

Kan misfornøyde pasienter gi oss bedre helsetjenester?

16

Hvordan vurderer pasientene helsepersonellens evne til å gi informasjon om sykdom, vise innlevelse i deres situasjon, og forordne riktige medisiner? Den typisk misfornøyde pasient mangler en fast legekontakt, har relativt alvorlige helseproblemer og liten tiltro til legenes evne til å forstå folks helseproblemer. Slike resultater forteller noe om pasientenes subjektive opplevelser. Men undersøkelser som måler pasientenes tilfredshet kan også belyse hvordan ulike organisatoriske og administrative trekk ved helsetjenesten påvirker kvaliteten i det tilbudet som gis.

Jon Erik Finnvoll

Hvorfor har noen pasienter negative erfaringer fra sine møter med helsetjenesten, mens andre er fornøyde? Variasjoner i tilfredshet kan være betinget av ulike egenskaper ved individene, slik som helsetilstand, sosial bakgrunn (inntekt og utdanningslengde), generell livskvalitet, og tillit til helseprofesjoner. Et annet spørsmål er om variasjoner i pasienters erfaringer kan føres tilbake til organisatoriske trekk ved det lokale helsetilbudet. Har for eksempel kommuner med kommunalt ansatte leger mer tilfredse pasienter enn kommuner som har satset på privatpraktiserende leger? Hvordan påvirker tilgjengeligheten tilfredsheten? Er brukere som benyttet jordmødre ved svangerskapskontrollene mer fornøyde enn de som brukte lege eller gynekolog? I artikkelen drøfter vi

pasienttilfredshetsundersøkelser som framgangsmåte i forskning som evaluerer offentlige tjenester. Er det pasientene eller helsetilbudet vi får vite noe om når vi undersøker pasientenes subjektive erfaringer? Datagrunnlaget består av et utvalg småbarnsmødre, som har beskrevet sine erfaringer i en spørreskjemaundersøkelse (se ramme 1).

To av fem misfornøyde med legens innlevelse

Formålet med legekontakten kan sies å være tredelt (Ong mfl. 1995): Den skal skape en god og positiv mellommenneskelig relasjon mellom lege og pasient, bidra til gjensidig utveksling av informasjon, og føre til at pasienten får råd om hvordan sykdommen skal behandles. Blant de intervjuede småbarnsmødrene var det 60 prosent som

1. Datagrunnlag

Undersøkelsen dreier seg om brukernes erfaringer med helsetjenesten og legetjenesten. Utvalgsmengden er kvinner med små barn. Dette er en gruppe med relativt hyppige kontakter med helsetjenesten. Skal vi få vite noe om befolkningens erfaringer med helsetjenesten, er det naturlig å spørre befolkningsgrupper som ofte har kontakt. Det er også faser av livet, uavhengig av sykkelighet, der velferdsyrkene i helsetjenesten er viktigere enn andre. Alderdom og livsavslutning er en slik fase, tiden rundt svangerskap, fødsel og småbarnsalder en annen. Utvalget som ble trukket bestod i hovedsak av to grupper:

- Alle kvinner som fikk et barn i august og september 1993, til sammen 9 005 barn.
- Innvandrere med oppholdsdato før 1989 ble overrepresentert ved å inkludere også de som fikk barn i juli. Totalt utgjorde denne gruppen 1 395 barn.

Til sammen 9 827 spørreskjema ble sendt ut høsten 1994. Det ble motatt svar fra 7 319 av i alt 9 827 utsendte skjema, en svarprosent på 74. Generelt var svarprosenten relativt lav for innvandrere, unge mødre, separerte, lavt utdannede og personer med lav inntekt. Utvalget og frafallet er nærmere beskrevet i Bild mfl. 1998.

De fleste analysene i denne artikkelen bygger på et underutvalg som hadde hatt legekontakt for egen sykdom siste år (59 prosent av dem som svarte). I dette underutvalget var det 8 prosent som ikke kunne oppgi ventetid for legetime. Disse ble også holdt utenfor i analysene.

hadde hatt legekontakt for egen sykdom det siste året, og som ble stilt spørsmål om de tre ulike aspektene ved kommunikasjonen med legen. Spørsmålsformuleringene som ble anvendt i spørreskjemaet, bygger på et forslag utarbeidet av verdens helseorganisasjon (WHO 1987).

Det er avgjørende å skape en positiv mellommenneskelig kontakt med pasienten, dersom legen skal lykkes med den mer "tekniske" og medisinske delen av konsultasjonen, nemlig å stille riktig diagnose og foreslå en adekvat behandling (Rutle 1986). Flere undersøkelser av kvalitet i allmennpraksis viser at pasientene legger stor vekt på legenes personlige egenskaper. Legen må ha evne til å lytte til pasienten, være et medmenneske som forstår og bryr seg, og som behandler pasienten som en likeverdig (Arborelius, Timpka og Nyce 1992).

For å fange opp pasientenes vurdering av legens evne til mellommenneskelig kontakt og innlevelse i deres situasjon, ble svarpersonene bedt om å ta stilling til utsagnet *Noen ganger har jeg følelsen av at legen ikke tar mine sykdommer og problemer alvorlig*. Resultatene viste at til sammen 40 prosent var enig eller helt enig i utsagnet. Med andre ord, to av fem uttrykker en viss grad av misnøye med legens innlevelse i pasientens situasjon.

De fleste er fornøyde med informasjonen de får

Svarpersonene ble også bedt om å vurdere legenes evne til å formidle informasjon. Utsagnet som ble presentert var *Legen gir meg tilfredsstillende informasjon om hva som er galt*. Kun 4 prosent erklærte seg helt uenig i dette utsagnet, mens til sammen 22 prosent var helt uenig eller uenig i utsagnet.

Som eksempler på pasientenes vurdering av legens behandling, ble det samlet inn informasjon om over- og undermedisinering. Det var 18 prosent som mente de hadde fått medisiner de ikke hadde behov for, mens en noe mindre andel, 13 prosent, mente de ikke hadde fått medisiner de hadde bruk for. Det er altså mer vanlig å mene at man har fått feil medisiner, enn at man ikke har fått medisiner man egentlig burde hatt.

De som hadde hatt legebesøk for egen sykdom, fikk også spørsmål om legen hadde gitt råd om hva de kunne gjøre for å holde seg friske. Legen begrenser ikke sin virksomhet til utelukkende å behandle et helseproblem, men benytter ofte anledningen til gi råd om helseforebyggende atferd. Kliniske kontakter i allmennpraksis er derfor regnet som en av helsetjenestens viktigste forebyggende arenaer. Resultatene viste at nesten halvparten (47 prosent) svarte at de ikke hadde fått råd om hva de burde gjøre for å holde seg friske.

De fleste er tilfredse med kommunehelsetjenesten...

Svarpersonene ble også bedt om å ta stilling til utsagnet *Alt i alt, ut fra dine erfaringer, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med helsetjenesten i kommunen din?* Det var relativt få som gav uttrykk for en direkte misnøye med det kommunale helsetilbudet. Kun 1 prosent var svært misfornøyd, mens 5 prosent var misfornøyd. Vel 60 prosent oppgav at de var svært fornøyd eller fornøyd, mens 32 prosent var middels fornøyd.

...eller kanskje ikke?

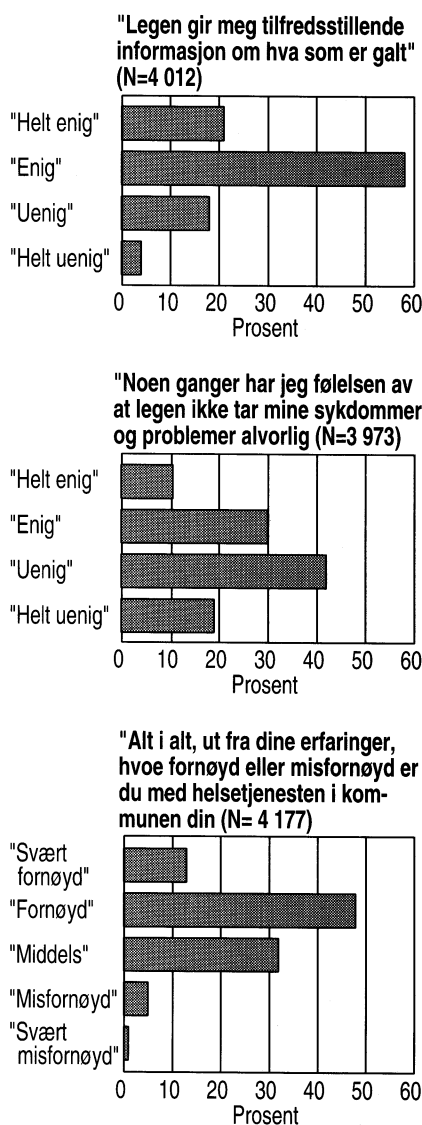
Det er et gjennomgående trekk ved undersøkelser av pasientenes tilfredshet at få gir uttrykk for misnøye når de blir bedt om å vurdere

helsetilbudet generelt. Det er sjelden at mer enn 10 prosent er misfornøyd. Det er flere grunner til å tro at den høye generelle tilfredsheten ikke er reell. Resultater fra tidligere undersøkelser viser at det skal ganske ekstreme erfaringer til for at pasienter gir uttrykk for en direkte misnøye. Det kan være vanskelig å uttrykke misnøye med et tilbud man er avhengig av, og ofte ikke har noe alternativ til. I mange tilfeller vil pårørende være en mer pålitelig kilde for opplysninger om kvaliteten i tjenestetilbudet (Wilson 1993).

Selve pasientrollen er i klassiske sosiologiske studier beskrevet som en passiv rolle, som i liten grad legger opp til deltakelse og medvirkning. Slik medisinen har utviklet seg, er avstanden mellom de medisinske profesjonenes kunnskap og den enkelte pasient blitt stor. I tråd med dette anser mange at pasienten ikke er kvalifisert til å ha noen mening om den behandlingen de får, og dermed underrapporteres negative erfaringer. Andre tendenser motsier denne tolkningen av høy tilfredshet: Den økende anvendelse av begreper som 'klient' og 'bruker' som alternativ til 'pasient' kan tolkes som et uttrykk for et ønske om en mer aktiv holdning fra pasientenes side. Mye medisinsk informasjon er i dag tilgjengelig via Internett, noe som kan minske kløften mellom pasientene og den medisinske fagkunnskapen.

Videre er det også typisk for pasienttilfredshetsundersøkelser at mer spesifikke spørsmål viser større grad av utilfredshet enn mer generelle (Oakley 1991). Resultatene fra småbarnsmødrenes erfaringer er dermed som forventet.

Figur 1: Småbarnsmødres¹ erfaringer med legekontakter. Respons på spørsmålet. Prosent



¹ Spørsmål om erfaringer med helsetjenesten ble stilt til de som hadde hatt kontakt med lege siste år på grunn av egen sykdom

God legedekning gir ikke større tilfredshet

I en årrekke har helsetjenesteforskningen dokumentert at den behandlingen pasienter får, i mange tilfeller avhenger av hvor de bor. Ikke bare varierer behandlingen

pasientene får, det finnes også eksempler på at det samme er tilfellet med resultatet av behandlingen (Detsky 1995). Likevel har vi mindre dokumentasjon på konsekvensene av ulikheter i tilbud. En slik studie henter empiri fra Nord-Norge: Sønbo-Kristiansen og Hansen (1989) fant at bosatte i kommuner med ustabil legetilbud var mindre tilfredse enn andre, mens legedekningen, og den lokale legetjenestens avlønningsordning ikke hadde konsekvenser for tilfredsheten.

Variasjoner i legedekning i bostedskommunene til de som svarte, viste seg ikke å influere på verken generell tilfredshet, eller tilfredsheten med de ulike aspektene ved kontakten med lege (innlevelse, informasjon, medisinerings osv.). Legedekningen ble målt som legeårsverk i kommunehelsetjenesten pr. 10 000 innbyggere. Noe av bakgrunnen for resultatet kan ligge i at de erfaringer pasientene rapporterer, også kan skrive seg fra andre sammenhenger enn kommunehelsetjenesten. Videre er legedekning neppe noe godt mål på reelle variasjoner i kapasiteten til kommunale legetilbud. Analyser viser at variasjoner i behov mellom kommuner har betydelig innflytelse på kommunenes prioritering av årsverksinnsatsen i allmennpraksis (Finnvold 1993, 1996). Enkelte har gått så langt som å hevde at "... det desentraliserte norske systemet i liten grad fører til uønskede ulikheter i tilgjengeligheten til primærhelsetjeneste" (Rongen og Grytten 1996:1475). Satt på spissen: Når det er relativt få leger i en kommune, så skyldes det at legebehovet ikke er så stort.

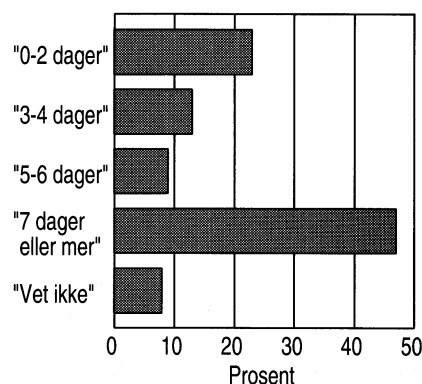
Lang ventetid gir litt surere pasienter

En jevn fordeling av legeressursene, som tar hensyn til at behovene for

legetjenester varierer fra kommune til kommune, er ikke nødvendigvis en garanti for at *tilgangen* på legetjenester er den samme i alle deler av landet. Legedekningen forteller først og fremst noe om innsatsen av ressurser. Tilgjengeligheten kan alternativt måles som den tiden pasientene må vente før de får legetime. Ifølge utvalget av småbarnsmødre varierer ventetid for legetime over en betydelig skala (figur 2). Mens 23 prosent oppgav at ventetiden var 0-2 dager, var det 47 prosent som måtte vente 7 dager eller mer for å få time hos legen.

Det dreier seg om individuelle variasjoner, som kan ha svært ulike forklaringer. Kommuner kan i varierende grad ha maktet å organisere legetjenesten på en slik måte at personellressursene blir utnyttet på en god måte. Det kan også dreie seg om variasjoner innenfor kommunen. Mye tyder på at kvinner foretrekker kvinnelige leger, som opplever en større pågang, med

Figur 2: Småbarnsmødres¹ erfaringer med legens tilgjengelighet. Respons på spørsmålet *Hvor lang tid tar det å få time hos legen eller legekontoret du vanligvis bruker?* (N=4 095). Prosent



¹ Spørsmål om erfaringer med legekontakter ble stilt til de som hadde hatt kontakt med lege siste år på grunn av egen sykdom

lengre ventetid som resultat. I 1995 var det 80 kommuner som hadde tre leger eller færre (Statistisk sentralbyrå 1997). På slike steder blir situasjonen oversiktlig, og leger som har vært lenge i kommunen eller har "et godt rykte", vil få flere henvendelser, og dermed lengre ventetid.

Formålet med analysen var imidlertid ikke å reflektere over mulige årsaker til variasjoner i ventetid, men belyse konsekvensene av disse variasjonene for pasientenes tilfredshet. Tendensen var at de som hadde kort ventetid var mer tilfredse enn de som hadde lang ventetid. Forskjellene er ikke store, men statistisk sikre (tabell 1): De som måtte vente i 7 dager eller mer, hadde større sannsynlighet for å mene at

legen ikke tok deres problemer alvorlig nok,¹ ikke gav tilfredsstillende informasjon om helseproblemet, forordnet feil medisiner osv. En nærliggende forklaring på denne sammenhengen er at leger med lang ventetid har mindre tid til hver pasient, og dermed færre muligheter til å informere, finne den riktige diagnosen osv.

Fastlønnsleger og turnuskandidater gir litt mindre tilfredshet...

Vi fokuserer på erfaringene til bosatte i tre ulike typer kommuner.

- Kommuner der turnuskandidater utgjør en vesentlig del av legetilbudet (mer enn 25 prosent turnuskandidater).
- Kommuner som baserer seg på privatpraktiserende leger med

kommunal avtale (mer enn 95 prosent avtaleleger).

- Kommuner der legetjenesten drives av kommunalt ansatte leger (100 prosent fast ansatte leger).

Turnuskandidatene er ennå ikke godkjente leger, men må regnes som en del av legetilbudet, fordi de i hovedsak utfører legepraksis på linje med ferdig utdannede leger. I mange mindre kommuner utgjør turnuskandidatene en vesentlig del av legetilbudet, og står for opptil 50 prosent av årsverksinnsatsen i allmennpraksis.

Leger med fast lønn er ansatt som kommunale arbeidstakere lønnet over de kommunale budsjettene. Innholdet i arbeidet til fastlønnede leger blir for en stor del fastsatt gjennom kommunale instruksjoner. Denne organisasjonsformen er mest vanlig i mindre sentrale kommuner, som ofte mangler befolkningsgrunnlag for privatpraktiserende leger (Statistisk sentralbyrå 1997).

Leger med kommunal avtale er privatpraktiserende leger som gjennom en avtale med kommunen blir en del av den kommunalt organiserte helsetjenesten. De får et kommunalt driftstilskudd, men er i hovedsak finansiert av trygdebudsjettet gjennom refusjoner for den enkelte konsultasjon og behandling, samt egenandeler fra pasientene. Inntektene til disse legene er altså betinget av hvor mange pasienter de behandler.

Til en viss grad er det slik at organisasjonsmåten påvirker tilfredsheten. Bosatte i kommuner basert på privatpraktiserende leger syntes å være mer fornøyde, uten at denne sammenhengen var tydelig nok til å være statistisk sikker. Men det var statistisk sikre holdepunkter for at

Tabell 1: Småbarnsmødres erfaringer med legekontakter ved egen sykdom. Respons på spørsmål om legens evne til å gi informasjon og vise innlevelse. Etter bostedskommunens organisering av allmennlegetjenesten. Prosent

Utsagn/egenskaper ved bosted	Legen gir meg tilfredsstillende informasjon om hva som er galt					(N)
	I alt	Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	
Alle	100	21	57	18	4	(3 675)
Organiseringen av allmennlegetjenesten						
Bosatte i kommuner med utelukkende fastlønnsleger	100	15	66	14	5	(195)
Tilgjengelighet/ventetid for legetime						
0-2 dager	100	27	60	11	3	(888)
7 dager eller mer	100	19	55	21	5	(1 820)
Utsagn/egenskaper ved bosted	Noen ganger har jeg følelsen av at legen ikke tar mine sykdommer og problemer alvorlig					(N)
	I alt	Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	
Alle	100	10	30	41	19	(3 711)
Organiseringen av allmennlegetjenesten						
Bosatte i kommuner med utelukkende fastlønnsleger	100	13	39	34	14	(186)
Bosatte i kommuner med over 25 prosent turnuskandidater	100	14	33	42	11	(193)
Tilgjengelighet/ventetid for legetime						
0-2 dager	100	5	24	46	25	(894)
7 dager eller mer	100	13	33	37	17	(1 838)

Tabell 2: Småbarnsmødres erfaringer med legekontakter ved egen sykdom. Erfaringer med legens medisiner og formidling av forebyggende råd. Prosent



	Prosent	(N)
Andel som mente at de hadde fått medisiner de ikke hadde behov for		
Alle	18	(3 575)
Organiseringen av allmennlegetjenesten		
Bosatte i kommuner med over 25 prosent turnuskandidater	25	(190)
Tilgjengelighet/ventetid for legetime		
0-2 dager	15	(895)
7 dager eller mer	20	(1 824)
Andel som mente at de ikke hadde fått medisiner de hadde behov for		
Alle	13	(3 699)
Tilgjengelighet/ventetid for legetime		
0-2 dager	11	(896)
7 dager eller mer	15	(1 835)
Andel som ikke hadde fått råd av legen om hva hun burde gjøre for å holde seg frisk		
Alle	47	(3 691)
Tilgjengelighet/ventetid for legetime		
0-2 dager	43	(888)
7 dager eller mer	49	(1 832)

Tabell 3: Småbarnsmødres erfaringer med kommunehelsetjenesten. Respons på spørsmål om generell tilfredshet. Prosent



Alt i alt, ut fra dine erfaringer, hvor fornøyd eller misfornøyd er du med helsetjenesten i kommunen din?							
Egenskaper ved bosted	I alt	Svært fornøyd	Fornøyd	Middels	Misfornøyd	Svært misfornøyd	(N)
Alle	100	13	48	32	5	1	(3 860)
Organiseringen av allmennlegetjenesten							
Bosatte i kommuner med utelukkende fastlønnsleger	100	9	53	30	8	1	(196)
Bosatte i kommuner med 95 prosent avtaleleger	100	17	52	26	4	1	(315)
Bosatte i kommuner med over 25 prosent turnuskandidater	100	13	39	42	5	1	(207)
Tilgjengelighet/ventetid for legetime							
0-2 dager	100	20	55	21	3	1	(917)
7 dager eller mer	100	11	42	38	7	2	(1 893)

bosatte i kommuner med utelukkende fastlønnsleger, var mindre tilfredse med legens informasjon, og noe oftere opplevde at legen ikke tok deres problemer alvorlig nok. Bosatte i kommuner med høy andel turnuskandidater mente relativt ofte at de hadde fått medisiner de ikke hadde behov for, og gav uttrykk for en noe større generell misnøye med kommunehelsetjenesten. Men, som tabell 2 viser, forskjellene er ikke dramatiske. Også i kommuner med høy andel turnuskandidater og fastlønnsleger er det stor generell tilfredshet med det kommunale helsetilbudet.

...fordi de gir dårligere kontinuitet i relasjonen lege-pasient

Hvorfor er det slik at pasientene i fastlønnskommuner og kommuner med mange turnuskandidater uttrykker større misnøye? Det er kjent at legestabiliteten naturlig nok er mindre i kommuner med mange turnuskandidater, det samme er tilfellet for kommuner med mange fastlønnsleger (Finnvold 1996, 1997).

Datagrunnlaget gir muligheter for å skille mellom de som vanligvis brukte en fast lege, og de som sjelden eller aldri brukte en fast lege. Når denne variabelen tas med i analysene av fastlegetilknytning og tilfredshet,² viser det seg at de fleste påviste sammenhengene mellom andeler fastlønnsleger/turnuskandidater og tilfredshet ikke lenger er statistisk signifikante. Det er kontinuiteten i den enkeltes legerelasjon som ligger bak: Personer som har en fast lege, vil som regel være mer fornøyd med legetilbudet enn personer som mangler en stabil legekontakt (Hjortdahl og Lærum 1992, Finnvold 1995).

Svangerskapskontrollene: Bedre med jordmor enn lege

Kvinnene i undersøkelsen hadde barn som var ett år gamle, og alle ble spurt om hvor fornøyd de var med svangerskapskontrollene de gikk til ved siste svangerskap. Igjen viser det seg at få gir uttrykk for direkte misnøye: Det var 7 prosent som var helt uenig eller uenig i utsagnet "Jeg er stort sett fornøyd med svangerskapskontrollene jeg gikk til". Det ble også stilt spørsmål om hvilken yrkesgruppe som ble benyttet ved svangerskapskontrollene. Det mest vanlige var å bruke allmennlege (43 prosent), mens 18 prosent hadde brukt jordmor og 6 prosent gynekolog. Mange benyttet kombinasjoner av yrkesgruppene, det mest vanlige var å kombinere allmennlege med jordmor (18 prosent).

Er den generelle tilfredsheten påvirket av om den gravide benyttet lege eller jordmor ved svangerskapskontrollene? Historisk har det vært en skepsis fra legeprofesjonen og helseforvaltningens side mot jordmødrenes rolle i svangerskapsomsorgen (se Bild mfl. 1998 for en mer fylldig diskusjon). Dette er en av årsakene til at det er relativt færre jordmødre i Norge, og at de er blitt tillagt færre arbeidsoppgaver enn sine yrkesøstre i andre skandinaviske land (Kjølørød 1993). Nyere retningslinjer pålegger kommunene jordmortjeneste som obligatorisk, et signal om at man ønsker at jordmorprofesjonen skal få en større rolle i svangerskapsomsorgen. I perioden 1987 til 1996 økte tallet på jordmorårsverk i kommunehelsetjenesten fra 90 til 220, mens det i 1996 fortsatt var nesten 70 kommuner som ikke kunne gi gravide et tilbud om kontroller av jordmor (Statistisk sentralbyrå 1997).

Tabell 4: Tilfredshet med svangerskapskontrollene. Respons på utsagnet. Fordeling etter yrkesgruppe som ble brukt. Prosent

Jeg er stort sett fornøyd med svangerskapskontrollene jeg gikk til					
	I alt	Helt enig	Enig	Uenig/ helt uenig	(N)
Alle	100	47	46	7	(6 997)
Jordmor	100	55	42	3	(1 148)
Gynekolog	100	62	34	4	(464)
Allmennlege	100	40	50	10	(2 767)
Kombinasjoner av yrkesgrupper	100	50	45	5	(2 618)

Kilde: Bild mfl. 1998

Konklusjonen som kan trekkes fra tilfredshetsanalysen er, at jordmødrene med fordel kan trekkes mer inn i svangerskapsomsorgen. De som brukte jordmor, var mer fornøyd enn de som brukte lege (tabell 4). Men likevel er det grunn til å minne om at tilfredsheten fortsatt var høy hos dem som utelukkende

brukte lege. Flere mekanismer kan ligge bak denne sammenhengen. Leger er tross alt ikke spesialister på svangerskap, mens jordmødrene har en langt mer spesialisert skole-ring. På denne bakgrunnen er det ikke overraskende at de som brukte jordmor, var noe mer tilfredse.

Tabell 5: Småbarnsmødres erfaringer med legekontakter ved egen sykdom. Respons på spørsmål om legens evne til å gi informasjon og vise innlevelse. Etter kontinuitet i legerelasjonen. Prosent

Legen gir meg tilfredsstillende informasjon om hva som er galt						
Kontinuitet	I alt	Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	(N)
Alle	100	21	57	18	4	(3 668)
Respons på spørsmålet						
Bruker du alltid den samme legen?						
Ja, nesten alltid	100	28	56	13	2	(2 046)
Ja, som oftest	100	13	60	22	5	(1 206)
Nei, sjelden/aldri	100	10	57	27	7	(416)
Noen ganger har jeg følelsen av at legen ikke tar mine sykdommer og problemer alvorlig						
	I alt	Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	(N)
Alle	100	10	30	41	19	(3 763)
Respons på spørsmålet						
Bruker du alltid den samme legen?						
Ja, nesten alltid	100	8	25	42	26	(2 063)
Ja, som oftest	100	11	36	42	12	(1 218)
Nei, sjelden/aldri	100	14	40	38	7	(423)

Mye påvirker pasientenes tilfredshet...

Analysene over er eksempler på at trekk ved tjenestetilbudet har betydning for pasientenes vurdering av tilbudets kvalitet. Men hvordan er den relative betydningen av disse sammenhengene sammenlignet med andre egenskaper ved pasientene?

...og kontinuitet er viktigst

Det er vist at kontinuiteten i legere-lasjonen har betydning for tilfredsheten, og at enkelte kommuner har vansker med å skape kontinuitet. Derfor har de et legetilbud som oppleves som mer mangelfullt av pasientene. Kontinuitet har en langt mer tydelig innflytelse på pasiente-

nes erfaringer enn de påviste trek-kene ved helsetilbudet. For samtlige av de undersøkte egenskapene viste det seg at kontinuitet var den statis-tisk sett mest avgjørende egenska-pen.² Et eksempel: Blant de som all-tid brukte fast lege, var det 60 pro-sent som fikk råd om hva de burde gjøre for å holde seg friske, mens tilsvarende andel var 34 prosent for de som sjelden eller aldri brukte den samme legen.

Noen av disse sammenhengene mellom erfaringer og kontinuitet er vist i tabell 5. Forskjellene er tydeli-ge, og illustrerer at dersom helse-forvaltningen makter å sikre befolk-ningen et mer stabilt legetilbud, kan dette innebære en kvalitetshev-

ning av allmennlegetjenesten. At pasienter ufrivillig konfronteres med mange forskjellige leger, med manglende tilfredshet som resultat, er én av flere mulige tolkninger av sammenhengen mellom tilfredshet og kontinuitet. Som påpekt av bl.a. Pascoe (1983): Manglende tilfreds-het kan også påvirke pasientens at-ferd, med hyppige legebytter som resultat (Marquis mfl. 1985).

Friske pasienter er mest fornøyde

Personer som var misfornøyde med sin egen livssituasjon, gav også ut-trykk for en større grad av misnøye, både med kommunehelsetjenesten spesielt og med mer spesifikke erfa-ringer.² Dette resultatet peker mot at rent subjektive tilstander kan på-virke pasientenes rapportering. En viktig årsak til mangel på livskvali-tet er kronisk sykdom. Men selv om ulike mål for sykkelighet ble inkludert i analysen, var det fortsatt slik at livskvalitet hadde en klar inn-virkning på pasientenes vurderin-ger.

Helseproblemenes alvorlighetsgrad vil variere. Det kan være rent tri-vielle problemer som har ført pa-sienten til legen, for eksempel en sykemelding ved influensa. Andre vil ha kroniske sykdommer som krever en kontinuerlig oppfølging fra helsetjenesten. Psykiske og psy-kosomatiske problemstillinger vil kreve en annen tilnærming av legen enn mer somatisk betingede syketil-feller. Det viser seg at sykkelighet har en klar innvirkning på pasien-tens beskrivelse av sine erfaringer. Jo friskere pasienten er, jo bedre synes kontakten med helsetjenesten å ha fungert. Disse sammenhen-gene er illustrert i tabell 6. Blant de som mente de hadde meget god helse, var det 13 prosent som had-de opplevd at legen ikke tok deres sykdommer og problemer alvorlig.

Tabell 6: Småbarnsmødres erfaringer med legekontakter ved egen sykdom. Respons på spørsmål om legens evne til å gi informasjon og vise innlevelse. Etter egenvurdert sykkelighet. Prosent

Kontinuitet	I alt	Legen gir meg tilfredsstillende informasjon om hva som er galt				(N)
		Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	
Alle	100	21	57	18	4	(3 568)
Respons på spørsmålet						
Hvordan vurderer du din egen						
helse sånn i sin alminnelighet?						
Vil du si at den er god eller dårlig						
Meget god	100	30	56	12	2	(963)
God	100	20	60	17	3	(1 883)
Middels	100	14	56	26	4	(592)
Dårlig/meget dårlig	100	15	42	32	11	(130)
	I alt	Noen ganger har jeg følelsen av at legen ikke tar mine sykdommer og problemer alvorlig				(N)
		Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	
Alle	100	10	30	41	19	(3 601)
Respons på spørsmålet						
Hvordan vurderer du din egen						
helse sånn i sin alminnelighet?						
Vil du si at den er god eller dårlig						
Meget god	100	6	24	44	27	(972)
God	100	9	32	43	17	(1 899)
Middels	100	14	37	35	14	(600)
Dårlig/meget dårlig	100	30	28	33	9	(130)

Denne andelen ble større med økende sykkelighet, og var 41 prosent hos de som mente at helsen var dårlig eller svært dårlig.

Forklaringen på dette kan synes triviell. Jo mer alvorlig helseproblemet er, jo mer komplisert kan det være å behandle. Legen stilles overfor større utfordringer, og det blir vanskeligere å etterkomme pasientens behov for informasjon og innlevelse. Det står mer på spill for pasienter med mer alvorlige helseproblemer, og muligheten for å bli skuffet er dermed større. Ved mer trivielle problemer vil ikke medisinerings være aktuelt, mens spørsmål om medisinerings oftere vil dukke opp ved mer alvorlige eller kroniske tilstander, og dermed øker risikoen for at legen også forordner feil

medisin. Men forklaringen er ikke nødvendigvis enkel. Det finnes eksempler på studier fra USA som viser at leger har mer sympati for, og liker sine relativt friske pasienter bedre enn mer sykdomsbelastede pasienter (Hall mfl. 1993). Selv om slike studier ikke nødvendigvis kan generaliseres til andre land, er det mulig at sammenhengen mellom sykkelighet og tilfredshet ikke utelukkende kan forklares med henvisning til egenskaper ved pasientene.

Høna og egget

Pasientenes holdninger og forventninger til helse og helsetjeneste kan påvirke det faktiske innholdet i deres kontakt med helsetjenesten, men vil også kunne prege deres beskrivelser av møtet med helsetjenesten. Noen stiller høye krav,

andre har mindre forventninger. Når det ikke er samsvar mellom forventninger og konkrete erfaringer, blir misnøye resultatet (Fox og Storms 1981). Det er imidlertid vanskelig å finne noe godt mål på forventninger. Det finnes ingen etablert framgangsmåte, og en gjennomgang av ulike studier av forventninger på helseområdet konkluderer at litteraturen om emnet er forvirrende og lite enhetlig (Thompson og Sunol 1995).

Pasientens tillit til helsevesenet kan også ha konsekvenser for hvordan kommunikasjonen med legen fungerer, og hvordan pasienten velger å beskrive sine erfaringer. En person med en grunnleggende mangel på tillit til legens muligheter og evner til å hjelpe, oppnår kanskje ikke like god kommunikasjon med legen, og vil ha lettere for å få sine negative antakelser bekreftet. I undersøkelsen ble svarpersonene bedt om å ta stilling til utsagnet "Folk flest forstår sin egen helse bedre enn det deres lege gjør". Til sammen 51 prosent erklærte seg helt enig i dette utsagnet, og det er grunn til å tro at det i denne gruppen er en overrepresentasjon av kvinner som har tillit til legen og positive forventninger til hva som kan komme ut av kontakten med legen. Det er ikke like opplagt at det blant de 49 prosentene som var uenig eller helt uenig i utsagnet, finnes mange som har en grunnleggende mistillit til helsevesenet. Ser vi disse funnene i forhold til tilfredshet, viste det seg at det var systematiske sammenhenger: Jo mer skeptiske de var til helseprofesjoner, jo mer tilbøyelige var de som svarte til å uttrykke misnøye. Dette gjaldt samtlige av de undersøkte kontekstene, både svangerskapskontroller, kontakter med lege for egen sykdom, og generell tilfredshet med kommunehelsetjenester.

Tabell 7: Småbarnsmødres erfaringer med legekontakter ved egen sykdom. Respons på spørsmål om legens evne til å gi informasjon og vise innlevelse. Etter holdning til helseprofesjoner. Prosent

		Legen gir meg tilfredsstillende informasjon om hva som er galt				
		Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	(N)
Kontinuitet	I alt					
Alle	100	21	57	18	4	(3 544)
Respons på spørsmålet						
Folk flest forstår sin egen helse bedre enn det deres lege gjør?						
Helt enig	100	13	47	29	12	(301)
Enig	100	17	59	20	4	(1 513)
Uenig	100	25	60	14	2	(1 588)
Helt uenig	100	48	39	11	2	(142)
		Noen ganger har jeg følelsen av at legen ikke tar mine sykdommer og problemer alvorlig				
		Helt enig	Enig	Uenig	Helt uenig	(N)
Alle	100	10	30	41	19	(3 576)
Respons på spørsmålet						
Folk flest forstår sin egen helse bedre enn det deres lege gjør?						
Helt enig	100	42	35	20	4	(310)
Enig	100	21	47	26	6	(1 519)
Uenig	100	16	38	35	11	(1 604)
Helt uenig	100	12	27	34	27	(143)

ten. Eksempler på slike sammenhenger er vist i tabell 7.

Igjen er det vanskelig å tolke disse sammenhengene. Synspunkter på og forventninger til helsevesenet vil trolig endres over tid av de konkrete erfaringene individer gjør seg gjennom livsløpet (Thompson og Sunol 1995:140). Sammenhengen som er uttrykt i tabell 7 kan dermed være et uttrykk for de erfaringer pasientene har hatt over tid.

Ingen klar sammenheng med sosial bakgrunn

Ifølge en gjennomgang av ulike empiriske studier av pasienttilfredshet, er det ikke noen klar sammenheng mellom sosial status og pasienttilfredshet (Hall og Dornan 1990). Mer spesifikke studier av kommunikasjonen mellom lege og pasient er likevel mer entydige. Roter og Hall (1992:48) konkluderer med at leger formidler mer informasjon til pasienter med høy sosial status sammenlignet med pasienter med lavere sosial status, og at pasientenes utdanningsnivå spiller en nøkkelrolle i denne sammenheng. Høy utdanning gir en fordel i kommunikasjonen med legen, og dette er spesielt tydelig når det gjelder barnefamilier.

Ann Jacoby (1988:103) fant med utgangspunkt i empiri fra en undersøkelse av nybakte mødre at det var kvinner som var sosialt vanskeligstilt på en eller annen måte, som hadde de største problemene med å få den informasjonen de hadde behov for.

Denne konklusjonen får støtte av flere undersøkelser av helsetjenester rettet mot mor og barn (Oakley 1991, Ross og Duff 1982). Resultater som dette kan imidlertid være tids- og stedsspesifikke, og er ikke nødvendigvis overførbare til skandi-

naviske velferdsstater. Men Jensen og Bomann-Larsen hevder, med utgangspunkt i norsk empiri, at kvaliteten i offentlig tjenesteyting er sosialt skjevfordelt: Best hjelp til de mest ressursrike, minst og dårligst til de svakeste. Dette ser ut til å være en lovmessighet i store deler av offentlig forvaltning (Jensen og Bomann-Larsen 1991:25).

Hypotesen er at de minst ressursrike får det dårligste tilbudet, men ifølge forfatterne er det vanskelig å måle dette fordi disse gruppene har mindre forventninger til de offentlige tjenestene enn andre. En undersøkelse med et utvalg fra tre norske kommuner konkluderer med at folk er mindre tilfredse med allmennlegjetjenesten jo høyere utdanning de har, noe de ser som et utslag av større forventninger og mer kritiske holdninger blant personer med høy utdanning (Elstad 1987).

Småbarnsmødrenes erfaringer tyder på at personer med lav utdanning eller lav inntekt, enslige forsørgere og sosialhjelpsmottakere hadde en svak overrepresentasjon av negative erfaringer fra legebesøk ved egen sykdom. Det ble ikke funnet en slik tendens når de spurte skulle vurdere kommunehelsetjenesten generelt. Og for tilfredsheten med svangerskapskontroller var det en motstridende tendens, der høyt utdannede syntes å ha en mer negativ vurdering av tilbudet de hadde fått.

Gjennomgangen av pasientenes og brukernes vurderinger fra ulike sammenhenger, viser hvor sammensatt pasienttilfredshet er som fenomen. En rangering av den statistiske betydningen til de undersøkte faktorene ser slik ut:

1. Kontinuitet var den viktigste egenskapen i samtlige analyser
2. Tillit til helseprofesjoner var den nest viktigste faktoren, og klart signifikant i samtlige analyser
3. Sydommens alvorlighetsgrad hadde betydning i samtlige kontekster
4. Tilgjengelighet hadde en klar innvirkning på pasienttilfredshet
5. Livskvalitet hadde i flere analyser en selvstendig innvirkning på pasientenes rapportering
6. Sosial bakgrunn hadde en svak, og delvis motstridende betydning

Hvor langt kommer vi med tilfredshetsundersøkelser?

En rekke mål på pasienttilfredshet er belyst over. I hvilken grad er disse målene indikatorer på kvalitet i helsetjenesten? For å besvare spørsmålet må selve begrepet pasienttilfredshet defineres. Noen enighet om hva begrepet inneholder er ikke etablert, noe som av enkelte blir betegnet som en avgjørende svakhet ved tilfredshetsforskningen (Sitzia og Wood 1995). Hva som representerer kvalitet, vil variere etter hvilken kontekst i helsetjenesten det dreier seg om.

Som nevnt innledningsvis, for å lykkes med den mer "tekniske" delen av konsultasjonen, er det viktig at legen har evne til å lytte til pasienten, og gi trygghet og kunnskap. De helseproblemene legen blir konfrontert med er ofte av mer "diffus" karakter og er vanskelig å diagnostisere (Grimsmo 1994), noe som understreker hvor viktig selve kommunikasjonsprosessen er for å komme fram til en forståelse av hva pasienten faktisk feiler. Kommunikasjon mellom mennesker er følgelig et helt sentralt element når vi skal undersøke kvaliteten i denne typen helsetilbud. Derfor er det vanskelig å komme utenom pasienten som kilde til informasjon om hvordan kommunikasjonen mellom



lege og pasient faktisk fungerte. Det er ikke like opplagt at pasienten kan vurdere legens tekniske kompetanse, for eksempel legens evne til å forordne medisin.

Denne generelle betraktningen om selve kommunikasjonsprosessen betydning i eksempelvis allmennpraksis og svangerskapsomsorg, kan tas som argument for at pasien-

tenes beskrivelser uttrykker den faktiske kvaliteten på tilbudet. Men denne konklusjonen kan problematiseres: Analysene foran av sammenhengene mellom de ulike mål for tilfredshet og livskvalitet, sykelighet og holdninger til helseprofesjoner, mer enn antyder at forhold som ikke utelukkende har grunnlag i hva som faktisk skjedde i de konkrete møtene mellom pasient og yrkesutøver, innvirker på pasientenes beskrivelse av sine erfaringer. Svargivningen kan påvirkes av respondentenes personlige kritiske legning, forventninger eller helsemessige og sosiale livssituasjon - forhold uten noen direkte tilknytning til det som faktisk skjedde i konsultasjonen. Legfolks kunnskap om medisin er begrenset, mange forstår f.eks. ikke vanlige faguttrykk i medisinen (Hofoss 1986). Videre vil registreringsmåten påvirke svargivningen, f.eks. kan positive eller negative utsagn virke ledende og påvirke svargivningen. Analyser av tidsserier fra en britisk kontekst viser at den generelle tilfredshet med helsetjenesten synes å være påvirket av konfliktnivået i medienes og den politiske opinionens behandling av helse spørsmål (Judge og Solomon 1993).

I en studie ble et utvalg videokonsultasjoner vurdert av et ekspertpanel bestående av helsetjenesteforskere (Bensing 1991). Det ble etablert en stor grad av enighet omkring hvilke konsultasjoner som hadde en bra kommunikasjon mellom lege og pasient, og konsultasjoner der kommunikasjonen mellom lege og pasient ikke fungerte. Det var også en viss grad av samsvar mellom pasientenes og forskernes vurdering av hva som var mer eller mindre vellykkede konsultasjoner, men korrelasjonen ble karakterisert som foruroligende lav.

Konklusjon: Vi skal ikke kimse av pasientenes erfaringer

Disse motforestillingene til tross: Hvordan skal vi tolke sammenhengene mellom tilfredshet og lokale organisatoriske forhold ved legetilbudet, kontinuitet, ventetid og profesjonstilknytning i svangerskapsomsorgen? Det synes vanskelig å påstå at spesielt kritiske, skeptiske og overprøvende pasienter velger lege i stedet for jordmor ved svangerskapskontrollene, opplever betydelig lengre ventetider hos sin lokale lege, eller oftere bor i kommuner som baserer seg på turnuskandidater eller fastlønnede leger. Dermed virker det rimelig å anta at pasientenes subjektive erfaringer også kan reflektere mer objektive forhold. Organisatoriske og administrative forhold, samt individuelle egenskaper ved den enkelte yrkesutøver, er faktorer som i større grad burde vies oppmerksomhet når man studerer brukernes erfaringer med offentlige helsetilbud. En nylig publisert oversikt over tilfredshetsundersøkelser overser denne type faktorer helt, mens ulike sosiodemografiske egenskaper ved pasientene selv gis mye oppmerksomhet (SitZIA og Wood 1995).

Mye tyder på at moderne velferdstater beveger seg bort fra standardiserte og enhetlige løsninger (Burrows og Loader 1995). Private og frivillige organisasjoner ser ut til å få et større spillerom i formidlingen av velferdstjenester, samtidig som vi i de fleste vesteuropeiske land har sett desentralisering og større fleksibilitet for lokale nivåer i den offentlige forvaltningen som et mål. Stilt overfor et mangfold av måter å formidle helsetjenester på, bør tilfredshetsundersøkelser kunne spille en rolle i vurderingen av hva som er "beste måten å gjøre det på".

1. Bivariate sammenhenger mellom svarpersonenes erfaringer og lokal organisering av allmennlegetjenesten ble først testet ved hjelp av polytome logistiske regresjonsanalyser. De analysene som gav statistisk signifikante resultater ($P < 0,05$) er presentert i tabell 1-3.

2. Sammenhenger mellom ulike trekk ved pasientene og deres erfaringer/tilfredshet ble også analysert ved å bruke multivariate polytome regresjonsanalyser. Metoden er nærmere beskrevet i Bild (1998). Eksempler på statistiske sammenhenger som ble identifisert i disse analysene er presentert som krystabeller i tabellene 4-7. Mer detaljert dokumentasjon av regresjonsanalysene kan fås ved å henvende seg til forfatteren. Den multivariate analysemodellen inkluderte et ofte brukt mål for livskvalitet, nemlig spørsmålet *Når du tenker på hvordan du har det for tida, er du stort sett fornøyd med tilværelsen, eller er du stort sett misfornøyd?* I undersøkelsen ble det anvendt 6 svaralternativer, *svært fornøyd, meget fornøyd, nokså fornøyd, nokså misfornøyd, meget misfornøyd, svært misfornøyd*. Til sammen 5 variable ble inkludert for å fange opp sammenhenger mellom sykkelighet og erfaringer med helsetjenesten. Disse variablene var egenvurdert sykkelighet, kronisk sykdom, somatiske og psykiske helseproblemer og antall kontakter med lege på grunn av sykdom siste år. Spørsmålsformuleringer og svaralternativer er dokumentert i Bild mfl. (1998). Livskvalitetsvariablen var signifikant i samtlige analyser, også når det ble kontrollert for sykkelighet. Unntaket var sammenhengen mellom overmedisinering og livskvalitet, som ikke lenger var signifikant.

Litteratur

Arborelius, Elisabeth, Toomas Timpka, James N. Nyce (1992): Patients comment on video-recorded consultations - the "good" GP and the "bad", *Scandinavian journal of social medicine* 4, 1992.

Bensing, J.M. (1991): Doctor patient-communication and the quality of care. *Social science and medicine* 32, 1991.

Bild, Hanna mfl. (1998): *Hvordan møter småbarnsfamiliene helsetjenesten? Analyser av variasjoner i helsetilstand, sosiale nettverk og erfaringer med helsetjenesten*, Rapporter 98/11, Statistisk sentralbyrå.

Burrows, Roger og Brian Loader (1995): *Towards a post-fordist welfare state?* Routledge, 1995.

Detsky, Allan S. (1995): Regional variation in medical care. Editorial, *The new england journal of medicine* 333, 9:589-590.

Elstad, Jon Ivar (1987): Diagnose av allmennlegetjenesten, INAS rapport 1987:5.

Finnvold, Jon Erik (1993): Personell-innsatsen i helsetjenesten: Økonomi eller behov avgjør, *Samfunnsspeilet* 1993, 2, Statistisk sentralbyrå.

Finnvold, Jon Erik (1995): Når barna er syke. Småbarnsforeldres erfaringer med legetjenesten. *Samfunnsspeilet* 1995, 4, Statistisk sentralbyrå.

Finnvold, Jon Erik (1996): *Kommunale helsetilbud: Organisering, ulikhet og kontinuitet*, Rapporter 96/6, Statistisk sentralbyrå.

Finnvold, Jon Erik (1997): Fastlegetilknytning blant kronisk syke: Legene flytter fra pasientene, *Samfunnsspeilet* 1997, 2, Statistisk sentralbyrå.

Fox, John G. og Doris M. Storms (1981): A different approach to sociodemographic predictors of satisfaction with health care. *Social science and medicine* 15, 1981.

Grimsmo, Anders (1994): Innsamling av sammenligningstall fra EDB-baserte driftssystemer i kommunene. Samfunnsmedisinsk forskningssenter Surnadal/Universitetet i Trondheim, Rapport 150194, 1994.

Hall, Judith A. og Michael C. Dornan (1990): Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis, *Social science and medicine*, 7, 1990.

Hall, Judith A. mfl. (1993): Physicians linking for their patients. More evidence for the role of affect in medical care, *Health Psychology* 12, 140, 1993.

Hjortdahl, Per og Even Lærum (1992): Continuity of care in general practice: Effect on patient satisfaction, *British medical journal* 304, 1992.

Hofoss, Dag (1986): Hva vet vi om pasienttilfredshet? Hva kan vi bruke kunnskapen til? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 14, 1986.

Jensen, Thor Øyvind og Petter Bomann-Larsen (1991): "Pasienterfaringer med helsevesenet" i Hroar Piene (red.): *Helsevesen i*

knipe. En antologi om helsetjenesteforskning, Oslo: Ad Notam, 1991.

Kjølsrød, Lise (1993): Jordmor der mor bor? En sosiologisk studie av jordmoryrket etter 1945, Oslo: Universitetsforlaget.

Jacoby, Ann (1988): Mothers views about information and advice in pregnancy and childbirth: Findings from a national study, *Midwifery*, 4, 1988.

Judge, Ken og Michael Solomon (1993): Public opinion and national health service: Patterns and perspectives in consumer satisfaction, *Journal of social policy*, 3, 1993.

Marquis, Susan mfl. (1985): Change in medical care provider: A causal analysis of the consequences of patient dissatisfaction. *Advances in consumer research* 1985, 12, 263-264.

Oakley, Ann (1991): Using medical care: The views and experiences of high-risk mothers. *Health services research* 26: 651-69.

Ong mfl. (1985): Doctor-patient communication: a review of the literature, *Social science and medicine* 40, 7.

Pascoe, Gregory C. (1983): Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis, *Evaluation and Program planning* 6, 185-210.

Rongen, Gunnar og Jostein Grytten (1996): Kommunelegetjenesten - hvor store er ulikhetene? *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 12, 1996.

Ross, Catherine og Raymond S. Duff (1982): Returning to the doctor. The effect of client characteristics, type of practice, and experience with care. *Journal of health and social behaviour* 23, 1982:119-131.

Roter, Debra og Judith Hall (1992): Doctors talking with patients, patients talking with doctors, Westport: Auburn house, 1992.

Rutle, Olav (1986): Kvalitet i allmennpraksis, *Tidsskrift for den Norske Lægeforening* 23, 1986.

Sitzia, John og Neil Wood (1995): Patient satisfaction: a review of issues and concepts, *Social science and medicine* 45, 12, 1997.

Statistisk sentralbyrå (1997): *Kommunehelsetjenesten 1987-1995. Forebyggende tjenester, lege- og fysioterapitjenester*, NOS C419.

Sønbo-Kristiansen, Ivar og Finn Henry Hansen (1989): Hva mener publikum om distriktslegetjenesten? En spørreskjemaundersøkelse fra Nord-Norge, *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*, 6, 1989.

Thompson, Andrew G.H. og Rosa Sunol (1995): Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence, *International journal for quality in health care* 7, 2, 127-141.

World Health Organization (1990): Evaluating the adequacy of health care through a study of consumer satisfaction. Report on a WHO study.

Wilson, Geraldine (1993): Users and providers. Different perspectives on community care services, *Journal of social policy* 22, 4, 507-526.

Jon Erik Finnvoid

(jon.erik.finnvoid@ssb.no) er førstekonulent i Statistisk sentralbyrå, Seksjon for helsestatistikk.