

Replik till debattinläggen "Allt viktigare få socialmedicinska team till socialtjänsten!" av Jan Halldin och "Återupprätta den aktiva socialmedicinen – återinför socialläkarna!" av Gunnar Ågren. SMT nr 2, 2025.

Av Anna Sarkadi, specialistläkare och professor i socialmedicin, Uppsala universitet samt Akademiska Barnsjukhuset, Centrala Barnhälsovården.

Hur tar vi socialmedicin in i framtiden?

Jag läser debattinlägget från en av mina förebilder inom socialmedicin och folkhälsa, Gunnar Ågren, och blir fundersam. Hur kommer det sig att vi har så olika bild av vad som behövs för att ta socialmedicin in i framtiden?

Han skriver:

En klinisk socialmedicin är en förutsättning för att specialiteten socialmedicin skall kunna leva vidare och utvecklas. En socialmedicin som forskansar sig på akademiska institutioner blir lätt frikopplad från den medicinska och sociala verkligheten.

Också Jan Halldin påpekar vikten av att återinföra "riktiga" socialläkare, som arbetar kliniskt med samhällets mest utsatta grupper i sina två debattartiklar.

Jag är lika gammal som specialiteten socialmedicin; har varit specialist i 13 år och professor i ämnet i snart 10. Och det är så här: jag är innerligt trött på att höra om att vi behöver återinföra gammaldags *socialläkare*. Trött på tesen om att utan att vi själva tar hand om samhällets mest utsatta tappar vi relevans och trovärdighet. Jag håller inte med och ska strax förklara varför. Det är heller inte framgångsrikt att klanka ner på att vi är *akademiskt starka*, garanterat en av specialiteterna med högst andel disputerade som aktivt forskar. Det är en viktig styrka och jag ska förklara det också.

Men först två saker där vi faktiskt är helt eniga, debattörerna och jag. Ett: socialmedicinare måste ta *större plats i samhällsdebatten* och besluten kring folkhälsa. Det finns många fina ord sagda, men mycket politiskt arbete återstår om man vill göra verklighet av minskad ojämlikhet och bättre folkhälsa. Vi måste även vara med när beslut fattas kring hur utsatta grupper med komplex problematik hanteras, i omorganisationer och upphandlingsprocesser. Våra kunskaper behövs även i tider av kris. I en debattartikel med rubriken [En framtida pandemi kräver expertis inom folkhälsa](#) i Dagens Medicin nyligen påpekade vi behovet av socialmedicinsk kompetens i Folkhälsomyndighetens ledningsstrukturer samt faran med att tänka på smittskydd och folkhälsa som skilda fenomen. Med Gunnar Ågren som GD för Folkhälsoinstitutet (FHI) var situationen för det medicinska kunnandet i folkhälsofrågor helt klart bättre förr. När jag som relativt nydisputerad och nylegitimerad läkare fick uppdrag av FHI via Sven

Bremberg (också socialmedicinare och för övrigt också en förebild), var det en fantastisk skola in i det verkliga folkhälsoarbetet. Socialmedicinare och folkhälsovetare arbetade tillsammans med uppenbar nytta av varandras kompetenser.

Två: det är dags för *socialmedicinare* att åter ta plats i (och gärna anställas av) *kommuner*. Jag håller med om att läkarorganisationernas motstånd mot att läkare skall kunna vara kommunalt anställda är svårbegripligt. I föreningens remiss-svar på utredningen *Stärkt medicinsk kompetens i kommunal hälso- och sjukvård* (dir. 2023:98) skrev vi:

Definitionen av kommunal hälso- och sjukvård är snäv, då den enbart diskuterar patienter, särskilt multisjuka äldre, i vård och omsorg. Detta är en viktig målgrupp, men i kommunerna finns omfattande, och tilltagande, komplexa problem med individer med samsjuklighet av medicinska och sociala problem, inklusive missbruk. Många bor i kommunens särskilda boendeformer eller deltar i dagverksamhet, men många bor hemma, inte sällan i utsatta ekonomiska och sociala sammanhang, och en del är dessutom hemlösa. Vi saknar en diskussion om denna grupp som idag är mycket eftersatt och lätt hamnar mellan stolarna.

Specialistläkare i socialmedicin och folkhälsa är särskilt utbildade i samverkan, implementering, kvalitetsförbättring och hälso- och sjukvårdens ledning- och organisation. Vi föreslår därför en särskild skrivning om socialmedicinska specialitetens roll i att förstärka den medicinska kompetensen i kommunal hälso- och sjukvård.

Vi behöver också ta mer plats på regional nivå: i regional utveckling och i hälso- och sjukvårdssystemet. Detta leder mig in på min första replik.

Den gamla socialläkarens tid är förbi

Precis som vi påpekade i remissvaret har socialmedicinare en viktig roll i att arbeta *för*, men inte nödvändigtvis direkt *med* utsatta grupper eller personer med komplex problematik. Med vår systemförståelse, verktygslåda för kartläggning och analys av befolkningens hälsa som underlag för politiska beslut samt förmåga att driva kvalitets-, utvecklings- och implementeringsprocesser i vård och omsorg kan vi göra stor skillnad för många.

Självklart ska alla socialmedicinare ha viss klinisk erfarenhet, utan det förlo- rar vi trovärdighet, det är vi överens om. Dessutom kan det vara värdefullt att från tid till annan göra något kliniskt för att få inblick i det som pågår i vård och omsorg. Och det gör många: som volontär för Läkare i världen, på en vårdcent- ral för hemlösa och migranter, kanske på sprutbytet eller en beroendemottag- ning. Själv genomförde jag hälsoundersökningar på barn under flyktingkrisen

och vaccinerade äldre på hem under pandemin.

Många av dem som gör ST i socialmedicin är redan specialister i (barn- och ungdoms-) psykiatri, barnmedicin eller allmänmedicin. Så klinisk erfarenhet är av värde, men det måste vara fullt acceptabelt att lämna kliniken och arbeta med ”befolkningen som sin patient”. Jag vill hävda att jag gjort större skillnad för ensamkommande flyktingbarn genom det utvecklingsarbete vi genomförde än de hälsoundersökningar jag gjort på dem. Vi kartlade (den skyhöga) förekomsten av posttraumatiska stressymptom bland dem (1), pilottestade och sedan införde en gruppintervention för att hantera deras PTSD symtom (2). Idag ges sådana grupper av BRIS i hela landet för flyktingbarn som varit med om krig och flykt.

En av mina ST-läkare i socialmedicin, Anton Eriksson, gjorde sitt utvecklingsarbete på kommunalt anställda inom äldreomsorg och hemtjänst på Gotland. Baslinjemätningen visade en grupp som måste betecknas som Sveriges ”working poor”. Många heltidsarbetande (kvinnor) i verksamheten upplevde ekonomisk stress och därtill omfattande fysisk ohälsa med bland annat smärta och övervikt och nedsatt hälsorelaterad livskvalitet, för att inte nämna ohälsosamma levnadsvanor, som brist på fysisk aktivitet. Jämförelsen med folkhälsoenkätens resultat i samma kommun var nedslående. Vi följde upp den friskvårdssatsning som kommunen genomförde med hjälp av stadsbidrag inom området. Ettårsuppföljningen visade kraftfullt positiva resultat på både levnadsvanor, smärta, sjukfrånvaro och livskvalité. Arbetet ledde till en [omfattande friskvårdssatsning](#) för alla medarbetare inom kommunens omsorgsverksamhet. Utan en väl genomförd undersökning, komplett med statistiska beräkningar, och Antons fina föredragningar av ärendet, hade politikerna inte fått det underlag de behövde för att kunna göra den här prioriteringen. Kvinnorna inom äldreomsorg och omsorg på Gotland behövde inte en doktor för att konstatera att de hade suboptimala levnadsvanor som individer utan en som kunde förändra deras villkor, med avsatt arbetstid och ökad ersättning för friskvård.

I mitt arbete som ledningsläkare för Centrala barnhälsovårdsteamet bevakar jag jämlikhet och god kvalitet i [barnhälsovården i Region Uppsala](#) men jag träffar inte barnen eller föräldrarna. Ibland träffar jag BVC-sjuksköterskorna som träffar barn och föräldrar, men arbetet är att leda teamet som har till uppgift att stötta all fantastisk personal som gör skillnad varje dag för länets yngsta. Jag verkar alltså genom att arbeta med systemet och stötta dem (som stöttar dem) som är på vårdens frontlinje. Min kliniska erfarenhet från ST gör att jag vet hur verkligheten på BVC ser ut – eller såg ut då – men jag tänker inte be om ursäkt för att jag inte längre är en duglig doktor att ha på en BVC. Däremot kan jag vara med och driva det nationella arbetet för ökad jämlikhet och minskad variation i barnhälsovårdens nationella program – alltså arbeta med hela systemet. Socialmedicinare har varit ledande i regionala och nationella kommissioner för jämlik

hälsa med syfte att ta fram analys och underlag för politiska beslut (3). Specialisterna har också drivit utvärdering av vårdreformer och hur dessa påverkar jämlik tillgång till vård (4). Vi arbetar med systemet och hälsans bestämningsfaktorer.

Gömmor vi oss på akademiska institutioner?

Som exemplen ovan visar är det viktigt med metodkunnande. Det är också bra att publicera resultaten så de kan användas av andra. Av mina sex ST-läkare i socialmedicin är fyra doktorander, en är disputerad och en vill börja forska. Det ska vi uppmuntra. Men visst, vi ska inte bara sitta och skriva socialepidemiologiska studier: en verksam specialist i socialmedicin ska ägna sig åt tillämpning, att översätta fynden i underlag för politiska beslut eller i vårdens och omsorgens praktik. Därför behöver metodkunnandet innehålla kvalitetsförbättring, implementering och kommunikation, såsom vi beskrivit i de nya ST-målen som antogs 2021 ([SOSFS: 2021](#)).

Vore det bättre med specialister i socialmedicin, minst en per 100 000 invånare, i alla regioner? Absolut. Men så länge det är sådan brist på både ST-tjänster och slutstjänster på såväl regioner som myndigheter, och ännu inga rutiner för hur vi kan anställas i och av kommuner, är akademiska institutioner enda möjligheten för fast anställning för många av oss. Har vi tur så har vi en förenad tjänst med möjlighet till socialmedicinsk verksamhet i regionen. Fördelen med akademien är friheten. Som akademiker kan vi vara oberoende när vi utvecklar interventioner eller genomför undersökningar. Den så kallade tredje uppgiften, där man förväntas kommunicera sina forskningsresultat, möjliggör påverkan baserad på kunskap. Vägen är inte alltid given, många får själva hitta sätt att verka genom nätverk och samarbeten – *leadning by influencing*, brukar det kallas. Vi får så socialmedicinska frön, vart vi än går, och se vilka som fastnar och kan börja odlas.

Kanske håller vi med varandra om en sak till. Socialmedicin är politisk även om jag inte tycker att vi ska vara partipolitiska, faktiskt tvärtom. Men det är politiskt att anse att orsaker till många sjukdomar finns i människors påverkbara livsvillkor och att samhället har en uppgift att vidta åtgärder för att motverka ojämlik hälsa. Det är tydligt att uppfattningen ”health in all policies” är ett slags politiskt ställningstagande, när man tittar på utvecklingen i USA. Men i dagens polariserade värld måste vi socialmedicinare kunna prata med alla slags politiker: det är inte bra om bara den ena sidans ministrar har oss på expertlistan. Jag har därför både suttit på rundabordssamtal med Lena Hallengren och haft panelsamtal med Jakob Forssmed på ”vårt” departement, som ju byter färg med jämna mellanrum.

Sammanfattningsvis menar jag att vi kan göra mycket nytta som socialmedicinare utan att träffa en enda patient under våra arbetsdagar. Vi kan gott vara väl-

bevandrade inom forskning och till och med vara akademiker, bara vi ser vår roll också i tillämpningen av kunskap. Att vara socialmedicinare idag är inte samma sak som att vara socialläkare förr i tiden och gott är väl det. Samhället och dess behovs förändras och det behöver också socialmedicinaries praktik göra.

Referenser

1. Salari R, Malekian C, Linck L, Kristiansson R, Sarkadi A. Screening for PTSD symptoms in unaccompanied refugee minors: a test of the CRIES-8 questionnaire in routine care. *Scandinavian journal of public health*. 2017;1403494817715516.
2. Sarkadi A, Ådahl K, Stenvall E, Ssegona R, Batti H, Gavra P, et al. Teaching Recovery Techniques: evaluation of a group intervention for unaccompanied refugee minors with symptoms of PTSD in Sweden. *European child & adolescent psychiatry*. 2018;27(4):467-79.
3. Kommissionen för Jämlik Hälsa. Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa. Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa. Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa. Stockholm; 2017.
4. Burström B, Burström K, Nilsson G, Tomson G, Whitehead M, Winblad U. Equity aspects of the Primary Health Care Choice Reform in Sweden – a scoping review. *International Journal for Equity in Health*. 2017;16(1):29.