

Sjukdomars förekomst inom olika sociala grupper¹

Av socialläkare *Gunnar Inghe*, Stockholm

Det är väl känt sedan gammalt, att det finns ett samband mellan sjukdomsförekomst och olika sociala förhållanden. Dödligheten och sjukligheten har alltid varit högre bland sämre situerade än bland ekonomiskt bättre ställda. I länder där de sociala förhållandena förbättrats och levnadsstandarden stigit har emellertid så småningom skett en viss utjämning även av dödligheten och sjukligheten. Alltjämt kan dock betydande olikheter påvisas. I England har sålunda Martin och andra funnit, att dödligheten alltjämt är signifikativt korrelerad med olika socialekonomiska faktorer som t. ex. boendetäthet och socialklass. I den senaste mortalitetsstatistiken befanns dödligheten alltjämt vara högst bland "unskilled workers" även om olikheterna mellan socialgrupperna för övrigt var mera oregelbundna än tidigare (Logan). Även skillnaden i barndödlighet är på väg att utjämnas; vissa skillnader synes dock kvarstå. I England kunde Martin alltjämt påvisa signifikativa samband mellan den postneonatala dödligheten och trångboddhet resp. låg socialklass.

I och med att skillnaden i allmän dödlighet och sjuklighet i de olika socialklasserna synes vara på väg att jämnas ut, blir det förhållandet att olika sjukdomar är ojämnt distribuerade i olika sociala grupper av allt större intresse. Läran om sjukdomarnas epidemiologi är ännu ett ofullständigt utforskat område. Den engelska mortalitetsstatistiken är sedan gammalt den fullständigaste källan. Mortalitet och morbiditet behöver dock ej gå parallellt och beträffande morbiditeten har man endast fragmentariska data att röra sig med.

Somatiska sjukdomar

Beträffande somatiska sjukdomar kan lämnas följande exempel.

Tuberkulos tycks alltjämt vara betydligt van-

ligare i de lägre än i de högre socialklasserna. Detsamma gäller *pleurit* samt *bronchit*. Bland barn har *sjukdomar i respirations- och digestionsorganen* samt *vissa epidemiska sjukdomar* också varit mest utbredda i de lägre inkomstklasserna. En viss utjämning tycks dock vara på väg; i sammanställningar av bl. a. Lowe & McKeown har sålunda påvisats, att uppträdandet av infektioner bland småbarnen snarare har samband med syskonantalet och moderns ålder än med faderns socialklass.

Att *ulcus* förekommer i skiftande utsträckning i olika yrkesgrupper är väl känt. Anmärkningsvärt är dock att medan *ulcus ventriculi* är vanligare i de lägre socialskikten, i varje fall bland männen, kan ingen sådan variation med hänsyn till socialklassen påvisas beträffande *ulcus duodeni*; detta gäller både mortalitet och morbiditet.

Vid *cancer* är förhållandena växlande. *Cancer i munhåla, larynx, oesophagus* och *ventrikel* är vanligare i arbetarklassen än i de högre samhällsskikten. Detsamma gäller möjligen också *lungcancer* vilket enligt Cohart, Kreyberg och andra icke skulle sammanhånga med skillnader i rökvanorna. *Cervixcancer* är vanligare i de lägre samhällsskikten i motsats till *corpuscancer*. Här föreligger dock en del motstridiga undersökningsresultat. *Mammaecancer* och möjligen också *ovarialcancer* är enligt Cohart vanligare i de högre socialskikten.

Enligt den engelska mortalitetsstatistiken skall sjukdomar som *vitium*, *myocardit* och *bråck* vara vanligare som dödsorsak i de lägre än i de högre socialskikten. I amerikanska morbiditetsundersökningar har *bukbråck* befunnits vara den sjukdom, som är mest överrepresenterad bland lägre inkomsttagare liksom bland understödstagare. Det sista stämmer inte alls med mina egna undersökningsresultat; jag fann ingen stegring av frekvensen bukbråck inom understöds klientelet vid undersökningar i Stockholm. Denna sjukdom är ju i flertalet

¹ Föredrag i läkaresällskapets sektion för socialmedicin 27/11 1958.

fall inte heller särskilt invalidiserande och för övrigt tillgänglig för terapi.

En del andra sjukdomar synes tvärtom vara vanligare bland bättre situerade. Det gäller t.ex. *leukemi*, *diabetes*, åtminstone bland männen, *levercirrhos* och *gallsten* samt *coronarskleros*. Detta gäller huvudsakligen mortaliteten. Även morbiditeten i t.ex. coronarskleros är dock högst i den högsta socialgruppen, i varje fall bland män, medan myocardit är vanligare i de lägre socialgrupperna. Det är också känt, att coronarskleros är betydligt ovanligare i s.k. underutvecklade länder än i de ekonomiskt mer avancerade länderna i västerlandet. Dessa förhållanden har dock icke bekräftats genomgående. I en amerikansk undersökning fann t. ex. Lilienfeld endast obetydliga olikheter i mortalitet i arteriosklerotisk hjärtsjukdom mellan olika socialklasser. Däremot fann han liksom andra att dödligheten i myocardit ökade ju längre ned man kom på den sociala skalan.

En annan sjukdom som tycks ha varit vanligare i de högre än i de lägre samhällsklasserna, åtminstone tidigare, är *appendicit*, vilket visats av en rad olika undersökare.

Detta är blott en exemplifiering. För åtskilliga sjukdomar har nämnvärda skillnader i utbredning mellan olika socialklasser icke kunnat påvisas.

Det kan tilläggas, att det även är väl känt att sjukligheten är högre bland understödstagare än i den övriga delen av befolkningen. Detta har mindre intresse. Det får först och främst betraktas som ett selektionsfenomen. Sjuka och arbetsoförmögna människor har svårare än friska att klara sig utan hjälp från samhällets sida och blir därför helt naturligt överrepresenterade inom understöds klientelet. Detta gäller särskilt vid mera långvariga sjukdomar med stark nedsättning av arbetsförmågan som t.ex. hjärtsjukdomar, reumatiska sjukdomar, tuberkulos och invaliditet, bland kvinnorna också vid fetma.

Psykiska sjukdomar

Beträffande utbredningen av psykiska sjukdomar i olika sociala grupper är hittills utförda undersökningar i vissa avseenden motstridiga. Enligt åtskilliga undersökningar skall *neurotiska tillstånd* vara vanligast i högre, enligt andra

undersökningar i lägre socialskikt, medan i en del undersökningar inte framkommit någon nämnvärd variation i detta avseende. Utbredningen av *manisk-depressiv psykos* däremot tycks, enligt något så när enstämmiga uppfattningar, inte variera nämnvärt med socialklassen. Att *kronisk alkoholism* liksom *alkoholmissbruk* överväger i lägre socialskikt torde också kunna betraktas som tämligen säkert. Av övriga psykiska sjukdomstillstånd har den största uppmärksamheten ägnats *schizofreni*. De flesta undersökningar tyder på en viss överrepresentation av schizofreni i lägre socialskikt, speciellt inom slummen. Det framgick av en rad tidigare undersökningar och har sedermera bekräftats av Tietze och hans medarbetare, Clark och nyligen också av Hollingshead och Redlich i deras stora arbete om utbredningen av psykiska sjukdomar inom olika socialklasser i New Haven. I engelska undersökningar av Hare, Carstairs och andra har framkommit detsamma. Detta kunde dock icke bekräftas av Essen-Möller och hans medarbetare vid undersökningarna i Skåne. Det kan tänkas, att detta sammanhänger med att flertalet andra undersökningar gällt stadsbefolkning, medan Essen-Möller undersökt landsbygdskommuner, där utpräglad slum inte förekommer i samma utsträckning som i städerna.

Däremot tycks det råda enighet om att *oligofreni* är vanligare i de lägre än i de högre socialskikten. Talrika undersökningar om sambandet mellan ekonomisk situation och *begåvningsgrad* pekar i samma riktning. Som mått på den ekonomiska standarden har därvid använts inkomsten, yrket el. dyl., som mått på begåvningsnivån oftast ett intelligenstest. I regel har intelligenskvoten befunnits lägre ju längre ner på den sociala skalan försökspersonen klassificerats. Som bekant har dock undersökningar av detta slag blivit hårt kritiserade. Barn från mera välsituerade och differentierade skikt får rikare kulturella stimulanser, som måste inverka fördelaktigt även på deras begåvningsutveckling. Det har också visats att intelligenskvoten ökar om miljön förbättras. Barn som förflyttas till en materiellt och kulturellt gynnsammare miljö, visar stigande begåvning vid testning etc. Även testmetoderna har för övrigt kritiserats som miljöbundna. Det

är troligt att sådana felkällor spelat in vid uppskattningen av begåvningsnivån inom olika samhällsskikt. För mera höggradiga oligofrenier kan dock den olika fördelningen i socialgrupperna knappast förklaras av sådana brister i undersökningsmetodiken.

Här har blott lämnats en exemplifiering på vad man f. n. vet eller tror sig veta angående sjukdomars olika fördelning inom skilda sociala grupper.

Felkällor

I undersökningar av detta slag finns emellertid betydande felkällor. Ibland kan redovisningstekniska ofullkomligheter spela in t. ex. ökad benägenhet inom vissa socialgrupper att söka läkare, och komma in på sjukhus. Detta har gjorts gällande exempelvis för *appendicit*. Även för *coronarskleros* har ifrågasatts om inte en skiftande diagnostisk praxis kan ha varit åtminstone en bidragande orsak till den ojämna fördelningen av sjukdomen. Åtskilliga av de *psykiatriska* morbiditetsundersökningarna har vidare utförts företrädesvis på sjukhusmaterial med selektiv intagning. På de amerikanska statshospitalen är exempelvis lägre samhällsskikt betydligt överrepresenterade.

En annan grupp av felkällor sammanhänger med olika åldersfördelning, skiftande familjestorlek m. m. i de olika socialgrupperna.

Betydelsen av epidemiologiska undersökningar

Om man bortser från sådana felkällor av olika slag, som jag inte skall fördjupa mig i närmare, framstår en kartläggning av sjukdomars förekomst i olika sociala grupper som viktigt ur flera synpunkter.

För det första bidrar sådana undersökningar att klarlägga levnadsförhållandena inom olika sociala grupper. Liknande undersökningar pågår beträffande utbredningen av brottslighet och andra sociala missanpassningsfenomen i olika sociala strata. Detsamma gäller t. ex. migration, boendeförhållanden, fertilitet etc. Alla undersökningar av det slaget bidrar att klarlägga invecklade sociologiska och socialpsykologiska sammanhang av betydelse i det praktiska reformarbetet.

För det andra kan sådana undersökningar få etiologisk betydelse. Jag skall ta ett par exempel.

Den högre frekvensen av *coronarskleros* i de högre samhällsskikten enligt flertalet undersökningar har förklarats på olika sätt. Den har tillskrivits olika kostvanor men också skillnader i psykisk press och fysisk aktivitet. Coronarskleros har betecknats som den typiska jäkt-sjukdomen, vilket skulle förklara varför den var vanligast i de högre socialklasserna, vilka förmenades vara särskilt upptagna och ansträngda.

För att pröva denna hypotes har ett forskarteam i New York, Lee & Schneider, låtit föreläggas en undersökning av två grupper inom samma företag och sysselsatta inom samma byggnad. Den ena gruppen har bestått av ledarskiktet inom företaget, dvs. direktörer, kontorschefer, avdelningschefer etc. den andra av underordnade befattningshavare, kontorister, stenografer, sekreterare, bokhållare m. fl. Den förra gruppen omfattade 1.171 män, den andra 1.203 personer, varav 563 var kvinnor. Både grupperna följdes i genomsnitt cirka 5 år och undersöktes regelbundet mycket ingående.

Man kunde ingalunda påvisa någon ökad morbiditet i ifrågavarande sjukdomar i chefsgruppen. Hypertoni var tvärtom något vanligare i den underordnade gruppen, alltså bland kontoristerna, dock ej säkert signifikativt. Arterioskleros, cardioskleros och hjärtinfarkt befanns t. o. m. vara signifikativt lägre i chefsgruppen än i kontorsgruppen.

Hypotesen kunde således icke bekräftas. Författarna pekar på olika förklaringsmöjligheter. En möjlighet är att friska personer över huvud taget har lättare att avancera än personer som icke är så friska. En annan möjlighet är att chefsgruppen huvudsakligen rekryteras av akademiker. Författarna föreställer sig att med akademisk träning också skulle följa större vana vid hygienisk livsföring med regelbunden rekreation, hobbies etc., ägnade att minska påfrestningarna för övrigt. En tredje möjlighet avvisas i det närmaste, nämligen bättre hälsovård för chefsgruppen; båda grupperna hade ju följts ingående under flera års tid.

Andra möjligheter diskuteras inte. Man kan eljest väl tänka sig att friska men stresskänsliga

personer har svårare att slå sig fram till högre befattningar inom den starkt konkurrensbetonade amerikanska affärsvärlden än mera vitala, hårdhudade och stressokänsliga personer. För övrigt kanske premisserna för den uppställda hypotesen rent av är felaktiga; kanske de underordnade i själva verket är mera pressade och jäktade i sitt arbete än de överordnade, dessas större ansvar till trots, fastän det av okända skäl varit mera väsen kring direktörernas arbetsstress än kring de lägre befattningshavarnas.

Resultatet är under alla förhållanden av intresse och stimulerar till fortsatta epidemiologiska undersökningar på detta så viktiga medicinska område.

Som ett annat exempel skall jag beröra frågan om schizofrenins fördelning. Som bekant har flera teorier framlagts för att förklara den varierande utbredning av schizofreni i olika sociala skikt, som man trott sig finna. Redan Kallman påpekade, att det förekommit en progressiv och oavbruten sänkning av den sociala positionen inom familjer med flera fall av schizofreni. I de flesta probandfamiljerna sjönk den sociala nivån hastigt i och med probandgenerationen. Denna "down drift hypothesis" har förfäktats särskilt av amerikanerna Faris & Dunham. Man antog att potentiellt schizofrena skulle visa anpassningssvårigheter redan före insjuknandet och ha en tendens att sjunka socialt.

Det må här påpekas, att det måste göras en distinktion mellan utvecklingen före och efter insjuknandet. Att de sociala förhållandena kan försämrats för schizofrena efter insjuknandet — och sedan de lämnat sjukhuset — är lätt att iakttaga. Särskilt vid defektläkningar föreligger stundom stark nedsättning av arbetsförmågan. Vederbörande sjunker ibland helt till samhällets botten och återfinnes kanske som understödsfall. En sådan process borde framträda i populationsundersökningar omfattande bl. a. inventering av klientelet sociala sammanställning vid en viss tidpunkt. Vissa felkällor spelar emellertid in. En del av dessa patienter har inte längre förvärvsarbete. Vid inventeringar klassificeras de då ibland, t. ex. i Essen-Möllers undersökning, efter det sista yrket, som de kanske inte utövat sedan sjukdomens bör-

jan. Andra fortsätter i sitt gamla yrke men i enklare funktioner. De får sämre betalt, arbetar oregelbundet eller på halvtid etc. Särskilt på landet torde åtskilliga gå som hemmasöner eller drängar och skenbart bevara sin föregående sociala ställning. Detta stämmer med exempelvis engelska iakttagelser av Harris och hans medarbetare. Det är därför inte säkert, att den faktiska deklasseringen framträder vid en mera summarisk yrkesindelning av materialet.

Av större intresse är också den ojämna fördelning av schizofrenifallen som olika undersökare påvisat vid tiden för insjuknandet, dvs. i regel vid tiden för den första hospitaliseringen. Särskilt forskningsgruppen kring Hollingshead & Redlich förnekar att det förekommer någon "down drift" i de sjukas förhistoria. Fler-talet schizofrena i deras material hade icke bytt socialgrupp. De som kom från slummen hade i regel tillhört slummen hela livet, och patienter från högre socialskikt hade inte heller visat någon tendens att sjunka på den sociala skalan före sjukdomens utbrott. Inom medelklassgrupperna hade t. o. m. flera blivande schizofrena än neurotiker stigit på den sociala skalan. Som förklaring till den olika fördelningen av schizofrenifallen anföres i stället ojämnheter i fallens behandling. Den mera differentierade terapin för bättre situerade skulle medföra tillfrisknande och social rehabilitering oftare än för sämre situerade. Fall som stigit på den sociala skalan skulle vara gynnsammare ur behandlingssynpunkt än fall för vilka det tvärtom gått utför. Häremot har den engelske epidemiologen Hare bl. a. invänt, att den olika fördelningen av schizofreni och manisk-depressiv psykos i befolkningen då synes svårförklarlig.

Som en tredje förklaring till de observerade frekvensskillnaderna har anförts varierande stressfaktorer i respektive skikt, sammanhängande med olika psykologiska, sociala och ekonomiska förhållanden, vilka skulle befordra resp. hämma uppkomsten av psykopatologiska symtom.

Anmärkningsvärt nog har frågan om de hereditära faktorerna beaktats föga i diskussionen. Det kan tänkas, att det i själva verket rör sig om en sedimenteringsprocess på längre sikt,

där tidigare generationer fått det socialt svårt efter insjuknandet och då sjunkit nedåt på den sociala skalan. Schizofrena anlagsbärare skulle därför så småningom bli överrepresenterade i samhällets botten-skikt. En sådan process över flera generationer skulle icke kunna påvisas genom den av Hollingshead & Redlich använda metodiken.

Det troligaste är kanske att flera omständigheter samverkar. Tills vidare är diskussionen hypotetisk. Det mest angelägna är alltså att utreda den faktiska fördelningen av schizofreni och andra psykiska sjukdomar i samhället, vilket tills vidare är ofullständigt utrett. Även beträffande schizofreni föreligger som nämnt i en del motstridiga uppgifter.

Epidemiologiska undersökningar av detta slag kan synbarligen användas för att *inringa vissa problemställningar* och kan föranleda uppställandet av nya, mera preciserade hypoteser, vilka kan prövas genom fortsatta undersökningar. Härigenom kan lämnas viktiga bidrag till den etiologiska diskussionen vid olika sjukdomar, vilket givetvis är av den allra största betydelse.

Epidemiologiska undersökningar har slutligen för det tredje betydelse även ur sjukvårdsorganisatoriska synpunkter. I det betänkande om mentalsjukvården som mentalsjukvårdsdelegationen nyligen överlämnat, har Åmark i ett kapitel gjort en mycket ingående översikt över hittills företagna undersökningar om utbredningen av psykisk sjukdom. Han påpekar bl. a. att det inte räcker att endast känna till sjukdomarnas genomsnittliga utbredning inom ett land. Man måste också ha reda på hur de fördelar sig inom olika sociala strata, i land och stad, bland män och kvinnor, i olika åldrar, civilstånd, yrkesgrupper, bland inflyttade och bofasta m. m. Först därigenom kan man få ett grepp om vårdbehovet för olika sjukdomar, vilket i sin tur kan föranleda mera fasta kalkyler beträffande sådana saker som platsbehovet på sjukhus, dimensioneringen av den öppna vården i olika avseenden, behovet av sjukvårdspersonal m. m. Det är inte för mycket sagt, att bristen på mer ingående uppgifter om sjukdomsförekomsten känns mycket besvärande i det medicinska planeringsarbetet. Det är åtminstone min erfarenhet av arbetet inom

kommittén för översyn av hälso- och sjukvården i riket och mentalsjukvårdsdelegationen.

Krav på morbiditetsundersökningar i Sverige

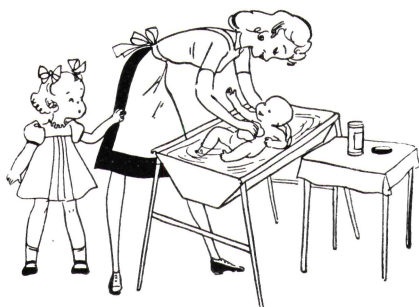
Jag har med detta föredrag blott velat ställa problemet. Praktiskt utmynnar min framställning i krav på mera ingående morbiditetsundersökningar med hänsynstagande till förhållandena i olika sociala grupper. I Sverige har endast ett fåtal smärre sådana undersökningar, huvudsakligen av stickprovskaraktär, utförts, varjämte enstaka sjukdomar kartlagts mer ingående. I en del andra länder har man varit mera framsynt. Sedan 1957 pågår t. ex. återigen mycket omfattande morbiditetsundersökningar i USA, the National Health Survey. Denna skall löpa under många år och omfattar dels periodiska intervjuer i hemmen av särskilt tränade intervjuare, dels specialundersökning av vissa stickprov med läkarundersökningar, laboratorieprov, journalgenomgång m. m. Vid materialinsamlingen inhämtas uppgifter om ålder, kön, ras, civilstånd, utbildning, inkomst, yrke, bostadsort etc. Denna mycket omfattande kartläggning kommer med all sannolikhet att kunna ge svar på åtskilliga viktiga frågor på detta område, bl. a. utbredningen av olika kroniska sjukdomar i samhället, bortovarofrekvenser, vårdbehov m. m.

Tyvärr kan vi inte utan vidare överföra resultaten av sådana amerikanska undersökningar till svensk mark. Förhållandena är alltför olika i många avseenden. I den schizofrenidiskussion som jag nyss refererade utgick en del av de amerikanska undersökningarna från de starka olikheterna i behandlingen av schizofrena på de privata och statliga sjukhusen i USA med helt olika social rekrytering bland patienterna. Vi har inte samma pregnanta skillnader i detta avseende och kan följaktligen inte heller utan vidare utgå från att resultaten även gäller för svensk del. Vi måste få till stånd egna morbiditetsundersökningar av detta slag. Med hänsyn till det utomordentligt livliga planeringsarbetet på hälso- och sjukvårdens område är sådana undersökningar enligt min mening synnerligen brådskande. De är också synnerligen kostsamma men bör icke desto mindre tillerkännas hög prioritet.

LITTERATURFÖRTECKNING:

- Carstairs, G. M., Tonge, W. L., O'Conner, N. & Berber, L. E. D.: Changing population of mental hospitals. *Brit. J. Prev. Soc. Med.*, 1955, 9, 187.
- Clark, R. E.: The relationship of schizophrenic to occupational income and occupational prestige. *Am. Sociol. Rev.*, 1948, 13, 325.
- Cohart, E. M.: Socioeconomic distribution of cancer of the female sex organs in New Haven. *Cancer*, 1955, 8, 34.
- Socioeconomic distribution of cancer of the lung in New Haven. *Cancer*, 1955, 8, 1126.
- Essen-Möller, E., Larsson, H., Uddenberg, C.-E. & White, G.: Individual traits and morbidity in a Swedish rural population. *Acta Psychiat. et Neurol.*, Suppl. 100, 1956
- Faris, R. E. & Dunham, H. W.: *Mental disorders in urban areas. An ecological study of schizophrenia and other psychoses.* Chicago, 1939.
- Hare, E. H.: Mental illness and social class in Bristol. *Brit. J. Prev. Soc. Med.*, 1955, 9, 191.
- Harris, A., Linker, I., Norris, V. & Shepherd, M.: Schizophrenia. A prognostic and social study. *Brit. J. Prev. Soc. Med.*, 1956, 10, 107.
- Hollingshead, A. B. & Redlich, F. C.: *Social class and mental illness*, New York, 1958.
- Inghe, G.: Mental and physical illness among paupers in Stockholm, *Acta Psychiat. et Neurol.*,

- Suppl. 121, 1958. (I detta arbete utförligare litteraturanvisningar.)
- Kallman, F.: *The genetics of schizophrenia.* New York, 1938.
- Kreyberg, L.: Lung cancer and tobacco smoking in Norway. *Brit. J. Cancer*, 1955, 9, 495.
- Lee, R. E. & Schneider, R. F.: Hypertension and arteriosclerosis in executive and nonexecutive personnel. *J. Am. Med. Ass.*, 1958, 167, 1447.
- Lilienfeld, A. M.: Variation in mortality from heart disease. *Pub. Health Rep.*, 1956, 71, 545.
- Logan, W. P. D.: Social class variations in mortality. *Brit. J. Prev. Soc. Med.*, 1954, 8, 128.
- Lowe, C. R. & McKeown, T.: Incidence of infectious disease in the first three years of life, related to social circumstances. *Brit. J. Prev. Soc. Med.*, 1954, 8, 24.
- Martin, W. J.: Vital statistics of the county of London in the years 1901 to 1951. *Brit. J. Prev. Soc. Med.*, 1955, 9, 126.
- Mentalsjukvårdsdelegationen: *Mentalsjukvården, planering och organisation. Statens offentliga utredningar*, 1958: 38.
- The National Health Survey. *Pub. Health Rep.*, 1957, 72, 1.
- Tietze, C., Lemkau, P. V. & Cooper, M.: Schizophrenia, manic-depressive psychosis and social-economic status. *Am. J. Sociol.*, 1941, 47, 29.



En mild tvål som passar den ömtåligaste hud

Palmolive är välkänd för sin höga kvalitet. Dess milda, rikliga lödder är synnerligen välgörande för huden. Även personer med ömtålig hud kunna med stor fördel använda Palmolive, ty *Palmolive är ren tvål!* Den innehåller inga skarpa alkalier eller annat som kan irritera huden. Tillverkas under strängaste kontroll med stöd av regelbundna analyser.

Palmolive
är i varje avseende
värdig rekommendation av läkare

