - ja/nei siste 12 mnd	1,37	0,79	0,81	0,73
	0,78	0,88	0,82	0,86
<b>Allmennlege</b> - 5+ siste 12 mnd	1,03	0,73	0,75	0,93
	0,75	0,60*	0,81	1,01
<b>Spesialist utenfor sykehus</b>	0,76	0,77	0,69	0,72*
	0,57**	0,76	0,82	0,63**
<b>Spesialist på sykehus</b>	0,63*	0,83	0,69*	0,87
	0,79	0,91	0,89	0,68*

\*statistisk signifikant p-verdi < 0,050 \*\*statistisk signifikant p-verdi < 0,010

**Logistisk regresjon for bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd, menn, modeller med utdanning.**

MENN -modeller med utdanning	Bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd (N=1885)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
<b>Konstant</b>	1,28 (0,020)	0,84 (0,165)	1,03 (0,831)	1,11 (0,618)
<b>Utdanning</b>				
Grunnskole	1,99 (0,000)	1,37 (0,116)	1,46 (0,064)	1,53 (0,042)
Lavere videregående	1,08 (0,588)	0,78 (0,084)	0,83 (0,216)	0,86 (0,306)
Høyere videregående	1,24 (0,069)	1,09 (0,492)	1,16 (0,251)	1,19 (0,185)
Universitet /Høgskole	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,0
40-59 år	1,26 (0,045)	1,09 (0,478)	1,13 (0,327)	1,06 (0,625)
60-75 år	1,85 (0,000)	1,56 (0,003)	1,62 (0,001)	1,52 (0,007)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	0,80 (0,328)	0,77 (0,278)	0,72 (0,170)	0,70 (0,147)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,42 (0,002)	1,43 (0,002)	1,45 (0,001)
Verken god eller dårlig		2,45 (0,000)	2,51 (0,000)	2,65 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		4,44 (0,002)	4,56 (0,002)	1,78 (0,001)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,93 (0,000)	1,91 (0,000)	1,89 (0,000)
I stor grad		3,16 (0,000)	3,17 (0,000)	3,20 (0,000)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,28 (0,041)	1,28 (0,045)	1,31 (0,030)
Dårlig		1,59 (0,025)	1,56 (0,034)	1,71 (0,012)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			0,71 (0,037)	0,69 (0,024)
Tettbygd 2000- 20 000			0,69 (0,011)	0,68 (0,007)
Tettbygd 20 000-100 000			0,73 (0,047)	0,72 (0,041)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,55 (0,086)
1 eller 2				1,21 (0,280)
3 til 5				1,01 (0,956)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				0,80 (0,081)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,89 (0,392)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,90 (0,368)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2378,89	2217,04	2209,68	2196,50
Endring -2LL (p-verdi)		161,86 (0,000)	7,36(0,061)	13,19 (0,040)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,031	0,143	0,147	0,156

**Logistisk regresjon av bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med utdanning.**

KVINNER -modeller med utdanning	Bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd (N=2057)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
<b>Konstant</b>	2,56 (0,000)	1,28 (0,049)	1,40 (0,024)	1,49 (0,032)
<b>Utdanning</b>				
Grunnskole	1,20 (0,343)	0,81 (0,299)	0,84 (0,395)	0,85 (0,438)
Lavere videregående	1,02 (0,868)	0,82 (0,154)	0,85 (0,259)	0,85 (0,252)
Høyere videregående	1,04 (0,777)	0,91 (0,527)	0,93 (0,624)	0,94 (0,660)
Universitet /Høgskole	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,27 (0,047)	1,18 (0,197)	1,17 (0,203)	1,16 (0,0232)
60-75 år	1,59 (0,004)	1,49 (0,018)	1,48 (0,020)	1,46 (0,027)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	0,78 (0,309)	0,64 (0,086)	0,63 (0,073)	0,63 (0,076)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,53 (0,000)	1,56 (0,000)	1,57 (0,000)
Verken god eller dårlig		2,56 (0,000)	2,62 (0,000)	2,61 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		2,89 (0,025)	2,94 (0,023)	2,94 (0,024)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		2,22 (0,000)	2,23 (0,000)	2,23 (0,000)
I stor grad		3,64 (0,000)	3,62 (0,000)	3,61 (0,000)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,28 (0,043)	1,27 (0,052)	1,27 (0,051)
Dårlig		2,31 (0,000)	2,31 (0,000)	2,32 (0,000)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			0,75 (0,082)	0,77 (0,117)
Tettbygd 2000- 20 000			0,86 (0,315)	0,87 (0,354)
Tettbygd 20 000-100 000			0,98 (0,893)	0,98 (0,886)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,79 (0,671)
1 eller 2				1,06 (0,745)
3 til 5				0,88 (0,387)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,11 (0,432)
Ugift				1,00
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				1,02 (0,894)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,86 (0,279)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2244,02	2046,82	2043,12	2039,32
Endring -2LL (p-verdi)		197,21 (0,000)	3,70 (0,296)	3,80 (0,703)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,011	0,147	0,149	0,152

**Logistisk regresjon av bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd, menn, modeller med utdanning.**

MENN -modeller med utdanning	Bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd (N=1885)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
<b>Konstant</b>	0,08 (0,000)	0,02 (0,000)	0,02 (0,000)	0,02 (0,000)
<b>Utdanning</b>				
Grunnskole	2,23 (0,000)	1,03 (0,909)	1,05 (0,863)	1,14 (0,620)
Lavere videregående	1,62 (0,011)	0,75 (0,201)	0,76 (0,222)	0,81 (0,364)
Høyere videregående	1,39 (0,067)	0,94 (0,746)	0,94 (0,779)	1,00 (0,984)
Universitet /Høgskole	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,48 (0,029)	0,92 (0,697)	0,91 (0,652)	0,87 (0,515)
60-75 år	1,96 (0,001)	1,26 (0,304)	1,25 (0,331)	1,19 (0,464)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	2,03 (0,010)	2,45 (0,005)	2,44 (0,006)	2,36 (0,008)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		2,55 (0,000)	2,57 (0,000)	2,71 (0,000)
Verken god eller dårlig		6,40 (0,000)	6,46 (0,000)	7,20 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		10,11 (0,000)	10,15 (0,000)	11,39 (0,000)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		3,03 (0,000)	3,05 (0,000)	2,93 (0,000)
I stor grad		5,82 (0,000)	5,89 (0,000)	5,65 (0,000)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,74 (0,002)	1,73 (0,002)	1,77 (0,001)
Dårlig		2,43 (0,000)	2,44 (0,000)	2,78 (0,000)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			1,03 (0,896)	1,01 (0,964)
Tettbygd 2000- 20 000			0,94 (0,781)	0,91 (0,682)
Tettbygd 20 000-100 000			1,18 (0,490)	1,17 (0,509)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,66 (0,393)
1 eller 2				0,87 (0,615)
3 til 5				0,88 (0,624)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				0,72 (0,107)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,81 (0,264)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,76 (0,108)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	1482,66	1142,66	1141,52	1132,77
Endring -2LL (p-verdi)		340,01 (0,000)	1,13 (0,769)	8,76 (0,188)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,039	0,330	0,331	0,338

**Logistisk regresjon av bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med utdanning.**

KVINNER -modeller med utdanning	Bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd (N=2057)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
<b>Konstant</b>	0,23 (0,000)	0,07 (0,000)	0,08 (0,000)	0,10 (0,000)
<b>Utdanning</b>				
Grunnskole	1,54 (0,017)	0,75 (0,176)	0,75 (0,165)	0,75 (0,179)
Lavere videregående	1,25 (0,106)	0,81 (0,180)	0,80 (0,174)	0,81 (0,189)
Høyere videregående	1,47 (0,007)	1,29 (0,104)	1,30 (0,104)	1,32 (0,089)
Universitet /Høgskole	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,03 (0,803)	0,85 (0,253)	0,86 (0,282)	0,89 (0,394)
60-75 år	1,08 (0,630)	0,92 (0,623)	0,92 (0,646)	1,01 (0,945)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	1,39 (0,182)	1,23 (0,455)	1,23 (0,453)	1,34 (0,285)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		2,24 (0,000)	2,24 (0,000)	2,21 (0,000)
Verken god eller dårlig		4,56 (0,000)	4,56 (0,000)	4,59 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		10,28 (0,000)	10,12 (0,000)	10,52 (0,000)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,79 (0,000)	1,79 (0,000)	1,79 (0,000)
I stor grad		4,03 (0,000)	4,15 (0,000)	3,87 (0,000)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,32 (0,043)	1,32 (0,043)	1,35 (0,030)
Dårlig		1,91 (0,000)	1,88 (0,000)	1,97 (0,000)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			1,10 (0,584)	1,16 (0,414)
Tettbygd 2000- 20 000			0,85 (0,303)	0,87 (0,373)
Tettbygd 20 000-100 000			0,74 (0,120)	0,73 (0,108)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,61 (0,306)
1 eller 2				0,56 (0,003)
3 til 5				0,64 (0,004)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				1,08 (0,584)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				1,46 (0,007)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,76 (0,057)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2196,42	1824,10	1818,77	1798,96
Endring -2LL (p-verdi)		372,33 (0,000)	5,33 (0,000)	19,81 (0,003)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,009	0,259	0,262	0,274

**Logistisk regresjon av bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, menn, modeller med utdanninge.**

MENN -modeller med utdanninge	Bruk spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd (N=1887)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
<b>Konstant</b>	0,15 (0,000)	0,09 (0,000)	0,10 (0,000)	0,18 (0,000)
<b>Utdanninge</b>				
Grunnskole	1,13 (0,549)	0,76 (0,213)	0,80 (0,319)	0,88 (0,580)
Lavere videregående	0,80 (0,201)	0,57 (0,003)	0,61 (0,009)	0,64 (0,022)
Høyere videregående	0,96 (0,803)	0,82 (0,227)	0,86 (0,378)	0,93 (0,660)
Universitet /Høgskole	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,41 (0,033)	1,23 (0,217)	1,28 (0,142)	1,23 (0,225)
60-75 år	1,80 (0,001)	1,57 (0,017)	1,65 (0,009)	1,58 (0,019)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	0,79 (0,476)	0,76 (0,417)	0,71 (0,327)	0,67 (0,248)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,33 (0,089)	1,34 (0,077)	1,44 (0,031)
Verken god eller dårlig		1,56 (0,062)	1,59 (0,052)	1,79 (0,017)
Dårlig/meget dårlig		2,02 (0,032)	2,07 (0,027)	2,39 (0,009)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,81 (0,000)	1,78 (0,000)	1,71 (0,001)
I stor grad		2,27 (0,002)	2,28 (0,001)	2,15 (0,004)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,41 (0,022)	1,40 (0,025)	1,48 (0,010)
Dårlig		2,32 (0,000)	2,25 (0,000)	2,63 (0,000)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			0,72 (0,093)	0,73 (0,119)
Tettbygd 2000- 20 000			0,70 (0,044)	0,70 (0,046)
Tettbygd 20 000-100 000			0,77 (0,175)	0,78 (0,205)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,59 (0,207)
1 eller 2				0,66 (0,050)
3 til 5				0,59 (0,008)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				0,75 (0,101)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,84 (0,300)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,65 (0,005)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	1657,48	1563,42	1558,95	1539,13
Endring -2LL (p-verdi)		94,05 (0,000)	4,47 (0,215)	19,82 (0,003)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,014	0,096	0,100	0,116

**Logistisk regresjon av bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med utdanning.**

KVINNER -modeller med utdanning	Bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd (N=2061)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (sign)	OR (sign)	OR (sign)	OR (sign)
<b>Konstant</b>	0,21 (0,000)	0,13 (0,000)	0,14 (0,000)	0,15 (0,000)
<b>Utdanning</b>				
Grunnskole	0,91 (0,600)	0,69 (0,053)	0,72 (0,097)	0,77 (0,185)
Lavere videregående	0,96 (0,745)	0,82 (0,171)	0,87 (0,338)	0,92 (0,547)
Høyere videregående	0,90 (0,474)	0,83 (0,233)	0,87 (0,349)	0,91 (0,527)
Universitet /Høgskole	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,41 (0,010)	1,33 (0,034)	1,35 (0,028)	1,38 (0,019)
60-75 år	1,87 (0,000)	1,74 (0,001)	1,76 (0,001)	1,78 (0,001)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	0,87 (0,603)	0,78 (0,379)	0,77 (0,350)	0,78 (0,391)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,62 (0,000)	1,65 (0,000)	1,67 (0,000)
Verken god eller dårlig		1,93 (0,001)	1,96 (0,001)	2,01 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		2,39 (0,001)	2,42 (0,001)	2,52 (0,001)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,42 (0,006)	1,43 (0,006)	1,41 (0,009)
I stor grad		1,59 (0,028)	1,56 (0,034)	1,52 (0,049)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,07 (0,602)	1,06 (0,670)	1,07 (0,574)
Dårlig		1,18 (0,301)	1,18 (0,304)	1,22 (0,233)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			0,61 (0,005)	0,63 (0,009)
Tettbygd 2000- 20 000			0,93 (0,605)	0,95 (0,705)
Tettbygd 20 000-100 000			0,84 (0,300)	0,85 (0,361)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,79 (0,593)
1 eller 2				0,71 (0,059)
3 til 5				0,90 (0,462)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				1,12 (0,373)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,93 (0,608)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,98 (0,868)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2126,28	2065,80	2056,41	2051,27
Endring -2LL (p-verdi)		60,49 (0,000)	9,39 (0,025)	5,14 (0,527)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,014	0,058	0,065	0,069

**Logistisk regresjon av bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, menn, modeller med utdanning.**

MENN -modeller med utdanning	Bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd (N=1887)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
<b>Konstant</b>	0,13 (0,000)	0,08 (0,000)	0,08 (0,000)	0,09 (0,000)
<b>Utdanning</b>				
Grunnskole	1,09 (0,684)	0,63 (0,040)	0,63 (0,041)	0,67 (0,087)
Lavere videregående	1,20 (0,267)	0,79 (0,187)	0,79 (0,183)	0,83 (0,309)
Høyere videregående	1,26 (0,130)	1,02 (0,905)	1,01 (0,943)	1,07 (0,676)
Universitet /Høgskole	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,69 (0,001)	1,35 (0,066)	1,33 (0,083)	1,32 (0,102)
60-75 år	2,08 (0,000)	1,61 (0,010)	1,58 (0,014)	1,55 (0,020)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	0,98 (0,942)	0,96 (0,887)	0,97 (0,917)	0,96 (0,902)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,56 (0,006)	1,57 (0,006)	1,64 (0,003)
Verken god eller dårlig		2,57 (0,000)	2,56 (0,000)	2,79 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		5,31 (0,000)	5,28 (0,000)	5,75 (0,000)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,76 (0,000)	1,76 (0,000)	1,73 (0,000)
I stor grad		2,96 (0,000)	2,97 (0,000)	2,87 (0,000)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,09 (0,536)	1,10 (0,539)	1,12 (0,445)
Dårlig		0,97 (0,901)	0,98 (0,930)	1,06 (0,786)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			1,10 (0,641)	1,13 (0,530)
Tettbygd 2000- 20 000			1,04 (0,830)	1,05 (0,787)
Tettbygd 20 000-100 000			1,15 (0,479)	1,16 (0,446)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				1,04 (0,921)
1 eller 2				0,86 (0,467)
3 til 5				0,94 (0,751)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				0,90 (0,501)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,91 (0,546)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,71 (0,017)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	1795,38	1650,31	1649,70	1641,51
Endring		145,07 (0,000)	0,61 (0,895)	8,20 (0,224)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,020	0,138	0,139	0,145



**Logistisk regresjon av bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med utdanning.**

KVINNER -modeller med utdanning	Bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd (N=2061)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
<b>Konstant</b>	0,28 (0,000)	0,15 (0,000)	0,14 (0,000)	0,17 (0,000)
<b>Utdanning</b>				
Grunnskole	1,04 (0,827)	0,69 (0,047)	0,66 (0,026)	0,66 (0,030)
Lavere videregående	1,10 (0,454)	0,89 (0,372)	0,84 (0,216)	0,84 (0,202)
Høyere videregående	1,06 (0,678)	0,96 (0,770)	0,93 (0,632)	0,93 (0,641)
Universitet /Høgskole	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,11 (0,392)	1,01(0,951)	1,01 (0,943)	1,02 (0,891)
60-75 år	1,79 (0,000)	1,63 (0,002)	1,63 (0,002)	0,74 (0,000)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	1,85 (0,007)	1,69 (0,028)	1,73 (0,022)	1,80 (0,015)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,64 (0,000)	1,61 (0,000)	1,59 (0,000)
Verken god eller dårlig		2,61 (0,000)	2,57 (0,000)	2,57 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		3,79 (0,000)	3,72 (0,000)	3,83 (0,000)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,74 (0,000)	1,74 (0,000)	1,74 (0,000)
I stor grad		1,89 (0,001)	1,95 (0,001)	1,87 (0,002)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,01 (0,941)	1,02 (0,880)	1,03 (0,808)
Dårlig		1,41 (0,026)	1,40 (0,030)	1,47 (0,014)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			1,47 (0,015)	1,47 (0,016)
Tettbygd 2000- 20 000			1,05 (0,749)	1,04 (0,784)
Tettbygd 20 000-100 000			0,92 (0,604)	0,89 (0,499)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,60 (0,253)
1 eller 2				0,75 (0,085)
3 til 5				0,78 (0,070)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				0,88 (0,302)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				1,28 (0,055)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,80 (0,081)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2360,19	2211,76	2202,08	2191,62
Endring		148,43 (0,000)	9,68 (0,021)	10,46 (0,107)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,020	0,120	0,126	1,133

**Logistisk regresjon av bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd, menn, modeller med inntekt.**

MENN -modeller med inntekt	Bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd (N=1910)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
<b>Konstant</b>	1,30 (0,031)	0,91 (0,490)	1,10 (0,534)	1,14 (0,535)
<b>Inntekt</b>				
< 205.118 NOK	1,13 (0,399)	0,79 (0,119)	0,80 (0,149)	0,85 (0,287)
205.118 – 262.276 NOK	1,16 (0,267)	0,88 (0,365)	0,90 (0,469)	0,94 (0,694)
262.276 – 334.585 NOK	1,18 (0,206)	1,07 (0,644)	1,09 (1,517)	1,11 (0,461)
> 334.585 NOK	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,32 (0,015)	1,03 (0,835)	1,06 (0,607)	1,02 (0,853)
60-75 år	2,02 (0,000)	1,51 (0,004)	1,58 (0,002)	1,50 (0,006)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	0,75 (0,153)	0,76 (0,195)	0,71 (0,116)	0,70 (0,103)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,42 (0,001)	1,44 (0,001)	1,46 (0,001)
Verken god eller dårlig		2,52 (0,000)	2,59 (0,000)	2,70 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		4,76 (0,001)	4,89 (0,001)	5,09 (0,001)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,99 (0,000)	1,97 (0,000)	1,95 (0,000)
I stor grad		3,23 (0,000)	3,26 (0,000)	3,29 (0,000)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,28 (0,041)	1,28 (0,043)	1,29 (0,034)
Dårlig		1,55 (0,031)	1,52 (0,040)	1,63 (0,019)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			0,76 (0,084)	0,74 (0,059)
Tettbygd 2000- 20 000			0,72 (0,020)	0,71 (0,014)
Tettbygd 20 000-100 000			0,74 (0,059)	0,74 (0,052)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,58 (0,124)
1 eller 2				1,22 (0,248)
3 til 5				1,02 (0,900)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				0,82 (0,127)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,91 (0,451)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,92 (0,461)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2428,1	2255,24	2249,11	2238,02
Endring		172,86 (0,000)	6,13 (0,105)	11,10 (0,085)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,023	0,140	0,144	0,152

**Logistisk regresjon av bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med inntekt.**

KVINNER -modeller med inntekt	Bruk av allmennlege minst en gang i løpet av 12 mnd (N=2091)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
Konstant	2,50 (0,000)	1,42 (0,019)	1,50 (0,015)	1,59 (0,019)
<b>Inntekt</b>				
< 205.118 NOK	1,13 (0,402)	0,73 (0,054)	0,76 (0,086)	0,69 (0,037)
205.118 – 262.276 NOK	1,06 (0,667)	0,86 (0,331)	0,89 (0,434)	0,84 (0,268)
262.276 – 334.585 NOK	1,00 (0,981)	0,85 (0,297)	0,87 (0,372)	0,86 (0,330)
> 334.585 NOK	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,29 (0,030)	1,06 (0,647)	1,07 (0,601)	1,05 (0,725)
60-75 år	1,63 (0,001)	1,35 (0,056)	1,36 (0,050)	1,33 (0,075)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	0,77 (0,222)	0,73 (0,161)	0,72 (0,138)	0,72 (0,157)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,53 (0,000)	1,56 (0,000)	1,57 (0,000)
Verken god eller dårlig		2,38 (0,000)	2,44 (0,000)	2,46 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		2,92 (0,023)	2,97 (0,021)	2,97 (0,022)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		2,25 (0,000)	2,25 (0,000)	2,26 (0,000)
I stor grad		3,69 (0,000)	3,66 (0,000)	3,64 (0,000)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,29 (0,034)	1,28 (0,040)	1,28 (0,041)
Dårlig		2,51 (0,000)	2,50 (0,000)	2,46 (0,000)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			0,80 (0,176)	0,84 (0,302)
Tettbygd 2000- 20 000			0,90 (0,454)	0,92 (0,587)
Tettbygd 20 000-100 000			1,00 (0,992)	1,00 (0,987)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				1,22 (0,713)
1 eller 2				1,05 (0,798)
3 til 5				0,89 (0,424)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				1,23 (0,142)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				1,03 (0,811)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,87 (0,310)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2283,41	2079,82	2077,47	2072,29
Endring		203,60 (0,000)	2,35 (0,503)	5,18 (0,521)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,010	0,149	0,150	0,153

**Logistisk regresjon av bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd, menn, modeller med inntekt.**

MENN -modeller med inntekt	Bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd (N=1910)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	0,08 (0,000)	0,02 (0,000)	0,02 (0,000)	0,03 (0,000)
<b>Inntekt</b>				
< 205.118 NOK	1,68 (0,006)	0,73 (0,164)	0,74 (0,171)	0,83 (0,431)
205.118 – 262.276 NOK	1,25 (0,242)	0,60 (0,018)	0,60 (0,020)	0,67 (0,072)
262.276 – 334.585 NOK	0,91 (0,622)	0,59 (0,018)	0,60 (0,018)	0,62 (0,030)
> 334.585 NOK	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,80 (0,001)	0,89 (0,563)	0,88 (0,533)	0,86 (0,489)
60-75 år	2,40 (0,000)	1,25 (0,315)	1,24 (0,342)	1,20 (0,436)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	1,48 (0,134)	1,91 (0,032)	1,91 (0,034)	1,82 (0,051)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		2,61 (0,000)	2,65 (0,000)	2,77 (0,000)
Verken god eller dårlig		6,53 (0,000)	6,61 (0,000)	7,25 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		10,70 (0,000)	10,81 (0,000)	11,82 (0,000)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		3,10 (0,000)	3,12 (0,000)	2,99 (0,000)
I stor grad		5,91 (0,000)	6,00 (0,000)	5,78 (0,000)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,73 (0,002)	1,73 (0,002)	1,74 (0,002)
Dårlig		2,53 (0,000)	2,53 (0,000)	2,83 (0,000)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			1,01 (0,978)	0,99 (0,948)
Tettbygd 2000- 20 000			0,93 (0,754)	0,91 (0,675)
Tettbygd 20 000-100 000			1,18 (0,489)	1,17 (0,508)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,66 (0,386)
1 eller 2				0,92 (0,750)
3 til 5				0,91 (0,714)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				0,73 (0,139)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,83 (0,309)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,78 (0,150)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	1498,84	1146,90	1145,70	1138,42
Endring (p-verdi)		351,95 (0,000)	1,19 (0,754)	7,28 (0,296)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,034	0,333	0,334	0,339

**Logistisk regresjon av bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med inntekt.**

KVINNER -modeller med inntekt	Bruk av allmennlege fem eller flere ganger i løpet av 12 mnd (N=2091)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	0,21 (0,000)	0,09 (0,000)	0,09 (0,000)	0,13 (0,000)
<b>Inntekt</b>				
< 205.118 NOK	1,63 (0,001)	0,93 (0,677)	0,91 (0,573)	0,84 (0,343)
205.118 – 262.276 NOK	1,38 (0,034)	1,01 (0,941)	1,01 (0,964)	0,96 (0,791)
262.276 – 334.585 NOK	1,12 (0,464)	0,95 (0,748)	0,94 (0,725)	0,94 (0,721)
> 334.585 NOK	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,11 (0,392)	0,74 (0,029)	0,74 (0,030)	0,74 (0,037)
60-75 år	1,12 (0,415)	0,74 (0,069)	0,74 (0,068)	0,80 (0,169)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	1,44 (0,083)	1,50 (0,079)	1,52 (0,071)	1,68 (0,027)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		2,11 (0,000)	2,12 (0,000)	2,10 (0,000)
Verken god eller dårlig		4,12 (0,000)	4,11 (0,000)	4,20 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		8,63 (0,000)	8,51 (0,000)	8,79 (0,000)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,75 (0,000)	1,76 (0,000)	1,75 (0,000)
I stor grad		3,88 (0,000)	4,00 (0,000)	3,77 (0,000)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,31 (0,042)	1,32 (0,039)	1,35 (0,028)
Dårlig		1,95 (0,000)	1,93 (0,000)	2,01 (0,000)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			1,15 (0,408)	1,22 (0,251)
Tettbygd 2000- 20 000			0,87 (0,356)	0,89 (0,464)
Tettbygd 20 000-100 000			0,78 (0,186)	0,77 (0,173)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,81 (0,622)
1 eller 2				0,58 (0,003)
3 til 5				0,63 (0,002)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				1,10 (0,513)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,78 (0,075)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				1,42 (0,011)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2243,92	1886,34	1880,98	1861,72
Endring (p-verdi)		357,59 (0,000)	5,36 (0,147)	19,26 (0,004)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,012	0,248	0,251	0,263

**Logistisk regresjon av bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, menn, modeller med inntekt.**

MENN -modeller med inntekt	Bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd (N=1912)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	0,13 (0,000)	0,08 (0,000)	0,10 (0,000)	0,17 (0,000)
<b>Inntekt</b>				
< 205.118 NOK	1,12 (0,547)	0,77 (0,183)	0,79 (0,240)	0,90 (0,612)
205.118 – 262.276 NOK	1,03 (0,857)	0,76 (0,136)	0,78 (0,190)	0,88 (0,508)
262.276 – 334.585 NOK	1,18 (0,334)	1,04 (0,803)	1,07 (0,683)	1,13 (0,497)
> 334.585 NOK	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,39 (0,041)	1,08 (0,630)	1,15 (0,414)	1,14 (0,492)
60-75 år	1,80 (0,001)	1,43 (0,050)	1,53 (0,022)	1,49 (0,035)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	0,68 (0,215)	0,70 (0,260)	0,65 (0,187)	0,61 (0,125)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,30 (0,111)	1,33 (0,089)	1,43 (0,035)
Verken god eller dårlig		1,55 (0,062)	1,60 (0,046)	1,80 (0,015)
Dårlig/meget dårlig		2,00 (0,033)	2,08 (0,026)	2,38 (0,009)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,82 (0,000)	1,80 (0,000)	1,71 (0,001)
I stor grad		2,16 (0,003)	2,19 (0,002)	2,07 (0,006)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,43 (0,018)	1,42 (0,021)	1,48 (0,010)
Dårlig		2,35 (0,000)	2,28 (0,000)	2,61 (0,000)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			0,68 (0,043)	0,69 (0,061)
Tettbygd 2000- 20 000			0,67 (0,025)	0,68 (0,029)
Tettbygd 20 000-100 000			0,74 (0,128)	0,76 (0,155)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,60 (0,222)
1 eller 2				0,66 (0,049)
3 til 5				0,60 (0,011)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				0,77 (0,134)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,82 (0,221)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,65 (0,005)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	1666,55	1573,59	1567,72	1548,38
Endring		92,96 (0,000)	5,88 (0,118)	19,33 (0,004)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,013	0,094	0,099	0,115

**Logistisk regresjon av bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med inntekt.**

KVINNER -modeller med inntekt	Bruk av spesialist utenfor sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd (N=2094)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
<b>Konstant</b>	0,22 (0,000)	0,14 (0,000)	0,16 (0,000)	0,17 (0,000)
<b>Inntekt</b>				
< 205.118 NOK	0,93 (0,625)	0,72 (0,041)	0,76 (0,091)	0,70 (0,043)
205.118 - 262.276 NOK	0,74 (0,053)	0,63 (0,004)	0,65 (0,007)	0,61 (0,003)
262.276 - 334.585 NOK	0,93 (0,638)	0,85 (0,280)	0,87 (0,366)	0,86 (0,345)
> 334.585 NOK	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,42 (0,008)	1,24 (0,117)	1,28 (0,075)	1,31 (0,051)
60-75 år	1,90 (0,000)	1,61 (0,002)	1,66 (0,001)	1,71 (0,001)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	0,79 (0,342)	0,76 (0,285)	0,74 (0,234)	0,75 (0,266)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,67 (0,000)	1,70 (0,000)	1,75 (0,000)
Verken god eller dårlig		1,92 (0,001)	1,97 (0,001)	2,08 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		2,33 (0,002)	2,38 (0,002)	2,54 (0,001)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,42 (0,007)	1,42 (0,007)	1,39 (0,012)
I stor grad		1,60 (0,025)	1,57 (0,033)	1,52 (0,048)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,06 (0,625)	1,05 (0,694)	1,07 (0,575)
Dårlig		1,21 (0,237)	1,20 (0,256)	1,24 (0,201)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			0,62 (0,006)	0,66 (0,019)
Tettbygd 2000- 20 000			0,92 (0,531)	0,96 (0,763)
Tettbygd 20 000-100 000			0,82 (0,253)	0,86 (0,380)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,69 (0,397)
1 eller 2				0,67 (0,024)
3 til 5				0,88 (0,358)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				1,27 (0,089)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,93 (0,586)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,99 (0,959)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2137,55	2076,16	2167,28	2058,12
Endring		61,39 (0,000)	8,88 (0,031)	9,16 (0,165)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,019	0,064	0,070	0,076

**Logistisk regresjon av bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, menn, modeller med inntekt.**

MENN -modeller med inntekt	Bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd (N=1912)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	0,13 (0,000)	0,09 (0,000)	0,08 (0,000)	0,10 (0,000)
<b>Inntekt</b>				
< 205.118 NOK	1,26 (0,191)	0,83 (0,318)	0,83 (0,318)	0,88 (0,529)
205.118 - 262.276 NOK	1,28 (0,141)	0,91 (0,601)	0,91 (0,599)	0,98 (0,908)
262.276 - 334.585 NOK	1,16 (0,349)	1,00 (0,983)	0,99 (0,961)	1,03 (0,874)
> 334.585 NOK	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,75 (0,000)	1,23 (0,196)	1,21 (0,238)	1,22 (0,226)
60-75 år	2,07 (0,000)	1,40 (0,057)	1,38 (0,074)	1,38 (0,082)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	0,90 (0,705)	0,97 (0,906)	0,98 (0,928)	0,95 (0,866)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,54 (0,007)	1,55 (0,000)	1,64 (0,003)
Verken god eller dårlig		2,53 (0,000)	2,53 (0,000)	2,79 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		5,01 (0,000)	5,01 (0,000)	5,55 (0,000)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,80 (0,000)	1,80 (0,000)	1,75 (0,000)
I stor grad		2,89 (0,000)	2,90 (0,000)	2,79 (0,000)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,09 (0,568)	1,09 (0,571)	1,11 (0,481)
Dårlig		0,99 (0,969)	1,00 (0,994)	1,08 (0,731)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			1,07 (0,726)	1,11 (0,579)
Tettbygd 2000- 20 000			0,06 (0,740)	1,08 (0,673)
Tettbygd 20 000-100 000			1,18 (0,411)	1,19 (0,371)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,93 (0,860)
1 eller 2				0,81 (0,313)
3 til 5				0,88 (0,524)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				0,91 (0,587)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				0,89 (0,468)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,70 (0,011)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	1814,37	1670,78	1670,07	1660,58
Endring		143,60 (0,000)	0,70 (0,872)	9,49 (0,148)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,020	0,136	0,136	0,144



**Logistisk regresjon av bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd, kvinner, modeller med inntekt.**

KVINNER -modeller med inntekt	Bruk av spesialist på sykehus minst en gang i løpet av 12 mnd (N=2094)			
	Modell 1	Modell 2	Modell 3	Modell 4
	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)	OR (p-verdi)
Konstant	0,27 (0,000)	0,16 (0,000)	0,15 (0,000)	0,19 (0,000)
<b>Inntekt</b>				
< 205.118 NOK	1,24 (0,131)	0,87 (0,370)	0,83 (0,208)	0,85 (0,310)
205.118 - 262.276 NOK	0,85 (0,252)	0,68 (0,011)	0,66 (0,007)	0,66 (0,009)
262.276 - 334.585 NOK	1,06 (0,689)	0,95 (0,709)	0,92 (0,579)	0,93 (0,648)
> 334.585 NOK	1,00	1,00	1,00	1,00
<b>Aldersgrupper</b>				
25-39 år	1,00	1,00	1,00	1,00
40-59 år	1,20 (0,136)	0,97 (0,793)	0,95 (0,690)	0,97 (0,793)
60-75 år	1,86 (0,000)	1,49 (0,005)	1,46 (0,008)	1,56 (0,002)
<b>Etnisitet</b>				
Majoritetsbakgrunn	1,00	1,00	1,00	1,00
Minoritetsbakgrunn	1,53 (0,037)	1,52 (0,047)	1,58 (0,033)	1,68 (0,017)
<b>Egenrapportert helse</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,62 (0,000)	1,59 (0,000)	1,58 (0,000)
Verken god eller dårlig		2,50 (0,000)	2,45 (0,000)	2,48 (0,000)
Dårlig/meget dårlig		3,49 (0,000)	3,40 (0,000)	3,51 (0,000)
<b>Hemmet av kronisk lidelse</b>				
Nei		1,00	1,00	1,00
I liten grad		1,73 (0,000)	1,74 (0,000)	1,73 (0,000)
I stor grad		1,95 (0,001)	2,01 (0,000)	1,92 (0,001)
<b>Psykisk helse (HSCL-25)</b>				
Meget god		1,00	1,00	1,00
God		1,01 (0,909)	1,02 (0,841)	1,04 (0,763)
Dårlig		1,42 (0,021)	1,42 (0,022)	1,49 (0,011)
<b>Bosted</b>				
Spredtbygd strøk			1,46 (0,015)	1,48 (0,014)
Tettbygd 2000- 20 000			1,03 (0,823)	1,03 (0,820)
Tettbygd 20 000-100 000			0,92 (0,624)	0,90 (0,541)
Tettbygd > 100 000			1,00	1,00
<b>Sosialt nettverk</b>				
<b>Fortrolige</b>				
Ingen				0,61 (0,233)
1 eller 2				0,71 (0,035)
3 til 5				0,76 (0,047)
Flere enn 5				1,00
<b>Sivilstatus</b>				
Gift/samboer				1,00
Ugift				0,94 (0,631)
<b>Helsefremmende livsstil</b>				
<b>Røyking</b>				
Aldri / av og til				1,00
Daglig				1,25 (0,084)
<b>Trening</b>				
Aldri / sjelden				0,80 (0,076)
Minst en gang per uke				1,00
-2 Log likelihood	2389,21	2243,97	2234,24	2223,71
Endring		145,24 (0,000)	9,72 (0,021)	10,53 (0,104)
Nagelkerke R <sup>2</sup>	0,024	0,120	0,126	0,133