

Gunnar Inghe stakade ut kursen för svensk socialmedicin

Finn Diderichsen, Urban Janlert

Finn Diderichsen, professor em. Socialmedicinare och med.dr. Institutionen for folkesundhedsvidenskaben, Københavns Universitet. E-post: finn.diderichsen@sund.ku.dk.

ORCID: 0000-0002-9998-4972

Urban Janlert, professor em. Socialmedicinare och med.dr. Institutionen för epidemiologi och global hälsa, Umeå universitet. E-post: urban.janlert@umu.se. ORCID: 0000-0002-1773-6896

Gunnar Inghe (1910–77) lade på många sätt grunden till den nordiska socialmedicinen. Han var den första socialläkaren i Stockholm, och var den första redaktören för *Scandinavian Journal of Social Medicine*. Han var professor i socialmedicin 1961–75. Vi var hans två sista doktorander. När vi nu ser tillbaka på Socialmedicinsk tidskrifts (SMT) 100 åriga historia blir det tydligt att den kurs Gunnar Inghe stakade ut för svensk socialmedicin kom att få avgörande betydelse inte bara för svensk, men också nordisk socialmedicin, folkhälsovetenskaplig forskning och socialpolitik.

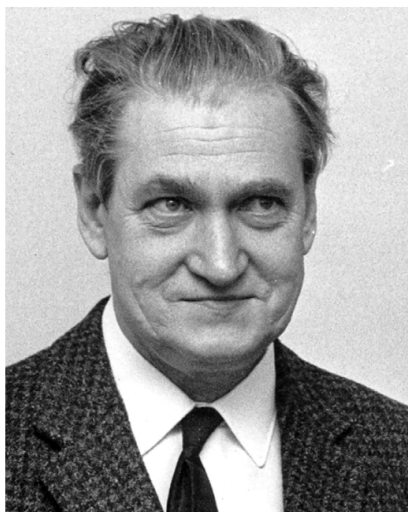
Denna artikel är en översatt och utökad version av en artikel publicera i *Scand J Publ Health* (Diderichsen & Janlert 2023).

Gunnar Inghe (1910–77) was in many ways a founding father of social medicine in the Nordic countries. He was the first social medical officer in Stockholm and the first editor of *Scandinavian Journal of Social Medicine*. He was professor in social medicine 1961–75. We were his two last PhD students. Looking back on 100 years of history of Socialmedicinsk tidskrift (SMT) it is obvious that the course that Gunnar Inghe determined was of decisive importance not only for Swedish but also for Nordic social medicine, public health research and social policy.

This article is a translated and enlarged version of an article published in *Scand J Publ Health* (Diderichsen & Janlert 2023).

Bakgrund

Gunnar Inghe var tillsammans med sin tvillingsyster Anna Brita (1910-2001) de två yngsta barnen till Johan och Ida Inghe (född Olsson). Gunnars två äldre systrar dog redan i 20-årsåldern. Pappan var läroverksadjunkt i naturvetenskap (kemi, geologi och matematik) och står som författare till ett stort antal läroböcker i dessa ämnen. Makarna hette ursprungligen Johansson. Vid något tillfälle i mellan 1900 och 1904 hamnade pappa Johan på samma skola där även en annan lärare hette Johan Johansson. Gunnar berättade att detta ofta, till faderns irritation, lett till förväxlingar, varför man bytte till Inghe.



Gunnar Inghe, Sveriges första socialläkare.

Abortpolitikens socialmedicinske konsekvenser

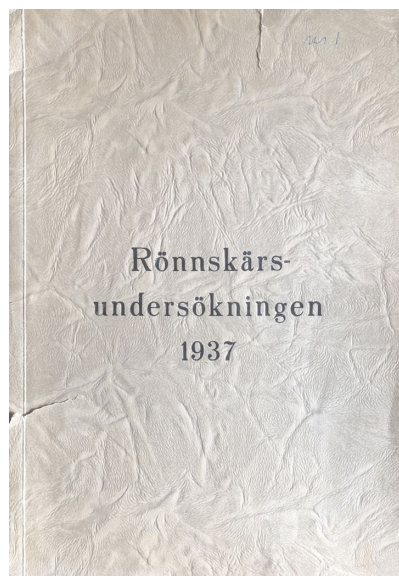
Sverige stod på 1930-talet inför en demografisk utmaning med den lägsta fertiliteten i Europa. Aborter var strängt förbjudna och straffades med sex månaders fängelse. Alva och Gunnar Myrdal föreslog 1934 en annan strategi för att öka fertiliteten genom att förbättra ekonomiska villkor och bostadsförhållanden för familjer och tillhandahålla en universell mödra- och barnhälsovård (Myrdal & Myrdal 1934). Tanken var att det skulle göra unga par mer säkra på att skaffa barn och bilda familj. Aborter legaliserades delvis i Sverige 1938 på medicinska (dvs. allvarlig sjukdom hos mamman), humanitära (t.ex. efter våldtäkt) eller eugeniska indikationer (föräldrar med allvarlig psykisk eller genetisk störning). Inghe var redan som läkarstudent aktiv i den grupp som hjälpte Elise ("Ottar") Ottosen-Jensen och Hanna Lund med att bilda RFSU i 1933. De argumenterade för att inkludera sociala indikationer som t.ex. fattigdom som ett legitimt skäl för abort. Gunnar Inghe publicerade 1942 en studie om sociala och medicinska problem för kvinnor som var inlagda på sjukhus för komplikationer efter illegala aborter (Inghe 1942). Tillsammans med Gustav Jonsson (mer känd som Skå-Gustav) gjorde han också en intervjuundersökning av de abortsökande kvinnor som blivit hänvisade till den s.k. gula villan i början av 1940-talet. Genom dessa intervjuer kunde man visa den sociala bakgrunden och de olika motiv som drivit dessa kvinnor att söka abort. Utredningen kom att ingå som en bilaga till det delbetänkande som 1941 års befolkningsutredning (Inghe & Jonsson 1944)

Dessa studier bidrog utan tvekan till att lagen 1946 ändrades till att inkludera sociala förhållanden som en kompletterande indikation. Samma år startade RFSU en abortrådgivning.

Utanför porten till Rönnskärsverken

Bolidens gruvaktiebolag startade våren 1930 ett smältverk på Rönnskär utanför Skellefteå för att ta hand om malmen från bl.a. Boliden ur vilken koppar, zink, bly, guld och silver utvanns. Rönnskär blev tidigt känt för dålig arbetsmiljö. ”En riktig rönnskärare ska kunna stoppa in en femöring [av den gamla, stora sorten] i ena näsborren och ta ut den ur den andra” hette det – håll i nässkiljeväggen var nämligen vanligt. Svenska metallindustriarbetareförbundet anlitade en grupp unga, radikala läkare för att göra en hälsoundersökning av arbetarna. Gunnar Inghe och Arne Bursell stod för merparten av arbetet, men även Gustav Jonsson, Ernst Bárány och Elisabeth Sjövall-Andersson och andra deltog. Man tilläts inte komma in på själva industriområdet utan fick göra studierna i ett tält utanför fabriksgrindarna. Där undersöktes 499 arbetare. Som jämförelse hade man 98 arbetare vid trämassefabriken i Klemensnäs. Studien, som omfattade såväl anamnes, kliniska undersökningar, laboratorieundersökning som neurologiska tester visade i flera avseende en högre sjukdomsförekomst bland rönnskärsarbetarna jämfört med kontrollerna. Så förekom t.ex. håll i nässkiljeväggen hos 25 procent av alla som arbetade med arsenik (Inghe & Bursell 1939).

Studieresultaten var en varningsklocka, men ledde knappast till särskilt kraftfulla arbetsmiljöåtgärder. Fyrtiofyra år senare kunde man i denna tidskrift läsa om en ny studie av Rönnskärsarbetarna, omfattande hela perioden från start till 1966, denna gång med fokus på livslängd och dödsorsaksmönster (Skog & Wall, 1981). Rönnskärsarbetarna visade sig ha en dödlighet som var 18 procent högre än totalbefolkningen, som i första hand kunde tillskrivas tumörer och cirkulationsorganens sjukdomar. Medellivslängden för en 50-årig Rönnskärsarbetare var två år kortare än för 50-åriga svenska män. Framför allt var rostugnar och arsenikavdelningar riskplatser för lungcancer. På dessa arbetsplatser var medellivslängden 5 år kortare än för svenska män. De risker som på 1930-talet kunde registreras som ökad sjuklighet, dokumenteras här i dödlighet och förkortad livslängd.



Socialistiska läkare

Gunnar Inghe var aktiv på många fronter som ung läkare. Redan 1918 hade "Verein sozialistischer Ärzte" bildats i Tyskland. I Norge startade Karl Evang, med Tyskland som förebild, en socialistisk läkarförening omkring 1930 och i Danmark bildades också en. Detta inspirerade Gunnar Inghe att tillsammans med Gustav Jonsson, John Takman, Ester Lamm och andra att bilda en svensk socialistisk läkarförening 1932. Detta ska också ses mot bakgrund mot lågkonjunkturen, den höga arbetslösheten, dödsskotten i Lunde och den vikande nativiteten. I en programförklaring i tidskriften *Clarté* skriver Gunnar Inghe att målet främst är en socialisering av hälso- och sjukvård (kommunala sjukhus, sjukförsäkring, sjukkasserörelser osv.). "Men med en socialisering av hälsovården menar man i själva verket åtskilligt mera. Det innebär först och främst, att man lägger huvudvikten vid att förebygga sjukdom, vid profylaxen. Vidare att man försöker ordna på bästa möjliga sätt för nyss tillfrisknade patienter för att hindra återfall, recidiv. Då vidgas uppgiften genast. Man ställs inför en rad praktiska problem" (Inge, 1932).

Tidskriften "Socialistisk medisinsk tidskrift" kom under ett par år att bli ett gemensamt projekt mellan de socialistiska läkarföreningarna i Norge, Sverige och Danmark liksom de socialistiska sjuksköterskornas förening i Oslo.

År 1932 startades också "Populär tidskrift för sexuell upplysning", där Gunnar medverkade som flitig artikelförfattare, men han hade också redaktionella uppgifter. Och året därpå, 1933, startade Elise Ottesen-Jensen tillsammans med Gunnar Inghe, Nils Nielsen, Gustav Jonsson, Hanna Lundin, Simon Simonsson och Frida Andersson Riksförbundet för sexuell upplysning, RFSU (Winther 2024).

Fattigdomens syndemi

År 1944 började Inghe som den första läkaren anställd på socialförvaltningen i Stockholm. Den starka kopplingen mellan sociala förhållanden och hälsa var uppenbar i hans dagliga kliniska arbete och blev kärnan i hans forskning. När han startade sitt arbete i Stockholms kommun började han genast intervjua och noggrant granska 500 fattiga klienter och 500 kontroller. Det var ett mycket stort kliniskt och manuellt åtagande, eftersom det var långt innan Sverige hade skapat sina medicinska register, och innan det fanns några datorer. Inghe jobbade ofta sent på kvällen, och han berättade en gång hur hans grannar trodde att huset var fullt av gnagande råttor, på grund av ljudet hela natten från hans manuella räknemaskin. Resultatet presenterades som Inghes doktorsavhandling (Inghe 1958). Den utökades senare och skrevs om på svenska (Inghe 1960). I 1940-talets Sverige var psykisk sjukdom den avgörande orsaken till fattigdom. Avhandlingen beskrev i detalj fattiga människors hälsoförhållande och hur psy-

kiska och somatiska störningar hopade sig och interagerade i vad vi idag kan kalla en *syndemi*.¹ Inghe beskrev i samma period också den sociala gradienten i hälsa, på en tid då få andra intresserade sig för detta (Inghe 1959).

Efter kriget ökade de offentliga utgifterna för den svenska välfärdsstaten dramatiskt – som andel av BNP fördubblades den nästan mellan 1950–70. Gunnar och hans hustru Maj-Britt Inghe gav 1967 ut boken ”Den ofärdiga välfärden” (Inghe & Inghe 1967) som dokumenterade flera områden där välfärdsstaten fortfarande svek människor och inte gav adekvat hjälp när det behövdes. Det politiska genomslaget var dramatiskt. Deras analys av de fattigas villkor i Sverige, deras bostads och arbetsförhållande och deras sjukvård visade med all tydlighet, att det fortfarande fanns omfattande bortglömda behov som inte var värda en välfärdsstat (Inghe och Inghe 1969, 1970). Boken blev inte minst viktig då den kom i en tid med växande ambitioner i socialpolitiken.

Socialmedicin som akademisk disciplin

I tiden efter andra världskriget var svensk socialmedicin, liksom tysk socialmedicin i Weimarrepubliken, nära kopplad till bildandet av en socialt och politisk hållbar välfärdsstat. Den svenska regeringen hade ett ambitiöst reformprogram på 1940-talet men motståndet mot den nya lagstiftningen om sociala frågor och sjukförsäkringar var hård - inte minst från Läkarförbundets sida. Samtidig var - och är - mycket välfärdspolitisk lagstiftning helt beroende på en lojal läkarkår som objektivt kan värdera funktionshinder och arbetsförmåga. Att ändra de politiska åsikter hos den tidens läkarkår var inte lätt. Mera hoppfullt var det att utbilda nya läkare vid de medicinska fakulteterna till att bli lojala förvaltare av den nya lagstiftningen. En kommission, fick i uppdrag att reformera den medicinska läroplanen. De föreslog att införa socialmedicin som en akademisk disciplin i studieplanen (SOU 1953:7). Förslaget fastställdes året efter av Sveriges riksdag. Socialmedicin är således den enda medicinska specialitet som skapats genom ett beslut av riksdagen. I studieplanen stod: ”Målsättningen är att belysa sjukdomars sociala etiologi och konsekvenser av sjukdomar, genom att se patienten i relation till hans miljö och förstå vikten av att i behandlingsplanen för respektive patient ta hänsyn till hans sociala sammanhang. För detta krävs kunskap om olika sociala processer i samhället och resurserna inom övriga vårdområden.”

Kort efter att Inghe hade tillträtt professuren i Stockholm skrev han i ”Medicinska Föreningens Tidskrift” en artikel om vad undervisningen i socialmedicin borde omfatta (Inghe 1963). Det han kallade den *teoretiska* socialmedicinen borde

1. Då två eller fler sjukdomar förstärker varandra och påverkas av miljö och sociala förhållanden, t.ex. bristande tillgång till hälso- och sjukvård och fattigdom.

omfatta både epidemiologi, hälso- och sjukvårdsforskning och prevention. Där skulle fokus ligga på arbetets, bostadens och familjens roll i den sociala etiologin, och sjukvårdens och försäkringssystemets betydelse för sjukdomars sociala konsekvenser. Den *praktiska* socialmedicinen blev i Inghes undervisning detsamma som klinisk socialmedicin med fokus på rehabilitering. Studenternas intresse för de teoretiska aspekterna var begränsad, så mycket av undervisningen i socialmedicin blev kliniska fallstudier utförda i nära samarbete med andra kliniska specialiteter på sjukhuset. Socialmedicinen tog således tidligt ansvar för utbildning i, vad vi idag skulle kalla ett brett urval av folkhälsovetenskapliga discipliner.

Läkaren som reformator

För Gunnar Inghe hade den praktiske socialmedicinen också ett annat perspektiv. Han skrev senare i sin lärobok i socialmedicin (Inghe 1973): ”Läkare ska fortsatt utbildas till reformatorer och talesmän för förtryckta och missgynnade människor i ett fortfarande ofullkomligt samhälle”. Gunnar pratade ibland med oss om hur vårt arbete inom socialmedicin skulle kunna påverka folkhälsan: ”Det sker om ert arbete bidrar till ny lagstiftning som gynnar missgynnade människor, inte i första hand genom ert kliniska arbete”. Han upprepade därmed vad Johan Peter Franck sade redan 1790: ”De magistrate, medico felicissimo” – lagstiftaren är den bästa läkaren (Frank 1790). Inghe varnade oss dock: ha tålamod – tiden från forskning till lagstiftning kan vara decennier.

Han visste – också i det avseende - vad han pratade om. Då en av oss sammanställde en bibliografi över Inghes arbete (Janlert 1984), visade det sig att Inghe hade bidragit med skriftliga expertrapporter och empiriska analyser publicerade i 26 olika statliga utredningar (SOU), inte bara rörande abort och fattigdom utan även om alkoholism, kriminalvård, barnpsykiatri, mentalvård, primärvård, rehabilitering, drogmissbruk och boendeförhållanden.

Svensk socialmedicin var ett barn av välfärdsstaten – ett barn som förväntades vara kritiskt men lojalt. Gunnar och Maj Britt Inghes socialmedicin identifierade områden där välfärden fortfarande var ofärdig, men alltid framåtsyftande, och lade därmed grunden för nya reformer. Nuförtiden används ordet ”reformer” ofta om privatiseringar och åtstramningar. Då blir socialmedicinens uppgift mera bakåtblickande för att analysera och tydliggöra - de ibland negativa - hälsoeffekterna av nya reformer.

Socialmedicin blev en medicinsk specialitet 1975. Svensk sjukvård har dock sedan länge endast öppnat ett fåtal utbildningstjänster för unga läkare och antalet specialister i socialmedicin har minskat. Socialläkartjänsterna avskaffades och Sverige har till skillnad från många andra länder inte satsat på att ge läkare ansvar i det lokala folkhälsoarbetet. En kursändring kan dock vara på väg. Socialstyrelsen har nyligen kommit fram till att det finns ett växande behov av specialister inom

socialmedicin och de föreslår att man fasthåller socialmedicin som specialitet och vidgar namnet till ”socialmedicin och folkhälsa” (Socialstyrelsen 2021).

Den sociala epidemiologin

Gunnar Inghe skrev 1976 en lärobok i vad vi idag vill kalla social epidemiologi (Inghe 1976). Det var den andra volymen av hans lärobok i tre band om socialmedicin som avslutades strax före hans död. För 50 år sedan var det nytt att så systematisk och detaljrikt i en medicinsk lärobok behandla den sociala miljöns betydelse. Inte minst efter WHO:s arbete med ”social determinants of health” (WHO 2008), har det blivit tradition att tala om sjukdomars sociala orsaker. Det stora globala intresset för social etiologi motsvaras inte av ett lika stort intresse för sjukdomars sociala konsekvenser, som för Inghe var en central aspekt av socialmedicinen.

Svensk socialmedicin startade alltså med ett starkt kliniskt perspektiv på att identifiera och hantera sociala orsaker och konsekvenser av sjukdom – men också med ett befolkningsperspektiv av solidaritet, som påtalade att när vi har en samhällsutveckling som gör en stor majoritet rikare och friskare, då har vi samtidigt ett ansvar att identifiera och åtgärda de mekanismer som samtidigt gör andra mer sårbara och sjuka. Inghes förhoppning att den framväxande primärvården skulle var tillräcklig för att hantera fattiga människors kliniska behov var för optimistisk (Halldin 1999). Men med stora insatser också från folkhälsovetare och samhällsvetare har befolkningsperspektivet dock utvecklats till en social epidemiologi och medicinsk sociologi med ett starkt fokus på den ojämlika hälsan.

Internationell solidaritet

Man har uppskattat att i slutet av 1930-talet, före kriget, hade 6000 läkare lämnat Nazi-Tyskland för att de var judar eller politiskt förföljda. Femtio av dem kom till Sverige. Svenska flyktingkommissionen bad Läkarförbundet att välja ut tio av dem för att få arbetstillstånd i Sverige (Högberg 2012). Studenter vid de tre universitet där det fanns medicinska fakulteterna anordnade möten för att markera sin inställning till denna begäran. Vid mötet i Stockholm argumenterade Gunnar Inghe och några få andra till stöd för de judiska kollegorna, men förlorade i den resulterande omröstningen. Gunnar Biörck, som senare hade möjligheten att bli professor i socialmedicin i Lund – men tackade nej – var bland de som ivrigast argumenterade mot att ta emot de tyska läkarna. Endast 23 av 286 röstade för att ta emot kollegorna från Tyskland. Under de följande åren beviljades några få av dem svensk legitimation. Det formella skälet till motståndet mot de judiska läkarna var skydd av arbetslösa svenska läkare, men 10 judiska läkare var knappast något större hot. Den tyska läkaren Kurt Winter

kom som politisk flyktning till Oslo i 1938, men flydde till Sverige vid invasionen i Norge. Han fick först ett vikariat på Furunäsets psykiatriska sjukhus i Piteå, men Gunnar Inghe ordnade sedan, så att han kunde vara arkivarbetare vid socialläkarmottagningen i Stockholm. Vid krigsslutet återvände han omedelbart till Östberlin där han hade en ledande roll i återuppbyggnaden av den tyska sjukvården. Några år senare blev han professor i socialmedicin vid Humboldt-Universität.

Den socialmedicinska institutionen på Industrivägen i Solna var med andra ord också en arbetsplats där man kunde praktisk tillämpa en del av de socialmedicinska principerna. Inte bara i förhållande till flyktningar. Här arbetade till exempel också under några år den beryktade Salaligans ledare Sigvard Thurneman som arkivarbetare sedan han släppts från 30 års inspärning på Sätters sjukhus. Han var dömt för fem mord.

Förbundet Sverige-Sovjetunionen

Under mellankrigstiden bildades i Sverige flera lokala ”Sällskapet Sverige-Sovjetunionen”, med det uttalade syftet att främja kulturella och ekonomiska förbindelser mellan länderna. År 1950 samlades alla 19 delföreningar i det nationella ”Förbundet Sverige-Sovjetunionen”. Kända medlemmar var bl.a. advokaten och socialdemokraten Georg Branting (son till partiledaren Hjalmar Branting) liksom Gunnar Myrdal. Bland aktiva läkare kan nämnas John Takman, Gunnar Inghe, Nils Silfversköld, Ada Nilsson och Rut Ettlinger (Nicolaidis et al. 2022). Skälet för medlemskap var sannolikt ett genuint intresse för Sovjetunionen och ett försök att balansera USA:s kulturella inflytande parat med ett engagemang i fredsfrågor. Flera av medlemmarna var organiserade kommunister, men långt ifrån alla. Gunnar Inghe var aldrig ansluten till något parti, berättade hans hustru Maj-Britt, som själv – dotter till den ledande kommunistiske riksdagsmannen Knut Senander – däremot tillhört både Ung front och senare Sveriges kommunistiska parti.

Gunnar blev ordförande för Förbundet Sverige-Sovjetunionen 1969, efter att ha suttit i styrelsen under flera år.

Forskningsenheten i Luleå

I Norrbotten hade politikerna länge kämpat med att rekrytera läkare – inte minst allmänläkare och psykiater. De hade redan i flera år varit hjälpsamma när Inghe ville ordna studieresor dit för att visa de studerande en annan socialmedicinsk verklighet än vad de såg på Karolinska sjukhuset. Politikerna insåg också att om de kunde presentera en sådan vision om primärvård och öppna möjligheter för forskning inom primärvård och socialmedicin skulle det kunna locka unga progressiva läkare. Norrbottens läns landsting bad därför Inghe att

starta en fältforskningsenhet placerad vid en ny vårdcentral i Luleå i det område – Örnäset – där många arbetare vid Norrbottens järnverk (NJA) bodde (Inghe & Rolander 1974). Vi började jobba där med Gunnar och Maj-Britt Inghe i 1975, och många andra unga läkare såg möjligheterna och flyttade till Luleå.

Gunnar var inte obekant med Norrbotten. Han hade tidigare vikarierat som provinsialläkare i Gällivare. Han berättade att en gång då han tjänstgjorde på en filialmottagning utanför tätorten hade sköterskan lagt fram ett antal tänger avsedda för tandutdragning. Det var vanligt att man behandlade tandvärk, även hos unga, genom tandextraktion. Gunnar reagerade skarpt på detta och sa att karierade tänder ska lagas, inte dras ut.

Det var en spännande period i Norrbotten. Regeringen hade 1973 beslutat att bygga ut NJA till en stor stålindustri som skulle öppnas 1980 – *Stålverk 80*. Det var den största industriella investering som någonsin gjorts av regeringen, och man beslutade att anslå 0,1 % av investeringen för att studera de ekonomiska, sociala och medicinska effekterna. Stora investeringar i infrastruktur och bostäder startade, men kvällen den 20 oktober 1976 meddelade den nyvalda borgerliga regeringen att den hade beslutat att omedelbart stoppa allt byggande och skjuta upp slutförandet – på obestämd tid. Oljekrisen, en vikande stålmarknad och nyligen etablerade stora stålindustrier i Brasilien och Japan utlöste det beslutet. Studierna som Inghe initierade, och där vi precis hade börjat datainsamling, slutade med att vi fick titta på hälsoeffekterna av en nerbantad snarare än en expanderande stålindustri, med ökande arbetslöshet och psykiska problem som hopade sig i de nybyggda förorterna. Den mest bestående forskningssatsningen blev Anne Hammarströms *Northern Sweden Cohort* som studerade ungdomsarbetslöshetens inverkan på hälsan bland alla ungdomar som avslutade grundskolan i Luleå 1981 (Hammarström & Janlert 2012).

I ett försök att förbättra psykiatri i Norrbotten gjorde politikerna också en annan satsning. Man inviterade Clarence och Karin Crafoord till att 1972 starta en ny psykiatrisk verksamhet i Luleå, som då inte hade någon psykiatri alls. Crafoord gavs möjlighet att satsa på en alternativ verksamhet som byggde på principer om frivillighet, psykoterapi, familjeorientering och anti-medicinering (Crafoord 2010). Det blev med andra ord inte en verksamhet där svårt psykisk handikappade, missbrukare och människor med komplexa socialmedicinska behov hade något att hämta. De hade svårt att leva upp till kraven. Gunnar och Majbritt Inghe var därför också kritiska till verksamheten som icke blev något alternativ för de mest psykisk handikappade.

Systematisk samverkan mellan primärvård och socialtjänst

Primärvården var länge lågprioriterad med få resurser i Sverige. Några kommuner hade därför anställt socialläkare för att arbeta för sina socialförvaltningar

och ge sjukvård åt sina klienter som ofta var drabbat av flera båda psykiske och somatiska åkommor och sociala problem. Några universitetssjukhus hade öppnat socialmedicinska kliniker för att hjälpa ett litet urval av patienter med mer komplexa diagnoser som också viktiga i utbildningssammanhang. Inghe var klinikchef på en sådan enhet på Karolinska Sjukhuset. Hans forskning hade gjort det klart att de utsatta patienterna inte bara behövde läkare med förmåga att förstå sjukdomens sociala orsaker och konsekvenser, utan också systematiskt samarbete mellan sjukvård och socialvård (Inghe 1959b).

Ett stort forskningsintresse för Inghe var således att analysera behovet av vård och rehabilitering ur båda medicinska och sociala synvinklar. Vilka var behoven och vilka var tillgodosedda? Institutionen i Stockholm genomförde på 60-talet ett projekt (Rebusundersökningen) där man klinisk undersökte både medicinska och sociala vårdbehov hos ett stort urval av invånare i Stockholm (Bygren 1974).

Den svenska regeringen tog det första steget till denna integration 1968 genom att slå samman de nationella myndigheterna Medicinalstyrelsen och Socialstyrelsen (Rexed 1968). Visionen var att en integration även på regional och lokal nivå skulle skapa förutsättningar för en integrerad vård – särskilt viktigt för barnfamiljer, äldre och socialt utsatta.

Den ursprungliga idén att utveckla nya samverkansformer mellan primärvård och socialvård glömdes inte bort och ett experiment med integrerad vård för mödrar och barn startades 1974 i Luleåförorten Mjölkkudden (Inghe, Eksmyr & Bodén 1974). Ytterligare integration av sjukvård och socialvård visade sig dock att vara svårt – inte bara i Luleå. Skillnader i lagstiftning, attityder, referensramar, språk och metoder skapar fortfarande barriärer mellan olika yrkesgrupper. Ett annat tecken på bristen på samarbete är det faktum att all kunskap som genererats inom den sociala epidemiologin har haft mycket liten inverkan på det kliniska arbetet. Om sociala bestämningsfaktorer är grundläggande för att förstå individers hälsa är det paradoxalt att de spelar så liten roll i kliniken. Det kräver en lång process av gemensamt lärande med den respekt för varandras kompetenser, som Gunnar och Maj Britt tidigt argumenterade för. Idag kan vi se att tanken var rätt. En åldrande befolkning med växande sociala ojämlikheter skapar syndemier av interagerande multisjuklighet och social utsatthet, och de skapar mer behov av integrerad vård än någonsin tidigare. Det behovet bekräftades nyligen i en utredning om hälso- och sjukvård för barn och ungdomar i Sverige (SOU 2021:34). Finland har tålmodigt fortsatt med att utveckla idén. Den stora reform som började 2023 efter många år av svårigheter, försöker nu integrera styrningen av sjukvården och socialvården i 22 ”välfärdslän”. Paradoxalt nog gick Sverige en annan väg genom att successivt kommersialisera primärvården och därigenom försvåra ansträngningarna för att uppnå både en integrerad vård, befolkningsansvar och prioritering av de mest utsatta patienterna (Tynkkynen et al. 2022).

Gunnar Inghe såg och förstod den socialmedicinska patientens behov; han hade solidaritetens moraliska kompass och förvandlade den insikten till en kollektiv vision om vad som borde göras politiskt. I den meningen visade han den produktiva kopplingen mellan klinisk socialmedicin och social epidemiologi som vi kunde använda mer av idag. Makarna Inghe hade om inte en stark tro, så åtminstone en stark förhoppning, att samhället genom olika politiska insatser kunde bli mera rättvist. De företrädde det bästa av vad vi idag, med ett något utskällt begrep, kallar social ingenjörskonst.

Slutet

Gunnar Inghe dog av slaganfall midsommaren 1977, 67 år gammal på sommarstugan i Göteborgs skärgård. I ett brev till Gustav Jonsson skrivet året innan han dog konstaterar han:

”... egentligen hade vi många trevliga saker för oss förr i tiden. Och mycket lämnade vi efter oss halvgjort! En del nytta var det kanske med allt det där slitet. Men inte har utvecklingen gått som vi ville och väntade!” (citerat efter Hallqvist 1982).

Referenser

- Bygren L-O. Met and Unmet Needs for Medical and Social Services. *Scand J Social Medicine Suppl.* 1974;8:i-134.
- Crafoord C: *Den möjliga och omöjliga psykiatrin*. Stockholm. Natur och Kultur 2010.
- Diderichsen F, Janlert U: Gunnar Inghe – a founding father of Scandinavian social medicine. *Scand J Publ Health* 2023;51(4):513-516
- Franck P. *System Einer Vollständigen Medizinischen Polis*. Mannheim 1779-1785.
- Halldin J: Gunnar Inghe - de fattigas advokat. *Läkartidningen* 1999;96(23):2895-2897
- Hallqvist, J. 49 år i socialismens tjänst. En medicinar- och läkarförening som föddes 1932 och dog 1981. *Motpol* 1982;60 (2):7—18.
- Hammarström A, Janlert U. Cohort profile: The northern Swedish cohort. *Int J Epidemiology* 2012;41(6):1545-1552.
- Högberg U. Sverige och läkare på flykt undan nazismen. *Socialmedicinsk Tidskrift* 2012;88(1):18-25
- Inghe G, Bursell A. Rönnskärsundersökningen 1937. Yrkesskador vid Bolidens gruv A.-B:s smältverk på Rönnskär. Stockholm 1939
- Inghe G, Eksmyr R, Bodén C et al. Försöksverksamhet inom barnhälsovården i Luleå. *Läkartidningen* 1974;71:4485-4490
- Inghe G, Inghe MB, *Den ofärdiga välfärden*, Stockholm, Tidens Förlag / Folksam. 1967
- Inghe G, Jonson G: Abortklienteletets sociala förhållanden och motivkomplex. I Betänkande i abortfrågan SOU 1944:51, sid. 191-200
- Inghe G, Rolander A. Socialmedicinsk forskningsenhet i Luleå. *Läkartidningen* 1974;71:2627-2630.
- Inghe G. *Fattiga i folkhemmet: en studie av långvarigt understödda i Stockholm*. Stockholm, Almqvist & Wiksell 1960.
- Inghe G. Läkarens samarbete med socialvårdande organ. *Socialmedicinsk Tidskrift* 1959b;36(2):43-54.
- Inghe G. Mental and physical illness among paupers in Stockholm. *Acta Psychiatr Neurol Scand* 1958;33(Suppl 121):1-316.
- Inghe G. Sjukdomars förekomst inom olika sociala grupper. *Socialmedicinsk Tidskrift* 1959;36(1):10-15.
- Inghe G. Social reform in Sweden. *Acta Sociomed Scand.* 1970;2(2):209-214
- Inghe G. Socialistisk läkarförening (antyan till ett program). *Clarste* 1932; (6):9—13.
- Inghe G. *Socialmedicin 2, Den sociala miljöns betydelse*, Stockholm. Esselte studium, 1976.
- Inghe G. The abortion problem in Sweden. *Human Fertility* 1947;12(2):40-45
- Inghe G. The social conditions of the abortion patients. *Acta Obst Gynec Scand* 1942; 22(2):123-174
- Inghe G. Vad är socialmedicin och hur bör undervisningen gå till. *Medicinska Föreningens Tidskrift* 1963;41:259-267

- Inghe G: *Socialmedicin I. Metodik och sjukdomspanorama*. Stockholm, Esselte Studium 1973.
- Inghe M-B, Inghe G. Children of poor families in the welfare state. *Acta Sociomed Scand*. 1969;1(2):117-28.
- Janlert U: *Gunnar Inghe – bibliografi 1932-77*. Sundbyberg, Karolinska Institutet, Institutionen för Socialmedicin 1984
- Myrdal A, Myrdal G: *Kris i befolkningsfrågan*. Stockholm, Albert Bonniers Förlag 1934
- Nicolaidis A, Wenell O, Nilsson PM. Svenska läkare aktiva i Förbundet Sverige-Sovjetunionen 1950–1970. *Sv Med Hist Tidskrift* 2022;26:193—208.
- Rexed B: *Integrerat Samhälle*. Stockholm, Socialstyrelsen 1968.
- Skog B, Wall S. Livslängd och dödsorsaksmönster bland smältverksarbetare - en studie av anställda vid Rönnskärsverken. *Socialmedicinsk tidskrift* 1981, 58(2):96-102.
- Socialstyrelsen: Insatser för att stärka läkarspecialiteten socialmedicin. Stockholm 2021.
- SOU 1953;7. *Läkarutbildningen. Betänkande utgivet av 1948 års läkarutbildningskommitté*. Stockholm: Ecklesiastikdepartementet 1953.
- SOU 2021;34 *Börja med barnen! Sammanhållen god och nära vård för barn och unge*. Stockholm, Socialdepartementet.
- Tikkanen LK, Pulkki J, Tervonen-Gonçalves L et al. Health system reforms and the need of the ageing population – an analysis of recent policy paths and reform trends in Finland and Sweden. *European J Aging* 2022;19:221–232.
- WHO: *Closing the gap in a generation*. Commission on Social Determinants of Health. Geneva 2008.
- Winther, O. Skapandet av folkhemsmedborgaren. Hur den ideala individen framställs i den svenska sexualupplysningen 1932–1938. Institutionen för idéhistoria, Uppsala universitet, 2024.