

Socialmedicin och folkhälsa som läkarspecialitet

Perspektiv från blivande specialister

Anton Ericsson, Eva Jongbloed-van Geerenstein, Désirée
Lichtenstein, Lisa Sahlin Torp, Eva Zeisig, Oliver Dyar

Anton Ericsson, ST-läkare, Institution for Public Health and Caring Sciences,
Uppsala universitet, samt Hemse Vårdcentral, Gotland. E-post: anton.ericsson@uu.se
Eva Jongbloed-van Geerenstein, ST-läkare, Hällefors kommun, Region Örebro län.

E-post: e.v.jongbloed@gmail.com

Désirée Lichtenstein, ST-läkare, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholm.

E-post: desiree.lichtenstein@regionstockholm.se

Lisa Sahlin Torp, ST-läkare, Institution for Public Health and Caring Sciences,
Uppsala universitet, samt Östersunds sjukhus. E-post: sahlintorp@gmail.com

Eva Zeisig, specialistläkare, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm samt Institutionen
för diagnostik och intervention, Ortopedi, Umeå Universitet.

E-post: eva.zeisig@regionstockholm.se

Oliver Dyar, ST-läkare, Institution for Public Health and Caring Sciences, Uppsala universitet.

E-post: oliver.dyar@uu.se

Läkarspecialiteten socialmedicin och folkhälsa står inför olika utmaningar, från brist på utbildningsplatser och sluttjänster till existentiella frågor om dess överlevnad och syfte inom den svenska sjukvården och samhället. Denna artikel har sin utgångspunkt i att belysa ett fåtal blivande specialisters perspektiv på specialiteten, vars bakgrund återspeglar mångfalden i specialiteten idag. Eftersom specialiteten är liten så spelar blivande specialisters intressen, motivationer och visioner en stor roll för specialitetens framtida riktningar.

The medical specialty of social medicine and public health faces various challenges, from a lack of training places and specialist positions to existential questions about its survival and purpose within the Swedish health-care system and society. This article has its starting point in highlighting the perspective of a few future specialists on the specialty, whose backgrounds reflect the diversity of the specialty today. Since the specialty is small, the interests, motivations and visions of prospective specialists play a large role in the specialty's future directions.

Bakgrund

Året 2024 firar SMT 100 år samtidigt som det är 50 år sedan socialmedicin blev en läkarspecialitet i Sverige. Tidskriftens redaktör beskriver att specialiteten handlar om människors hälsa och sjukdom i samspel med det omgivande samhället, särskilt hur människors livsvillkor påverkar sjukdomspanorama och den ojämlika hälsan [Haglund 2024]. Många artiklar i detta jubileumsnummer dokumenterar och reflekterar över förändringar i samhället och den socialmedicinska specialiteten under denna tidsperiod [Haglund 2024, Starrin 2024]. I den här artikeln blickar vi framåt, genom ögonen och erfarenheterna av ett fåtal nuvarande ST-läkare vars bakgrund återspeglar mångfalden i specialiteten idag.

Som Sarkadi vältagit beskriver i en medföljande artikel i detta nummer, ”vi lever i krisernas tidevarv: en kris avlöses av den andra och så verkar det fortsätta just nu” [Sarkadi 2024]. När det gäller befolkningens hälsa ser vi många oroande trender med växande ojämlikhet i Sverige när det gäller hälsoutfall, tillhandahållande av och tillgång till hälso- och sjukvårdstjänster samt mönstren för hälsans bestämningsfaktorer. Det förefaller, som andra har kommenterat tidigare, som om socialmedicinare behövs mer än någonsin - Sarkadi beskriver även många potentiella bidrag som våra specialister kan göra i dessa orostider [Sarkadi 2024]. Men i denna paradoxala värld befinner sig specialiteten i ett svårt tillstånd med få specialister samt ännu färre ST-läkare under utbildning [Haglund 2024]. Utöver detta saknas en tydlig hemvist eller plattform inom regionala sjukvårdssystem i de flesta delar av Sverige för specialiteten, något som försämrar den begränsade tillgången till utbildningsplatser och den nästan totala frånvaron av permanenta sluttjänster [Lindström 2023]. Detta har naturligtvis givit upphov till diskussioner om specialitetens framtida överlevnad och inriktning [Kristenson and Sarkadi 2023; Lindström 2023], som delvis har fokuserat på den förskjutning som har skett under senare år bort från socialmedicinens ursprungliga rötter som en klinisk specialitet och mot dess större fokus på befolkningshälsa och att påverka ”upstream” faktorer [Halldin 2009].

Hinder och utmaningar kan ofta vara viktiga sätt att öka motståndskraften i ett system, delvis genom att tvinga systemet att överväga dess syfte och vision. Det är därför lovande att så många unga läkare visar intresse för specialiteten och dess frågor, trots de förutsättningar som beskrivits ovan. Åtminstone en del av hoppet för specialitetens framtid står till de läkare som har faktiskt valt att specialisera sig inom socialmedicin och folkhälsa, och det är till några av dessa röster vi nu vänder oss. Eftersom specialiteten är liten så spelar blivande specialisters intressen, motivationer och visioner en stor roll för specialitetens framtida riktningar – och mellan raderna hittar vi även några insikter kring hur vi kan eventuellt locka fler till specialiteten framöver.

Lisa, ST i pediatrik och gråblockande ST i socialmedicin och folkhälsa, Östersund:

Varför är du intresserad av specialiteten?

Jag har alltid haft intresse av folkhälsofrågor och engagerat mig i projekt som rör folkhälsa och socialmedicin redan under läkarutbildningen genom bland annat IFMSA. Efter att ha testat ett par olika ST (AnopIVA, Gyn-obs och primärvård) men aldrig hittat hem fick jag möjlighet att påbörja en gråblocks-ST med Anna Sarkadi, professor i Socialmedicin. Jag minns fortfarande Annas ord när jag ringde och ursäktade min lite krokiga väg: "Du låter som en typisk socialmedicinare som tycker att det mesta är intressant och provar lite olika men inser att det inte räcker med enbart det kliniska arbetet, man vill arbeta med större frågor och påverka mer".

Jag brukar beskriva det som att jag gärna målar med stora penseldrag och vill påverka utvecklingen av inte bara individens hälsa men också befolkningens hälsa till det bättre.

Vilka aspekter av din ST har du njutit mest av, vilka delar har överraskat dig mest?

Jag har njutit av att vara i ett sammanhang med kollegor som är intresserad av samma frågor. Samhällsintresset förenar många och diskussionerna är spännande, här går filosofi, politik och medicin hand i hand. Jag har också verkligen njutit av att få jobba med frågor som rör utveckling och organisation tillsammans med personer med annan yrkesmässig bakgrund. Det kan fortfarande förvåna mig att vi inte har en självklar plats i hälso- och sjukvårdssystemet, det räcker med att åka över gränsen till Norge eller Danmark så har specialiteten en annan position.

Vilka frågor vill du jobba med när du blir specialist?

Jag är snart färdig barnläkare och kommer således bli dubbelspecialist, det vore därför naturligt att rikta in mig på frågor som rör barns hälsa. Jag har också ett särskilt intresse av innovation inom hälso- och sjukvården och det skulle vara spännande att se om det går att använda nya metoder och arbetssätt för att analysera och kanske delvis hantera en del socialmedicinska frågeställningar. Folkhälsan står inför utmaningar med ökad ekonomisk ojämlikhet och förebyggande hälso- och sjukvårdsarbete får fortsatt en liten del av sjukvårdsbudgeten. Finns nya sätt att tackla dessa utmaningar?

Vilka utmaningar ser du för specialiteten kommande år?

Eftersom vi har och kommer fortsätta ha utmaningar när det gäller folkhälsan framförallt hos socioekonomiskt utsatta behövs vi socialmedicinare för

att belysa detta och lyfta upp frågorna till våra beslutsfattare. Vi tampas dock fortsatt med bristen på officiella ST-block och sluttjänster som specialist. Jag skulle önska att det var självklart att varje region hade minst en specialistläkare i socialmedicin och folkhälsa som ledde arbetet på folkhälsoenheten och satt med i sjukhusledningen. I den region jag nu arbetar finns ingen specialist i socialmedicin, det finns ej heller någon läkare på folkhälsoenheten och ingen hälsoekonom. Det fattas oerhört många politiska beslut som inte har förankring i kunskap om hälsoekonomi och saknar socialmedicinsk analys av befolkningen. Jag tror också att socialmedicinare skulle kunna ha en viktig roll i att överbrygga de avstånd som finns mellan den regionala vården och den kommunala. Allt mer sjukvård kommer flyttas till patienternas hem och närort i framtiden. Kan vi ha en roll i den förändringen?

Anton, ST i allmänmedicin på Hemse Vårdcentral, Region Gotland och gråblockande ST läkare i socialmedicin och folkhälsa

Varför är du intresserad av specialiteten?

För mig kom intresset till specialiteten från ett generellt intresse av samhällsfrågor. Hälsan är inget undantag utan intuitivt tycker jag de flesta jag träffar håller med om hur viktigt samhället är för individers välmående. Grunden lades tidigt med mycket diskussioner hemma om politik och nyheter. Trots att jag alltid varit naturvetenskapligt lagd har jag alltid uppskattat när någon tar in ett större perspektiv i det man gör. För mig har det delvis handlat om bra lärare som var duktiga på att engagera till debatt oavsett ämne. Jag minns särskilt under högstadiet när jag hade samma lärare i matematik och samhällskunskap. Han var lika duktig på att få oss att kunna lösa de matematiska problemen som att lyfta in de samhälleliga konsekvenserna av vad uträkningar kan betyda.

Vilka aspekter av din ST har du njutit mest av, vilka delar har överraskat dig mest?

För mig har det bästa varit variationen att jobba kliniskt och på ett mer övergripande plan. Dels för att variationen i sig skapar förutsättningar att orka med respektive del bättre, jag känner mig mer närvarande i patientmötena efter att ha fått tänka i andra banor under en vecka. Den socialmedicinska biten med forskning och folkhälsoprojekt på Region Gotland kräver att jag lär mig nya saker varje vecka, vilket känns som en lyx att få göra på arbetstid.

För mig har det, både på ett individuellt plan och i relation till andra, varit viktigt att börja bygga klinisk erfarenhet parallellt med det socialmedicinska arbetet. Det har varit en trygghet att veta hur vården fungerar lokalt och med större ärlighet kunna ge ett kliniskt perspektiv i arbetet och samtalen med politiker och regionstjänstemän men även med andra forskare. Den kliniska er-

farenheten är dels förtroendeingivande i andras ögon men har också skapat självförtroende i diskussioner om vården, hälsa och sjukdom.

En annan överraskning för mig är hur engagerade de flesta blir när man presenterar sig som ST-läkare i socialmedicin och folkhälsa. Nästan alla har något att säga om deras bild av hur samhället vi lever i skapar hälsa och sjukdom. Oavsett om den man pratar med jobbar inom vården eller inte kan de flesta säga något som sambandet mellan ett visst fenomen och dess påverkan på hälsan. Socialmedicinen är alltid aktuell och engagerar många.

Vilka utmaningar ser du för specialiteten under de kommande åren?

Jag tror, liksom många andra, att den största utmaningen är hur vi som specialister i socialmedicin och folkhälsa ska hitta vår plats. Många andra utbildningar angränsar och överlappar med vår, vilket kanske skapar incitament att ha någon annan än just en läkare på en viss tjänst. Däremot upplever jag att jag möts av ett stort intresse för mitt perspektiv som just läkare när jag möter personer i arbetet på regionen eller i akademien. Vi har kunskap som är värdefull och som är omöjlig att få utan att ha gått en läkarutbildning och jobbat kliniskt. Precis som min lärare i matematik och samhällskunskap kan vi kombinera ett mikro- och ett makroperspektiv. Från hälsa och sjukdom hos den enskilda individen till de största samhällsfrågorna som är avgörande för hur hela befolkningen mår.

Désirée, ST i socialmedicin och folkhälsa, Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Stockholm

Tankarna att bli "socialmedicinare" började nog redan under min läkarutbildning. Jag funderade på hälsans sociala bestämningsfaktorer, hur ekonomiska och sociala faktorer påverkar hälsan och hur vi ofta skickar hem patienter till de förhållanden som gjorde dem sjuka från början. Jag var engagerad i IFMSA (International Federation for Medical Students' Associations) med fokus på SRHR (sexuell och reproduktiv hälsa och rättigheter) inklusive sexualupplysning, hade ett stort intresse för folkhälsa och ville inget hellre än att arbeta med global hälsa-frågor. Efter AT arbetade jag med SRHR-frågor för UNFPA (FN:s sexuella- och reproduktiv hälsa-organ) i Myanmar och på humanitära kontoret i Genève. Där fick jag möjlighet att arbeta med hälsosystemet med fokus på att planera fortsatt tillgång till hälso- och sjukvård, exempelvis vilka barriärer måste undanröjas och vad saknas för att säkerställa att gravida får tillgång till förlossningsvård?

När jag tog beslutet att återvända till att arbeta i en svensk kontext ville jag bygga vidare på mitt tidigare arbete – att få arbeta med strukturella faktorer för att bidra till bättre hälsa. Därför sökte jag mig till socialmedicin och folkhälsa.

Hittills i min ST har jag arbetat mycket med bevakning av hälsa och utvär-

dering av folkhälsointerventioner, bland annat genom att presentera data om jämlikhet och hälsa i kapitel i Stockholms folkhälsorapport, skriva underlag till hälso- och sjukvårdsförvaltningen och projektleda en del av en processutvärdering av organiserad prostatacancer-testning. Som många andra kombinerar jag min ST med doktorandstudier. Som framtida specialist hoppas jag kunna göra skillnad för marginaliserade gruppers hälsa på en strukturell nivå. Om det innebär arbete med policy, implementering eller forskning vet jag inte ännu.

En återkommande fundering som jag har haft är vår roll i utformning av samhälleliga lösningar. Som socialmedicinare identifierar vi hälsoproblem och föreslår åtgärder. Ofta saknas dock möjligheten att föreslå mer djupgående förändringar. Min förhoppning är att få möjlighet att adressera "upstream"-orsakerna till hälsoproblem, eftersom många av problemen härstammar utanför hälsosystemet och inte enbart kan lösas inom det. Hittills har mitt arbete fokuserat mest på "downstream"-lösningar, och det verkar finnas olika perspektiv på vad vår roll är i förhållande till denna fråga. Jag ser fram emot att följa detta och få en bättre förståelse för hur socialmedicinarens arbete påverkar utvecklingen i folkhälsofrågor.

De kommande åren tror jag att det är viktigt att vi har en tydlig idé och gemensam vision om vad vi som socialmedicinare kan bidra med, vår "USP". Vi behöver definiera när det är viktigt att just ett socialmedicinskt perspektiv inkluderas i arbetet i stället för exempelvis en folkhälsovetares. Är det vi som är bryggan mellan klinik och beställare som säkerställer ett kliniskt perspektiv tillsammans med en övergripande förståelse för vårt hälsosystem? Jag hoppas att regioner, myndigheter och andra aktörer ser behovet av oss, så att det socialmedicinska perspektivet är närvarande i folkhälsoarbetet och det finns relevanta sluttjänster.

Eva JvG, ST i socialmedicin och folkhälsa, Region Örebro län, och läkare på BVC i norra länsdelen och skolläkare i Hällefors kommun

Varför är du intresserad av specialiteten?

Jag blev intresserad av specialiteten i den sista delen av min läkarutbildning. Under läkarutbildningen upplevde jag att läkarspecialiteten inom sjukvården fokuserar framför allt på sjukdom och behandling. Det finns begränsat utrymme för att ha fokus på alla andra miljöer som har effekt på människor och eventuella sjukdomar. Socialmedicin är för mig den specialiteten som försöker att se på hälsan från ett helhetsperspektiv. Socialmedicin har fokus på alla olika miljöer som har effekt på människor och hälsa och deras sammanhang.

Som läkare i barn- och elevhälsovården är det variationen som tillhör arbetet som jag tycker mest om. Å ena sidan finns det individuella besök så som till exempel skolläkarmottagning på skolan eller hälsobesök på BVC. Å andra sidan möjligheten att observera och interpretera utvecklingar på populationsnivå och

samarbete med till exempel (för)skolor och socialtjänsten kring barn och ungdomars hälsa i kommunen.

Vilka aspekter av din ST har du njutit mest av, vilka delar har överraskat dig mest?

Det som jag upplever är mest intressant av min ST är att jag har erfarenhet som ST läkare i socialmedicin och folkhälsa i två olika länder. Jag började min ST i socialmedicin, området barn och elevhälsovården, i Nederländerna. Efter första hälften av min ST flyttade jag med min familj till Sverige och har fått möjlighet att fortsätta min ST här. Att observera skillnaderna mellan utbildningen och arbetet inom socialmedicin är väldigt intressant.

Det som har överraskat mig mest är att socialmedicin i Sverige är väldigt okänd. När jag började som läkare på BVC i Sverige och förklarade att jag hade min utbildning i socialmedicin, behövde jag ofta förklara vad socialmedicin är och svarade många kollegor att det inte finns i Sverige. I Nederländerna är vi många i specialiteten och en ny grupp ST läkare börjar två gånger om året.

Vilka frågor/arbetsuppgifter vill du jobba med när du blir specialist?

När jag är specialist vill jag gärna fortsätta såväl klinisk inom barn- och elevhälsovården samt mer övergripande inom forskning och på politisk nivå. Jag skulle vilja ha en roll att vara en länk mellan kliniken, forskning och politik och att förbättra samarbetet mellan områdena.

Som läkare som jobbar inom barn och elevhälsovård i utsatta områden, upplever jag att det finns ett stort avstånd mellan forskning och den dagliga verkligheten. Jag skulle gärna vilja bidra att minska det avståndet. Att se till att bra initiativ och forskning också når dem som behöver det mest.

I regionen där jag är anställd finns idag ingen specialistläkare inom socialmedicin och det är länge sedan den sista slutade. Jag skulle till exempel gärna vara involverad i undervisningen om socialmedicin och folkhälsa i läkarutbildningen och förhoppningsvis bidra till att regionen erbjuder ST anställning i socialmedicin och folkhälsa.

Vilka utmaningar ser du för specialiteten under de kommande åren?

En utmaning som jag ser för specialiteten är att den är relativt okänd. Vi som jobbar med socialmedicin vet vikten och mervärde av att just läkare specialiserar i socialmedicin och folkhälsa. Men jag upplever att vi behöver profilera mer tydlig det som vi kan och varför vi behövs. Jag hoppas att specialiteten kan få en tydlig plats i läkarutbildningen och att det ska vara självklart att det finns en folkhälsa och socialmedicinsk enhet i regionen som anställer specialistläkare i socialmedicin och folkhälsa.

Eva Z, specialist i ortopedi med särskilt uppdrag inom klinisk försäkringsmedicin, Karolinska universitetssjukhuset, Stockholm, ledamot i Kommittén för prevention och folkhälsa, Svenska Läkarsällskapet

Från befolkning till individen

Vintern 1985 åkte jag på min ”jorden-runt” resa. Liksom många back-packers började jag min resa med transsibiriska järnvägen. Så här i efterhand kan jag se hur jag formades som ung, blivande läkarstudent, utifrån de villkor befolkningen levde under i de länderna som jag passerade. Sovjetunionen, där president Tjernenko hade dött samma natt som jag kom till Moskva. För att hedra sin president var hela Moskva nedstängt och jag instängd på ett hotell. Under den nästa veckolånga resan genom Sovjetunionen, Mongoliet och Kina kunde jag se vilka betingelser som befolkningen levde under i ett bitvis extremt kargt landskap. Ett starkt minne är när jag så småningom kom till Tibet. Jag var inbjuden till borgmästaren i Lhasa för en mindre fest då han hade besök av en släkting bosatt i Schweiz. Det bjöds på te med jakmjölk och sötsaker. Och dans till ett kassetband med musik av ABBA. Det förtryck som tibetanerna levde under var påtagligt. Hur överlevde de? ”De kan döda våra kroppar men de kan aldrig ta vår själ ifrån oss.”

Väl hemma till hösten började jag på läkarprogrammet i Umeå. Jag ville bli en läkare som skulle hjälpa hela världen. En moder Theresa, som talade för de fattiga och hjälplösa, eller en Florence Nightingale som lyfte genom sammanställning av statistik faktorer för överlevnad. Men redan första terminen skolades jag in i ”husläkarreformen” och svängde över till att vilja bli ”husläkare” och fokusera på individen. Under utbildningen blev jag mer och mer skolad till att göra bästa möjliga för min patient vilket var att bota. Att bota skada genom att laga – jag ville bli ortoped.

Göra bra och ännu bättre

Som specialistläkare i ortopedi insåg jag att den ortopedkirurgiska behandlingen inte var allt, det finns även mjuka värden som påverkar resultatet efter kirurgi. Och vem bedömer resultatet? Självklart patienten som ska leva med det. Vi, kollegor, visste vem vi skulle välja för att utföra ett kirurgiskt ingrepp på oss själva. Men det var inte samma kirurg som patienterna önskade? Så objektivt resultat är inte det samma som upplevt resultat?

Under de senaste decennierna har vi blivit mer och mer medvetna om faktorer som påverkar behandlingsresultat som efter en operation. Ortopeden i Umeå var tidigt ute med ”En rökfri operation”. Efter det att Socialstyrelsen publicerade de nationella riktlinjerna för sjukdomsförebyggande metoder har jag arbetat, i min tjänst eller som bisyssla, med levnadsvanor. Särskilt levnads-

vanan fysisk aktivitet, vilket ligger nära ortopedens vårdområde. Ju mer jag arbetat med levnadsvanor, desto mer har jag lärt mig om prevention. Allt från det ofödda barnet med mödrahälsovård till screening och vaccinationer av våra äldsta i befolkningen. Jag har också förstått att livsvillkor är en av hälsans bestämmandefaktorer, vilket ger oss möjlighet att påverka hur hälsan utvecklas i vår befolkning. Den möjligheten måste vi ta vara på!

Göra mer för fler

Så vem gör mer för fler? Vem lyfter folkhälsoarbetet utifrån ett kliniskt perspektiv? Jag började titta närmare på socialmedicinen. Träffar en del specialister inom specialiteten genom mitt arbete med levnadsvanor. Men inte så många. Vart tog de vägen? Minns än idag doften i biblioteket där jag fick undervisningen som student. Lokalen låg i de äldsta delarna av sjukhuset i Umeå. Dammet som dansade i solskenet som lyste genom fönstret. Men någonstans fastnade budskapet. Var jag hittar företrädaren för kliniskt folkhälsoarbete. Ett arbete som idag till stor del har tagits över av andra yrkesgrupper. Varför? Den medicinska utvecklingen går framåt. Stamcells forskning har delvis ersatts av precisionsmedicin, som snart har ersatts av artificiell intelligens... Vi har idag statistiker och folkhälsovetare som aldrig har arbetat med patienter och vi har andra professioner inom hälso- och sjukvården som går forskarutbildning och som senaste decennierna kommit att konkurrera med specialister i Socialmedicin och folkhälsa om tjänster inom folkhälsoarbete. Med en klinisk bakgrund, där det finns en bas av ett stort antal patienter med varierande hälsa och livsvillkor, är kanske bäst förutsättningar att tolka statistik till klinisk relevans?

En jämlik folkhälsa?

Min mission är att bidra till en mer jämlik hälsa i befolkningen. Med en legitimitet som specialist i socialmedicin och folkhälsa är det möjligt att påverka politiker och därmed policydokument. Med ökad kunskap inom specialitetens unika kunskapsområde möjliggörs kunskapsspridning kring mekanismer som leder till ojämlik hälsa. Som dubbelspecialist kan jag sprida kunskap genom nätverk inom och utanför föreningen, genom Svenska Läkaresällskapet, allt för att lyfta samspelet mellan individ, hälsa och samhälle.

Avslutande reflektioner

Dessa röster fångar några av variationerna bland våra blivande specialister, både när det gäller underliggande motivationer och vägar in i specialiteten. Något som alla har gemensamt är dock ett erkännande av *helhetsperspektivet*, en förståelse för att *hälsans bestämmandefaktorer* är något som åtminstone några läkare kan och bör bry

sig om och *försöka* påverka - samt en stark önskan att kunna "göra mer för fler".

Dessa reflektioner, tillsammans med andra diskussioner om specialiteten på senare tid [Kristensson and Sarkadi 2023, Lindström 2023], väcker några frågor som intresserade läsare kanske vill fundera över. De svar vi tillsammans kommer fram till på dessa frågor kan få viktiga konsekvenser för hur vår specialitets identitet utvecklas under de kommande åren, och inte minst utseende av ST-utbildningen som i dagsläget har stora variationer mellan regioner.

- *Vad gör vi socialmedicinare som är unikt?* Vilka arbetsuppgifter för en socialmedicinare kan endast utföras av en läkare? Vilka arbetsuppgifter för en socialmedicinare är svåra eller mindre effektiva för en annan medicinsk specialist att ta sig an?
- *Vem är "patienten"?* Specialiteten har till stor del gått från kliniskt arbete med enskilda patienter till att se "patienten" som befolkning och system. Ändå väljer många ST-läkare att kombinera specialisering med kliniskt eller förebyggande arbete med enskilda individer. Varför, och vilken betydelse har detta för specialiteten?
- *Hur nära till individuella patienter behöver vi vara?* Ju längre bort specialiteten befinner sig från individer, desto lättare är det att missa de individuella rösterna och i stället fokusera på gruppen och befolkningen, på medelvärden och avvikelser inom vissa ramar. Hur "långt" kan specialiteten befinna sig från patienterna, men ändå fungera som en effektiv länk till de mest utsatta och marginaliserade? Räcker det med tillgång till register och enkäter, eller krävs det någon form av kontakt på en närmare nivå, antingen med patienter själva eller vårdgivare, för att få insikt i hur befintliga system kan svika patienter? På samma sätt gäller att ju längre bort specialiteten befinner sig från individer (som ju upplever 'hälsa'), desto längre tid tar det att upptäcka nya hot och konsekvenserna av förändringar i samhället. Finns det risker för specialiteten att man tappar bort förmågan att reagera i tid?
- *Hur påverkas specialiteten av förändringar i samhället och omvärlden?* Vilken inverkan har den ökande heterogeniteten i Sveriges befolkning på specialitetens roll och uppdrag, utöver att heterogeniteten är ofta en källa till ojämlikhet? Behöver specialiteten ta hänsyn ett mer nyanserat mönster av samlade hälsohot i ett ökat antal grupper, till skillnad från tidigare fokus på större grupperingar utifrån traditionella bestämningsfaktorer (t ex risker för utveckling av psykisk ohälsa hos individer som arbetar informellt som vårdare för barn eller åldrande föräldrar, till skillnad från en traditionell grupp såsom "lägutbildade"). Och vilken roll har socialmedicinare i samband med ett ökande fokus på ekonomisk effektivitet inom välfärdsstaten?

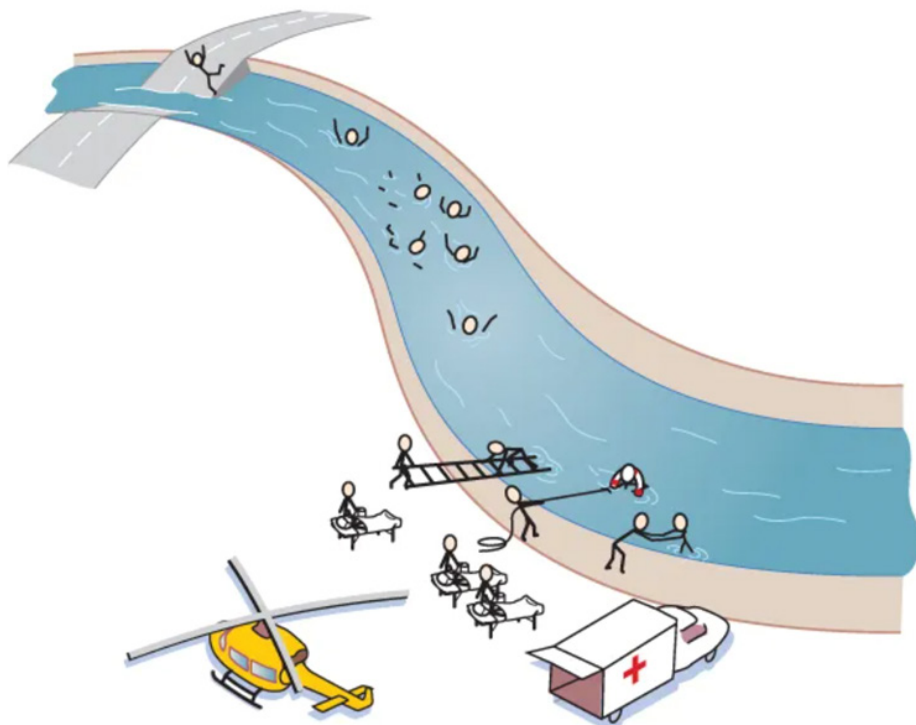


Bild 1: En metafor för vår specialitet (ur *Public health and epidemiology at a glance*) [Somerville 2016]

Avslutningsvis vill vi vända oss till metaforen om en flod som ofta används för att beskriva folkhälsans roll och behovet av folkhälsospecialister: någon måste åtminstone titta uppströms och ta reda på varför människor fortsätter att falla i floden och försöka reparera bron – dvs, förebygga! Utöver förebyggande arbete, den hälsofrämjande dimensionen av folkhälsoarbetet kan fångas upp i metaforen genom att stödja insatser som lär människor att simma eller som stimulerar engagemang i aktiviteter bort från farorna med bron. En sak som är ganska unik med vår specialitet är att vi kombinerar dessa mer folkhälsoorienterade upstream-perspektiv med ett mer socialmedicin-orienterat perspektiv av någon som står på flodstranden, tar ett steg tillbaka och tittar på hur vi organiserar våra räddningsinsatser för de som ändå har fallit i strömmen: vilka lyckas vi inte rädda, och varför? Därmed identifierar vi ofta de vars rop på hjälp av någon anledning inte hörs, eller de som helt enkelt är *svårare* att rädda - och specialiteten spelar därigenom en viktig roll för att lyfta fram jämlikhetsperspektivet. Vi kanske inte behöver vara de som lyfter upp människor ur strömmen, men vår framgång är sannolikt större om vi vet vad det innebär att göra det, och om vi inteappar kontakt med dem som gör det varje dag.

Det är viktigt att påpeka att oavsett hur bra vi blir på att laga broar och skapa simprogram innebär livets inneboende ofullkomlighet att andra faror alltid kommer att dyka upp och existera i den verkliga världen, och därför kommer det alltid att finnas ett behov av båda perspektiven som vår specialitet medför. En förståelse som verkar förena oss i specialiteten, och därför varför dessa två perspektiv kan samlas i en enda specialitet, var nyligen beskrivet av Waitzkin et al: ”socialmedicin har visat att samhällets egenskaper påverkar hälsa och sjukdom mer än biologi gör, och social förändring påverkar resultaten av hälsa och sjukdom mer än hälso- och sjukvården gör” [Waitzkin 2020]. Med andra ord: sociala faktorer spelar roll för vem våra räddningstjänster missar, vem som faller i floden, och vem som aldrig lärde sig att simma i första hand – och sociala faktorer och deras konsekvenser måste därför vara något som åtminstone en grupp läkare försöker sätta i fokus i sitt dagliga arbete.

Vi ser fram emot att läsa nästa jubileumsnummer som avslöjar hur historien om vår specialitet har utvecklats...

Referenser

- Haglund BJA. Jubileumsår – Socialmedicinsk tidskrift fyller 100 år 2024. Socialmedicinsk tidskrift 2024; 1: 21-37.
- Halldin J. Socialmedicin- ett stöd för utsatta. Socialmedicinsk tidskrift 2009; 5: 417-423.
- Kristenson M, Sarkadi A. The specialty of social medicine and public health in Sweden: Challenges and future directions. Scand J Public Health 2023; 51: 509-512.
- Lindström M. The social medicine specialty in Southern Sweden. Scand J Public Health 2023 51: 517-519.
- Sarkadi A. Socialmedicines roll i orostider. Socialmedicinsk Tidskrift 2024; 101(4-6).
- Somerville M, Kalyanaraman K and Anderson R. Public health and epidemiology at a glance 2E. Oxford: Wiley-Blackwell, 2016.
- Starrin B. Etthundra år av små och stora händelser. Socialmedicinsk Tidskrift 2024; 101(4-6).
- Waitzkin H, Pérez A and Anderson M. Social medicine and the coming transformation. New York: Routledge, 2020.