

Hälsoproblem och sjukdomsbeteende bland småbarnsfamiljer i en storstadsförort (III)

Gisela Dahlquist

Jan-Ivar Ivarsson

Stig Wall

Göran Sterky

Karin Tengvald

Upplevda hälsoproblem och vidtagna åtgärder rapporterades under en vintermånad av 185 barnfamiljer boende i en storstadsförort. Rapporteringen skedde prospektivt med hjälp av dagbok och information om socio-ekonomiska faktorer, medicinsk kunskap och erfarenhet samt familjernas sociala nätverk erhöles från en enkät. Hälsoproblem rapporterades i medeltal var 4:e individdag. Majoriteten (61%) av symptomen klassificerades som infektionssjukdomar och endast en minoritet (14%) bedömdes som svåra. I genomsnitt var 6:e rapporterade individdag vidtogs åtgärder mot hälsoproblem och minst var 10:e dag var någon i familjen sjukskrivnen. Mindre än 1/10 av de rapporterade symptomdagarna och mindre än 1/5 av de rapporterade sjukdomsepisoderna handlades i samarbete med de professionella vårdorganen. Familjen själv, och framför allt mödrarna handlade således majoriteten av hälsoproblemen och av de rapporterade åtgärderna utgjorde 73% medicineriing. Andelen professionella kontakter tycks bero av symptomens art, duration och svårighetsgrad samt kategori av familjemedlem. Faktorer som socio-ekonomisk status, medicinsk utbildning och erfarenhet tycktes påverka åtgärdsmonstret mycket litet i den studerade populationen. Det sociala kontaktnätet användes i ungefär samma utsträckning som det professionella vid hälsoproblem men familjer med "djupa" och "slitstarka" kontaktnät använder dessa i högre grad än familjer som saknar sådana.

BAKGRUND OCH SYFTE

I enlighet med den diskussion som tidigare förts i arbete I i detta nummer föreligger behov av dels en kartläggning av hälsoproblem och sjukdomsbeteende hos en svensk population liksom en analys av faktorer som kan påverka sjukdomsbeteendet. Ett flertal författare är ense om att familjen måste betraktas som den viktigaste strukturen för både hälso- och sjukdomsbeteende (56, 57, 43). Bland faktorer som styr familjens sjukdomsbeteende har nämnts medicinsk kunskap och erfarenhet, kvaliteten av det omgivande informella nätverket, liksom graden av vardaglig stress för familjen (58, 59, 60). I den socialpolitiska debatten i Sverige har det hävdats att de senaste decenniernas strukturomvandling med starkt ökande urbanisering har lett till en uppsplittring av de sociala nätverken och en social isolering av unga barnfamiljer särskilt i storstadsregionerna.

I föreliggande arbete rapporteras några resultat av en prospektiv självrapportering i dagbok från 185 småbarnsfamiljer bosatta i en Stockholmsförort. Undersökningen har specifikt velat belysa följande frågeställningar:

- Hur många och vilken typ av akuta hälsoproblem upplevs bland barnfamiljer under en vintermånad?
- Vilka åtgärder vidtas vid akuta hälsoproblem?
- Hur utnyttjas familjens sociala nätverk respektive det professionella medicinska vårdsystemet

Tabell 1. Familjestruktur och socio-ekonomisk status hos de studerade familjerna.

Variabel	Antal	Variabel	%
Familjer	185	<i>Mors yrke:</i>	
Vuxna	340	Industriarbetare	15,1
Barn <1 år	45	Tjänsteman, tekniker	50,5
Barn 1-7 år	174	Egen företagare	0,5
Barn >7 år	51	Studerande	3,3
Barn totalt	290	Hemarbetande	10,5
Ensamstående förälder	30	Ej svar	20,1

Variabel	%	Variabel	%
<i>Fars yrke:</i>		<i>Familjeinkomst:</i>	
Industriarbetare	16,6	0-4 000 kr	21,0
Tjänsteman, tekniker	51,3	4-6 000 kr	31,7
Egen företagare	5,5	6-8 000 kr	18,4
Studerande	3,2	>8 000 kr	8,8
Hemarbetande	0	Ej svar	20,1
Ej svar	23,8		

under sjukdomsperioder hos olika familjemedlemmar?

- Är familjens sjukdomsbeteende relaterat till variabler som den socio-ekonomiska bakgrunden, den medicinska kunskapen och erfarenheten och kvaliteten av det sociala nätverket?

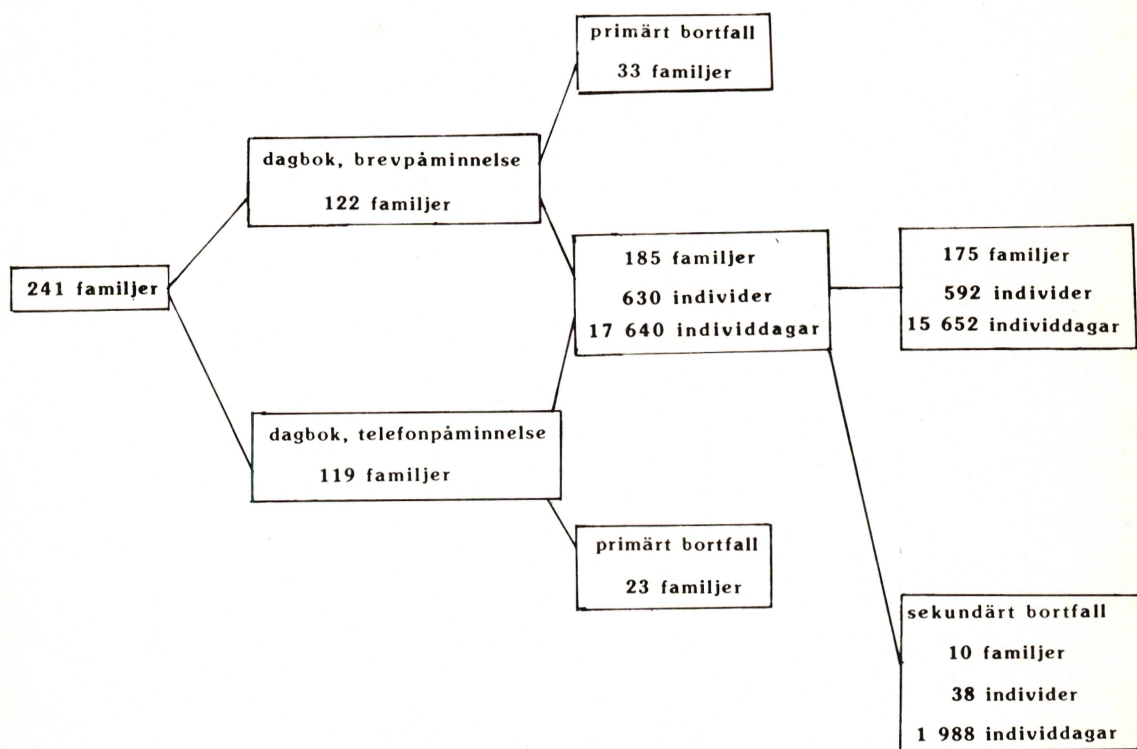
MATERIAL OCH METOD

Undersökningsgrupp och uppläggning

Föreliggande rapport behandlar information hämtad från samma population som beskrivs i arbete II i detta nummer, men endast resultaten från de båda grupper som förde dagbok (grupp D och grupp DR) redovisas här. Dessa båda grupper omfattade 185 familjer vars familjestruktur och socio-ekonomiska status beskrivs i tabell 1.

Figur 1 beskriver materialet och primärt respektive sekundärt bortfall. Det primära bortfallet omfattade 56 familjer som fanns registrerade vid barna-

Figur 1. Material och bortfall.



vårdscentralen men som aldrig kom att delta i studien av följande skäl: Ett barn avled tidigt under registreringsperioden, 24 familjer flyttade redan före studiens början, 6 familjer hade stora svårigheter med svenska språket och 3 hade ingen telefon, 4 var bortresta under registreringsperioden och 18 avböjde att delta i studien. Tio familjer som från början ville delta i studien återsände aldrig någon dagbok. Dagboksregistreringen pågick under perioden 79-01-15–02-11 och avslutades med en postenkät. Frågeformuläret besvarades av 145 familjer.

Mätinstrument

Dagboken utgjordes av ett strukturerat formulär, ett för varje dag och familjemedlem. Den vuxne person i familjen som ansågs vara huvudansvarig för hälsoproblem i familjen (endast i ett fall fadern) ombads varje kväll fylla i dagboksbladen för varje familjemedlem. Intervjuformuläret omfattade 89 frågor inom följande tre områden:

- socio-ekonomiska förhållanden,
- medicinsk kunskap och erfarenhet,
- familjens sociala kontaktnät.

För ytterligare detaljer om dagboken hänvisas till arbete II. Dagboksformulär och intervjuformulär kan erhållas från författarna.

Dataanalys

De självrapporterade symtomen indelades i åtta diagnoskategorier. En sjukdomsepisod definieras

som en eller flera konsekutiva dagar med rapporterat sjukdomssymtom. För att få ett mått på sjukdomsbelastning har data analyserats avseende frekvens symtomdagar, duration respektive definierad svårighetsgrad (i tre kategorier för såväl individer som familjer). Tolv variabler har sammanställts som avser att i grupper om fyra definiera familjens socioekonomiska status, medicinska kunskap och erfarenhet respektive familjens sociala nätverk. Dessa variabler redovisas i *tabell 2* liksom de beroende variabler som använts för att definiera sjukdomsbeteende.

Med medicinsk erfarenhet menas att någon av familjemedlemmarna haft någon kontakt med sjukvårdssystemet under det senaste året. Familjen klassificerades som antingen professionell eller lekmannaorienterad baserat på frågor om huruvida vid ett hälsoproblem modern i första hand sökte råd från medicinska professionella eller medicinska handböcker eller om hon i första hand utnyttjade veckotidningar, dagstidningar, television eller sökte råd hos vänner och bekanta. En person bedömdes som socialt isolerad om antalet kontakter med andra vuxna (släktingar, grannar, arbetskamrater eller andra vänner) var mer sällsynta än en gång per månad. Det sociala kontaktnätets kvalitet bedömdes på basis av följande faktorer: *praktisk nytta*, dvs om familjen hade fått hjälp av det sociala kontaktnätet minst en gång under det sista halvåret;

Tabell 2. Variabler som använts för analys av sjukdomsbeteendet för de 145 familjer som besvarat enkäten. För vidare definitioner, se text.

Socio-ekonomi	Antal	Medicinsk kunskap	Antal	Åtgärder
<i>Faderns yrke</i>		<i>Medicinsk utbildning</i>	38	<i>Åtgärd oavsett kategori och typ</i>
– arbetare	27	<i>Sjukvårdsanställd</i>	18	<i>Kategori</i>
– lägre tjänsteman	44	<i>Medicinsk erfarenhet</i>	133	– inom familjen
– akademiker, tekniker el. högre	70	<i>Orientering i hälsofrågor</i>		– i kontakt med socialt nätverk
<i>Moderns utbildning</i>		– professionell	61	– i kontakt med professionell vård
– låg	31	– indirekt professionell	29	
– medel	53	– lekmannaorienterad	40	
– hög	61	– ospecificerad	15	
– ospecificerad	4	SOCIALT NÄTVERK		<i>Typ</i>
<i>Familjestruktur</i>		<i>Kontakt > 1 gång/mån</i>	119	– behandlande
– ensamstående	24	<i>Praktisk hjälp</i> (sen. 6 mån)	105	– annan
<i>Nationalitet</i>		<i>"Djupa" nätverk saknas</i>	19	
– icke svensk	22	<i>"Slitstarka" nätverk saknas</i>	26	

djupa relationer, dvs familjen hade kontakter med vilka alla personliga problem kunde diskuteras; *slit-starka*, dvs familjen kunde få mer än en veckas kontinuerlig hjälp med omvårdnad av barnen.

RESULTAT

Hälsoproblem

För 27% (4259/15652) av individdagarna rapporterades hälsoproblem. *Tabell 3* ger det totala antalet rapporterade symtomdagar i åtta symtomgrupper för föräldrarna och barn i olika åldersgrupper. Infektionssjukdomar dominerade så att de upptog 61% av det totala antalet rapporterade symtom. För barnen rapporterades en dubbelt så hög frekvens av infektioner jämfört med vuxna.

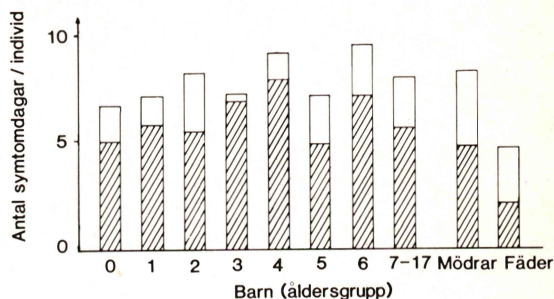
Tabell 3. Fördelningen av rapporterade symtomtyper för olika familjemedlemmar.

Symtomtyp	% av symtomdagar			
	Mor	Far	Barn	Totalt
Infektion	36,6	52,8	80,2	61,3
Värk	34,9	32,5	5,1	19,4
Olycksfall	1,2	1,9	1,3	1,4
Hudåkomma	—	0,5	7,4	3,8
Allergi	—	0,3	1,2	0,7
Gyn. problem	8,7	—	—	2,9
Psyk. problem	1,4	0,7	—	0,6
Övrigt	17,2	11,4	4,8	10,0
Antal symtomdagar	1 542	745	2 355	4 642
Antal individer	174	146	272	592

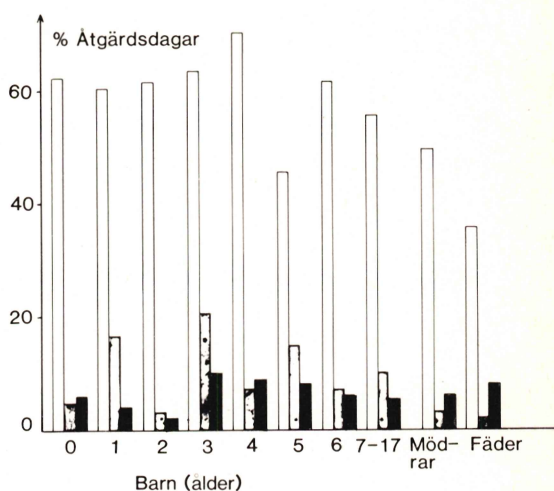
Figur 2 ger fördelningen av symtomdagar och det proportionella antalet åtgärder som vidtagits för hälsoproblem bland vuxna och barn i olika åldrar. Fäderna tenderar att ha en lägre frekvens av symtomdagar, för övrigt var symtomdagarna tämligen jämt fördelade i olika åldersgrupper. Frekvensen av sjukdomsepisoder var genomsnittligt högst för mammorna (1,9) och lägst för papporna (1,2) medan barnen hade 1,6 sjukdomsepisoder per individ. Hänsyn har då tagits till det interna bortfallet, dvs till olika lång uppföljningstid.

Hälften av rapporterade sjukdomsepisoder hade en duration på en till två dagar medan 1/5 varade

Figur 2. Antal symtomdagar per individ för barn i olika åldrar och bland föräldrar. Streckade fält anger då åtgärder vidtagits.



Figur 3. Andel dagar i % av symtomdagar då åtgärder vidtagits inom familjen (ofyllda staplar), i kontakt med sociala nätverket (grå staplar) resp i kontakt med de professionella vårdorganen (svarta staplar).



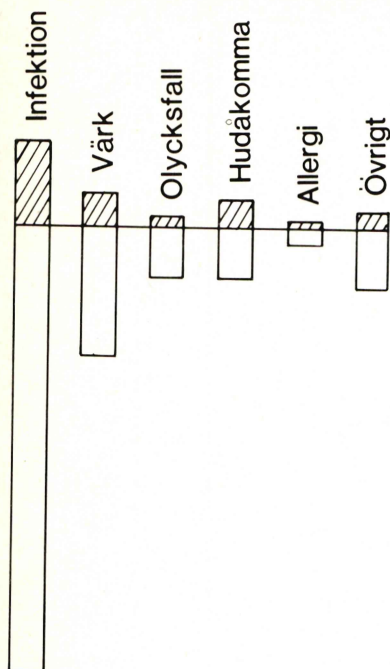
mer än 1 vecka. Barnen tenderade att ha längre sjukdomsepisoder än de vuxna. För 80% av rapporterade symtomdagar angavs också svårighetsgrad i en tregradig skala för symtomen. Endast 14% av symtomdagarna angavs som svåra, medan 49% klassificerades som lätta. För sjukdomsepisoder angavs att i 23% av episoderna förelåg svåra symtom under minst någon symtomdag.

Åtgärder

Frekvenser och kontakttyper

Figur 2 ger det totala antalet åtgärder i relation till

Figur 4. Isbergsfenomenet: Relativ andel episoder för olika symtom (hela stapeln) och andel för vilka sjukvården kontaktats (streckade fält). Hela materialet.



antal symtomdagar. Åtgärder rapporterades för 2672 av de 15652 rapporterade indviddagarna. Figur 3 visar fördelningen av åtgärder som vidtagits inom familjen, i samspel med det sociala nätverket och respektive i samspel med det professionella medicinska vårdsystemet för olika familjemedlemmar. Detta innebär att dessa barnfamiljer under den studerade perioden vidtog åtgärder vid upplevda hälsoproblem i medeltal var sjätte rapporterade indviddag. Åtgärdsfrekvensen ökade med ökande svårighetsgrad och duration av sjukdomsepisod.

Majoriteten av hälsoproblemen sköttes inom familjen. Endast 7% av angivna åtgärder vidtogs i samarbete med det informella nätverket och endast i 6% av rapporterade symtomdagar togs kontakt med de professionella vårdorganen. Under en månad hade dock ca 20% av individerna haft någon kontakt med det professionella systemet. Av familjerna hade 38% haft någon kontakt med en läkare för någon av familjemedlemmarna under fyra veckorsperioden.

Figur 4 visar den proportionella mängden vårdutnyttjande för olika symtomkategorier beräknat på

sjukdomsepisoder. Man ser att en proportionellt liten del av episoder med infektionssjukdomar är kända för vårdorganen medan hudsjukdomar, olyckshändelser och psykiska problem i större utsträckning når det professionella systemet.

Vilka personer utför hälsoarbetet?

I 72% av rapporterade åtgärder inom familjen var modern aktör jämfört med 16% för fadern. I 65% av fallen när det informella kontaktnätet utnyttjades i hälsoarbetet var den kontaktade personen en nära släkting. För majoriteten av dessa kontakter (80%) var det ett barn som var sjukt. Av de professionella kontakterna var hälften med läkare eller tandläkare, i drygt 20% var det en sjuksköterska, i 11% en socialarbetare och övriga kontakter var exempelvis apotekspersonal, sjukvårdsupplysningen, chiropraktor eller dylikt. Det förelåg en skillnad avseende typ av professionell kontakt för olika familjemedlemmar så att när en vuxen familjemedlem var sjuk utgjorde 67% av de professionella kontakterna en läkarkontakt jämfört med endast 34% för sjuka barn. Å andra sidan utgjorde 27% av de professionella kontakterna vid sjukt barn kontakt med sjuksköterska jämfört med 18% när en vuxen var sjuk. För sjuksköterskekontakterna förelåg också en skillnad mellan mor och far så att 27% av professionella kontakter var sjuksköterskekontakter för mödrarna jämfört med endast 7% för fäderna. Fäderna hade däremot i 88% av de professionella kontakterna kontaktat läkare.

Vilken typ av åtgärder vidtogs?

Åtgärdstyperna indelades i behandlande åtgärder, omvårdnad, stöd och råd samt praktiska åtgärder (typ sjukskrivning, vara hemma från arbetet, från daghem osv). Den dominerande typen av behandlande åtgärd var medicinering (73%). Tabell 4 visar hur medicinering fördelades på olika familjemedlemmar och åldersgrupper av barn både i relation till antal symtomdagar och per individ under hela perioden. Endast i 5% av de behandlande åtgärderna har homeopatiska metoder använts. Bland praktiska åtgärder rapporterades i 62% att man fått avstå från arbete, skola eller daghemsvistelse. Det sociala kontaktnätet bidrog framför allt med prak-

tisk hjälp (54%) medan 28% av kontaktnätsåtgärderna var av behandlande karaktär. För 18% betecknades kontaktnätsåtgärderna som allmänt stöd och råd.

Tabell 4. *Rapporterad medicinering för olika familjemedlemmar i relation till antal symtomdagar respektive per individ*

Individ		Medicineringsdagar/individ	% medicineringsdagar av symtomdagar
Barn (ålder	0	2,2	32
	1	2,6	36
	2	4,0	48
	3	3,4	46
	4	4,5	48
	5	1,4	20
	6	4,2	43
	7-17	2,4	30
Mödrar		2,5	30
Fäder		1,2	24
Totalt		2,5	34

Kan sjukdomsbeteende förklaras?

Det totala antalet familjer i de olika undergrupperna som presenteras i tabell 2 blev i en del fall tämligen litet. Varje familj kan emellertid svara för ett stort antal åtgärdsdagar. Nedanstående redovisning måste därför tolkas med försiktighet.

Påverkar socio-ekonomiska faktorer sjukdomsbeteendet?

Det förelåg en slående likhet i sjukdomsbeteende för människor med olika tjänstgöringskategori. Emellertid förelåg en tendens till lägre frekvens av kontakter med det sociala nätverket för familjer med hög socio-ekonomisk status, så att denna kategori utnyttjade det sociala kontaktnätet endast i 8% av 1 347 åtgärdsdagar jämfört med 13% (av 488) och 14% (av 737) respektive för arbetare och lägre tjänstemän. Frekvensen av kontakt med de professionella vårdorganen var lika för de tre yrkeskategorierna (9,7 och 7% respektive). Moderns utbildning tycks heller inte påverka sjukdomsbeteendet. Ingen skillnad förelåg mellan enföräldersfamiljer jämfört med tvåföräldersfamiljer. Däremot förelåg en tendens till högre frekvens informella kontakter

för invandrare (16% jämfört med 10% för svenska familjer). Professionella kontakter var emellertid lika för svenska och invandrade familjer (8 respektive 10%).

Påverkar medicinsk kunskap och erfarenhet sjukdomsbeteendet?

De familjer som under de senaste sex månaderna haft kontakt med det professionella vårdsystemet tenderade att vara allmänt mer aktiva avseende behandling. Sålunda behandlades i dessa familjer 58% av 3 702 symtomdagar jämfört med 42% (av 199) för familjer som inte nyligen haft kontakt med sjukvårdssystemet. Det var en slående likhet i sjukdomsbeteende när familjer som hade någon formell medicinsk utbildning eller var anställda av det professionella vårdsystemet jämfördes med familjer utan sådan utbildning eller anställning.

Påverkar det sociala kontaktnätets karaktär sjukdomsbeteendet?

Familjer som hade täta kontakter med det sociala kontaktnätet liksom de familjer vars sociala kontaktnät karakteriserats som "djupa" och "slitstarka" hade fler sociala kontakter i samband med hälsoproblem jämfört med familjer utan sådana nätverk. Sålunda använde familjer med djupa nätverk vid 11% av 2 261 symtomdagar sociala kontakter i samband med sjukdomar jämfört med 6% (av 332) för familjer utan djupa kontaktnät. Motsvarande siffror för familjer med slitstarkt nätverk var 13% (av 454) jämfört med 10% (av 2 139) för familjer utan sådana nätverk. Tjugosex familjer ansågs socialt isolerade, dvs hade kontakter med det sociala nätverket mindre än 1 gång per månad och de hade också en låg kontaktfrekvens vid hälsoproblem men inget högre utnyttjande av det professionella systemet.

DISKUSSION

Föreliggande arbete beskriver och analyserar hur unga familjer i en storstadsförort hanterar sina upplevda hälsoproblem, definierade av dem själva och rapporterade prospektivt i dagbok. Den här studerade populationen kan anses som en typisk svensk medelklasspopulation av unga föräldrar som är bo-

satta i ett nybyggt hyresområde i närheten av Stockholms city. I de flesta fallen förvärvsarbetar båda föräldrarna, de är tämligen välutbildade och en minoritet av föräldrarna har arbetaryrken. Medelinkomsten låg strax över genomsnittet för Storstockholm.

Andelen invandrare i förorten var jämförbar med Storstockholm, men endast de invandrare som hade goda kunskaper i svenska språket deltog i studien. Invånarna i förorten har god tillgång till sjukvårdsorgan med bl a flera närliggande sjukhus, i bostadsområdet belägen distriktsläkarstation samt barnavårdscentral.

Resultaten av studien påvisar att unga barnfamiljer upplever och handhar en stor mängd hälsoproblem (i medeltal var 4:e registrerad individdag) utan kontakt med de professionella vårdorganen. Samtidigt bör det påpekas att så många som 38 % av familjerna hade någon kontakt med läkare för någon av familjemedlemmarna under en fyraveckorsperiod. Då den studerade populationen har mycket god tillgång till professionell hjälp och eftersom de professionella vårdorganen i Stockholm mycket sällan rapporterar "missade fall" som ett mått på underutnyttjande av medicinsk service, måste den här rapporterade hälsovårdsbördan betraktas mer som ett socialt än som ett medicinskt problem. Det är författarnas åsikt att det viktigaste resultatet av denna studie är den kartlagda storleken på det isberg aktiviteter, innefattande behandling, vård och praktiska arrangemang som utförs bland unga barnfamiljer pga hälsoproblem.

Det har ofta hävdats att den pågående strukturomvandlingen som gör att många unga familjer flyttar till storstädernas förorter leder till social isolering. I vår studie kunde vi emellertid inte konstatera någon utbredd social isolering med våra definitioner. Sålunda uppgav den stora majoriteten av familjerna regelbundna kontakter med släktingar, grannar och arbetskamrater. Emellertid har strukturen

av det sociala nätverket förändrats så att grannar, arbetskamrater och släktingar inte längre utgör samma individer. Det måste dock påpekas att 26 av 145 familjer uppgav att de hade kontakter mer sällan än en gång per månad. När det gäller kvaliteten av det sociala nätverket hade de flesta familjerna också djupa kontakter dvs de hade vänner med vilka alla typer av personliga problem kunde diskuteras. Däremot hade endast ett fåtal familjer slitstarka kontaktnät, dvs sådana kontakter där en mycket hög grad av praktisk hjälp kunde erhållas, typ barnpassning under en hel vecka. Det sociala kontaktnätet användes också i relativt liten grad i samband med sjukdom i familjen. Man kunde finna att de familjer som uppgivit djupa och slitstarka kontaktnät också hade större praktisk hjälp av detta kontaktnät i samband med hälsoproblem, men det ledde inte till färre kontakter med det professionella sjukvårdssystemet. Man måste således konstatera att omhändertagandet av hälsoproblem framför allt sker inom familjen, särskilt av modern och åsikten att familjen måste betraktas som den viktigaste enheten i sjukvårdsarbeten kan konfirmeras.

Det försök till analys av faktorer som påverkar barnfamiljers sjukdomsbeteende medelst variabler som avsåg att mäta socio-ekonomisk status, medicinsk utbildning och typ av informellt kontaktnät gav inte stöd för tidigare framlagda hypoteser angående betydelsen av medicinsk utbildning och socialt stöd. Självklart kan denna brist på samband dels betyda att underlaget för vår analys av dessa variabler varit alltför liten. En annan förklaring kan vara att den studerade medelklasspopulationen med i genomsnitt god utbildning och bosatta i ett sjukvårdsmässigt välorganiserat bostadsområde är för homogen för att skillnader skall kunna upptäckas. Det är därför av stor vikt att liknande studier utförs i andra typer av populationer. Ett sådant exempel redovisas i arbete IV i detta nummer.

Gemensam litteraturlista återfinns sidan 36.