

Aske Halling

Administrative byrder i mødet med lægen: oplevelser af efterlevelseseomkostninger blandt borgere med dårligt helbred

Adskillige studier har vist, at ressourcetsvage borgere oftere oplever administrative byrder i deres møder med det offentlige. Der er imidlertid stadig begrænset viden – både i Danmark og internationalt – om borgernes oplevelser af byrder i mødet med sundhedssystemet. I denne artikel spørger jeg derfor: Oplever borgere med dårligt helbred eller dårligt psykisk velbefindende øgede efterlevelseseomkostninger, når de besøger deres læge? Spørgsmålet undersøges med udgangspunkt i den danske del af The European Quality of Life Survey, der er en spørgeskemaundersøgelse blandt et repræsentativt udsnit af 1.020 danskere. Resultaterne viser, at både dårligt helbred og dårligt psykisk velbefindende er forbundet med øgede oplevelser af efterlevelseseomkostninger. Der findes derimod ikke støtte til forventningen om, at personer, der både har dårligt helbred og dårligt psykisk velbefindende, oplever ekstra mange administrative byrder.

Nøgleord: administrative byrder, sundhed, helbred, ulighed, spørgeskema

Borgere i moderne velfærdsstater er livet igennem i hyppig kontakt med det offentlige. Som børn går vi i offentlige vuggestuer, børnehaver og skoler. Som voksne skal vi betale skat, får børnepenge og skal indimellem på borgerservice efter et nyt pas. Og når vi bliver gamle, får mange af os brug for hjemmehjælp eller behov for at flytte på et offentligt plejehjem. Det gælder imidlertid også, at selvom vi er i jævnlig kontakt med det offentlige hele livet, opstår der i mange tilfælde et helt særligt behov for offentlige ydelser, når vi befinder os i livets allermest sårbare perioder. Det er i særdeleshed tilfældet, når vi bliver syge og har brug for praktiserende læger, psykologer eller sygehuse for at blive raske igen.

Det er derfor påfaldende, at det netop er i disse situationer – når vi er syge eller på anden vis svækkede – at vi har allersværest ved at håndtere vores interaktioner med det offentlige (Bell et al., 2023; Christensen et al., 2020). Fænomenet er af Christensen og kollegaer (2020) blevet kaldt et *human capital catch-22*, fordi den samme livsbegivenhed – sygdom – gør folk mere afhængige af det offentlige og samtidig svækker de ressourcer, man skal bruge på at hånd-

tere disse interaktioner. Det placerer folk i en situation, som de kan have meget svært ved at slippe ud af, og som betyder, at de oplever øgede administrative byrder – lærings-, efterlevelsese- og psykologiske omkostninger – i deres møder med det offentlige. Denne artikel fokuserer specifikt på efterlevelseseomkostninger, der defineres som byrderne forbundet med at overkomme administrative krav, regler og handlinger (Moynihan, Herd og Harvey, 2015: 46).

Det er dokumenteret i flere studier, at sygdom er forbundet med øgede oplevelser af administrative byrder i forbindelse med blandt andet skatteindkrævning, understøttelse til studerende (Bell et al., 2023) og invalidepension (Collie et al., 2021). Der er imidlertid stadig få studier, der undersøger betydningen af sygdom for oplevelser af administrative byrder i sundhedssystemet (se Kyle og Frakt, 2021 for en undtagelse). Dette er bemærkelsesværdigt, for selvom man som sygdomsramt naturligvis også skal interagere med andre dele af den offentlige sektor, vil behandling af sygdommen i mange tilfælde være højeste prioritet, hvilket gør interaktionerne med sundhedssystemet helt afgørende. Det er derfor væsentligt at afdække, om folk, der er syge – fysisk eller psykisk – oplever øgede administrative byrder i deres møder med sundhedsvæsenet. Væsentligheden understreges af, at oplevelser af administrative byrder kan føre til, at borgere ikke søger om eller bruger offentlige ydelser, de ellers er berettigede til (Daigneault og Macé, 2020; Lasky-Fink og Linos, 2023). Det betyder, at oplevelser af administrative byrder i yderste konsekvens kan føre til, at syge borgere ikke søger om den hjælp i sundhedsvæsenet, de har brug for. I denne artikel undersøger jeg derfor, om danskere med dårligt helbred eller dårligt psykisk velbefindende oplever øgede efterlevelseseomkostninger i deres interaktioner med speciallæger og praktiserende læger.

Til at undersøge dette anvender jeg den seneste runde (2016) af The European Quality of Life Survey. Jeg fokuserer udelukkende på den danske del af undersøgelsen, der indeholder svar fra 1.020 repræsentativt udvalgte danskere. Undersøgelsen er velegnet til formålet, da den indeholder oplysninger om psykisk velbefindende, helbred og oplevelser af efterlevelseseomkostninger i forbindelse med lægekonsultationer. Resultaterne indikerer, at personer med dårligt helbred oplever både forsinkelser og afstanden til lægen som mere bebyrdende end personer med godt helbred. Dårligt psykisk velbefindende er ligeledes forbundet med øgede oplevelser af afstand og forsinkelser som bebyrdende. Der findes derimod ikke støtte til forventningen om, at personer, der både har dårligt helbred og dårligt psykisk velbefindende, oplever særligt mange administrative byrder.

Med artiklen leverer jeg to relevante bidrag til litteraturen om administrative byrder. For det første opstilles en teoretisk model, der præsenterer forskellige

forklaringer på, hvorfor syge borgere oplever øgede efterlevelsescostninger. Udover kognitive ressourcer, som er blevet fremhævet som en væsentlig mekanisme i tidligere forskning (Bell et al., 2023), betoner modellen betydning af holdninger og forventninger, økonomisk knaphed samt fysisk funktionsevne som mulige link mellem psykisk velbefindende og helbred på den ene side og oplevelser af efterlevelsescostninger på den anden. Det andet bidrag er at levere den første empiriske undersøgelse af sammenhængen mellem sundhed og efterlevelsescostninger i det danske sundhedsvæsen. Dermed er artiklen med til at sætte fokus på et væsentligt, og måske lidt overset, emne i møderne mellem danske borgere og sundhedsvæsenet.

I næste afsnit præciseres det først, hvad administrative byrder er, og hvorfor de ofte er ulige fordelt. Dernæst diskuterer jeg med forskellige teoretiske bud på, hvorfor borgere med dårligt helbred eller dårligt psykisk velbefindende forventes at opleve flere efterlevelsescostninger i deres møder med det offentlige.

Administrative byrder i mødet med sundhedssystemet

Administrative byrder er ifølge den mest anvendte definition individers oplevelse af politikimplementering som byrdefuld (Burden et al., 2012). Selvom definitionen således lægger op til, at studiet af administrative byrder kan vedrøre både borgere og offentligt ansatte, fokuserer langt de fleste studier på borgernes byrdefulde oplevelser i interaktioner med det offentlige (Halling og Bækgaard, 2024). Derudover er det væsentligt at hæfte sig ved, at administrative byrder ifølge definitionen er individers *oplevelser*, dvs. subjektive, og kan variere fra person til person. Årsagerne til oplevelser af administrative byrder kan være mange (se Halling og Bækgaard, 2024 for et overblik), men opstår i de fleste tilfælde som følge af forskellige handlinger fra det offentlige (Bækgaard og Tankink, 2022: 17). Disse handlinger kan være formelle, i form af fx love, krav og regler, eller uformelle, fx hvordan regler implementeres af de offentligt ansatte (Halling og Bækgaard, 2024). Det er altså vigtigt at være opmærksom på, at administrative byrder ikke refererer til regler og krav i sig selv, men til borgernes subjektive oplevelser af at skulle håndtere krav og handlinger fra det offentlige.

Administrative byrder som omkostninger

Disse oplevelser kan ifølge Moynihan, Herd og Harvey (2015) underopdeles i lærings-, efterlevelsescostninger og psykologiske omkostninger, og dette er blevet den dominerende måde at beskrive administrative byrder på. Denne artikel fokuserer som nævnt specifikt på efterlevelsescostninger, men for overblikkets skyld præsenteres begreberne om lærings- og psykologiske omkostninger kort.

Efterlevelsedomkostninger (*compliance costs*) er forbundet med at leve op til de regler og krav, der giver adgang til offentlige ydelser. I sundhedssystemet er et klassisk eksempel ventetid på sygehuset eller hos lægen. Læringsomkostninger (*learning costs*) er den tid og de ressourcer, man bruger på at sætte sig ind i, hvordan man får adgang til offentlige ydelser og tjenester. I sundhedssystemet kan læringsomkostninger fx være den tid, man bruger på at undersøge, hvilken praktiserende læge man skal vælge. Det kan også være tid brugt på at undersøge forskellige behandlingsmuligheder. Psykologiske omkostninger (*psychological costs*) er negative følelsesmæssige reaktioner på møder med det offentlige, fx i form af stress, stigma og frustration.

Administrative byrder og ulighed i sundhed

Et helt centralt argument i litteraturen om administrative byrder er, at forskelle i individers ressourcer, forventninger og holdninger betyder, at de oplever de samme regler og krav fra det offentlige vidt forskelligt (Herd og Moynihan, 2018). Det betyder, at den samme regel kan skabe nærmest ingen efterlevelsedomkostninger hos én person og meget store efterlevelsedomkostninger hos en anden. Mere specifikt har studier vist, at individer, der har lav tiltro til egne evner (Thomsen, Baekgaard og Jensen, 2020) eller begrænsede evner til at indgå i interaktioner med det offentlige (Döring og Madsen, 2022; Masood og Nisar, 2021), oplever flere administrative byrder. Andre studier har vist, at administrative byrder også er ulige fordelt mellem forskellige befolkningsgrupper. For eksempel oplever individer med lav uddannelse (Chudnovsky og Peeters, 2021), etnisk minoritetsbaggrund (Olsen, Kyhse-Andersen og Moynihan, 2022) og lav indkomst (Heinrich et al., 2022) flere byrder i forskellige interaktioner med det offentlige. Fællesnævneren for disse grupper er, at de på forskelligvis er resourcesvage eller marginaliserede.

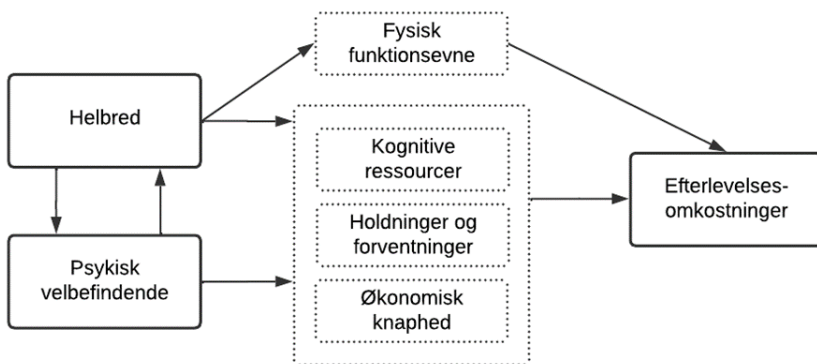
Administrative byrder kan derfor være med til at skabe eller forstærke uligheder i adgangen til offentlige ydelser (Nisar, 2018). Der findes en stor litteratur indenfor sundhedsforskningen, der beskæftiger sig med ulighed i adgang til sundhed. I en nylig litteraturgennemgang dokumenter Kjeld et al. (2022), hvordan personer med lav socioøkonomisk status finder det vanskeligere at navigere i sundhedssystemet, hvilket i nogle tilfælde skaber dårligere adgang til sundhedsydelser. Rapporten peger også på, at socioøkonomisk status har betydning for borgernes forventninger til mødet med sundhedsvæsenet, ligesom økonomiske barrierer i sig selv kan vanskeliggøre adgang til sundhed, fx hvis man mangler penge til transport eller ikke har mulighed for at tage fri fra arbejdet for at tage på hospitalet. Resultaterne fra Kjeld et al. (2022) og andre sundhedsvidenskabelige studier kobles i næste afsnit sammen med indsigterne fra litteraturen om

administrative byrder i en teoretisk model over, hvordan dårligt helbred og/eller dårligt psykisk velbefindende kan gøre det sværere at håndtere krav fra det offentlige.

Helbred, psykisk velbefindende og efterlevelsescostninger

En række nyere studier har dokumenteret, at borgere med dårligt helbred oplever flere administrative byrder (Bell et al., 2023; Collie et al., 2021; Kyle og Frakt, 2021). Med undtagelse af Bell et al. (2023) er der imidlertid begrænsede forsøg på at teoretisere om, *hvorfor* sundhed kan føre til oplevelser af administrative byrder. I dette afsnit præsenterer jeg derfor fire teoretiske forklaringer på, hvordan dårligt helbred og/eller dårligt psykisk velbefindende hænger sammen med oplevelser af efterlevelsescostninger: kognitive ressourcer, holdninger og forventninger, økonomisk knaphed samt fysisk funktionsevne. Forklaringerne opsummeres i figur 1 nedenfor. Det er vigtigt at understrege, at der kan være mange andre mulige forklaringer, der kan forbinde helbred, psykisk velbefindende og efterlevelsescostninger, så mit sigte er ikke at præsentere en udtømmende model, men blot at fremhæve fire væsentlige forklaringer. Derudover skal det fremhæves, at der er tale om teoretisk model, og jeg kommer derfor ikke til at teste de fire forklaringer empirisk.

Figur 1: Teoretisk model over sammenhængen mellem helbred/psykisk velbefindende og efterlevelsescostninger



Kognitive ressourcer

I en af de mest indflydelsesrige artikler om administrative byrder argumenterer Christensen og kollegaer (2020) for, at individer med reducerede kognitive ressourcer ofte har vanskeligt ved at interagere med det offentlige og derfor oplever

flere administrative byrder. Forfatterne fokuserer specifikt på såkaldte eksekutive funktioner, som er sæt af kognitive ressourcer, der beskrives som ”mentale processer, primært iværksat fra hjernens præfrontale cortex, der gør det muligt for mennesker at ’engagere sig i formålsbestemt, målrettet og fremtidsorienteret adfærd’ (Suchy, 2009: 109)” (egen oversættelse efter Christensen et al., 2020: 129). Eksempler på eksekutive funktioner er opmærksomhed, impuls kontrol, arbejdshukommelse og planlægningssevner (Bell et al., 2023: 387). Svækkede evner til at planlægge og problemløse kan skabe problemer i mange forskellige livssituationer, herunder interaktioner med offentlige institutioner.

Personer med psykiske (herunder ADHD, ADD, stress, depression og angst) og fysiske helbredsudfordringer (særligt forskellige smerteproblemer) har ofte svækkede eksekutive funktioner som følge af deres sygdomme (Christensen et al., 2020: 131-132). Dermed kan de have vanskeligt ved at håndtere krav og regler fra det offentlige, hvilket kan føre til oplevelser af både efterlevelselse, psykologiske- og læringsomkostninger. Bell og kollegaer (2023) viser således, at danskere med smerter, angst og ADHD/ADD oplever flere administrative byrder, når de skal udfylde deres forskudsopgørelse, mens amerikanere med de samme helbredsproblemer oplever øgede byrder i velfærdsprogrammet Oklahoma’s Promise, der tilbyder lavindkomstfamilier hjælp til at betale collegeafgifter. De viser samtidig, at amerikanske respondenter, der oplever smerte og ADHD/ADD, i højere grad end andre mister adgang til ydelserne i Oklahoma’s Promise. Dette illustrerer, at helbred, udover at hænge sammen med oplevelser af byrder, også er korreleret med, om man bruger offentlige ydelser, man er berettiget til. Samlet set viser studierne, at svækkede kognitive ressourcer som følge af både dårligt helbred og dårligt psykisk velbefindende kan føre til øgede oplevelser af efterlevelselsesomkostninger.

Holdninger og forventninger

Et andet muligt link mellem sundhedsstatus og oplevelser af efterlevelselsesomkostninger er borgernes forventninger og holdninger til mødet med sundhedsvæsenet. Litteraturen om policyfeedbacks beskriver og undersøger, hvordan tidligere oplevelser med det offentlige kan påvirke forventninger og holdninger til fremtidige interaktioner (Bruch, Ferree og Soss, 2010; Mettler og Soss, 2004). Det grundlæggende argument er, at personlige erfaringer med det offentlige ”kan give lektioner om gruppestatus, det offentliges lydhørhed og effektiviteten og fornuften i at udøve sin stemme som borger” (egen oversættelse efter Bruch, Ferree og Soss, 2010: 207). Eftersom ressourcetsvage, herunder personer med dårligt helbred eller dårlig psykisk velbefindende, ofte har flere negative oplevelser med det offentlige, kan et policyfeedbackperspektiv være en byggesten til at

forstå, hvorfor de oplever flere administrative byrder (Chudnovsky og Peeters, 2021: 531).

Lignende fænomener er beskrevet i den sundhedsvidenskabelige forskning. Schröder, Fink og Richter (2018) viser fx, hvordan patienter med lav socioøkonomisk status har dårligere information om behandlingsmuligheder og i højere grad end mere ressourcestærke patienter har en tendens til at delegeres ansvaret for behandlingen til de sundhedsprofessionelle. Protheroe et al. (2013) beskriver, hvordan ressourcetsvage patienters opfattelse af deres rolle som patient kan betyde, at de lader være med at søge information eller stille spørgsmål (Kjeld et al., 2022). Sådanne opfattelser af sig selv som patient kan meget vel betyde, at interaktionerne med det offentlige bliver mere besværlige, og dermed at borgerne oplever flere administrative byrder.

Det er værd at bemærke, at de fleste studier både på sundhedsområdet og i policyfeedbacklitteraturen sammenligner personer med forskellig socioøkonomisk status. Der synes dog at være mange paralleller at drage til personer med dårligt helbred eller psykisk velbefindende. Det er således meget sandsynligt, at også disse patientgrupper vil have et bestemt blik på sig selv som patienter og være knap så opsøgende som raske personer i mødet med sundhedsvæsenet. Dette kan meget vel påvirke omfanget af efterlevelsescostninger, de oplever.

Økonomisk knaphed

En tredje mulig mekanisme, der kan forbinde helbred og psykisk velbefindende med oplevelser af efterlevelsescostninger, er økonomisk knaphed. Det er velbeskrevet i økonomisk forskning, at knaphed på økonomiske ressourcer kan skabe et såkaldt ”knaphedsmindset” (Mani et al., 2013; Shah, Mullainathan og Shafir, 2012). Argumentet er grundlæggende, at ressourceknaphed medfører en kognitiv belastning, der begrænser opmærksomhed, arbejdshukommelse og eksekutive funktioner. Denne belastning betyder, at personer med knappe ressourcer fokuserer på at løse akutte finansielle problemer fremfor at tænke på mere langsigtede mål (Madsen, Bækgaard og Kvist, 2023: 675). Det betyder ifølge Madsen, Bækgaard og Kvist (2023), at personer med knappe økonomiske ressourcer har sværere ved at navigere i møder med det offentlige, fordi deres opmærksomhed i stedet er rettet imod at løse deres økonomiske problemer. Det kan føre til, at de oplever flere administrative byrder end personer, der har de nødvendige økonomiske ressourcer.

Der er naturligvis ikke en en-til-en sammenhæng mellem at have dårligt helbred eller dårlig psykisk velbefindende og have knappe økonomiske ressourcer. Ikke desto mindre gør begge forhold det sværere at passe et arbejde, og personer med dårlig sundhedsstatus vil alt andet lige oftere have økonomiske vanskelig-

heder end personer med godt helbred. Det kan udløse et knaphedsmindset, som altså potentielt kan forværre oplevelserne af administrative byrder.

Fysisk funktionsevne

Den sidste forklaring er ret ligetil. Personer med dårligt helbred vil i nogle tilfælde også være svækkede på deres fysiske funktionsevne, hvilket kan besværliggøre deres møder med det offentlige og forstærke deres oplevelser af efterlevelsescostninger (Bell et al., 2023: 388). En gangbesværet person kan fx have svært ved at transportere sig til lægeklinikken.

De fire teoretiske forklaringer – kognitive ressourcer, holdninger og forventninger, økonomisk knaphed og fysisk funktionsevne – giver alle anledning til samme forventning: at personer med dårligt helbred eller psykiske problemer oplever øgede efterlevelsescostninger i deres møde med det offentlige. På den baggrund opstilles følgende hypoteser, som vil blive undersøgt i den empiriske analyse:

H1: Personer med dårligt helbred oplever øgede efterlevelsescostninger i sundhedssystemet.

H2: Personer med dårligt psykisk velbefindende oplever øgede efterlevelsescostninger i sundhedssystemet.

Dårligt helbred og dårligt psykisk velbefindende

Udover at dårligt helbred eller psykisk velbefindende i sig selv kan forstærke oplevelser af administrative byrder, er det muligt, at personer med begge problematikker har særligt svært ved at håndtere deres interaktioner med det offentlige. I figur 1 er dette illustreret ved dobbeltpilene mellem helbred og psykisk velbefindende. Inden for sundhedsvidenskaberne taler man om ko- eller multimorbiditet, når en patient lider af to eller flere diagnoser (Shippee et al., 2012). I og med at jeg ikke fokuserer på egentlige diagnoser, men på helbred og psykisk velbefindende i lidt bredere forstand, bruger jeg ikke disse begreber, men forskning på området kan informere om, hvordan personer med flere helbredsproblemer håndterer deres møde med sundhedsvæsenet.

Rogvi et al. (2021) beskriver, hvordan det er særligt svært for personer med flere diagnoser at tage vare på deres diabetesbehandlingsforløb, og at de derfor oplever det som mere byrdefuldt. De beskriver det med en løbeanalogi, hvor de samtidige diagnoser tvinger patienterne til at ”løbe” rundt i sundhedssystemet, hvilket øger kompleksiteten af behandlingsforløbene og presser patienterne til kanten af – og nogle gange udover – deres kapacitet (Rogvi et al., 2021: 2633).

I en artikel om ”behandlingsbyrden” opsummerer Spencer-Bonilla, Quiñones og Montori (2017) på glimrende vis problemerne for personer med flere helbredsproblemer:

At leve som en patient stiller mange krav: Man skal søge hjælp ved at vælge og tilmelde sig en sundhedsforsikring, som man har råd til; overkomme frustrerende administrative barrierer; tilpasse sig vilkårlige tidsplaner og kommunikationsudfordringer; rejse til og deltage i konsultationer; forstå instruktioner, testresultater og regninger; forstå og forny receptmedicin; betale regninger og mere (2017: 1141).

Disse studier illustrerer altså, at udover at skulle forholde sig til deres forskelligartede problemer har personer med flere helbredsproblemer en stor opgave med at navigere og forstå forskellige dele af sundhedssystemet. Det kan naturligvis resultere i øgede oplevelser af administrative byrder. Dette understøttes af Bell og kollegaer (2023), der finder, at personer med flere helbredsproblemer både oplever flere administrative byrder og i højere grad mister adgang til Oklahoma’s Promise. Den tredje hypotese går derfor på en interaktionssammenhæng mellem helbred og psykisk velbefindende:

H3: Sammenhængen mellem dårligt helbred og oplevelser af administrative byrder er stærkere for personer, der også har dårligt psykisk velbefindende.

Data og metode

For at teste hypoteserne har jeg brug for data, der indeholder information om borgernes (1) sygdomsstatus og (2) oplevelser af administrative byrder i sundhedsvæsenet. Til formålet bruger jeg den seneste runde (2016) af The European Quality of Life Survey (EQLS), der er en spørgeskemaundersøgelse blandt borgere i alle EU’s medlemslande og fem kandidatlande om livskvalitet samt kvaliteten af offentlige ydelser. I denne artikel fokuserer jeg udelukkende på den danske del af undersøgelsen, der blev indsamlet af Gallup fra september til november 2016. Målgruppen for spørgeskemaet var den samlede danske befolkning over 18, der bor i private husstande. Personer, der (1) har boet mindre end seks måneder i Danmark, (2) ikke taler dansk eller (3) bor på institutioner såsom fængsler, kaserner eller plejehjem, er ikke en del af undersøgelsespopulationen. Stikprøven blev udvalgt med stratificeret sampling, hvor der blev stratificeret på bopælsregion og urbaniseringsgrad. Respondenterne modtog ingen betaling for at deltage, den gennemsnitlige interviewtid var 48 min, og svarprocenten var 34. 1.020 danskere deltog i spørgeskemaundersøgelsen (Eurofound, 2017).

Case: konsultationer hos speciallæger og praktiserende læger

Ligesom i andre lande med store velfærdsstater består det danske sundhedssystem af en lang række forskellige aktører, som borgere med helbredsudfordringer interagerer med. Det er derfor nødvendigt at fokusere på en afgrænset del af sundhedssystemet for at kunne undersøge sammenhængen mellem helbred og oplevelser af byrder. I denne artikel undersøger jeg administrative byrder i mødet med speciallæger og praktiserende læger. Det gør jeg primært af to årsager. For det første har borgerne i de fleste tilfælde selv ansvar for at opsøge deres praktiserende læge og i nogle tilfælde også speciallægen. Det betyder, at hvis man oplever for omfangsrige administrative byrder, kan man vælge at holde sig væk. Det er i et vist omfang også tilfældet i sygehusvæsenet, men her gælder det også, at man i langt højere grad bliver indkaldt til konsultationer, når man først er ”inde i systemet”. Byrderne kan derfor potentielt have store konsekvenser for den enkelte borger. For det andet har så godt som alle danskere en praktiserende læge, som de besøger i gennemsnit hver anden måned (SDU, 2017). Det betyder også, at det er muligt at spørge et repræsentativt udsnit af danskere om deres oplevelser af byrder i forbindelse med konsultationer hos lægen. Det er nødvendigt, fordi det skaber den påkrævede variation på de uafhængige variable. Hvis jeg i stedet havde fokuseret på fx sygehuse, havde alle respondenter i forskellig grad helbredsproblemer, hvilket ville gøre det vanskeligt at undersøge sammenhængen mellem helbred og oplevelser af administrative byrder.

Operationalisering af administrative byrder

Den primære afhængige variabel, oplevelser af administrative byrder, måles med tre spørgsmål, der indfanger forskellige besværligheder i forbindelse med aftaler hos praktiserende læger eller speciallægeklinikker. Spørgsmålene fremgår af tabel 1.

Tabel 1: Operationalisering af administrative byrder

Dimension	Spørgsmål
Overordnet spørgsmål	Hvis du tænker på sidste gang, du havde brug for at opsøge eller blive behandlet af en praktiserende læge eller på en klinik, i hvilket omfang gjorde nogen af de følgende forhold det svært eller nemt for dig at gøre det?
Afstand	Afstanden til lægens konsultation/klinikken
Forsinkelse	Kunne ikke få en aftale så hurtigt som jeg gerne ville
Ventetid	Ventetid ved besøget hos lægen

Svarskala: 1: Overhovedet ikke svært, 2: Lidt svært, 3: Meget svært.

Ideelt skulle spørgsmålene indfange både lærings-, efterlevelsese- og psykologiske omkostninger, men EQLS indeholder desværre kun spørgsmål, der måler forskellige typer af efterlevelseseomkostninger. Her er spørgeskemaet til gengæld relativt nuanceret og indeholder spørgsmål om, hvorvidt afstand, forsinkelse og ventetid har gjort det besværligt at besøge lægen. Dette gør det muligt at undersøge, om sammenhængen mellem sygdom og forskellige typer efterlevelseseomkostninger varierer. Sværskalaen for de tre spørgsmål indeholder kun tre substantielle kategorier og er dermed ret grovkornet. Det havde naturligvis været at foretrække med en mere finkornet skala med flere kategorier, der gjorde det muligt for respondenterne at udtrykke sig mere nuanceret. Omvendt betyder de få kategorier, at det bliver sværere at spore en sammenhæng mellem sygdom og byrdefulde oplevelser, hvilket gør analysen til en hårdere test af det teoretiske argument. I analyserne omkodes alle variable til at gå fra 0 til 1, hvor 1 indikerer de mest byrdefulde oplevelser.

Operationalisering af helbred og psykisk velbefindende

Den første uafhængige variabel, helbred, måles med spørgsmålet: "Overordnet set, vil du sige at din helbredstilstand er ...?" Respondenterne kunne svare fra 1 (meget god) til 5 (meget dårlig). I lighed med tidligere undersøgelser af sammenhængen mellem helbred og oplevelser af administrative byrder er der tale om et selvrapporteret helbredsmål (Bell et al., 2023). En naturlig bekymring er, om det overhovedet er muligt at måle helbred med selvrapporterede spørgsmål. Heldigvis viser tidligere studier, at selvrapporterede helbredsmål i mange tilfælde performer lige så godt som lægelige vurderinger (Bell et al., 2023: 390; DeSalvo et al., 2006; Eisen et al., 2011).

Den anden uafhængige variabel, psykisk velbefindende, måles med det såkaldte WHO-5 trivselsindeks, som består af fem spørgsmål, hvor respondenterne skal svare på, hvordan de har haft det de foregående to uger. Respondenterne kunne svare på en sekspunktsskala fra (1) hele tiden til (6) på intet tidspunkt. Spørgsmålene fremgår af tabel 2. Indekset bruges i en lang række forskellige sammenhænge til at måle personers trivsel og nok så vigtigt til at screene for depression og stress (Sundhedsstyrelsen, 2015). I en litteraturgennemgang finder Topp og kollegaer (2015), at trivselsindekset korrekt identificerer 86 pct. af folk, der senere får en depressionsdiagnose, mens det kun fejlagtigt identificerer 19 pct., der ikke har en depression. Indekset er altså overordnet set en rigtig god indikator for psykisk velbefindende. Det dannede indeks går fra 0 til 1, hvor højere værdier indikerer bedre psykisk velbefindende. Som det fremgår af tabel A1, har indekset både høj validitet (item-rest korrelationer på mellem 0,61 og 0,74) og reliabilitet (Cronbachs alpha = 0,86).

Tabel 2: Operationalisering af psykisk velbefindende

	Spørgsmål
Overordnet spørgsmål	Du bedes venligst angive, hvordan du har haft det i løbet af de sidste 2 uger i forhold til hvert udsagn.
	Jeg har følt mig glad og ved godt mod
	Jeg har følt mig rolig og afslappet
Underspørgsmål	Jeg har følt mig aktiv og energisk
	Jeg vågnede og følte mig frisk og udhvilet
	Min dagligdag har været fyldt med ting, der interesserer mig

Svarkategorier fra 1 (hele tiden) til 6 (på intet tidspunkt).

Analysestrategi og kontrolvariable

Analyserne begrænses til personer, der har benyttet læger de foregående 12 måneder. Alle analyser gennemføres med OLS-regression med robuste standardfejl. De uafhængige variable har alle kun tre kategorier, hvilket egentlig bedst analyseres med en ordinal logistisk regression. I tabel A2 har jeg derfor foretaget de primære analyser med ordinal logistisk regression, og substantielt viser resultaterne nærmest det samme, som når analyserne foretages med OLS-regression. OLS-regression anvendes som den primære metode, fordi resultaterne heraf er lettere at fortolke og forstå end resultaterne af den ordinale logistiske regression. I modellerne inkluderes følgende kontrolvariable: alder, køn, uddannelse og beskæftigelsesstatus. Operationaliseringerne af disse er tilgængelige i tabel A3. VIF-værdierne (variance inflation factor) for alle variable i regressionsmodellerne er alle langt under traditionelle tommelfingerregler (O'Brien, 2007) – den højeste VIF-værdi er 1,89 – hvilket viser, at der ikke er problemer med multikollinearitet. Regressionerne estimeres med robuste standardfejl, fordi Breush-Pagan tests viser, at der kan være problemer med heteroskedasticitet.

Resultater

Tabel 3 viser resultaterne af analyserne. Det ses, at der er en negativ, statistisk signifikant sammenhæng mellem respondenternes helbred og deres oplevelser af forsinkelser ($\beta = 0,19$, $p < 0,01$) og afstand ($\beta = 0,10$, $p < 0,01$) som besværliggørende faktorer. Sammenhængen mellem ventetid og overordnet helbred er derimod ikke statistisk signifikant. Resultaterne er i den forventede retning, da de viser, at personer med bedre helbred oplever færre byrder. Substantielt

Tabel 3: Sammenhæng mellem helbred, psykisk velbefindende og oplevelser af byrder

	Ventetid		Forsinkelse		Afstand	
Overordnet helbred (0-1)	-0,03	(0,38)	-0,19**	(0,00)	-0,10**	(0,00)
Psykisk velbefindende (0-1)	-0,10*	(0,07)	-0,27**	(0,00)	-0,12*	(0,02)
Overordnet helbred x psykisk velbefindende	0,31	(0,12)	0,07	(0,75)	0,30	(0,13)
n	874-880		867-876		875-885	

Noter: Baseret på data fra EQLS 2016. p-værdier i parentes. + $p < 0,10$, * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$. Tabellen viser resultaterne af separate regressionsanalyser for de tre uafhængige variable. De fulde analyser med kontrolvariable er tilgængelige i tabel A5-A7.

viser resultaterne, at en person, der har meget dårligt selvrapporeret helbred, i gennemsnit rapporterer 0,19 (forsinkelse) og 0,10 (afstand) flere byrder end personer med meget godt helbred. Begge skalaerne går fra 0 til 1, så særligt for forsinkelse er der tale om en substantiel sammenhæng. Samlet set findes der altså støtte til hypotese 1 for to ud af tre afhængige variable.

Det ses desuden, at respondenternes psykiske velbefindende har en negativ, statistisk signifikant sammenhæng med forsinkelse ($\beta = -0,27$, $p < 0,01$) og afstand ($\beta = -0,12$, $p = 0,02$), mens den er på grænsen til statistisk signifikant for ventetid ($\beta = -0,10$, $p = 0,07$). Særligt sammenhængen mellem psykisk velbefindende og oplevelser af forsinkelser er stærk. Forskellen på respondenter, der har den højeste og laveste score på WHO-5, er således 0,27 på skalaen fra 0 til 1. Det svarer stort set til at bevæge sig en hel kategori på den afhængige variabel, fx fra ”overhovedet ikke svært” til ”lidt svært”. Der findes altså overordnet set støtte til hypotese 2.

Tabel 3 viser også resultaterne af interaktionsanalyser mellem de to uafhængige variable. Det fremgår, at interaktionsleddene er i den forventede retning, men ingen af dem er statistisk signifikante. Der findes dermed ikke støtte til hypotese 3 om, at sammenhængen mellem dårligt helbred og oplevelser af administrative byrder er stærkere for personer, der også har dårligt psykisk velbefindende

Diskussion af resultater

Som med alt anden forskning skal resultaterne tolkes med en række forbehold. For denne undersøgelse er det som nævnt særligt vigtigt at være opmærksom på, at den er baseret på tværsnitsdata, som ikke tillader mig at drage kausale konklusioner. Det betyder helt konkret, at jeg alene kan etablere, at der er en

statistisk signifikant *sammenhæng* mellem helbred og psykisk velbefindende på den ene side og oplevelser af administrative byrder på den anden. Jeg kan derimod *ikke* udtale mig om, hvorvidt der er en årsagssammenhæng mellem helbred og administrative byrder. Teorien forudsiger, at det er dårligt helbred, der gør, at man oplever flere administrative byrder, men i princippet kan sammenhængen også gå den anden vej, så oplevelser af byrder giver folk et dårligere helbred. Der kan ligeledes være uobserverede tredjevariable, der påvirker både helbred og oplevelser af byrder. Et oplagt bud er antallet af lægebesøg. Det er således sandsynligt, at personer med dårligt velbefindende og/eller helbred rapporterer mere byrdefulde oplevelser, fordi de oftere har brug for lægen og derfor samlet set udsættes for mere forsinkelse og større afstand til lægen.

Det er også værd kort at diskutere, hvorfor der ikke findes støtte til hypotese 3 om, at sammenhængen mellem dårligt helbred og oplevelser af administrative byrder er stærkere for personer, der også har dårligt psykisk velbefindende. En mulighed er selvfølgelig, at hypotesen afkræftes, fordi den ikke har noget for sig. Det synes imidlertid relativt usandsynligt baseret på vores viden fra tidligere forskning i ko- og multimorbiditet (Bell et al., 2023; Rogvi et al., 2021; Spencer-Bonilla, Quiñones og Montori, 2017). Dette understøttes af, at interaktionsleddene går i den forventede retning, og at to ud af tre af dem er relativt tæt på at være statistisk signifikante. Forklaringen skal dermed formentlig i stedet findes i enten datagrundlaget eller undersøgelsesdesignet. En mulig forklaring er, at der ikke er nok statistisk power til at undersøge interaktions-sammenhængen. Dette vil kunne løses ved at basere fremtidige studier på en større undersøgelsespopulation. En anden mulighed er, at operationaliseringen af helbred ikke godt nok indfanger faktisk variation i helbred. Som nævnt i metodeafsnittet er det baseret på ét selvrapporteret spørgsmål, hvilket selvfølgelig har sine begrænsninger. Det er muligt, at interaktionssammenhængen mellem helbred og psykisk velbefindende ville stå klarere frem, hvis helbredsmålet var bedre til at skille folk med godt og dårligt helbred fra hinanden.

Alt dette peger i retning af, at det vil være enormt nyttigt med fremtidige studier, der forsøger at undersøge den kausale effekt af helbred og psykisk velbefindende på oplevelser af administrative byrder. Her vil longitudinelle studier baseret på paneldata være særligt oplagte, fordi de gør det muligt at måle den afhængige variabel – sundhedsstatus – i første undersøgelsesrunde, mens den afhængige variabel – oplevelser af byrder – måles i en senere runde. Dermed kan man sikre sig, at det er sundhed, der påvirker oplevelser, og ikke den anden vej rundt. Det vil stadig være vanskeligt at etablere en egentlig kausal forbindelse uden endnu mere sofistikerede undersøgelsesdesigns som regression-discontinuitetsdesigns (RDD) (Olsen, 2014) eller syntetiske kontrolstudier (Bæk-

gaard, Herd og Moynihan, 2022), men ikke desto mindre vil panelstudier være et meget naturligt næste skridt. En anden oplagt mulighed er at lave kvalitative studier. Her vil fokus nok ikke være på at etablere kausalitet mellem variablene, men snarere at blive klogere på, hvornår, hvorfor og hvordan helbred og/eller psykisk velbefindende fører til oplevelser af administrative byrder. Sådanne studier vil derfor formentlig kunne levere væsentlige teoretiske indsigter.

Konklusion og implikationer

Jeg har i denne artikel undersøgt, om personer med dårligt helbred og/eller dårligt psykisk velbefindende oplever øgede efterlevelsescostninger, når de interagerer med deres speciallæger og praktiserende læger. Dette bekræftes af de empiriske analyser, med det forbehold at analyserne er baseret på tværsnitsdata uden mulighed for at udtale sig om kausaliteten mellem sundhed og efterlevelsescostninger. Mere specifikt viser analyserne, at personer med dårligt helbred i højere grad end personer med godt helbred oplever, at afstanden til lægen samt forsinkelser er en byrde for dem. Det samme gælder for personer med dårligt psykisk velbefindende. Der findes derimod ingen indikationer på, at man oplever ekstra mange efterlevelsescostninger, hvis man både har dårligt fysisk og psykisk velbefindende.

Resultaterne leverer indspark til både den danske offentlige sektor og den internationale forskningslitteratur om administrative byrder. Artiklen er således blandt de første i forskningslitteraturen om administrative byrder til at anvende en repræsentativ spørgeskemaundersøgelse til at afdække *oplevelser* af byrder. Tidligere studier har typisk brugt repræsentative spørgeskemaundersøgelser til at undersøge opbakning til administrative byrder (se fx Halling, Herd og Moynihan, 2023) eller bekvemmelighedssamples af specifikke målgrupper, fx arbejdsløse, til at undersøge oplevelser af byrder (se fx Döring og Madsen, 2022). Fordelen ved at bruge repræsentative spørgeskemaundersøgelser til at afdække oplevelser af byrder er dels, at resultaterne med større sikkerhed er gældende for den samlede population i den kontekst, der studeres. Derudover åbner det op for i langt højere grad at studere og sammenligne byrdefulde oplevelser på tværs af landegrænser. I og med at denne artikel primært er tiltænkt et dansk publikum, har den kun fokus på Danmark, men det vil være relativt ligetil for fremtidige undersøgelser at afdække, om borgere i forskellige velfærdsstatstyper fx oplever forskellige byrder.

For den danske offentlige sektor er det væsentligt at være opmærksom på, at byrdefulde oplevelser i sundhedsvæsenet er ulige fordelt. Studiet skriver sig dermed ind i en større litteratur om ulighed i møder med den offentlige sektor. Allerede den første magtudredning satte fokus på emnet og belyste blandt andet

ulighed i børneforsorgen og blandt langtidsledige (Järvinen, Larsen og Mortensen, 1997). Siden har studier indenfor især sociologi og offentlig forvaltning vist, at møder med det offentlige kan være ulighedsskabende (se fx Mik-Meyer, 2007; Olsen, Kyhse-Andersen og Moynihan, 2022), ligesom sundhedsvidenskabelige studier har dokumenteret omfattende socioøkonomisk ulighed i adgangen til sundhed (Kjeld et al., 2022).

Selvom denne artikel dermed blot er en lille brik i et meget større puslespil, vil jeg fremhæve en central indsigt, som jeg håber, at læseren vil tage med videre: De samme krav, regler eller omstændigheder kan give sig udslag i vidt forskellige oplevelser blandt personer med henholdsvis godt og dårligt helbred eller godt og dårligt psykisk velbefindende. Mine resultater viser fx, at personer med dårligt helbred oplever forsinkelser som en større omkostning end personer med godt helbred. Det illustrerer, at faktorer, der for en rask person kan være ubetydelige, kan være en relativ stor omkostning for en syg person. Det er formentlig vanskeligt for sundhedssektoren at lave konkrete tiltag, der mindsker denne ulighed i byrdefulde oplevelser, men ikke desto mindre er den værd at være opmærksom på og forholde sig til. Og måske kreative offentlige organisationer eller ledere endda kan finde på løsninger, der kan være med til at mindske de byrdefulde oplevelser for personer med dårligt helbred.

Supplerende materiale

Supplerende materiale findes her samt via links i teksten.

Litteratur

- Baekgaard, Martin og Tara Tankink (2022). *Administrative burden: Untangling a bowl of conceptual spaghetti. Perspectives on Public Management and Governance* 5: 16-21.
- Baekgaard, Martin, Pamela Herd og Donald P. Moynihan (2022). *Of "welfare queens" and "poor Carinas": Social constructions, deservingsness messaging and the mental health of welfare clients. British Journal of Political Science* 53 (2).
- Bell, Elizabeth, Julian Christensen, Donald P. Moynihan og Pamela Herd (2023). *Health in citizen-state interactions: How physical and mental health problems shape experiences of administrative burden and reduce take-up. Public Administration Review* 83 (2): 385-400.
- Bruch, Sarah K., Myra M. Ferree og Joe Soss (2010). *From policy to polity: Democracy, paternalism, and the incorporation of disadvantaged citizens. American Sociological Review* 75 (2): 205-226.

- Burden, Barry C., David T. Canon, Kenneth R. Mayer og Donald P. Moynihan (2012). The effect of administrative burden on bureaucratic perception of policies: Evidence from election administration. *Public Administration Review* 72 (5): 741-751.
- Christensen, Julian, Lene Aarøe, Martin Baekgaard, Pamela Herd og Donald P. Moynihan (2020). Human capital and administrative burden: The role of cognitive resources in citizen-state interactions. *Public Administration Review* 80 (1): 127-136.
- Chudnovsky, Mariana og Rik Peeters (2021). The unequal distribution of administrative burden: A framework and an illustrative case study for understanding variation in people's experience of burdens. *Social Policy and Administration* 55 (4): 527-542.
- Collie, Alex, Luke Sheehan, Ashley McAllister og Genevieve Grant (2021). The learning, compliance, and psychological costs of applying for the Disability Support Pension. *Australian Journal of Public Administration* 80 (4): 873-890.
- Daigneault, Pierre-Marc og Christian Macé (2020). Program awareness, administrative burden, and non-take-up of Québec's supplement to the work premium. *International Journal of Public Administration* 43 (6): 527-539.
- DeSalvo, Karen B., Nicole Bloser, Jiang He og Paul Muntner (2006). Mortality prediction with a single general self-rated health question. *Journal of General Internal Medicine* 21 (3): 267-275.
- Döring, Matthias og Jonas K. Madsen (2022). Mitigating psychological costs—The role of citizens' administrative literacy and social capital. *Public Administration Review* 82 (4): 671-681.
- Eisen, Susan V., Kathryn A. Bottonari, Mark E. Glickman, Avron Spiro, Mark R. Schultz, Lawrence Herz, Robert Rosenheck og Ethan S. Rofman (2011). The incremental value of self-reported mental health measures in predicting functional outcomes of veterans. *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 38 (2): 170-190.
- Eurofound (2017). *European Quality of Life Survey 2016: Quality of life, quality of public services, and quality of society*.
- Halling, Aske og Martin Baekgaard (2024). Administrative burden in citizen-state interactions: A systematic literature review. *Journal of Public Administration Research and Theory* 34 (2): 180-195.
- Halling, Aske, Pamela Herd og Donald P. Moynihan (2023). How difficult should it be? Evidence of burden tolerance from a nationally representative sample. *Public Management Review* 25 (11): 2053-2072.
- Heinrich, Carolyn J., Sayil Camacho, Sarah C. Henderson, Mónica Hernández og Ela Joshi (2022). Consequences of administrative burden for social safety nets that

- support the healthy development of children. *Journal of Policy Analysis and Management* 41 (1): 11-44.
- Herd, Pamela og Donald P. Moynihan (2018). *Administrative Burden: Policymaking by Other Means*. Russell Sage Foundation.
- Järvinen, Margaretha, Jørgen Elm Larsen og Nils Mortensen (1997). *Det magtfulde møde mellem system og klient*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Kjeld, Simone G., Louise A.S. Brautsh, Durita L. Svartá, Anne F. Hansen, Susan Andersen og Dina Danielsen (2022). *Social ulighed i mødet med sundhedsvæsenet – en systematisk litteraturgennemgang*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Kyle, Michael A. og Austin B. Frakt (2021). Patient administrative burden in the US health care system. *Health Services Research* 56 (5): 755-765.
- Lasky-Fink, Jessica og Elizabeth Linos (2023). Improving delivery of the social safety net: The role of stigma. *Journal of Public Administration Research and Theory* 34 (2): 270-283.
- Madsen, Jonas K., Martin Baekgaard og Jon Kvist (2023). Scarcity and the mindsets of social welfare recipients: Evidence from a field experiment. *Journal of Public Administration Research and Theory* 33 (4): 675-687.
- Mani, Anandi, Sendhil Mullainathan, Eldar Shafir og Jiaying Zhao (2013). Poverty impedes cognitive function. *Science* 342 (6163): 976-981.
- Masood, Ayesha og Muhammad A. Nisar (2021). Administrative capital and citizens' responses to administrative burden. *Journal of Public Administration Research and Theory* 31 (1): 56-72.
- Mettler, Suzanne og Joe Soss (2004). The consequences of public policy for democratic citizenship: Bridging policy studies and mass politics. *Perspectives on Politics* 2 (1): 55-73.
- Mik-Meyer, Nanna (2007). *The power of citizens and professionals in welfare encounters: The influence of bureaucracy, market and psychology*. Manchester University Press.
- Moynihan, Donald P., Pamela Herd og Hope Harvey (2015). Administrative burden: Learning, psychological, and compliance costs in citizen-state interactions. *Journal of Public Administration Research and Theory* 25 (1): 43-69.
- Nisar, Muhammad A. (2018). Overcoming resistance to resistance in public administration: Resistance strategies of marginalized publics in citizen-state interactions. *Public Administration and Development* 38 (1).
- O'Brien, Robert M. (2007). A caution regarding rules of thumb for variance inflation factors. *Quality and Quantity* 41 (5): 673-690.
- Olsen, Asmus L. (2014). Tærskelvariable og tærskelværdier: en introduktion til regressions-diskontinuitetsdesignet. *Politica* 46 (1): 42-59.
- Olsen, Asmus L., Jonas H. Kyhse-Andersen og Donald P. Moynihan, D. (2022). The unequal distribution of opportunity: A national audit study of bureaucratic dis-

- crimination in primary school access. *American Journal of Political Science* 66 (3): 587-603.
- Protheroe, Joanne, Helen Brooks, Carolyn Chew-Graham, Caroline Gardner og Anne Rogers (2013). "Permission to participate?" A qualitative study of participation in patients from differing socio-economic backgrounds. *Journal of Health Psychology* 18 (8): 1046-1055.
- Rogvi, Sofie á, Ann D. Guassora, Nina Tvistholm, Gitte Wind og Ulla Christensen (2021). "It is a full-time job to be ill": Patient work involved in attending formal diabetes care among socially vulnerable Danish type 2 diabetes patients. *Qualitative Health Research* 31 (14): 2629-2640.
- Schröder, Sara L., Astrid Fink og Matthias Richter (2018). Socioeconomic differences in experiences with treatment of coronary heart disease: A qualitative study from the perspective of elderly patients. *BMJ Open* 8 (11).
- SDU (2017). *Københavnernes går ikke så ofte til læge som sønder- og midtjyder og bornholmere*.
- Shah, Anuj K., Sendhir Mullainathan og Eldar Shafir (2012). Some consequences of having too little. *Science* 338 (6107): 682-685.
- Shippee, Nathan D., Nilay D. Shah, Carl R. May, Frances S. Mair og Victor M. Montori (2012). Cumulative complexity: A functional, patient-centered model of patient complexity can improve research and practice. *Journal of Clinical Epidemiology* 65 (10): 1041-1051.
- Spencer-Bonilla, Gabriella, Ana R. Quiñones og Victor M. Montori (2017). Assessing the burden of treatment. *Journal of General Internal Medicine* 32 (10): 1141-1145.
- Suchy, Yana (2009). Executive functioning: Overview, assessment, and research issues for non-neuropsychologists. *Annals of Behavioral Medicine* 37 (2): 106-116.
- Sundhedsstyrelsen (2015). *Forebyggelse på ældreområdet. Håndbog til kommunerne*. København: Sundhedsstyrelsen.
- Thomsen, Mette K., Martin Bækgaard og Ulrich Thy Jensen (2020). The psychological costs of citizen coproduction. *Journal of Public Administration Research and Theory* 30 (4): 656-673.
- Topp, Christian W., Søren D. Østergaard, Susan Søndergaard og Per Bech (2015). The WHO-5 well-being index: A systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics* 84 (3): 167-176.