

Vad vet vi om kvaliteten vid intervju- och enkätundersökningar om ohälsa och vårdkonsumtion?

Mats Thorslund

Bo Wärneryd

Intervju- och enkätundersökningar har många fördelar. Ibland kan det vara enda sättet att få information och belysa vissa problem inom tex ett landsting. Det är dock lätt att kritisera metoden och hur resultat från sådana undersökningar ibland används. Men detta får inte leda till att metoden som sådan döms ut. I artikeln redovisas att det faktiskt finns en hel del kunskaper om resultat-kvalitet vid intervju- och enkätundersökningar. Det är då viktigt att dessa kunskaper utnyttjas när man skall lägga upp en undersökning tex inom det egna landstinget och även när resultaten skall tolkas.

Det är samtidigt viktigt att socialmedicinen aktivt deltar i arbetet med att

- klarlägga svagheter och brister vid intervju- och enkätundersökningar
- förbättra tekniken

Detta bör utgöra en väsentlig inriktning på den framtida forskningen inom socialmedicin.

Mats Thorslund är fil dr i sociologi och forskarassistent vid socialmedicinska institutionen i Uppsala. Bo Wärneryd är docent i sociologi och arbetar vid statistiska centralbyråns utredningsinstitut för statistik om levnadsförhållanden.

Föredrag hållet vid Svensk socialmedicinsk Förenings vårmöte i Örebro, mars 1982.

Intervju- och enkätundersökningar har sina klara fördelar. I konventionell mening – med tex "vanliga" intervjuare – är det ett enkelt sätt att få information om hela grupper eller representativa urval av befolkningen inom vissa regioner. Det är också enkelt att belysa en mångfald aspekter av individer och deras närmaste omgivning. Dessa fördelar är kanske speciellt viktiga när man skall välja metod

för att få mått på de totala vårdbehoven i olika avseenden i den egna regionen.

Nackdelar saknas dock inte. Genom olika studier vet man att vissa sjukdomar underrapporteras, att konsumtionen av vård ibland överskattas, ibland underskattas, att tillförlitligheten för vissa typer av variabler är låg, etc.

Det blir då viktigt att man klargör inom vilka områden som metoden ger användbara resultat, inom vilka områden vi för närvarande inte vet om man kan lita på resultaten och inom vilka områden vi vet att metoden knappast fungerar. I vilken utsträckning går det att dra generella slutsatser från resultaten?

Med tanke på intervju- och enkätmetodens betydelse i nuläget och framförallt i framtiden finns märklit lite gjort för att klargöra var det brister beträffande kvaliteten och inom vilka områden metoden fungerar.

Fram till mitten av 1970-talet fanns överhuvudtaget få svenska arbeten inom detta område. Det som fanns vara ofta allmänna beteendevetenskapliga erfarenheter att det inte går att fråga om tex drogkonsumtion och få tillförlitliga svar (3), att frågor om kostintag också var behäftade med problem (1), etc. I samband med den första levnadsnivåundersök-

.....

Med tanke på intervju- och enkätmetodens betydelse i nuläget och framförallt i framtiden finns märklit lite gjort för att klargöra var det brister beträffande kvaliteten och inom vilka områden metoden fungerar

.....

ningen genomfördes vissa kontroller av kvaliteten på intervjudata (11).

Vi var – och är fortfarande – i stort sett hänvisade till utländska arbeten. Vi skall naturligtvis utnyttja resultaten från dessa studier, även om vi måste inse att dessa resultat inte alltid är tillämpliga på svenska förhållanden.

De senaste åren har i Sverige glädjande nog vissa arbeten igångsatts och genomförts, tex om intervjuarfel (4), återintervjuer för att få mått på reliabiliteten (16), en systematisk genomgång av intervju-metoden – speciellt hur den kan utnyttjas på regional nivå (8) – och om hur man skall kunna undvika fel vid jämförelser över tiden (14). Validitetsstudier – alltså där man försöker jämföra "sina" resultat med mer "sanna" värden – är fortfarande mycket ovanliga. Bland undantagen är studier om vårdkonsumtionen i Tierp (5) och några enstaka genomförda läkarundersökningar av intervjuade personer (15).

Ambitionen när det gäller att på olika sätt beskriva tex en region – kommun, upptagningsområde, landsting – står ofta inte i någon rimlig proportion till kunskaperna om hur resultaten skall tolkas. Inom vissa områden finns dock bättre kunskapsunderlag än inom andra. Det är då viktigt att man tar fasta på de kunskaper som idag finns om intervju- och enkätmetoden och hur den kan användas. Lika så är det viktigt att känna till metodens begränsningar idag – antingen så att man avstår från tex vissa typer av kartläggningar eller försöker förbättra metoden.

Vad vi vet

Det finns en hel del samlad kunskap om bortfallsproblem, om hur vi skall hantera samplingsfel, om statistiska tekniker för att kompensera för bortfall och små och/eller sneda urval. Man vågar nog påstå att farhågorna för bortfallets snedvridande effekt på

Ambitionen när det gäller att på olika sätt beskriva tex en region – kommun, upptagningsområde, landsting – står ofta inte i någon rimlig proportion till kunskaperna om hur resultaten skall tolkas

Man vågar nog påstå att farhågorna för bortfallets snedvridande effekt på undersökningsresultaten ofta varit överdrivna

undersökningsresultaten ofta varit överdrivna (13).

Vi vet inte lika mycket beträffande mätproblemen. Att det ofta finns en betydande slumpmässighet i svaren på intervjufrågor har man kunnat visa bl a genom svenska och utländska återintervjuer (2, 6, 10, 16). Många intervjupersoner blir vid tex ena mättillfället klassificerade som "långvarigt sjuka" i något visst avseende, några veckor senare vid en ny intervju är de "friska" – och omvänt. Resultaten visar ofta att felen tar ut varandra så att totalskattningarna vid de två mättillfällena ofta inte skiljer sig nämnvärt åt.

Slumpmässigheten i svaren stör oss alltså inte så mycket om vi vill uttala oss om "hälsotillstånd i befolkningen" och liknande (även om man alltid bör vara på sin vakt när omfattande osystematiska fel konstateras. De indikerar att datainsamlingsproceduren inte fungerat som vi tänkt oss. Kanske har vi också systematiska fel i vårt material). Däremot när vi vill beskriva situationen för enstaka individer och mindre grupper av befolkningen innebär slumpmässigheten problem, för att inte tala om när vi vill följa individer och grupper över tiden för att försöka beskriva varifrån de sjuka "rekryteras". En annan besvärande effekt av slumpfel är att registrerade samband av olika slag blir svagare än vad de är "i verkligheten".

Man har, främst i USA, genomfört en lång rad metodologiska undersökningar med syfte att försöka fastställa hur korrekta resultat man kan få med hjälp av intervjuundersökningar av hälsotillstånd och sjukvårdskonsumtion, se tex (6). Undersökningarna har visat att metodens största svaghet består av underrapportering. Kvaliteten och kvantiteten av den erhållna informationen beror på intervju-personernas uppmärksamhet på sitt hälsotillstånd, deras förståelse för och värdering av hälsoproblem, deras minne och deras vilja att i intervjusituationen berätta om sina eventuella problem. Vidare står det klart att man med hjälp av intervjuundersökningar

ej kan få så detaljerade uppgifter om olika sjukdomstillstånd att de kan ligga till grund för diagnostik eller terapi. Samtidigt har det framkommit att rapporteringen ofta är beroende av sjukdomens konsekvenser för den drabbade och att underrapporteringen är minst för allvarliga, oroande och handikappande tillstånd.

Vi vet att erinringsperiodens längd har betydelse när det gäller att uppskatta tex antalet kontakter med vård av olika slag. Att den period man kan/vill överblicka beror på hur centralt det vi frågar om är för uppgiftslämnaren. Att skenbarligen slumpmässiga fel vid besöksintervjuer när det gäller antalet vårdtillfällen under en viss tid i själva verket kan vara systematiska fel. Inom Tierpsprojektet har man tex funnit en tendens att storkonsumenter av vård överskattar antalet kontakter medan sporadiska besökare i öppen vård ibland glömt bort sitt kanske enda besök (5).

Skattningar av hälsotillstånd, sjukdom och andra mer eller mindre i detta sammanhang abstrakta begrepp är ofta svåra att kvalitetskontrollera. Framförallt beroende på att vi sällan har några "sanna" mått att stämma av våra intervjuresultat mot. Vissa undantag finns – tex beträffande tandstatus.

Medicinkonsumtion finns också uppgifter om. Vilka läkemedel får vi ett bra mått på vid intervjuer och vilka verkar inte fungera? Även här dock avstämningsproblem eftersom vi oftast "bara" har uppgifter om utskrivna och uthämtade recept, inte om den faktiska konsumtionen.

Något kan kanske också sägas om olika datainsamlingsmetoder. Besöksintervjuer är sannolikt den vanligaste metoden. Åtminstone är det här de flesta metodstudierna finns. Ofta kombineras dock olika metoder i en och samma undersökning. Vid de årliga svenska undersökningarna av levnadsförhållanden (ULF) genomförs omkring 90 procent av de ca 10000 intervjuerna vid personliga besök. För att hålla bortfallet nere görs ca 10 procent av intervju-

.....
Skenbarligen slumpmässiga fel vid besöksintervjuer när det gäller antalet vårdtillfällen under en viss tid kan vara systematiska fel
.....

.....
Postenkäten kommer ofta till användning som screeninginstrument men bör i högsta grad övervägas som ett alternativ till intervjuer när det gäller undersökningar om en befolknings hälsotillstånd och vårdutnyttjande
.....

erna per telefon. Några påtagliga skillnader i kvalitet har inte kunnat spåras mellan metoderna. Invändningar kan dock riktas mot dessa (och andra liknande) metodjämförelser eftersom de som blivit intervjuade per telefon utgör ett selektivt urval. Det finns anledning att fråga sig huruvida telefonintervjuer kan hävda sig när det gäller hälsofrågor med stora krav på erinring från intervjupersonens sida.

Postenkäten är framförallt billig. Bortfallsproblemet som sägs vara en av metodens stora nackdelar kan minskas genom bla uppföljning med telefon- och besöksintervjuer. Flera studier har visat på att postenkäten är den insamlingsmetod som ofta ger de högsta skattningarna av "känsliga" beteenden som tex drogkonsumtion (3). Postenkäten kommer ofta till användning som screeninginstrument men bör i högsta grad övervägas som ett alternativ till intervjuer när det gäller undersökningar om en befolknings hälsotillstånd och vårdutnyttjande. Flera landsting har genomfört postenkäter med omfattande frågebatterier och vi har tom stött på en engelsk kartläggning av hälsoproblem bland äldre via postenkät (17).

Om man skulle våga sig på något försök till sammanfattade omdöme skulle det bli att några dramatiska skillnader mellan olika datainsamlingsmetoder knappast finns och att man förmodligen kan göra en del för att minska dem genom att i frågeutformningen ta hänsyn till de speciella förhållanden som de olika mätsituationerna ger.

Vid en personlig besöksintervju kan man normalt ställa fler frågor än per telefon eller genom en postenkät. Och ju fler frågor desto fler rapporterade

.....
Det finns knappast några dramatiska skillnader mellan olika datainsamlingsmetoder
.....

Det finns en hel del allmänna kunskaper om intervjuer och enkäter. Dessa kunskaper kan omsättas till konkreta anvisningar om hur man skall genomföra en undersökning

sjukdomar (7). Man har (i USA) visat att man erhåller en mer fullständig rapportering om man koncentrerar datainsamlingen till sjukdomstillstånd i ett visst organsystem och för detta ställer detaljerade frågor med hjälp av standardiserade listor. Man får då med även sådana tillstånd som annars lätt glöms bort. Detta medför dock att man måste dela upp sin undersökning i ett antal delundersökningar och först efter avsevärd tid har material att beskriva hur sjukdomar i olika organsystem är fördelade i befolkningen. Metoden har däremot inte visat sig fånga upp fler allvarliga sjukdomstillstånd än vad som kan erhållas med enklare tillvägagångssätt (9). I USA har man också experimenterat en hel del i övrigt kring intervjuförfarandet. Man har bl a visat hur man med olika former av "feed-back" kan påverka intervjupersoner som inte förstår vad som begärs av dem eller inte anstränger sig tillräckligt (7, 12).

Vad vi inte vet

Det finns alltså en hel del allmänna kunskaper om intervjuer och enkäter. Dessa kunskaper kan omsättas till konkreta anvisningar om hur man skall genomföra en undersökning. Det vi ofta inte vet är hur valida resultat vi får. Vi vet fortfarande för lite om hur pass väl olika sjukdomar rapporteras vid intervjuer och enkäter jämfört med resultat från tex läkarbedömningar. I avsaknad av mer noggranna metodstudier i dessa avseenden får man ofta hålla tillgodo med rimlighetsbedömningar. Verkar det rimligt att intervjupersonerna kommer att rapportera olika typer av sjukdomar? Stämmer den bild man får av sjukdomspanoramat med den egna erfarenheten?

Sannolikheten för att en sjuk person vid en intervju skall tala om att han eller hon är sjuk i något visst avseende påverkas av om a) vederbörande känner till eller åtminstone misstänker att han/hon har någon sjukdom, och b) att det är "socialt accep-

tabelt" (att man "törs") tala om det för intervjuaren. Om man håller detta enkla resonemang i minnet inser man lätt att det ibland kan vara svårt att utnyttja erfarenheterna från andra metodstudier – genomförda under andra tidsperioder, på andra grupper än de man själv vill beskriva, i andra länder. De kunskaper man kan få fram genom tex utländska studier skall naturligtvis utnyttjas, men vi i Sverige behöver också göra egna metodstudier – inte minst för att se om de utländska resultaten är användbara för svenska förhållanden.

Vad skall vi dra för slutsatser om detta – "handlingsprogram"

Intervju- och enkätmetoden skall användas – men med urskiljning. Alla områden kan inte belysas med denna teknik. Vi bör rensa bort de områden som inte fungerar speciellt väl. I stället skall vi fråga om just det som vi kan få "sanna" svar på – samtidigt som vi måste utveckla vårt metodkunnande och våra frågetekniker.

Vi skall inte använda tekniker som kräver mer än våra material i allmänhet står för. Olika statistiska analysprogram förutsätter en viss kvalitet. Detta är dock något som socialmedicinaren i allmänhet redan lärt sig – och också ibland lärt sig hur man kan "gå runt" dessa förutsättningar. Vid tvärsnittsbekrivningar spelar ofta en viss slumpmässighet i svaren ingen större roll. Vid sambandsanalyser och panelstudier kan samma slumpmässighet vara helt ödesdiger för våra slutsatser. Med nuvarande kunskapsläge bör tex panelstudier (att man följer individer över tiden) baserade på intervjudata undvikas eller endast användas med stor försiktighet. Däremot kan panelstudier vara oerhört värdefulla för att tex få mått på andelen felaktiga eller slumpmässiga svar och få uppslag till hur man skulle kunna minimera felen och/eller korrigera för dem.

Man bör vara försiktig med att utnyttja material

Med nuvarande kunskapsläge bör tex panelstudier baserade på intervjudata undvikas eller endast användas med stor försiktighet

Man bör vara försiktig med att utnyttja material från riksrepresentativa undersökningar till att belysa situationen i den egna regionen

från riksrepresentativa undersökningar till att belysa situationen i den egna regionen. Detta kräver i så fall noggranna analyser av hur det riksrepresentativa materialet skapats. Intervjuarfelet som redovisats i Bengt Brorssons avhandling (4) är här endast en felkälla. Effekten av denna felkälla i förhållande till andra fel är inte heller klarlagd.

Och så kan man fortsätta.

Om vi är överens om intervju- och enkätmetodens omistliga fördelar – vilket vi bör vara – så måste vi i fortsättningen arbeta för att

- a) klarlägga svagheter och brister. Och därigenom få klart för oss inom vilka områden den också fungerar tillfredsställande redan nu.
- b) förbättra tekniken.

Detta är ett tålamodsprövande arbete som man inte kan hoppa över. Och en stor del av det arbetet måste socialmedicinen ta på sig. Detta bör utgöra en väsentlig inriktning för den framtida forskningen inom socialmedicin.

REFERENSER

1. Arvidsson, O., Jonsson, E., Skerfving, S. & Stütz, G.: Kost och motion i Sverige. Socialstyrelsen redovisar 34. Stockholm 1973
2. Bergman, L. & Thorslund, M.: Svarkvaliteten i AKU. Resultat från två studier med återintervjuer. Metodproblem i individ- och hushållsstatistik, nr 13. SCB 1980
3. Björkman, N.-M.: Social önskvärdhet som felkälla i frågeundersökningar. En jämförelse mellan två datainsamlingsmetoder. Sociologiska institutionen. Stockholm 1979
4. Brorsson, B.: Mätfel i hälsointervjuer. Litteraturoversikt och studier av intervjuareffekter. Urval nr 12. SCB 1980
5. Brorsson, B. & Smedby, B.: Tillförlitligheten i intervjuuppgifter om läkarbesök. Statistisk tidskrift 1982: 1, s 31–40
6. Cannel, C. F., Marquis, K. H. & Laurent, A.: A summary of studies of interviewing methodology. Vital and health statistics – series 2 No. 69. National Center for Health Statistics 1977
7. Cannel, C. F., Miller, P. V. & Oksenberg, L.: Research on interviewing techniques. I Leinhardt, S. (ed): Sociological Methodology. Jossey-Bass Publishers, London 1981
8. Hanning, M., Nyström L. & Rosén, M.: Ohälsa och vårdutnyttjande i Sverige 1975–77. ULF som underlag för planering. Spri-rapport nr 82 1982
9. Health Interview Survey Procedure. Vital and Health Statistics, series 1, No. 11. National Center for Health Statistics 1975
10. Hochstim, J. R. & Renne, K. S.: Reliability of response in a sociomedical population studie. Public Opinion Quarterly 1971, s 69–79
11. Johansson, S.: Jämförelse mellan lekmannaintervjuer och läkarintervjuer. Metodstudie 2 inom levnadsnivåundersökningen 1968. Sociologiska institutionen, Uppsala 1969
12. Langlet, P. & Wärneryd, B.: Att fråga. Om frågekonstruktion vid intervju- och enkätundersökningar. Liber. Stockholm 1980
13. Lindström, H.: Bortfallsfel hos procent- och medelvärdeskattningar i urvalsundersökningar av levnadsförhållanden. Metodproblem i individ- och hushållsstatistik, nr 27. SCB 1982
14. Lindström, H., Thorslund, M. & Wärneryd, B.: Förändringsskattningar i undersökningarna om levnadsförhållanden (ULF). En redovisning av metodstudier och rekommenderad metodik. SOS, Levnadsförhållanden. Appendix 5. Stockholm 1981
15. Mägi, M., Allander, E., Bjelle, A. & Ragnarsson, A.: Rheumatic disorders as perceived by the individual and the physician: comparison of methods – interview versus medical examination. Socialmedicinska avd. Regionsjukhuset i Örebro. 1981 (Preliminär version)
16. Wikman, A.: Svarsprecisionen i surveyundersökningar om levnadsförhållanden. Metodproblem i individ- och hushållsstatistik, nr 14. SCB 1980
17. Wilcock, G. K.: Use of self-administrated postal questionnaire when screening for health problems in the elderly. Gerontology 25, s 345–349, 1979.