

Hälsoproblem och sjukdomsbeteende bland småbarnsfamiljer i tätort och glesbygd (V)

Slutsatser och framtida forskningsbehov

Brita Bergström

Bengt Lagerkvist

Karin Tengvald

Gisela Dahlquist

Göran Sterky

Stig Wall

Jan-Ivar Ivarsson

En första jämförelse mellan upplevda hälsoproblem och åtgärdsmonster i Huvudsta och Vilhelmina, de två strukturellt och kulturellt olika miljöer som studerats i arbete III och IV ovan visar att Huvudstafamiljerna upplever väsentligt mera hälsoproblem än Vilhelminafamiljerna. Så tex var endast 17% av individerna i Huvudsta-materialet symtomfria under hela 4-veckorsperioden jämfört med 43% i Vilhelmina. För 27% av tiden rapporterades hälsoproblem i Huvudsta jämfört med 15% i Vilhelmina. I båda populationerna dominerade infektionssymtomen, särskilt bland barnen. Mätt i symtomepisoder förekom nästan dubbelt så många per individ i Huvudsta. Åtgärdsmonstret, däremot, skilde sig endast marginellt åt. Det professionella vårdsystemet utnyttjades tex i båda populationerna endast vid 6% av symtomdagarna.

Resultaten hittills ger inga belägg för "onödigt" sjukvårdsutnyttjande men understryker behovet av socialepidemiologiska studier av vardagssjukligheten i befolkningen. Här bör dagboksmetodiken kunna vara ett relevant verktyg, då den fungerade tillfredsställande i bägge de studerade områdena. Resultaten stöder heller inte tidigare hypoteser om betydelse av medicinsk utbildning och socialt stöd för småbarnsfamiljernas sjukdomsbeteende. Även om många familjer har fungerande sociala kontaktnät, använder man inte dessa i större utsträckning än professionell vård. Hälsoarbetet belastar i stället den enskilda familjen, särskilt modern. Det svenska socialförsäkringssystemet bi-

drar sannolikt till att öka familjernas möjligheter till egenvård.

Den fortsatta analysen kommer att ha en socialepidemiologisk inriktning kring den sociala och kulturella integrationens betydelse för hälsan föranlett bl a av de betydande skillnader som observerats i upplevda hälsoproblem mellan de båda populationerna. Klassmässiga olikheter, skillnader i kvinnornas förvärvsfrekvens och arbetslöshet samt de sociala nätverkens olika uppbyggnad är exempel på möjliga förklaringsfaktorer. Den vanliga föreställningen om vårt samhälles institutionalisering finner inget stöd då det gäller omhändertagandet av småbarnsfamiljens hälsoproblem. Familjen själv, särskilt modern, är fortfarande huvudaktör. Däremot påverkas sannolikt lekmännens vårdarbete i stor utsträckning av utbudet av professionella åtgärder och det professionella systemet har på så sätt indirekt större kontroll över egenvården än vad som framgår kvantitativt av den praktiska arbetsfördelningen.

I socialpolitiska sammanhang påpekas ofta vikten av substitution mellan professionell vård och lekmannavård. Våra studier ger inte belägg för att sådana möjligheter föreligger i nämnvärd omfattning för småbarnsfamiljer. Belastade familjer, ensamföräldrar och socialt isolerade tycks inte mer än andra utnyttja professionell vård. Den fortsatta analysen kommer bl a att söka belysa i vilken utsträckning detta tyder på en "orättvis" fördelning av hälsoarbetet.

UTGÅNGSPUNKTERNA

Epidemiologisk kunskap om vilka hälsoproblem som den friska populationen upplever är bristfällig. Särskilt saknas kunskap om hur lekmännen handskas med dessa problem inom familjen, i samverkan med andra lekmän och med vårdpersonal. Man kan därför påstå att den rent kartläggande delen av de båda studierna i Huvudsta och Vilhelmina fyller ett kunskapsgap.

En grundidé bakom projektens uppläggning har varit att lägga studierna "så nära verkligheten som möjligt", eftersom det i en frisk befolkning i så stor utsträckning är lekmännen som är huvudaktörerna. Det är föräldrarna själva som måste besluta om något är att betrakta som hälsoproblem och vad som i så fall bör göras, tex om det är nödvändigt att ta kontakt med vårdpersonal.

Förutom en kartläggning av symtom- och åtgärdsplanerat i en frisk befolkning syftar studierna till att analysera den relativa betydelsen av socio-ekonomiska faktorer, familjernas medicinska kunskaper och erfarenheter samt det sociala nätverkets struktur och innehåll för upplevelsen av hälsoproblem och omfattningen av hälsoarbete i svenska småbarnsfamiljer. Tyngdpunkten i den fortsatta analysen kommer att ligga mera på nätverkens betydelse än de övriga två mera traditionella faktorerna. Det är här av stort värde att ha tillgång till två olika typer av sociala miljöer, en storstads- och en glesbygdsmiljö, extremer inte minst vad gäller föreställningen om sociala nätverks olika karaktär.

METODOLOGISKA ERFARENHETER

Utvärderingen av olika metoder för rapportering av upplevda hälsoproblem och åtgärder (artikel II) som gjordes på Huvudstamaterialet (artikel III) visade att den prospektiva dagboksmetodiken kan tjäna som ett relevant epidemiologiskt instrument för att uppskatta de upplevda hälsoproblemens *omfattning* och *förlopp* samt som metod för att studera *hälsoarbetets* karaktär.

Även om denna beskrivning omstöps i medicinska termer, skall den inte tolkas som medicinska diagnoser. Detta har inneburit att vi, med utgångspunkt i familjernas egen rapportering av olika sjukdomssymtom och åtgärder, inte sträckt oss längre

.....
Dagboksmetodiken bör kunna vara ett relevant epidemiologiskt verktyg för att fånga upp vardagssjukligheten ute i befolkningen
.....

än till en grov klassificering av de olika symtomen i åtta symtomgrupper respektive endast klassificerat åtgärderna med hänsyn till *vem* som vidtagit dem och om de varit av behandlande eller omvårdande (praktisk) *karaktär* eller rört sig om råd och stöd.

Det bör påpekas att vid denna första bearbetning av de båda materialen, "symtomepisod" definierats olika. I Vilhelmina menas med symtomepisod en period av sammanhängande dagar med samma symptom. I Huvudsta däremot utgörs en episod av sammanhängande problemdagar där det symptom som uppgivits för den sista dagen fått avgöra episodens symptomklassifikation. En utvärdering och slutligt ställningstagande till de båda alternativen kommer naturligtvis att göras inför den fortsatta analysen.

Vilhelmina-studien (artikel IV) planlades bl a mot bakgrund av de metodologiska erfarenheterna från Huvudsta-studien. Dagboksmetodiken kunde därför också prövas fältmässigt i en annan kulturell miljö. Dagboksstudien i Vilhelmina kombinerades sålunda med kontinuerliga telefonkontakter då detta visade sig ge högsta svarsfrekvens (artikel II). Till skillnad från Huvudsta-studien där kontaktpersonerna bytte familjer varje vecka användes genomgående samma kontaktperson under hela undersökningsperioden i Vilhelmina. Telefonkontakterna i Vilhelmina förlades dessutom till den tid på dygnet som bäst passade varje enskild förälder. Båda dessa omständigheter tror vi bidrog till den högre svarsfrekvens (91 %) i Vilhelmina än i Huvudsta (73 %). Någon nämnvärd ökning av bortfallet efter 3 veckors dagboksrapportering kunde, till skillnad från Huvudsta, ej spåras i Vilhelmina.

De första preliminära resultaten från Vilhelmina-studien kunde så småningom presenteras på ett möte i Folkets hus i Vilhelmina, dit samtliga familjer inbjudits. Här bör aktivare insatser göras för att kunna samla en så geografiskt spridd grupp. Endast ett fåtal, från tätorten, hade mött upp. Det var dock uppenbart att dessa uppskattade att få se

och kommentera vad de "producerat". Denna typ av återkoppling är också väsentlig för forskarens tolkningsprocess och kan inte minst ge synpunkter inför alternativa, framtida frågeställningar.

Arbete I–V i denna serie kommer nu att tillställas samtliga deltagande familjer i både Huvudsta och Vilhelmina.

Tätort och glesbygd – några jämförande resultat

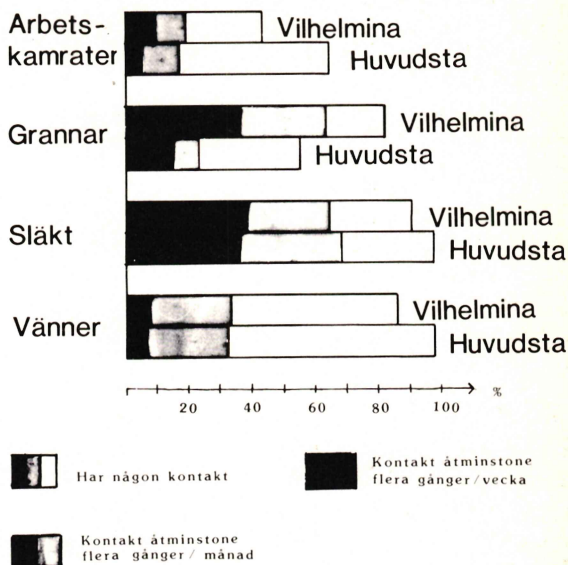
De båda studierna har utförts i två *strukturellt* skilda områden. Huvudsta liknar till den yttre miljön de förortsområden som byggdes i landet under 60- och 70-talen. Primärvården, liksom annan service, är väl utbyggd och befolkningen har dessutom tillgång till Stockholmsområdets utbud. Vilhelmina, däremot, är en typisk glesbygdskommun med stora avstånd till service. Sjukhus- och specialistvård saknas tex inom kommunen. I Huvudsta är arbetslösheten låg och medelinkomsterna relativt höga medan Vilhelmina med minskande och åldrande befolkning och med relativt låga medelinkomster, dessutom drabbats hårt av arbetslöshet.

De allra flesta kvinnorna i Huvudsta är förvärvsarbetande och många har småbarn på daghem. Fler-talet föräldrar har en skol- och yrkesutbildning som är 10 år eller längre och tillhör huvudsakligen gruppen tjänstemän, akademiker eller högre befattningar. I Vilhelmina, däremot, är mer än hälften av kvinnorna hemarbetande och endast två familjer har sina barn på daghem. Mer än hälften av föräldrarna har här en skol- och yrkesutbildning understigande 10 år och flertalet tillhör arbetarklassen.

Småbarnsfamiljerna i Huvudsta har oftast bara ett barn och bor nästan uteslutande i flerfamiljshus medan man i Vilhelmina huvudsakligen bor i enfamiljshus och i regel har mer än ett barn per familj. Andelen enföräldersfamiljer i Huvudsta är relativt hög (17%) jämfört med Vilhelmina (3%).

Vad gäller familjernas *sociala nätverk*, som en del av deras levnadsförhållanden, har de flesta kontakter utanför familjen. Nästan samtliga har någon form av kontakt med släktingar, ca 40% flera gånger i veckan (figur 1). Kvinnorna i Vilhelmina umgås naturligt nog med arbetskamrater på fritiden i mindre utsträckning medan däremot grannkon-

Figur 1. Andelen bland kvinnorna i Vilhelmina och Huvudsta som har kontakt med olika sociala nätverksgrupper.



takter är betydligt vanligare än i Huvudsta.

Flera familjer tenderar att vara socialt isolerade i Huvudsta än i Vilhelmina. 18% saknar regelbunden kontakt (flera ggr i månaden) med arbetskamrater, grannar, släktingar eller vänner jämfört med 9% i Vilhelmina. Regelbunden kontakt varje vecka saknar hälften av familjerna i Huvudsta och en tredjedel i Vilhelmina. Vilhelminafamiljernas relationer med olika nätverksmedlemmar är för ca hälften av familjerna flerdimensionella, dvs man är exempelvis både släkting och granne. Sådana kontakter är mycket sällsynta bland Huvudstafamiljerna.

Ca 70% av familjerna i såväl Huvudsta som Vilhelmina har uppgett att de flera gånger under det senaste året fått både praktiskt stöd och barnvaktshjälp via sitt sociala nätverk från släktingar. Trots att man i Vilhelmina förefaller att ha ett tätare kontaktnät med bl a högre kontaktfrekvens än i Huvudsta, har närmare en fjärdedel av kvinnorna upp-

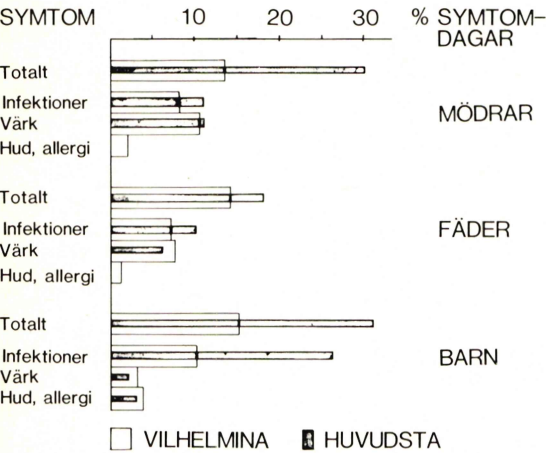
.....
 Det fanns tendenser till relativt fler socialt isolerade i tätort

gett att de saknar en förtrolig vän. Motsvarande andel bland Huvudstakvinnorna är en sjundedel.

Förekomsten av upplevda *hälsoproblem* var avsevärt högre bland familjerna i Huvudsta. Endast 17% av individerna i Huvudstamaterialet var under 4-veckorsperioden symtomfria jämfört med 43% i Vilhelmina. Dessa "friska" individer utgjordes i båda materialen oftast av män, mer sällan av barn.

För 27% av individdagarna (uppföljningsdagarna) i Huvudsta- och 15% i Vilhelmina-materialet rapporterades *hälsoproblem*. Infektionssjukdomar i båda materialen, 61% respektive 42% av rapporterade symtomdagar. *Figur 2* visar symtommönstret bland barn och vuxna. Det framgår då att skillnaderna mellan Huvudsta och Vilhelmina är särskilt uttalade för mödrarna och barnen. Totalt rapporterades dubbelt så många symtomdagar bland mödrar och barn i Huvudsta jämfört med Vilhelmina. Bland barnen rapporterades vidare infektionssymtom var 4:e dag jämfört med var 10:e i Vilhelmina. Värksymtom förekom var 10:e dag hos mödrarna i såväl Huvudsta som Vilhelmina.

Figur 2. Förekomsten av olika symtom bland mödrar, fäder och barn i Vilhelmina och Huvudsta uttryckt i % av uppföljningstiden.



I båda materialen var frekvensen av sjukdomsepisoder högst för mödrarna (*tabell 1*). Genomgående var frekvensen högre i Huvudsta-materialet. I ge-

nomsnitt inträffade bland Huvudstafamiljerna 1,9 episoder per individ under 4-veckorsperioden mot 1,0 i Vilhelmina. Hänsyn har då genom viktning tagits till det interna bortfallet, dvs till varierande uppföljningstid.

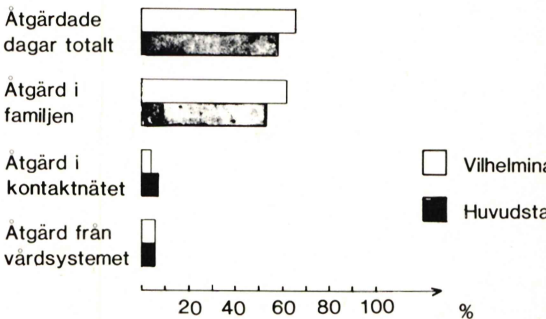
Tabell 1. Genomsnittligt antal episoder per individ under 4-veckorsperioden i Huvudsta resp Vilhelmina.

Kategori	Antal symtomepisoder/individ	
	Huvudsta	Vilhelmina
Mödrar	1,9	1,0
Fäder	1,2	0,8
Barn	1,6	0,9

Episoddurationen, däremot, tycks inte skilja sig åt mellan de båda populationerna.

Vid ca 60% av alla problemdagar har någon form av *åtgärd* vidtagits. Åtgärdsmonstret har illustrerats i *figur 3*. Sålunda har familjen åtgärdat i något större utsträckning i Vilhelmina än i Huvudsta, medan man i stället använt sig av det sociala nätverket något mera i Huvudsta. Det professionella vårdssystemet har utnyttjats i samma omfattning – i 6% av symtomdagarna. Åtgärderna inom familjen var i både Huvudsta och Vilhelmina huvudsakligen av behandlande art, främst medicinering. Åtgärderna i kontaktnätet, som främst utförts av släktingar, bestod i Huvudsta till stor del av praktiska åtgärder och till ringa del av råd och stöd. Förhållandet var det omvända i Vilhelmina.

Figur 3. Åtgärder i samband med upplevda hälsoproblem uttryckt i % av totala antalet symtomdagar i Vilhelmina resp. Huvudsta.



Slutsatser, hitintills

De hittills presenterade resultaten tyder på att svenska barnfamiljer upplever en stor mängd hälso-
problem som också åtgärdas framför allt i hemmen. Andelen symtom som behandlades i samspel med de professionella vårdorganen är låg och överens-
stämmer med utländska observationer (36, 50, 51). Det bör dock påpekas att en så stor andel som 38%
av familjerna i storstadsregionen hade någon läkar-
kontakt för någon familjemedlem under fyra vec-
korsperioden.

Det är av intresse att notera den i det närmaste dubbla frekvensen av rapporterade symtomdagar från storstadsregionen samtidigt som andelen symtom som handlades i samspel med professionell vård är lika låg som i glesbygd. Dessa fynd ger inte bara ett viktigt perspektiv på den svenska debatten om "onödigt" sjukvårdsutnyttjande utan kanske framför allt ett bidrag till epidemiologisk forskning kring vanliga akuta sjukdomar. Dagboksmetodiken bör kunna vara ett relevant epidemiologiskt verktyg för att fånga upp vardagssjukligheten ute i befolkningen.

Det är också intressant att notera att utnyttjandet av sjukvård skiljde sig så att fäderna i högre grad valde att besöka läkare när man behövde professionell hjälp medan endast en tredjedel av det totala antalet professionella läkarkontakter gjordes för barnen. Däremot konsulterades en sjuksköterska oftare när ett barn var sjukt jämfört med en vuxen. Detta kan tala för att det svenska systemet med en kompetent sjuksköterska vid barnavårdscentralen som är lättillgänglig per telefon och som också gör hembesök, kan minska det akuta behovet av läkarvård.

Den vanligaste typen av åtgärd i samband med hälsoproblem var medicinering. Detta har också rapporterats från liknande utländska studier (42, 66, 67). I vår studie förelåg en påfallande hög frekvens av medicinering också till mycket små barn och i motsats till tidigare rapporter (66), var medicinering en vanligare åtgärd när barn var akut sjuka jämfört med vuxna. Fortsatt analys av vilken typ av medicinering som använts är därför angelägen.

.....
Svenska barnfamiljer har generellt god och jämn utbildning och kunskap i medicinska frågor
.....

Analysen av frekvens och typ av sociala nätverk i de båda samhällstyperna visade att det stora flertalet barnfamiljer har regelbunden kontakt med såväl släktingar som grannar och arbetskamrater. Det fanns dock tendenser till relativt fler socialt isolerade i tätort. Samtidigt rapporterades färre djupa och slitstarka kontakter i glesbygdspopulationen. Som förväntat utgjordes de informella kontaktpersonerna i glesbygd ofta av samma personer till skillnad från vad som var fallet i storstadsregionen. Trots dessa skillnader utnyttjades i båda populationerna det informella kontaktnätet mycket sällan i samband med hälsoproblem, bland storstadsfamiljerna to m i något större utsträckning.

Försöket till analys av hur faktorer som socio-ekonomiska förhållanden, medicinsk utbildning och socialt nätverk (artikel III) påverkar barnfamiljernas sjukdomsbeteende har hittills inte givit stöd för tidigare hypoteser (58, 59, 60) om betydelsen av medicinsk utbildning och socialt stöd. Detta skulle kunna tala för att svenska barnfamiljer generellt har god och jämn utbildning och kunskap i medicinska frågor. I kombination med den professionella vårdens jämförelsevis goda tillgänglighet kan detta avsevärt ha minskat den influens av socio-ekonomiska faktorer som påvisats från andra länder. Undersökningsgruppernas begränsade storlek och relativa homogenitet liksom grova mätinstrument kan också ha bidragit. Emellertid förefaller åtgärdsmonstren i de socio-ekonomiskt relativt olika populationerna vara påfallande lika i termer av vård inom familjen samt vård i samarbete med professionella vårdorgan och socialt nätverk. Om detta kvarstår vid den fortsatta analysen, måste det betraktas som klart intressant ur socialpolitisk synvinkel.

Var femte familj i Huvudsta respektive var tionde familj i Vilhelmina hade mycket infrekventa informella kontakter och måste betraktas som socialt isolerade. Även om såväl fäderna som det informella kontaktnätet endast marginellt bidrar i hälsoar-

.....

Trots skillnader i social struktur mellan tätorts- och glesbygdspopulationerna föreligger mer påfallande likheter än skillnader

.....

tet kan man anta att den vårdbörd som handhavandet av hälsoproblem i en småbarnsfamilj innebär, blir en extra belastning särskilt för enföräldersfamiljer och socialt isolerade familjer.

I avsaknad av jämförbara internationella studier är det svårt att bedöma om arbetsfördelningen mellan olika aktörer är speciell eller ej. Det kan dock antas att den allmänt höga kunskapsnivån i befolkningen och det svenska socialförsäkringssystemet, som ger föräldrarna möjlighet att ta hand om sjuka barn, trots dubbelarbete, bidrar genom att öka familjernas möjligheter till egenvård.

Trots skillnader i social struktur mellan tätorts- och glesbygdspopulationerna föreligger mer påfallande likheter än skillnader i åtgärdsmonster vid hälsoproblem. Arbetsfördelningen mellan familj, socialt nätverk och professionella organ är också mycket likartad i de två miljöerna, vilket antyder att vi har att göra med ett nationellt mönster för omhändertagande av hälsoproblem i befolkningen.

Projektets fortsatta inriktning

I arbete I redovisades ett antal forskningsansatser som på olika sätt sökte analysera de nära sociala relationernas – det sociala nätverkets – betydelse för hälsa och sjukdom. Två inriktningar kunde där urskiljas.

Vissa forskare har ägnat sig åt att studera betydelsen av "goda" sociala relationer för *uppkomsten av hälsoproblem* medan andra främst ägnat sig åt det sociala nätverket som en resurs som kan användas när man *handskas med hälsoproblem* – en faktor som påverkar sjukdomsbeteendet. De empiriska studier av barnfamiljer som varit underlag för våra resultatredovisningar i arbete III och IV har framförallt haft den senare inriktningen.

I den fortsatta analysen ämnar vi dock utnyttja vårt material om sociala nätverk, andra sociala förhållanden och om upplevda hälsoproblem för en analys av socialepidemiologisk karaktär. En sådan

analys anknyter till en äldre forskningstradition kring den sociala och kulturella integrationens betydelse för hälsan. Den befolkningsgrupp vi studerar, barnfamiljer, är en i samhället jämförelsevis välförankrad grupp. Familjerna som enhet är också via sina nödvändiga kontakter med arbetsliv, daghem, skola etc. indragna i samhällslivet. Den är också, som grupp betraktad, jämförelsevis frisk. Ändå visar en första analys betydande skillnader i frekvensen upplevda hälsoproblem mellan glesbygds- och förortsfamiljerna, till de senares nackdel. Detta föranleder naturligtvis en närmare analys med hänsyn till olika aspekter av den sociala organisationen i de två samhällstyperna. Här finns exempelvis klassmässiga olikheter, skillnader i kvinnornas förvärvsfrekvens och i arbetslöshetsnivån, liksom skillnader i de sociala nätverkens uppbyggnad som kan inverka.

Det andra problemområdet gällde de sociala nätverkens betydelse som resurs när problem väl uppstått; de sociala nätverkens betydelse ur ett *åtgärds*perspektiv. De frågeställningar som här är aktuella är dels anknutna till föreställningar om vårt samhälles historiska utveckling och dels till aktuella i vid mening socialpolitiska problem. Det är en populär föreställning att vårt samhälle utvecklats mot ett system där alltmer av den verksamhet som sköts i informella sammanhang övertagits av institutioner, som exempelvis den medicinska sektorns professionella verksamhet. I vårt projekt kan vi inte belysa den utvecklingen. Ändå visar våra studier entydigt att vi befinner oss långt ifrån ett sådant övertagande, trots att befolkningens utnyttjande av det professionella systemet har ökat markant över tiden. Både i glesbygd och i storstadsförort är det i huvudsak vi själva som sköter vår egen och våra närståendes hälsoproblem. Huvuddelen av det arbetet ligger dock på kärnfamiljen och bidraget från släkt och vänner är kvantitativt sett ungefär jämförbart med det professionella systemets insatser.

.....

Både i glesbygd och i storstadsförort är det i huvudsak vi själva som sköter vår egen och våra närståendes hälsoproblem

.....

Lekmän är således en mycket aktiv grupp i det praktiska hälsoarbetet.

Man bör dock fördjupa analysen av det professionella systemets betydelse för lekmännens hälsoarbete. Våra preliminära resultat tyder på att *innehållet* i lekmännens vårdarbete påverkas starkt av den professionella åtgärdsarsenalen och att det professionella systemet har en större kontroll av lekmanavården än vad som framgår av den kvantitativa arbetsfördelningen på den praktiska nivån. När under en sjukdomsperiod kontaktas tex det professionella systemet och hur påverkar det familjens eget arbete?

Den socialpolitiska diskussionen om lekmännens roll i samband med olika typer av vård- och omsorgsarbete har framförallt varit fokuserad kring vad som kan kallas *substitutionsmöjligheterna* mellan det professionella systemet och lekmännens

verksamhet. Vi har i vårt land byggt ut yrkesmässig vård- och omsorgsverksamhet med utgångspunkten att alla som har sådana behov också har rätt till hjälp. Samtidigt bidrar det ekonomiska läget till en omtolkning av "behov" och resonemang om vikten av att utöka lekmännens insatser. Våra resultat pekar inte mot att sådana substitutionsmekanismer fungerar idag. Enförälderfamiljer och socialt isolerade använder inte det professionella systemet mer än de som har tillgång till socialt stöd. En närmare analys får visa om det totala vårdarbetet är ojämnt och "orättvist" fördelat och vari denna orättvisa i så fall består. En sådan analys kan också förhoppningsvis fungera som underlag för en diskussion om vilken typ av kompensation som bäst underlättar situationen för de familjer som har en tung vårdbörd idag.

Socialmedicinsk tidskrifts temanummer

Hälsotillstånd och riskbedömning i barnaåren, nr 4–5/83

Ur innehållet:

Claes-Göran Westrin: **Hälsobegreppets innebörd**

Björn Smedby: **Hur kan uppgifter om vårdkonsumtion belysa barns hälsa?**

Claes Sundelin: **Vad vet barnhälsovården om barns hälsa?**

Ragnhild Kornfält: **Vad vet skolhälsovården om barnens hälsa?**

Helena Hurma: **Barns levnadsförändringar – Förekomsten – Inverkan**

Christopher Gillberg m.fl: **Utvecklingsstörda barn och deras föräldrar**

Gösta Lannemyr m.fl: **Samverkan mellan barnhälsovård och socialvård**

Numret kan rekvideras från
Socialmedicinsk tidskrift
172 83 Sundbyberg
Tel 08/87 34 91 Postgiro 1179-1

1. *Brenner MH*: Industrialization and economic growth: estimates of their effects on the health of populations. In: Brenner MH et al, eds. Assessing the contributions of the social sciences to health. AAAS Selected Symposium series 26. American Association for the Advancement of Science. Washington DC, 1980.
2. SOU 1981: 1. *Janlert U*: Arbetslöshet och ohälsa. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Stockholm: Liber, 1981: 111-40.
3. SOU 1981: 1. *Levi L*: Psykosocial miljö och hälsa. Hälso- och sjukvård inför 90-talet. Stockholm: Liber, 1981: 143-81.
4. *Tengvald K*: Om informella relationer – förutsättningar, funktionssätt och förmåga. I manuskript.
5. *Barnes JA*: Class and committees in a Norwegian island parish. *Hum Rel* 1954; 7: 39–58.
6. *Mitchell JC*: The concept and use of social networks. In: Mitchell JC, ed. Social Networks in urban situations. Manchester: Inst of African Studies, Manchester University, 1969.
7. *Boissevain J*: Friends of friends, networks, manipulators and coalitions. Oxford: Basil and Blackwell, 1974.
8. *Holter, H, Gjertson A, Ve-Henriksen H, Hjort H*: Familjen i klassamhället. Malmö: Aldus, 1978.
9. *Bott E*: Family and Social Network. London: Tavistock, 1974.
10. *Daun Å*: Förortsliv. En etnologisk studie av kulturell förändring. Stockholm: Tiden, 1976.
11. *Levnadsförhållanden*: Ensamhet och gemenskap – perspektiv på social förankring 1976. Stockholm: SCB, 1980.
12. *Lysgaard S*: Arbetarkollektivet. Stockholm: Liber, 1971.
13. *Christie V*: Socialklass, fattigdom och makt. *Tidskr för Samfunnsforskning* 1976; 17: 113–34.
14. *Willmott P, Young M*: Family and Kinship in East London. London: Penguin, 1957.
15. *Sundström G*: Caring for the elderly. Social studies 1. School of Social Work, University of Stockholm, 1983.
16. *Durkheim E*: Själv mordet. Stockholm: Liber, 1972. (Ursprungligen publicerad 1897).
17. SPRI-rapport 122. *Nyström L, Rosén M, Wall S*: Dödsorsak? Dödsorsaksstatistik som underlag för planering. Stockholm: SPRI, 1983.
18. *Miller P Mc, Ingham JG*: Friends, confidants and symptoms. *Social Psychiatry* 1976; 11:51–8.
19. *Holmes TH*: Multidiscipline study of tuberculosis. In: Personality stress and Tuberculosis. PJ Sparer, ed. New York: Random House, 1967.
20. *Mishler EG, Scotch NA*: Sociocultural factors in the epidemiology of schizophrenia: A review. *Psychiatry* 1963; 26: 315–51.
21. *Berkman LF, Syme L*: Social networks, host resistance and mortality. A nine-year follow-up study of Alameda county residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109(2): 186–204.
22. *Gottlieb BH (ed)*: Social Networks and Social Support. Sage Studies in Community Mental Health, vol 4, ch 1. London: Sage, 1981.
23. *Hirsch BJ*: Natural support systems and coping with major life changes. *Am J Comm Psych* 1980; 8: 159–72.
24. *Turner RJ et al*: Social support: Conceptualization, measurements and implications for mental health. In: JR Greenley, ed. Research in Community and Mental Health, vol III. To be published.
25. *Kaplan BH, Cassel JC, Gore S*: Social support and health. *Med Care* 1977; 14(5): 47–58.
26. *Mc Lanahan SS, Wedemeyer NV, Adelber T*: Network structure, social support and psychological well-being in the single parent family. *J Marriage and the Family* 1981: August 601–12.
27. *Gunnarsson L*: Småbarnsmödrars informella nätverk. Fastprojektet. Institutionen för Lärarutbildning, Göteborg 1978.
28. *Holmes TH, Rahe RH*: The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11: 213–18.
29. *Lin N, Simeone RS, Ensel WM, Kuo W*: Social support, stressful life event and illness: A model and an empirical test. *J Health Soc Behav* 1979; 20: 108–19.
30. *Dean A, Lin N*: The stress-buffering role of social support – problems and prospects for systematic investigation. *J Nerv Ment Dis* 1977 165(6): 403–17.
31. *Nuckolls KB, Cassel JC, Kaplan BH*: Psychosocial assets, life crises and the prognosis of pregnancy. *Am J Epidemiol* 1972; 95: 431–41.
32. *Gore S*: The effects of social support in moderating the health consequences of unemployment. *J Health Soc Behav* 1978; 19: 157–65.
33. *Badura B, Waltz M*: Social support and well-being: The measurement of social support. Inst für Sozialmedizin. University of Oldenburg, 1983.
34. *Ingelstam L*: Arbetets värde och tidens bruk. Stockholm: Tiden, 1980.
35. *Tengvald K*: Vårdapparaten och den informella strukturen – om medicinska och psykiska problem och

- åtgärder. Sociologisk Forskning 1973; 3: 42–77.
36. Levin LS, Katz A, Holst E: eds. Self Care. London: Croom Helm, 1977.
37. Tibblin G, Eriksson CG: Aktiv egenvård – en gammal nyhet. Allmänmedicinsk rapport nr 1, Allmänmedicinska institutionen, Uppsala universitet, Uppsala 1983.
38. Brodin G: "Egenvårdsdebatten". I: Tibblin G och Eriksson CG. eds. Aktiv egenvård – en gammal nyhet. Allmänmedicinsk rapport nr 1, Allmänmedicinska institutionen, Uppsala universitet, Uppsala 1983.
39. Hyman M: Social isolation and performance in rehabilitation. J Chron Dis 1972; 25: 85–97.
40. Mc Kinley JB: Social networks, lay consultations and help-seeking behaviour. Social Forces 1973; 51: 275–90.
41. Salloway JC, Dillan P: A comparison of family networks and friend networks in health utilization. J Comp Family Studies 1973; 4: 131–41.
42. Pedersen PA: Patienters selvbehandling inden henvendelse till praktiserende lege. Ugeskrift for Laeger 1976; 32: 1955–61.
43. Pratt L: The significance of the family in medication. J Comp Family Studies 1973; 2: 13–31.
44. Freidson E: Profession of medicine. New York: Dodd, Mead & Co, 1971.
45. Speck RV, Attneave C: Det sociala nätverket. Stockholm: Wahlström & Widstrand, 1975.
46. Svedheim L: Det sociala nätverket och den psykiska hälsan. Läkartidn 1983; 80: 1684–86.
47. Caplan G, Killilea M (eds). Support systems and mutual help – multi-disciplinary explorations. New York: Grune and Stratton, 1976.
48. Freij L, Wall S: Exploring child health and its ecology – The Kirkos study in Addis Ababa. An evaluation of procedures in the measurement of acute morbidity and a search for causal structure. Acta Paediatr Scand Suppl 1977: 267.
49. Kosa J, Alpert JJ, Haggerty RJ: On the reliability of family health information. A comparative study of mothers' reports on illness and related behaviour. Soc Sci Med 1967; 1: 165–79.
50. Morell DL: Symptoms perceived and recorded by patients. J R Coll Gen Pract 1976; 26: 390–403.
51. Roghmann KJ, Haggerty RJ: The diary as a research instrument in the study of health and illness behaviour: Experiences with a random sample of young families. Med Care 1972; X(2): 143–63.
52. Alpert JJ, Kosa J, Haggerty RJ: A month of illness and health care among low-income families. Publ Health Report 1967; 82(8): 705–13.
53. Dahlqvist G, Wall S, Ivarsson JI, Sterky G, Tengvald K: Health problems and care in young families – an evaluation of survey procedures. Int J Epidemiol (under tryckning).
54. Allen GI, Breslow L, Weissman A, Nisselson H: Interviewing versus diary keeping in eliciting information in a morbidity survey. Am J Publ Health 1954; 44: 919–27.
55. Verbrugge LM: Health diaries. Med Care 1980; XVIII(1): 73–95.
56. Litman TJ: The family as a basic unit in health and medical care: A social behavioural overview. Soc Sci Med 1974; 8: 495–519.
57. Levin L, Idler EL: Families in self care. In: The hidden health care system: Mediating structures and medicine. Cambridge, Mass: Ballinger Publ Co, 1981.
58. Morell DC: The Epidemiological imperative for primary care. "Keynote speech". Presented to the New York Academy of Sciences conference on Primary Health in Industrialized Nations. December 1977.
59. Mechanic D: Illness behaviour, social adaptation and the management of illness. J Nerv Ment Dis 1977; 165(2): 79–87.
60. Roghman KJ, Haggerty RJ: Daily stress, illness and use of health services in young families. Ped Res 1973; 7: 520–26.
61. Arbetsgruppen för Social Service. Kungl Maj:ts kansli för Glesbygdsfrågor, Stockholm 1969.
62. Jonsell R: Patienter som söker barnmedicinsk öppen vård. Medical Dissertations, no 11. University of Umeå, Umeå 1974.
63. Ingram DT: Distance and decision to visit an emergency department. Soc Sci Med 1978; 12: 55–62.
64. Komarowsky M: Blue Collar Marriage. London: Random House 1964.
65. Sjölin S, Smedby B: The state of health of Swedish children. Acta Paediatr Scand suppl 1979: 275.
66. Knapp DA, Knapp DE: Decisionmaking and selfmedication: preliminary findings. Am J Hosp Pharm 1972; 29: 1004–12.
67. Sharpe TR, Smith MC: Patterns of medication use among children in households enrolled in the aid to families with dependent children programme. Ped Res 1983; 17: 617–19.