

Den socialmedicinska specialisten - en viktig aktör i utvecklingen av en hälsoorienterad hälso- och sjukvård.

Margareta Kristenson

Professor i socialmedicin och folkhälsovetenskap, Institutionen för Medicin och Hälsa, Hälsouniversitetet, Linköpings universitet, Nationell Koordinator för det svenska nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HFS). E-post: Margareta.Kristenson@liu.se

Visionen om den hälsofrämjande hälso- och sjukvården är att skapa en effektivare vård genom att fokusera på dess uppdrag, att skapa hälsa, att utveckla sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser för patienter, stärka befolkningsinriktade insatser samt använda målorientering som ledningsstrategi. Efter riksdagsbeslutet 2003 med Målområde 6, "En mer hälsofrämjande Hälso- och sjukvård" har denna vision tydliggjorts i olika policydokument och det svenska HFS-nätverket växer. Kompetensbehovet för att utveckla den hälsofrämjande hälso- och sjukvården har klara paralleller med socialmedicinarens kompetensområde och innefattar epidemiologi, hälsans bestämningsfaktorer, hälso- och sjukvårdssystemet samt planering, implementering och utvärdering av sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser på individ, grupp och samhällsnivå. Socialmedicinaren är här unik genom att koppla medicinsk kompetens till dessa ämnesområden och därmed kunna vara en gränsöverskridande aktör.

The vision of Health Promoting Health Services is a more effective health service by using health orientation as a leadership strategy and developing disease preventing and health enhancing interventions. After the decision in the Swedish Parliament 2003 on "A more health oriented health service" this vision is stated in policy documents and the Swedish HPH network growing. The competences needed for this development have clear parallels to what is stated for specialists in Public Health; knowledge in epidemiology, health determinants, health systems, planning, implementation and evaluation of disease preventing and health enhancing interventions. While many professions are needed in this work, medical specialists in Public Health are unique by linking medical competence to these areas, thus becoming cross border actors.

Hälsoorientering av hälso- och sjukvården, vad och varför

En hälsoorienterad hälso- och sjukvård fokuserar på i vilken mån hälso- och sjukvårdens samlade insatser bidrar till bättre hälsa, för den enskilde och för befolkningen, i termer av minskad dödlighet och sjuklighet, förbättrad funktionsförmåga samt hälsorelaterad livskvalitet (1). Denna, till synes självklara ansats, är emellertid inte alltid i fokus i debatten om hälso- och sjukvårdens mål och kvalitet.

Skälen för en mer hälsoorienterad hälso- och sjukvård har blivit allt starkare under senare år. Detta beror, dels, på demografiska förändringar och dess effekter på sjukdomspanorama. En ökad andel av hälso- och sjukvårdens patienter har sjukdomar som inte botas utan som är långvariga, ofta livslånga, och vården möter allt fler äldre och multisjuka. Detta ställer ökade krav på hur man kan utveckla hälsofrämjande insatser för att minska sociala, och psykosociala, konsekvenser av sjukdom och ohälsa. Vi ser stigande inkomstskillnader, ökande arbetslöshet, och en utveckling mot sjukdomar med tydliga sociala bakgrundsfaktorer och en ökande psykosocial ohälsa. Samtidigt har kunskapsutvecklingen kring hälsans bestämningsfaktorer och det vetenskapliga kunskapsunderlaget vad gäller möjlighet att förebygga sjukdom, såväl sekundärpreventivt som primärpreventivt också ökat markant under det senaste decenniet. I Socialstyrelsens Hälso- och Sjuk-

vårdsrapport 2009 anger man i sin slutsats ” att utjämna skillnaderna i livslängd och sjuklighet är en av de allra viktigaste utmaningarna för sjukvården och för välfärdsamhället som helhet” (2). Man lyfter också behovet av en hälsoorientering av vården som ett sätt att minska skillnader i hälsa, men också för att öka hälso- och sjukvårdens effektivitet.

Health Promoting Hospitals – en vision utvecklad av WHO

Vid WHO's Ottawakonferensen 1986 diskuterades hur man kunde skapa bättre samhällsförutsättningar för hälsan. I dess slutdokument ”Ottawamanifestet” anges som en viktig del att ”reorientera sjukvården mot hälsoresultat”, och man talade om att ”öppna sjukhusens väggar” (3). WHO:s vision och modell om hälsofrämjande sjukhus utvecklades efter Ottawakonferensen. Målet var, och är, att utveckla vårdens innehåll för att bättre kunna motsvara samhällets behov, möta ett ändrat sjukdomspanorama och nya hot mot hälsoutvecklingen samt att bättre hushålla med existerande resurser. Man såg en vinnar-vinnar situation genom att låta folkhälsoarbetet och sjukvården mötas (1).

Iden formulerades, först, som det hälsofrämjande sjukhuset. I Alma Ata deklARATIONEN hade man tydliggjort betydelsen av primärvårdens utveckling och i denna vision innefattades primärvårdens folkhälsouppdrag. Emellertid såg man att folkhälsoarbetet, för

att få full styrka, också behövde stöd från sjukhusen, i form av dess kunskaper, men också dess prestige och kontaktyta. Således var, å ena sida, målet att medicinsk kompetens skulle stärka folkhälsoarbetet, och man ville stärka hela hälso- och sjukvårdens bidrag i befolkningsinriktade insatser.

Den andra delen av visionen gällde sjukhusens effektivitet. Sjukhusen hade, även under denna tid, problem med finansiering och tilltagande klyfta mellan behov och resurser. Man såg nu möjligheten att skapa effektivare hälso- och sjukvård genom att tydliggöra att verksamhetens huvuduppdrag är att, inom givna ramar, skapa bästa möjliga hälsa för de man betjänar. Man såg också behovet av att öka vårdens proaktiva insatser, för att, på kort och lång sikt, minska behovet av sjukvårdande insatser; från minskning av komplikationer och återinsjuknande till fördröjt primärinsjuknande.

Således utvecklades tankarna på att utveckla hälsoorientering som strategi för att utveckla en effektivare verksamhet, utveckla sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser för patienter samt, inte minst, att utveckla arbetsmiljön för den egna personalen (4).

Arbetet ledde till ett internationellt nätverk av Health Promoting Hospitals som initierades av WHO 1996. Det internationella nätverkets namn ändrades 2007 till Health Promoting Hospitals & Health Services, för att tydliggöra behovet av denna utveckling i hela hälso- och sjukvården. Det svenska nätverket Hälsofrämjande

sjukhus (HFS) är en del av det internationella nätverket (5). Det startade 1997 och har idag 28 medlemmar, varav flera är landstingsorganisationer, och innefattar över 60 sjukhus och vårdorganisationer. Analogt med det internationella nätverket är namnet sedan 2008 det svenska nätverket Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer. Nätverket är en ideburen organisation där målet är att skapa ett ömsesidigt lärande. Det viktigaste medlemskravet är en genuin vilja att utveckla en hälsoorienterad verksamhet och arbetet avser utveckling och implementering av denna vision genom konkreta utvecklingsprojekt..

Hälsoorientering – ett regeringsuppdrag, del SKL:s styrdokument och i socialstyrelsens uppföljning av God Vård

I Sverige kan man spåra tankar kring sjukvårdens vidare samhällsansvar till i början av förra seklet och det arbete Axel Höjer genomförde. I slutet av samma sekel utvecklades samma tankar igen när prefixet ”hälso-” lades till sjukvårdslagen 1983. Med detta återkom en mera radikal syn på HoS uppdrag.

Utöver utveckling av krav på kvalitet i vården tillkom dimensioner som ”patienten i centrum”, prevention och samhällsmedicin. Denna ansats utvecklades sedan i det Nationella Folkhälsomål som Riksdagen antog 2003 där dessa tankar utvecklades i målområde 6, ”En mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård” (6). Detta

har ytterligare förstärkts genom den folkhälsopolitiska propositionen från år 2008 (7).

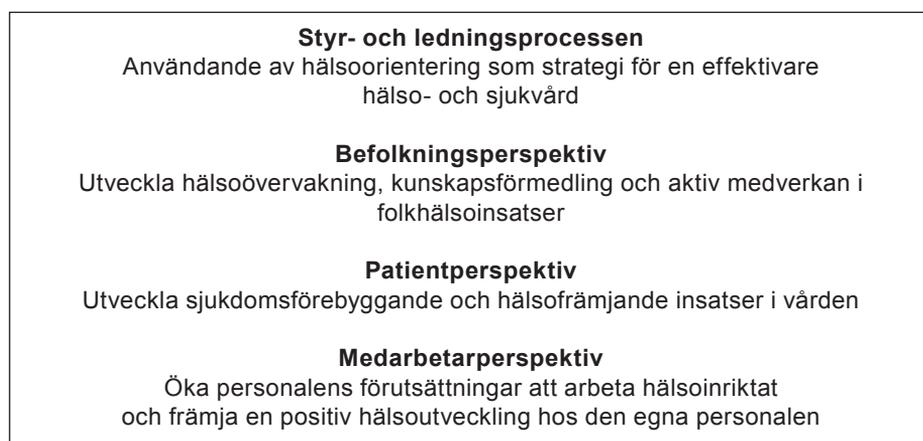
Ansatsen i målområde 6 i de svenska folkhälsopropositionerna har en tydlig koppling till WHO:s vision och modell, och har i det svenska utvecklingsarbetet fått nedanstående struktur (Figur 1). Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) har tagit fram en modell för Hälsa i bokslut för en hälsoorientering i styrning, ledning och uppföljning hälso- och sjukvården som ansluter till denna [8].

Socialstyrelsens Hälso- och Sjukvårdsrapport 2009 lyfter också behovet av en hälsoorientering av vården som ett sätt att minska skillnader i hälsa, men också för att öka hälso- och sjukvårdens effektivitet (2), och en hälsoorientering av hälso- och sjukvården är nu en del i kriterierna för God Vård (9).

Kriteriet för den hälsoinriktade hälso- och sjukvården är således att, utöver bästa evidensbaserade kliniska behandling av sjukdom, också utveckla en mera radikal ansats i termer av sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser för patienter, medarbetare och lokalbefolkning (4).

Vad krävs för att utveckla en hälsoinriktad hälso- och sjukvård?

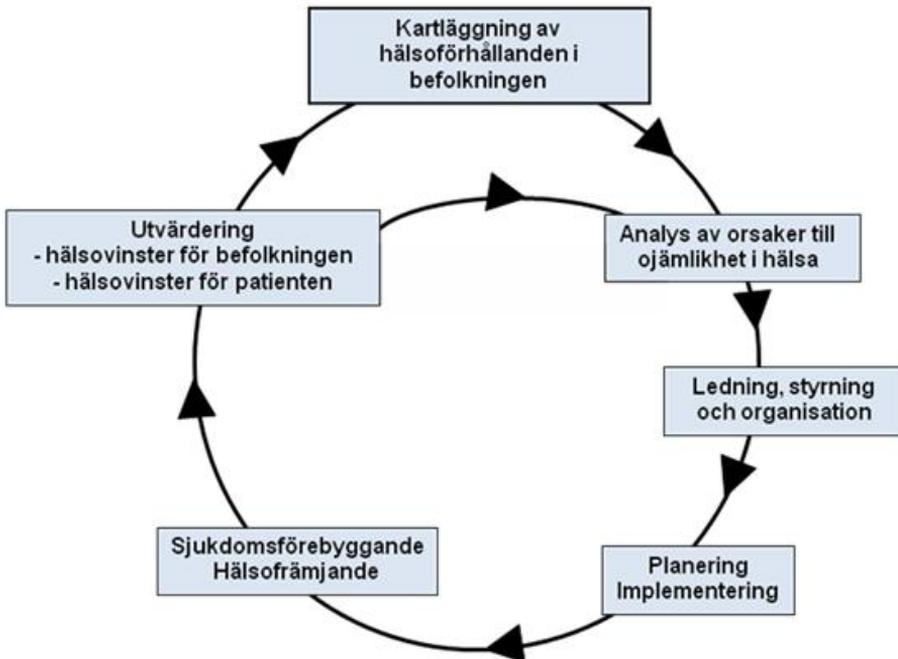
Att utveckla hälso- och sjukvårdens insatser i ett befolkningsperspektiv innefattar insamling och förmedling av kunskap om sjukdomsförekomst och hälsoförhållanden hos befolkningen i det omgivande samhället, om dess bestämningsfaktorer som grund för behovsanalys och prioritering av insatser. Detta kräver kunskap om epidemiologisk metod samt hur ledning och styrning av hälso- och sjukvården kan utvecklas för att styra mot dessa mål.



Figur 1. Modell över de fyra nivåerna av utvecklingsområden som karakteriserar en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård.

Utvecklingen av sjukdomsförebyggande insatser gäller sekundärpreventivt, men också primärpreventivt, för att minska undvikbar sjukdom och skada, och innefattar kunskap om metoder för sjukdomsförebyggande insatser på individ, grupp och befolkningsnivå, om dess planering, implementering och utvärdering. Exempel är implementering av metoder för att främja goda levnadsvanor, t ex rökslutarstöd inför operation för att minska operationskomplikationer, fysisk aktivitet på recept, i primärvård och på sjukhus, tvärsektorielt samarbete för att minska övervikt hos barn och skaderegistrering på sjukhusens akutmottagningar och förmedling av

denna kunskap till kommunerna som grund för skadeförebyggande insatser. Det hälsofrämjande perspektivet innebär att utveckla sin förmåga till helhetssyn och empowermentorienterade strategier i patientbehandling och vård, för att hjälpa patienter, särskilt långvarigt sjuka, att leva med bästa möjliga hälsorelaterade livskvalitet. Det kräver en utveckling av hälso- och sjukvårdens resultatuppföljning utifrån multidimensionella mått som innefattar patientrapporterade resultat. (Se modell beställarcykeln, Figur 2).



Figur 2. Behovscykeln illustrerar centrala dimensioner i hälso- och sjukvårdens planering, utveckling och utvärdering (insatser exklusive sjukdomsspecifik behandling). Den socialmedicinska kompetensens delar i detta illustreras i kommande text.

Vilken kompetens har socialmedicinaren vad gäller att utveckla en hälsoinriktad hälso- och sjukvård?

Ut textunderlaget till kraven för specialistkompetens som socialmedicinsk läkare framgår att; ”Det socialmedicinska ämnesrådets fyra huvudsakliga kompetensområden är epidemiologi, hälso- och sjukvårdsforskning, administrativ medicin samt hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete och folkhälsoarbete. Denna kompetens utgör en viktig resurs i planering, organisation, utveckling och utvärdering av hälso- och sjukvård” (10, 11).

Delområden innefattar att kunna kartlägga, följa och analysera hälso- läget och bestämningsfaktorer för hälsa och sjukdom i befolkningen, att planera, implementera och utvärdera hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser, god kunskap om ledning, styrning, organisation och hälsoorientering av hälso- och sjukvård, om hälsoekonomiska metoder och deras tillämpning, av undervisning och andra former av kunskapsspridning (11).

Som framgår av tabell 1 finns det en slående parallellitet mellan dimensionerna i den hälsofrämjande hälso- och sjukvården och kompetensprofilen för den socialmedicinska specialisten. Självfallet är en rad andra yrkeskategorier viktiga aktörer inom dessa fält, såsom folkhälsovetare, epidemiologer, beteendevetare, ekonomer, kliniskt verksamma specialistläkare, sjukskö-

terskor mfl.

Det unika med den socialmedicinska kompetensen är att den kopplar medicinsk kompetens till kunskap i epidemiologi, beteendevetenskap och organisationskunskap, och därmed innebär en gränsöverbryggande kompetens.

Behövs en överbryggande kompetens?

Historiskt har det funnits en klyfta mellan folkhälsoarbete och sjukvård. Denna har uttryckts i termer av kompetens, syn på uppdrag och, i många länder, helst skilda organisationer. Denna klyfta kan, i vårt land, återföras till begreppet hälso- och sjukvård där hälsoprefixet av många uppfattas innebära folkhälsoinsatser, som ska ske utanför den ”riktiga” sjukvårdens ram. Det har funnits en bild av att medicinsk vård skall ägna sig åt sjukdomsspecifik behandling men inte åt prevention liksom att folkhälsoinsatser inte behöver medicinsk kunskap (4,12).

Visionen om den hälsoinriktade hälso- och sjukvården vill bryta denna klyfta, för att istället skapa synergi-effekter. Vi vet idag att sjukdomsbehandlande insatser blir effektivare om de sker i ett holistiskt perspektiv, att preventiva insatser ofta är kostnadsbesparande, men också att de, i många fall måste ske - eller starta - på sjukhuset. Vi vet också att folkhälsoinsatser kräver kunskap om sjukdomar och deras grundorsaker. I alla delar måste specialister finnas, men socialmedi-

Tabell 1. Jämförelse av centrala dimensioner i utvecklingen av hälsoorientering av hälso- och sjukvården (a,b,c) med kompetenskrav för socialmedicinsk specialist (Delmål 1-10)

a) Styr och ledningsprocessen

Användning av hälsoorientering som strategi för en effektivare hälso- och sjukvård

Socialmedicinsk kompetens;

Behärska tillämpning av hälsoekonomiska metoder samt ha kunskap om ledning, styrning och organisation av hälso- och sjukvården (Delmål 4).

b) Befolkningsperspektiv

Utveckla hälsoövervakning, kunskapsförmedling och aktivt medverka i folkhälsoinsatser.

Socialmedicinsk kompetens

Behärska kartläggning och analys av hälsoläget och bestämningsfaktorer för hälsa och sjukdom i befolkningen (Delmål 1)

Behärska analys av orsaker till ojämlikhet i hälsa och handlägga åtgärder mot ojämlikhet i hälsa (Delmål 2)

Behärska planering, implementering och utvärdering av sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser på samhällsnivå. (Delmål 7,8)

c) Individ och patientperspektiv

Utveckla sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser inom hälso- och sjukvården

Socialmedicinsk kompetens

Behärska planering, implementering och utvärdering av sjukdomsförebyggande insatser på individ och grupp nivå (Delmål 8).

Behärska planering, implementering och utvärdering av hälsofrämjande insatser på individ och grupp nivå (Delmål 7).

Övergripande mål; Utveckling av en mer hälsofrämjande sjukvård

Socialmedicinsk kompetens

Kunna handlägga förbättringsarbete med inriktning mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvården (Delmål 5)

Specifika mål, som kan härledas till skrivningar i Målområde 6 kring ansvar att identifiera och agera vad gäller "sårbara grupper"

Behärska hälsoutvecklingen i samhällets marginaliserade grupper samt ha kännedom om socialtjänstens arbete och metoder (Delmål 3).

Behärska tillämpning av socialförsäkringssystemet och försäkringssystemet samt ha kunskap om de sociala konsekvenserna av sjukdom och ohälsa (Delmål 6).

Kunna handlägga vanliga akuta och kroniska sjukdomar, särskilt hos marginaliserade grupper (Delmål 10).

Generell områdeskunskap

Ha kännedom om internationella socialmedicinska projekt (Delmål 9)

Behärska samhällsvetenskaplig, beteendevetenskaplig och medicinsk forskning om mekanismer för hälsa och sjukdom (Delmål 11).

cinaren, som generalist med brobyggande systemkunskap är en angelägen katalysator och resurs.

Har socialmedicinaren relevant kompetens- i praktiken?

Socialmedicinare återfinns bland centrala svenska forskare kring ledning och styrning av hälso- och sjukvården, och är ofta anlitade som experter. Vid förra årets riksstämma ordnade socialmedicinsk förening ett sektionssymposium om ”Evidensbaserad ledning och styrning av hälso- och sjukvården”, som var mycket välbesökt, expertgruppen för nationella kvalitetsregister består till stor del av socialmedicinare och i debatter om hur nya reformer, t ex vårdval, påverkar hälsan har socialmedicinare varit flitigt anlitade experter.

Engagemanget för marginaliserade grupper, särskilt hemlösas situation, drivs av specialister i socialmedicin. Flera avhandlingar från socialmedicinare avser hur man kan främja hälsa och förebygga sjukdom, särskilt sådan som är relaterad till stress, levnadsvanor och missbruk av alkohol och droger. I arbete med nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande insatser vad gäller tobak, alkohol, mat och fysisk aktivitet, liksom öppna jämförelser av folkhälsoinsatser har en rad socialmedicinare haft centrala expertuppdrag. Socialmedicinare har ofta uppdrag att utvärdera insatser, och där bidragit med metoder att värdera resultat i termer av självskattad hälsa. Kartläggning och analys av hälsolä-

get och bestämningsfaktorer för hälsa och sjukdom i befolkningen liksom epidemiologiska studier leds, ofta, av socialmedicinare, särskilt sådana studier där fokus är på klasskillnader i hälsa. Förebyggande insatser i form av skaderegistrering och Safe Communities är skapade av socialmedicinare. Socialmedicinska specialister är starkt representerade i samhällsvetenskaplig, beteendevetenskaplig och medicinsk forskning om mekanismer för hälsa och sjukdom.

Vi behöver fler, unga, socialmedicinare!

Socialmedicinaren behövs, och dess kunskap är idag alltmera relevant. Men, de som finns idag är få, och många närmar sig pensionsålder. Det är därför angeläget att snarast, skapa nya ST tjänster, och sluttjänster för den unga generationen!

Sammanfattning

Kompetensbehovet för att utveckla den hälsofrämjande hälso- och sjukvården har klara paralleller med socialmedicinarens kompetensområde och innefattar epidemiologi, hälsans bestämningsfaktorer, ledning och styrning av hälso- och sjukvårdssystemet samt planering, implementering och utvärdering av sjukdomsprevention och hälsofrämjande på individ, grupp och samhällsnivå. Socialmedicinaren är i detta unik genom att koppla medicinsk kompetens till dessa ämnesområden och därmed vara en gränsöverskridande aktör.

Referenslista

1. World Health Organisation. Budapest Declaration. Copenhagen; WHO Europe; 1991.
2. Socialstyrelsen. Hälso- och Sjukvårdsrapport 2009. Stockholm, Socialstyrelsen; 2009.
3. World Health Organisation. Ottawa Charter for Health Promotion
Copenhagen; WHO Europe; 1986.
4. WHO Regional Office for Europe. Health Promoting Hospitals Network Document; aims, concept, strategies and possibilities for participation in the International Network of Health Promoting Hospitals. General Information. Copenhagen; WHO Europe; 1993.
5. Hälsofrämjande sjukhus och vårdorganisationer (HSF) webbplats. Tillgänglig på: <http://www.natverket-hfs.se>.
6. Proposition 2002/02:35. Mål för folkhälsan.
7. Proposition 2007/08:110. En förnyad folkhälspolitik.
8. Sveriges Kommuner och Landsting, Hälsa i bokslut - indikatorer för en hälsoorientering i styrning, ledning och uppföljning av hälso- och sjukvården., ed. Sveriges Kommuner och Landsting, 2005.
9. Socialstyrelsen. God Vård 2009. Stockholm, Socialstyrelsen; 2009.
10. Säkerställd socialmedicinsk kompetens inom svensk hälso- och sjukvård. Rapport om den socialmedicinska specialistkompetensen för läkare. Socialstyrelsen 2005.
11. Läkarnas specialiseringstjänstgöring. SOSFS 2008:17. Socialstyrelsen 2008.
12. Statens Folkhälsoinstitut, På väg mot en mer hälsofrämjande hälso- och sjukvård. Sammanfattning av utredningsförslag, proposition, riksdagsbeslut , indikatorförslag och exempel på tillämpning. 2004.