

Epidemiologi, medicinsk sociologi och socialmedicin¹



Gunnar Inghe

Den medicinska sociologin gör anspråk på delvis samma verksamhetsfält som socialmedicinen, vilket öppnar perspektiv mot fördjupad tvärvetenskaplig forskning. Visserligen är de medicinska sociologernas förutsättningar för värdefulla insatser inom epidemiologin kanske något överskattade. Å andra sidan bör de kunna lämna väsentliga bidrag vid studiet av "sociology of medicine". Med bättre utbildning i praktiskt fältarbete bör de också kunna biträda i kliniskt arbete.

Gunnar Inghe är professor vid socialmedicinska institutionen, Karolinska institutet, Stockholm.

Under senare år har *socialmedicinen* — med anor långt tillbaka i medicinens historia, i denna församling kan erinras om Grotjahn — fått allt viktigare uppgifter såväl inom undervisning och forskning som i det kliniska arbetet. Samtidigt har sociologin framfört ett barn, den *medicinska sociologin*, som i sina programmatiska framträdanden delvis opererar på samma områden som socialmedicinen. Den fråga som då uppstår sig är: Vad skiljer socialmedicin och medicinsk sociologi åt?

Först några ord om socialmedicinen. Den har utformats på skiftande sätt i olika länder. I Sverige omfattar den 4 olika huvudområden:

1. Sjukdomarna som massfenomen. Här ingår studium av sjukdomarnas utbredning i olika länder, samhällen och strata jämte de faktorer som påverkar detta. Utgångspunkt är framför allt läran om sjukdomarnas multipla kausalitet, en hörnsten i den moderna *epidemiologin*.

2. Samhället och de sociala förhållandena som orsak till sjukdom och beteenderubbningar. Det

som hör till socialmedicinen är framför allt förhållanden som har med samlevnaden mellan människor att göra. Den sanitära sidan är en uppgift för hygienikerna.

3. Hälso- och sjukvårdens organisation och funktion inklusive det sociala *välfärdssystemet*, som det utformas i moderna samhällen.

4. Den kliniska socialmedicinen, socialmedicinen vid sängkanten.

Den *medicinska sociologin* å andra sidan säger sig enligt t.ex. Israel syssla med bl.a. följande områden:

1. Social epidemiologi varmed avses sjukdomsförekomst och insjukningsfrekvens i bestämda populationer och sociala grupperingar.

2. Social etiologi, varmed avses sambandet mellan sociala faktorer och fysisk och mental hälsa.

3. Patientens upplevelse av sjukdom och sjukvård, läkarens relationer till patienten, sjukhuset som socialt system samt medicinalpersonalens roller.

Av detta är det tydligt, att socialmedicin och medicinsk sociologi i betydande utsträckning sysslar med eller säger sig vilja syssla med samma

¹) Föredrag vid II. Internationales Symposium in Medizin und Soziologie, i Berlin, DDR, december 1966.

frågor. Detta är i och för sig intet anmärkningsvärt. Socialmedicin är i utpräglad grad ett ämne med tvärvetenskapliga ambitioner. Vi samarbetar med alla kliniska discipliner inom medicinen. Vi samarbetar med statistiker, psykologer och antropologer. Vi samarbetar med socialarbetare, försäkringsfolk och industritekniker. Att vi stundom sysslar med frågor, som även intresserar medicinska sociologer är helt naturligt. Av intresse är dock att se efter *hur* vi sysslar med det gemensamma problemet och vad samarbetet alltså består av. Det kan vara lämpligt att illustrera med exempel från samtliga socialmedicinens fyra huvudområden.

Epidemiologi

Ämnet *epidemiologi* är stort och problematiken skiftande. Ett enkelt exempel: sjukdomars fördelning inom olika socialklasser. I sin enklaste form innebär detta, att man plockar fram siffror ur färdig statistik t.ex. en dödsorsaksstatistik eller ett cancerregister och räknar ut frekvenstal för olika socialklasser, standardiserade på lämpligt sätt med hänsyn till olika faktorer. Detta erbjuder inga större svårigheter. Det gäller blott att använda statistiken på rätt sätt, att känna till primärmaterialets beskaffenhet något så när, att undvika felkällor och att ta nödig hänsyn till olika selektiva faktorer. Sådana uppgifter ligger inom såväl socialmedicinarens som sociologens kompetens. Å andra sidan kan det inte förnekas, att en medicinsk statistiker stundom genomför sådana analyser ännu bättre och med större matematisk pregnans.

I detta exempel ligger materialet redan färdigt för bearbetning. Helt annat är det om vi vill besvara epidemiologiska frågor i en fältstudie. Då uppstår två problem nämligen: a) vad menas med sjukdom, samt b) vad menas med strata? Sådana problem ligger i själva verket också dolda i det färdiga statistiska material, som förefaller så enkelt att manipulera med. Definitionen av strata faller otvivelaktigt inom sociologens kompetens. Som socialmedicinare använder vi oss visserligen av t.ex. indelningen i socialklasser i den statistiska tabellen. Vi kan också indela vårt kliniska material i olika socialklasser, om vi har ledning av

yrkesförteckningar eller liknande. Vissa sociala strata är ganska lätta att handskas med t.ex. ålder eller civilstånd. Men särskilt om man intresserar sig för den sociala nivån, är problemen betydande. Inte heller har sociologerna löst detta problem på ett användningsfritt sätt. Nu använda indelningar i socialklasser kritiserats allmänt. Många sociologer vill inte alls kännas vid dem. I Sverige nödgas vi inom socialmedicinen att arbeta med en socialgruppsindelning, som både sociologer och statistiker utdömt men inte ersatt med något bättre¹⁾. Vi kan inte undvara den trots att vi väl vet dess brister. I många epidemiologiska undersökningar används särskilt utarbetade skalor, t.ex. Hollingsheads "Index of social position" som baseras på bostadsområde, yrke och antal skolår. Eller den 6-gradiga skalan i "Midtown Manhattan study" som utgår från yrke och utbildningsnivå.

Det andra problemet i vår fältstudie är bestämmandet av vad som menas med sjukdom. Detta torde vara ett betydligt mera invecklat problem. Det gäller inte bara att ställa en diagnos. Vid många sjukdomar är gränsen mellan hälsa och sjukdom flytande. Sjukdomarnas svårighetsgrad är också en viktig fråga. Problematiken skiftar från sjukdom till sjukdom. Här har vi ingen nytta av de medicinska sociologerna. Ja, vi klarar oss inte enbart som socialmedicinare. Vi måste samarbeta intimt med företrädare för respektive medicinska specialitet. Ett par exempel må illustrera.

För att få fram diagnostiska kriterier vid epidemiologiska studier av *reumatoid arthrit* har hållits en rad internationella symposier. För aktiv reumatoid arthrit har man ansett sig böra utgå från följande åtta kriterier:

1. Morgonstelhet.
2. Smärtor eller ömhet i åtminstone en led.
3. Svullnad av åtminstone en led.
4. Svullnad av åtminstone en annan led under de sista 3 månaderna.
5. Ledsvullnad med samtidig symmetrisk lokalisation.
6. Förekomst av subkutana noduli.

¹⁾ Sedan detta skrivits har en arbetsgrupp inom Statistiska centralbyrån framlagt förslag om en ny socialgruppsindelning baserad på yrket.

7. Urkalkning av berörda leder på röntgenplåtarna.
8. Positiva serologiska fynd beträffande den reumatoida faktorn.

Vid förekomsten av alla dessa symtom samtidigt föreligger den klassiska bilden av reumatoid arthrit. Med endast vissa symtom blir diagnosen mera oviss och en rad differentialdiagnostiska svårigheter inställer sig.

För att inringa fall av *kronisk bronchit* har utarbetats omfattande frågeformulär som upptar frågor om förekomsten av morgonhosta, upphostningar och andfåddhet av olika grad vid olika årstider och under olika delar av dygnet. I en undersökning nyligen av kriterierna för diagnosen ischämisk hjärtsjukdom innefattande såväl elektrokardiogram som anamnestiska data fann Bjurulf, att förhållandena var så komplicerade och växlande, att någon distinkt utformad generell metodik tills vidare inte kunde rekommenderas. Vid planerandet av en epidemiologisk studie måste metoderna utformas mot bakgrunden av materialets sammansättning och undersökningens målsättning.

Det kan alltså konkluderas, att den epidemiologiska forskning, som går utöver enkla manipulationer med färdiga statistiska serier, kräver omfattande medicinska insikter och kliniska erfarenheter. Det är därför vi betraktar epidemiologin som en del av medicinen och särskilt socialmedicinen. Både att ställa problemen och att lösa dem kräver medicinska kunskaper. Men samtidigt är vi angelägna om samarbete med såväl sociologer som statistiker. Vi vill bl.a. att sociologerna skall förse oss med behövliga sociala mätinstrument.

Samhället som sjukdomsorsak

Om man går vidare i sin epidemiologiska forskning och t.ex. frågar efter orsakerna till den ojämna fördelning av en sjukdom inom olika sociala strata, som man lyckades påvisa, står man inför en rad problem. Många gånger synes man med epidemiologisk metodik kunna inringa sociala faktorer av uppenbar betydelse för sjukdomens uppkomst. Viktigt är då att ta reda på *hur* sociala faktorer kan verka sjukdomsframkallande. Detta kan synbarligen ske på många olika sätt: genom

infektioner, fysiska skador, intoxicationer, allergener, cancerogena substanser, näringsbrister, överkonsumtion, brist på motion eller överansträngning, ökat tempo, för stor stimulumängd eller annan stress, brist på stimuli och ensidig eller torftig miljö, psykosomatiska mekanismer, neurotiska eller andra konfliktladdade reaktioner etc. Det finns alltså ett mycket stort antal modeller för sociala faktorerers effekt på individen.

Tydligtvis krävs det ingående och ytterst differentierade forskningsinsatser av bl.a. experimentell karaktär, innan man ens något så när kan lyckas utröna, hur individer svarar på dessa olika sociala stimuli. Detta är i främsta rummet en uppgift för medicinare och vi står mitt uppe i detta arbete. Men samtidigt behövs ingående analyser av de verksamma sociala faktorerna. I regel blir det kanske även här medicinaren, som ställer problemet, men visst har de medicinska sociologerna viktiga uppgifter att fylla. Det är lätt att finna exempel, där epidemiologisk forskning inringat miljöfaktorer, vars närmare utforskande kräver sociologiska insatser. I venerea- och narkomanistudier i Stockholm har vi som undersökningsinstrument använt omfattande intervjuformulär utarbetade i samarbete med sociologer. Bl.a. har påvisats förekomsten av särskilt kontagiosa ungdomsgrupper. Inte minst studiet av gruppdynamiken och relationerna mellan gruppens olika medlemmar förutsätter sociologisk medverkan. I själva verket måste många sådana projekt läggas upp tvärvetenskapligt med flera angreppsvinklar, en rad vetenskapsgrenar företrädade och en mångfacetterad metodik.

Hälsovård, sjukvård och socialvård

Det som hittills berörts brukar ibland betecknas som *sociology in medicine*. Nu kommer vi in på *sociology of medicine*. Här har sociologerna i särskilt hög grad möjlighet att göra en insats. Medicinerna är själva del av studieobjektet. Naturligtvis kräver sådana studier ingående insikter om problematiken. Frågeställningarna måste kanske ibland formuleras av medicinalpersonalen självt. Likaväl som patienterna är många av oss plågade av de ålderdomliga formerna, auktoritetstänkan-

det, de tungrodda kommunikationerna och den stelbenta rutinen. Samtidigt är vi själva fångade i systemet. Utomstående forskare kan attackera frågorna mera förutsättningslöst. De kan därför också väntas komma med mera revolutionerande synpunkter.

Särskilt viktigt är att hälso- och sjukvårdsorganisationen för närvarande befinner sig i en stor-
mande utveckling med omstöpning av hävdvunna vårdavdelningar, tillskapandet av progressiva vårdenheter, fördelning av vårdresurserna efter nya linjer m.m. Man möter ökad aktivitet över hela fältet. Naturligtvis tar läkare och annan sjukvårdspersonal aktiv del i detta reformarbete. Men även administratörerna gör viktiga insatser. Till sin hjälp har de tagit tekniker, ekonomer, statistiker, programmatiker och matematikmaskiner, kommunikationsexperten och industriellt utbildat rationaliseringsfolk.

Däremot har sociologerna hittills spelat en anmärkningsvärt blygsam roll. Enligt min mening är det angeläget att denna nu pågående revolution inom vår hälso- och sjukvårdsorganisation blir föremål för sociologisk forskning. Det som nu styr reformarbetet är förutom den medicinska utvecklingen främst de starkt stigande omkostnaderna och personalbristen. Men man får inte glömma att den sjuke alltjämt skall stå i centrum. Det är hans behov det i första hand gäller. Det behövs inträngande analyser av hela sjukvårdssamhället, de olika funktionärernas uppgifter och roller samt av kommunikationerna med de sjuka och deras behov av service. På detta område bör de medicinska sociologerna kunna göra sina viktigaste insatser.

Den kliniska socialmedicinen

I Sverige är socialmedicinen starkt kliniskt orienterad. Vid planeringen av ett nytt undervisnings-sjukhus i Stockholm har för en socialmedicinsk avdelning avsatts 1.500 kvm. En rad läkare förutsattes bli engagerade i socialmedicinsk utredningsverksamhet rörande den sociala etiologin i konkreta sjukdomsfall samt med komplicerade socialmedicinska problemfall som andra läkare inte klarar upp. Verksamheten får både preventiva

och rehabiliterande uppgifter. Särskilt sängplatser anses inte vara behövligt.

I sin kliniska verksamhet arbetar socialmedicinerna tillsammans med "social workers" eller "psychiatric social workers". De ingår i den socialmedicinska verksamheten. Samarbetet mellan dem och socialmedicinerna erbjuder vissa problem, som dock ej skall beröras i detta sammanhang. Sociologerna har hittills inte funnits med i bilden. Ingen har tänkt sig att ge dem kliniska uppgifter, veterligen inte ens de själva. Det ligger kanske inte heller så nära till hands. Men vi använder psykologer i vårt arbete. Och i den mån vår sociala behandling skall vara kausalt inriktad är det lätt att peka på situationer, där såväl socialpsykologer som medicinska sociologer bör kunna vara till nytta. Låt mig återigen peka på våra erfarenheter av narkotikamissbrukare. Till de psykiatriska sjukhusavdelningarna remitteras stundom illa medfarna, kanske psykotiska ungdomar. De går in motvilligt, avintoxikeras och bygges upp nödortfyllt med somatisk behandling och psykoterapi. I regel lyckas man inte få nämnvärd kontakt med dem. De har dåligt rykte som svårbehandlade, insiktslösa och motspänstiga. Oftast skriver de ut sig igen så fort som möjligt och återvänder till samma narkotiserade miljö. Alldeles tydligt är att denna miljö, den kollektiva samvaron med andra narkomaner, har ett ytterst starkt grepp över dem. Våra nuvarande terapeutiska metoder räcker inte till för att neutralisera detta starka inflytande i miljön. Terapin måste därför avse även denna gängtillvaro. Och det är här det kan ifrågasättas om inte medicinska sociologer skulle kunna göra en insats av klinisk betydelse.

Det är lätt att finna andra liknande exempel. Möjligen bör man i stället utgå från socialarbetarna. Dessa kan kanske med mera omfattande sociologisk utbildning bli tillräckligt kvalificerade även för fältarbete av detta slag.

Den medicinska sociologiens uppgifter

Sammanfattningsvis kan alltså göras gällande, att det finns plats för medicinska sociologer inom samtliga dessa huvudområden av socialmedicinen. Enligt min mening kan de framför allt göra en

insats genom att studera själva sjukvårdsorganisationen. Inom epidemiologin däremot bör värdet av deras insatser inte överskattas. De svåra mätproblemen inom epidemiologin är företrädesvis av medicinsk natur. Formuleringen av frågeställningarna kräver i regel också medicinska insikter. Men epidemiologin är i stort behov även av manipulerbara sociala mätmetoder och behöver där hjälp av sociologerna. I studiet av sjukdomarnas sociala etiologi behövs insatser från såväl socialmedicinsk som sociologisk sida. Även här torde problemet i regel formuleras av medicinerna. Till och med i det kliniska arbetet kanske sociologerna — eller i varje fall sociologiskt utbildade socialarbetare — skulle kunna göra en insats.

På alla dessa områden är det emellertid viktigt, att socialmedicinen och den medicinska sociologin inte opererar oberoende av varandra. Det behövs i eminent grad samarbete. Medicinska sociologer bör ingå i arbetslaget sida vid sida med medicinare och företrädare för andra yrkesområden. Vid de

socialmedicinska institutionerna i England och USA finns i regel också sociologer. I Sverige har vi hittills inte lyckats få fasta sociologtjänster vid våra institutioner. Men avlönade av forskningsmedel blir de ändå alltmer involverade i somliga av våra forskningsprojekt. Inom arbetslaget blir det föregående utbildning och vetenskaplig träning, som bestämmer kompetensområde och insats.

LITTERATUR

- Acheson, R. m.fl.* Comparability in international epidemiology. Princeton 1964.
Bjurulf, P., Garlind, T. och Sternby, N. H. Synpunkter på epidemiologiska metoder att registrera ischämisk hjärtsjukdom. Lund 1966 (i stencil).
Hollingshead, A. B. & Redlich, F. C. Social class and mental illness. New York 1958.
Inghe, G. Sambandet mellan sjukdom och sociala förhållanden. I Socialmedicin och Samhälle. Stockholm 1966.
Israel, J. Medicinsk sociologi. Läkartidningen 1965: 62:1080.
Srole, L., Langner, T. S., Michael, S. T., Opler, M. K. & Rennie, A. C. Mental Health in the Metropolis. New York 1962.
Statistiska centralbyrån. Sociala gruppen i Svensk statistik. Stockholm 1967 (i stencil).
Susser, M. W. & Watson, W. Sociology in Medicine. London 1962.



Begär vår rekvisitionslista för enklare beställning av individuella recept- och kvittoblanketter. Ni får snabb leverans och förstklassigt arbete.

fotoprint TRYCKERIAKTIEBOLAGET FOTOPRINT
 Kungsbacka Telefon 0300/110 00 -1 -2

Leverantör av trycksaker till bl. a. landsting, sjukhus och privatpraktiserande läkare.