

Hälsoproblem och sjukdomsbeteende bland småbarnsfamiljer i glesbygd (IV)

Brita Bergström

Karin Tengvald

Bengt Lagerkvist

Stig Wall

I ett glesbygdsområde rapporterade 338 småbarnsfamiljer sina upplevda hälsoproblem och vidtagna åtgärder under en 4-veckorsperiod. Rapporteringen skedde med hjälp av dagbok. Samtidigt registrerades familjernas sjukvårdsutnyttjande vid samtliga hälso- och sjukvårdsinrättningar i kommunen. Information om familjernas socio-ekonomiska situation erhöles via enkät. Av barn 0–6 år hade 40 % inga hälsoproblem och 20 % rapporterade högst tre dagar med hälsoproblem. Dock hade 10 % hälsoproblem under mer än halva undersökningsperioden. Infektionssymtom dominerade (58 %) följt av värk (16 %) och hudåkommor (9 %). Ca var sjätte sjukdomsepisod ledde till en sjukvårdskontakt väsentligen proportionellt fördelat efter symtomen. För småbarnen var sjukvårdskontakterna med distriktssköterska, antingen per telefon eller via besök, mer än dubbelt så vanliga som läkarkontakterna. Förhållandet var omvänt bland föräldrarna.

Åtgärder vidtogs för två tredjedelar av alla dagar med hälsoproblem och för småbarnen dominerade behandlande insatser som medicinering och diet. Sociala konsekvenser som barnvakt, att stanna hemma från arbetet, registrerades för 20 % av dagarna med åtgärd. Det sociala kontaktnätet utnyttjades mest för småbarnen (råd, stöd, barnvakt) men endast vid ca 13 % av sjukdomstillfällena.

BAKGRUND OCH SYFTE

I offentliga utredningar (61) har man vid definition av begreppet glesbygd utgått från problem som uppstår vid sviktande befolkningsunderlag (*tabell 1*).

Många av de egenskaper som är utmärkande för en glesbygd har också betydelse för hur människors sociala nätverk är utformat. Studier under senare tid har antytt att nätverken är svagare i glesbygd än i tätort (15) medan tidigare studier antyder det motsatta (10). Förhållanden som är betecknande för glesbygd har vidare visat sig vara relaterade till både hälsoproblem och åtgärder. Så har man t.ex. påvisat samband mellan geografiskt avstånd och professionellt vårdutnyttjande (62, 63) liksom mellan arbetslöshet och psykisk hälsa (64).

Som framgår av arbete I i detta nummer finns behov av kunskap om ohälsans utbredning, om sjukdomsbeteende samt om sociala faktorer som påverkar dessa förhållanden i den svenska befolkningen. Sådana studier är sällsynta och för glesbygdsbefolkningen saknas de helt.

I föreliggande arbete rapporteras några resultat från ett projekt vars övergripande syfte är att studera omfattningen av hälsoproblem bland småbarnsfamiljer i glesbygd sett ur såväl sjukvårds- som befolkningsperspektiv, vilka åtgärder familjerna vidtar och hur dessa är relaterade till deras sociala situation.

Vi har här valt att med fokus på barnens förhållanden belysa följande frågeställningar:

- hur många hälsoproblem upplevs i småbarnsfamiljerna?
- vilka typer av hälsoproblem förekommer?
- vilka åtgärder vidtas i familjerna?
- hur utnyttjar familjen sitt sociala nätverk respektive sjukvårdssystemet vid sina hälsoproblem?

Tabell 1. Karakteristika för glesbygd

- Befolkningen minskar
- Allt större del av befolkningen utgörs av äldre människor
- Arbetstillfällena räcker inte till
- De långa avstånden gör det svårt att hålla kontakt
- Servicen minskar genom bl.a. glesare kommunikation, nedlagda skolor och butiker
- Kraven på sjuk- och äldreomsorg blir svåra att uppfylla
- Kommunernas kostnad för servicen stiger

Som studieområde valdes Vilhelmina, en glesbygdskommun i Västerbottens inland, som tidigare var väl känd beträffande befolkningens sjukvårdsutnyttjande. Vilhelmina kommun motsvarar till storlek och form landskapet Västmanland. Invånarantalet är 8 700. P.g.a. utflyttningen finns ett överskott av framför allt äldre män jämfört med riket i övrigt och underskott av barn i åldersgruppen 0–10 år. Parallellt med utflyttningen har också skett en kraftig befolkningscentralisering kring tätorten där nu mer än 50 % av invånarna är bosatta.

Den lokala sjukvårdsorganisationen i kommunen är, för glesbygdsförhållanden väl utbyggd och rymmer fyra distriktssköterskemottagningar, en vårdcentral med intilliggande sjukhem samt två filialläkarmottagningar. Vid vårdcentralen i tätorten finns fyra distriktsläkartjänster och möjlighet till enklare

röntgenundersökningar och EKG. För specialistvård remitteras Vilhelminaborna till Lycksele lasarett (120 km) som har specialister i medicin, kirurgi, obstetrik och gynekologi eller till Umeå regionsjukhus (240 km).

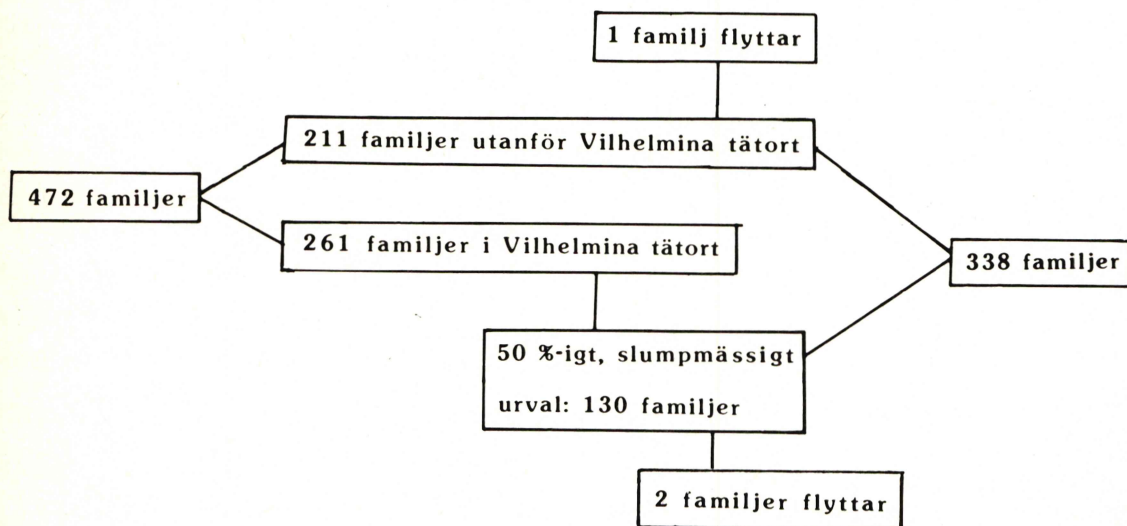
Kommunen är indelad i sex distrikt gemensamma för hälso- och sjukvård samt socialtjänst. I de två mest avlägsna fjälldistrikten finns två distriktssköterskemottagningar där också läkarmottagning sker en gång per vecka. På vårdcentralen finns sex distriktsskötersketjänster för de omkringliggande distrikten samt en liten BB-avdelning med ca 40 förlossningar per år. En dag i veckan hålls BVC-mottagning för varje distrikt. Distriktsbarnläkare eller barnsjuksköterskor i primärvården finns inte vare sig i kommunen eller i Västerbottens län. Barnomsorgen omfattar barn i åldrarna 6 månader till 12 år och ungefär halva familje- och daghemsbehovet är täckt.

MATERIAL OCH METOD

Undersökningsgruppen

Som småbarnsfamilj har definierats en familj som har åtminstone ett barn i åldern 0–6 år. Samtliga småbarn i kommunen identifierades och befanns tillhöra 472 familjer. Av dessa var 261 bosatta i tätorten och övriga 211 spridda över ett mycket

Figur 1. Beskrivning av hur urvalsgruppen om 338 familjer bildades utifrån totalt 472 familjer i kommunen.

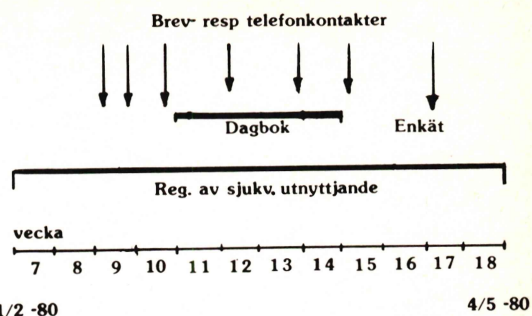


stort område inom kommunen. Eftersom bla avståndet till sjukvårdsinrättningar är viktigt för familjens beteende vid hälsoproblem inkluderades samtliga familjer utanför tätorten i undersökningen. För att begränsa kostnader och arbetsinsats gjordes däremot ett 50-procentigt slumpmässigt urval bland familjerna inom tätorten. Tre familjer som skulle flytta uteslöts och undersökningsgruppen kom att bestå av 338 småbarnsfamiljer med sammanlagt 737 barn av vilka 492 var i åldrarna 0–6 år (figur 1).

Samtliga 338 småbarnsfamiljers sjukvårdsutnyttjande registrerades oavsett om familjerna aktivt deltog i studien eller inte. Fullständig medverkan, både enkät och fyra veckors dagbok, erhöles från 274 familjer (81%) och partiell medverkan från ytterligare 43 familjer (13%). Tjugoen familjer bortföll helt (6%), huvudsakligen pga vägran. Dessa familjer skilde sig inte beträffande antal barn, ålder, bostadsort eller sjukvårdsutnyttjande från de deltagande familjerna.

Resultaten från enkätundersökningen visade att flertalet familjer hade två barn eller flera. Medeltalet barn per familj var 2,2 och därmed högre än riksgenomsnittet. Endast en fjärdedel av familjerna utgjordes av enbarnsfamiljer. De flesta familjerna hade bott i Vilhelmina i fem år eller längre tid, de flesta i egnahemsvillor eller jordbruksfastigheter.

Figur 2. Undersökningsmodell.



Mer än hälften av mödrarna var hemarbetande. Endast ett fåtal av familjerna hade sina barn på daghem. Huvuddelen av familjerna (60%) tillhörde gruppen arbetare. Hälften av föräldrarna hade högst 9 års skol- och yrkesutbildning. En tredjedel av familjerna hade åtminstone någon förälder med sjukvårdsutbildning, tex som sjukvårdsbiträde eller militärsjukvårdare.

Uppläggning och mätinstrument

Studien genomfördes i enlighet med figur 2. Familjerna kontaktades först per brev och informerades då om studiens syfte samt ombads att ta ställning till om man, trots den relativt stora arbetsinsats det skulle innebära, var beredd att delta. Sitt beslut

Tabell 2. Gruppering av upplevda symtom enligt dagböckerna i medicinska termer.

INFEKTIONER	Luftv infektion	HUDÅKOMMOR	Eksem, ej allergi
	Öroninflammation		Psoriasis
	Maginfektion		Annan hudåk
	Barnsjukdom		
	Urinv infektion		
VÄRK	Annan inf	PSYKISKA SYMTOM	Psykisk trötthet
	Huvudvärk		Oro, ångest
	Ryggvärk		
	Magvärk		
OLYCKSFALL	Mensvärk	GYNEKOL PROBLEM	Graviditets- o förlossn problem
	Ledvärk		Andra gyn problem
	Tandvärk		
	Värk i bröstorg		
	Trauma, ej huvud		
	Slag mot huvud	ÖVRIGA SYMTOM	Trötthet
	Förgiftning		Oklara symtom hos barn
	Annat olycksfall		Illamående övrigt
			Ämnesoms sjukd
			Ospec övriga symtom

meddelade man vid en första telefonkontakt. Familjerna erhöll därpå dagboksmaterialet. En stor familj kunde på detta sätt få en sändning om inte mindre än 100–150 dagboksblad. Dagboksrapporteringen kombinerades med kontinuerliga telefonkontakter förlagda till tider som avpassats efter familjernas önskemål. Enkätundersökningen som genomfördes efter dagboksregistreringen riktade sig också till dem som inte deltagit i självrapporteringen. Parallellt med dagboksstudien skedde en registrering av familjernas sjukvårdsutnyttjande inom samtliga hälso- och sjukvårdsinrättningar i kommunen.

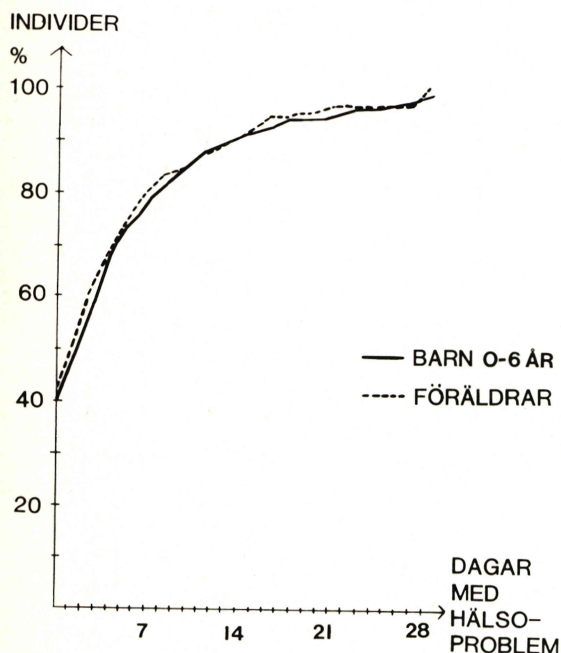
De i dagböckerna rapporterade symtomen grupperades inför bearbetningen enligt *tabell 2*.

RESULTAT

Hälsoproblem

Antal individer som uppvisade hälsoproblem får man en bild av enligt *figur 3*. Småbarn och föräldrar hade en likartad fördelning och för 40% av dem rapporterades inga hälsoproblem under den stude-

Figur 3. Antal dagar med hälsoproblem bland föräldrar och barn under 4-veckorsperioden. Kumulativ fördelning.

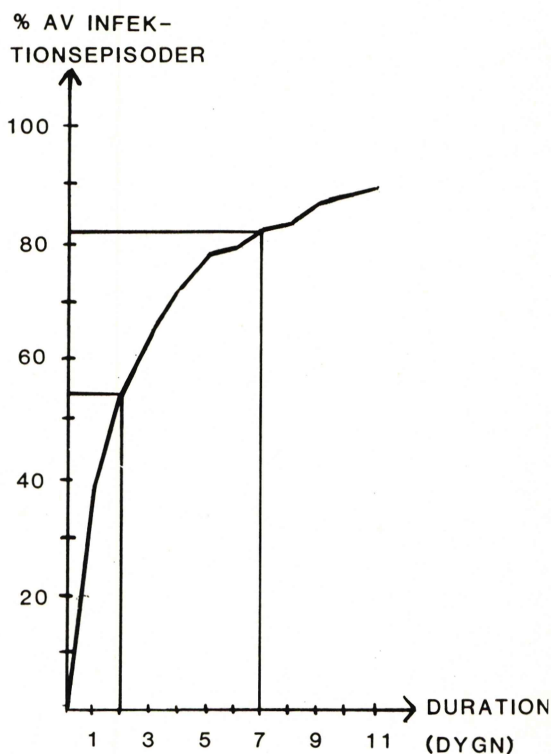


rade 4-veckorsperioden. Ca 8% av både småbarnen och föräldrarna hade däremot hälsoproblem under 14 dagar eller mera av undersökningsperioden.

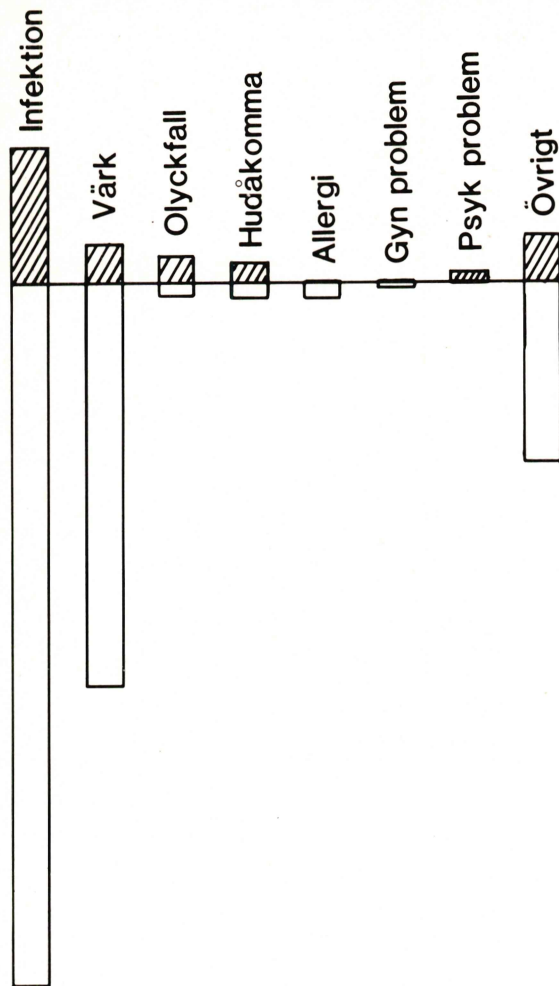
I den fortsatta analysen av resultaten har på varandra följande dagar med samma hälsoproblem betraktats som en *sjukdomsepisod*. Infektionsepisoderna hade en medelduration på ca 5 dagar för såväl föräldrar som barn. För barnen hade hälften av infektionerna gått över på två dagar medan 20% av infektionsepisoderna pågick mer än en vecka (*figur 4*).

I *figur 5* har vi illustrerat det sk isbergsfenomenet, dvs hur stor andel av de rapporterade symtomepisoderna bland småbarnen som föranlett kontakt med sjukvården. Vid 16% av alla infektionsepisoder förekom sådana kontakter. Andelen var lägre (13%) bland mödrarna och betydligt lägre (4%) bland fäderna för denna symptomgrupp. För småbarnen låg andelen sjukvårdskontakter mellan 10 och 30% oavsett symptomgrupp. Hos föräldrarna domi-

Figur 4. Infektionsepisodernas duration för 0-6-åringar. Kumulativ fördelning.



Figur 5. Relativ andel episoder för olika symtom bland 0–6-åringar (hela stapeln) och andel för vilka sjukvården kontaktats (streckade fält).

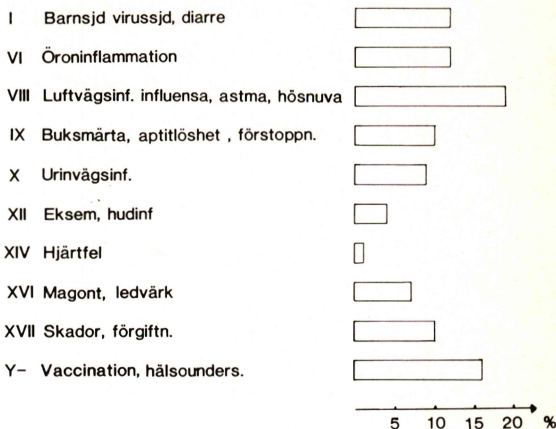


nerade värksymtomen kraftigt (ca 50%). Bland de symtom för vilka man sökte sjukvård utgjorde värk däremot en relativt sett mindre andel.

Sjukvårdsregistreringen

De insatser från sjukvården som registrerats på mottagningarna utgör personliga besök, hembesök av distriktssköterska samt telefonkonsultation. Kontakter som gällde ren hälsovård som 4-årskontroll, vaccination eller rutinmässiga graviditetsuppföljningar har inte tagits med. Däremot har sjukvårdskonsultation i samband med hälsokontroller registrerats som sjukvårdsutnyttjande.

Figur 6. Diagnosmönster vid besök hos läkare/distriktssköterska. Procentuell fördelning enligt ICD (International Classification of Diseases).



Under den studerade 4-veckorsperioden förekom 347 sjukvårdskontakter från de undersökta familjernas totalt 1401 individer. Ca 60% av kontakterna utgjordes av personliga besök medan resterande 40% var telefonkonsultationer. De personalkategorier som familjerna mest var i kontakt med utgjordes till 41% av läkare och till 45% av distriktssköterska.

Genomgående för både barn och föräldrar gäller att huvuddelen av kontakterna med läkare utgjorts av personliga besök medan distriktssköterskekontakterna huvudsakligen skett per telefon. För småbarnen var kontakterna med distriktssköterskan antingen per telefon eller besök mer än dubbelt så vanliga som läkarkontakterna. Förhållandet var omvänt bland föräldrarna.

Vid alla besök hos läkare och distriktssköterska sattes diagnoser på de symtom besöken gällde. Diagnosfördelningen enligt ICD-kod av barnens besök framgår av figur 6.

Vidtagna åtgärder

För två tredjedelar av familjernas totalt 5331 rapporterade dagar med hälsoproblem (symtomdagar) vidtogs någon form av åtgärd. Andelen var högre bland barn och lägre bland föräldrar. För 0–6-åringar vidtogs åtgärder inom familjen i 70% av symtomdagarna. Åtgärdstypen var av behandlande natur (medicinering, diet) vid nästan alla åtgärdsdagar och i en femtedel av dessa registrerades också prak-

tiska åtgärder (barnvakt, hemma från arbetet). Åtgärder med hjälp av det sociala kontaktnätet var vanligast för småbarnen. Det förekom i 7% av symptomdagarna (13% av sjukdomsepisoderna). Åtgärdstyper inom kontaktnätet var i hälften av åtgärderna råd och stöd och i något mindre utsträckning (40%) av praktisk typ (barnvakt, handla mat). Sjukvården kontaktades i nästan samma utsträckning för såväl småbarn som föräldrar (5–6% av symptomdagarna). Ser man i stället till symtomepisoderna hos barnen togs någon form av kontakt med sjukvården i ca 17%.

DISKUSSION

Studien ger en översiktlig bild av den totala upplevda sjukligheten bland småbarnsfamiljer i glesbygd, en grov första bestämning av vilka åtgärder som vidtogs och av det sociala nätverkets betydelse.

Ca 40% av alla småbarn hade inga hälsoproblem och ytterligare ca 20% hade högst tre dagar med något hälsoproblem. Symtom under minst halva registreringsperioden förekom dock hos ca 10% av barnen och dessa siffror var likartade för föräldragruppen.

Ser man till småbarnens sjukdomsepisoder dominerade infektionerna stort före hudåkommor och värk bland de kontakter som togs med sjukvården, personligt eller per telefon. Diagnosmönstret var likartat även för de episoder man skötte på egen hand dock med flera värkepisoder än hudåkommor. Att infektioner skulle vara helt dominerande hos barn är naturligtvis väntat. Symtomgruppen värk var dock oväntat stor för barnen och dessutom det hälsoproblem som dominerade bland föräldrarna. Symtom som huvudvärk, öronvärk och magvärk kombinerat med övriga infektionstecken har dessutom registrerats under symtomgruppen infektion. Det gör att ett noggrannare studium av symtomgruppen värk är motiverat ur pediatrik synvinkel.

Sjukvårdskontakterna för barnen skedde framför

allt med distriktssköterskan. Tillsammans med läkaren hade hon en god kännedom om typen av hälsoproblem och de blev kontaktade vid drygt var sjätte sjukdomsepisod.

Åtgärderna var vanligare för barnen än för de vuxna och utgjordes främst av medicinering. En kombination med praktiska åtgärder förekom bara i ca 20%, vilket antyder att de sociala konsekvenserna av barnens sjukdom inte var så stora. Även när man hämtade hjälp utanför familjen i sitt kontaktnät skedde det för att få råd och först i andra hand för praktiska göromål. Familjerna sökte hjälp från sjukvården respektive kontaktnätet i ungefär samma utsträckning.

För- och nackdelarna med dagboksregistrering har studerats ingående och möjligen finns en viss underrapportering av vidtagna åtgärder (Arbete II). Man bör dock hålla i minnet att den använda registreringstekniken innebär att det är familjernas egen lekmanamässiga beskrivning av sin ohälsa som studeras. Den har visserligen klassificerats i medicinska termer, men skall tolkas som upplevda besvär. Dessa har dessutom varierande svårighetsgrad men utgör familjernas verklighet och bakgrunden för deras handlande.

Det symtom som i en familj passerar rätt obemärkt kan i en annan familj leda till betydande åtgärder. Det är i det sammanhanget viktigt att påpeka att vi inte fått några hållpunkter för att något symtom fått ett bristfälligt omhändertagande i familjerna sett ur medicinsk synpunkt.

Den fortsatta analysen kommer att belysa strukturella och socio-ekonomiska faktorerens betydelse dels för förekomst av upplevda hälsoproblem och dels för åtgärder som vidtas. En jämförelse kommer att ske mellan småbarnsfamiljer i glesbygd och i storstadsförort som är extrema miljöer vad gäller levnadsvillkor och sjukvårdsorganisation. En första sådan jämförelse redovisas i arbete V.

Gemensam litteraturlista återfinns sidan 36.