

Socialt stöd, socialt nätverk och dess tänkbara betydelse för hälsoskillnader mellan socialklasser

Per-Olof Östergren

Skillnader i hälsotillstånd mellan olika grupper i en befolkning har alltid varit en intressant utgångspunkt för epidemiologiska studier. Sådana skillnader mellan olika socialklasser är internationellt väldokumenterade och traditionella medicinska riskfaktorer tycks ha ett begränsat förklaringsvärde. De senaste åren har en diskussion om den psykosociala omgivningens betydelse för sjukdom och död vuxit sig allt starkare, bl a har begreppen socialt stöd och socialt nätverk satts i fokus. Samtidigt har de traditionella epidemiologiska modellerna ifrågasatts, vilket öppnat fälten för innovativt tänkande i detta perspektiv. De fakta som hittills tagits fram om socialt stöd/socialt nätverk, socialklass och hälsa, antyder att detta bör vara ett fruktbart och spännande forskningsperspektiv.

Per-Olof Östergren är läkare och forskarstuderande vid Institutionen för klinisk samhällsmedicin i Malmö.

Historik

Den sk skolmedicinen har ofta anklagats för ointresse gentemot psykosociala faktorer som kunde tänkas ha samband med ohälsa. En tillbakablick som utgår från en på senare tid alltmer livlig diskussion om *sociala nätverk* och dess betydelse för hälsan, visar dock att en av de viktigaste hörnstenarna för detta teoribygge lades redan på 20-talet av de medicinskt traditionella stressforskarna. En av de stora pionjärerna var Cannon som i sin fysiologiskt inriktade forskning på 20- och 30-talen karakteriserade *stressreaktionen* hos högre stående djur och särskilt påpekade hur detta tillstånd påverkade de viktiga fysiologiska jämviktstillstånden i kroppen

(1). En annan stor forskare inom detta område var Hans Selye som på 40- och 50-talen bedrev en omfattande forskning som sammanfattades i ett stort standardverk med detaljerade beskrivningar hur kroppens olika organsystem påverkades vid stress såväl ur fysiologiskt som patologiskt-anatomiskt hänseende (2). Denna typ av klassisk medicinsk-fysiologisk forskning har sedan brutit in i nya forskningsfält och de sista årens forskningsresultat har givit många intressanta insikter som direkt kan knytas till ny kunskap om hjärnans funktion och de senaste neuroendokrina forskningsframstegen, exempelvis kartläggning av de omskrivna endofirernas funktion (3).

Under andra världskriget fick en kliniskt inriktad stressforskning stort uppsving mycket tack vare militärpsykologernas intresse av att studera soldaters stressreaktioner och risk för sammanbrott i stridsituationen. Efter kriget utvecklades en civil tillämpad stressforskning där bl a Holmes och Rahe fick en framträdande position genom sin utveckling av mätmetoder för *sk stressfulla livshändelser* (4). Flera andra forskargrupper kunde sedan visa på ett relativt uttalat samband mellan en anhopning av sådana livshändelser och en ökad risk att insjukna i olika sjukdomar och även en ökad dödlighetsrisk i en rad olika tillstånd. Man kunde emellertid konstatera att man i flera undersökningar fann grupper som var utsatta för en hög nivå av stressfulla livshändelser men ändå inte uppvisade någon ökad risk att insjukna eller dö, samtidigt som grupper med en måttlig nivå av livshändelser å sin sida uppvisade en ökad risk. Detta föranledde en diskussion om möjligheten att introducera någon typ av modifierande variabel i modellen för sambandet.

Brist på entydigt samband mellan stress och ohälsa har lett till en diskussion om modifierande variabler

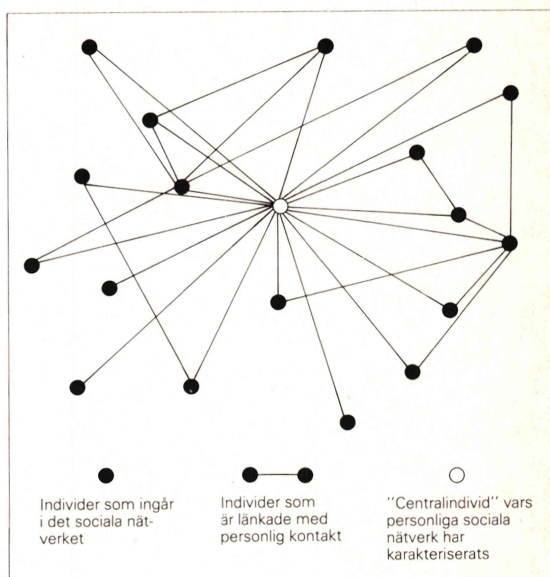
1974 publicerades så en undersökning som hade utförts av en amerikansk sjuksköterska och epidemiolog som studerade frekvensen av förlossningskomplikationer bland hustrur till amerikanska flottister som förlöstes vid ett av amerikanska marinens sjukhus. I denna undersökning infördes begreppet *socialt stöd* som en modifierande variabel med avseende på relationen mellan stressfulla livshändelser och förlossningskomplikationer. Resultaten visade att andelen graviditetskomplikationer var mångfalt och signifikant större i den grupp av kvinnor som uppvisade både höga nivåer av stressfulla livshändelser och ett dåligt socialt stöd. Den grupp av kvinnor som hade en hög nivå av stressfulla livshändelser kombinerat med en hög nivå av socialt stöd skilde sig inte signifikant från kvinnor med låga nivåer av stressfulla livshändelser. Resultaten tolkades som att socialt stöd hade en sk buffrande effekt på stressfulla livshändelser (5).

En annan mycket viktig del av det vetenskapliga arbetet bakom dagens diskussion om socialt stöd/socialt nätverk, kommer från den ekologiskt inriktade psykiatriska epidemiologin som representeras av exempelvis Manhattan-undersökningen (6), Stirling County-undersökningen i Nova Scotia (7), och liknande studier i Chicago (8), där man sammanfattningsvis fann att olika former av social desintegration hängde samman med risken att bli psykiskt sjuk. I den teoretiska diskussionen bakom dessa undersökningar kom en god del av då aktuell sociologisk teori in i sammanhanget. Vissa sociologiska klassikers arbeten som exempelvis Durkheims, handlade till stor del om social integration och konflikten inom individen mellan den altruistiska, kollektiva representationen och den egoistiska individuella. Denna konflikt kunde i fysiologiska termer uttryckas som just en stressreaktion. Den amerikanske sociologen Talcott Parsons arbeten om samhällets sociala struktur och i synnerhet resonemanget kring den sk sjukrollen, har också

haft stor betydelse för diskussionen kring psykosocial konflikt, stress och konfliktlösning (10). I sammanhanget bör också G H Mead nämnas som viktig teoretisk bidragsgivare med tanke på hans arbeten rörande mänsklig interaktion vilket anses vara en av de viktigaste aspekterna på processerna bakom det sociala stöd som fås av det sociala nätverket (11).

Den sista viktiga forskningsdisciplin som skall tas upp i detta sammanhang utgörs av socialantropologisk forskning. Ett av denna disciplins huvudområden omfattar studier av kulturellt bestämda sociala system och relationer i dessa system, tex släktskapssystem eller utbytesrelationer. Det är därför kanske ganska naturligt att det var socialantropologer som utvecklade begreppet socialt nätverk som modell (12). Denna modell är helt enkelt en grafisk representation av alla individer i ett visst socialt sammanhang eller system samt de relationer som finns mellan individerna. (Figur 1)

Figur 1. Exempel på socialt nätverk.



Socialt stöd är ett nyckelbegrepp inom stressforskning såväl som inom socialpsykiatri och socialantropologi

Denna modell kan studeras och karakteriseras såväl som en helhet, som utgående från en speciell individ. I det senare fallet talar man om *personliga sociala nätverk* och det är dessa som fått relevans i diskussionen kring socialt stöd. Med nätverksmodellen som underlag kan man studera nätverket dels ur en mer kvantitativt inriktad synvinkel, dvs notera det antal relationer som en individ har, hur ofta relationer förekommer mellan individer etc, och dels ur en mer kvalitativt orienterad synvinkel exempelvis skattning av intimitet, jämlikhet eller andra aspekter på innehållet i de olika länkarna i det personliga nätverket.

Ovanstående kan tyckas vara en något omständig bakgrundsbeskrivning med tanke på rubriken, men avsikten har varit att visa hur en klassisk fysiologiskt-medicinskt inriktad forskning genom begreppet socialt stöd plötsligt blivit möjlig att knyta an till en lång och teoretiskt välgrundad forskningstradition inom beteende- och samhällsvetenskap, och att det på detta sätt plötsligt blivit möjligt att studera samspelet mellan samhälle och hälsa mot bakgrund av väldokumenterad forskning både inom naturvetenskap och samhällsvetenskap. Det är mot bakgrund av detta som bla diskussionen om skillnader i hälsotillstånd mellan olika socialklasser blir epidemiologiskt högtintressant. Man kan nu sträcka sig utanför enbart antagandet om klassmässiga skillnader beträffande traditionella medicinska riskfaktorer, vilket förvisso inte saknar betydelse men å andra sidan inte förefallit tillräcklig som förklaringsmodell.

Cassels sårbarhetsteori

1976 publicerade den kände amerikanske epidemiologen John Cassel en teori som har stor betydelse för sammanknytningen av epidemiologiska teorier och socialt stöd via socialpsykologiska och psykofysiologiska steg (13).

Sårbarhetsteorin utgår bla från en kritik mot specificitetskriteriet i den klassiska epidemiologin.

.....
Sårbarhetsteorin utgår från en kritik av specificitetskriteriet i epidemiologin
.....

Detta innebär att ett sjukdomsframkallande agens, eller en konstellation av agens (i en monokausal resp multikausal modell) ger ett specifikt utfall hos värden ifråga, dvs ett specifikt patologiskt avgränsbart sjukdomstillstånd. Cassel menar att bla det faktum att den tämligen konstanta gradienten i relativ risk att insjukna i diverse sjukdomar eller dö i dem, som demonstrerats internationellt mellan socialklasser, strider mot specificitetskriteriet eftersom det är föga sannolikt att flertalet kända medicinska riskfaktorer skulle vara fördelade med samma socialklassrelaterade gradient, vilket ju skulle vara förutsättningen för att kvarhålla den hittillsvarande epidemiologiska modellen. Kriterierna för socialklassindelning bygger ju, inte på medicinska kriterier, utan i stället på sociala/ekonomiska kriterier eller snarare på hur resurser av dessa kategorier är fördelade i befolkningen. En viktig sådan resurs utgörs sannolikt av individens sociala stöd i förhållande till de krav på omedelbar och kontinuerlig anpassning till omgivningen som ställs på individen ifråga. Frågan är varför denna typ av variabel uppvisar en gradient i befolkningen som sammanfaller med mortalitets- och morbiditetsgradienter.

Här kommer Cassels sårbarhetsteori in, vilken i korthet går ut på att psykosociala processer inte är specifika utan i stället fungerar som "villkorliga agens", genom att de i form av stressorer ökar den mänskliga organismens allmänna sårbarhet mot specifika agens eller funktionsnedsättning genom ärftliga svagheter. Cassel tänker sig att stresstillståndet påverkar de övergripande homeostatiska fysiologiska systemen, exempelvis styrmekanismerna för cirkulation, immunkompetens, endokrina funktioner och metabolism, etc. Detta implicerar en systemteoretisk syn på den mänskliga organismen som ett öppet system som hela tiden återskapas genom ett genomflöde av energi. Inom detta system finns hierarkiskt överordnade delsystem vars optimala funktion är nödvändig för att det kontinuerliga återskapandet skall ske så effektivt som möjligt. I återskapandet ligger bla förmågan att reparera den negativa inverkan som specifika riskfaktorer eller potentiellt sjukdomsframkallande agens har och se till att eventuella skador begränsas och inte blir irreversibla. Genom människans samspel med sin

egen ekologi utsätts alla individer kontinuerligt mer eller mindre för denna typ av negativ inverkan och människans eventuella framgång som biologisk art avgörs genom den grad av kontinuerlig anpassning till omgivningen som är möjlig.

I ett sociobiologiskt perspektiv skulle man därför kunna postulera att förmågan att utnyttja sociala resurser för ekologisk anpassning varit det som utmärkt människan som art. En biologisk spegling av detta är ett psykobiologiskt behov av att uppleva trygghet och ha goda relationer till sina medmänniskor, för att kunna bidra till och själv ha nytta av de resurser som skapas genom processerna i ett socialt nätverk, dvs utbytet av socialt stöd sätts i centrum.

dessa processer inte fungerar tillfredsställande, dvs då det sociala stödet inte förmår motsvara de krav på förändring eller krav på emotionellt stöd som en stressor ställer individen inför, kvarstår den fysiologiska stressreaktionen. Detta inverkar således på ett generellt ofördelaktigt sätt på organismen, och en ökad sårbarhet för mer specifika agens uppkommer hos individen. Cassel håller emellertid frågan öppen huruvida det finns en eller ett par olika typer av stressreaktioner, i vissa fall har man talat om en kamp–flyktreaktion med ett binjuremäragsmedierat sympatikussvar samt ett mer depressivt mönster med ett hypofysmedierat binjurebarksvar vilket närmast förknippas med depression och upplevd hopplöshet.

Socialt stöd

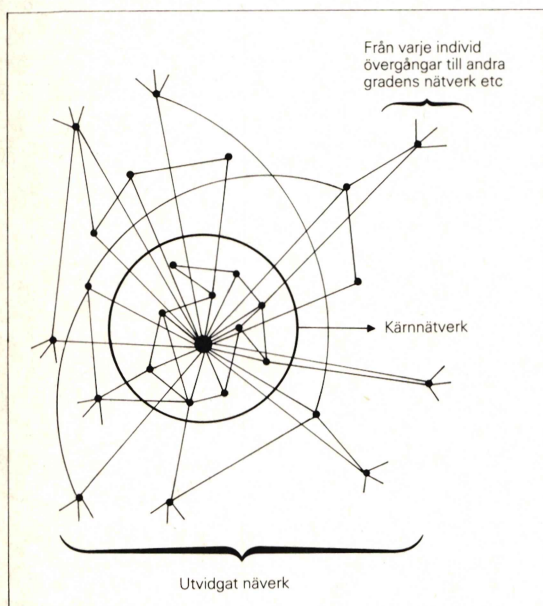
453

problem utgörs av att dessa kategorier inte är fullständigt exklusiva, dvs i det att en individ erhåller informellt eller konkret stöd ligger också en emotionell uppmuntran i form av signaler om tillhörighet till en social struktur, alternativt uppmuntran av individens värde. Det är också tydligt att begreppet socialt stöd överlagras av andra viktiga sociala fenomen som tex social stratifiering, dvs sociala nätverk i olika socialklasser har givetvis olika resurser att erbjuda individerna som ingår i dem, bla beroende på medlemmarnas utbildningsgrad och materiella tillgångar. Detta kan vara av intresse i synnerhet som man nyligen hävdar att det framför allt är tillgång till bra informellt och konkret socialt stöd som sammanhänger med god hälsa (14).

Socialt nätverk

Då det sociala stödet kan ses som en effekt av individens personliga *sociala nätverk* så är en beskrivning och förståelse av detta av högsta relevans för att i sin tur förstå hur sociala processer och tillhörighet till olika sociala strukturer påverkar hälsotillståndet i olika grupper av individer. Utifrån empiriska data har följande modell och förslag till kriterier för karakteristik av det personliga sociala nätverket lanserats. (Figur 2)

Figur 2. Exempel på personligt nätverk.



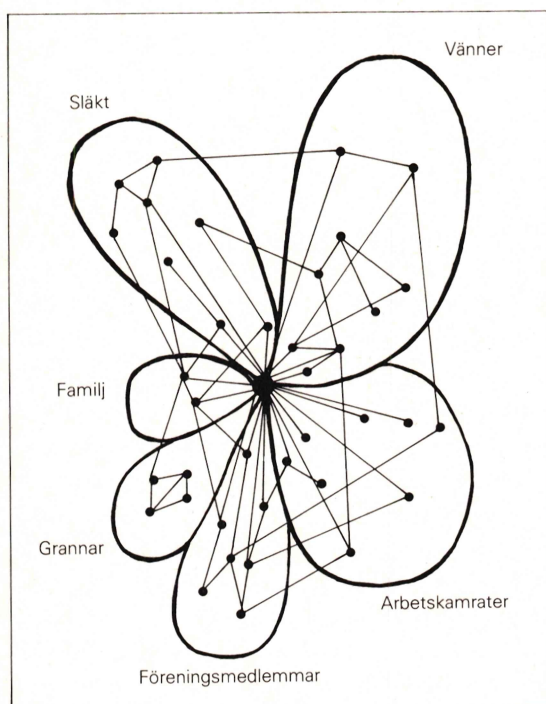
.....
Brist på socialt stöd skulle kunna vara orsak till en ospecifik ökning av sjuklighet i lägre sociala klasser

I ett personligt socialt nätverk nöjer man sig i regel med att studera det sk *primära nätverket*. Detta utgörs av alla individer som individen ifråga har kontakt med. De sekundära nätverket skulle således utgöras av alla personer som individen ifråga kan nå via personerna i det primära nätverket. Man talar ibland om första, andra och tredje gradens nätverk osv. Ibland görs en distinktion mellan individens *kärnnätverk* och det sk *utvidgade nätverket*. Denna distinktion är godtycklig men avser att skilja mellan den del av nätverket som utgörs av personer som kan betecknas som mycket närstående individen ifråga och som framför allt svarar för de mer intima relationerna, till skillnad mot övriga individer. Till kärnnätverket räknas vanligen eventuella övriga hushållsmedlemmar, hustru, barn samt nära släktingar, föräldrar, syskon och slutligen nära vänner. Kärnnätverket anses framför allt svara för en stor del av det emotionella sociala stödet, framför allt den aspekt som speglar återförsäkringen av individens värde samt att han är älskad. Givetvis svarar kärnnätverket även för en betydande andel av det informella och konkreta stödet. Skillnaderna mellan kärnnätverk och utvidgat nätverk uttrycks ibland i funktionssätt. Kärnnätverket har framför allt betydelse i livsskeden som kännetecknas av stabilitet och problem av vardagskaraktär medan det utvidgade nätverket får betydelse vid livskriser som ju ofta innefattar förluster eller uppsplittring av kärnnätverket. Då gäller det för individen att finna alternativa källor till socialt stöd och alternativa sociala roller, och inte minst potentiella kandidater att ersätta förlorade individer i kärnnätverket.

Det sociala nätverkets fördelning på olika *livsdomäner* och balansen mellan dessa avseende nätverksinnehåll, är ofta av stor betydelse för individen, bla då det visat sig att det sociala stödet har störst positiv betydelse då det kan ges i det sammanhang (dvs den livsdomän) där de för individen

allvarliga problemen föreligger. Har individen således problem på arbetsplatsen betyder hans sociala nätverk och sociala stöd inom denna livsdomän mest för hans förmåga att hantera detta (15). Följande livsdomäner brukar identifieras: (Figur 3)

Figur 3. Det personliga sociala nätverkets dimensioner.



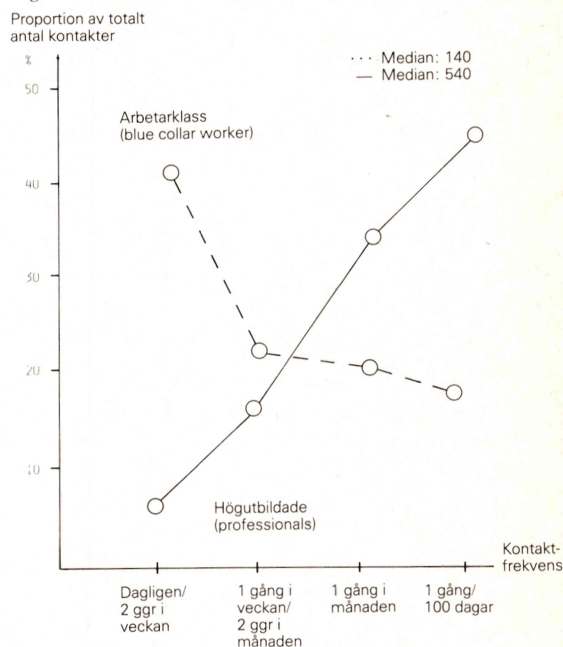
Socialt nätverk mäts ofta i form av *antal* individer som ingår, *kontaktfrekvens* med ingående individer och i mera kvalitativa avseenden: grad av *täthet* (dvs kvoten mellan samtliga möjliga relationer mellan personerna i nätverket och antalet faktiska) *spridning* (antingen geografisk eller genom annat mått på tillgänglighet) *homogenitet* (relativ fördelning mellan olika livsdomäner) förekomst av *aggregation* (ställvis förtätningar inom olika delar av nätverket) etc. Nätverket kan också karakteriseras genom innehållet i dess länkar, som utgörs av olika aspekter på emotionella, informella och konkreta utbytesrelationer, och grad av *intensitet* och *intimitet* samt *reciprocitet* i dessa, vidare *frekvens* och *duration* av dessa kontakter; huruvida länken innehåller flera typer av relationer samtidigt samt från vilken livsdomän de emanerar.

Socialt stöd, socialt nätverk och hälsoskillnader mellan sociala klasser

Att i ovanstående perspektiv studera socialt stöd och socialt nätverk, handlar som hittills framgått mycket om att studera förmedlingen av sociala resurser på olika sätt, såväl emotionella, informella och konkreta som de uttrycks i de olika formerna av socialt stöd. Steget är därför inte så långt att koppla denna diskussion till ett socialklassperspektiv, emedan socialklasser just definieras genom olika tillgång till samhällets resurser. Utgångspunkten till denna diskussion utgjordes ju av iakttagelsen att ett stort antal observationer över tid och i olika länder konstant har visat att det föreligger en gradient av olika hälsoproblem i de olika socialklasserna samt att detta knappast enbart, eller kanske ens (i vår typ av samhälle) till största delen, kan förklaras av klassmässiga skillnader i traditionella medicinska riskfaktorer. Cassels sårbarhetsteori ger då underlag till fortsatta studier av skillnader i olika sociala nätverk, som en viktig bakomliggande faktor till hälsoskillnader mellan de olika socialklasserna.

Relativt få empiriska studier är gjorda i hela detta perspektiv, men vissa fakta finns beträffande skillnader i socialt stöd och sociala nätverksresurser

Figur 4. Socialklass och kontaktmönster.



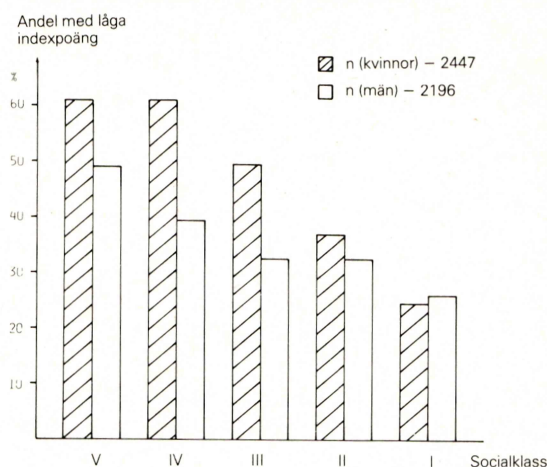
mellan olika socialklasser. I en studie av Pool och Kochen 1978, studerades hur socialklasstillhörighet sammanhänge med olika typer av kontaktmönster i det sociala nätverket. (16). (Figur 4)

I studien jämfördes en grupp arbetare (blue collar workers) med högutbildade tjänstemän (professionals), avseende hur *många personer* de var i kontakt med under hundra dagar samt hur *många gånger* de var i kontakt med samma individer. I figuren ovan kan man konstatera att de högutbildade tjänstemännen i 50 % av sina kontakter endast hade ett kontakttillfälle under hundra dagar medan bara drygt 5 % av samtliga kontakter utgjordes av personer som man träffade dagligen eller flera gånger i veckan. Förhållandet för arbetarna var närmast det omvända där 40 % utgjordes av kontakter med personer som man träffade dagligen eller ett par gånger i veckan och bara 20 % av kontakterna var sådana med personer som man bara såg vid ett tillfälle under några dagar. Den högutbildade gruppen träffade i genomsnitt 540 personer under hundra dagar medan arbetarna i genomsnitt träffade 140 personer. Det totala antalet kontakter med andra personer var ungefär desamma för båda grupperna och skillnaden låg således i nätverkets storlek under den studerade perioden och i kontaktfrekvensen med nätverksmedlemmarna. Denna studie och liknande andra, stöder hypotesen att personer i högre socialklasser har ett större personligt nätverk, där skillnaden framför allt ligger i ett större utvidgat nätverk medan kärnnätverket ter sig ganska likartat jämfört med lägre socialklasser. En annan studie som gjordes av Berkman och Syme i Kalifornien, visade hur poängnivån i ett sociala nätverksindex fördelade sig i fem hierarkiskt ordnade sociala skikt. (17). (Figur 5)

Det sociala nätverksindex som användes av Berkman och Syme var detsamma som i den sk Alameda County-undersökningen, dvs det baserade sig på civilstånd, antal nära vänner, medlemskap i

Högre sociala klasser har tillgång till ett större personligt nätverk medan lägre klasser är mera beroende av det täta kärnnätverket

Figur 5. Andel med låga (under totalmaterialets median) poäng på index för socialt nätverk, 4 643 män och kvinnor i åldrarna 30–69 år i Alameda County 1965.



kyrklig förening samt i andra formella eller informella sammanslutningar. I en studie som får anses vara en av de mest uppmärksammade och citerade beträffande samband mellan socialt nätverk och hälsa visade sig detta index klart hänga samman med den relativa risken att avlida under en nioårsperiod, även då hänsyn tagits till hälsotillstånd och traditionella riskfaktorer. (18).

Eventuell betydelse av dessa rön

Av det hittills relaterade framgår att en analys av socialt nätverk kan vara ett sätt att förstå de sociala resursernas dynamik i samhället och dess relation till hälsotillståndet i olika sociala grupper, exempelvis socialklasser.

Sammanfattningsvis vet vi att det inte finns några säkra skillnader mellan genomsnittlig storlek av kärnnätverk och socialklass, emellertid vet vi också att det finns fler personer med dåligt generellt socialt nätverk i de lägre samhällsklasserna (Figur 4 och 5). Pool och Kochens undersökning visade att man i genomsnitt har ett betydligt större utvidgat socialt nätverk i de högre sociala skikten, vilket delvis förmodligen speglar en anpassning till faktiska levnadsförhållanden, delvis är ett resultat av klassmässigt betingade sociala attityder. Sannolikt innebär detta att man i lägre socialklasser förlitar sig mer på ett nätverk bestående av släktingar och en handfull

Arbetsmiljö, arbetslöshet och flyttning påverkar det sociala nätverket och därmed sårbarheten i olika klasser

arbetskamrater som står en nära, medan man i högre socialklasser har ett stort utbud av sociala kontaktmöjligheter utöver sitt kärnnätverk. Det har påpekats att detta bl.a. speglar förhållandet att personer med hög utbildning ofta måste flytta från hemorten för att erhålla högskoleutbildning och ytterligare flytta för att uppnå motsvarande anställning efter utbildning. Detta innebär att man i hög grad inte är bosatt på samma ort som flertalet släktingar samt att man utvecklar sociala strategier att snabbt bygga upp sociala nätverk, där ett större utbud av relationer delvis får ersätta de minskade möjligheterna till livslånga frekventa relationer till släktingar, arbetskamrater och vänner. En motsatt tendens gör sig gällande i lägre socialklasser där man tycks välja i högre utsträckning att stanna kvar nära födelseorten och därmed bibehåller en nära kontakt med familjemedlemmar och släktingar samt har större förutsättningar till mer djupgående och varaktiga relationer till vänner och arbetskamrater.

Om dessa mönster stämmer har det betydelse i flera olika sociala sammanhang vilka ofta identifieras som problematiska i vår tid. För det första frågan om arbetets organisation, dvs i vad mån den tillåter ett kontaktknytande med arbetskamrater, möjligheter till en social integration och social medverkan och hur fritidens förläggning och utnyttjande påverkas. Arbetslöshet är ett annat exempel där det torde vara rimligt att påstå att ett bortfall av kontaktmöjligheter på arbetsplatsen påverkar individer i lägre socialgrupper i högre grad och i synnerhet om arbetslösheten medför en påtvingad flyttning bort från nära släktingar och familjemedlemmar. Man har här dels ett bortfall av kärnnätverket, dels en mindre tendens att utnyttja sociala strategier som underlättar ett snabbt uppbyggande av ett nytt nätverk på inflyttningssorten. Immigration är en annan viktig faktor som torde ha påverkat det sociala nätverket dramatiskt för många människor i vårt

land. Här finns kanske en kombination av språkmässiga, kulturella och klassmässiga hinder för en framgångsrik rekonstruktion av det sociala nätverk man lämnar efter sig i hemlandet. I vissa fall tycks dock majoritetssamhällets yttre tryck på en etnisk minoritetsgrupp kunna fungera som en sammansvetsande faktor, men exakt hur detta påverkar det sociala nätverket och framför allt det sociala stödet, tycks för närvarande vara ganska okänt. Samtliga ovanstående faktorer kan tänkas ha stor betydelse för tillskapandet av stora klassmässiga olikheter i förutsättningar till anpassning genom en rekonstruktion av det sociala nätverket med syfte att uppnå ett optimalt socialt stöd.

Vidare har man påpekat att personer i högre socialklasser har större förutsättningar att hantera livskriser och bortfall av det befintliga sociala nätverket, genom sin tendens att ingå i relativt stora utvidgade nätverk, vilket tillåter alternativ till bortfall av viktiga sociala roller samt en större möjlighet till nyrekrytering till det personliga kärnnätverket. I en undersökning har det till exempel visat sig att män i högre socialklass som skiljer sig eller blir änkemän, oftare skaffar sig en ny partner jämfört med jämnåriga män med lägre socialklasser. (19).

Många frågar sig kanske huruvida denna kunskap är användbar till preventiva strategier. Inför besvaret av denna fråga bör man definiera vilken nivå på skalan individ/samhälle som relevanta problem kan identifieras, och vilka preventiva strategier som där förefaller mest relevanta.

Ett sätt att dela in möjliga preventiva åtgärder kan vara att tala om *generella*, *gruppriktade* eller *individuella* aspekter, för att parafrasera socialtjänstlagen. De generella aspekterna skulle således innefatta en diskussion om de stora samhällsprocesserna i vår tid som exempelvis arbetsmarknadspolitik, regionalpolitik, invandrar-/flyktingpolitik. Med växande kunskap om olika människors sociala villkor och dessa villkors relation till hälsa, kan man dels få en uppfattning om den psykosociala stress som individer och grupper av individer utsätts för genom olika vägval i övergripande samhällsplaneringsfrågor, dels om hälsokonsekvenserna av detta, och därigenom få en bättre uppfattning om olika alternativ, s.k. sociala kostnader, vilket torde vara

av yttersta vikt både ur ideologisk-humanitär synvinkel som ur samhällsekonomisk.

Som exempel på gruppriktad prevention kan bli lokal invandrarpolitik, kommunal bostadsplanering och lokala sociala program riktade mot arbetslösa, förtidspensionerade eller andra utsatta grupper framföras. En kärnfråga då det gäller åtgärder på denna nivå, är att försöka skapa en närmiljö, såväl fysisk som social, som underlättar sociala kontakter och som skapar ett bra klimat för etablerandet av sociala nätverk, och därutöver tillåter ett adekvat handlingsutrymme för detta med avseende på att ge socialt stöd riktat framför allt mot de grundproblem som identifierar gruppen, dvs minoritetsskap, arbetslöshet, utslagning från arbetsmarknaden etc.

Då man diskuterar prevention på individuellt plan kommer man snabbt in på den kontroversiella frågan huruvida det är bra att man från samhällets sida "fixar" problem åt individer genom att exempelvis skapa "artificiella nätverk" bestående av socialtjänstemän eller motsvarande. Denna diskussion faller utanför ramen till detta inlägg, men som exempel på preventiva åtgärder som ligger mellan grupp- och individnivå kan man peka på olika "länkrörelser" för fränskilda, ensamstående mödrar och andra grupper som identifieras som varande i riskzonen för social isolering, dvs grupper som åtminstone initialt leds av professionella företrädare.

Sammanfattningsvis kan man konstatera att begreppen socialt stöd och socialt nätverk sammantaget med Cassels sårbarhetsteori innebär att en kommunikation har etablerats mellan biologisk-medicinsk och samhällsvetenskaplig-beteendevetenskaplig forskning och att detta ger stora möjligheter till en ny form av social-ekologiskt synsätt på hälsa. Inom ramen för detta ligger också en ökad förståelse av sambandet mellan socialklass och hälsa. Detta är ett angeläget område att studera vetenskapligt eftersom sådana fakta ger en bas för de grundläggande diskussionerna om demokrati och solidaritet med utsatta grupper i samhället.

REFERENSER

1. Cannon WB: Stresses and strains of homeostasis. *Am J Med Sci* 1935; 189: 1-14.
2. Selye H: The physiology and pathology of exposure to stress. Montreal: Acta Inc, 1950.
3. Guillemin R: Endorphins brain peptides that act like opiates (Editorial). *N Engl J Med* 1977; 296: 226-8.
4. Holmes T, Rahe R: The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 1967; 11: 213-8.
5. Nuckolls KB, Cassel J, Kaplan BH: Psychosocial aspects, life crisis and the prognosis of pregnancy. *Am J Epidemiol* 1972; 95: 431-41.
6. Langner TS, Stanley TM: Life stress and mental health. New York: Free Press, 1960 (samt ett flertal andra publikationer av Langner TS).
7. Leighton DC, Harding JC et al: The Stirling County Study. New York: Basic Books, 1963.
8. Faris RE, Dunham WH: Mental disorders in urban areas. Chicago: University of Chicago Press, 1939.
9. Mestrovic S, Glassner B: A Durkheimian hypothesis on stress. *Soc Sci Med* 1983; 17: 1315-27.
10. Parsons T: The social system. Chapter X: Social structure and dynamic process: The case of modern medical practice. London: Tavistock Publ, 1952.
11. Mead GH: On social psychology: Selected papers. Strauss A, ed. Chicago: University of Chicago Press, 1964.
12. Barnes JA: Class and committees in a Norwegian island parish. *Hum Relat* 1954; 7: 39.
13. Cassel J: The contribution of the social environment to host resistance. *Am J Epidemiol* 1976; 104: 107-13.
14. Syme L: Opublicerat föredrag vid Berzelius-symposiet: Social support and health. Malmö den 19-20 september 1985.
15. Gore S: The influence of social support and related variables in ameliorating the consequences of job loss. University of Pennsylvania, 1973. Doctoral dissertation.
16. Pool I de S, Kochen M: Contacts and influence. *Soc Networks* 1978; 1: 5-51.
17. Syme SL, Berkman LF: Social class, susceptibility and sickness. *Am J Epidemiol* 1976; 104: 1-8.
18. Berkman LF, Syme SL: Social networks, host resistance and mortality: A nine-year follow-up study of Alameda County residents. *Am J Epidemiol* 1979; 109: 186-204.
19. Hanson BS: Opublicerat manuskript avseende delprojekt inom studien "Men born 1914 in Malmö, Sweden" Malmö: Institutionen för klinisk samhällsmedicin, 1985.