



NATIONELLT CURRICULUM I SOCIALMEDICIN FÖR LÄKARPROGRAMMET

2019

Svensk Socialmedicinsk Förening

Antagen: 2019-10-16

Bilaga 3 reviderad: 2020-05-29

Förord

Socialmedicin ingår på alla läkarutbildningar i Sverige och i det sexåriga läkarprogrammets nya målbeskrivning är 11 av de 23 målen direkt relevanta för socialmedicin. Det är upp till respektive lärosäte att inom ramen för övergripande mål besluta vad som ingår i de socialmedicinska momenten och därefter utforma lärandeaktiviteter och examinationer. Som en konsekvens av detta har undervisning och lärandemål sett olika ut vid olika lärosäten. Syftet med att ta fram ett nationellt curriculum i Socialmedicin är att harmonisera det socialmedicinska innehållet inom det nya sexåriga läkarprogrammet

Arbetet med att skapa ett nationellt curriculum i Socialmedicin har pågått under flera år. I Stockholm påbörjades 2018 en översyn av den socialmedicinska undervisningen på läkarprogrammets samtliga terminer. I samband med detta initierades även kontakt med andra lärosäten, för att socialmedicinskt ansvariga på olika läkarprogram skulle få möjlighet att utbyta erfarenheter. Det blev tydligt att det finns många goda exempel på undervisning inom socialmedicin.

Svensk Socialmedicinsk Förening (SSF) har parallellt med detta sett ett ökat behov av ett nationellt curriculum i ämnet. Ett sådant curriculum, som läggs fram i denna skrift, bör inte detaljstyra respektive lärosätes undervisning, utan vara en gemensam standard som förtydligar vad SSF ser som grundläggande inom utbildningen för läkarstudenter. Arbetsprocessen som ligger bakom beskrivs i detalj i metod-delen som återfinns i bilaga 1.

Detta nya curriculum i socialmedicin utgår från målen för det nya sexåriga läkarprogrammet. Det innebär att det kan användas i det pågående arbetet med att uppdatera och anpassa socialmedicinsk undervisning till det nya programmet. Arbetet har projektletts av David Ebbevi, vid Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, med stöd från Anna-Theresia Ekman, vid Institutionen för folkhälsa, Karolinska Institutet, och Knut Lönnroth, vid Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin. Dokumentet revideras löpande vid behov, förbättringsförslag och allmänna synpunkter mottages tacksamt till david.ebbevi@sll.se.

För att underlätta kunskapsutbyte mellan lärosäten arbetar SSF för att upprätta digitala hjälpmedel, där lärandeaktiviteter och examinationsmaterial kan delas mellan lärare aktiva inom den socialmedicinska utbildningen. Detta arbete förväntas ge ökade möjligheter till en god och likvärdig socialmedicinsk utbildning i hela Sverige.

Anna Sarkadi
Ordförande
Svensk Socialmedicinsk Förening

Måldokument för nationellt socialmedicinskt curriculum

Nedanstående mål behandlar den socialmedicinska kunskap som bör återfinnas hos legitimerade läkare. I läkarprogrammets nya målbeskrivning finns 23 mål, av vilka 11 är direkt relevanta för socialmedicin. Nedan har den ursprungliga numreringen i författningen bevarats för tydlighet. Då undervisningens upplägg kan se olika ut behöver inte samtliga mål falla på den socialmedicinska ämnesföreläsaren, till exempel skulle mål 17.2 om relevanta intyg kunna behandlas tillfredställande av primärvårdsundervisningen. Läkarprogrammet som helhet bör dock avhandla och examinera samtliga nedanstående mål. Målen om försäkringsmedicin ska ses som ett komplement till SKLs mer detaljerade mål (Bilaga 2). Förtydliganden och kommentarer återfinns i Bilaga 3. Där finns också kapitelhänvisningar till boken *Socialmedicin: individ, hälsa och samhälle* (Allebeck, Burström, Hensing, Kristenson, 2015).

Kunskap och förståelse

Mål från läkarprogrammet	Specifika mål
5. visa kunskap om, och förståelse för förhållanden i samhället som påverkar hälsan för individer och olika grupper ur ett nationellt och globalt perspektiv	Låg abstraktionsnivå 5.1. Beskriva hälsans bestämningsfaktorer på olika nivåer (proximala och distala, strukturella och individuella) och deras relation till hållbar utveckling. 5.2. Förklara epidemiologiska begrepp, begreppen hälsa och sjukdom, tolka information om sjukdomsburda och beskriva utveckling av hälsa och sjukdom över tid, inklusive fördelning och skillnader mellan och inom länder samt mellan olika grupper (särskilt ålder, kön och socioekonomisk situation).
	Hög abstraktionsnivå 5.3. Jämföra hur olika samhällssystem och människors livsvillkor samvarierar med hälsans utveckling och bidrar till risk för sjukdom och möjligheter till hälsa lokalt, nationellt och globalt. 5.4. Reflektera över hur insatser på olika samhällsarenor samt i välfärdssystem i Sverige och andra länder kan främja hälsa och minska skillnader i och konsekvenser av ohälsa mellan grupper med olika livsvillkor.
6. visa kunskap om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer	Låg abstraktionsnivå 6.1 Återge frekvens och klinisk bild för våld i nära relationer.
	Hög abstraktionsnivå 6.2 Analysera orsaker till och preventiva åtgärder mot våld i nära relationer.
7. visa kunskap om hälso- och sjukvårdssystem i Sverige, inbegripet deras organisation och styrning, och kännedom om sådana system i andra länder	Låg abstraktionsnivå 7.1 Förklara hur organisering, ersättnings- och styrningsmodeller i Sverige kan påverka klinisk handläggning och jämlik vård. 7.2 Förklara hur hälso- och sjukvården organiseras, finansieras, styrs och följs upp i Sverige, samt ge exempel på hälso- och sjukvårdssystem globalt.

samt visa förståelse för strategier för likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård	Hög abstraktionsnivå 7.3 Analysera global hälso- och sjukvård ur perspektivet jämlik vård. 7.4 Tolka basala hälsoekonomiska utvärderingar, med särskild kännedom om undersökningens felkällor.
8. visa kunskap om patientsäkerhet, kvalitet och prioriteringar i hälso- och sjukvården samt om metoder för att utvärdera medicinsk verksamhet	Låg abstraktionsnivå 8.1 Tillämpa principerna i prioriteringsutredningens etiska plattform. 8.2 Beskriva olika metoder för patientsäkerhets- och kvalitetsarbete.
	Hög abstraktionsnivå 8.3 Analysera resultat från hälsosystemforskning.
9. visa kunskap om relevanta författningar	Låg abstraktionsnivå 9.1 Redogöra för innehållet i relevant svensk författning.
	Hög abstraktionsnivå 9.2 Analysera innebörden av svensk författning för hälso- och sjukvårdssystemet, med särskilt beaktande av läkare och patienters skyldigheter och rättigheter.

Färdighet och förmåga

Mål från läkarprogrammet	Specifika mål
13. visa fördjupad förmåga att självständigt diagnostisera de vanligaste sjukdomstillstånden ur patofysiologiskt och psykosocialt samt andra relevanta perspektiv och i samverkan med patienten handlägga dessa	Låg abstraktionsnivå 13.1 Tillämpa en helhetssyn på hälsa och sjukdom med förståelse av hur psykosociala och socioekonomiska faktorer påverkar sjukdom och hälsa, samt hur hälsa och sjukdom påverkar personers livssituation, produktionsförmåga och livskvalitet. 13.2 Självständigt bedöma funktion och aktivitetsbegränsning vid sjukdom.
	Hög abstraktionsnivå 13.3 Anpassa kliniska, individuella konsultationer och gruppövningar efter patientens och närståendes behov, kulturellt, psykosocialt och utifrån hälsolitteracitet samt främja patientens tillit och tilltro till sin förmåga. 13.4 Anpassa individuella konsultationer med känslighet för särskilda behov såsom våld i nära relationer. 13.5 Beakta hur aspekter relaterade till arbete, familjesituation, socioekonomiska förhållanden, kultur, attityder och värderingar kan påverka en person och dennes hälsa kopplat till sjukfrånvaro, sjukskrivning och rehabilitering. 13.6 Analysera förutsättningar och former för rehabilitering och återgång till arbete efter sjukskrivning. 13.7 Utforma en vårdplan tillsammans med patienten, beakta betydelsen av detta och dokumentera enligt gällande författningar.
14. visa förmåga att initiera och medverka i hälsoinriktat och sjukdomsförebyggande arbete för enskilda och grupper samt att redogöra för hur sådant arbete bedrivs på samhällsnivå	Låg abstraktionsnivå 14.1 Förklara de viktigaste riskfaktorerna för och skyddande resurserna mot sjukdom och ohälsa i befolkningen, och hur de skiljer sig mellan olika grupper. 14.2 Delta i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete på gruppnivå.
	Hög abstraktionsnivå 14.3 Argumentera för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete på samhällsnivå. 14.4 Självständigt utföra sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser på individnivå. 14.5 Anpassa hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete till individers/gruppers förutsättningar. 14.6 Identifiera och värdera etiska frågeställningar kring primär- och sekundärprevention av viktiga sjukdomar.
17. visa förmåga till ledarskap och interprofessionellt samarbete såväl inom hälso- och sjukvården som med professioner inom andra delar av samhället	Låg abstraktionsnivå 17.1 Samverka med patienten och andra relevanta aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen. 17.2 Utfärda relevanta medicinska utlåtanden och intyg 17.3 Redogöra för fördelarna med och beskriva hur man kan genomföra vårdplaneringar tillsammans med andra vårdprofessioner och samhällsaktörer på ett sätt som ger patienten en central roll.
	Hög abstraktionsnivå 17.4 Behärska interprofessionella samarbeten med andra vårdprofessioner och relevanta aktörer.
	Låg abstraktionsnivå

18. visa förmåga att initiera, medverka i och genomföra förbättringsarbete samt visa sådan färdighet som fordras för att delta i forsknings- och utvecklingsarbete	18.1 Under handledning utveckla och genomföra kvalitetsförbättringsprojekt i hälso- och sjukvården. Hög abstraktionsnivå 18.2 Tillämpa vetenskapliga principer i planering, och genomförande av förbättringsprojekt eller organisationsformer samt vid utvärdering och forskning. 18.3 Värdera förbättringsarbeten och implementeringar av nya arbetssätt i hälso- och sjukvården.
20. visa förmåga att använda digitala verktyg inom såväl hälso- och sjukvården som forsknings- och utvecklingsarbete	Låg abstraktionsnivå 20.1 Redogöra för principer för digital informationshantering inom hälso- och sjukvården. 20.2 Förklara hur digitala verktyg och arbetssätt kan användas i det hälsofrämjande och sjukdomspreventiva arbetet.
	Hög abstraktionsnivå 20.3 Anpassa rådgivning till patienters användning av digitala verktyg för hälsa och hälsokommunikation utifrån evidens och patientens e-hälsolitteracitet. 20.4 Reflektera över hur digitaliseringen av vården påverkar jämlikhet i hälsa och vård. 20.5 Värdera användningen av digitala verktyg ur ett etiskt och juridiskt perspektiv.

Förhållningssätt

Mål från läkarprogrammet	Specifika mål
22. visa förmåga till ett hälsofrämjande förhållningssätt med helhetssyn på patienten utifrån ett vetenskapligt synsätt och med särskilt beaktande av etiska principer och de mänskliga rättigheterna	Låg abstraktionsnivå 22.1 Tillämpa personcentrerat bemötande och empowermentstrategier i patientmötet.
	Hög abstraktionsnivå 22.2 Reflektera över hur olika perspektiv på hälsa kan påverka vårdens innehåll, etik och patientens rättigheter. 22.3 I kliniskt arbete agera med hänsyn taget till etiska principer, mångfald, integritet, opartiskhet och sekretess. 22.4 I kliniskt arbete agera med utgångspunkt i självkänedom, normkritik, samt uppträda i enlighet med ett hälsofrämjande förhållningssätt och transkulturell lyhördhet. 22.5 I kliniskt arbete uppträda i enlighet med de mänskliga rättigheterna och med förståelse för hållbar utveckling i ett globalt perspektiv.

Bilaga 1- Metod

Detta curriculum har designats med utgångspunkt i konstruktiv länkning (Biggs & Tang, 2011; Elmgren & Henriksson, 2016, s. 55). Det innebär att utbildningen är målstyrd och att lärandeaktiviteter ska stötta studenternas arbete för att uppnå lärandemålen. Detta kontrolleras sedan i examination som designas för att mäta om lärandemålen har uppnåtts. Detta är viktigt eftersom examinationen styr lärandet i högre grad än lärandemålen (Wiiand, 2005).

Arbetet inleddes med utgångspunkt i tre material:

1. Läroboken *Socialmedicin – Individ, hälsa och samhälle* (Allebeck et al, 2015).
2. Ett arbetsmaterial till nationellt curriculum för socialmedicin som togs fram 2005 av seniora ämnesföreträdare vid tillfället. Detta arbetsmaterial nådde inte slutprodukt.
3. De övergripande målen för det sexåriga läkarprogrammet, som trädde i kraft 2019-07-01.

Relevanta mål från det sexåriga läkarprogrammet valdes ut. Diskussion genomfördes i Svensk Socialmedicinsk förening med utgångspunkt i de tre materialen ovan. De relevanta målen från det sexåriga programmet bröts ner i socialmedicinska mål på hög (nivå 4-6) och låg (nivå 1-3) abstraktionsnivå. Målen har formulerats med utgångspunkt i pedagogiska hierarkier för kunskap. Dessa kommer från Anderson, Krathwohl och Bloom (2001) för kunskaper, Simpson (1972) för färdigheter, samt Krathwohl, Bloom & Maisa (1964) för förhållningssätt. I vårt arbete har den svenska översättningen och sammanställningen av Elmgren & Henriksson (2016, s. 156) använts.

I nästa steg bjöds ämnesföreträdare från svenska lärosäten med läkarutbildning in för att lämna kommentarer. Kommentarer lämnades skriftligen och/eller muntligen. Målen justerades. I denna justering och vid diskussion med ämnesföreträdare gavs särskild vikt till att målen skulle vara relevanta, resultatorienterade, tydliga/begripliga, examinerbara, grund för undervisningsplanering, grund för uppföljning och kvalitetssäkring, samt realistiska (Elmgren & Henriksson, 2016, s. 160). Aktiva verb har använts vid formulering av målen.

Konsultation genomfördes även med pedagogiskt ämneskunnig expert. Därefter bröts målen ner ytterligare i förklarande beskrivningar och exempeltolkningar. Innehållet i detta curriculum är av fyra typer (Harden, 1986):

1. Det bidrar direkt till ämnets övergripande syfte. Hit räknas praktiska färdigheter som legitimerade läkare behöver kunna.
2. Det är en byggsten som är *nödvändig* i andra kurser eller i senare delar av curriculumet.
3. Det är en byggsten som *stöttar* förståelse av andra ämnen.
4. Det hjälper legitimerade läkare att utveckla intellektuella färdigheter så som kritiskt tänkande. Hit räknas en bred förståelse av vad kunskapen kommer ifrån.

Lärosäten inbjöds på nytt för att lämna feedback. En särskild genomgång genomfördes också av Svenska läkaresällskapets kommitté för global hälsa. Curriculum slutgranskades sedan av ämnesrepresentanter och ledamöter i Svensk Socialmedicinsk Förening.

Lämnade synpunkter

Synpunkter har lämnats av: Per-Olof Östergren, Lunds universitet; Evalill Nilsson, Sofia Dahlin, Margareta Kristensson, Linköpings universitet; Tobias Alfvén, Anna Mia Ekström,

Knut Lönnroth, Karolinska Institutet; Urban Janlert, Miguel San Sebastian, Umeå universitet; Maria Rosvall, Göteborgs universitet; Anna Sarkadi, Uppsala universitet; Karin Båge, pedagogisk företrädare. Ämnesföreträdare från Örebro universitet har inbjudits lämna synpunkter. Innehållet har också justerats efter synpunkter från SSFs ledamöter. Dokumentet revideras löpande vid behov, förbättringsförslag och allmänna synpunkter mottages tacksamt till david.ebbevi@sll.se.

Referenser

- Allebeck, P., Burström, B., Hensing, G., & Kristenson, M. (2015). *Socialmedicin: individ, hälsa och samhälle*. Studentlitteratur.
- Anderson Lorin, W., Krathwohl, D. R., & Bloom, B. S. (2001). A taxonomy for learning, teaching and assessing: A revision of Bloom's taxonomy of educational objectives. New York: Longman.
- Biggs, J. B., & Tang, C. Teaching for quality learning at university: What the student does. 2011.
- Elmgren, M., & Henriksson, A. S. (2016). *Universitetspedagogik*. Studentlitteratur AB.
- Harden, R. M. (1986). Ten questions to ask when planning a course or curriculum. *Medical education*, 20(4), 356-365.
- Krathwohl, D. R., Bloom, B. S., & Maisa, B. B. (red.). (1964). *Taxonomy of educational objectives: The classification of educational goals: Handbook 2, Affective domain*. New York: Longman.
- Simpson, E. J. (1972). Taxonomy of Educational Objectives. *Handbook 3. Psychomotor Domain*. Washington, DC: Gryphon House
- Wiiand, T. (2005). *Examinationen som vägvisare: högskolestudenters upplevelse av examination i ett longitudinellt perspektiv*. Uppsala universitet.

Bilaga 2 – Sveriges kommuner och landstings nationella curriculum i försäkringsmedicin för läkarprogrammet.

Förväntade lärandemål (learning outcomes) i Försäkringsmedicin

Kunskap och förståelse

Studenten ska vid läkarexamen kunna:

- beskriva socialförsäkringens betydelse ur ett samhälls- och individ-perspektiv
- redogöra för vad en försäkringsmedicinsk bedömning och dokumentation av samband mellan funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning orsakad av sjukdom innebär
- förklara centrala begrepp inom socialförsäkringen
- redogöra för de olika involverade aktörernas uppdrag, roller och ansvar med fokus på sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen
- beskriva betydelsen av samverkan mellan olika aktörer
- redogöra för användandet av intyg och utlåtanden inom olika medicinska specialiteter
- redogöra för hur arbete och arbetsmiljö påverkar hälsa och sjukfrånvaro
- redogöra för hur man kan få tillgång till kunskapsbaserade riktlinjer och evidens som stöd vid sjukskrivning och rehabilitering.

Färdighet och förmåga

Studenten ska vid läkarexamen med stöd av handledning kunna:

- tillämpa relevant lagstiftning, regelverk och riktlinjer vid handläggning av patientärenden som rör sjukskrivning
- göra en hälsomässig riskbedömning för enskild patient i förhållande till försäkringsmedicinska aspekter samt risken för medikalisering och väga detta mot fördelar med sjukskrivning
- bedöma grad och varaktighet av en patients funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning kopplat till bakomliggande sjukdom eller skada samt krav i patientens situation i förhållande till arbete eller studier
- utfärda medicinska utlåtanden och intyg grundat på Socialstyrelsens intygs-föreskrift med stöd av diagnosspecifika rekommendationer i det försäkringsmedicinska beslutsstödet
- använda de övergripande principerna i Socialstyrelsens försäkrings-medicinska beslutsstöd som vägledning vid arbetet med sjukskrivningar samt beakta och värdera Socialstyrelsens rekommendationer för sjuk-skrivning utifrån sjukdomar och tillstånd i förhållande till den enskilda patienten
- utfärda medicinska utlåtanden och intyg utformat på ett språk som är förståeligt för patienter och andra personer utan medicinsk kompetens
- samverka med patienten och andra relevanta aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Värderingsförmåga och förhållningssätt

Studenten ska vid läkarexamen kunna:

- tillämpa ett professionellt förhållningssätt och medvetenhet om läkarens olika roller såväl i relation till patienten som medicinskt sakkunnig och intygsutfärdare avseende socialförsäkringen

- förstå betydelsen av att identifiera och involvera olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården i bedömning och behandling av patientens problem kopplat till sjukskrivning och rehabilitering
- agera med ett professionellt förhållningssätt med hänsyn taget till mångfald, integritet, opartiskhet och sekretess
- uppmärksamma etiska frågeställningar som kan uppkomma i samband med sjukskrivning och rehabilitering
- beakta hur aspekter relaterade till arbete, familjesituation, socio-ekonomiska förhållanden, kultur, attityder och värderingar kan påverka en person och dennes hälsa kopplat till sjukfrånvaro, sjukskrivning och rehabilitering
- beakta aspekter runt jämlikhet, jämställdhet och våld i nära relationer kopplat till ohälsa och sjukskrivning.

Hämtat ur *Kompetensutveckling i försäkringsmedicin: VÄGLEDNINGAR FÖR PLANERING, LEDNING OCH STYRNING*. 2018. Sveriges Kommuner och Landsting.

Bilaga 3: Specificeringar och kommentarer

Curriculumet avhandlar huvudsakligen det resultat som läkarutbildningen ska leda fram till. Därför beskrivs målen nedan i termer av förväntningar på personer som examinerats från läkarutbildningen (dvs läkare). I den mån vi ger råd om undervisningsupplägg används begreppet studenter. Denna bilaga upprättades 2020-05-29, och reviderades senast 2020-05-29. Synpunkter emottages tacksamt till david.ebbevi@sll.se.

5. Visa kunskap om, och förståelse för förhållanden i samhället som påverkar hälsan för individer och olika grupper ur ett nationellt och globalt perspektiv

5.1 Beskriva hälsans bestämningsfaktorer på olika nivåer (proximala och distala, strukturella och individuella) och deras relation till hållbar utveckling.

Hälsans bestämningsfaktorer innebär faktorer och förhållanden som påverkar utvecklingen av och risken för sjukdom och ohälsa, hos individer, i grupper och i befolkningen. Proximala faktorer är individbundna såsom genetik, rökning och blodtryck medan distala faktorer avser individens omgivning/livsmiljön. Begreppen "strukturella och individuella" tydliggör att distala faktorer oftast kan hänföras till samhällsstrukturer. Den biopsykosociala förklaringsmodellen beskriver en hierarkisk modell av bestämningsfaktorer från socioekonomisk situation, via materiella faktorer, psykosociala faktorer i arbetslivet och social omgivning, psykologiska faktorer, levnadsvanor samt biologiska mekanismer för sjukdomsutveckling. Läkare skall ha kunskap om hur dessa faktorer relaterar till social hållbarhet liksom sambanden mellan social, ekologisk och ekonomisk hållbarhet. Därtill beskriva den sociala gradienten i hälsa, samt genusteoretiska förklaringsmodeller.

Kapitel 1-3 i kursboken passar till detta mål.

5.2 Förklara epidemiologiska begrepp, begreppen hälsa och sjukdom, tolka information om sjukdomsbörda och beskriva utveckling av hälsa och sjukdom över tid, inklusive fördelning och skillnader mellan och inom länder samt mellan olika grupper (särskilt ålder, kön och socioekonomisk situation).

Läkare ska kunna förklara begreppen hälsa och sjukdom, liksom basala epidemiologiska mått på hälsa och sjukdom i befolkningen (t.ex. incidens och prevalens), vitalstatistiska mått (t.ex. nativitet, morbiditet och mortalitet inklusive specifika mått som spädbarns- och mödradödlighet och förväntad livslängd), självskattad hälsa och hälsorelaterad livskvalitet, samt sammanvägningsmått på sjukdomsbörda i befolkningen som YLL och YLD (förlorade levnadsår, resp år med nedsatt funktionsförmåga), samt funktionsjusterade levnadsår - DALY (disability adjusted life years). Läkare ska kunna tolka dessa mått vid analyser av sjukdomars fördelning i befolkning, skillnader mellan länder liksom förändring över tid. Läkare ska även kunna förklara grundläggande epidemiologisk studiedesign (kohortstudier, fall-kontroll-, tvärsnitts-, experimentella och kvasi-experimentella studier), sambandsmått (relativ risk, oddskvot, etc.) liksom statistiska mått på osäkerhet i bedömningen, och kunna tolka dessa mått i studier av samband mellan bestämningsfaktorer och mått på hälsa och sjukdom.

Kapitel 1-3 i kursboken passar till detta mål.

5.3 Jämföra hur olika samhällssystem och människors livsvillkor samvarierar med hälsans utveckling och bidrar till risk för sjukdom och möjligheter till hälsa lokalt, nationellt och globalt.

Läkare ska ha grundläggande kunskap om indikatorer på ekonomisk och social utveckling på makronivå (t.ex. BNP per capita, Gini koefficient, fattigdomsmått, och human development index), mått på social position och situation på individnivå (t.ex. utbildning, yrke, inkomst, hälsomkostnad och boendesituation), samt socioekonomiska utfallsmått som funktionsnedsättning, arbetsoförmåga och inkomstbortfall p.g.a. sjukdom.

Läkare behöver kunna beskriva samband mellan samhällssystem och hälsoutveckling i Sverige och globalt, och kunna tolka socialepidemiologiska studier av hur hälsoutvecklingen skiljer mellan länder med olika samhällssystem avseende demokrati-processer, ekonomisk utveckling och fördelning av levnadsstandard, arbetsmiljö, utbildning, liksom sociala trygghetssystem, o.s.v. Läkare ska kunna beskriva orsaker till varför hälsoutvecklingen över tid skiljer kraftigt mellan länder och regioner. Detta innefattar hur hälsan påverkas av sociala och ekonomiska förändringar på samhällsnivå, social och ekonomisk policy, och demografiska förändringar liksom migrationens påverkan på hälsan och de krav detta ställer på hälso- och sjukvården.

Kapitel 5 i kursboken passar till detta mål.

5.4 Reflektera över hur insatser på olika samhällsarenor samt i välfärdssystem i Sverige och andra länder kan främja hälsa och minska skillnader i och konsekvenser av ohälsa mellan grupper med olika livsvillkor.

Målet förutsätter att läkare kan förklara arena-begreppet och dess betydelse som bas för interventioner, utifrån kunskap om hur samhällsarenor påverkar människors livsvillkor och hälsa. De viktigaste arenorna är boendemiljö/stadsplanering, skola, fritid/kultur, arbetsplatsen, samt hälso- och sjukvård och omsorg. Läkare behöver också kunna förklara begreppet "hälsa inom alla politikområden" (Health in all policies); utifrån att livsvillkoren i alla dessa arenor påverkas av politiska beslut.

Detta mål omfattar hur aktörer, i och utanför hälso- och sjukvården och andra välfärdssystem, kan bidra till att främja hälsa och förebygga sjukdom, samt minska skillnader i hälsa och sociala konsekvenser av ohälsa. Målet förutsätter kännedom om välfärdssystemets struktur i Sverige och ansvarsfördelning mellan stat, regioner och kommuner och arbetsmarknadens aktörer med en internationell utblick. Med välfärdssystemets struktur avses bland annat socialförsäkring, arbetsförmedlingen, socialtjänst, vård och omsorg, och skola. Läkare ska kunna förklara hur aktörer är verksamma på olika nivåer (kommunal, regional och nationell nivå). Konkreta exempel på policyåtgärder kan ges utifrån regeringens målområden för folkhälsan.

Här är det även relevant att känna till globala ramverk för hälsa och utveckling, t.ex. FNs mål för hållbar utveckling (Agenda 2030), samt kunna redogöra för hur möjligheten att nå mål 3 (god hälsa och välbefinnande) är kopplat till framsteg gällande övriga mål. Förhållandet mellan de globala målen för hållbar utveckling, deklarationen om de mänskliga rättigheterna och rätten till hälsa är av betydelse. Bland internationella juridiskt bindande konventioner kan tobakskonventionen och International Health Regulation nämnas.

Kapitel 4 i kursboken passar till detta mål.

6. visa kunskap om mäns våld mot kvinnor och våld i nära relationer

6.1 Återge frekvens och klinisk bild för våld i nära relationer

Med våld i nära relationer avses könsbaserat våld, särskilt mäns våld mot kvinnor, och våld mot barn, men även annat våld i intima eller nära relationer. Läkare ska kunna redogöra för huvudsakliga drag i den longitudinella trenden för våld i nära relationer, samt uppskattat mörkertal. Det är också relevant att känna till sambandet mellan våld i nära relationer och vårdkonsumtion. Detta betonas för att läkare behöver känna till hur vanligt förekommande våld är för att vara uppmärksam därefter. Läkare ska känna till hur våld kan te sig kliniskt utöver tecken på fysiskt våld (till exempel som depression eller diffusa smärttillstånd).

Kapitel 8 i kursboken passar till detta mål.

6.2 Analysera orsaker till och preventiva åtgärder mot våld i nära relationer.

Våld bör förstås som det bredare uttrycket våld eller andra övergrepp, dvs inkludera olaga hot, olaga tvång, sexuellt eller annat ofredande, sexuellt utnyttjande, skadegörelsebrott samt överträdelse av kontaktförbud. För att kunna analysera orsaker till våld i nära relationer ska studenten ges kunskap om riskfaktorer för våld, förstå smygande våldstendenser och normaliseringsprocessen. Läkare bör vara införstådda i vad det kan innebära att bryta upp, lämna arbete och bostad för att "gå under jorden". Läkare bör känna till att alla regioner ska ha riktlinjer/vårdprogram enligt socialstyrelsens vägledning.

Läkare ska även känna till barns särskilt utsatta roll, och veta att barn far illa både när de direkt utsätts för våld och när de bevittnar det. Detta är särskilt relevant då den som utövar våldet har samtidigt missbruk. I sammanhanget är barns rätt till en trygg uppväxtmiljö enligt FN:s barnkonvention relevant. Särskild kännedom om hedersrelaterat våld är också relevant.

Kursboken saknar täckning för detta mål.

7. Visa kunskap om hälso- och sjukvårdssystem i Sverige, inbegripet deras organisation och styrning, och kännedom om sådana system i andra länder samt visa förståelse för strategier för likvärdig tillgång till hälso- och sjukvård

7.1 Förklara hur hälso- och sjukvården organiseras, finansieras, styrs och följs upp i Sverige, samt ge exempel på hälso- och sjukvårdssystem globalt.

Läkare behöver ha en grundläggande kunskap av om hur hälso- och sjukvården organiseras, finansieras, styrs och följs upp, nationellt och med exempel från den egna studieregionen. Läkare behöver ha kunskap om skillnader mellan skattefinansiering, finansiering genom socialförsäkringar, privata sjukförsäkringar, privat finansiering ur egen ficka, samt kombinationer. Läkare ska ha kunskap om vilka konsekvenser finansieringen av hälso- och sjukvården får för jämlik vårdtillgång, möjlighet till ekonomi/budgetstyrning och valfrihet.

Läkare behöver ha god kunskap om skillnader mellan olika vårdformer och vårdgivare, primärvård, sjukhusvård, öppen och slutenvård, vårdens finansiering, samt privata vårdgivares del av regionens ekonomiska medel. Läkare bör kunna redogöra för de viktigaste

myndigheterna, samt regionala och lokala organisationer. Detta bör inkludera folkhälsöövervakning samt ansvar för att upphandla vård.

Kapitel 5-7 i kursboken passar till detta mål.

7.2 Förklara hur organisering, ersättnings- och styrningsmodeller i Sverige kan påverka prioriteringar, klinisk handläggning och jämlik vård.

I detta mål bör fokus riktas mot påverkan på läkarens yrkesutövning och praktiska implikationer. Läkare bör ha god förståelse för fasta anslag, kapitering, ersättning per produktgrupp, åtgärdsbaserad ersättning, samt målbaserad ersättning. Läkare ska förstå skillnaden mellan en fast och rörlig ersättning, samt prospektiv och retrospektiv ersättning till vårdgivare. Läkare bör också kunna nämna något system för riskjustering (t ex care need index, eller adjusted clinical groups) och redogöra för implikationerna av riskjustering.

Läkare bör känna till flera typer av styrmedel, till exempel: Nationell lagstiftning, regelstyrning, ekonomi/budgetstyrning, marknadsstyrning, processtandardisering, värdebaserad styrning, och kunskapsstyrning. Lämpliga exempel på tillämpningar är styrning med kostnadsansvar, patientavgifter eller genom vårdgaranti. Läkare ska kunna problematisera styrmedel och förstå varför kombinationer tillämpas. Läkare bör kunna förklara betydelsen av öppna jämförelser och lärande organisationer för jämlik vård.

För att kunna redogöra för inverkan på prioriteringar bör läkare ha god förståelse för de undanträngningseffekter som respektive ersättningsmodell och styrmedel kan medföra. Läkarna ska förstå hälsoimplikationer av kommunens ansvar för viss psykiatrisk vård, ungdomsmottagningar, skola och socialtjänst, inklusive äldreomsorgen.

Kursboken saknar täckning för detta mål.

7.3 Analysera global hälso- och sjukvård ur perspektivet jämlik vård.

Läkare bör kunna förklara innebörden av jämlik vård som självständigt begrepp, mellan och inom vårdgivare med utgångspunkt i diskrimineringsgrunder och internationella ramverk och konventioner för mänskliga rättigheter och rätt till hälsa. För att förstå det svenska hälso- och sjukvårdssystemet krävs kännedom om andra typer av system och hur dessa systems funktion kan påverkas av makroekonomiska förutsättningar, samhällsvärderingar, normer och traditioner.

Läkare behöver ha kunskap om skillnader i hälso- och sjukvårdsresurser (finansiering, personal, infrastruktur, etc) och vårdtillgång mellan länder, som orsakas av ekonomiska förutsättningar och politiska prioriteringar. Vidare bör läkare känna till konceptet Universal Health Coverage (UHC, en del av FNs hållbarhetsmål, #3) samt därtill kopplade modeller för skatte- och socialförsäkringsfinansiering. Läkare ska i grova drag kunna redogöra för vad som ingår. Här kan jämförelser göras med människovärdesprincipen i prioriteringsutredningens etiska plattform och värderingsmålet om de mänskliga rättigheterna. I ett svenskt perspektiv behöver läkare ha kunskaper om förekomst av och orsaker till skillnader vårdens tillgänglighet, kvalitet och resultat mellan vårdgivare och mellan grupper inom vårdgivare, vilka grupper som är särskilt utsatta och möjligheter att minska dessa skillnader.

Kursboken saknar täckning för detta mål.

7.4 Tolka basala hälsoekonomiska utvärderingar, med särskild kännedom om undersökningens felkällor.

Grundläggande för att kunna tolka basala hälsoekonomiska utvärderingar är förståelse för varför hälsoekonomiska utvärderingar görs, vilka perspektiv som kan användas, vad begreppet kostnadseffektivitet innebär, samt kännedom om olika typer av hälsoekonomiska studier, inklusive modelleringsstudier. Läkaren kan med fördel ha insikt i när man väljer vilken analysmetod (av särskild betydelse är kostnadseffektanalys, kostnadsnyttoanalys, samt kostnadsintäktsanalys), ha god förståelse för vilka kostnadskategorier som bör ingå, samt de vanligaste utfallsmåtten som används. QALY (quality adjusted life years) och ICER (incremental cost-effectiveness ratio) bör ingå in särskild detalj. Gällande felkällor kan studentens tidigare kunskap från kurser i epidemiologi och vetenskapsteori användas för att problematisera. Här är antaganden i modelleringsstudier och innebörden av sensitivitetsanalys särskilt viktiga.

Kapitel 6 i kursboken passar till detta mål.

8. visa kunskap om patientsäkerhet, kvalitet och prioriteringar i hälso- och sjukvården samt om metoder för att utvärdera medicinsk verksamhet

8.1 Tillämpa principerna i prioriterings-utredningens etiska plattform.

Läkare bör ha kunskap om den etiska plattformens tre grundläggande principer (Människovärdesprincipen, Behovs- och solidaritetsprincipen, Kostnadseffektivitetsprincipen), samt kunna se sambandet med andra delar av curriculum där dessa begrepp vidrörs (till exempel hälsoekonomi och mänskliga rättigheter). Läkare ska kunna genomföra vertikala och horisontella prioriteringar i kliniskt arbete, och då agera efter principernas hierarkiska ordning. Studenten ska ges möjlighet att reflektera kring principernas innebörd och senare även kunna visa detta i klinisk praxis.

Kursboken saknar täckning för detta mål.

8.2 Beskriva olika metoder för patientsäkerhets- och kvalitetsarbete.

Målet inbegriper att förklara skillnaden mellan individ- och systemsyn, samt läkarens roll inom patientsäkerhetsarbetet. Läkare ska kunna redogöra för någon definition för kvalitetsarbete, samt ge exempel på tillämpbara metoder, t.ex. PDSA (plan, do, study, act), som är ofta används under kvalitetsarbetet under ST. Läkare behöver känna till att kvalitetsregister är en central informationskälla vid uppföljning och ett verktyg för kvalitetsförbättring (se även 18.1-18.3). Dessutom bör läkare kunna beskriva hur ett ledningssystem för systematiskt kvalitetsarbete inom vården fungerar, hur patienter kan delta i vårdens utvecklingsarbete på olika nivåer, samt nationella modeller och nationella principer för styrning och prioriteringar inom svensk hälso- och sjukvård. Läkare bör också kunna beskriva olika typer av patientrapporterade mått, skillnader mellan PROM och PREM (utfallsmått och erfarenhetsmått) och deras användningsområde inom vården.

Kursboken saknar täckning för detta mål.

8.3 Tolka resultat från hälsosystemforskning.

Läkare behöver kunna ge exempel på vilka epidemiologiska metoder eller designers som kan användas för policy eller implementeringsfrågor, samt hur dessa bör kompletteras med annan metod. Läkare behöver också ha kunskap om möjliga datakällor för dessa analyser, samt möjligheter och svårigheter med dessa. En grundläggande förutsättning för tolkning av hälsosystemforskning är kännedom om de ömsesidiga sambanden mellan hälsosystemets utformning, (jämlig) hälsa, mänskliga rättigheter och hållbar utveckling. Av värde är också förståelse av att hälsosystemets utveckling (med komplexa systemeffekter) försvårar longitudinella och internationella jämförelser. Läkare bör ha kunskap om hur den utifrån sin yrkesroll kan interagera med systemet för att till exempel ge feedback eller bidra i beslutfattande.

Kursboken saknar täckning för detta mål.

9. Visa kunskap om relevanta författningar

9.1 Redogöra för innehållet i relevant svensk författning.

Med svensk författning avses i detta sammanhang lagar, förordningar och föreskrifter som är relevanta för svensk hälso- och sjukvård, främst hälso- och sjukvårdslagen, offentlighets- och sekretesslagen, patientsäkerhetslagen, patientlagen och patientdatalagen. Läkare ska med några meningar kunna förklara vad syftet är med respektive lag. Man bör också kunna ge exempel på andra lagar inom hälso- och sjukvårdsområdet, t. ex. olika tvångslagar, lag om valfrihetssystem, lag om vård för asylsökande, patientskadelag mfl. Utöver detta bör man känna till att även andra lagar har stort inflytande på befolkningens hälsa, främst socialtjänstlagen och barnkonventionen, och kunna ge något ytterligare sådant exempel (t. ex. livsmedelslagen, miljöbalken, plan- och bygglagen, skollagen, strålskyddslagen, arbetsmiljölagen). Särskild vikt bör läggas vid författningens reglering av medicinska utlåtanden samt intyg. Färdigheten att utfärda intyg beskrivs under mål 17.2.

Kursboken saknar täckning för detta mål.

9.2 Analysera innebörden av svensk författning för hälso- och sjukvårdssystemet, med särskilt beaktande av läkare och patienters skyldigheter och rättigheter.

Detta mål förutsätter kunskap om innehåll i svensk författning så som det avgränsas under låg abstraktionsnivå.

Patienters rättigheter innefattar det som behandlas i författning (t ex rätt till information, rätt att avstå vård, rätt att få en ny medicinsk bedömning, rätt att tillfoga noteringar i journalen), inklusive de mänskliga rättigheterna. Det är också nödvändigt att känna till när dessa regler är tillämpliga. Läkare behöver kunna redogöra för och efterleva läkares skyldigheter. Här bör följande ingå: kraven om att handla i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet, tystnadsplikt, sekretess och sekretessbrytande regler, att ge sakkunnig och omsorgsfull vård, att visa omtanke och respekt, att ge information, anmäla avvikelser, utfärda intyg, samt anmäla brott.

Kapitel 5-6 i kursboken passar till detta mål.

13. Visa fördjupad förmåga att självständigt diagnostisera de vanligaste sjukdomstillstånden ur patofysiologiskt och psykosocialt samt andra relevanta perspektiv och i samverkan med patienten handlägga dessa

13.1 Tillämpa en helhetssyn på hälsa och sjukdom med förståelse av hur psykosociala och socioekonomiska faktorer påverkar sjukdom och hälsa, samt hur hälsa och sjukdom påverkar personers livssituation, produktionsförmåga och livskvalitet.

Begreppet helhetssyn innebär att patienten förstås utifrån sin livssituation och sina mänskliga och psykosociala behov utöver de specifikt biomedicinska, både avseende orsaker till problem och möjliga konsekvenser. Detta innefattar kunskap om att möjligheten att nyttja och tillgodogöra sig hälso- och sjukvård påverkas av socioekonomiska faktorer liksom hur hälsodeterminanter såsom ålder, kön/genusförhållanden, socioekonomiska faktorer och psykosociala faktorer påverkar hälsoutfall, men också att värdera vårdens resultat i termer av självskattad hälsa. Till socioekonomiska konsekvenser av ohälsa räknas fattigdoms-sjukdomscykeln. Läkare bör ha kännedom om att detta kan motverkas med samhällets olika trygghetssystem, som skydd mot inkomstbortfall vid sjukdom.

Kapitel 4 i kursboken passar till detta mål.

13.2 Självständigt bedöma funktion och aktivitetsbegränsning vid sjukdom.

Läkare ska, som grund för intyg avseende sjukskrivning kunna definiera begreppen funktion och aktivitet och hur dessa skiljer sig åt. Utifrån tidigare kliniska kunskaper ska studenten kunna göra en bedömning av en persons funktionsnivå- och aktivitetsnivå, samt relatera detta till en reell eller tänkt sysselsättning samt kunna uttrycka detta i termer av DFA-kedjan. Läkare kan använda de övergripande principerna i Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd som vägledning vid arbetet med sjukskrivningar, samt beakta och värdera Socialstyrelsens rekommendationer för sjukskrivning utifrån sjukdomar och tillstånd i förhållande till den enskilda patienten, men som i all klinisk verksamhet, anpassa detta utifrån den enskildes situation.

Kapitel 8 i kursboken passar till detta mål.

13.3 Anpassa kliniska, individuella konsultationer och gruppövningar efter patientens och närståendes behov, kulturellt, psykosocialt och utifrån hälsolitteracitet samt främja patientens tillit och tilltro till sin förmåga.

Läkare behöver förstå betydelsen av att patientens livssituation samt kulturella bakgrund kan påverka hur patienten tolkar hälsosignaler, söker vård, presenterar och kommunicerar sina symptom vid vårdbesök, samt har kunskap om och förstår vilka möjligheter till stöd som finns. De behöver känna till begreppet "health literacy" samt att detta varierar mellan patientgrupper. Läkare behöver se sin roll i att alltid anpassa sin kommunikation och information till patienter och anhöriga så att den är möjlig att förstå, och kunna tillämpa metoder såsom Teach back. Lyssnande dialog, medskapande och empowerment strategier är viktiga delar i att hjälpa patient och anhöriga förstå orsaken till behandling och därmed motivera följsamhet, men också tilltro till sin förmåga att hantera sin sjukdom.

Kapitel 6-8 i kursboken passar till detta mål.

13.4 Anpassa individuella konsultationer med känslighet för särskilda behov såsom våld i nära relationer

Detta mål bygger på kunskapsmålen 6.1 och 6.2. Läkare ska känna till strategier som främjar att våldsutsatta berättar om våldet samt veta när en orosanmälan ska skickas. Läkare behöver känna till tillförlitliga källor där konkret information kan hittas (till exempel Socialstyrelsen, nationellt centrum för kvinnofrid, brottsförebyggande rådet, regionala vårdprogram).

I det preventiva arbetet bör läkarens kliniska roll ges särskilt fokus (sekundärprevention), och läkaren bör ha verktyg för att identifiera och följa upp patienter där misstanke om våld finns. Uppföljning är centralt för sekundärprevention eftersom våld i nära relationer ofta är pågående.

Kapitel 8 i kursboken passar till detta mål.

13.5 Beakta hur aspekter relaterade till arbete, familjesituation, socioekonomiska förhållanden, kultur, attityder och värderingar kan påverka en person och dennes hälsa kopplat till sjukfrånvaro, sjukskrivning och rehabilitering.

Detta mål faller under området försäkringsmedicin. Termer och specificering av försäkringsmedicinsk undervisning för läkarstudenter beskrivs ingående i SKRs dokument "Kompetensutveckling i försäkringsmedicin - vägledningar för planering, ledning och styrning", 2018. SSF har inga ytterligare synpunkter.

13.6 Analysera förutsättningar och former för rehabilitering och återgång till arbete efter sjukskrivning.

Detta mål faller under området försäkringsmedicin. Termer och specificering av försäkringsmedicinsk undervisning för läkarstudenter beskrivs ingående i SKRs dokument "Kompetensutveckling i försäkringsmedicin - vägledningar för planering, ledning och styrning", 2018. SSF har inga ytterligare synpunkter.

13.7 Utforma en vårdplan tillsammans med patienten, beakta betydelsen av detta och dokumentera enligt gällande författningar.

En vårdplan skall upprättas när en individ får vårdinsatser och ska ge en samlad bild av behov, mål och vilka insatser som planeras. Den ska upprättas snarast efter att patienten ankommit till en vårdinrättning. Vårdplanen ska utgå från patientens behov och utformas tillsammans med patienten. Avsikten är att stärka informationen till patienter och närstående samt tydliggöra vad som ska göras, när och av vem. Vårdplanen måste innehålla: diagnoser, aktuella problem, mål samt åtgärder/ordination. Om patienten får insatser från både socialtjänst och hälso- och sjukvård (samt ev fler aktörer) ska en samordnad individuell plan (SIP), upprättas om det finns behov av att samordna insatserna och individen inte motsätter sig det.

14. Visa förmåga att initiera och medverka i hälsoinriktat och sjukdomsförebyggande arbete för enskilda och grupper samt att redogöra för hur sådant arbete bedrivs på samhällsnivå

14.1 Förklara de viktigaste riskfaktorerna för och skyddande resurserna mot sjukdom och ohälsa i befolkningen, och hur de skiljer sig mellan olika grupper.

Se 5.1. Läkare ska kunna redogöra för riskfaktorer och skyddande resurserna med störst betydelse för sjukdomsbördan och hur dessa fördelas. Riskfaktorer innefattar fysisk och kemisk exponering, rökning, alkohol, bristande fysisk aktivitet, ogynnsamma matvanor, arbetsrelaterad stress, ex bristande balans mellan krav och kontroll, social isolering, cynism, hopplöshet och depression. Skyddande faktorer innefattar socialt stöd, tillit, copingförmåga, och känsla av sammanhang. Heterogenitetsgrunder av intresse är till exempel kön, utbildning, inkomst, födelseland.

Kapitel 3-5 i kursboken passar till detta mål.

14.2 Delta i hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete på gruppnivå.

Se 14.4. Läkare ska kunna förklara skillnaden mellan sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser och beskriva läkarens roll i dessa. *Hälsofrämjande arbete* har till syfte att främja hälsa och stärka eller bibehålla människors fysiska, psykiska och sociala välbefinnande genom att stärka tilltro till egen förmåga samt öka kontrollen över den egna hälsan och förbättra den. *Sjukdomsförebyggande arbete (prevention)* kan ske som primära insatser för att minska risk för uppkomst av sjukdom, skada, fysiska, psykiska eller sociala problem och sekundära insatser, för att förhindra återinsjuknande i sjukdom eller förhindra att latent tillstånd utvecklas till fastställd sjukdom. Målet innefattar att läkare kan tillämpa Motiverande samtal (MI) i relevanta sammanhang, samt beskriva skillnaden mellan primär och sekundär prevention.

14.3 Argumentera för sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande arbete på samhällsnivå.

Folkhälsoarbete innebär ett målinriktat och organiserat arbete för att främja hälsa och förebygga sjukdom. Insatserna kan riktas mot befolkningsgrupper, hela befolkningen och/eller de strukturer och livsvillkor på de samhällsarenor där människor lever och verkar. Målet med folkhälsoarbete är att skapa förutsättningar och miljöer som främjar god hälsa och som ger individen förutsättningar att ta ansvar för sin hälsa. En viktig aspekt är att minska ojämlikhet i hälsa. Läkare behöver kunna förklara den preventiva paradoxen samt kunna använda begreppet proportionell universalism och hur det relaterar till den sociala gradienten i hälsa samt ge exempel på hur det kommer till uttryck i svensk hälso- och sjukvård (t.ex. inom BVC). Läkare behöver även känna till kostnadseffektivitetsaspekter på prevention. Denna nivå förutsätter kännedom om folkhälsointerventioner och förståelse för demokrati, ekonomiska strukturer och socialpolitik som hälsofrämjande system. SSF rekommenderar här att undervisningen tar utgångspunkt i de nationella folkhälsopolitiska målen. För att nå lärandemålet bör studenterna tränas i att sätta de folkhälsopolitiska målen i relation till FNs mål för hållbar utveckling.

Läkare ska ha kännedom om hur läkare kan bidra till hälsofrämjande insatser inom alla politikområden, t.ex. genom att ta fram kunskapsunderlag, föra dialog med politiker och tjänstemän på alla nivåer och delta i offentlig debatt. En förutsättning för detta är att läkare har kunskap om vilka aktörer som gör vad och vilken samverkan som behövs mellan aktörer och politikområden

Kapitel 5-6 i kursboken passar till detta mål.

14.4 Självständigt utföra sjukdomsförebyggande och hälsofrämjande insatser på individnivå.

Se 14.2. Läkares hälsofrämjande arbete på individnivå sker framförallt i det enskilda patientmötet, vars syfte är att främja hälsa och välbefinnande genom att tillämpa ett personcentrerat och hälsofrämjande förhållningssätt för att stärka tilltro till egen förmåga att hantera sjukdomsperioden.

Läkaren behöver förstå skillnaden på primär- och sekundärprevention och kliniskt agera i enlighet med detta. Läkares roll i det sjukdomsförebyggande arbetet innefattar sekundärpreventiva insatser i form av farmakologisk behandling av tex hypertoni eller råd om levnadsvanor till patient med levnadvanerelaterad sjukdom, men också primärpreventiva insatser tex för att förebygga att rökande patient utvecklar tobaksrelaterad sjukdom. Läkare bör kunna tillämpa Socialstyrelsens nationella riktlinjer om behandling och prevention, känna till skillnader mellan rådgivande och kvalificerat rådgivande samtal, kunna tillämpa Motiverande samtal (MI), samt veta vem man kan remittera till i vilka situationer.

Kapitel 5-6 i kursboken passar till detta mål.

14.5 Anpassa hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande arbete till individers/gruppers förutsättningar.

Se mål 13.3. Läkaren skall, analogt annan klinisk behandling anpassa samtal och insatser utifrån kännedom om patienten eller gruppens behov (t ex särskilt utsatta grupper) och lokal kontext (t ex kulturell).

Kapitel 5-6 i kursboken passar till detta mål.

14.6 Identifiera och värdera etiska frågeställningar kring primär- och sekundärprevention av viktiga sjukdomar.

Förebyggande åtgärder bör genomföras med respekt för medborgarnas rätt att bestämma över sig själva. Patientens integritet och autonomi är centrala etiska värden och alla insatser ska vägas utifrån balansen mellan nytta och att inte skada. Läkare behöver känna till fyra biomedicinska etiska principerna som oftast används; autonomiprincipen, rättvisepincipen, godhetsprincipen och icke-skadapprincipen (de senare två slås ibland samman och kallas omsorgsprincipen).

Vid interventioner som avser att påverka individens levnadsvanor finns särskilt en risk att kränka autonomi, skapa oro eller utöva paternalistiska handlingar, och det är grundläggande att detta sker med respekt för individen och utgår från det medicinska behovet. Här bör läkares kunskap fokusera på etikens tillämpning vid prevention. I val av insats skall risk att kränka patientens autonomi vägas mot det etiska imperativet att ge individen möjlighet att få kunskap och möjlighet att påverka sin hälsa.

Kursboken saknar täckning för detta mål.

17. Visa förmåga till ledarskap och interprofessionellt samarbete såväl inom hälso- och sjukvården som med professioner inom andra delar av samhället

17.1 Samverka med patienten och andra relevanta aktörer i sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocessen.

Målet förutsätter att läkare har god kunskap om kompetensen hos samtliga professioner som verkar i vården, för att kunna tillämpa ett interprofessionellt arbete. Läkare behöver också ha kunskap om professioner inom verksamheter med vilka hälso- och sjukvården samverkar, inklusive försäkringskassan, socialtjänsten, och arbetsförmedlingen, kunna beskriva vad deras funktion är, för vilka syften de bör kontaktas, och hur samverkan bäst sker samt i vilka situationer läkare kan bli kontaktade av andra professioner. Läkare behöver, särskilt, kunna identifiera och involvera olika yrkesgrupper inom hälso- och sjukvården i bedömning och behandling av patientens problem kopplat till sjukskrivning och rehabilitering. Se även SKRs dokument "Kompetensutveckling i försäkringsmedicin - vägledningar för planering, ledning och styrning", 2018.

Kapitel 6-7 i kursboken passar till detta mål.

17.2 Utfärda relevanta medicinska utlåtanden och intyg.

Läkare ska utifrån kunskaper specificerade under låg abstraktionsnivå kunna utfärda intyg. Intygen ska vara på en sådan nivå att de kan förstås av patienten och adresserad instans. Det innebär att läkare behöver kunna skriva intyg på ett språk som är förståeligt för personer utan medicinsk kompetens. Läkaren behöver också kunna utfärda medicinska utlåtanden och intyg grundat på Socialstyrelsens intygsföreskrift med stöd av diagnosspecifika rekommendationer i det försäkringsmedicinska beslutsstödet. Studenten ska reflektera över intygens relevans i relation till patientens sjukdomsbild, rehabiliteringsbehov och behov av socialt och ekonomiskt stöd (t.ex. genom att i sjukintyg beskriva tänkt utredningsgång/rehabiliteringsplan), samt se sjukskrivning som en aktiv insats anpassat till sociala förutsättningar. Läkaren ska aktivt ta hjälp av andra relevanta yrkesgrupper, som fysioterapeuter och arbetsterapeuter, vilket kräver att läkaren förstår deras arbetsområden. Till relevanta intyg räknas till exempel sjukskrivning, högriskskydd, närståendepenning, tillfällig föräldrapenning, havandeskapspenning, assistansersättning, bilstöd, handikappersättning, bidrag till arbetshjälpmedel, samt vårdbidrag. Se även SKRs dokument "Kompetensutveckling i försäkringsmedicin - vägledningar för planering, ledning och styrning", 2018.

Kapitel 8 i kursboken passar till detta mål.

17.3 Redogöra för fördelarna med och beskriva hur man kan genomföra vårdplaneringar tillsammans med andra vårdprofessioner och samhällsaktörer på ett sätt som ger patienten en central roll.

Se 13.7. I detta mål betonas särskilt vikten av interprofessionellt arbete vid vårdplanering. För kontakter med andra aktörer behöver läkare känna till aktuella aktörer och deras roller i vårdplanering. Läkare bör känna till fallgorpar och framgångsfaktorer vid vårdplanering, med särskilt beaktande av strategier för jämlik hälsa. Då detta är ett färdighetsmål genomförs lärandeaktiviteter lämpligen i samarbete med klinisk specialitet, till exempel geriatrik. Se

även SKRs dokument "Kompetensutveckling i försäkringsmedicin - vägledningar för planering, ledning och styrning", 2018.

17.4 Behärska interprofessionella samarbeten med andra vårdprofessioner och relevanta aktörer.

Det tvärprofessionella, interprofessionella och interdisciplinära samarbetet kännetecknas av att olika yrkesprofessioner arbetar tillsammans mot gemensamma mål med gemensam planering, tät kommunikation och delat ansvar. Det interprofessionella teamet arbetar personcentrerat och det sker en överlappning av professionernas kompetenser vilket skapar förståelse för patientens behov. Professionerna lär av varandra och förstärker varandras åtgärder. I det interprofessionella samarbetet bidrar varje profession likvärdigt till samarbetet utan en hierarkisk struktur. Grundläggande för lärandet är att lära med, från och om varandra. Alla tre behöver finnas med för att "inter" i interprofessionellt lärande ska kunna tillämpas.

Kapitel 4, 7-8 i kursboken passar till detta mål.

18. Visa förmåga att initiera, medverka i och genomföra förbättringsarbete samt visa sådan färdighet som fordras för att delta i forsknings- och utvecklingsarbete

18.1 Under handledning utveckla och genomföra kvalitetsförbättringsprojekt i hälso- och sjukvården.

Detta mål ska förbereda studenterna för kvalitetsutvecklingsarbetet som ingår i ST, samt eventuellt även inom grundutbildningen. Det är det korresponderande färdighetsmålet för kunskapsmålet 8.2, och målet förutsätter därför 8.2. Läkare behöver således känna till PDSA-cykeln och skillnaden mellan processmått och proximala respektive distala utfallsmått. Donabedians modell för kvalitet kan ge ytterligare stöd.

Kapitel 6 i kursboken passar till detta mål.

18.2 Tillämpa vetenskapliga principer i planering, och genomförande av förbättringsprojekt eller organisationsformer samt vid utvärdering och forskning.

Läkare ska kunna tillämpa kunskaperna under 5.2. inom förbättringsarbete och utvärdering, samt för att kritiskt kunna granska vetenskapliga studier. Läkare ska känna till för- och nackdelar med experimentella och kvasiexperimentell design för forskning, utvärdering, förbättringsarbete och organisationsforskning.

Kapitel 6 i kursboken täcker delvis detta mål.

18.3 Värdera förbättringsarbeten och implementeringar av nya arbetssätt i hälso- och sjukvården.

Målet ska lägga grund till det kvalitetsarbete som ST-läkare genomför under specialisering. Det betyder att studenten under handledning bör kunna analysera och föreslå åtgärder för följsamhet och anpassning vid implementering av arbetssätt i hälso- och sjukvården. Läkare ska kunna analysera och föreslå förbättringsåtgärder och tillämpa begreppen kärnkomponenter, mediatorer, modulatorer, följsamhet och anpassning. Läkare bör med

utgångspunkt i en presenterad programlogik kunna *föreslå* anpassningar till en beskriven kontext. Läkare förväntas inte självständigt kunna *genomföra* anpassningar.

Kursboken saknar täckning för detta mål.

20. Visa förmåga att använda digitala verktyg inom såväl hälso- och sjukvården som forsknings- och utvecklingsarbete

20.1 Redogöra för principer för digital informationshantering inom hälso- och sjukvården.

Läkare behöver ha grundläggande kunskap om centrala begrepp inom hälsoinformatik, såsom teknisk, semantisk, juridisk och organisatorisk interoperabilitet.

Läkare bör kunna definiera begrepp såsom ehälsa och välfärdsteknologi, och känna igen begreppen artificiell intelligens, maskininlärning (machine learning) och artificiella neuronnät samt hur dessa metoder och traditionell statistik kan användas för att datorisera traditionella läkaruppgifter. Här är det också viktigt med kännedom om metodernas begränsningar och svårigheter.

Läkare behöver kunna förstå digitala hjälpmedel som verktyg för insamling och bearbetning av medicinsk information, kommunikationsverktyg, samt beslutsstöd. Läkare ska övergripande känna till aktuella digitala verktyg som 1177, kvalitetsregister, register för epidemiologisk övervakning, e-hälsoappar, elektroniska journal- och receptsystem, medicinteknik (robotar, exoskelett mm), dataportaler på lokal, nationell och global nivå samt RPA (Robotic Process Automation).

Läkare bör i en klinisk situation kunna bedöma vilka kontaktorsaker och/eller diagnoser som lämpar sig för telemedicinsk diagnostik och patientkontakt.

Kursboken saknar täckning för detta mål.

20.2 Förklara hur digitala verktyg och arbetssätt kan användas i det hälsofrämjande och sjukdomspreventiva arbetet.

Läkare bör övergripande känna till hur appar kan användas för hälsomonitorering och beteendeförändringar i preventivt syfte, samt hur sk dubbel-empowerment kan uppstå när pålästa, internet-informerade patienter bekräftas av läkaren

Kvalitetsprövning och användning av appar för medicinska ändamål förekommer och det ligger utanför ramen för socialmedicinsk utbildning att introducera studenten till specifika appar. Däremot ska läkare känna till hur tillsyn och CE-märkning fungerar.

Kursboken saknar täckning för detta mål.

20.3 Anpassa rådgivning till patienters användning av digitala verktyg för hälsa och hälsokommunikation utifrån evidens och patientens e-hälsolitteracitet.

e-Hälsolitteracitet är individens förmåga att finna, tolka, värdera och använda hälsoinformation från digitala källor, och patienternas nivå av denna förmåga bör eftersökas och beaktas vid all hänvisning till digitala verktyg och källor för hälsa och hälsokommunikation. Läkare bör kunna använda kunskap om evidens för att göra en övergripande bedömning av tillförlitligheten i de digitala verktyg och källor för hälsa och hälsokommunikation som hen rekommenderar sina patienter.

Kursboken saknar täckning för detta mål.

20.4 Reflektera över hur digitaliseringen av vården påverkar jämlikhet i hälsa och vård.

Studenterna kan till exempel tränas i att reflektera kring digitaliseringens konsekvenser vad gäller jämlikhet i efterfrågan och utnyttjande av vårdtjänster, hur den elektroniska patientjournalen kan användas för forskning och utveckling, samt telemedicinens betydelse för geografisk jämlikhet.

Kursboken saknar täckning för detta mål.

20.5 Värdera användningen av digitala verktyg ur ett etiskt och juridiskt perspektiv.

Läkare ska till exempel kunna bedöma nytto- såväl som integritetseffekter av de möjligheter som verktyg för digital informationsdelning avseende hälsorelaterade persondata erbjuder. Läkare bör också ha en medvetenhet om att användning av digitala verktyg, och inte minst artificiell intelligens, inom hälso- och sjukvården kan komma att medföra nya typer av ansvarsfrågor om/när sådan användning leder till hälsoskadliga effekter.

Kursboken saknar täckning för detta mål.

22. Visa förmåga till ett hälsofrämjande förhållningssätt med helhetssyn på patienten utifrån ett vetenskapligt synsätt och med särskilt beaktande av etiska principer och de mänskliga rättigheterna

22.1 Tillämpa personcentrerat bemötande och empowerment strategier i patientmötet.

Se 13.3. Dialog, medskapande och empowerment strategier är viktiga delar i att hjälpa patient och anhöriga förstå grunden till behandling och därmed motivera följsamhet men också tilltro till sin förmåga att hantera sin sjukdom.

Kursboken saknar täckning för detta mål.

22.2 Reflektera över hur olika perspektiv på hälsa kan påverka vårdens innehåll, etik och patientens rättigheter.

Se också 22.4 och 22.5. Här förutsätts kännedom om WHO:s hälsodefinition, biomedicinska, holistiska, och ekologiska definitioner av hälsa. Det biomedicinska perspektivet på hälsa beskriver ett strikt sjukdomsorienterat perspektiv i form av frånvaro av sjukdom. WHO:s hälsodefinition "hälsa är ett tillstånd av fysiskt, psykiskt och socialt välbefinnande, inte enbart frånvaro av sjukdom" utformades 1945 utifrån den ökade andelen kroniskt sjuka patienter, och där värdet av patientens livskvalitet blev tydlig. Denna holistiska definition innebär att vårdens medarbetare utöver sin biomedicinska kompetens också behöver förstå patientens upplevelse av sitt hälsoproblem och sträva efter att minimera sjukdomens konsekvenser också utifrån självrapporterad hälsa och hälsorelaterad livskvalitet. Detta leder till en förändring av vårdens arbetssätt, idag uttryckt som personcentrerad vård, och ökar också patientens rättigheter och roll som medskapare av sin hälsa.

Rätten till hälsa kan diskuteras med utgångspunkt i deklarationen om mänskliga rättigheter (art 25), samt konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (art 12).

Slutligen bör läkare ha kunskap om att rätten till hälsa inkluderar sociala friheter (såsom frihet från "behandlingar" utan medgivande) och rättigheter (såsom tillgång till essentiella mediciner). Läkare bör även ha översiktlig kunskap om AAAQ-ramverket (Availability, Accessibility, Acceptability and Quality).

Kapitel 3 i kursboken passar till detta mål.

22.3 I kliniskt arbete agera med hänsyn taget till etiska principer, mångfald, integritet, opartiskhet och sekretess.

Läkare behöver känna till grundläggande etiska principer och tillämpa en humanistisk människosyn. Ha kunskap om skillnad mellan deontologisk (pliktetisk) normteori, där patienten är en person och aktör i vårdmötet och kan sakna ett mål i sig, och teleologisk (konsekvensetisk) normteori, där nyttan av handlingen betonas och den som leder till de bästa konsekvenserna för så många som möjligt ofta föredras (utilitarism).

Läkare behöver känna till fyra biomedicinska etiska principerna som oftast används (se 14.6), kunna beskriva de etiska principerna inom den svenska prioriteringsplattformen (människovärdesprincipen, behovs-solidaritetsprincipen och kostnadseffektivitetsprincipen, i denna hierarkiska ordning), samt känna till läkarförbundets etiska regler (varav den första är att i sin gärning alltid ha patientens hälsa som det främsta målet och om möjligt bota, ofta lindra och alltid trösta). Läkare behöver kunna använda de olika principerna vid etisk analys i frågor där det finns olika värderingar och intressekonflikter.

Se 14.6. Patientens integritet och autonomi är centrala i all klinisk verksamhet, och alla insatser ska vägas utifrån balansen mellan nytta och att inte skada utifrån nämnda principer. Begreppet paternalistiska handlingar, dvs att besluta utan att involvera den beslutet gäller, används oftast i samband med förbyggande insatser men är också relevant för all klinisk behandling. Se också 13.3 avseende vikten att möta olika behov utifrån patienters bakgrund och erfarenheter. Hit kan också föras de tre etiska principer som ska styra prioriteringar inom hälso- och sjukvård, se 8.1.

Huvudregeln om sekretess innebär att uppgifter i den offentliga hälso- och sjukvården om en patients hälsotillstånd eller andra personliga förhållanden inte får lämnas ut, om det inte står klart att uppgiften kan röjas utan att patienten eller någon närstående lider men (25 kap 1§ offentlighets- och sekretesslagen, OSL). Sekretessbrytande bestämmelse reglerar hur uppgifter kan röjas om det är nödvändigt för att den enskilde ska få nödvändig vård och behandling eller annat stöd.

Kursboken saknar täckning för detta mål.

22.4 I kliniskt arbete agera med utgångspunkt i självkännedom, normkritik, samt uppträda i enlighet med ett hälsofrämjande förhållningssätt och transkulturell lyhördhet.

Se 22.1. Läkare bör kunna förklara innebörden av ett hälsofrämjande förhållningssätt och relatera detta till socialstyrelsens definition av hälsofrämjande åtgärder som är "åtgärder för att stärka eller behålla människors fysiska, psykiska, och sociala välbefinnande."

Förhållningssättet innebär personorienterade möten med lyhörd dialog som stärker

patientens tilltro till sin förmåga. Detta kräver att läkaren har en god självkännetdom och också förmåga till normkritik för att skapa en transkulturell lyhördhet.

Kapitel 5 i kursboken täcker delvis detta mål.

22.5 I kliniskt arbete uppträda i enlighet med de mänskliga rättigheterna och med förståelse för hållbar utveckling i ett globalt perspektiv.

Läkare bör agera efter en grundläggande förståelse för de mänskliga rättigheterna. Läkare bör veta att WHO:s fulla definition av hälsa: "rätten att åtnjuta högsta möjliga fysiska och mentala hälsa" konkretiserar rätt till hälsa som en fundamental mänsklig rättighet (mål 22.2). Rätten till hälsa kan diskuteras med utgångspunkt i deklarationen om mänskliga rättigheter (art 25), samt konventionen om ekonomiska, sociala och kulturella rättigheter (art 12). Studenterna ska utveckla förmåga att kommunicera och ge vård på ett sätt som kan godtas av individen, utifrån till exempel ett kulturellt perspektiv, liksom kunskap om att rätten till hälsa inkluderar sociala friheter (såsom frihet från "behandlingar" utan medgivande) och rättigheter (såsom tillgång till essentiella mediciner). Med fördel kan *acceptable* och *quality* i AAAQ-ramverket (Availability, Accessibility, Acceptability and Quality) tillämpas för analys. Målet inkluderar läkare som uppfattade eller verkliga företrädare för statsmakten (till exempel vid rättsmedicinalverket). Det innefattar också att i kliniskt arbete utveckla ett normkritiskt medvetande för att undvika diskriminering.

Etiska ramverk kan utgöra teoretisk grund, till exempel prioriteringsutredningens principer eller grundläggande begrepp inom medicinska etiken såsom de fyra biomedicinska etiska principerna som oftast används; autonomiprincipen, rättvisepprincipen, godhetsprincipen och ickeskada principen. Till målet hör också läkarens roll i att återkoppla brister i vården till beslutsfattare. Studenterna bör uppmuntras att etiskt reflektera över läkaryrket och läkarens professionella ansvar i förhållande till främjandet av en hållbar utveckling i ett globalt perspektiv, och vid de tillfällen läkarens arbete innefattar aspekter som rör hållbar utveckling ska läkaren agera för att främja detta.

Kursboken saknar täckning för detta mål.