

# Insatser för att stärka läkarspecialiteten socialmedicin

Utredning av om det kan vara ändamålsenligt att genomföra ändringar i specialitetsindelningen och målbeskrivningarna för socialmedicin

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till [alternativaformat@socialstyrelsen.se](mailto:alternativaformat@socialstyrelsen.se)

Artikelnummer 2021-8-7515  
Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), augusti 2021

# Förord

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att utreda och genomföra åtgärder som kan ge förutsättningar och stimulera att det skapas fler utbildningstjänster (ST-tjänster) inom läkarspecialiteten socialmedicin. I denna rapport redovisas uppdragets genomförande och resultat. Mottagare av rapporten är Socialdepartementet.

Rapporten har skrivits av en projektgrupp bestående av projektledaren Karin Ellingsen samt utredarna Ragnhild Mogren och Jesper Sellerberg. Ansvarig enhetschef har varit Emil Bergschöld.

Olivia Wigzell  
Generaldirektör



# Innehåll

|  |    |
|--|----|
| Förord .....                                 | 3  |
| Sammanfattning .....                         | 7  |
| Bakgrund .....                               | 8  |
| Regeringsuppdraget .....                     | 8  |
| Metod .....                                  | 8  |
| Läkarspecialiteten socialmedicin .....       | 9  |
| Bakgrund och utveckling .....                | 9  |
| Socialstyrelsens föreskrifter .....          | 10 |
| Aktiva specialister i socialmedicin .....    | 10 |
| Var arbetar socialmedicinare idag? .....     | 10 |
| ST-tjänster och ST-läkare .....              | 11 |
| Internationellt perspektiv .....             | 11 |
| Närliggande discipliner .....                | 11 |
| Bristen på ST-tjänster i socialmedicin ..... | 12 |
| Utredningens slutsatser .....                | 16 |
| Specialitetsindelningen .....                | 16 |
| Namnet socialmedicin .....                   | 17 |
| Målbeskrivningarna .....                     | 18 |
| Sammanfattning av slutsatser .....           | 23 |
| Ytterligare synpunkter har kommit in .....   | 24 |
| Bilaga 1. Förteckning över intervjuade. .... | 25 |



# Sammanfattning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag av regeringen att, i syfte att fler ska vidareutbilda sig till specialister inom läkarspecialiteten socialmedicin, utreda och genomföra åtgärder som kan ge förutsättningar för och stimulera att det skapas fler ST-tjänster inom avsedd specialitet. I uppdraget ingår att särskilt se över ändamålsenligheten med att genomföra ändringar i specialitetsindelningen och målbeskrivningen för socialmedicin. Myndigheten ska även överväga ändamålsenligheten med att byta namn på specialiteten.

Med anledning av uppdragets begränsningar har Socialstyrelsen inte tagit ställning till frågan om behovet av specialister i socialmedicin inom hälso- och sjukvården.

Socialstyrelsen har övervägt ändringar i specialitetsindelningen. I samband med det har myndigheten analyserat fördelar och nackdelar med att göra specialiteten till en tilläggspecialitet respektive att behålla den som en enskild basspecialitet. Myndigheten har kommit fram till att det gynnar regeringsuppdragets syfte bäst att socialmedicin förblir en enskild basspecialitet.

Socialstyrelsen bedömer att det är ändamålsenligt att byta namn på specialiteten socialmedicin till *socialmedicin och folkhälsa*. Det har framkommit i utredningen att det finns en okunskap bland beslutsfattare och även inom hälso- och sjukvården om vad en socialmedicinare kan bidra med. Myndigheten bedömer att tillägget folkhälsa kan medföra en kommunikativ effekt i det att det bättre speglar specialitetens verksamhetsområde. Det kan i sin tur komma att stärka specialiteten.

När det gäller målbeskrivningarna bedömer Socialstyrelsen att vissa revideringar i dessa kan vara ändamålsenliga för att stärka specialiteten. Nuvarande målbeskrivningar speglar inte fullt ut den socialmedicinska kompetensen och innehåller även i viss mån omoderna formuleringar. Myndigheten bedömer att ändringar i målbeskrivningarna kan tydliggöra den socialmedicinska kompetensen, vilket i sin tur kan bidra till att regioner har ett tydligare beslutsunderlag för att bedöma behovet av ST-tjänster i socialmedicin.

Socialstyrelsen kommer att genomföra ändringarna ovan i ett kommande författningsarbete.

# Bakgrund

## Regeringsuppdraget

Socialstyrelsen fick i juni 2020 i uppdrag av regeringen att utreda hur man kan stärka läkarspecialiteten socialmedicin. Enligt uppdraget ska myndigheten, i syfte att fler ska vidareutbilda sig till specialister inom läkarspecialiteten socialmedicin, utreda och genomföra åtgärder som kan ge förutsättningar och stimulera att det skapas fler ST-tjänster inom avsedd specialitet. För att åstadkomma detta ska Socialstyrelsen, enligt uppdraget, utreda om det är ändamålsenligt att genomföra ändringar i specialitetsindelningen och målbeskrivningen för socialmedicin. Myndigheten ska även överväga ändamålsenligheten med att byta namn på specialiteten. Uppdraget ska redovisas till regeringen (Socialdepartementet) senast den 31 augusti 2021.

Enligt regeringsuppdraget ska Socialstyrelsen se över sina föreskrifter och allmänna råd för att på så vis se om det går att stimulera till att det skapas fler ST-tjänster. Myndigheten har därför inte utrett några stimulansåtgärder utöver författningsändringarna. Det ingick vidare inte i uppdraget att utreda behovet av specialister i socialmedicin varför myndigheten inte har gjort någon vidare eller djupare analys i den delen.

## Metod

Som grund för de överväganden som Socialstyrelsen har gjort ligger fakta och synpunkter som inhämtats från datainsamling och samtal med ett antal aktörer som har sakkunskap och insyn i frågan. Tre möten har hållits med Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa (specialitetsföreningen) för diskussion och löpande information om utredningens gång. Samtalen har genomförts digitalt och har kompletterats med mailkontakter och skriftliga underlag i vissa fall.

De aktörer eller personer som lämnat synpunkter framgår som en bilaga i slutet av rapporten (bilaga 1).



# Läkarspecialiteten socialmedicin

## Bakgrund och utveckling

Socialmedicin har varit en medicinsk specialistkompetens sedan 1975, reglerad av Socialstyrelsen.<sup>1</sup>

Socialstyrelsen har beskrivit socialmedicin som en specialitet som karaktäriseras av kompetens om människors hälsa och sjukdom i samspel med det omgivande samhället. Kompetensområdet omfattar även kunskaper om hälsans bestämningsfaktorer, exempelvis sociala och psykosociala orsaker till ohälsa och sjukdom. Vidare om samhällsstrukturens, miljöns, vårdsystemens, arbetslivets samt människors livsvillkors och levnadsvanors betydelse för hälsan i olika grupper samt hälsans fördelning i befolkningen och sociala konsekvenser av sjukdom. Specialiteten omfattar även klinisk kunskap om folksjukdomar, särskilt bland marginaliserade grupper.<sup>2</sup>

I utredningsarbetet till den här rapporten har socialmedicin beskrivits som en medicinsk specialitet som från början var nära knuten till folkhemsidéologin. Den socialmedicinska specialiteten bidrog till att utvärdera arbetsförmåga, något som pågick fram till början av 90-talet. Från 70-talet och fram till 90-talet fanns det kliniska utredningsavdelningar med patienter och man bedrev också uppsökande verksamhet. Många specialistläkare i socialmedicin fortsatte att arbeta kliniskt när den verksamheten upphört. I Skåne tjänstgjorde exempelvis läkare som genomgick utbildning (ST-läkare) i socialmedicin på vårdcentral en dag i veckan under hela 1990-talet. Även efter ST-tjänsten arbetade specialistläkarna i Skåne kliniskt fram till och med år 2000.

I arbetet med denna rapport har det blivit tydligt att specialiteten har gått igenom en utveckling. Historiskt sett intresserade sig socialmedicinare för faktorer kopplade till orsak och verkan men specialiteten har rört sig från omedelbara determinanter som levnadsvanor och liknande riskfaktorer mot mer distala faktorer som sociala skillnader och samhällsaktörer. Socialmedicin är idag mer inriktad på folkhälsa samt sekundär prevention och screening. Fokus ligger på sociala skillnader i hälsa, t.ex. mellan olika befolkningsgrupper.

Exempel på socialmedicinsk verksamhet idag är

- epidemiologisk bevakning
- hälso- och sjukvårdsplanering inklusive behovsanalys och styrning
- jämlik vård och vård på lika villkor
- hälsofrämjande hälso- och sjukvård
- insatser i och utanför sjukvården för förbättrade levnadsvanor
- riskfaktorsanalys för direkt användning i vårdplanering
- barns hälsa – forskning om och implementering av effektiva interventioner
- psykisk ohälsa – analys och insatser

---

<sup>1</sup> Socialstyrelsen, Säkerställd kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare, 2005.

<sup>2</sup> Läkarnas specialiseringstjänstgöring – Målbeskrivningar 2015.

- hälsolitteracitet – kartläggning och insatser
- utbildning av sjukvårdspersonal och folkhälsovetare
- migration och hälsa
- försäkringsmedicin, inklusive tvärssektoriell samverkan för långtidssjuk-skrivna
- sjukvård för utsatta grupper med sammansatt psykisk och social problema-tik
- global hälsa – med svenska myndigheter och internationella organisationer som WHO och UNICEF.<sup>3</sup>

## Socialstyrelsens föreskrifter

I Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:8) om läkar-nas specialiseringstjänstgöring föreskrivs vilka specialiteter en läkare kan uppnå specialistkompetens i.<sup>4</sup>

Av 3 kap. 1 § framgår att specialiseringstjänstgöringen (ST) ska fullgöras genom tjänstgöring som läkare under handledning och genom deltagande i kompletterande utbildning under minst fem år och sex månader. Vidare att den ska inledas med bastjänstgöring under minst sex månader.

Det framgår av 6 kap. 1 § att socialmedicin är en enskild basspecialitet.

Socialstyrelsen har beslutat om målbeskrivningar som ska gälla för samt-liga specialiteter.<sup>5</sup> I målbeskrivningarna anges de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som ST-läkaren ska utveckla under sin utbildning, och hur de förväntas ta sig uttryck i den specialistkompetenta läkarens yrkesutövning.

## Aktiva specialister i socialmedicin

Antalet specialister i socialmedicin har minskat genom åren och medelåldern är hög. År 2018 fanns det 49 aktiva specialister i socialmedicin. Av dessa var 49 procent över 62 år.<sup>6</sup>

Från 2014 till 2018 sjönk antalet specialister i socialmedicin som arbetade inom hälso- och sjukvården från 0,21 till 0,18 per 100 000 invånare. År 2018 arbetade 17 socialmedicinare inom hälso- och sjukvården.<sup>7</sup>

Idag finns 127 giltiga specialistkompetensbevis i socialmedicin registre-rade hos Socialstyrelsen.<sup>8</sup>

## Var arbetar socialmedicinare idag?

Socialstyrelsen har ett regeringsuppdrag att varje år lämna bedömningar av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso- och sjukvården.<sup>9</sup> In-formationen nedan är hämtad från underlag som specialitetsföreningen läm-nat inom ramen för det uppdraget 2018 och 2020.

<sup>3</sup> Uppgifterna kommer från skriftligt underlag inlämnat från specialitetsföreningen.

<sup>4</sup> Ersatte SOSFS 2015:8 den 1 juli 2021.

<sup>5</sup> Läkarnas specialiseringstjänstgöring – Målbeskrivningar 2021.

<sup>6</sup> Socialstyrelsens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal.

<sup>7</sup> Skriftliga uppgifter lämnade från specialitetsföreningen.

<sup>8</sup> Socialstyrelsens statistikdatabas för hälso- och sjukvårdspersonal 20 maj 2021.

<sup>9</sup> Uppdrag om tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesutövare i hälso- och sjukvården m.m. dnr S2019/05315/RS.

De flesta socialmedicinare arbetar som forskare och lärare, några med kombinerade tjänster vid lärosäte och region.

Inom hälso- och sjukvården arbetar socialmedicinare vid regionernas folkhälso- eller samhällsmedicinavdelningar, som beställare av vård eller som ledamöter i stab eller ledningsgrupp. De flesta regioner har dock inte någon anställd socialmedicinare idag.

Enstaka socialmedicinare är eller har varit verksamma inom statliga myndigheter med insatser på samhällsnivå.

Slutligen arbetar vissa socialmedicinare kliniskt med patienter som kommer från utsatta grupper i samhället. Arbetet kan ha fokus på stressrelaterade sjukdomar, arbetslivsrehabilitering eller migranternas hälsa och ohälsa kopplat till hemlöshet. Patienterna har ofta sammansatta medicinska och sociala problem. De kan t.ex. vara långtidssjukskrivna med smärtproblematik, posttraumatiskt stressyndrom eller missbruk.

## ST-tjänster och ST-läkare

Ansvar för anordnandet av läkarnas ST regleras i 10 kap. 5 § andra stycket hälso- och sjukvårdslagen (2017:30). Enligt bestämmelsen ska det i regionerna finnas möjligheter till anställning för läkares ST i en omfattning som motsvarar det planerade framtida behovet av läkare med specialistkompetens i klinisk verksamhet.

Enligt specialitetsföreningen finns det idag fyra ST-läkare i landet; tre i Östergötland och en i Stockholm. Ett fåtal läkare gör även så kallade gråblock<sup>10</sup> med inriktning på socialmedicin, de har alltså inte någon formell tjänst.

Två regioner erbjuder ST i socialmedicin, Stockholm och Östergötland.

## Internationellt perspektiv

Det kan konstateras att Sverige har en låg andel specialister i socialmedicin jämfört med motsvarande specialiteter i andra länder.

Av uppgifter lämnade från specialitetsföreningen framgår att Sverige har 5 specialister i socialmedicin per miljon invånare, att jämföra med t.ex. Kanada som har 14 (public health and preventive medicine), USA som har 20 (preventive medicine) och Storbritannien som har 30 (public health).

## Närliggande discipliner

### Folkhälsovetenskap

Inom folkhälsoområdet arbetar även hälsovetare, vars arbete har många beröringspunkter med socialmedicin. På arbetsmarknaden kan yrket även heta folkhälsostrateg, hälsoutvecklare, friskvårdskonsulent eller idrottskonsulent. Typiska arbetsuppgifter för en hälsovetare är att driva

---

<sup>10</sup> Läs mer om s.k. gråblockande nedan under avsnittet Bristen på ST-tjänster i socialmedicin.

projekt, göra kartläggningar, utföra hälsofrämjande aktiviteter samt utreda och utvärdera en organisations hälsoarbete.

Hälsovetarutbildningarna ska förbereda hälsovetare för strategiskt, pedagogiskt och praktiskt arbete. Det finns många olika utbildningsprogram i Sverige, dels på grundnivå men även påbyggnadsprogram på avancerad nivå. En utbildning kan också sättas ihop av fristående kurser på ett eller flera lärosäten. En hälsovetare har minst 180 högskolepoäng, varav åtminstone 120 poäng inom något av områdena folkhälsa, hälsa och friskvård eller idrott. Flera lärosäten erbjuder kurser även på avancerad nivå, så att hälsovetaren kan ta ut en magister- eller masterexamen.

Exempel på utbildningsvägar är folkhälsovetenskapliga programmet, folkhälsovetenskapliga programmet, hälsoutvecklingsprogrammet eller projektledarutbildning med inriktning folkhälsovetenskap. Utbildningarna kräver mellan tre till fem års studier på högskolenivå.<sup>11</sup>

## Försäkringsmedicin

Försäkringsmedicin är ett kunskapsområde om hur funktionstillstånd, diagnostik, behandling, rehabilitering och förebyggande av sjukdom och skada påverkas och påverkas av olika försäkringars utformning samt därmed relaterade överväganden och åtgärder inom berörda professioner.<sup>12</sup>

Försäkringsmedicin ingår som ett delmål i målbeskrivningen för de flesta kliniska specialiteterna, även socialmedicin. Läkaren ska då kunna tillämpa metoder inom försäkringsmedicin som en del av behandlingen av den enskilda patienten och kunna samverka i försäkringsmedicinska frågor som rör den enskilda patienten med aktörer inom och utanför hälso- och sjukvården.<sup>13</sup>

## Samhällsodontologi

Svensk samhällsodontologisk förening beskriver att fokus för samhällsodontologi är att förebygga sjukdomar, främja hälsa och förbättra livskvalitet genom åtgärder som organiseras av samhället och som påverkar befolkningens förutsättningar på såväl individ- som gruppnivå för att uppnå god oral hälsa och få tillgång till god tandvård.<sup>14</sup>

Samhällsodontologi är idag inte en egen specialitet. Socialstyrelsen har gjort bedömningen att det i dagsläget inte finns ett nationellt behov av en formell utbildning i samhällsodontologi. Ämnet ingår dock som en del i de specialitetsövergripande delmålen i målbeskrivningarna för tandläkarnas specialistutbildningar.<sup>15</sup>

## Bristen på ST-tjänster i socialmedicin

Regeringsuppdraget som Socialstyrelsen har fått handlar inte om att analysera behovet av specialister i socialmedicin inom hälso- och sjukvården. Uppdraget är istället formulerat som att myndigheten ska se över sina föreskrifter för att på så vis se om det går att stimulera till att det skapas fler ST-

<sup>11</sup> <https://www.saco.se/studieval/yrken-a-o/halsovetare/>.

<sup>12</sup> <https://www.sbu.se/sv/om-sbu/nyheter/ny-definition-av-forsakringsmedicin/>.

<sup>13</sup> Läkarnas specialiseringstjänstgöring – Målbeskrivningar 2021.

<sup>14</sup> <https://www.ssof.se/>.

<sup>15</sup> Socialstyrelsens föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2017:77) om tandläkarnas specialiseringstjänstgöring.

tjänster. För att veta vilka revideringar som skulle kunna vara ändamålsenliga har myndigheten bedömt att det krävs en viss analys av skälen till varför det saknas ST-tjänster. Det är regionerna som tillsätter dessa tjänster. Därför har Socialstyrelsen vänt sig till dem för att ställa frågor om hur de bedömer behovet av socialmedicinare, varför de tror att det finns så få ST-tjänster i socialmedicin och utmaningar med att anordna ST i socialmedicin m.m.

## Stort intresse för socialmedicin bland läkare

I samtalen med regionerna framgår att ST-tjänsterna i socialmedicin är mycket attraktiva. De regioner som utlyser tjänster berättar att de har många sökanden på varje plats. De flesta som söker är läkare som redan har en specialitet och vill skaffa sig en dubbelspecialitet. Många vill forska.

Intresset för socialmedicin överlag uppges ha ökat, även på läkarprogrammet. Många har påbörjat eller avslutat en forskarutbildning.

De regioner som har ST-tjänster får även ofta förfrågningar från läkare som vill göra sidotjänstgöring. Läkare som redan har en specialitet uppges vara intresserade av att arbeta på mer strategisk nivå och utifrån ett större perspektiv. Dessa läkare kommer från många olika specialiteter, även om det historiskt sett har varit vanligast att man har arbetat inom psykiatrin.

Eftersom det finns så få ST-tjänster i socialmedicin i landet har majoriteten av de som velat bli specialister haft som enda alternativ att ”gråblocka”. Att gråblocka innebär att tjänstgöra under handledning, utan någon formell ST-tjänst och utan att var inordnad någon organisation för ST. Gråblockande har länge varit praxis inom socialmedicin dels på grund av bristen på ST-tjänster, men också för att specialiteten lämpar sig för tjänstgöring på olika myndigheter, folkhälsoenheter och komplexa psykosociala verksamheter. De här arbetsgivarna är ofta i behov av kvalificerad arbetskraft och kan finansiera sidotjänstgöringar utan att de får lön från sin ordinarie arbetsgivare.

Ett sätt att få en ST i socialmedicin kan vara att kombinera den med en annan ST. Socialstyrelsen har talat med en region där en läkare har en ST-tjänst i barnmedicin på 80 % och en i socialmedicin på 20 %. Eftersom den här regionen inte har några socialmedicinare har läkaren själv ordnat med handledning på distans.

## Forskning och kliniskt arbete

De regioner som har ST i socialmedicin uppger att alla de läkare som de anställt har disputerat. De lyfter även fördelen med att ha forskningsbakgrund och de strukturerade metoder som kommer med en sådan utbildning. ST-tjänsterna kompletteras därför i vissa fall med forskarkurser. Det är dock ingen som Socialstyrelsen har talat med som uppger att det är nödvändigt att ha disputerat för att arbeta som specialist i socialmedicin. Om man arbetar i en grupp på t.ex. en folkhälsoenhet räcker det med att någon har viss erfarenhet av forskning.

När det gäller frågan om hur mycket klinisk erfarenhet som krävs för att praktisera socialmedicin finns det olika synsätt inom specialiteten, som över tid har utvecklats bort från kliniskt arbete. Det finns de som vill se en återgång till mer patientnära arbete. De uppger att det är viktigt för att behålla förståelsen för de patientgrupper socialmedicinare arbetar med och även för

hur en klinik fungerar. Vissa regioner låter därför sina socialmedicinare arbeta kliniskt en dag i veckan. Andra anser att socialmedicinare inte bör arbeta kliniskt alls, även om det är viktigt att veta hur kliniken fungerar. Det främsta argumentet som framhållits för den här synpunkten är att det inte finns någon anledning till att vissa patientgrupper behandlas av läkare med mindre klinisk erfarenhet än andra läkare.

## Varför saknas ST-tjänster i socialmedicin?

Specialistföreningen bedömer att det råder brist på ST-tjänster, ST-läkare och även stor brist på specialister i socialmedicin. Många av de verksamma specialisterna närmar sig dessutom pensionsåldern. Utredningen har visat i stort sett samma skäl bakom bristen på ST-tjänster och specialisttjänster.

### *Nya professioner*

En förklaring till bristen på tjänster handlar om att de klassiska socialmedicinska frågorna har tagits över av andra medicinska specialiteter, som t.ex. allmänmedicin. Forskning bedrivs numer också på det socialmedicinska området inom andra specialiteter.

En annan, kanske ännu viktigare faktor, som utredningen visar är att nya kunskapsområden har växt fram under de senaste 30 åren. Ett av dem är folkhälsovetenskap. Nya professioner har i och med det kommit till vars verksamhetsområde överlappar socialmedicin på flera sätt. I samtal med regioner och specialistföreningen har det kommit fram att regioner idag gärna anställer t.ex. folkhälsovetare istället för specialistläkare i socialmedicin av ekonomiska skäl.

Vad konsekvenserna blir av sådana prioriteringar faller utanför ramen för denna rapport.

### *Bristande kunskap eller intresse*

Socialstyrelsen har inom ramen för denna rapport ändå kunnat konstatera att den huvudsakligen förklaringen till att det finns så få ST-tjänster, är att regionerna inte längre prioriterar socialmedicinsk kompetens. Flera möjliga skäl till varför det är så har lyfts.

En övergripande ekonomisk resursfråga som tagits upp är att tjänster i socialmedicin kan upplevas som en satsning som inte nödvändigtvis kommer tillbaka till regionerna. Med det synsättet är resurser som läggs på socialmedicinare mer en investering i hela samhällets vårdbehov än i den enskilda regionens.

Även om finansiering är en viktig fråga så är också en vanligt förekommande teori att det finns en okunskap i regionerna om vad en socialmedicinare gör och kan bidra med.

Det har framförts att i vissa regioner har det socialmedicinska "tänket" försvunnit, eventuellt på grund av att det har varit personbundet. Eftersom det har varit många omorganisationer genom åren kan man ha tappat detta. Det har även beskrivits hur specialiteten har rört sig från att arbeta med levnadsvanor och riskfaktorer mot faktorer som sociala skillnader och samhällsaktörers agerande. En följd av det är att rekommendationerna som lämnas handlar om politik istället för medicin. Då blir det svårt för regionerna att se hur de ska implementera socialmedicinsk kunskap. Det har också tagits upp att det

är oklart för många regioner var de socialmedicinska tjänsterna ska ligga inom organisationen.

Flera av de intervjuade har lyft att det måste finnas ett intresse för socialmedicin från högsta styrning och ledning i regionerna för att det ska skapas ST-tjänster, men även att det krävs specialistläkartjänster i socialmedicin för att systemet ska fungera. Inte minst för att många läkare inte vågar satsa på en lång utbildning om de inte vet att den kan leda till en specialistläkartjänst i framtiden. Problemet med bristen på ST-tjänster och specialisttjänster i socialmedicin är på det viset kopplade till varandra.

# Utredningens slutsatser

## Specialitetsindelningen

Socialstyrelsen skulle enligt regeringsuppdraget utreda om det kunde vara ändamålsenligt att genomföra ändringar i specialitetsindelningen för att på så vis stärka läkarspecialiteten socialmedicin. Här nedan redovisas Socialstyrelsens iakttagelser och sammanfattande bedömning.

### Socialmedicin – en enskild basspecialitet

De olika läkarspecialiteterna delas in och benämns i föreskrifterna om läkarnas ST.<sup>16</sup> Där är de indelade i basspecialiteter, grenspecialiteter och tilläggspecialiteter. Socialmedicin är idag vad som kallas en enskild basspecialitet.

En basspecialitet är en specialitet som inte kräver ett tidigare specialistkompetensbevis i någon annan specialitet. De flesta basspecialiteter ingår i en form av kluster med andra basspecialiteter (i vissa av dessa kluster ingår också grenspecialiteter), t.ex. barn- och ungdomsmedicinska specialiteter, bild- och funktionsmedicinska specialiteter, invärtesmedicinska specialiteter eller neurologiska specialiteter. En enskild basspecialitet är en basspecialitet som inte ingår i ett sådant kluster.

### Alternativet grenspecialitet

En grenspecialitet är en specialitet som utgör en fortsättning på en specifik basspecialitet. Idag går det att få ett specialistkompetensbevis i nio grenspecialiteter, bl.a. barn- och ungdomskardiologi och neonatologi (grenar till barn- och ungdomsmedicin), neuroradiologi (gren till radiologi) och rättspsykiatri (som är en gren till psykiatri). Ofta benämns utbildning i en grenspecialitet som en subspecialisering. Meningen är med andra ord att den som utbildar sig i en grenspecialitet utvecklar kompetens som innebär en fördjupning inom ett specifikt område. Ofta innebär denna fördjupning också att kompetensområdet ”smalnar”, det vill säga blir ytterligare specialiserat.

Socialstyrelsen bedömer att socialmedicin inte passar som grenspecialitet. Specialiteten utgör inte – såsom exemplen ovan – en självklar fortsättning på eller fördjupning av någon annan specialitet.

### Alternativet tilläggspecialitet

Socialstyrelsen har dock övervägt alternativet tilläggspecialitet.

Det finns idag 10 reglerade tilläggspecialiteter. För att få ett specialistkompetensbevis i en tilläggspecialitet krävs att läkaren har ett specialistkompetensbevis i en basspecialitet. En tilläggspecialitet är dock inte, som i fallet grenspecialitet, en direkt eller självklar fortsättning på en specifik basspecialitet; fler än en specialitet kan utgöra bas för en och samma tilläggspecialitet.

---

<sup>16</sup> Föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring 6 kap. 1-13 §§.



Vissa tilläggspecialiteter är en möjlig fortsättning på ett flertal specialiteter. Det gäller för till exempel allergologi (tillägg till 14 olika specialiteter, bland annat allmänmedicin, internmedicin och öron- näs- och halssjukdomar) samt arbetsmedicin, palliativ medicin och smärtlindring (tillägg till sex specialiteter vardera). Andra tilläggspecialiteter är mer avgränsade: till exempel bygger äldrepsykiatri på antingen psykiatri eller geriatrik som bas, och gynekologisk onkologi på antingen obstetrik och gynekologi eller onkologi.

Som nämnts ovan verkar specialiteten över tid ha förflyttat sig från att även arbeta klinisk, det vill säga gentemot enskilda patienter, till att i princip enbart lägga fokus på frågor på system- eller populationsnivå. Enligt Socialstyrelsens bedömning finns inga starka argument för att försöka vända denna utveckling, det vill säga styra specialiteten mot att bli mer klinisk i sin inriktning. Det är till exempel inget som specialitetsföreningen förordar. Om Socialstyrelsen i stället hade dragit slutsatsen att specialiteten borde fokusera mer på enskilda patienter hade det, enligt myndighetens bedömning, kunnat vara ändamålsenligt med en ändring i specialitetsindelningen, då hade tilläggspecialitet kunnat vara ett mer ändamålsenligt alternativ. Specialiteten hade i så fall kunnat vara en tilläggspecialitet till flera olika kliniska specialiteter, till exempel allmänmedicin och de invärtesmedicinska specialiteterna. På så sätt skulle specialister i socialmedicin (eller *socialmedicin och folkhälsa*, enligt myndighetens förslag, se nedan) kunna arbeta kliniskt och samtidigt ta ansvar för till exempel analyser på systemnivå.

## Socialstyrelsens bedömning

Eftersom Socialstyrelsen inte ser det som eftersträvansvärt att styra specialiteten mot att bli mer klinisk med ökat fokus på enskilda patienter bedömer myndigheten att det är mest ändamålsenligt att socialmedicin förblir en enskild basspecialitet.

## Namnet socialmedicin

I regeringsuppdraget ingick att se över ändamålsenligheten med att ändra namnet socialmedicin. Här nedan redovisas Socialstyrelsens iakttagelser och samlade bedömning.

### Bakgrund

Man brukar säga att begreppet socialmedicin lanserades i Frankrike i mitten av 1800-talet.<sup>17</sup> Socialmedicin var ett begrepp i Sverige redan på 1920-talet men först på 1950-talet fick det status som akademisk disciplin, då de första två professurerna inrättades.<sup>18</sup> Sedan 1975 har socialmedicin varit en medicinsk specialitet, reglerad av Socialstyrelsen.<sup>19</sup>

Socialstyrelsen publicerade 2005 en rapport som kom till med anledning av ett tidigare regeringsuppdrag om läkares specialistutbildning. I den tidi-

---

<sup>17</sup> Claes-Göran Westrin. Socialmedicinen i Sverige och arvet från Ragnar Berfenstam. Socialmedicinsk tidskrift 5-6/2010.

<sup>18</sup> Urban Janlert. Socialmedicinens väg till specialitet. Socialmedicinsk tidskrift 5/2009.

<sup>19</sup> Socialstyrelsen, Säkerställd kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare, 2005.

gare utredningen hade man övervägt att avföra socialmedicin från specialitetsförteckningen. Utredningen 2005 kom emellertid fram till att socialmedicin skulle finnas kvar som medicinsk specialistutbildning.<sup>20</sup>

I rapporten tog man även ställning till ett eventuellt namnbyte men bedömde att namnet socialmedicin skulle behållas. Alternativ som föreslogs av de intervjuade då var samhällsmedicin eller folkhälsomedicin, där folkhälsomedicin ansågs ligga specialiteten närmast. Socialstyrelsen kom dock fram till att namnet socialmedicin fortsatt var den mest adekvata beskrivningen av kunskapsområdet. Det framhölls i rapporten att det fanns ett behov av att synliggöra och bättre beskriva den socialmedicinska kompetensen, dess roll och vad den tillför.

## lakttagelser

Specialitetsföreningen har beskrivit hur tillägget folkhälsa bättre kommunicerar vad en specialist i socialmedicin gör. Specialitetsföreningen ändrade själva år 2020 namn från *Svensk förening för socialmedicin* till *Svensk förening för socialmedicin och folkhälsa*. Folkhälsa lyfter det utåtriktade perspektivet av specialiteten menar specialitetsföreningen.

De aktörer som Socialstyrelsen har talat med har inte haft några synpunkter på en sådan ändring.

## Socialstyrelsens bedömning

Som framkommit ovan finns det en okunskap bland beslutsfattare och även inom hälso- och sjukvården om vad en socialmedicinare kan bidra med. Socialstyrelsen finner att tillägget folkhälsa kan medföra en kommunikativ effekt i det att det bättre speglar specialitetens verksamhetsområde. Detta kan i sin tur komma att stärka specialiteten.

Socialstyrelsen bedömer att det är ändamålsenligt att specialiteteten socialmedicin byter namn till *socialmedicin och folkhälsa*.

## Målbeskrivningarna

Socialstyrelsen skulle enligt regeringsuppdraget utreda om det kunde vara ändamålsenligt att genomföra ändringar i målbeskrivningarna för att på så vis stärka läkarspecialiteten socialmedicin. För tydlighetens skull redovisas i den här delen Socialstyrelsens bedömning först, följt av en redovisning av myndighetens iakttagelser.

## Socialstyrelsens bedömning

### Om målbeskrivningarna

Socialstyrelsen meddelar föreskrifter om vilka kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som ska gälla för ett specialistkompetensbevis i de respektive läkarspecialiteterna. Det görs i så kallade målbeskrivningar. Den senaste versionen heter Målbeskrivningar 2021.

---

<sup>20</sup> Ibid.

I och med de föreskrifter och allmänna råd om läkarnas ST som trädde i kraft 1 juli 2021<sup>21</sup> ska ST inledas med bastjänstgöring (BT) om minst sex månader. Bastjänstgöringen syftar till att vara en introduktion till svensk hälso- och sjukvård och till ST. I BT ingår obligatorisk tjänstgöring i primärvård och akut sjukvård.

I Målbeskrivningar 2021 finns dels en målbeskrivning för BT, dels målbeskrivningar för det som kallas ST i övrigt (det vill säga den del av ST som inte är BT). I målbeskrivningarna för ST i övrigt finns specialitetsövergripande delmål och delmål som är specifika för varje specialitet. Målbeskrivningarna är menade att användas i utformning av utbildning för läkare under specialiseringstjänstgöring och i bedömning av BT-läkares<sup>22</sup> eller ST-läkares kompetens och kompetensutveckling.

### *Bedömning*

Socialstyrelsen gör följande bedömning avseende ändamålsenligheten i att ändra målbeskrivningarna för socialmedicin:

- Målbeskrivningarna kan ändras i syfte att tydliggöra den socialmedicinska kompetensen.
- Ett tydliggörande av den socialmedicinska kompetensen kan bidra till att regioner har ett tydligare beslutsunderlag för att bedöma behov av ST-tjänster i socialmedicin.

Socialstyrelsen baserar bedömningen på följande faktorer:

- Nuvarande målbeskrivningar speglar inte fullt ut den socialmedicinska kompetensen så som den beskrivs av de aktörer som myndigheten har hört inom ramen för uppdraget. De innehåller även i viss mån daterade formuleringar.
- Målbeskrivningarna bör återspegla den socialmedicinska kompetensen på rätt sätt så att regioner har ett tydligt beslutsunderlag för att kunna bedöma behovet av framtida tillsättningar av ST-tjänster.

### *lakttagelser*

Socialstyrelsen har intervjuat regioner som idag har ST i socialmedicin eller tidigare haft det samt specialitetsföreningen och andra experter inom området. Intervjuerna har visat på ett antal aspekter som beskriver socialmedicinens samlade kompetens så som den ser ut idag. För att bedöma ändamålsenligheten i att ändra i målbeskrivningar har Socialstyrelsen jämfört resultaten från intervjuerna med nuvarande målbeskrivningar.

### *Målbeskrivningarna speglar inte fullt ut den socialmedicinska kompetensen*

Den socialmedicinska specialiteten har historiskt sett förflyttat sig från ett i huvudsak patientnära, uppsökande och hälsofrämjande arbete till att fokusera på hälso- och sjukvårdens organisering. Specialister i socialmedicin tar fram beslutsunderlag för ledning i region som i sin tur leder till olika förbättringsarbeten vad gäller hälsofrämjande faktorer och nya former av organisering,

---

<sup>21</sup> Föreskrifter och allmänna råd (HSLF-FS 2021:8) om läkarnas specialiseringstjänstgöring.

<sup>22</sup> Läkare som genomför sin BT.

framförallt i primärvården. Arbetet sker i många fall tillsammans med andra yrkesgrupper som folkhälsovetare och samhällsvetare, andra läkarspecialiteter och annan vård- och omsorgspersonal.

Resultatet av intervjuerna visar behovet av att tydliggöra den socialmedicinska kompetensen avseende detta arbete som sker på systemisk och organisatorisk nivå.

Ett fåtal aktörer delar inte den bilden. Region Skåne har t.ex. gett uttryck för att specialiteten istället behöver utöka sin kliniska kompetens för att fortsätta vara relevant för regionerna. Region Skåne har tidigare haft ST i socialmedicin men har inga planer på att införa nya ST-tjänster. Socialstyrelsen har framfört detta till de regioner som har ST idag och till specialitetsföreningen, som i sin tur lyft att det finns en okunskap hos de flesta regioner om vad den socialmedicinska kompetensen faktiskt bidrar med.

Region Östergötland är en av de aktörer som särskilt betonar det organisatoriska perspektivet och vikten av att ha medicinsk kompetens när beslutsunderlag ska tas fram för planering av insatser för en jämlik hälsa. Socialstyrelsen bedömer att ändamålsenligheten i att ändra målbeskrivningarna istället ligger i att tydliggöra de delar som avser hälso- och sjukvårdens styrning och ledning, liksom analyser av hälsans bestämningsfaktorer och förbättrings- och utvecklingsarbete på organisatorisk nivå. I nuvarande målbeskrivningar framgår inte på vilket sätt en specialistläkare i socialmedicin bidrar med dessa perspektiv jämfört med andra specialiteter.

### *Målbeskrivningarna kan tydliggöra folkhälsoperspektivet för att särskilja den socialmedicinska kompetensen*

I utredningen har Socialstyrelsen fått indikationer på att regioner väljer att inte tillsätta ST-tjänster i socialmedicin eftersom kompetensen bedöms vara tillräcklig hos en folkhälsovetare. Det finns även indikationer på att regioner inte tillsätter ST-tjänster i socialmedicin eftersom det kliniska perspektivet inte är tydligt nog (se föregående punkt).

För att förstå vad som särskiljer den socialmedicinska kompetensen från den hos en folkhälsovetare har Socialstyrelsen jämfört denna med beskrivningar av folkhälsovetenskap i olika universitetsutbildningar. Myndigheten har särskilt tittat på hur utbildningarna beskriver delar som rör hälso- och sjukvårdens organisering samt de som rör utformning av olika typer av insatser. Socialstyrelsen har också under utredningen ställt frågan varför det medicinska och kliniska perspektivet är viktigt på systemnivå.

Svaret kan sammanfattas med att den socialmedicinska kompetensen kan sägas utgöra *en tredje väg* mellan det kliniskt medicinska arbetet och det rent folkhälsobetonande. Den innefattar med andra ord inte enbart kunskaper om hälsans bestämningsfaktorer. Det är även kunskap om hur förebyggande insatser kan organiseras för att stödja det kliniska arbetet, samt hur kliniskt arbete kan läggas upp för att bättre stödja det hälsofrämjande arbetet.

Aktörer som har hörts i utredningen argumenterar för att medicinsk kompetens är nödvändig för att stödja primärvårdens utveckling av hälsofrämjande arbete i den dagliga vården, men även för att insatser på befolkningsnivå i region och kommun ska ge effekt. Det är också på detta sätt som t.ex.

Region Östergötland och specialitetsföreningen lyfter fram socialmedicin jämfört med andra läkarspecialiteter och folkhälsovetare.

Detta är något som Socialstyrelsen ser kan förtydligas i nuvarande målbeskrivningar.

### *Samverkan med fler av samhällets aktörer för att bidra till en jämlik hälsa*

Något som har lyfts fram under utredningen är att specialistläkare i socialmedicin har bättre förutsättningar att samverka med andra läkare än övriga yrkesgrupper. De skulle även kunna identifiera behov av och initiera samverkan med fler av samhällets aktörer, som skolan och socialtjänsten.

Det är svårt att dra några generella slutsatser om hur det förhåller sig i praktiken jämfört med andra yrkesgrupper, som t.ex. folkhälsovetare. Socialstyrelsen bedömer ändå att det är en aspekt som är värd att lyfta fram i framtida ändringar av målbeskrivningarna, särskilt med tanke på den pågående omställningen till en god och nära vård, som aktualiserar behovet av samverkan.

### *Målbeskrivningarna innehåller daterade krav på klinisk kompetens*

Som beskrivits ovan har socialmedicin över tid förflyttat sig bort från det patientnära kliniska arbetet. I utredningen har aktörer, främst specialitetsföreningen, betonat att socialmedicinaren inte behöver klinisk kompetens. Däremot behövs, menar man, *erfarenhet* av att arbeta kliniskt. I den specialitetsspecifika delen av målbeskrivningen för socialmedicin finns idag ändå ett delmål som handlar om kliniskt arbete. Socialstyrelsen gör bedömningen att detta delmål kan tas bort. I och med att BT numer ingår som en obligatorisk del av ST, oberoende av specialitet, kommer läkaren ändå att ha den efterfrågade kliniska erfarenheten.

- Målbeskrivningarna innehåller vissa daterade formuleringar
- Vissa av målbeskrivningarna innehåller daterade formuleringar. Det gäller framförallt begrepp så som ”marginaliserade grupper” där experter som vi har intervjuat har identifierat mer lämpade formuleringar.

### *Tänkbara effekter av ändringar i målbeskrivningarna*

Flertalet aktörer som vi har intervjuat har påtalat en okunskap hos regionerna om vad en specialist i socialmedicin kan bidra med jämfört med andra läkarspecialiteter och yrkesgrupper. Det är framförallt specialitetsföreningen som lyfter okunskap som en orsak men det speglas även av t.ex. Region Östergötland.

Ändringar i målbeskrivningarna skulle, enligt Socialstyrelsens bedömning, främst medföra kommunikativa effekter. De skulle alltså göra det tydligare för regionerna vad en specialist i socialmedicin kan bidra med.

### *Ett tydligare beslutsunderlag för att bedöma behovet av framtida specialister i socialmedicin*

Målbeskrivningarna för ST anger vilken kompetens som en specialistläkare i en specifik specialitet ska ha. Socialstyrelsen bedömer att de på så sätt kan

bidra till en förståelse för vilken kompetens man kan förvänta sig av en läkare inom en viss specialitet. Målbeskrivningarna kan därför, utöver att användas i utformning av utbildning och bedömning av kompetens inom ST, fungera som ett stöd för planering av kompetensförsörjningsinsatser. Ett tydliggörande av den socialmedicinska kompetensen i målbeskrivningarna kan alltså bidra till att regionerna ges ett tydligare beslutsunderlag när de ska bedöma behovet av framtida läkarresurser.

De tänkbara kommunikativa effekterna är tillräckliga för att Socialstyrelsen ska bedöma att det är ändamålsenligt att ändra målbeskrivningarna, men det är för tidigt att bedöma hur ändringarna kan bidra till att stärka den socialmedicinska specialiteten som helhet.

# Sammanfattning av slutsatser

Sammanfattningsvis bedömer Socialstyrelsen att såväl en namnändring – att specialiteten byter namn till *socialmedicin och folkhälsa* – som vissa ändringar i målbeskrivningen skulle kunna stimulera till att fler ST-platser tillsätts i specialiteten socialmedicin. Båda insatserna skulle då syfta till att förtydliga specialitetens särart. På så sätt skulle regionerna kunna ges ett tydligare beslutsunderlag vid tillsättning av ST-platser. Myndigheten avser att göra ändringar i föreskrifterna och de allmänna råden om läkarnas ST, inklusive i målbeskrivningen för socialmedicin, i enlighet med detta. Myndigheten bedömer däremot att det inte vore ändamålsenligt med en ändring i specialitetsindelningen.

## Ytterligare synpunkter har kommit in

Ovanstående slutsatser tar sin utgångspunkt i uppdragets utformning och avgränsning. Under utredningen har det dock framförts synpunkter som inte tillvaratagits i detta arbete eftersom de faller utanför regeringsuppdraget. Bland annat ser specialitetsföreningen ett behov av att också ansvaret för ST i socialmedicin utreds – kanske borde det istället åläggas en statlig myndighet, menar de, och efterlyser en nationell satsning och utökade medel till utbildningen. De efterfrågar även att antalet specialisttjänster ska utökas, eventuellt genom krav på socialmedicinsk kompetens på vissa befattningar.<sup>23</sup>

---

<sup>23</sup> Skrivelse inlämnad till Socialstyrelsen i Uppdrag om tillgång och efterfrågan på legitimerade yrkesutövare i hälso- och sjukvården m.m. dnr S2019/05315/R.



# Bilaga 1. Förteckning över intervjuade.

Anna Sarkadi, professor i socialmedicin, institutionen för folkhälso- och vårdvetenskap, Uppsala universitet

Margareta Kristenson, professor emerita i socialmedicin och folkhälsovetenskap, Linköpings universitet, överläkare i Socialmedicin, Region Östergötland.

Maria Rosvall, professor i socialmedicin, institutionen för medicin, Göteborgs universitet

Cecilia Magnusson, läkare och professor Karolinska institutet, verksamhetschef Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm

Joanna Stjernschantz Forsberg, läkare och specialist i socialmedicin, Region Stockholm

Lena Lundgren, hälso- och sjukvårdsdirektör, Region Östergötland

Maria Elgstrand, verksamhetschef, Folkhälso- och statistikenheten, Region Östergötland

Susanne Högberg, folkhälsochef, enhetschef Folkhälsoenheten, Region Jämtland Härjedalen

Sofia Edvinsson Sollander, ST-läkare i barn- och socialmedicin, Region Jämtland Härjedalen

Kristina Sundquist, professor i allmänmedicin, Region Skåne

Bo Burström, professor i socialmedicin, Karolinska Institutet

Hampus Holmer, ST-läkare i socialmedicin, postdoktor, Karolinska Institutet

Sahar Nejat, barnhälsovårdsöverläkare och folkhälsovetare, Region Stockholm

Birger Forsberg, docent i internationell hälsa, läkare och specialist i socialmedicin, SLL

Anna Bessö, chef Avdelningen för livsvillkor och levnadsvanor, Folkhälsomyndigheten

Charlotte Kask, handläggare, enheten för HR, Folkhälsomyndigheten

Anna-Clara Olsson, utredare, Avdelningen för arbetsgivarpolitik, Sveriges Kommuner och Regioner

Michael Bergström, senior rådgivare, Avdelningen för vård och omsorg, Sveriges Kommuner och Regioner