

Patienttillfredsställelse

En enkätstudie om kontakt med primärvårdskurator

Lena Burman

Gunilla Fahlström

Få studier föreligger om patienters tillfredsställelse med kuratorsinsats. I denna artikel redovisas resultatet av en enkät till personer som haft kontakt med primärvårdskuratorer. Den stora majoriteten var nöjda och särskilt ofta de patienter som remitterats. Då kontaktorsaken var långvarig sjukdom var en positiv reaktion vanligare än om det gällde familje/relationsproblem.

Lena Burman är familjerådgivare vid Örebro läns landsting men tidigare primärvårdskurator. Gunilla Fahlström är FoU-sekreterare vid Primärvårdens utvecklingsenhet, Örebro läns landsting.

INLEDNING

”Det är väldigt olika med personkemin, om det stämmer mellan kuratorn och patienten. Jag har haft kontakt med kurator förut som inte var till någon hjälp. Nu har jag fått gå till en annan kurator (som jag tror är en sådan kurator som passar väldigt många) och det har varit till stor hjälp ... Det är det bästa sättet att klara den börda man får av en kronisk sjukdom.”

Patienten beskriver i citatet sin personliga upplevelse av en yrkesmässig vård relation med god kvalitet. Patientten menar dock att hennes upplevelse av kontakten med denna kurator inte är specifik, utan snarare av allmäntlig karaktär. Uttrycket ”det bästa sättet” anger också en upplevelse av att ha mött rätt resurs. Patientten beskriver även bakgrunden till sitt behov av kuratorskontakt: att ha drabbats av kronisk sjukdom. En annan patient ger uttryck för en upplevd skillnad mellan två tillgängliga typer av resurser och beskriver liksom den förra patienten en erfarenhet av att ha ”kommit rätt”.

”Den biten kan ej en läkare ta. I mitt fall har samarbetet mellan läkare och kurator varit nödvändigt. Läkartiden räckte inte till för att nå de problem som är utanför kropp och själ.”

Ett citat från en tredje patient tillför oss associationer om såväl ”rätt plats” som ”rätt tid”.

”Skulle jag slussats direkt till psykolog hade jag kanske givit upp och betraktat mig som psykiskt sjuk.”

Att rätt resurs på rätt plats vid rätt tid ger patienten god tillfredsställelse verkar rimligt - vilka patienter upplever sin kuratorskontakt sådan?

Kuratorn i primärvården

Berglund (1) redogjorde för hur behovet av social specialistkompetens har diskuterats kontinuerligt i primärvårdens historia (2-5). Arbetsuppgifterna består huvudsakligen av samtal i utredande, motiverande, bearbetande och stödjande syfte (1-9).

Kvalitet och socialt arbete i hälso- och sjukvård

I många kvalitetsdiskussioner inom hälso- och sjukvården har tre begrepp varit centrala, nämligen struktur, process respektive resultat. Med struktur avses förutsättningar av olika slag och med process det som händer eller utförs. Resultat utgör den förändring i patienternas hälsa som kan tillskrivas struktur och process. Patienttillfredsställelse är en indikator på kvalitet som, enligt Donabedian (10), är outhärlig för en sådan diskussion. Hansson (11) ser studier av klienttillfredsställelse som basalt i kvalitetsutvecklingsprocessen. Emellertid har en rad studier visat att när patienter tillfrågas om sin behandling var de oftast nöjda, varför Hansson menade att mer nyanserade kunskaper krävs om behandlingen. Sådana kunskaper måste inhämtas på andra nivåer där tillfredsställelsestudier inte är tillräckliga.

Socialt behandlingsarbete handlar i grunden om relationen mellan behandlaren och klienten/patienten. Aspekter värda att beakta kan vara allmänmänskliga (om man gillar eller ogillar varandra, om man upplever motparten som just eller ojust) eller beröra förhållnings-

sättet (t ex lyssnande och förståelse). Det kan även avse upplevelser av interventioner, det vill säga att "ordna" något för patienten, ge råd, att bidra till ökad insikt eller förändring (12). Avgörande för kvaliteten borde därför vara hur patienten uppfattar sin relation till behandlaren. Uggerhøj (13) pekade i en studie vid en socialförvaltning på risken för socialarbetare att hamna i ett "hjälparsyndrom" byggt på längtan efter makt, medan klienterna utvecklar ett "hjälpökar-syndrom" byggt på maktlöshet. Detta torde ha giltighet även för socialt arbete i sjukvård. Marke Lind (14) diskuterade tendenser till överdrivet omhändertagande av patienten inom kuratorskulturen.

Några studier av patienters tillfredsställelse med kontakt med primärvårdskurator har inte kunnat återfinnas och studier av patienters tillfredsställelse med *specifika* kuratorsinsatser i andra delar av hälso- och sjukvården i ringa omfattning (15-16). Däremot återfinns knappt tioalet studier (17-24) av patienternas tillfredsställelse med *team*verksamhet där kuratorsmedverkan ingår. De tre kvalitetsbegreppen (struktur, process, resultat) var inte bärande begrepp i studierna.

Syfte och frågeställningar

Denna studie är av explorativ karaktär med syfte att undersöka patienters subjektiva bedömning av utrednings- och behandlingsinsatser hos kurator. Ett särskilt syfte var att erbjuda de deltagande primärvårdskuratorerna en individuell återkoppling av undersökningsresultat (25). I denna artikel fokuseras frågeställningen:

** För vilka patienter och under vilka förutsättningar är kuratorn "rätt resurs"?*

METOD

Procedur

Begreppen struktur, process samt resultat var vägledande för konstruktionen av frågorna till patienten. Med struktur avses här en beskrivning av patienterna (kön, ålder, utbildning, kontaktsak, sökväg). Med process menas antal kontakter samt dialogen mellan patient och kurator (antal kontakter, lyssnande, ömsesidig förståelse, acceptans, trygghet, samtalstakt, engagemang). Resultatet mättes genom frågor om tillräcklig information, förståelse av den egna situationen, om kontakten varit till hjälp, om patienten var nöjd samt om patienten skulle vilja ha samma kurator vid en eventuell ny kontakt. Formuläret innehöll även frågor om patienten någon gång upplevt ilska, känt sig besvårad alternativt

En typisk kuratorspatient är en kvinna, 31-50 år gammal, och oftast med någon form av utbildning utöver grundskola

lättad eller blivit besviken vid besöken. Valet av frågor rörande process och resultat utgick från kuratorernas bedömning av vad kvalitet i behandling innebär för en patient.

Formuläret innehöll tjugosju frågor med fasta, verbala, svarsalternativ, men utrymme fanns att skriva ned kommentarer. Patienten var helt anonym. Kuratorerna antecknade dock patientens åldersgrupp och kön för varje utlämnat formulär för beräkning av deltagande och granskning av bortfallets fördelning med avseende på dessa variabler. Ingen påminnelse gjordes.

Studien genomfördes under fyra veckor våren 1994 med patienter som var minst 16 år gamla vid de åtta vårdcentraler i Örebro län som hade kurator. Patienter i ett akut krisskede eller med språksvårigheter undantogs i ett par fall. Patienten fick frågeformuläret samt en skriftlig information och kurator informerade även muntligt om syftet med studien. De ifyllda formulären returnerades i frankerade svarskuvert till primärvårdens utvecklingsenhet.

Undersökningsgrupp

35 män och 136 kvinnor, inalles 171 personer, besvarade formuläret av 230 tillfrågade (74%). Männen var något mindre benägna att besvara frågeformuläret och medelålders hade högre svarsfrekvens än äldre. Ungefär en fjärdedel av patienterna var högskoleutbildade, en tredjedel hade högst grund- eller realskola. Den dominerande kategorin var människor i en ålder då såväl familje- som yrkesliv vanligtvis etablerats. En typisk kuratorspatient är en kvinna, 31-50 år gammal, oftast med någon form av utbildning utöver grundskola.

I drygt hälften av fallen (56%) initierades kontakten med kurator genom remiss från annan sjukvårdspersonal. Nästan samtliga patienter svarade att de fått komma till ett första besök inom rimlig tid och hälften av patienterna rapporterade minst nio kontakter med kurator.

I tjugotvå alternativ formulerades anledningar till kuratorskontakten, men de svarande kunde även kryssa i alternativet "annat" och skriva vad det gällde. Kontaktsakerna tillhör två olika kategorier. Den ena kategorin utgörs av kroppens och/eller psykets signaler

och patienten söker för att han/hon "mår dåligt". Oro, ångest och nedstämdhet rapporterades av två tredjedelar av de svarande. Sömnsvårigheter, kroppsliga besvär (bröstmärtor, yrsel, huvudvärk mm) rapporterades av en knapp fjärdedel. Till den andra kategorin hör omständigheter sammanhängande med samspelsfaktorer av olika slag för patienten. Drygt hälften uppgav sig ha familje- eller relationsproblem. En tredjedel angav sorg eller kris som orsak och en femtedel uppgav långvarig/kronisk sjukdom som skäl. Antalet kontaktorsaker varierade mellan 1-10 med medianvärdet 3.

RESULTAT

De verkligt nöjda och de föga hjälpta

Överlag var patienterna nöjda. Minst 95% har valt något av de två mest positiva svarsalternativen beträffande frågor om dialogen. Lika höga värden gav frågorna om man var nöjd med kontakten som helhet och om man skulle söka samma kurator igen medan övriga resultat-inriktade frågor gav något lägre andelar, men minst 83%.

En tredjedel av de svarande (57 personer) valde det mest positiva svarsalternativet på samtliga fem frågor om resultatet av kuratorskontakten. Dessa kallas fortsättningsvis för "de verkligt nöjda". Ett renodlat missnöje fanns inte varför de som svarat att kontakten varit till viss eller ingen hjälp respektive de som inte visste valdes som kontrastgrupp. Denna grupp kallas "de föga hjälpta" och utgjorde 17% (29 personer).

I föga hjälpt-gruppen var andelen män respektive äldre personer högre än bland de verkligt nöjda. De föga hjälpta kom i betydligt mindre utsträckning på remiss till kurator. Intensiteten i kontakten med kurator visade också skillnader så att de föga hjälpta verkade ha en lägre sådan än de verkligt nöjda. Kontaktorsakerna skiljde sig också till en del i de båda grupperna. Långvarig sjukdom förekom överhuvudtaget inte i föga hjälpt-gruppen medan familje-/relationsproblem var avsevärt mer frekventa i denna grupp jämfört med de verkligt nöjda. Bland de verkligt nöjda med familje-/relationsproblem som kontaktorsak var en högre andel remitterade än bland motsvarande kategori av de föga hjälpta. Påtagliga skillnader återfanns avseende hur dialogen med kurator uppfattades, i synnerhet när det

gäller om samtalen förts i en lämplig takt respektive om patienten känt sig trygg i kontakten (tabell 1).

Tabell 1. Jämförelse mellan "de verkligt nöjda" och "de föga hjälpta" patienterna.

	"De verkligt nöjda" (n=57) %	"De föga hjälpta" (n=29) %
<i>Bakgrundsuppgifter:</i>		
* Andel män	16	38
* Andel 51 år+	21	34
<i>Kontaktväg:</i>		
* Remiss	68	38
* Eget initiativ	25	41
<i>Kontaktens ...</i>		
* längd, 9ggr+	70	21
* intensitet, varannan vecka/1ggr/månad	69	37
<i>Kontaktorsak:</i>		
* långvarig sjukdom	25	0
* familje-/relationsproblem	26	48
* arbetsrelaterade probl	16	7
* självmordstankar	7	17
<i>Dialog:</i>		
* lyssnade alltid	98	72
* kurator förstod	95	48
* pat förstod kurator	93	66
* kände sig accepterad	100	79
* trygg kontakt	70	24
* kurator brydde sig om	96	66
* lämplig takt i samtal	86	38

Förutsättningarnas betydelse för dialog och resultat

Kontaktorsaker

Eftersom patienten kunde ange flera orsaker till kontakten är det inte problemfritt att jämföra dessa. Att ha familje- eller relationsproblem alternativt en kronisk sjukdom kan mycket väl upplevas som kris, och den som har problem med långvarig eller kronisk sjukdom drabbas inte sällan av störningar i familjerelationerna. I tabellerna 2-3 redovisas tre patientgruppers syn på dialog respektive resultat av behandlingen. De tre grupperna är renodlade, det vill säga i varje grupp är de övriga två kontaktorsakerna uteslutna. Patienter med familje- eller relationsproblem var inte i samma höga utsträckning som de två andra patientgrupperna tillfreds med dialogen och bedömde resultatet av kontakten som mindre gott.

I föga hjälpt-gruppen var andelen män respektive äldre personer högre än bland de verkligt nöjda

Tabell 2: Karaktär på kuratorskontakterna. Andel mest positiva svar.

DIALOG	familje/ relations- problem (n=38) %	sorg-/ kris- reaktion (n=22) %	kronisk sjukdom/ funktions- hinder (n=22) %
kurator lyssnade	89	100	95
kurator förstod	68	86	82
pat förstod kurator	79	86	86
pat kände sig accepterad	92	95	91
mycket trygg	63	82	86
kurator brydde sig om	84	100	100
samtal i lämplig takt	53	73	64
Bästa svar på alla dialogfrågor	34	60	50

Tabell 3. Resultat av kuratorskontakterna. Andel mest positiva svar.

RESULTAT	Familje/ relation (n=38) %	Sorg/ kris (n=22) %	Kronisk sjukdom/ funktionshinder (n=22) %
Tillräcklig info	45	64	64
Förstå egna situationen bättre	42	55	68
Mycket stor hjälp	37	55	86
Mycket nöjd	63	77	95
Samma kurator igen	71	86	95
Bästa svar på alla resultatfrågor	24	36	50

Tabell 4: Andel mest positiva svar fördelat efter sökväg, kön, ålder, utbildning och kontaktorsak.

	Remiss	Dialog		Resultat	Sökt helt på eget initiativ	
		Dialog	Resultat		Dialog	Resultat
Män	(n=19)	47%	37%	(n=13)	31%	15%
Kvinnor	(n=77)	46%	42%	(n=44)	48%	27%
- 30 år	(n=21)	48%	57%	(n=9)	2 pers	2 pers
31-50 år	(n=49)	41%	39%	(n=36)	43%	22%
51 år -	(n=26)	54%	31%	(n=12)	50%	33%
Kort utbild	(n=28)	43%	43%	(n=21)	57%	43%
Lång utbild	(n=20)	45%	35%	(n=14)	50%	14%
Familj	(n=12)	42%	50%	(n=18)	28%	6%
Sorg/kris	(n=16)	50%	31%	(n=5)	4 pers	3 pers
Långv sjd	(n=16)	38%	44%	(n=5)	4 pers	3 pers

Kön, ålder och utbildning

Det rådde även uppenbara skillnader avseende upplevelsen av dialog och resultat av kuratorskontakten beroende på kön, ålder och utbildning. Sammanfattningsvis var kvinnor, äldre samt patienter med kort utbildning mer tillfreds med dialogen än män, yngre respektive patienter med lång utbildning. När det gäller resultatet återfanns samma mönster beträffande kön och utbildning, men omvänt beträffande ålder.

Sökväg

Remittering innebar ofta markant högre resultat. Skillnaden mellan män och kvinnor blev avsevärt mindre när sökvägen var remiss för båda (tabell 4).

Processens betydelse för resultatet

Antalet kontakter

En längre samtalsserie verkade vara gynnsamt för det upplevda resultatet utom då patienten sökt för familje-problem av renodlad karaktär. Dialogen påverkades inte entydigt i positiv riktning av ett högre antal kontakter (tabell 5).

Särskilt känsliga dialogvariabler

En jämförelse av dialogfrågorna i förhållande till resultatet visade en del skillnader (tabell 6). Jämförelsen utgick från svarande med det bästa svarsalternativet i förhållande till övriga. Resultatet var genomgående bättre om dialog-variabeln var optimal. Att patienten kände sig trygg i samtalssituationen och accepterad syntes högst väsentligt. Om inte patienten var övertygad om dessa företeelser nåddes överhuvud taget inte optimalt resultat för någon enda person.

Tabell 5. Andel mest positiva svar fördelat efter antal samtalskontakter, kön, ålder, utbildning och kontaktor-sak.

Högst 8 samtal			Minst 9 samtal			
		Dialog	Resultat		Dialog	Resultat
Män	(n=20)	30%	10%	(n=15)	53%	47%
Kvinnor	(n=55)	49%	26%	(n=79)	44%	42%
- 30 år	(n=18)	56%	28%	(n=17)	24%	59%
31-50 år	(n=40)	43%	25%	(n=55)	44%	36%
51 år -	(n=17)	35%	6%	(n=22)	68%	46%
Kort utbild	(n=22)	46%	36%	(n=29)	55%	45%
Lång utbild	(n=14)	50%	7%	(n=26)	42%	35%
Familj	(n=24)	46%	21%	(n=13)	15%	23%
Sorg/kris	(n=13)	39%	23%	(n=9)	8 pers	5 pers
Långv sjd	(n=7)	4 pers	3 pers	(n=15)	47%	53%

Tabell 6. Dialog-frågorna i relation till resultat. %

Dialog	Maximalt resultat om "...alltid/fullständigt"	Maximalt resultat om "...inte alltid/fullständigt"
Lyssnade	36% (n=154)	6% (n=16)
Förstod kurator	42% (n=128)	8% (n=40)
Patienten förstod	42% (n=126)	9% (n=45)
Pat kände sig accepterad	36% (n=158)	0% (n=13)
Pat kände sig trygg	44% (n=129)	0% (n=40)
Kurator brydde sig om	36% (n=153)	6% (n=16)
Samtal i lämplig takt	45% (n=108)	12% (n=61)

Dialog versus resultat

En maximalt god dialog enligt patientens bedömning svarade inte alltid mot ett maximalt gott resultat. Av de patienter (n=77) som markerat det bästa svarsalternativet på samtliga dialogfrågor rapporterade 57% ett maximalt gott resultat. Ett maximalt gott resultat enligt patientens bedömning (n=57) hade i 77% föregåtts av en maximalt god dialog. Att patienten varit arg (n=23) eller känt sig besvrad (n=54) behöver inte betyda att ett mycket gott resultat inte kan uppnås då ungefär en femtedel av patienterna rapporterade så. En del kommentarer i formulären rörde just denna punkt där patienten förtydligade att det inte var kuratorn som orsakade ilskan och som denna riktades mot, utan något som samtalet rörde. Däremot var det mer ovanligt med ett mycket gott resultat om patienten blivit besviken, 8% (n=49). Mönstret var likartat avseende patientens bedömning av dialogen. Av de besvikna patienterna hade 16% en maximalt god dialog, medan siffrorna för de arga respektive besvärade var 26% respektive 22%.

DISKUSSION

Att urskilja resursens kvalitet

Vi valde enkätmetoden av flera skäl. Patienten fick en trygg svarssituation och metoden engagerade kuratorerna i konstruktionen av frågeformuläret och möjliggjorde dessutom individuell feedback. Återföringen av de individuella undersökningsresultaten var ett uppskattat moment då de egna resultaten kunde relateras till den totala patientgruppen. De individuella resultaten var privat egendom och användes på olika sätt. Huvudsakligen tjänade de som ett bekräftande och lärande underlag i det vardagliga arbetet, men även som del av verksamhetsredogörelser.

Patienten står i en beroendeställning till vårdgivaren vilket kan ha justerat svaren i positiv riktning. Ett försök att underlätta framförandet av kritiska synpunkter var den anonyma designen samt att formulären skickades till en utanförstående enhet. Vi vet inte om de patienter som ej svarade på enkäten var missnöjda med kontakten i något eller några avseenden eller enbart ointresserade av att svara.

Frågorna härleddes ur primärvårdskuratorernas bedömning av vad god kvalitet utgör för patienterna och vi vet enbart hur det vi frågat om uppfattats vid samtalen. Det kan ur patientens perspektiv vara mer eller mindre väsentliga frågor som ställts. Inga nya frågeområden framkom i kommentarerna, men ett par personer antydde att de saknade något i formuläret. För att utveckla frågeområdena ytterligare och utröna patienternas föreställningar om vad kvalitet innebär skulle andra metoder, såsom fokusgrupper eller löst strukturerade intervjuer, vara fruktbara.

Under vilka förutsättningar är resursen "rätt"?

Patienter med långvarig eller kronisk sjukdom och/eller funktionshinder hörde till dem som var mest nöjda med kuratorskontakten. Denna grupp innefattar sannolikt patienter med smärt- och tröthetsrelaterade sjukdomar och resultatet tyder på att kuratorerna kan ha utvecklat arbetsmetoder som dessa patienter upplevde välfungerande. Detta gällde även patienter med sorg- eller krisproblematik.

En lägre andel av de patienter som sökte på grund av renodlade familje- eller relationsproblem upplevde hög tillfredsställelse med dialog och resultat än de som sökte på grund av långvarig sjukdom/funktionshinder eller sorg/kris. Det kan vara lättare att finna metoder för arbete med den *enskilda* patienten vid en förändring av livsvillkoren än då orsaken till kontakten är svårigheter i aktuella relationer. Par- eller familjesamtal förekommer som arbetsmetod, men vanligtast är att patienten kommer ensam. Med utgångspunkt i studien vet vi dock inget om de använda arbetsmetoderna. Eftersom familje- och relationsproblematik utgör stora problemområden skulle en lämplig fortsättning av kvalitetsarbetet vara att närmare analysera såväl strukturella som processuella förutsättningar för arbete med denna patientgrupp.

En ledstjärna i socialt behandlingsarbete är att finnas till för utsatta grupper och individer och denna studie visade att patienter med kort utbildning hade bättre tillgång till och gott utbyte av kuratorskontakten.

Rätt tid?

En annan ledstjärna i socialt arbete är att "vänta in" klienten. Detta studerades genom frågan om lämplig takt i samtalen respektive antalet kontakter med kurator. När männen fick mer tid med kurator försvann de iakttagna skillnaderna mellan könen i stort sett, men för personer som sökte för renodlade familje-/relationsproblem verkade dock inte tiden ha någon betydelse.

Remittering hade samband med högre upplevd tillfredsställelse med kontakten vilket var det mest förvånande fyndet. Vi hade väntat oss det bästa resultatet för dem som sökte på eget initiativ i tro att detta skulle ge högre grad av motivation. Det funna resultatet kan tänkas bero på flera omständigheter. Den remitterade pa-

Remitteringen hade samband med högre upplevd tillfredsställelse med kontakten vilket var det mest förvånande fyndet

tienten kan genom remittenten ha fått information om vad man kan förvänta sig i kuratorskontakten och kanske hjälp med motivationsarbetet i övrigt. I kontakten med remittenten kan patienten ha fått tillräcklig tid att, mer eller mindre medvetet, förbereda sig för att gå in i ett förändringsarbete, något som får stöd av Marke Lind (14). De remitterade patienterna med familje-/relationsproblem hade nämligen ett avsevärt bättre resultat än de icke-remitterade patienterna.

KONKLUSION

Vår explorativa studie visade, i likhet med andra studier av patienttillfredsställelse, att en majoritet av patienterna var nöjda. Studien gav dock signaler om att vissa patientgruppers behov föreföll bli bättre tillgodosedda. Studien av patienters tillfredsställelse har således givit incitament till fortsatta studier som kan ge mer nyanserade kunskaper beträffande olika patientgrupper på det sätt som Hansson (11) ansett vara önskvärt.

Det framkom att patientens upplevelse av kontakten i termer av acceptans från kurator respektive känslan av trygghet i kontakten var synnerligen väsentliga. Det blir därför angeläget att undersöka vad trygghet och acceptans faktiskt är för patienten och hur det kan skapas. Det är även angeläget att utvärdera vad som kan förklara att patienter med långvarig eller kronisk sjukdom upplevde sig bättre hjälpta än patienter med familje-/relationsproblematik.

Antagandet att patienter som söker på eget initiativ har en sådan motivation att resultatet blir särskilt gynnsamt fick inte entydigt stöd i studien utan detta föreföll i stället, överraskande nog, ofta gälla för de remitterade patienterna. Detta kan vara värdefull information även för andra yrkeskategorier i hälso- och sjukvården.

REFERENSER

1. Berglund M: Social kompetens på vårdcentral. MPH-uppsats 1993:3. Nordiska hälsovårdshögskolan, Göteborg 1993
 10. Donabedian A: The Quality of Care. How Can It Be Assessed? JAMA 1988;260(12):1743-8
 11. Hansson K: Utvärdering som del i kvalitetsutveckling i ett familjeterapeutiskt perspektiv. Fokus på familjen 1996;24(4): 183-8
 12. Bernler G, Johnsson L, Skärner A: Behandlingens villkor. Om relationen och förväntningarna i det sociala arbetet. Natur & Kultur 1993
 13. Uggerhøj L: Hjælp eller afhængighed. En kvalitativ undersøgelse af samarbejde og kommunikation mellem truede familier og socialforvaltningen. Aalborgs Universitetsforlag, 1995
 14. Marke Lind A: Primärvårdskuratorn - hennes kultur och hennes klienter. Uppsats. Socialhögskolan, Lund 1995
- Fullständig referenslista kan erhållas från Gunilla Fahlström.