

# Lokala levnadsnivåundersökningar

En arbetsmetod inom primärvården och socialt arbete

**Carl-Gunnar Eriksson      Gunilla Fahlström**

**Kjell Lindqvist              Anders Pihl**

Den nya hälso- och sjukvårdslagen liksom socialtjänstlagen vidgar ansvaret för vårdorganisationen till att inte enbart arbeta med de som söker stöd och hjälp utan att främja befolkningens förhållanden. För att utveckla metoder och redskap för ett kartläggande arbete vid en vårdcentral prövar vi en serie levnadsnivåundersökningar med inriktning på att utveckla användbara metoder inom primärvården och socialt arbete. I denna artikel redovisas utgångspunkter och vissa resultat från våra undersökningar.

Carl-Gunnar Eriksson är beteendevetare, Gunilla Fahlström socionom, Kjell Lindqvist programmerare och Anders Pihl sociolog vid socialmedicinska avdelningen Örebro.

I de målformuleringar som vi idag har för primärvården och socialtjänsten finns det ett uttalat primärt ansvar för de människor som bor i området när det gäller hälsoförhållanden och yttersta behov av stöd. Hälso- och sjukvårdslagen påpekar som en av landstingens viktigaste uppgifter att arbeta för att befrämja befolkningens hälsotillstånd (1). För att detta skall kunna ske krävs en kunskap om hur hälsoförhållandena ser ut för att på ett mera planlagt och målinriktat sätt förebyggande antikviteter skall kunna initieras. I socialtjänstlagen finns en likartad formulering där det åligger socialnämnden att orientera sig om befolkningens förhållanden för att på det sättet kunna tillgodose de behov av stöd och service som finns. Dessutom finns den viktiga uppgiften att medverka i samhällsplaneringen, vilket i sig kräver

kunskap och redskap att förmedla särskilt eftersatta gruppers behov och önskemål (2).

Visserligen har en serie riksrepresentativa levnadsnivåundersökningar genomförts i Sverige. Låginkomstutredningen var startpunkten för ett arbete där medborgarnas resurser och problem kartlades (3). Statistiska Centralbyrån genomför årligen undersökningar om levnadsförhållanden (ULF), som förmedlar en bild över hur välfärden fördelas på olika regioner och grupper av människor (4). Ett problem med dess undersökningar är att de inte tillåter nedbrytning och analys av förhållandena på lägre än länsnivå (5). Därför finns det ett behov att pröva möjligheterna att gå ytterligare ett steg och arbeta med lokala undersökningar. En av våra frågeställningar är hur nödvändigt det är att genomföra lokala levnadsnivåundersökningar satt i relation till den kännedom om området som vi får genom enkla typer av data och genom att direkt fråga personalen om deras förtrogenhet med förhållandena. Att systematiskt sammanställa förtrogenhetskunskapen är något som vi mycket talar om men sällan gör. Inom Brick-projektet har vi i Örebro försökt att systematisera ett sådant tillvägagångssätt (6).

I arbetet med kartläggning och analys av hälso- problem, sociala problem, omgivningsvillkor och levnadsförhållanden framstår det som angeläget att kunna uttala sig om hur olika metoder att samla in denna kunskap egentligen fungerar. Tillgänglig statistik över verksamhet m m behöver jämföras med hur förhållandena är hos befolkningen i stort. Därför prövar vi inom Hagaprojektet några olika varianter av levnadsnivåundersökningar.

Vilken nytta har en vård- och servicecentral av att genomföra lokala undersökningar av levnadsnivå?

Huvudfrågeställningarna för levnadsnivåundersökningar kan sammanfattas på följande sätt: Vilken nytta har en vård- och servicecentral av att genomföra lokala undersökningar av levnadsnivån? Vilken praktisk nytta har man av studier med denna inriktning för utvecklingen av verksamheten inom primärvården och socialtjänsten?

Vi är särskilt intresserade av att belysa hur arbetet med levnadsnivåundersökningar kan förstärka motiven för förebyggande arbete. Den metodologiska huvudfrågan gäller vilket utbyte man har av undersökningar genomförda med olika datainsamlingsmetoder såsom bl a postenkät och intervju.

### **Teoretiker och praktiker**

Vid planeringen av olika undersökningar kan man välja två olika vägar. Den första vägen är att utveckla ett teoretiskt perspektiv eller en referensram för studierna genom att ta del av tidigare forskning inom området och i vårt fall teoriutvecklingen om sociala indikatorer, välfärd, levnadsnivå mm. Under planeringen av den första levnadsnivåundersökningen gjordes en översikt av tidigare studier och där det argumenterades för väsentliga komponenter att ta med i levnadsnivåundersökningarna (7).

Den andra vägen är att praktikerna på vårdcentralen utformar frågeställningarna. Givetvis kräver ett sådant arbete teknisk assistans från personer som är kunniga på att precisera frågeställningar till frågor av en konstruktion som lämpar sig för postenkäter och intervjuer. Om praktikerna deltar i utformandet av frågeställningarna underlättas återföringen av resultaten och ytterligare analyser kan genomföras successivt efter det att resultaten diskuterats i tex områdesgrupperna.

Inom projektet har vi valt att arbeta efter båda dessa linjer. Praktikernas deltagande och utnyttjande av materialet har vi belyst i de återkommande personalintervjuerna. Inom projektet kommer sam-

manlagt tre levnadsnivåstudier att genomföras. Skälen till att vi har valt tre successiva undersökningar är att vi vill belysa olika målgruppers situation och besvara en del metodologiska frågeställningar.

### **Levnadsnivåstudie 1 – postenkäter**

Den första levnadsnivåundersökningen genomfördes våren 1981. Förberedelserna skedde i nära samverkan med representanter för Haga vård- och servicecentral genom den sk referens- och informationsgruppen, som består av tio representanter, varav fem från primärvårdssidan och fem från socialtjänsten. Områdesgrupperna informerades om undersökningen och bidrog i någon mån i utformningen av frågeställningarna.

Den första studien genomfördes som postenkät till en bred målgrupp. Urvalet begränsades enligt tre olika principer. För det första skulle endast personer som bodde i upptagningsområdet ingå. För det andra inkluderades endast personer i åldersgruppen 16–70 år. Den tredje restriktionen var att vi gjorde ett tioprocentigt urval genom att vi utvalde personer födda dag 06, 16 och 26. På detta sätt fick vi ett lätthanterligt urval. Det slutliga urvalet kom att stanna vid 821 personer, varav 692 besvarade postenkäten. Bortfallet blev med andra ord ca 16%.

Samtliga områdesgrupper tillställdes preliminära resultat för sina respektive områden utifrån de frågor som ingick i studien. En områdesgrupp studerade särskilt noga dessa resultat i samband med en internatvistelse. I *Tabell 1* redovisas andelarna personer som uppvisade olika typer av ohälsa. Resultaten publiceras successivt i projektets stencilserie (8).

Levnadsnivåundersökning 1 visade för gruppen 20–34 år att man trivdes i området, men samtidigt ville man ofta flytta från bostaden. Sjukanmälningarna var fler än i andra grupper, men inte antalet besvär. Frågan om man vid behov kunde skaffa fram kontanta medel delade denna åldersgrupp i en som lätt kunde skaffa fram medel medan en annan hade stora svårigheter.

I förberedelsearbetet sökte vi ta vara på kunskap om vår undersökningsgrupp som våra tidigare studier gett oss. Verksamhetsstatistiken för individ-

Tabell 1. Andel personer med olika ohälsostatus bland befolkningen i åldern 16–70 år i vårdcentralens två kommundelar

|                                                                           | Tysslinge<br>(n=245)<br>% | Haga<br>(n=426)<br>% | Totalt<br>(n=681)<br>% |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------------------|----------------------|------------------------|
| Långvarig sjukdom, besvär efter olycksfall, handikapp eller annan svaghet | 29                        | 30                   | 29                     |
| Sjukanmald/sjukskriven senaste halvåret                                   | 44                        | 53                   | 49                     |
| Kontakt med Haga senaste tre månaderna                                    | 49                        | 68                   | 61                     |
| Inga besvär senaste tre månaderna                                         | 28                        | 25                   | 27                     |
| Fyra eller fler besvär senaste tre månaderna                              | 25                        | 29                   | 27                     |
| Lågt psykiskt välbefinnande (index på 4 frågor)                           | 5                         | 4                    | 5                      |

och familjeomsorg inom den sociala kretsen vid vårdcentralen visade att närmare hälften av alla aktledare inom socialtjänsten fanns i den aktuella åldersgruppen. Det var dock hjälpbehov av mera kortvarig natur som dominerade.

En analys av R/P-blanketterna (R/P = registrering och planering) över läkarbesök visade att ca 20 % av alla besök utgjordes av personer i dessa åldrar. De flesta besöken var akuta eller bedömdes behöva komma inom en vecka från kontakttidpunkten (72,5 %). Relativt få fick ny sjukskrivning (22,5 %) eller förlängning av sjukskrivningen (5,2 %). Av besöken under året var det endast 1 % som hänvisades till den sociala sidan, medan 4 % remitterades till röntgenundersökning. De vanligaste diagnosgrupperna för personerna i den aktuella åldersgruppen enligt öppenvårdslistan var sjukdomar i andningsorganen (25 %), rörelseorganen (12,5 %), urogenitalorganen (9,3 %) och symtom eller opreciserade fall (7,5 %).

20 % av alla läkarbesök utgjordes av personer i åldern 21–35 år. De flesta besöken var akuta eller relativt akuta

Av läkarbesöken under året i gruppen 21–35 år hänvisades en procent till den sociala sidan medan 4 procent remitterades till röntgenundersökning

## Levnadsnivåstudie 2 – intervjuer

Våren 1982 genomfördes en serie intervjuer av personer i åldern 21–35 år. Dessa personer bodde inom två av Hagas betjäningsområden – ett stadsområde och ett landsbygdsområde. Områdesgrupperna i dessa områden deltog mer aktivt nu i förberedelserna än inför den första levnadsnivåundersökningen. Lokala referens- och informationsgruppen deltog även i arbetet. Fältassistenten på sociala kretsen kunde genom projektets stipendiemedel vara tjänstledig från sitt ordinarie arbete och delta i förberedelserna och genomförandet av intervjuundersökningen.

Urvalet begränsades till två betjäningsområden inom vårdcentralens upptagningsområde. Urvalet omfattade 186 personer, varav en del ett år tidigare deltagit i levnadsnivåundersökning 1. En grupp omfattade personer som tidigare inte deltagit i levnadsnivåundersökningen, men var i åldersgruppen och bodde i de två betjäningsområdena. (Dessa var födda på andra födelsedagar – 02, 11 och 21). Till detta lades ett särskilt urval av personer i de aktuella åldrarna från de två betjäningsområdena som sökt ekonomiskt bistånd november månad 1981.

Undersökningen genomfördes via intervjuer av totalt tio olika intervjuare (projektarbetare, fältassistent, personal från socialmedicinska avdelningen samt tillfälligt anställda intervjuare). Intervjun bestod av två delar. Den första delen var en strukturerad intervju, där delar av frågebatteriet från levnadsnivåundersökning 1 användes kompletterat med frågor som särskilt berörde barnfamiljers och unga vuxnas situation. Den andra delen var en kort öppen intervju där personernas nutid och framtid berördes. I praktiken kom intervjuerna att ta mellan en och tre timmar.

För att följa upp hur deltagarna uppfattade de intervjuer de deltog i genomfördes uppföljningsenkäter. Detta gjordes på det sättet att hälften av

personerna som deltagit i intervjuerna tillsändes ett speciellt frågeformulär. Av *Tabell 2* framgår huvudragen av resultaten från uppföljningen. Rent generellt var uppfattningen om deltagandet mycket positivt. En särskild svårighet var att vi av olika skäl ej fick kontakt överhuvudtaget med en relativt stor grupp (15%). Andelen vägrare var 22%. Det bortfall som drabbade undersökningen specialanalyserades på en rad olika sätt, tex genom en uppföljningsenkät till vägrar- och ej kontakt-grupperna.

*Tabell 2. Deltagarnas syn på levnadsnivåundersökning 2*

|                                | Man<br>(n=21)<br>% | Kvinna<br>(n=16)<br>% |
|--------------------------------|--------------------|-----------------------|
| Tveksam att delta              | 48                 | 56                    |
| Funderat över syftet           | 81                 | 81                    |
| Nyfiken att delta              | 94                 | 81                    |
| Svårt att få tid               | 33                 | 19                    |
| Övertalades att delta          | 10                 | 0                     |
| Frågor som de ej ville besvara | 14                 | 6                     |
| Funderat på personliga frågor  | 38                 | 56                    |
| Studien ger resultat           | 33                 | 50                    |
| Skulle delta igen              | 86                 | 81                    |
| Önskar få rapport              | 86                 | 81                    |

Vid en analys av de enskilda intervjuarnas arbete med att nå och övertyga de utvalda fann vi en skillnad när det gäller andelen vägrare. Denna var större för kvinnliga intervjuare, särskilt de yngre. Dessa hade särskilt dålig framgång i att rekrytera yngre personer och kvinnor. Däremot förelåg ingen skillnad mellan intervjuarna i hur stor andel av de utvalda de inte lyckades få kontakt med (9).

### Levnadsnivåstudie 3

Under 1983 kommer det tredje steget att genomföras. I denna undersökning hoppas vi på ett ännu mer utökat engagemang från personalens sida. Utöver deltagandet i frågekonstruktionen planeras personal från områdesgrupperna delta aktivt i själva genomförandet av studien. Även denna gång kommer undersökningen att begränsas till två betjäningsområden – ett i stadsdelen och ett i landsbygdensdelen. Denna tredje levnadsnivåundersökning

skall vända sig till medelålders och äldre personer och är inriktad på att belysa livssituationen för dessa grupper.

En särskild fråga som vi planerar att belysa är vad faktisk arbetslöshet eller hot om arbetslöshet innebär för människor. Skälet till detta är att inom det ena betjäningsområdet finns Garphyttan, ett brukssamhälle som har drabbats hårt av permitteringar från Bruket. För att särskilt kunna belysa detta kommer ett specialurval av människor som arbetar eller har arbetat på Bruket att ingå.

Undersökningen planeras bestå av en enkät, en kompletterande intervju och en klinisk bedömning av fackmän inom socialtjänsten och primärvården. Innehållet i de olika delarna diskuteras fn.

### Utvecklingen av hanterbara redskap

Vi hoppas att vi genom våra undersökningar med olika metoder (intervju, enkät och fackmannamässig bedömning) kan komma fram till rekommendationer om lämpliga redskap att använda i arbetet med att förfinna en diagnostik över problematiken bland människor i en vårdcentralers upptagningsområde. Genom att vi arbetar i nära samarbete med personalen på vård- och servicecentralen (10) hoppas vi även kunna belysa vilken nytta en vård- och servicecentral har av levnadsnivåundersökningar i det dagliga arbetet och i utvecklingen av det förebyggande arbetet. Det är dock viktigt att inse att det tar lång tid att utveckla såväl redskap som handlingsberedskap utifrån ett fördjupat kunskapsunderlag. Det förebyggande arbetet föds inte över en natt annat än vid ideologernas skrivbord. Det tålmodiga arbetet att utveckla verksamheten i praktiken kräver stöd, kunskap, metoder och trygghet att våga ge sig i kast med nya utmanande uppgifter (11).

### REFERENSER

1. Den nya hälso- och sjukvårdslagen. Stockholm: Landstingsförbundet, 1982.
2. Grönwall, L., & Nasenius, J. Socialtjänstens mål och medel. Motiv och lagar till socialtjänsten. Arlöv: Skeab, 1981.
3. Johansson, S. Den vuxna befolkningens hälsotillstånd. Stockholm: Allmänna Förlaget, 1970.

4. Perspektiv på välfärden 1982. Stockholm: Sveriges Officiella Statistik. Levnadsförhållanden, Rapport 33, 1982.
5. Hur mår Du Sverige? Ohälsa och vårdutnyttjande i Sverige – undersökningar om levnadsförhållanden (ULF) som underlag för planering. SPRI Rapport, nr 82, 1982.
6. Eriksson, C.-G., & Olsson, U. Metoder i social information. I Socialtjänsten och forskningen. Stockholm: Delegationen för social forsknings rapportserie 2; 1982, sid 59–69.
7. Stål, R. Levnadsnivåstudie som arbetsmetod på en vård- och servicecentral. Örebro läns landstings-Högskolan i Örebro rapportserie, nr 9, 1982.
8. Bengtsson, E., & Carlsson, E. Arbetslivets inverkan på fritid och sociala relationer. Örebro: Hagaprojektets stencilserie, nr 14, 1982.
9. Eriksson, C.-G., Fahlström, G., & Phil, A. Att genomföra en levnadsnivåundersökning med intervju-metod – erfarenheter från levnadsnivåundersökning 2. Örebro: Hagaprojektets stencilserie, nr 21, 1983.
10. Eriksson, C.-G., & Stål, R. Att söka kunskap på fältet – problem och omöjligheter ur Örebro perspektiv. Socialmedicinsk tidskrift, 59(2): 117–124, 1982.
11. Eriksson, C.-G. Hinder för preventivt arbet. I Att förändra levnadssätt. Stockholm: Riksbankens Jubileumsfond, 1982, sid 186–190.

## Hagaprojektet

I anslutning till att den första vård- och servicecentralen öppnades i stadsdelen Haga i Örebro 1980 påbörjades också ett forskningsprojekt, det sk Hagaprojektet. Forskningsprogrammets huvudsyfte är att studera samverkan mellan primärvård och socialtjänst på Haga vårdcentral och det bedrivs med medel från Delegationen för social forskning. Huvudmannaskapet för projektet är delat mellan socialmedicinska avdelningen, Regionsjukhuset i Örebro och Örebro kommuns socialförvaltning. Huvudansvaret för projektets genomförande ligger på socialmedicinska avdelningen. För att möjliggöra för de c:a 55 anställda på Haga att delta i forskningsprojektet finns en sk stipendietjänst. Det innebär, att anställda under en period kan friställas från ordinarie arbete och delta i genomförandet av någon undersökning, vilket har skett i fler fall. Forskningen på Haga skall slutföras under 1984.

Forskningsarbetet kan enklast beskrivas genom de tre huvudsyftena:

*Syfte 1:* Utveckling och anpassning av metodik för beskrivning och analys av hälsoproblem, sociala problem, omgivningsvillkor och levnadsförhållanden i det lokala upptagningsområdet.

För detta ändamål arbetar vi med levnadsnivåstudier av olika slag (intervju- och enkätundersökningar samt hälsokontroller). Några undersökningar om befolkningens vårdkontakter

har också genomförts liksom utarbetande av områdesbeskrivningar.

*Syfte 2:* Utveckling och anpassning av metodik för beskrivning och analys av primärvårdens och socialtjänstens verksamhet.

Här arbetar vi med att utveckla beskrivningssystem för de båda verksamheterna. Primärvården använder redan en registrerings- och planeringsblankett, den sk "R/P-blanketten".

Studier av personalens inställning till och erfarenheter av samverkan är en omfattande del i projektet.

Befolkningens inställning till verksamheten vid Haga vårdcentral är ytterligare ett moment under detta syfte.

*Syfte 3:* Utveckling och anpassning av metodik för kvalitetsstudier inom verksamhetsfältet med särskild inriktning på samverkan mellan primärvård och socialtjänst.

Under detta block ingår de olika studierna om "socialt arbete på vårdcentral", där undersökningar har gjorts på dels Haga vårdcentral (socialsekreterare), dels på Nora vårdcentral (kurator).

En annan kvalitetsstudie som görs gäller bedömningen av hur stor andel i befolkningen med olika sjukdomar och besvär, som har kontakt med vård- och servicecentralen.

*Gunilla Fahlström*