



Myndigheten för
arbetsmiljökunskap

ÅTERRAPPORTERING AV UPPDRAG I REGLERINGSBREV 2020

Utbildningssituationen för läkare som arbetar inom företagshälsovården – utredning och möjliga lösningar

Förord

Företagshälsovårdens kompetensförsörjningsbehov avseende läkare är stort och har utretts, diskuterats och debatterats under en längre tid. I regleringsbrevet för år 2020 gav regeringen Myndigheten för arbetsmiljökunskap i uppdrag ”att utreda och lämna förslag på hur utbildningssituationen för läkare som arbetar inom företagshälsovården kan lösas.” I föreliggande rapport redovisar myndigheten detta uppdrag.

Rapporten är resultatet av ett antal personers sakkunniga bidrag. Huvuddelen av arbetet utgörs av en utredning som har genomförts av experter inom området: professor emeritus Bengt Järholm, Umeå universitet, före detta ställföreträdande generaldirektör vid Arbetsmiljöverket Bernt Nilsson och professor emeritus Mats Hagberg, Göteborgs universitet. Experternas utredning redovisas i sin helhet och i det utförande som den lämnats till myndigheten sist i denna rapport (bilaga 1). Filosofie doktor Monica Kaltenbrunner och filosofie magister Liv Nilsson på myndigheten har processlett arbetet och deltagit i framtagandet av myndighetens rapport. I arbetet har Socialstyrelsen medverkat i frågor som rör specialiseringstjänstgöring. Under processen har såväl tillvägagångssätt som resultat presenterats för ett antal inom området kunniga personer, såsom representanter för Landsorganisationen, Sveriges Kommuner och Regioner, Svenskt Näringsliv, Sveriges Företagshälsor, Sveriges läkarförbund, Svenska Företagsläkarföreningen, Försvarsmedicincentrum och sektionen arbetshälsa och ergonomi inom Fysioterapeuterna. Dessa har fått framföra synpunkter på utredningen under processens gång.

Jag riktar ett stort tack till alla.

Jag vill betona att rapporten, i enlighet med regeringsuppdraget, är myndighetens rapport och att det är myndigheten som står för tolkningen av uppdraget och de avgränsningar som har gjorts avseende fokus och lösningar. Författarna till utredningen (bilaga 1) ansvarar själva för dess innehåll, ställningstaganden och utformning.

Gävle i februari 2021,



Nader Ahmadi

Generaldirektör

Bakgrund

Myndigheten för arbetsmiljökunskap fick i regleringsbrevet för 2020 i uppdrag ”att utreda och lämna förslag på hur utbildningssituationen för läkare som arbetar inom företagshälsovården kan lösas.” Bakgrunden till uppdraget var att det har blivit allt svårare att rekrytera läkare med adekvat kompetens inom det arbetsmedicinska området till företagshälsovården. Behovet av kompetensförsörjning har varit en utmaning under en längre tid men har på senare tid blivit alltmer akut då medelåldern hos läkarna inom företagshälsovården i dag är hög, med förestående väntade pensionsavgångar. Enligt ett flertal utredningar, inklusive myndighetens egen rapport ”Företagshälsovårdens kompetensförsörjning” (Rapport FHV 2019:2), kan flera av de utmaningar som ligger till grund för det ansträngda läget när det gäller kompetensförsörjningen kopplas till den aktuella och sedan en längre tid tillbaka rådande utbildningssituationen.

Uppdragets genomförande

Frågan om företagshälsovårdens kompetensförsörjningsbehov har under en längre tid diskuterats, debatterats och utretts av olika aktörer och utifrån olika aspekter, bland annat juridiska, samhällsekonomiska, utbildningspolitiska och arbetsmarknadspolitiska. Särskilt fokus har legat på frågorna om kompetenskrav och utbildningsbehov för läkare som arbetar eller ska arbeta inom företagshälsovård, branschens behov av specifika läkarkompetenser och vem som ska stå för utbildningskostnaderna.

För att utreda utbildningssituationen för läkare inom företagshälsovården anlät myndigheten externa experter på området: professor emeritus Bengt Järholm, Umeå universitet; före detta ställföreträdande generaldirektör Bernt Nilsson, Arbetsmiljöverket och professor emeritus Mats Hagberg, Göteborgs universitet. Myndighetens rapportering av regeringsuppdraget bygger på experternas utredning, vilken bifogas i sin helhet som bilaga i denna rapport (bilaga 1).

Experternas utredning omfattar en genomgång av för uppdraget relevanta lagar, förordningar och föreskrifter, liksom tidigare utredningar på området. Inom ramen för utredningsarbetet har information även inhämtats från aktörer som på olika sätt berörs av eller kan påverka den aktuella läkargruppens utbildning och arbetsuppgifter. Bland andra har utredningen inhämtat information från Socialstyrelsen, läkare inom företagshälsovård, chefsläkare, studierektorer för specialiseringstjänstgöring inom arbetsmedicin samt arbets- och miljömedicinska klinikerna. Vidare har ett flertal representanter för arbetsmarknadens parter, nämligen Landsorganisationen, Sveriges Kommuner och Regioner och Svenskt näringsliv, samt några bransch- och intresseorganisationer såsom Sveriges företagshälsor, Sveriges läkarförbund, Svenska Företagsläkarföreningen, Försvarsmedicincentrum och sektionen arbetshälsa och ergonomi inom Fysioterapeuterna involverats och bidragit med sin sakkunskap kontinuerligt under utredningsarbetet. De har också i samband med möten med myndighetens externa experter och myndigheten haft möjlighet att diskutera innehållet i experternas utredning, samt under arbetets gång fått ta del av och haft möjlighet att framföra synpunkter på utredningens framskridande. Utredningen omfattar även en omvärldsanalys som bygger på informationsutbyte med personer med relevant kunskap om förhållandena inom företagshälsovård i Danmark, Finland, Norge och Nederländerna.

Rapporten omfattar en sammanfattning av utredningen följd av konkreta och, enligt myndighetens bedömning, pragmatiska förslag som kan genomföras inom ramen för befintliga lagar, förordningar och strukturer.

Omfattning och avgränsningar

Myndighetens tolkning av regeringsuppdraget, och följaktligen den valda utgångspunkten i den utredning som utgör underlag för denna rapport, var att åskådliggöra formella krav samt befintliga och möjliga utbildningsvägar för läkare som arbetar, eller kommer att arbeta, inom företagshälsovård. Utredningen har antagit ett brett perspektiv med fokus på möjliga lösningar till den utbildningssituation som råder.

Det finns två utbildningsalternativ som innebär specialiseringstjänstgöring inom det arbetsmedicinska området. Regelverk för dessa specialiseringstjänstgöringar följer i stora drag det regelverk som gäller för andra läkarspecialiteter men med specifika målbeskrivningar och krav relevanta för området. Utredningen har inte i detalj fördjupat sig i frågor som rör kvalitet, innehåll, utbildningskrav, upplägg eller finansiering av de aktuella specialiseringstjänstgöringarna. Detta är reglerat och framgår i Socialstyrelsens regelverk. Myndigheten har emellertid, såväl genom experternas utredningsarbete som i de förslag till möjliga lösningar som myndigheten lägger fram, beaktat flera av de utmaningar som tidigare utredningar har påtalat har sitt ursprung i specialiseringstjänstgöringarnas upplägg och finansiering.

Sammanfattning av utredningen

Läkare inom företagshälsovården – roll och kompetenskrav

Utredningen visar att företagsläkarnas arbetsuppgifter och ansvar sträcker sig över vitt skilda områden samt att kompetenskraven på dem från olika uppdragsgivare och branscher skiljer sig åt, vilket i sin tur kräver olika typer av kompetensutvecklingsmöjligheter.

Beteckningen företagshälsovård är inte skyddad. Det innebär att verksamheten hos de företag som använder beteckningen kan variera. En företagshälsa kan bedrivas i såväl privat som offentlig regi. Fortsättningsvis i denna rapport används ordet företagshälsa som generellt begrepp för olika typer av företagshälsovårdsverksamhet. Arbetsmiljölagen (3 kapitlet 2C §) definierar företagshälsovården som en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Vidare föreskriver lagen att företagshälsovården särskilt ska arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser, samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa.

Tillgången till och omfattningen av företagshälsovård regleras i hög grad av kollektivavtal. Utbudet av företagshälsovårdstjänster varierar därför både med arbetsgivarens behov, dennes samverkan med lokala fackliga organisationer och den kompetens som läkare och annan personal inom företagshälsan faktiskt har.

Tjänster som ingår i företagshälsovårdens utbud kan vara allmänna och lagstadgade hälsokontroller, friskvård och livsstilstjänster, stödsamtal och krishantering, arbetsplatsbedömningar med riskbedömning och kartläggning av risker, arbetsplatsanpassning, rehabiliteringsstöd och arbetsförmågebedömningar, stöd i det systematiska arbetsmiljöarbetet samt utbildning inom till exempel arbetsmiljö eller första hjälpen. Läkaren inom företagshälsovården arbetar idag till övervägande del med individärenden som omfattar medicinska kontroller, bedömningar av arbetsförmåga, arbetslivsinriktad rehabilitering, sjukskrivningar och hälsokontroller. Läkaren arbetar också med att utveckla och fastställa procedurer och rutiner för till exempel vaccinering och drogkontroller vilka är tjänster som också kan ingå i företagshälsovårdens utbud. Läkaren arbetar i mindre utsträckning med arbetsplatsbesök, organisatoriska faktorer, förebyggande och hälsofrämjande insatser.

Det formella kravet för att få arbeta som läkare inom företagshälsovård är en läkarlegitimation. Det finns ingen reglering om att företagshälsor ska ha läkare med viss specialitet för vissa arbetsuppgifter, men i arbetsmiljölagen (3 kapitlet 2C §) regleras att arbetsgivaren ska sörja för att den företagshälsovård som arbetsförhållandena kräver finns att tillgå. Utöver kravet på läkarlegitimation kan den som anställer läkaren ha ytterligare krav, beroende på vilken verksamhet som bedrivs. Den som ytterst beslutar vilka uppgifter som utförs av läkaren och därmed bedömer vilken kompetens läkaren behöver ha är vårdgivaren, det vill säga den enskilda företagshälsan. Dock finns arbetsuppgifter, exempelvis att bedöma resultat från medicinska kontroller, som bara kan utföras av läkare. Vissa medicinska kontroller kräver även att läkaren ska ha särskild kompetens (Medicinska kontroller i arbetslivet AFS 2019:3). Denna särskilda kompetens inom området kan uppnås genom att läkaren går kurser som ger behörighet att utföra medicinska kontroller.

Idag finns det två alternativa specialiseringstjänstgöringar för att skaffa sig specialistkompetensbevis inom det arbetsmedicinska området: basspecialiteten arbets- och miljömedicin och tilläggspecialiteten arbetsmedicin. Många läkare som idag arbetar inom företagshälsovård har dock inte specialistkompetensbevis i någon av dessa specialiteter, de har i stället specialistkompetensbevis inom till exempel psykiatri, kirurgi, ortopedi, medicin eller allmänmedicin.

Utbildningsalternativ med specialiseringstjänstgöring

Krav och målbeskrivningar för specialiseringstjänstgöringarna för såväl basspecialiteten arbets- och miljömedicin som tilläggspecialiteten arbetsmedicin regleras i Socialstyrelsens regelverk. Båda specialiseringstjänstgöringarna omfattar vardera fem år, men beroende på tidigare erhållna specialiteter och erfarenheter kan vissa moment tillgodoräknas, vilket då förkortar den totala tjänstgöringstiden för tilläggspecialiteten. Tilläggspecialiteten arbetsmedicin skapades 2015 med det uttryckliga syftet att försörja företagshälsovården med specialistläkare. Basspecialiteten däremot har funnits under en längre tid, haft olika benämningar och förser i huvudsak arbets- och miljömedicinska kliniker (AMM) med specialistutbildade läkare. Arbets- och miljömedicinska klinikerna utreder och studerar hur olika faktorer i arbetslivet och omgivningsmiljön påverkar människor. Vid klinikerna bedrivs till exempel hälso- och sjukvård, utbildning av hälso- och sjukvårdspersonal och forskning. Klinikerna har även en rådgivande funktion gentemot såväl hälso- och sjukvården som företagshälsovården.

Arbetsgivaren ansvarar för den anställda läkarens specialiseringstjänstgöring. Läkarens specialiseringstjänstgöring regleras i patientsäkerhetsförordningen (2010:1369), patientsäkerhetslagen (2010:659) och Socialstyrelsens föreskrift (SOF 2015:8). Av föreskriften framgår att läkarens arbetsgivare ansvarar för att nödvändiga förutsättningar finns för att en specialiseringstjänstgöring av hög och jämn kvalitet ska kunna genomföras. I arbetsgivarens ansvar ingår bland annat att tillse och finansiera att läkaren vid behov tjänstgör vid annan klinik, samt att handledare och studierektor finns tillgängliga. Enligt Socialstyrelsens föreskrift ska specialiseringstjänstgöringen genomföras under handledning och genom deltagande i kompletterande utbildning. Handledare och studierektor behöver inte själva vara anställda av läkarens arbetsgivare, men de ska ha specialistkompetens inom det arbetsmedicinska området. Läkarens arbetsgivare ska förutom att se till att det finns tillgång till handledare och studierektor också säkerställa att det finns medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner om verksamhetsspecifika tekniker och tillvägagångssätt. Läkarens arbetsgivare ska också ansvara för att kvaliteten på specialiseringstjänstgöringen säkerställs genom systematisk granskning och utvärdering.

En företagshälsa som anställer en läkare med målet att denne ska bli specialist inom arbetsmedicin behöver ha förutsättningar enligt ovan beskrivna regelverk. Tidigare utredningar har visat att det idag är svårt för många företagshälsor att uppfylla regelverkets aktuella krav, inklusive finansieringsfrågor. Exempel på vad arbetsgivaren behöver finansiera är bland annat tjänstgöring utanför den egna arbetsplatsen, samt handledare och studierektor som inte arbetar inom den egna hälsan. I tidigare utredningar och under arbetet med denna utredning har arbetsmarknadens parter framfört att i dagens utbildningssystem är finansieringsfrågan det centrala hindret för genomströmningen till specialist i arbetsmedicin. Nedan preciseras en rad utmaningar som har identifierats i den utredning som denna rapport bygger på.

Utmaningar kopplade till den rådande utbildningssituationen

Av betydelse för den nuvarande utbildningssituationen för läkare som arbetar inom företagshälsovård vill myndigheten lyfta följande utmaningar:

Ekonomiska utmaningar. Idag är det få företagshälsor som erbjuder sina anställda läkare kompetensutveckling genom specialiseringstjänstgöring. Detta kan ha flera orsaker, men ekonomiska aspekter är en av dem. En del företagshälsor upplever att tjänstgöring vid en arbets- och miljömedicinsk klinik, ett vanligt förfarande för att tillgodogöra sig vissa mål, medför betungande kostnader för företagshälsan då läkaren tjänstgör vid en annan klinik istället för på sin ordinarie arbetsplats. Kostnaderna handlar då om lön till läkaren under den tid som tjänstgöringen är förlagd till den arbets- och miljömedicinska kliniken. Vidare måste företagshälsorna även stå för kostnaderna för handledare och studierektor, detta är ett krav i specialiseringstjänstgöringen, och i praktiken kan dessa vara anställda vid en konkurrerande företagshälsa om den egna företagshälsan saknar dessa resurser.

Praktiska utmaningar. Det råder begränsad tillgång till tjänstgöringsplatser på arbets- och miljömedicinska kliniker vilket leder till att det ofta uppstår väntetider till dessa platser. Detta fördröjer utbildningstiden eller leder till att läkaren inte slutför sin tjänstgöring alls. Dessutom kan närmaste arbets- och miljömedicinsk klinik ligga långt bort, beroende på var läkaren bor, något som försvårar möjligheterna att genomföra tjänstgöringen och kan få konsekvenser för läkarens privat- och familjeliv. Samtidigt kan det konstateras att det inte finns något krav på den sortens tjänstgöring, utan kraven är att vissa preciserade mål ska uppnås. Traditionellt har man ansett att dessa mål bäst tillgodoses med en sex månaders lång tjänstgöring vid någon arbets- och miljömedicinsk klinik. Idag finns det dock exempel på andra lösningar för att tillgodogöra sig de mål som tjänstgöringen vid klinik har gett, såsom inrättande av så kallade basgrupper. Detta medför såväl praktiska som ekonomiska lättnader för den företagshälsa där läkaren är anställd.

Utmaningar kopplade till specialiseringstjänstgöringarnas upplägg. Medelåldern för läkare som arbetar inom företagshälsovården är idag hög. Detta beror bland annat på att läkare som söker sig till företagshälsovården har lång och mångårig erfarenhet inom andra specialistområden. Utredningen visar även att det förekommer att läkare inte är motiverade att genomföra någon av de aktuella specialiseringstjänstgöringarna eftersom båda specialiteterna sträcker sig över en lång tid och läkaren vanligtvis redan har fullgjort någon annan specialiseringstjänstgöring under fem års tid. Vidare har det lyfts fram att det råder brist på godkända handledare och studierektorer.

Myndighetens slutsatser om möjliga lösningar

Myndigheten har, utifrån den genomförda utredningen, valt att lyfta fram de förslag som myndigheten bäst anser kan bidra till att lösa utbildningssituationen för läkare inom företagshälsovården. Lösningarna förväntas förenkla och effektivisera kompetensutvecklingen och samtidigt leda till en minskad ekonomisk belastning för den enskilda företagshälsoenheten.

Myndighetens slutsatser utifrån rådande lagstiftning och de utmaningar och möjligheter som har identifierats i utredningen är att utbildning och kompetensutveckling av läkare som arbetar eller ska arbeta inom företagshälsovård behöver vara en naturlig, återkommande del i läkarens arbete, den bör anpassas till den enskilda läkarens förkunskaper och behov samt de arbetsuppgifter läkaren har att utföra i sin tjänst.

De slutsatser om olika möjliga lösningar på utbildningssituationen som dras här ska ses som pragmatiska lösningar i syfte att tillgodose grundläggande kompetensbehov hos läkare som arbetar inom företagshälsovård. Det finns idag, och bör även framöver finnas möjligheter till både fördjupning och påbyggnad i förhållande till de förslag som myndigheten här nedan lyfter fram som ett minimikrav vad gäller godtagbar grundläggande kompetens för att arbeta som läkare inom företagshälsovården. I den bemärkelsen ska myndighetens slutsatser inte ses som alternativ till eller som ersättningar för de specialiseringstjänstgöringar som finns idag utan ett funktionellt, parallellt och kompletterande spår.

För att upprätthålla en godtagbar utbildnings- och kompetensnivå för läkare som arbetar eller ska arbeta inom företagshälsovård anser myndigheten att det behöver finnas:

Ett särskilt introduktionsutbildningsprogram för läkare inom företagshälsovård.

Ett sådant introduktionsprogram kan bestå av ett antal kurser av varierande längd och omfattning. I innehållet bör sambandet mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa stå i fokus. Vidare kan introduktionsutbildningen förslagsvis inkludera kunskaper om arbetsmiljölagsstiftning och andra relevanta regelverk, systematiskt arbetsmiljöarbete, samverkan, exponeringsbedömning och riskvärdering, medicinska kontroller samt bedömning av arbetsförmåga och arbetsrehabilitering. Såväl det friska, förebyggande och hälsofrämjande perspektivet som kunskaper om riskfaktorer och rehabiliterande åtgärder bör också ingå i utbildningen. Introduktionsutbildningen ska vara forskningsbaserad och påbyggbar samt kunna ges digitalt och på distans, och i möjligaste mån vara tillgänglig även för läkare som för närvarande inte arbetar inom företagshälsovård. Tidigare Arbetslivsinstitutet bedrev i samverkan med de arbets- och miljömedicinska klinikerna liknande utbildning för läkare inom företagshälsovård. Erfarenheter därifrån skulle kunna vara till stöd vid planering och uppstart av ett nytt introduktionsutbildningsprogram.

Fristående kurser inom olika fördjupningsområden. Det behöver även finnas ett lämpligt utbud av fördjupande kurser utöver introduktionsprogrammet för att tillgodose kompetenskraven för särskilda arbetsuppgifter inom företagshälsovård. Vissa fristående kurser skulle kunna utformas för att motsvara C-mål som preciseras i regelverket för specialiseringstjänstgöringen. Flera kurser av typen fördjupning och specialistkunskap ges redan av olika aktörer men utbudet behöver utökas och vidareutvecklas för att möta framtida utmaningar. Ett sätt att underlätta läkarnas kursdeltagande kan vara att ge kurserna digitalt och på distans. Även dessa kurser bör vara öppna för läkare som inte arbetar inom företagshälsovård.

Lämpligen kan ansvaret för att anordna och erbjuda introduktionsutbildning och fristående kurser för fördjupning- och vidareutbildning ligga hos landets universitet och högskolor. Vidare kan ansvaret för vissa behörighetsgivande utbildningar som är nödvändiga för vissa arbetsuppgifter ligga hos andra behöriga instanser med specialkunskap inom området, till exempel Svenska Företagsläkarföreningen, branschorganisationer, regionernas Arbets- och miljömedicinska kliniker med flera. Kostnads kalkyler kring introduktionsutbildning och fristående kurser görs lämpligen av de aktörer som ansvarar, eller är huvudmän, för de olika kompetensförsörjningsalternativen, eller av andra intressenter som kan tänkas erbjuda utbildningar, som universitet och högskolor och deras affilierade organ. Uppgiften kräver detaljkunskap om utbildningarnas upplägg och behov, specialistkompetens för att anordna dessa utbildningar digitalt och på distans; professionella avvägningar och möjligen politiska prioriteringar som bedöms ligga utanför myndighetens kompetens och mandat.

Vidare ser myndigheten tydliga fördelar med att bilda:

Ett eller flera nationella nätverk för aktörer som kan och vill anordna utbildning för läkare som arbetar inom företagshälsovård. Exempelvis lärosäten, regioner, företagshälsor och de berörda professionernas företrädare som kan och vill anordna utbildningar och kurser för läkare som arbetar inom företagshälsovård. Syftet med nätverken, utöver att effektivisera arbetet med kurser och utbildningar genom att komplettera varandras kompetens, resurser och kursutbud kan också vara klinisk samverkan, erfarenhetsutbyte och möjligheter till handledning. Utifrån dagens struktur och regelverk ter det sig lämpligast att de aktörer som ordnar utbildningar själva skapar dessa nationella nätverk och förvaltar dem. För att få igång nätverk och skapa en samverkanskultur kring frågan bör något av landets lärosäten, eller någon annan instans som regeringen finner lämplig, få i uppdrag att i en uppstartsfas samla olika aktörer och koordinera nätverksbygget för att sedan överlämna ansvaret till de utbildningsanordnare som går vidare med att erbjuda utbildningar till målgruppen. Även kollegiala nätverk betraktar myndigheten som en viktig del av fort- och vidareutbildningen, som bidrar till den direkta nyttan för individen. Nätverksbildning kan således stimuleras via en nationell samordning, men ansvaret att förvalta nätverket bör ligga på läkarna själva och deras arbetsgivare.

Bilagor

1. Utbildningssituationen för läkare inom företagshälsovården

Utbildningssituationen för läkare inom företagshälsovården

Bengt Järholm, Bernt Nilsson, Mats Hagberg

Innehållsförteckning

1	INLEDNING.....	5
1.1	Uppdraget och dess bakgrund.....	5
1.2	Uppdragets genomförande	5
1.3	Kontakter och genomförda intervjuer	5
2	OM FÖRETAGSHÄLSOVÅRD.....	8
2.1	Upphandling och tjänsteutbud	9
3	LÄKARE INOM FÖRETAGSHÄLSOVÅRD.....	11
3.1	Krav enligt lagstiftning eller föreskrifter	11
3.2	Antal läkare inom företagshälsovård.....	12
3.3	Arbetsuppgifter	13
3.4	Läkare som arbetar i företagshälsovård	13
3.4.1	Specialist i företagshälsovård	14
3.4.2	Specialist i arbetsmedicin	14
3.4.3	Specialist i yrkesmedicin, yrkes- och miljömedicin respektive arbets- och miljömedicin	14
3.4.4	Specialistläkare i psykiatri, ortopedi, kardiologi m fl.....	14
3.4.5	Leg läkare utan specialitet.....	14
3.4.6	Flygläkare respektive dykläkare	14
3.5	Läkare i företagshälsovårds uppfattning av rollen som företagsläkare	15
3.6	Läkare i företagshälsovården som expertresurs inom området rehabilitering.....	16
4	UTBILDNINGSMÖJLIGHETER FÖR LÄKARE SOM ARBETAR INOM FÖRETAGSHÄLSOVÅRD .	18
4.1	Tidigare utbildningsmöjligheter	18
4.2	Lagstiftning kring läkares specialiseringstjänstgöring	19
4.3	Specialist i arbetsmedicin.....	20
4.4	Specialist i arbets- och miljömedicin	21

4.5	Fortsatt medicinsk utbildning (CME)	22
4.6	Kurser inriktade mot läkare inom företagshälsovård	22
5	UTBILDNING I ANDRA LÄNDER AV LÄKARE VERKSAMMA INOM FÖRETAGSHÄLSOVÅRD..	24
5.1	Norge	25
5.2	Danmark	26
5.3	Finland	27
5.4	Nederländerna	28
6	ANALYS AV DEN RÅDANDE UTBILDNINGSSITUATIONEN	30
6.1	Vad bestämmer behovet/kraven av utbildning hos läkare inom företagshälsovården	30
6.2	Läkarna inom företagshälsovården kan få en mer aktiv roll inom arbetsanpassning/arbetslivsriktad rehabilitering men det kräver insatser	31
6.3	Företagshälsovårdens organisation och uppgifter påverkar möjligheterna för utbildning av läkare inom företagshälsovården	31
6.4	Hur många specialister behöver utbildas.	32
6.5	Tillgång på teoretisk utbildning	33
7	DISKUSSION OCH SLUTSATSER	35
7.1	Öka antalet specialister i arbetsmedicin	35
7.2	Öka antalet specialister i arbets- och miljömedicin	35
7.3	Öka möjligheterna till utbildning	36
7.4	Hög kvalitet och kompetens inom specialiseringstjänstgöring och fortsatt medicinsk utbildning	36
7.5	Kollegiala nätverk.....	37
7.6	Övergripande samordning för utbildning av läkare i företagshälsovård	37
8	BILAGOR	39
8.1	Företagshälsovård – en tillbakablick.....	39
8.2	Kompetenskrav i Arbetsmiljöverkets föreskrifter om medicinska kontroller (AFS 2019:3)	42
	Vibrationer	43

Handintensivt arbete	43
Nattarbete	43
Vissa allergiframkallande kemiska produkter	43
8.3 Utbildning av läkare inom företagshälsovård – utbildning historisk utblick.....	45
8.4 Socialstyrelsens föreskrift 2015:8 om läkares vidareutbildning för att uppnå specialistkompetens (utdrag)	50
8.5 C-målen vid specialiseringstjänstgöring arbetsmedicin.....	58
8.6 Försäkringskassans svar om utbildning i försäkringsmedicin och rehabilitering som kan vara relevant för läkare i företagshälsovård	61

1 Inledning

1.1 Uppdraget och dess bakgrund

Rapporten "Företagshälsovårdens kompetensförsörjning" från 2019¹ identifierade att det finns ett akut behov av nyrekryteringar av företagsläkare på grund av hög genomsnittsålder. Vidare identifierade rapporten att det fanns utmaningar som organisering av utbildningar inklusive tjänstgöring under utbildning, allokering av medel samt huvudmannaskap. Rapporten konstaterade att nuvarande situation för utbildning av företagsläkare var ohållbar samt att inga åtgärder planerats för att lösa situationen. Därav bedömdes att en nytänkande, förutsättningslös och oberoende utredning behövde göras. Uppdraget att utreda detta gav regeringen till Myndigheten för arbetsmiljökunskap (Arbetsmarknadsdepartementet, 2019)².

Myndigheten engagerade Bengt Järholm (Umeå), Bernt Nilsson (Stockholm) och Mats Hagberg (Göteborg) för utredningen. Uppdraget var att utreda och lämna förslag på hur utbildningssituationen för läkare som arbetar inom företagshälsovården kan lösas.

1.2 Uppdragets genomförande

Utredarna har i sitt arbete gått igenom relevanta styrdokument, i huvudsak lagar, förordningar och föreskrifter, för att få en bild av vilka lagar och regler som gäller för läkare inom företagshälsovård. Tidigare utredningar på området har varit en viktig källa till kunskap om situationen och de problem som föreligger. Utredarna har också varit i kontakt med ett antal myndigheter som på olika sätt kan påverka läkares utbildning och arbetsuppgifter, däribland Socialstyrelsen, Transportstyrelsen, Strålsäkerhetsmyndigheten, Försäkringskassan och Arbetsmiljöverket. Andra kontakter som tagits av utredarna omfattar arbetsmarknadens parter, flera olika läkare inom företagshälsovården, chefsläkare, studierektorer inom företagshälsovård och Arbets- och miljömedicinska kliniker (Tabell 1). Utredarna har också varit i kontakt med personer med relevant kunskap om förhållandena i Danmark, Finland, Norge och Nederländerna.

Kontakter som nämns ovan har varit i form av telefonintervjuer, digitala möten och epost-konversationer.

1.3 Kontakter och genomförda intervjuer

Utredarna förde dialog med 60 personer utifrån deras kunskaper och erfarenheter av företagshälsovård, av dessa var ungefär hälften kvinnor. Av de intervjuade var 13 läkare inom någon företagshälsovård. Intervjuerna genomfördes med öppna frågor och berörde exempelvis intervjupersonernas bakgrundkunskap och kompetens, deras motivation för att arbeta inom företagshälsovård samt vilken kunskap de ansåg att de behövde för att genomföra sitt arbete. De tillfrågades också om hur de upplevde att deras arbetsgivare

¹ Myndigheten för arbetsmiljökunskap. Företagshälsovårdens kompetensförsörjning. Rapport FHV 2019:2.

² <https://www.esv.se/statsliggaren/regleringsbrev/?RBID=20441> (kontrollerad 2021-01-24)

tillgodosåg deras kunskaps- och kompetensbehov. Läkare som nyligen genomgått eller genomgår specialiseringstjänstgöringen för tilläggspecialiteten arbetsmedicin eller bas-specialiteten arbets- och miljömedicin tillfrågades om vad de ansåg om de praktiska förutsättningarna under tjänstgöringen och om vad som kunde förbättra tjänstgöringen och utbildningssituationen i allmänhet.

Studierektorerna vid landets sju arbets- och miljömedicinska kliniker intervjuades bland annat om sina arbetsuppgifter, antal handledda personer, om vilka nödvändiga kunskaper en läkare inom företagshälsovård behöver ha samt möjliga alternativ för att uppnå målen i tilläggspecialiteten arbetsmedicin.

Utöver dessa intervjuades även sex studierektorer och chefsläkare vid större företagshälsovårdsföretag och sex chefer vid mindre företagshälsovårdsföretag.

Tabell 1. Lista över kontakter och intervjuer genomförda i utredarna.

	Antal	Region, stad
Läkare i företagshälsovård under utbildning eller just avslutad specialiseringstjänstgöring	13	Skåne, Stockholm, Västra Götaland, Västerbotten, Västernorrland, Jämtland-Härjedalen, Jönköpings län, Värmland
Studierektorer vid samtliga arbets- och miljömedicinska kliniker	7	Umeå, Uppsala, Stockholm, Linköping, Örebro, Göteborg, Lund
Chefsläkare och studierektorer inom företagshälsovård	6	Stockholm, Skåne, Västra Götaland
Chefer mindre företagshälsovårdföretag	6	Sundsvall, Gävle, Jönköping
Arbetsmiljöverket	2	Stockholm
Försäkringskassan	2	
Strålsäkerhetsmyndigheten	2	
Transportstyrelsen	2	
Ordföranden för yrkes- och specialitetsföreningar företagshälsovård	6	Sverige, Norge, Danmark, Finland, Nederländerna
Tidigare utredare företagshälsovård	2	Stockholm
Nuvarande utredare vid Regeringskansliet	1	Stockholm
Fackliga företrädare	4	Stockholm
Professorer med företagshälsovård som specialområde	2	Stockholm
Intressenter i företagshälsovård*	5	Stockholm, Göteborg

*T ex läkare verksamma i basgrupper, professor i allmänmedicin, lärare för företagsläkare

2 Om företagshälsovård

Företagshälsovård finns i många länder, men med olika uppdrag, lagstiftning och organisation. Det finns också internationella överenskommelser och rekommendationer. De har och har haft betydelse för företagshälsovårdens utformning och uppgifter i Sverige.

ILO-konvention 161³ definierar företagshälsovård som ”tjänster som anförtrotts huvudsakligen förebyggande uppgifter och med ansvar för rådgivning till arbetsgivare, arbetstagare och deras representanter i företaget”. Den framhåller också den multidisciplinära karaktären och professionella oberoendet. I samband med att statsbidragen till företagshälsovård avvecklades 1992 gjordes en analys av överensstämmelsen med konventionen och förhållandena i Sverige. Man pekade på ett behov av en auktorisation för att garantera att verksamhets- och kvalitetskraven skulle vara uppfyllda. (SOU 1992:103). Någon sådan auktorisation har dock aldrig införts i Sverige. Sveriges företagshälsor har dock en intern certifiering/auktorisering i form av ett auktoriserat medlemskap⁴.

EU:s ramdirektiv för arbetsmiljön 89/391/EEG⁵ har betydelse för företagshälsovården. En grundläggande regel är att om arbetsgivaren inte har egen kompetens att organisera den förebyggande verksamheten ska arbetsgivaren anlita sakkunnig hjälp utifrån. Bestämmelserna i ramdirektivet är till största del införda i Arbetsmiljölagen (AML)⁶ och i Arbetsmiljöverkets föreskrift om systematiskt arbetsmiljöarbete, AFS 2001:1.

AML (3 kap. 2c §) definierar företagshälsovård som en oberoende expertresurs inom områdena arbetsmiljö och rehabilitering. Den ska särskilt arbeta för att förebygga och undanröja hälsorisker på arbetsplatser samt ha kompetens att identifiera och beskriva sambanden mellan arbetsmiljö, organisation, produktivitet och hälsa. Enligt arbetsmiljölagen kan Arbetsmiljöverket föreskriva att en arbetsgivare ska ha företagshälsovård, men det finns inte något beslut där Arbetsmiljöverket begärt att en arbetsgivare ska ansluta sig till företagshälsovård. Däremot finns många beslut från Arbetsmiljöverket där man i enskilda fall krävt att arbetsgivaren utnyttjar expertresurser och där det anges att företagshälsovård kan vara en lämplig resurs.

Företagshälsovård i Sverige har förändrats över tid se bilaga 8.1. Idag ”regleras” den i stor utsträckning av kollektivavtal. De övergripande avtalen på arbetsmarknaden om arbetsmiljö och företagshälsovård är ganska allmänt hållna. Det innebär att den konkreta utformningen och innehållet i företagshälsovård i enskilda verksamheter är beroende på aktiva arbetsgivare, lokala fackliga organisationer och effektiv samverkan på lokal nivå.

Det finns således ingen auktorisation eller annan lagstiftning som reglerar vem som får ange att man bedriver företagshälsovård. Sveriges företagshälsor anger att det finns drygt 100 företag och organisationer som bedriver företagshälsovård enligt arbetsmiljölagens definition⁷. Söker man på ”företagshälsovård” på eniro.se ger sökningen 17 016 företag (2020-06-02). Söker man på hitta.se ger sökningen 1 085 företag. Marknaden domineras av

³ ILO-konvention 161 ratificerades av Sverige 1986

⁴ <https://www.foretagshalsor.se/sv/auktoriserat-medlemskap> (kontrollerat 2021-01-11)

⁵ Rådets direktiv 89/391 av den 12 juni 1989 för att främja arbetstagarnas säkerhet och hälsa i arbetet

⁶ Arbetsmiljölagen SFS 1977:1160

⁷ <https://www.foretagshalsor.se/sv/om-foretagshalsovard> (kontrollerad 2020-06-02)

tre stora företag, Previa, Feelgood och Avonova. Mer än hälften av alla sysselsatta i Sverige är ansluten till någon av dessa⁸.

Enligt Arbetsmiljöundersökningen 2019 uppgav 63 procent av männen och 55 procent av kvinnorna i åldern 16–64 år att de hade tillgång till företagshälsovård genom arbetet⁹. År 1997 var motsvarande andel drygt 70 procent. Tillgång till företagshälsovård var vanligast (80 procent) i offentlig förvaltning och tillverkningsindustrin. Hotell och restaurang var den bransch där andelen var lägst, omkring 19 procent. Omkring en av fem sysselsatta hade haft kontakt med företagshälsovården under de senaste 12 månaderna antingen i form av besök från företagshälsovården eller så hade företagshälsovården på annat sätt gjort en bedömning av arbetsituationen.

Skillnaderna på tillgång till företagshälsovård är också stora mellan kön och bransch. I en rapport från LO anges till exempel att endast var fjärde kvinna anställd inom privat service hade tillgång till företagshälsovård 2015, medan andelen för män i samma sektor var ungefär dubbelt så hög¹⁰. Det anges också att den minskning som skett av tillgången till företagshälsovård värst drabbat arbetarkvinnor. Rapporten pekar också på behovet av att stärka det systematiska arbetsmiljöarbetet som man också menar är ojämnt fördelat mellan kvinnor och män och då särskilt för kvinnor i "arbetaryrken". Man anser att det finns behov av en kvalitetssäkrad företagshälsovård för alla anställda för att öka jämlikheten.

2.1 Upphandling och tjänsteutbud

Länge var så kallad intern företagshälsovård den vanligaste driftsformen. Intern företagshälsovård är när ett företag har en företagshälsovård som ingår som en del av företaget. Idag är det vanligast att företagshälsovård upphandlas från ett fristående företag som betjänar flera företag och organisationer. Tidigare var det också vanligt att avtal mellan företagshälsovårdsföretag och kunden byggde på ett abonnemang som omfattade alla tjänster som företagshälsovårdsföretaget erbjöd. Idag är avtalen med företagshälsovården ofta mer detaljerade där typ av tjänster, omfattning av respektive tjänst och dess pris framgår.

Upphandlingsprocessen har studerats 2013/2014 av Arbets- och miljömedicin i Uppsala¹¹. Man granskade 26 avtal och intervjuade berörda aktörer. Det visade sig att avtalen var oprecist uttryckta när det gäller målsättningen och formerna för samarbetet och de var inte knutna till ett specifikt behov som man identifierat. Avtalen grundade sig sällan på en behovsanalys utan är något man upprättar när och om ett behov uppstår. Detta bedöms vara orsaken till att s.k. grundavtal dominerar där man köper tjänster endast vid behov, ofta i individärenden. Sådana avtal bedöms ofta leda till outvecklade samarbetsstrukturer och dåliga förutsättningar för företagshälsovården att få någon djupare kunskap om den aktuella arbetsplatsen. De styr mer åt reaktiva insatser än ett långsiktigt förebyggande förhållningssätt. Även mer omfattande avtal inom den offentliga sektorn visar att de inte nödvändigtvis leder till väl utarbetade samarbetsformer, god arbetsplatskännetid eller

⁸ Antalet sysselsatta i Sverige var ca 5,1 miljoner i december 2019 (källa SCB, statistikdatabasen)

⁹ Arbetsmiljön 2019 Arbetsmiljöstatistik Rapport 2020:2

¹⁰ https://www.lo.se/start/lo_fakta/battre_och_battre_dag_for_dag (kontrollerad 2020-08-19)

¹¹ <http://www.ammppsala.se/nyheter/ny-rapport-stimulerar-avtal-mellan-arbetsgivare-och-foretagshalsovard-till-samarbete>

möjligheter att bidra till det förebyggande arbetsmiljöarbetet. Generellt angav avtalen sällan kvalitets- eller kompetenskrav på företagshälsovården.

År 2017 intervjuades drygt 1600 personer, företagshälsovårdsrepresentanter, fackliga företrädare och skyddsombud i medlemsföretag inom Svenskt Näringsliv om hur man använde tjänster från företagshälsovården¹². De vanligaste tjänsterna var:

- utbildningar inom till exempel arbetsmiljö eller första hjälpen
- allmänna och lagstadgade hälsokontroller
- friskvård och livsstilstjänster
- stödsamtal och krishantering
- arbetsplatsbedömningar med riskbedömning och kartläggning av risker
- arbetsplatsanpassning, rehabiliteringsstöd och arbetsförmågebedömningar
- stöd i det systematiska arbetsmiljöarbetet

¹² https://www.svensktnaringsliv.se/fragor/arbetsmiljo/hur-anvander-foretag-arbetsmiljo-och-halsotjanster-for-att-foreby_684142.html (kontrollerad 2020-08-19)

3 Läkare inom företagshälsovård

3.1 Krav enligt lagstiftning eller föreskrifter

Läkare är en skyddad yrkestitel och endast den som har läkarlegitimation har rätt att kalla sig läkare¹³. Det innebär att läkare inom företagshälsovården måste vara legitimerad läkare. Däremot kan vilken läkare som helst kalla sig företagsläkare bara man har legitimation. Ska en läkare beskriva sig som specialist i arbetsmedicin eller arbets- och miljömedicin krävs att läkaren har fått ett specialistbevis för den specialiteten (se vidare avsnitt 4)¹⁴. Det finns i lagstiftning och föreskrifter vissa åtgärder som kräver viss specialistkompetens, till exempel krävs specialistkompetens inom psykiatri vid vissa tvångsåtgärder vid psykisk sjukdom.

För vissa medicinska kontroller som ofta görs inom företagshälsovården finns krav om viss specialistkompetens alternativt speciell utbildning. Föreskrifter om detta finns från Arbetsmiljöverket, Transportstyrelsen och Strålskyddsmyndigheten. Kraven skiljer sig åt mellan olika typer av medicinska kontroller, se bilaga 8.2.

Flera av de medicinska kontrollerna i Arbetsmiljöverkets författningssamling ställer krav på generell kunskap om arbetsmiljö och dessutom krav på att läkaren har god kunskap om arbetsmiljön för den person som genomgår den medicinska kontrollen. Till exempel vid arbete som innebär vibrationsexponering, gäller att läkaren måste ha god kunskap om arbetsmiljöarbete och god kännedom om arbetstagarens exponering och arbetsförhållanden. Dessutom anges att läkaren ska ha klinisk kompetens att undersöka och utreda vibrationsrelaterade besvär.

Vid andra medicinska kontroller i Arbetsmiljöverkets författningssamling gäller att läkaren måste ha viss specialistkompetens¹⁵ (till exempel arbetsmedicin eller arbets- och miljömedicin) samt ha god kännedom om arbetstagarens exponering och arbetsförhållanden.

Kraven från Strålskyddsmyndigheten liknar kraven från Arbetsmiljöverket

Kraven från Transportstyrelsen innebär att läkaren behöver ha genomfört viss teoretisk utbildning som ordnas av myndigheten men vanligen ställs inte krav på någon viss specialistkompetens. För vissa typer av kontroller och bevis krävs viss specialistkompetens, till exempel i neurologi om det gäller förarbevis till en person som har epilepsi.

Arbetsmiljöverket ställer krav på återkommande utbildning (kurs) för den som ska genomföra kontroller i samband med dykeriarbete men har i övrigt inga krav på återkommande utbildning för de läkare som gör medicinska kontroller.

Transportstyrelsen ställer krav på återkommande utbildning för läkare i de flesta av sina medicinska kontroller. För den läkare som ska genomföra kontroller av personal inom flyget krävs till exempel årlig utbildning.

¹³ Patientsäkerhetslagen 2010:659 4 kap. 5 §

¹⁴ Patientsäkerhetslagen 2010:659 4 kap. 8 §

¹⁵ Kan ersättas med 2 års handledd tjänstgöring inom företagshälsovård + teoretisk utbildning.

3.2 Antal läkare inom företagshälsovård

Läkare inom dagens företagshälsovård kan arbeta som anställda, som konsulter eller som egna företagare. De största arbetsgivarna för företagsläkare är de tre stora företagen i branschen. Där finns läkare med specialitet i arbetsmedicin eller närliggande specialiteter¹⁶ men också läkare med andra specialiteter. Uppskattningsvis är cirka 400 läkare på ett eller annat sätt knutna till dessa tre företag (heltid, deltid, konsult med mera). Den största interna företagsvården¹⁷ har drygt 20 anknutna läkare. Många av de företag som annonserar ut "företagshälsovård" när man söker på hemsidor som hitta.se eller eniro.se anger att de har läkare knutna till sig. Ibland finns de beskrivna med namn och specialitet. Utredarna uppskattar att ca 1000 läkare i Sverige kan vara knutna till företagshälsovård på hel- eller deltid. Av dessa uppskattas cirka hälften arbeta minst halvtid inom företagshälsovården.

Totalt finns 2019 drygt 1400 personer som har specialistbevis i arbetsmedicinska specialiteter enligt Socialstyrelsens register, tabell 2. Av dessa var 366 under 65 år (26 procent) och det uppskattas att av dem arbetar cirka hälften minst halvtid inom företagshälsovården, det vill säga cirka 200 läkare. Antalet läkare med specialistkompetens inom det arbetsmedicinska området inom företagshälsovården är dock sannolikt större än 200 då många läkare över 65 års ålder fortfarande är yrkesaktiva på hel- eller deltid.

Tabell 2. Antal specialister i arbetsmedicin och arbets- och miljömedicin 2019 (källa: Socialstyrelsen¹⁸).

Specialitet	Totalt	<65 år
Arbets- och miljömedicin*	272	149
<i>Kvinnor</i>	155	65
<i>Män</i>	117	84
Arbetsmedicin**	1133	217
<i>Kvinnor</i>	400	103
<i>Män</i>	733	114

*Inklusive de som har de tidigare specialiteten yrkes- och miljömedicin

**I denna grupp ingår också de som har specialitet i företagshälsovård

¹⁶ Specialiteterna, företagshälsovård, arbets- och miljömedicin, yrkesmedicin, yrkes- och miljömedicin

¹⁷ Hälsan och arbetslivet-Västra Götalandsregionens företagshälsovård

¹⁸ Tabell 3 a, b c ur statistik om legitimerad hälso- och sjukvårdspersonal 2019

(<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/statistikammen/halso-och-sjukvardspersonal/> hämtad 2020-09-22)

3.3 Arbetsuppgifter

Utredarna har intervjuat läkare som arbetar inom företagshälsovård i olika organisationsformer. Intervjuer har gjorts med läkare som är under specialiseringstjänstgöring, sådana som har specialistkompetens med inriktning mot arbete på företagshälsovård och läkare som arbetar med till exempel medicinska kontroller utan att ha sådan specialistkompetens. De beskriver väsentligen en likartad bild, det vill säga till övervägande del (åtminstone 70–80 procent) är det arbete mot enskild individ och arbetsuppgifter enligt nedan. Det framkommer också att vissa läkare sällan är ute på arbetsplatser.

Exempel på individärenden är

- Medicinska kontroller
- Drogkontroller
- Bedömningar av arbetsförmåga och arbetslivsinriktad rehabilitering.
- Sjukskrivning
- Vaccinationer
- Läkaren kan också kopplas in på allmänna hälsokontroller som oftast utförs av andra personalgrupper. Där kan läkarens bedömning handla om hur till exempel en levnadsundersökning av en grupp individer påverkar deras funktion på arbetsplatsen.

När läkare har denna typ av arbetsuppgifter innebär det inte att de gör alla moment. Sjuksköterskor gör till exempel de flesta praktiska uppgifterna vid vaccinationer medan läkaren kan ha mer övergripande ansvar och göra bedömningar om vaccination kan ske av personer med sjukdomar. Arbetet kan också skilja sig jämfört med motsvarande arbete inom "vanlig" vård. Vid till exempel drogproblem har läkare inom den "vanliga" sjukvården ett starkt individfokus medan läkaren inom företagshälsovården också behöver se problemet ur arbetsgivarens perspektiv. Ibland, till exempel inom Försvarshälsan och viss intern företagshälsovård, förekommer medicinsk behandling/diagnos av individer. Så är till exempel företagsläkarna inom försvaret läkare för värnpliktiga. För läkare som arbetar inom företagshälsovården i försvaret ingår också arbete som innebär att bedöma behovet av vård i samband med trauma.

Det förekommer också att läkaren arbetar deltid i företagshälsovården och deltid inom hälso- och sjukvård, ibland i närliggande lokaler. Den senare kan ha bidrag från regionen för vården via avtal. Läkarvårdsersättning från regionen lämnas enligt lag inte till läkare för verksamhet inom företagshälsovård¹⁹.

3.4 Läkare som arbetar i företagshälsovård

Nedan beskrivs olika kategorier av läkare som kan arbeta i företagshälsovård. Kategorierna är överlappande. Ibland beskrivs läkarrollen utifrån de kontroller man gör, till exempel dykläkare eller flygläkare. Kategorierna avser inte en person utan en yrkesroll då en läkare samtidigt kan vara till exempel specialist i arbetsmedicin och dykläkare och flygläkare.

¹⁹ Lag om läkarvårdsersättning 1993:1651, 9 §

Kunskap om de olika kategorierna har framkommit i intervjuer i denna utredning och genom intervjuer utredarna har haft i tidigare uppdrag.

3.4.1 Specialist i företagshälsovård

Det är den vanligaste specialistkompetensen inom företagshälsovården. Efter 2013 har inga specialistbevis i företagshälsovård utfärdats av socialstyrelsen. En beskrivning av vad som krävdes för att få specialistbevis finns i avsnitt 4.1

3.4.2 Specialist i arbetsmedicin

Allt fler med specialitet i tilläggspecialiteten arbetsmedicin tillkommer. En beskrivning av vad som krävs för specialistbevis finns i avsnitt 4.3

3.4.3 Specialist i yrkesmedicin, yrkes- och miljömedicin respektive arbets- och miljömedicin

Före 1996 kunde man bli specialist i yrkesmedicin. Det finns några läkare i företagshälsovård med denna specialitet. Från 1996 utvidgades specialiteten till yrkes- och miljömedicin. Den bytte år 2008 namn till arbets- och miljömedicin.

3.4.4 Specialistläkare i psykiatri, ortopedi, kardiologi m fl.

Specialistläkare i psykiatri används i vissa företagshälsovårdsföretag som konsultläkare för rådgivning när det gäller psykisk sjukdom och arbete. På motsvarande sätt används ortopedier när det gäller rörelseorganens sjukdomar. Kardiologer används ofta på konsultbasis i tjänstbarhetsintygsundersökningar där arbets-EKG krävs (rök och kemdykning, klättring med stor nivåskillnad). Många läkare inom företagshälsovården har specialistbevis inom till exempel allmänmedicin eller annan klinisk specialitet, men har av olika skäl inte skaffat sig eller fått möjlighet att skaffa sig någon specialitet inom det arbetsmedicinska området.

3.4.5 Leg läkare utan specialitet

Även om de flesta arbetsuppgifter som läkare gör inom företagshälsovård formellt inte kräver att läkaren har specialistbevis är det enligt utredarnas erfarenhet och intervjuer ovanligt att läkare inom företagshälsovården saknar specialistbevis.

3.4.6 Flygläkare respektive dykläkare

Flygläkare kan den läkare kalla sig som certifierats av Transportstyrelsen efter godkänd utbildning. Flygläkaren får då genomföra tjänstbarhetsbedömningar av civila piloter, flygledare och kabinbesättning. Det finns olika klasser av flygläkare där endast den högsta behörigheten medger flygläkarundersökningar av piloter med kommersiella flygcertifikat och flygledare. Flygmedicinska centra har i samråd med Transportstyrelsen tidigare organiserat utbildningar till flygläkare. Det finns också utbildningar i andra länder som ger behörighet i Sverige om de är godkända av EASA (Europeiska flygsäkerhetsbyrån). För att få behålla sin certifiering som flygläkare så måste hen årligen rapportera vilken fortsatt medicinsk utbildning som gjorts och antal genomförda flygmedicinska undersökningar till Transportstyrelsen.

Dykläkare kan den läkare kalla sig som genomgått kurs i dykerimedicin enligt kursplan utformad av European Diving Technology Committee (EDTC). För utfärdande av tjänstbarhetsintyg vid arbetsdykning krävs EDTC certifieringen "Medical Examiner of Divers" (MED). Det krävs re-certifiering vart 5:e år.

Vissa företagshälsovårdsföretag tillhandahåller kompetenta flygläkare och dykläkare.

3.5 Läkare i företagshälsovårds uppfattning av rollen som företagsläkare

Utredarna har intervjuat läkare (n=10) som gör specialiseringstjänstgöring i arbetsmedicin eller som nyligen har blivit specialister i arbetsmedicin.

Intresset för företagshälsovård bland läkare har vanligtvis uppkommit för att man ville arbeta mer preventivt. Några har sett möjligheter till bättre rehabilitering av sjukskrivna. Någon var trött på sjukhusarbetet som inte innebar hälsofrämjande arbete. Samtliga ansåg att de hade god klinisk kunskap om bedömning och omhändertagande av patienter när de anställdes i företagshälsovård. Däremot beskrev samtliga att de då saknade tillräcklig kunskap om lagstadgade medicinska kontroller. Samtliga beskrev också att relationen som nu inte bara var den mellan läkare och patient utan komplicerades av hänsyn som skulle tas till patientens/den anställdes arbetsgivare som dessutom var företagshälsovårdens uppdragsgivare och avtalspartner.

De flesta intervjuade angav att arbetsgivaren stått för kostnader för kurser och att det oftast varit Företagsläkarföreningens kurser. Kurserna har upplevts som värdefulla och ibland bidragit till skapande av nätverk. Enstaka läkare har också haft schemalagd tid för inläsning av litteratur under specialiseringstjänstgöringen.

Flera av de intervjuade beskrev problem i samband med specialiseringstjänstgöring på arbets- och miljömedicinsk klinik. För vissa kunde arbetsgivaren (företaget där läkaren var anställd) inte betala heltidslön under tjänstgöringen vid arbets- och miljömedicinska kliniken eller handledararvode. Om den arbets- och miljömedicinska kliniken låg på annan ort än den där man vanligen arbetade upplevdes resor och bortavaro från familjen som en påfrestning.

Några läkare har även beskrivit svårigheter med att få tid för fördjupningsarbetet under specialiseringstjänstgöringen.

En lite mer utförlig beskrivning av förhållandena för två läkare (A och B) finns nedan:

Fallberättelse, A nybliven specialist i arbetsmedicin

A nybliven specialist i arbetsmedicin

A är 56 år och var specialist i allmänmedicin när hen anställdes inom företagshälsovården. Hen blev specialist i arbetsmedicin 2018. A började i företagshälsovården av en slump då hen arbetade i på en privat vårdcentral som också bedrev företagshälsovård. Efter en tid övertog A en annan läkares arbete på företagshälsovården på deltid. A gick den sista företagsläkarkursen 2011 och ansökte till Socialstyrelsen för specialitet i företagshälsovård men godkändes inte då hen saknade tillräcklig tid inom företagshälsovård. Sedan blev det försent för att ansöka om den specialiteten då nya specialistbevis inte utfärdades efter 2013. Hen började på en större företagshälsovård och påbörjade specialiseringstjänstgöring i arbetsmedicin.

A ansåg att när hen började inom företagshälsovården hade hen förutom god allmänklinisk kompetens också god kompetens inom rehabilitering. Hen saknade däremot kunskap om Arbetsmiljöverkets föreskrifter och lagstadgade hälsoundersökningar för till exempel arbete med härdplaster, eller vibrationer. När A tjänstgjorde på arbets- och miljömedicinsk klinik utgick lönebidrag från företagshälsovårds-delegationen. Fortutbildning sker genom en utbildningsdag en gång om året som ordnas internt. A deltar även i ett nätverk som ordnas av en arbets- och miljömedicinsk klinik. A tycker det finns ett utbildningsbehov i arbetsmedicin för allmänläkare särskilt i områden med tung industri.

I maj 2020 under covid-pandemin har arbetsplatsbesök blivit svårare vilket också påverkat ergonomiska utredningar negativt. Man bedriver istället online konsultationer vilket fungerar. Delar av personalen på företagshälsovården är permitterad. Det fanns också diskussioner om spirometri kräver skyddskläder och andningsskydd. Lagstadgade medicinska kontroller genomförs som planerat. Däremot sker inga allmänna hälsoundersökningar.

B under specialiseringstjänstgöring.

B är 57 år och specialist i allmänmedicin och har arbetat 8 år inom företagshälsovård. Hen arbetar nu i en mindre privat företagshälsovård. Anledningen till att B ännu inte är specialist i arbetsmedicin är att det inte har funnits plats på någon arbets- och miljömedicinsk klinik och att B har svårt att vara borta från företagshälsovården. B är just nu är enda läkaren där och arbetsgivaren vill/kan inte ta kostnaden för att ta in en vikarie. B har gått många av Företagsläkarförbundets kurser.

B började i företagshälsovården då hen tröttnade på att inte kunna arbeta preventivt. Hen blev erbjuden tjänst i ett större företagshälsovårdsföretag. Kunskapen som B hade med sig var en god allmänmedicinsk kompetens. När B började i företagshälsovård saknade hen kunskap om lagstadgade hälsokontroller. Nytt var också att man agerade på uppdrag av patienternas/de anställdas arbetsgivare. Rehabilitering i företagshälsovården var annorlunda jämfört med primärvård. Bs nuvarande arbetsgivare är frikostig med kurser och B upplever att det finns förståelse för att det är viktigt med kompetensutveckling.

B tycker att det vore bra med ”ryggsäckspengar” under specialiseringstjänstgöring och jämför med förhållandena inom regionen. Hen tycker det är viktigt med aktiv studierektor och upplevde studierektorn vid det större företagshälsovårdsföretaget där hen arbetade som lite passiv medan handledaren var utmärkt. B menar att vinstintresse hos en privat arbetsgivare inte alltid går ihop med utbildning och därför behöver privata arbetsgivare stödjas i detta.

I maj 2020 är B korttidspermitterad på 20 procent och företagssköterskorna på 60 procent på grund av pandemin. B ger rådgivning till arbetsgivare om pandemin och tycker att hen har tillräcklig kunskap om infektionssjukdomar i sin allmänläkarkompetens men efterlyser ökad kunskap om hur man i företagshälsovården förhåller sig till pandemin.

3.6 Läkare i företagshälsovården som expertresurs inom området rehabilitering

Arbetsanpassning och arbetslivsriktad rehabilitering innebär att förändra arbetets krav så att den anställdes förmåga tas till vara. Detta kan till exempel vara förändrade

arbetsuppgifter, organisationsförändringar och anskaffande av hjälpmedel. Arbetsgivaren har skyldighet att medverka i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen²⁰. I Arbetsmiljöverkets föreskrift 1994:1 *Arbetsanpassning och rehabilitering* anges i kommentardelen att såväl personalavdelningen som företagshälsovården kan vara till stöd och hjälp i arbetsanpassning och rehabilitering. Föreskriften ersätts från 1 juni 2021 av föreskriften AFS 2020:5²¹ *Arbetsanpassning*. I den nya föreskriften har arbetsgivarens uppgifter för rehabilitering tagits bort. Ansvar för arbetsanpassning är kvar och har tydliggjorts. I den nya föreskriften hänvisas till att i Arbetsmiljöverkets föreskrifter om systematiskt arbetsmiljöarbete finns regler om att anlita företagshälsovård eller annan sakkunnig hjälp utifrån, när kompetensen inom den egna verksamheten inte räcker för arbetet med arbetsanpassning.

En statlig utredning menar att det arbetsplatsinriktade stödet för återgång i arbete behöver stärkas (SOU 2020:24). Den pekar också på behovet av att underhålla kunskapsområdet arbetsplatsinriktat stöd för återgång i arbete. Efter en genomgång av personer som var sjukskrivna bedömde utredningen att en betydande del (16–35 procent) av de individer som är sjukskrivna och har en anställning får otillräckligt stöd på arbetsplatsen. Man ansåg att arbetsgivaren i för liten grad anlidade expertresurser och att därför det ska finnas ett krav i lagstiftningen om att konsultera experthjälp i vissa fall. Utredarna konstaterade att rollerna mellan primärvård och företagshälsovård är oklara, särskilt har det handlat om personer med psykisk ohälsa.

Utredaren, Mandus Frykman, diskuterar i ett debattinlägg företagsläkarens roll i förhållande till läkare inom till exempel primärvården²¹. Han menar att vissa läkare inom offentligt finansierad vård har väl så goda förutsättningar att arbeta med rehabilitering av smärt- och stresstillstånd som företagsläkarna. Flera läkare inom företagshälsovården kommenterar hans artikel och menar att de har en central roll för en framgångsrik arbetsplatsinriktad rehabilitering.

²⁰ Socialförsäkringsbalken 30 kap. Arbetsmiljölagen 3 kap.

²¹ *Arbetsmiljöverket AFS 2020:5 Arbetsanpassning*

²¹ Frykman M. Företagsläkarens unika kompetens måste användas rätt. Läkartidningen. 2019;116:FPCS, Läkartidningen.se 2019-04-25 (<https://lakartidningen.se/opinion/debatt/2019/04/foretaglakarnas-unika-kompetens-maste-utnyttjas-ratt/>)

4 Utbildningsmöjligheter för läkare som arbetar inom företagshälsovård

Alla läkare som anställs i en företagshälsovård får sannolikt en viss internutbildning om hur man arbetar med kundkontakter, hur man debiterar osv. Läkare som inte tidigare arbetat inom företagshälsovård och som saknar en arbetsmedicinsk specialitet behöver mer omfattande utbildning för att bygga upp den mer specifika arbetsmedicinska kompetensen. Även om läkaren tidigare arbetat inom företagshälsovård och är specialist i arbetsmedicin kan arbetsmiljön i de anslutna företag innebära behov av nya kunskaper. Utbildningen kan handla om att den nyanställda läkarens arbetsuppgifter samordnas med en specialiseringstjänstgöring med målet att bli specialist i arbetsmedicin. Det kan också handla om andra typer av utbildningsinsatser och handledning. Även för personer som har arbetsmedicinska kunskaper krävs en kontinuerlig utbildning för att vidmakthålla och utveckla kompetensen.

I detta avsnitt beskrivs specialiseringstjänstgöring med målet att bli specialist i arbetsmedicin respektive specialist i arbets- och miljömedicin. Avsnittet innehåller också beskrivning av annan utbildning i form av kurser för läkare inom företagshälsovård. För att bättre förstå de diskussioner som finns om olika utbildningsalternativ ges också först en kort beskrivning om hur utbildningsmöjligheterna sett ut i ett längre perspektiv.

4.1 Tidigare utbildningsmöjligheter

Den första arbetsmedicinska specialiteten i Sverige var yrkesmedicin som tillkom under 1970-talet och som då var en grenspecialitet inom invärtesmedicin. Det var dock sällsynt att läkare inom företagshälsovården hade denna specialitet utan vanligen rekryterades läkare med en tidigare klinisk karriär. De allra flesta deltog i en cirka 10 veckor lång teoretisk utbildning i form av veckolånga kurser som först anordnades av Arbetarskyddsstyrelsen, sedan Arbetsmiljöinstitutet och därefter Arbetslivsinstitutet tills det lades ner 2006. Kurserna finansierades av staten och var utspridda över cirka 1 år och då ingick också ett projektarbete. Resor och uppehälle bekostades av läkarnas arbetsgivare. Kurserna var öppna också för läkare som inte hade tjänst som företagsläkare, men det var få sådana deltagare. Från 2002 och fram till 2013 gavs motsvarande kurser av arbets- och miljömedicinska enheterna av Göteborgs universitet och Uppsala universitet. Dessa var också på 10 kursveckor exklusive projektarbete och totalt 22,5 högskolepoäng med projektarbete. Också dessa kurser finansierades med statsmedel. Se bilaga 8.3.

Under 1980-talet tillkom specialiteten yrkes- och miljömedicin och på 1990-talet omvandlades den till arbets- och miljömedicin. Trots att innehållet i specialiteterna var likartade så krävdes ansökan till Socialstyrelsen om en läkare med specialiteten yrkes- och miljömedicin ville få specialistbevis för arbets- och miljömedicin.

Det var ovanligt att läkare inom företagshälsovården var eller blev specialister inom yrkes- och miljömedicin eller arbets- och miljömedicin. Det framkom dock starka önskemål om att läkare inom företagshälsovården skulle få en specialitet och därför inrättades specialiteten företagshälsovård som en tilläggsspecialitet på 1990-talet. Kraven var att läkaren skulle ha 2 års handledd tjänstgöring inom företagshälsovård och den teoretiska utbildningen på 10

veckor som gavs av Arbetsmiljöinstitutet/Arbetslivsinstitutet. Uppfylldes det så fick läkaren specialistbevis i företagshälsovård.

I samband med förändrade regler för utbildning till specialist, bland annat införandet av målbeskrivningar i stället för tjänstgöringskrav, så utvecklades tilläggspecialiteten företagshälsovård; det fanns övergångsbestämmelser så att specialistbevis i företagshälsovård kunde utfärdas till och med 2013. Vid omläggningen av specialistutbildningen 1996 var tanken att många läkare inom företagshälsovården skulle bli/vara specialister i arbets- och miljömedicin. Det visade sig dock att antalet sådana specialister var/blev för få för att tillgodose att en rimlig andel av läkare inom företagshälsovården hade en arbetsmedicinsk specialitet. Därför tillkom år 2015 specialiteten arbetsmedicin som är en så kallad tilläggspecialitet som bygger på att läkaren redan har en klinisk specialitet.

En läkare kan ha flera specialiteter, så att det finns läkare med flera arbetsmedicinska specialiteter. I Sverige är läkaren specialist från den dag man får specialistbeviset tills hen dör om hen inte blir deslegitimerad.

4.2 Lagstiftning kring läkares specialiseringstjänstgöring

Grundläggande bestämmelser om specialiseringstjänstgöring finns i patientsäkerhetslagen (2010:659)²², patientsäkerhetsförordningen (2010:1369)²³ och föreskrifter från Socialstyrelsen (SOSFS 2015:8)²⁴, se bilaga 8.4.

Specialiseringstjänstgöringen ska fullgöras genom tjänstgöring som läkare under handledning och genom deltagande i kompletterande utbildning. Vidare framgår att vårdgivaren (vanligen läkarens arbetsgivare vid tjänstgöring inom företagshälsovården) ansvarar för att det finns de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöringen med hög och jämn kvalitet. Verksamhetschefen hos vårdgivaren där läkaren tjänstgör har ett övergripande ansvar.²⁵ Att utse någon annan med övergripande ansvar är inte förenligt med gällande lagstiftning. Verksamhetschefen ska också se till att det finns tillgång till studierektor²⁶, handledare liksom medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner om verksamhetsspecifika tekniker och tillvägagångssätt. Vårdgivaren ska också ansvara för att kvaliteten på specialiseringstjänstgöringen säkerställs genom systematisk granskning och utvärdering. Under specialiseringstjänstgöringen ska det också ske regelbunden uppföljning av läkaren via verksamhetschefen (SOSFS 2015:8 4 kap 3§)²⁷. Studierektor eller handledare behöver inte vara anställda av läkarens arbetsgivare, men det ställs krav på specialistkompetens hos dessa. I de allmänna råden från

²² <https://www.google.com/search?client=firefox-b-d&q=patients%C3%A4kerhetslagen>

²³ https://www.riksdagen.se/sv/dokument-lagar/dokument/svensk-forfattningssamling/patientsakerhetsforordning-20101369_sfs-2010-1369

²⁴ <https://www.socialstyrelsen.se/regler-och-riktlinjer/foreskrifter-och-allmanna-rad/konsoliderade-foreskrifter/20158-om-lakarnas-specialiseringstjanstgoring/>

²⁵ Begreppet "huvudman" definieras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, 2 kap) som den region eller kommun som ansvarar för att inom huvudmannens geografiska område erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans område kan det finnas en eller flera vårdgivare (§2). Vårdgivare är den som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (§3).

²⁶ Studierektor utgör en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.

²⁷ Ifall verksamhetschefen inte har bevis om specialistkompetens inom arbetsmedicin ska annan läkare som har den kompetensen utses.

Socialstyrelsen anges dock att den huvudansvariga handledaren bör tjänstgöra där ST-läkaren huvudsakligen är verksam.

Utbildningsplanen ska vara individuellt utformad och baserad på målbeskrivningen. Under specialiseringstjänstgöringen förväntas läkaren delta i kurser. Det finns specialistkompetenskurser (SK-kurser) som är statligt finansierade, och som endast är avsedda för läkare under specialiseringstjänstgöring. Det har under den senaste 5-årsperioden emellertid funnits få SK-kurser med fokus på arbetsmedicin eftersom specialitetsföreningen inte uttryckt ett behov av dessa kurser i den årliga behovsinhämtningen. ST-läkaren kan dock söka andra kurser än SK-kurser då SK-kurserna endast är ett komplement till det samlade kursutbudet för ST-läkare²⁸. ST-läkaren kan även söka andra SK-kurser. ST-läkare med annan inriktning än arbetsmedicin kan också söka SK-kurser inriktade på arbetsmedicin.

Det finns inget som säger hur länge en person måste tjänstgöra i olika verksamheter för att uppnå specialistkompetens, bara att den totala tjänstgöringstiden måste uppgå till minst 5 år. I tidigare regelverk specificerades tjänstgöringstider inom olika verksamheter. Idag är det kraven på målpuppfyllelse som avgör var läkaren behöver tjänstgöra. Målen fastställs av Socialstyrelsen. Målen indelas i A, B och C-mål. C-målen är mest specifika för respektive specialitet. I bilaga 8.5 finns C-målen redovisade för specialiteterna arbetsmedicin och arbets- och miljömedicin. Där framgår att det handlar om mål kring arbete och hälsa. A- och B-målen är ofta gemensamma för många specialiteter och huvudrubriker för dessa finns i bilaga 8.5.

4.3 Specialist i arbetsmedicin

Arbetsmedicin är en så kallad tilläggsspecialitet och kräver att läkaren redan har en annan klinisk specialitet²⁹. Den kräver liksom andra specialiteter minst 5 års specialiseringstjänstgöring. Genom att läkaren kan tillgodoräkna sig upp till 2,5 års specialiseringstjänstgöring från tidigare specialiteter så kan tiden förkortas.

Läkare under specialiseringstjänstgöring med målet att uppnå specialistkompetens i arbetsmedicin är uteslutande anställda inom företagshälsovården. Landets regioner är annars den i särklass största arbetsgivaren för läkare under specialiseringstjänstgöring. De har utarbetade system för såväl tjänstgöring som finansiering av dessa. Det finns också ett system för specialiseringstjänstgöring helt eller delvis hos privata vård företag. Företagshälsovården är en i sammanhanget liten aktör som inte passar in i detta system, något som har lyfts fram av branschen. Dessutom finns lagstiftning som gör att läkarvård ersättningar från regionerna inte kan utgå till företagshälsovård³⁰. Särskilt för mindre enheter finns svårigheter att planera och genomföra specialiseringstjänstgöringen. Det är vanligt att det uppstår en del praktiska problem, exempelvis att hitta lämpliga handledare och studierektorer. Ett annat problem som också lyfts fram från branschen är finansieringen särskilt om det behövs tjänstgöring utanför den egna verksamheten, till

²⁸ <https://www.socialstyrelsen.se/utveckla-verksamhet/utbildning/sk-kurser/upphandling-av-sk-kurser/urvalsprinciper/>

²⁹ I SOSFS 2015:8 finns uppräknat vilka kliniska specialiteter som är godkända.

³⁰ Lag om läkarvård ersättning 1993:1651, 9 §

exempel på arbets- och miljömedicinsk klinik. Branschen skulle gärna se att det fanns färdiga specialister att anställa.

Socialstyrelsen utredde 2016 hur företagshälsovårdens kompetensförsörjning kunde stödjas så att fler läkare fick tilläggsspecialiteten arbetsmedicin³¹. I uppdraget ingick också att kartlägga hur specialiseringstjänstgöringen såg ut och hur den bäst borde utformas utifrån målbeskrivningen.

Utredning fann att det fanns få SK-kurser. Man noterade också att de kurser som läkare under specialiseringstjänstgöring i arbetsmedicin kan delta i fanns annonserade på en rad olika håll och att det skulle underlätta om alla kurser annonserades i en gemensam kurskatalog. Rapporten innehåller en diskussion om webb- och distanskurser. En nackdel med distanskurser ansågs vara att de i mindre grad bidrog till att läkarna fick nätverk av kollegor. Det undersöktes om Arbetsmiljöverket kunde bidra med kurser, men Arbetsmiljöverket avböjde. Rapporten identifierade också tjänstgöring på arbets- och miljömedicinsk klinik som hinder och då främst vem som skulle svara för lönekostnaden vid tjänstgöringen.

Socialstyrelsen har haft dialoger med berörd specialitetsförening. I årliga behovsinventeringar inför anskaffning av nya SK-kurser, uttrycktes dock inget behov från specialitetsföreningen. Detta gäller även SK-kurs inför 2022. Specialitetsföreningen har däremot uttryckt ett behov av kurser med blandade målgrupper. Inom ramen för SK-kurser är det av formella skäl inte möjligt eftersom finansieringen är avsedd för läkare under specialiseringstjänstgöring.

I storleksordningen 20 nya specialister per år i arbetsmedicin har tillkommit under de senaste åren, tabell 3.

Tabell 3 Antalet nya specialistbevis utfärdade av Socialstyrelsen (i en del fall handlar det dock om att man "konverterat" en specialitet, till exempel företagshälsovård till arbetsmedicin)

Specialitet	2017	2018	2019	2020 (tom juni)
Arbetsmedicin	20	9	19	10
Arbets- och miljömedicin	3	7	4	1

4.4 Specialist i arbets- och miljömedicin

Det krävs minst 5 års specialiseringstjänstgöring för att en läkare ska bli specialist i arbets- och miljömedicin. Det är en basspecialitet och det krävs att läkaren har tjänstgjort motsvarande minst 5 års heltid under handledning och att angivna mål har uppfyllts. Vanligen innebär det en tjänstgöring på arbets- och miljömedicinsk klinik, i

³¹ Socialstyrelsen. Företagshälsovårdens kompetensförsörjning - En förstudie om hur fler läkare ska vilja välja att utbilda sig inom tilläggsspecialiteten arbetsmedicin, rapport nr 2016-10-32.

företagshälsovård, inom psykiatri och internmedicinska specialiteter. Det finns inga formella krav om var man ska tjänstgöra eller om hur länge man ska vara inom visst verksamhetsområde.

Reglerna för vårdgivare, handledare och studierektor är desamma som beskrevs för arbetsmedicin. Regionerna utlyser tjänster för specialiseringstjänstgöring (ST-tjänster) som söks i konkurrens och som inom regionen motiveras med dess egna behov för arbets- och miljömedicinska kliniker. Det finns dessutom ST-tjänster inriktade mot arbets- och miljömedicin tillsatta vid intern företagsvård vid åtminstone två regioner. För närvarande finns totalt ett 10-tal personer under specialiseringstjänstgöring i arbets- och miljömedicin i landet.

4.5 Fortsatt medicinsk utbildning (CME)³²

För alla läkare inklusive de med specialitet i arbetsmedicin eller arbets- och miljömedicin finns det anledning att underhålla sina kunskaper och lära sig nytt i takt med att arbetslivet förändras och nya kunskaper tillkommer. Detta är viktigt för läkaren för att hans kunskaper ska vara attraktiva för kunderna men också för företagshälsovården vars kompetens är beroende av dess medarbetare. Utredarna har noterat att frågan om fortsatt medicinsk utbildning i ringa grad lyfts av de som intervjuats under utredningsarbetet. Det finns inga formella krav på fortsatt medicinsk utbildning för läkare i Sverige vilket kan jämföras med till exempel Finland där läkare inom företagshälsovård förväntas använda minst 7 dagar per år för fortsatt medicinsk utbildning.

4.6 Kurser inriktade mot läkare inom företagshälsovård

Någon efterföljare till den 10 veckor långa utbildningen som gavs av Arbetslivsinstitutet finns inte idag och har inte funnits efter 2013. De senaste åren har Företagsläkarföreningen (yrkesförening), Svensk arbetsmedicinsk och arbets- och miljömedicinsk förening (specialitetsförening) samt branschorganisationen Sveriges företagshälsor anordnat kurser för läkare i företagshälsovård ibland med hjälp av de arbets- och miljömedicinska enheterna (region och universitet). Kurserna har varit inriktade på både mål i specialiseringstjänstgöringen i arbetsmedicin och som fortsatt medicinsk utbildning (CME) för redan verksamma specialister. Organisationernas kurser finns på respektives hemsida.

Exempel på kurser som Företagsläkarföreningen (vanligtvis 2-5 dagar) arrangerat: Organisation och grupp, Arbetsinriktad rehabilitering, Arbetsrätt, Processledning. Exempel på kurser som Arbets- och miljömedicinska kliniker anordnat i samarbete med Svensk arbetsmedicinsk och arbets- och miljömedicinsk förening (vanligtvis 1-2 dagar): Toxikologi och hälsoriskbedömning, Ergonomi i individ och grupp-perspektiv, Vibrationer. Exempel på kurser som Sveriges Företagshälsor anordnat: MRO-utbildningen (Medical Review Officer) riktar sig i första hand till läkare inom företagshälsovård och beroendevård som har ansvar

³² Begreppet CME (continuing medical education) vinner terräng även i Sverige. Närmast kan det översättas med Fortsatt Medicinsk Utbildning. I Europa används European CME credits (ECMEC) och 1 CME motsvarar 1 timmes utbildning. Företagsläkare i Nederländerna ska varje år samla 40 CME dvs minst 40 timmar fortsatt medicinsk utbildning. I vår rapport använder vi begreppet "fortsatt medicinsk utbildning" för att beteckna fort-/vidare- utbildning och kontinuerligt lärande.

för kvalitetssäkring av drogtestning i arbetslivet, Medicinskt ledningsansvar inom företagshälsan. Veckolånga kurser i medicinska kontroller i arbetslivet har anordnats av de arbets- och miljömedicinska enheterna (region och universitet) i Uppsala och Göteborg. Den vetenskapliga föreningen sektionen Arbets- och miljömedicin i Läkarsällskapet ordnar varje höst ett vidareutbildningsmöte med vetenskaplig inriktning tillsammans med de arbets- och miljömedicinska klinikerna. Varje vår ordnar de arbets- och miljömedicinska klinikerna ett vidareutbildningsmöte "vårmöte" med mer klinisk inriktning för all personal verksamma i företagshälsovård och på de arbets- och miljömedicinska klinikerna. Dessutom finns masterutbildningar på några universitet i arbetsmiljö som inte är specifikt inriktade för läkare i företagshälsovård. Det finns även en rad privata företag som ordnar kurser i organisation och ledarskap som ibland riktar sig till läkare under specialiseringstjänstgöring.

En nationell samordning för att visa på tillgängliga kurser skulle bland annat kunna underlätta handledares prioritering av utbildning för läkare under specialiseringstjänstgöring i arbetsmedicin. Samordningen skulle också vara värdefull för läkare som börjar i företagshälsovård och behöver en introduktion liksom för fortsatt medicinsk utbildning (CME) av läkare som arbetar med arbetsmedicinska frågeställningar.

5 Utbildning i andra länder av läkare verksamma inom företagshälsovård

Utredarna har också studerat utbildning av läkare inom företagshälsovård i nordiska länder och Nederländerna. Företagshälsovårdens ramverk, det vill säga under vilka lagar och avtal den verkar, skiljer sig mellan länderna. Nederländerna har inkluderats för att där finns en omfattande och väl utvecklad företagshälsovård. Många arbetsuppgifter för läkare i företagshälsovård är likartade mellan länderna, till exempel vissa typer av hälsokontroller, bedömningar av arbetsförmåga och behov av arbetsplatsinriktad rehabilitering. En sammanfattning av utbildningarna finns i tabell 4.

Tabell 4. Utbildning av läkare i företagshälsovård i Norden och Nederländerna.

Land (specialitet)	Utbildningstid (minimitid)	Kurskrav för att erhålla specialitet eller certifiering	Anställning (huvudman)	Antal utbildade specialister/år
Sverige (basspecialiteten arbets- och miljömedicin)	5 år	Ej specificerat antal eller timmar	Regioner-AMM kliniker företagshälsovårdsföretag	4
Sverige (tilläggspecialiteten arbetsmedicin)	5/2,5 ³³ år	Ej specificerat antal eller timmar	Företagshälsovårdsföretag, regionerna, inbyggda hälsor vid försvarsmakten och privata företag.	20
Danmark (arbetsmedicin)	5 år	Generell huvudutbildning 3 kurser á 3 dagar. 9 stycken specialistspecifika kurser.	Regionerna- arbetsmedicinska kliniker	4
Finland (företagshälsovård)	6 år	200 timmar	Kommuner och företagshälsovårdsföretag	50

³³ Högst 2,5 år får avräknas från tidigare specialiseringstjänstgöring för annan specialitet

Finland (behörighetsutbildning för deltidsarbetande läkare inom företagshälsovården)	405 timmars arbete, när- och distansstudier, fem när-undervisningsperioder som sammanlagt omfattar 14 dagar	15 högskolepoäng	kommuner och företagshälsovårdsföretag	30
Norge (arbetsmedicin)	5 år	Målbaserat. Obligatorisk gruppundervisning och handledning på 120 timmar under 2 år	Företagshälsovård, arbetsmedicinsk klinik eller STAMI (Statens Arbetsmiljöinstitut)	11 (under senaste 5 åren 56)
Nederländerna (Occupational health physician)	4 år	Bestäms individuellt av handledare tillsammans med folkhälsoskolorna	Företagshälsovårdsföretagen och kommuner	100

5.1 Norge

I Norge håller man på att genomföra en målbaserad specialitetsutbildning i arbetsmedicin. Utbildning enligt det gamla systemet bygger på tjänstgöringstider i olika områden. Man kan bli specialist enligt det gamla systemet fram till 2025. För att nå målen i det nya systemet är tjänstgöringstiderna likartade. Specialiseringstjänstgöringen tar cirka 5 år varav minst 1 års tjänstgöring i företagshälsovård och minst 1 år vid godkänd utbildningsinstitution i arbetsmedicin. Den övriga tjänstgöringstiden kan genomföras som företagsläkare under handledning vid ett företagshälsovårdsföretag eller vid godkänd utbildningsinstitution i arbetsmedicin det vill säga arbetsmedicinsk klinik. Upp till 1 år kan ersättas av forskningstjänst eller annan tjänst i relevant specialitet eller tjänst i hälsoadministration/ samhällsmedicin eller i allmänmedicin. Därutöver krävs 300 kurstimmar. I det nya systemet har gruppbaserad handledning en central plats.

I Norge finns 400 läkare med specialiteten arbetsmedicin varav 340 arbetar i företagshälsovården. De andra arbetar vid arbetsmedicinsk klinik eller STAMI (Statens Arbetsmiljöinstitut).

5.2 Danmark

Specialitetsutbildningen i arbetsmedicin i Danmark ³⁴ är 60 månader (5 år). Under introduktions- och huvudprogrammet måste den sökande vara anställd på två olika arbetsmedicinska kliniker. Minst 36 månader av den totala utbildningen måste äga rum på arbetsmedicinska kliniker därav introduktionsträningen under 12 månader.

Introduktionsträning kräver anställning på en arbetsmedicinsk klinik i 12 månader.

Huvudkurs är 48 månader arbetsmedicin det vill säga specialiseringstjänstgöring. Anställning i arbetsmedicin ska utgöra minst 24 månader i huvudprogrammet. Enligt förordning 1277 om utbildning av specialistläkare måste det finnas minst två utbildningsmöten inom specialiteten för varje tolv månadersperiod. Det huvudsakliga arbetsmedicinska programmet måste ske på två olika arbetsmedicinska kliniker. De sista 12 månaderna i arbetsmedicin bör vara i slutet av huvudprogrammet.

Annan klinisk utbildning omfattar totalt 24 månader av huvudprogrammet. De 24 månaderna rekommenderas att bestå av: 6 månaders anställning på reumatologiavdelningen, 6 månaders anställning i lungmedicinavdelningen, 6 månaders anställning på den psykiatriska avdelningen och 6 månaders valfri anställning.

Anställningen måste alltid bestå av sex månader i rad. För varje anställning utarbetas utbildningsprogram för att klargöra vilka kompetenser som ska uppnås och hur. Kompetenser är som mål och kan vara både kliniska såväl som teoretiska kompetenser.

De valfria 6 månaderna kan vara till exempel vid en socialmedicinsk enhet, neurologisk eller dermatologisk avdelning. De 6 månaderna kan även vara av mer teoretisk karaktär vid till exempel National Research Center for Work Environment (NFA) eller National Board of Health. Denna valfria del måste alltid godkännas av den relevanta vidareutbildningsregionen.

Tiden för utbildningsperioden kan kortas ner efter bedömning av utbildningsregionen om en läkare med tidigare klinisk kompetens helt eller delvis motsvarar kompetenserna i arbetsbeskrivningens målbeskrivning.

Det finns få specialistläkare i arbetsmedicin som arbetar i företagshälsovård i Danmark. År 2015 fanns det 97 yrkesverksamma arbetsmedicinska specialister. Av dessa arbetade 60 på sjukhusbaserade arbetsmedicinska kliniker³⁵, 7 var allmän praktiserande, 11 var praktiserade specialister i arbetsmedicin ("företagsläkare") och 9 arbetade med undervisning och forskning. Det finns ett fåtal (färre än fem) "företagsläkare" som inte är specialister i arbetsmedicin (allmänmedicin och kirurgi). Det utbildas 7–8 specialister per år i Danmark. Lön under utbildning betalas av regionerna och de arbetsmedicinska klinikerna har detta inbyggt i sina budgetar. Kurserna betalas av Sundhetsstyrelsen (motsvarar Socialstyrelsen).

³⁴ DASAM Dansk Selskab for arbejds og miljømedicin
<https://dasam.dk/hoveduddannelse/#1542292697957-86c8b5d2-3610>

³⁵ Sundhetsstyrelsen: Høring i forbindelse med dimensionering af speciallaegeuddannelsen 2021-2025 arbejdsmedicin. Sagsnr 2-1410-315/1/ Reference NASV.

5.3 Finland

Social- och hälsovårdsministeriet ansvarar för dimensionering och styrning av den grundläggande läkarutbildningen och utbildningen av specialister. År 2017 fanns det 863 läkare med specialistkompetens inom arbetsmedicin som arbetade i företagshälsovården i Finland. Utbildningen för en läkare till specialist i företagshälsovård tar 6 år i Finland. Universitetet ansvarar för antagningen. Anställning och därmed arbetsgivare byts när läkaren inom utbildningen byter arbetsplats. Arbetsgivare kan vara sjukhus, kommun eller företagshälsovårdsföretag. Utbildningen delas in i ett gemensamt utbildningsavsnitt på två år och en differentierande utbildning på fyra år³⁶. Den gemensamma utbildningen kan tillgodoräknas om läkaren är specialist i allmänmedicin. I den tjänstgöring som ingår i den gemensamma utbildningen är 9 månader förlagda vid hälsocentral, 6 månader vid ett sjukhus samt 9 månader inom företagshälsovård. I den differentierade utbildningen ingår tjänstgöring inom företagshälsovård i 24 månader, dessutom arbetsförmågebedömning och rehabilitering 6 månader, klinisk tjänstgöring inom andra specialistområden i 9 månader samt tjänstgöring vid Arbetshälsoinstitutet i 6 månader. Därtill kommer kurser på sammanlagt 200 timmar, samt 2 timmar handledning som sker i stort sett under hela utbildningen och arbetsplatsutbildning 2 timmar per vecka. Efter specialitetsexamen rekommenderas 7 utbildningsdagar per år. Det utbildas cirka 50 specialister i företagshälsovård per år i Finland.

Arbetshälsoinstitutet ger en behörighetsutbildning som är gemensam för alla yrkesgrupper inom den finska företagshälsovården³⁷. För läkare ger den behörighet att arbeta deltid i företagshälsovården. Utbildningen är avgiftsbelagd och ges i Helsingfors, Kuopio, Tammerfors och Uleåborg. Behörighetsutbildningen är multiprofessionell för läkare, sköterskor, fysioterapeuter och psykologer. Utbildningens omfattning är 15 studiepoäng, vilket motsvarar 405 timmar under en 6 månaders period. Den består av när- och distansstudier som utförs självständigt och i grupp med fem närundervisningsperioder som sammanlagt omfattar 14 dagar. Utbildningen inkluderar uppgifter och övningar som utförs individuellt, i multidisciplinära grupper och i grupp med deltagarrepresentanter för den egna professionen. Distansstudierna kräver en arbetsinsats på ca 10 timmar per vecka. Det finns en studievägledning på svenska³⁸.

För att få arbeta heltid (i genomsnitt 30 timmar/vecka eller mer) som läkare inom företagshälsovården skall läkaren vara specialist i företagshälsovård. En deltidsanställd företagsläkare inom företagshälsovården ska ha slutfört en behörighetsutbildning på 15 studiepoäng inom företagshälsovård³⁹ inom 2 år från det att läkaren övergick till att arbeta i företagshälsovård. Det är Arbetshälsoinstitutet som ger behörighetsutbildning för alla professioner inom företagshälsovården⁴⁰ och den är avgiftsbelagd.

³⁶ <https://tthvyo.fi/sv/koulutusohjelma/koulutuksen-rakenne/>

³⁷ Behörighetsgivande utbildning inom företagshälsovård 15SP. www.ttl.fi/sv

³⁸ <https://www.ttl.fi/wp-content/uploads/2020/03/2.->

Studiev%C3%A4gledning_Litteraturf%C3%B6rteckning_Utbildning-inom-fhv_2020.pdf

³⁹ Behörighetsgivande utbildning inom företagshälsovård 15SP. www.ttl.fi/sv

⁴⁰ Behörighetsgivande utbildning inom företagshälsovård 15SP. www.ttl.fi/sv

5.4 Nederländerna⁴¹

Specialitetsutbildningen sker inom området folkhälsa (Public Health) som i Nederländerna benämns social medicin. Programmet är indelat i tre områden: samhälle och medicin, arbetsmedicin och försäkringsmedicin. Det finns två institutioner som genomför utbildning av företagsläkare; The Netherlands School of Public and Occupational Health (NSPOH) in Utrecht and the Social Medicine Occupational Physicians Education at the Radboud University Medical Center in Nijmegen. Utbildningskommittén leds av en professor i arbetsmedicin på respektive utbildningsställe.

Intagskrav för utbildningen är att läkaren har avslutat sex års medicinstudier. Efter dessa sex år börjar läkaren arbeta i ett område de är intresserade av, oftast anställda av en kommunal hälsovård eller en organisation som bedriver företagshälsovård. Arbetsgivaren bestämmer sedan om den anställda kan ansöka om en utbildningsplats i universitet som erbjuder det 4-åriga utbildningsprogrammet för att bli specialist i arbetsmedicin.

Ett obligatoriskt krav är att läkaren har samma arbetsgivare under hela specialitetsutbildningen. Läkaren förväntas få sina yrkeskunskaper genom sin arbetsgivare. Det finns lite utrymme för valbara placeringar. Teoretisk utbildning sker i moduler som skiljer sig åt mellan utbildningsprogrammen. All specialiseringstjänstgöring inkluderar moduler som fokuserar på övergripande ämnen såsom forskning, epidemiologi, hälsa, beslutsfattande, hälsosystem, innovation och ledning. Andra moduler fokuserar på specifikt färdigheter relevanta för respektive utbildningsprogram. Under specialiseringstjänstgöringen ansvarar och handleds läkaren av två mentorer; en från folkhälsoskolan/universitetet och en från arbetsplatsen. Kostnaden för utbildningen är ca 45 000 Euro som betalas av arbetsgivaren som dessutom betalar lön under specialiseringstjänstgöringen.

Efter genomgången utbildning måste läkaren visa att hen har de angivna kompetenserna för att bli specialist. De måste visa sin kompetens genom skriftliga uppgifter, presentationer, bedömningar av olika aspekter av deras praktiska arbete, rapporter från valbara placeringar och kurser, själv-bedömning och självutvärderingar samt bedömningar och utvärderingar av mentor.

Specialiseringstjänstgöringen avslutas med en intervju med båda mentorerna där de bedömer om läkaren tillägnat sig tillräcklig kompetens och för att bli specialist i arbetsmedicin

Det finns ca 1700 företagsläkare som är specialister i Nederländerna. År 2019 var det 100 nya examinerade företagsläkare (arbetsmedicin). Föregående år var det väsentligt lägre antal. För närvarande är det bara 150 läkare som genomgår specialitetsutbildningen som är dimensionerad för 300 deltagare. Det är arbetsgivaren som finansierar läkarens specialitet men det pågår en debatt i Nederländerna om att staten borde betala för utbildningen.

Det finns läkare som arbetar i företagshälsovård utan specialiteten, men de får inte kalla sig "occupational health physician" då titeln är skyddad.

En specialistläkare i företagshälsovård i Nederländerna har liksom övriga läkare i landet krav på fortsatt medicinsk utbildning (CME) för att få behålla sin "specialitet". Det krävs 40 poäng per år för att var femte år re-certifieras. Detta sker genom en audit vart 5:e år där

⁴¹ Euronet MRP

företagsläkaren ska ange hur hen har förbättrat sin kompetens de senaste 5 åren och hur hens kompetensutveckling planeras under de kommande 5 åren.

6 Analys av den rådande utbildningssituationen

6.1 Vad bestämmer behovet/kraven av utbildning hos läkare inom företagshälsovården

Som framgår av kapitel 4 är det enda formella kravet för en läkare att arbeta inom företagshälsovård att hen är legitimerad läkare. Både företrädare för företagshälsovården och avnämarna uttrycker starka önskemål om att läkaren ska ha en specialistkompetens inriktad på arbete inom företagshälsovård. Med dagens indelning av specialiteter innebär det specialistkompetens inom arbets- och miljömedicin eller arbetsmedicin. Samtidigt finns det ibland önskemål att anställa läkare med annan specialitet för vissa uppgifter, till exempel psykiatriker eller ortopedier, och då ofta som konsulter på deltid.

Fanns det ett "överskott" på specialister inom arbetsmedicinska specialiteter skulle det vara upp till läkarna att försöka skaffa sig en sådan specialitet ifall de ville arbeta inom företagshälsovården. Idag är dock efterfrågan på arbetsmedicinska specialister större än tillgången. Det innebär att den företagshälsovård som vill ha en sådan specialist, antingen måste rekrytera den från någon annan företagshälsovård alternativt ordna med specialiseringstjänstgöring, inkluderande handledning och teoretisk utbildning (kurser) så att läkaren efter några år kan uppfylla målen för arbetsmedicinsk specialistkompetens.

Behövs då sådan specialistkompetens för att utföra de arbetsuppgifter läkare inom företagshälsovården utför idag? Behovet av utbildning beror på vad läkaren ska arbeta med och dennes förkunskaper. Huvuddelen av läkare som nyrekryteras till företagshälsovården är idag specialister i en klinisk specialitet, vanligen allmänmedicin. Flertalet av de arbetsuppgifter som beskrivs i avsnitt 3.3 förekommer också inom till exempel primärvården. Dock är medicinska kontroller som föreskrivs av Arbetsmiljöverket mindre vanliga inom primärvård. Kraven på kompetens för dessa kontroller varierar. Föreskriften från Arbetsmiljöverket innehåller till exempel krav på att läkaren har kunskap om arbetsmiljön för den som genomgår den medicinska kontrollen. Det ställer dels krav på en generell kunskap kring hur man värderar risker i den typen av arbetsmiljöer dels krav på kunskap om miljön i de aktuella fallen. Den läkare som är specialist i en arbetsmedicinsk specialitet har sådan generell kunskap och kan lätt skaffa sig kunskap om den aktuella arbetsmiljön. Den läkare som inte har sådan specialistkompetens kan förstärka sin medicinska kompetens genom en teoretisk utbildning (kurs) som ger generell kunskap om hur man värderar risker i olika arbetsmiljöer. Utbildningen via bland annat Arbetslivsinstitutet gav generell kunskap om hur man värderar risker i olika arbetsmiljöer (se avsnitt 4.1). Någon motsvarande sådan utbildning har inte funnits i landet efter 2013. Det finns också krav för vissa medicinska kontroller att genomgå kurser oavsett specialistkompetens. Det gäller framför allt kontroller föreskrivna av Transportstyrelsen, se bilaga 8.2

Den som anlitar en läkare inom företagshälsovården förväntar sig viss generell kompetens kring arbete och hälsa. Sådana baskunskaper behövs till exempel beträffande toxikologi och gränsvården. De kunskaper som beskrivs under C-målen i målbeskrivningarna för arbets- och miljömedicin respektive arbetsmedicin ger en bra beskrivning av sådan generell kompetens. Se bilaga 8.5 "C-målen för specialiseringstjänstgöring i arbetsmedicin". Vissa av de målen är svåra att endast skaffa sig genom tjänstgöring och då kan en teoretisk utbildning vara ett betydligt snabbare sätt att få motsvarande kompetens (se 7.3). En utredning från Sveriges

Företagshälsor från 2017⁴² föreslog sex olika områden som kan utgöra ett bra komplement till den utbildning som sker inom ramen för tjänstgöring på företagshälsovårdsenhet och på Arbets- och miljömedicinsk klinik: 1) Introduktionskurs 2) Exponeringsbedömning och riskvärdering generellt och 3) Exponeringsbedömning och riskvärdering specifikt 4) Lagstadgade medicinska kontroller 5) Förbyggande och hälsofrämjande arbete 6) Bedömning av arbetsförmåga och arbetsrehabilitering. En kompletterande teoretisk utbildning kan således på ett effektivt sätt ge läkare som kommer till företagshälsovården kunskaper som är grundläggande för deras yrkesutövning.

6.2 Läkarna inom företagshälsovården kan få en mer aktiv roll inom arbetsanpassning/arbetslivsinriktad rehabilitering men det kräver insatser

Sannolikt har läkare och andra yrkesgrupper inom företagshälsovården en betydelsefull roll i den arbetslivsinriktade rehabiliteringen. Det förutsätter att de har en bättre kompetens än övrig vård att bedöma arbetsmiljöns betydelse för arbetsförmågan och hur åtgärder på arbetsplatsen kan bli genomförda. Det underlättas av en god och långvarig relation med arbetsgivaren. Dessutom krävs en betydande branschkunskap som hela tiden behöver underhållas.

Arbetsanpassning och arbetslivsinriktad rehabilitering är ett kunskapsområde som inte bara behöver underhållas utan också utvecklas. För att läkare inom företagshälsovården ska kunna spela mer aktiv roll är det angeläget att de engagerar sig i utvecklings- och forskningsarbete inom området. Om läkare inom företagshälsovården blev mer integrerade med hälso- och sjukvården skulle sådant arbete sannolikt underlättas. Det pågår en utredning som ska belysa om företagshälsovården kan komplettera primärvården. Den förväntas slutredovisas i januari 2021⁴³.

6.3 Företagshälsovårdens organisation och uppgifter påverkar möjligheterna för utbildning av läkare inom företagshälsovården

Läkare som genomgår eller har genomgått specialiseringstjänstgöring med målet att få specialiteten arbetsmedicin har sin huvudsakliga anställning inom företagshälsovård. Huvuddelen av tjänstgöringen sker då inom den företagshälsovård där läkaren är anställd. I vissa fall har det varit ganska små enheter med få kollegor vilket kan påverka utbildningen.

Det kan vara svårt att under tjänstgöringen få erfarenheter från olika arbetsmiljöer om arbetsmiljön hos kunderna till företagshälsovården är likartade (till exempel enbart kontorsmiljöer).

Via avtal beställer vanligen kunden vissa tjänster vilket också kan begränsa variationen i frågeställningarna.

En ytterligare svårighet kan vara att på en liten enhet ha en kompetent handledare.

Arbetsmedicin är en relativt ny specialitet som tillkom 2015. Enligt Socialstyrelsens föreskrift ska utbildningsmiljön utvärderas i varje enskilt fall av extern expert och det bör göras vart

⁴² Förslag till kurser inom ST-utbildningen i arbetsmedicin. Sveriges Företagshälsor 2017.

⁴³ Utredningen *Samordnad utveckling för en god och nära vård (2017:01)*

femte år. Vi har inte kunnat hitta något exempel på en sådan utvärdering. För att specialiseringstjänstgöringen ska leda till den kompetens som eftersträvas är det angeläget att man gör en kvalitetsutvärdering av den nuvarande specialiseringstjänstgöringen till arbetsmedicin. En sådan utvärdering har emellertid inte legat inom uppdraget för utredarna.

6.4 Hur många specialister behöver utbildas.

Behovet av nya specialister beror på många faktorer, till exempel nyrekrytering, avgångar till annan verksamhet eller pension. Det kommer också att vara beroende av efterfrågan från kunderna. Kräver kunderna att det ska finnas specialister kommer det att öka behovet och vice versa. Utredarna uppskattar att det idag finns ca 500 läkare inom företagshälsovården som är specialister i arbetsmedicin eller närliggande specialiteter. Om man antar att varje person är verksam inom företagshälsovården i 15 år så skulle det genomsnittliga behovet av nyrekrytering vara $500/15 = 33$ personer per år för status quo. Om man istället räknar med 10 eller 20 år så blir behovet 50 respektive 25 personer per år. Under 2019 har Socialstyrelsen utfärdat 23 specialistbevis, tabell 3. Det är svårt att ur dessa data prognosticera antalet specialister under den närmaste 5-årsperioden. T ex fick Stiftelsen Arbetslivsforum 2017 statliga medel för att påskynda att drygt 20 läkare skulle få specialiseringstjänstgöring för att bli specialister i arbetsmedicin.

Om man antar att det varje år skulle behövas 25 nya specialister i arbetsmedicin och utbildningstiden är ca 3 år skulle det idag skulle behöva vara ca 75⁴⁴ läkare under specialiseringstjänstgöring. Om den genomsnittliga tiden från anställning till specialitet är 4 år blir det ca 100 läkare. Vid status quo har utbildningstiden ingen betydelse för antalet nya specialister per år, men kortsiktigt kan antalet specialister öka genom att man effektiviserar tjänstgöringen kombinerad med kurser med mera så att den kan genomföras inom 2,5–3 år

Vanligtvis kan inte alla mål uppnås under specialiseringstjänstgöring inom en företagshälsovård. Därför sker ofta viss kompletterande tjänstgöring på en arbets- och miljömedicinsk klinik. I landet finns sju sådana kliniker, samtliga finansierade av regionerna. Utredarna har fått tydliga signaler om att det inte fungerar problemfritt på alla håll i landet. Det kan finnas kö på personer som vill ha tjänstgöring, och det kan vara så att läkarens arbetsgivare tycker att omfattningen är tidsmässigt för stor för tjänstgöringen på arbets- och miljömedicinsk klinik. Den kan också vara belägen långt från läkarens bostadsort vilket försvårar tjänstgöringen. Under tjänstgöringen på arbets- och miljömedicinsk kliniker får idag läkaren lön från den företagshälsovård där de har sin anställning. Den korta tid läkaren är vid kliniken kombinerat med klinikernas ekonomiska resurser gör att klinikerna inte kan svara för lönen.

Idag sker specialiseringstjänstgöringen vid arbets- och miljömedicinska kliniker på olika sätt i olika delar av landet. Till exempel är läkaren 6 månader på en klinik medan man på en annan klinik har förberett 6 intensivveckor där läkaren dessutom deltar i gruppundervisning varje månad under ett år. Gruppundervisningen är ordnad av kliniken (så kallade basgrupper) och sker ofta på distans. Vid kliniken med basgrupper tar man ut en engångskostnad på 75 000 kr för handledningen. En annan klinik har nätverksgrupper som mycket liknar basgrupperna men där tar man inte ut någon avgift. I basgrupperna/nätverksgrupperna deltar också ofta andra läkare från företagshälsovården förutom de som gör specialiseringstjänstgöring.

⁴⁴ 3 år x 25 läkare = 75 läkare under utbildning

Genomströmningen varierar mellan inga läkare till 5–6 läkare per år för de enskilda klinikerna. Det pågår ett gemensamt arbete mellan klinikerna för att erbjuda en mer likartad tjänstgöring/utbildning. I det förslag utredarna har sett ingår bland annat konceptet med nätverksträffar/basgrupper.

Med tanke på att det finns 7 kliniker varav vissa är betydligt större än den som har en genomströmning på 5–6 läkare per år borde det vara möjligt att klara en total arbets- och miljömedicinsk tjänstgöring för 30–40 ST-läkare per år. Varje region är en egen organisation med politisk ledning så de vårdgivare som vill ha tjänster från en arbets- och miljömedicinsk klinik måste förhandla med den aktuella kliniken/regionen. Det bör också betonas att varje specialiseringstjänstgöring ska utformas individuellt baserat på situationen för den enskilde läkaren, till exempel förkunskaper, typ av företagshälsovård, kurser etc. (SOSFS 2015:8 2 kap §3).

Specialiseringstjänstgöringen för att bli specialist i arbetsmedicin respektive arbets- och miljömedicin innehåller mål som bäst nås genom tjänstgöring inom företagshälsovård. Ska antalet läkare under sådan specialiseringstjänstgöring öka krävs att fler läkare anställs inom sådana verksamheter. Det är därför i första hand en fråga för regionerna och de organisationer som bedriver företagshälsovård.

Företagshälsovårdsdelegationen⁴⁵ fann 2011 att vissa större företagshälsovårdsföretag hade begränsat intresse av att satsa på specialiseringstjänstgöring. Vid det tillfället så handlade det om specialiteten arbets- och miljömedicin som delegationen konstaterade var ”den enda läkarspecialitet där sambandet mellan arbete och hälsa utgör kärnområde”. Man ansåg att en sådan basspecialitet erbjöd företagshälsovården en möjlighet till kompetenslyft. Delegationen planerade en försöksverksamhet för att öka antalet specialister men de större företagen vill inte medverka. I en skriftlig motivering angav de att ”marknaden är inte beredd att betala för den högre kompetensen”. Delegationen pekade också på att den nya specialistläkarutbildningen inte borde stå i motsättning till att företagsläkare också erbjuds ”annan förkovran av kortare slag”.

6.5 Tillgång på teoretisk utbildning

Läkare som kommer från annan medicinsk verksamhet till företagshälsovården behöver framför allt komplettera sina kunskaper om sambanden mellan arbetsmiljö och hälsa. Delar av sådan kunskap kan inhämtas via kurser/teoretisk utbildning, se avsnitt 6.1. Utredarna bedömer att det går betydligt snabbare och bättre att inhämta vissa delar av kunskapen genom kurser än under tjänstgöring och att regelverket också pekar på nödvändigheten av kurser. Utredarna kan konstatera att det trots utredningar och förslag från bland annat Sveriges företagshälsor har fler och mer omfattande kurser inte kommit tillstånd.

Alla läkare som nyrekryteras till företagshälsovården inom den närmaste 10 årsperioden kommer inte att erbjudas eller vilja skaffa sig en arbetsmedicinsk specialitet. För många av dessa blir tillgången på teoretisk utbildning om samband mellan arbete och hälsa av stor betydelse för att öka kompetensen.

⁴⁵ Kunskapsområdet företagshälsovård, Slutrapport från FHV-delegationen, SOU 2011:79.

I Sverige är det framför allt universiteten som har kompetens och erfarenhet av längre utbildning på avancerad nivå inom det arbetsmedicinska området. Före nedläggningen fanns också motsvarande kompetens inom Arbetslivsinstitutet. Vid samtliga universitet som bedriver läkarutbildning finns idag sådan kompetens.

För kliniskt verksamma specialister är specialistföreningarna ofta aktiva för att skapa nätverk och stimulera till kunskap och fortsatt medicinsk utbildning. För läkare inom företagshälsovård är det Svensk Arbetsmedicinsk och Arbets- och Miljömedicinsk Förening (SAMF) som är specialistföreningen. Den erbjuder till exempel föreläsningar och möten som även ska attrahera alla yrkesgrupper inom företagshälsovård och arbets- och miljömedicinska kliniker. Den kan dock inte förväntas ge en mer sammanhållen utbildning eller återkommande utbildning av den volym som bland annat Arbetslivsinstitutet och sedan universiteten anordnade fram till 2013.

Fortsatt medicinsk utbildning riktad mot specifika frågor för läkare inom företagshälsovård kräver också ett eget engagemang inom yrkeskåren. I många andra länder finns krav på återkommande fortbildning för läkare. Så gäller till exempel för företagsläkare i Finland och Nederländerna. Med tanke på den snabba utveckling som finns är återkommande utbildning centralt för läkare inom företagshälsovård liksom för andra läkare. Utredarna har funnit att det saknas en tydlig struktur för fortsatt medicinsk utbildning för läkare i företagshälsovård.

7 Diskussion och slutsatser

Utbildning av läkare i företagshälsovård, särskilt utbildning av specialister i arbetsmedicin har varierande förutsättningar i olika delar av Sverige. Genom en nationell samordning och överblick skulle förutsättningarna kunna bli mer enhetliga. Goda erfarenheter finns av undervisning i basgrupp⁴⁶ som skulle kunna implementeras i hela landet och likartade villkor. Detta vore ett sätt att effektivisera utbildningen i specialiteten arbetsmedicin. En nationell samordning är också nödvändig för att identifiera behov och visa på tillgängliga kurser för läkare i företagshälsovård som gör specialiseringstjänstgöring i arbetsmedicin, för fortsatt medicinsk utbildning (CME) och för läkare som börjar i företagshälsovård och därför behöver en introduktion (i Finland kallas denna för behörighetsutbildning). En sådan nationell samordning skulle också kunna ta initiativ till uppdragsutbildningar som universitet och högskolor kan ge.

7.1 Öka antalet specialister i arbetsmedicin

Idag får ca 20 läkare per år specialistbevis i arbetsmedicin. Tidigare utredning och intervjuer har pekat på att möjligheterna till specialiseringstjänstgöring vid arbets- och miljömedicinska kliniker är problematisk i vissa fall. Läkare under utbildning, handledare och chefer anger dels att kostnaden blir för stor och att platser saknas för sådan tjänstgöring på vissa håll i landet. Den kartläggning som gjorts visar att en effektivisering av upplägget för den delen av specialiseringstjänstgöringen skulle kunna klara ca 40 läkare per år det vill säga en fördubbling av den nuvarande genomströmningen. Dessutom skulle sannolikt kostnaden minska för läkarnas arbetsgivare (se avsnitt 6.3).

Genom gruppbaserad handledning med läkare under utbildning kan mål i utbildningen uppnås och säkerställas kanske i vissa fall till och med utan tjänstgöring på arbets- och miljömedicinsk klinik. I Norge är gruppbaserad handledning obligatorisk del av utbildningen i arbetsmedicin. Utredarnas uppfattning är att genom gruppbaserad klinisk handledning kan kvalitet, klinisk kompetens och patientnytta främjas.

7.2 Öka antalet specialister i arbets- och miljömedicin

En ung läkare som vill arbeta inom företagshälsovården bör satsa på att bli specialist i arbets- och miljömedicin. Hen behöver då söka en ST-tjänst som leder fram till specialiteten. Idag är det regionerna som det utlyses ST-tjänster i arbets- och miljömedicin. Antalet tjänster är i huvudsak dimensionerade för att täcka behovet vid de arbets- och miljömedicinska klinikerna. För att öka antalet ST-tjänster krävs att företagshälsovården

⁴⁶ Se avsnitt 6.4 för förklaring av basgrupp

tillsammans med berörda regioner tar ett gemensamt ansvar för detta. Goda exempel på detta finns i regionerna Västerbotten och Västra Götaland.

7.3 Öka möjligheterna till utbildning

Det finns goda erfarenheterna från Finland där Arbetshälsoinstitutet ger en behörighetsutbildning på 15 studiepoäng inom företagshälsovård⁴⁷. För läkare ger den behörighet att arbeta deltid i företagshälsovården i Finland. Denna typ av utbildning hade vi i Sverige från 1970-talet fram till 2013. Den gjorde att nya läkare inom företagshälsovården snabbt fick nödvändiga och anpassade kunskaper kring arbete och hälsa. Det finns goda möjligheter att initiera sådan introduktionsutbildning genom till exempel uppdragsutbildning på ett eller flera universitet i Sverige. Vad som skulle kunna ingå i en sådan utbildning finns att hämta både från tidigare utbildningar och också en utredning från Sveriges Företagshälsor från 2017⁴⁸. Delar av en sådan utbildning kan också vara av intresse för andra läkare till exempel allmänläkare och andra yrkesgrupper. Utbildningen bör kunna ges i huvudsak via distansundervisning. Kunskapskontroll är en viktig del av det pedagogiska upplägget.

För att utbildningen ska få mer påtaglig betydelse för utbildningen av företagsläkare så bör den vara av åtminstone av samma storleksordning som den finska behörighetsutbildningen. Den bör också kunna anpassas till att företagsläkarna arbetar inom verksamheter med varierande typer av arbetsmiljöer. En mer detaljerad beskrivning av hur sådan utbildning(ar) ska utformas har dock inte rymts inom utredarnas uppdrag. Exempel på tänkbara kunskapsområden där ett ökat utbud av möjligheter till utbildning via kurser skulle vara en förstärkning jämfört dagens förhållanden finns i avsnitt 6.1.

7.4 Hög kvalitet och kompetens inom specialiseringstjänstgöring och fortsatt medicinsk utbildning

Alla har nytta av att läkare inom företagshälsovården har hög kompetens och att den utbildning de får har hög kvalitet.

Utbildningsmiljön inom specialiseringstjänstgöringar ska enligt råden från Socialstyrelsen utvärderas av extern granskare och rekommenderas ske var 5:e år⁴⁹. Utredarna har inte kunnat finna någon miljö som utretts på detta sätt ännu så det är en viktig åtgärd. Det är angeläget att regionerna och företagshälsovården inleder utvärdering av de två specialiseringstjänstgöringarna. Detta skulle kunna leda till betydande utbildningsförbättringar.

I ett längre perspektiv kan de sätt som Nederländerna säkerställer kvalitet och kompetens vara vägledande. Där finns krav på fortsatt medicinsk utbildning (40 CME poäng per år). Till exempel kan ett halvdagsseminarium ge 6 poäng. Poängen behövs för re-certifiering som

⁴⁷ Behörighetsgivande utbildning inom företagshälsovård 15SP. www.ttl.fi/sv

⁴⁸ Förslag till kurser inom ST-utbildningen i arbetsmedicin. Sveriges Företagshälsor 2017.

⁴⁹ SOSFS 2015:8 4 kap 1§

sker vart 5:e år (detta gäller alla specialister i Nederländerna). Kvalitetssäkring sker också genom att varje företagsläkare i Nederländerna måste ha en plan på förbättring som kontrolleras vart 5:e år.

Den kursverksamhet som erbjuds läkare inom företagshälsovård bör vara av hög internationell kvalitet. Idag finns goda möjligheter att delta på distans, men det krävs både initiativ och tradition från läkarna själva och deras arbetsgivare för att sådan utbildning ska bli verklighet. Det kan ibland vara svårt att hitta var/när utbildning erbjuds och det skulle kunna underlättas genom en nationell samordning och överblick.

För att få tillräcklig kraft/deltagande i kompetensutvecklingen bör denna breddas till att vara intressant också för andra läkare som kommer i kontakt med frågor som berör arbete och hälsa liksom för andra yrkesgrupper inom företagshälsovården.

7.5 Kollegiala nätverk

Kollegiala nätverk är en viktig del av fortsatt medicinsk utbildning vid all klinisk läkarverksamhet och bidrar till patientnyttan. Vissa arbets- och miljömedicinska kliniker har redan sådana nätverk. Exempel är "arbetsmedicinare i väst" som Arbets- och miljömedicin Göteborg administrerar. Nätverksbildning kan stimuleras via en nationell samordning, men ett betydande ansvar ligger också på läkarna själva.

7.6 Övergripande samordning för utbildning av läkare i företagshälsovård

I Sverige har regionerna det övergripande ansvaret för flertalet specialiseringstjänstgöringar medan det i vissa andra länder är en statlig angelägenhet. Det har föreslagits i utredningen *Vem vårdar bäst? En ESO-rapport om svensk sjukhusvård i ett jämförande perspektiv* (SOU 2019:8) att ansvaret och finansiering av specialistutbildning för läkare och sjuksköterskor överförs till staten. Arbetsmedicin finns inte bland dessa områden.

Sverige skulle behöva en nationell samordning av specialiseringstjänstgöringen i såväl arbetsmedicin och arbets- och miljömedicin, till exempel så att gruppbaserad klinisk handledning genomförs på likartat sätt i hela Sverige. Den gruppbaserade handledningen skulle minska kostnaderna för företagshälsovård, ge bättre klinisk kompetens och möjliggöra ett större antal utbildningsplatser. Det finns många tänkbara aktörer, bland annat myndigheter eller regioner, som skulle kunna ha den rollen. Verksamhetscheferna vid de 7 arbets- och miljömedicinska klinikerna skulle kunna ingå i en sådan samordning. De arbets- och miljömedicinska klinikernas geografiska ansvarsområden överensstämmer i stort med de 6 sjukvårdsområdena i Sverige. Det skulle sannolikt också medföra en ökad samverkan mellan specialisttjänstgöringarna i arbetsmedicin och arbets- och miljömedicin. Som framgår av snitt 8.5 är skillnaderna i C-målen mellan dessa specialiteter ganska små.

Huvudman definieras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, 2 kap) som den region eller kommun som ansvarar för att inom huvudmannens geografiska område erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans område kan det finnas en eller flera vårdgivare (§2). Det har framförts i diskussioner med utredarna om att ha en "huvudman" för specialiseringstjänstgöringen av läkare inom företagshälsovården. Oavsett inriktning gör

lagen tydligt att det vid specialiseringstjänstgöring är vårdgivaren som har det övergripande ansvaret⁵⁰. Eftersom specialiseringstjänstgöringarna i arbetsmedicin har många vårdgivare är det angeläget med en nationell samordning och överblick. Detta vore också av stort värde för teoretisk utbildning (kurser) liksom för att upprätthålla en hög kvalitet. Dessutom kan en samordning bidra till utbildningsaktiviteterna kan breddas till andra läkare liksom andra yrkesgrupper inom företagshälsovården och gynna företagshälsovården i sin helhet.

Oavsett vem som tar ansvaret för en nationell samordning är det angeläget att ansvaret blir långsiktigt och stabilt.

⁵⁰ Begreppet ” huvudman” definieras i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30, 2 kap) som den region eller kommun som ansvarar för att inom huvudmannens geografiska område erbjuda hälso- och sjukvård. Inom en huvudmans område kan det finnas en eller flera vårdgivare (§2). Vårdgivare är den som bedriver hälso- och sjukvårdsverksamhet (§3).

8 Bilagor

8.1 Företagshälsovård – en tillbakablick

Det industriella genombrottet under 1800-talets senare hälft innebar nya arbetsrelaterade hälsoproblem som man försökte klara genom att anställa särskilda läkare för vården av de anställda. Andra lösningar innebar att man anlätte privatpraktiserande läkare eller tjänsteläkare under en viss tid. Längre bestod den medicinska verksamheten av sjukvård som kom att komplettera samhällets begränsade sjukvård.

Denna tradition har levt vidare in i modern tid. Anvisningsläkare inom statliga verk kan ses som en kvarleva av detta. Fram till slutet av 1940-talet förekom verksamheten i hög grad i stora företag och bruk runtom i landet, som anställde så kallade industriläkare. Det var inom denna kår av industriläkare som formerna för företagshälsovård i modern mening utvecklades. Grundläggande principer för den medicinska företagshälsovården föreslogs redan 1954 av dåvarande Svenska Arbetsgivarförbundet och accepterades av Landsorganisationen.

Med tiden utvecklades samverkan med den tekniska skyddstjänsten och med skyddskommittéer och skyddsombud samt med linjefunktioner för att återföra observerade samband mellan ohälsa och förhållanden i arbetsmiljön. År 1966 föreslog Svenska Arbetsgivarförbundet att den dåvarande skyddstjänsten skulle bilda en teknisk del inom företagshälsovården, sidoordnad och jämställd med den medicinska verksamheten. På detta sätt utvecklades företagshälsovården till en tekniskt och medicinskt förebyggande verksamhet.

Under 1960-talet sågs det som allt viktigare för parterna att se till att verksamheten blev förankrad i företaget som en partsobunden, utredande och rådgivande expertresurs. Denna inriktning lades fast i en överenskommelse mellan parterna 1967. En statlig utredning (SOU 1968:44) konstaterade samtidigt att Sverige med hänvisning till avtalet nu kunde ratificera ILO konvention nr 112. Utredningen föreslog ett övergripande samordningsorgan samtidigt som man avvisade tanken på lagstiftning på området. Utredningen belyste behovet av olika personalkategorier och föreslog att arbetsmedicin skulle införas i specialitetsförteckningen för läkare.

Avtalet och utredningen kom att bli grundläggande för utvecklingen av företagshälsovården inom samhällets övriga områden och synen som växte fram var att företagshälsovården var en angelägenhet för parterna i samverkan, där den partsgemensamma skyddskommittén spelar en viktig roll.

1976 års Företagshälsovårdsutredning (SOU 1983:32) gjorde en bred översyn av företagshälsovården. Utredningen behandlade hinder för utbyggnaden, företagshälsovårdens innehåll, behov och utbildning av olika personalkategorier, utbyggnad av den yrkesmedicinska verksamheten och stödet för småföretag m.m. Utredningen ansåg att vissa kriterier för företagshälsovården borde gälla; opartisk rådgivande expertfunktion, medicinskt och tekniskt samt psykiskt och socialt förebyggande med arbetsmiljön som utgångspunkt, integrering i eller annan samordning med det lokala arbetarskyddet, partsinflytande på verksamheten och sammanhållen resurs sedd från nyttjarens sida. Utredningen föreslog också att den framtida utbildningen av företagsläkare skulle vara en medicinsk specialitet.

Det fanns en betydande oenighet i frågan om lagstadgad företagshälsovård som aktualiserats av arbetstagarorganisationerna med följd att utredningen avstod från att lämna förslag om det.

I den efterföljande propositionen 1984/85:89 valde regeringen en medelväg och föreslog en möjlighet för tillsynsmyndigheten att i enskilda fall om arbetsförhållandena så kräver föreskriva att en arbetsgivare ska föranstalta om företagshälsovård i den omfattning verksamheten kräver. Propositionen lämnade också ett förslag om ett nytt ersättningsystem för företagshälsovården.

Ersättningsystemet inrättades 1985. Ersättningsens storlek beräknades på grundval av antal anslutna anställda med tillägg för andel småföretag. Yrkesinspektionen fattade beslut om huruvida en företagshälsovårdsverksamhet var berättigad till bidrag. Beslutet grundades bland annat på information om personal i olika kategorier och antal anslutna företag. Berörda lokala parter skulle tillstyrka ansökan och Försäkringskassan betala ut det beslutade beloppet.

Riksrevisionsverket gjorde 1991 en förvaltningsrevision av det statliga bidraget till företagshälsovården. Slutsatsen var att bidraget inte var ett bra styrmedel och att det var ineffektivt för att stimulera anslutning av småföretag. Riksrevisionsverket hävdade också att företagshälsovården inte kunde erbjuda de tjänster som de små företagen efterfrågade och föreslog att bidraget skulle avvecklas. Riksdagen fattade beslut om att avveckla bidraget från 1 januari 1993. Samtidigt tillsatte regeringen en utredning för att se över företagshälsovårdens organisering samt analysera konsekvenserna av avvecklingen och behovet av samhällelig styrning.

Utredaren arbetade snabbt och lämnade förslag (SOU1992:103) inriktade på konkurrens, marknadsstyrning och god kvalitet i företagshälsovårdsverksamheten för att få bättre överensstämmelse mellan vad företagshälsovården har att erbjuda och avnämarnas behov och önskemål. Dessutom skisserades förslag till insatser för att stimulera anslutning av små företag bland annat medel för utveckling av insatserna inom arbetsmiljö och rehabiliteringsområdena för att öka småföretagens intresse för, och kunskaper om insatser inom dessa områden. Utredningens förslag om vissa lagändringar fick begränsat genomslag.

I de ursprungliga avtalen på den privata sidan angavs att företagshälsovården i princip kunde organiseras enligt tre alternativ:

1. Intern företagshälsovård
2. Företagshälsovårdscentral för små och medelstora företag
3. Branschhälsovård för vissa branscher

För landstingskommunal och primärkommunal verksamhet kunde företagshälsovården organiseras på två sätt:

1. Intern företagshälsovård
2. Företagshälsovårdscentral

Under 1970- och 1980-talen och utvecklades branschhälsovården kraftigt. Den var inriktad på geografiskt spridda, små eller tillfälliga arbetsplatser. Bygghälsan var en rikstäckande organisation med central och regional uppbyggnad. Andra exempel med mer begränsad räckvidd var Lantbrukshälsan, Transporthälsan, Motorhälsan, Skogshälsan, Gruvhälsan,

Grafiska hälsovårdscentralen, Affärshälsan, Hotell- och Restauranghälsan, Städbranschens företagshälsovårdscentral och Bankhälsan.

Under de senaste decennierna har företagshälsovårdssektorn omstrukturerats under inverkan av bland annat marknadsstyrningen och domineras numera av några större bolag som omfattar ett flertal enheter spridda över stora delar av landet. Dessutom finns det enskilda företagshälsovårdscentraler och dessutom enheter med företagshälsovårdsliknande verksamhet.

8.2 Kompetenskrav i Arbetsmiljöverkets föreskrifter om medicinska kontroller (AFS 2019:3)

Föreskrifterna i AFS 2019:3 innehåller bestämmelser om medicinska kontroller med bedömning för tjänstbarhetsintyg för vissa typer av exponeringar, till exempel bly eller rök- och kemdykning. Tjänstbarhetsintyget innebär ett tvingande krav; har inte personen ett sådant intyg så får hen inte sysselsättas i arbetet. För att kunna utfärda sådana intyg krävs speciell kompetens av läkaren (se punkt A). För läkare som ska utfärda intyg för dykeriarbete gäller särskilda krav (se punkt B). För andra kontroller ställs krav på viss kompetens hos den som gör undersökningen (se punkt C). Det finns också hälsokontroller föreskrivna av Arbetsmiljöverket utan några angivna krav på kompetens för den som gör undersökningen (se punkt D).

- A. För tjänstbarhetsintyg vid arbete med vissa allergiframkallande kemiska produkter, asbest, vissa syntetiska och oorganiska fibrer och kvarts, bly, kadmium, kvicksilver, klättring med stor nivåskillnad och rök- och kemdykning gäller följande kompetenskrav
- Läkare medspecialistkompetens inom
 - o företagshälsovård,
 - o yrkesmedicin,
 - o yrkes- och miljömedicin,
 - o arbets- och miljömedicin,
 - o arbetsmedicin, eller
 - o annan jämförlig specialitet,
 - eller
 - o Läkare med godkänt resultat från Arbetslivsinstitutets företagsläkarutbildning, och ha minst 2 års heltidstjänstgöring under handledning inom företagshälsovård eller motsvarande på arbets- och miljömedicinsk klinik, eller inom försvarsmakten.
 - eller
 - o Läkare en kurs i medicinska kontroller med kursintyg från Arbetsmiljöverket eller en därmed jämförlig utbildning, och ha minst 2 års heltidstjänstgöring under handledning inom företagshälsovård eller motsvarande, på arbets- och miljömedicinsk klinik, eller inom Försvarsmakten.
 - Läkaren ska även ha god kännedom om arbetstagarens exponering och arbetsförhållanden.
- B. För tjänstbarhetsintyg vid dykeriarbete gäller följande kompetenskrav

- Den som utför den medicinska kontrollen ska vara legitimerad läkare och ha god kunskap om dykerimedicinska bedömningar genom godkänt resultat från en dykerimedicinsk utbildning, som är kvalitetssäkrad mot standardkrav från European Diving Technology Committee (EDTC). Läkaren ska även ha goda kunskaper om vad arbetsmiljöarbete innebär och god kännedom om arbetstagarens exponering och arbetsförhållanden.
- C. Föreskriften innehåller också bestämmelser om kompetens vid en del andra medicinska kontroller där det inte krävs tjänstbarhetsintyg.

Vibrationer

Den som utför medicinsk kontroll med avseende på vibrationer ska vara legitimerad läkare och ha goda kunskaper om vad arbetsmiljöarbete innebär, god kännedom om arbetstagares exponering och arbetsförhållanden, och klinisk kompetens att undersöka och utreda vibrationsrelaterade besvär.

Handintensivt arbete

Den som utför medicinsk kontroll med avseende på handintensivt arbete ska vara legitimerad läkare, legitimerad fysioterapeut, legitimerad naprapat eller legitimerad kiropraktor och ha goda kunskaper om vad arbetsmiljöarbete innebär, ha god kännedom om arbetstagares exponering och arbetsförhållanden, ha klinisk kompetens för undersökning av rörelseorganen, och ha kompetens att bedöma om det handintensiva arbetet kan ge besvär i nacke skuldra, arm eller hand.

Nattarbete

Den som utför medicinsk kontroll med avseende på nattarbete ska vara legitimerad läkare och ha goda kunskaper om vad arbetsmiljöarbete innebär, ha god kännedom om arbetstagarens arbetsförhållanden, och ha klinisk kompetens att undersöka och utreda besvär som kan vara relaterade till nattarbete.

Vissa allergiframkallande kemiska produkter

Den som utför medicinsk kontroll med avseende på arbete med allergiframkallande produkter som anges i 31§ ska vara legitimerad läkare och ha goda kunskaper om vad arbetsmiljöarbete innebär, goda kunskaper om riskerna vid arbete med allergiframkallande kemiska ämnen och produkter, god kännedom om arbetstagares exponering och arbetsförhållanden, och klinisk kompetens att bedöma hudbesvär, bedöma allergiska besvär, och kunna tolka resultat från spirometriundersökningar.

- D. Det finns också föreskrifter från Arbetsmiljöverket med krav på hälsoundersökningar men där det inte finns några speciella kompenskrav för den som gör kontrollen.

Buller, AFS 2005:16 (Allmänna råd. Det är viktigt att såväl läkare som annan personal som arbetar med hörselundersökningar har genomgått relevant utbildning om hur dessa ska genomföras och hur resultaten ska tolkas.)

Hälsoundersökningar av flygpersonal inom civilflyget, AFS 2005:20 (Inga kompetenskrav angivna för den som genomför hälsoundersökningar av flygpersonal inom civilflyget.) Se också 3.4.6.

Smittrisker AFS 2018:4 (Arbetsgivare ska vid behov erbjuda vaccination, andra medicinska förebyggande åtgärder, kontroller och uppföljande kontroller om arbetstagare kan ha utsatts för eller riskerar att utsättas för smittämnen i arbetet.)

Elektromagnetiska fält AFS 2016:3 (I syfte att förebygga och tidigt diagnosticera eventuella negativa hälsoeffekter orsakade av exponering för elektromagnetiska fält, ska lämpliga hälsoundersökningar genomföras i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet. Arbetstagare som är utsatta för särskilda risker kan behöva rådgivning hos exempelvis företagshälsovården för att se till att arbetstagarna helt förstår eventuella restriktioner för dem i deras miljö.)

Arbete med försöksdjur 1990:11 (Arbetsgivare ska erbjuda arbetstagare som regelmässigt ska sysselsättas i arbete med allergiframkallande försöksdjur, läkarundersökning innan arbetet påbörjas. Arbetstagare som är allergisk eller överkänslig mot någon faktor i arbetsmiljön ska erbjudas periodisk läkarundersökning.

Minderårigas arbetsmiljö AFS 2012:3 (Arbetsgivare, uppdragstagare, skolhuvudmän och praktikgivare ska se till att regelbundna medicinska kontroller görs av den minderårige om det behövs för att bedöma risker beträffande den minderåriges säkerhet, fysiska eller psykiska utveckling.)

Artificiell optisk strålning AFS 2009:7 (Arbetsgivaren ska erbjuda arbetstagaren läkarundersökning enligt Arbetsmiljöverkets föreskrifter om Medicinska kontroller i arbetslivet om exponeringen för artificiell optisk strålning överskridit gränsvärdena i 4§ eller det vid en läkarundersökning visar sig att en arbetstagare drabbats av en sjukdom eller skadlig inverka på hälsan som en läkare eller annan sakkunnig inom företagshälsovården eller inom den övriga sjukvården anser beror på exponering för artificiell optisk strålning på arbetsplatsen.)

Arbete vid bildskärm AFS 1998:5 (Arbetsgivare ska se till att arbetstagare som normalt ska arbeta vid bildskärm mer än en timme under arbetsdagen genomgår synundersökning. Om resultaten av synundersökningen visar att det behövs en kompletterande undersökning av ögonläkare med hänsyn till synkraven i bildskärmsarbetet skall arbetsgivaren ordna en sådan undersökning.)

8.3 Utbildning av läkare inom företagshälsovård – utbildning historisk utblick

Utbildning av företagshälsovårdens personal bedrevs inledningsvis huvudsakligen av Arbetarskyddsstyrelsen och överfördes senare till Arbetsmiljöinstitutet och av dess efterträdare Arbetstlivsinstitutet, till institutets nedläggningen 2007. Arbetarskyddsstyrelsen anordnade en nio veckor lång utbildning med 90 platser för läkare redan verksamma i företagshälsovården. För det fåtal läkare som inte hade sådan anställning skulle deltagaren fullgöra sex månaders tjänstgöring i företagshälsovård. Rekommendationen var då att innehavare av företagsläkartjänst skulle ha svensk läkarlegitimation, allmänläkarcompetens alternativt specialistcompetens i allmän internmedicin eller annat adekvat område och specialutbildning i arbetarskyddsstyrelsens regi. Redan Företagshälsovårdsutredningen, SOU 1983:32 pekade på en rad nackdelar med den rådande ordningen och föreslog att den framtida utbildningen borde vara medicinsk specialitet i det dåvarande vidareutbildningssystemet (NLV-systemet). Det som föreslogs var en utbildning om totalt fyra och ett halvt år för specialistcompetens i företagshälsovård med följande innehåll

- 18 mån FHV varav 6 kan bytas mot yrkesmedicin
- 18 mån allmänmedicin varav max 6 mån kan bytas mot ortopedi, allmän kirurgi, öron- näs- halssjukdomar, medicinsk rehabilitering eller hudsjukdomar
- 12 mån internmedicin, varav 4 mån får bytas mot yrkesmedicin eller lungsjukdomar.
- 6 mån allmän psykiatri.

När Arbetstlivsinstitutet lades ner 2007 fick Utredningen Framtidens Företagshälsovård i uppdrag att utreda och lämna förslag om huvudmannaskap och om hur företagshälsovårdsutbildningen kan bedrivas samt till dess en ny huvudman utsetts för att överta uppgiften att svara för att pågående och planerad utbildning kan fortgå. Utredningen ansåg att Företagshälsovården var ett multidisciplinärt kunskapsområde som behövde försörjas med forskning, utvärdering och utveckling för dess specifika behov. Om en akademisk bas och struktur etableras för detta område gynnas också utvecklingen av kvalificerade och attraktiva utbildningar. Utredningen föreslog därför att de långa företagshälsovårdsutbildningarna skulle bedrivas av universitet och högskolor som reguljär högskoleutbildning. Utredningen föreslog att en ny huvudman skulle inrättas för att övergångsvis upphandla och samordna de långa företagshälsovårdsutbildningarna och verka för att övergången till högskolan sker så snart som möjligt, senast till 2015. Utredningen föreslog också att en permanent nämnd som huvudman för kunskapsförsörjningen skulle inrättas (SOU 2007:91).

Ett resultat av utredningen var att år 2009 inrättade regeringen Delegationen för kunskapsområdet företagshälsovård. En av delegationens uppgifter var att upphandla utbildningar för företagshälsovårdspersonal. De uppdrag som skulle ges till universitet och högskolor fick bara avse utbildning där lärosätet hade kompetens och som knöt an till examina som var reglerade i högskoleförordningen. Till dess de befintliga företagshälsovårdsutbildningarna helt hade förts över till den reguljära högskolan skulle delegationen ansvara för att pågående och planerade utbildningar kunde fortsätta. Delegationen hade dessutom som uppgift att fungera som ett forum för att stödja utvecklingen på företagshälsovårdsområdet, organisera kunskaps och erfarenhetsutbyte mellan högskolor, arbetsmarknadens parter, myndigheter och företagshälsovårdsbranschen

och för att utveckla en kvalitetsdiskussion som kan bli vägledande för kunskapsområdet företagshälsovård. Som ett särskilt uppdrag skulle delegationen följa införandet av den då nya specialiseringstjänstgöringen i arbets- och miljömedicin och vara ett forum för utbildningen av företagsläkare med berörda parter under övergångstiden. Delegationens arbete avslutades 2011.

Vilken erfarenhet och kompetens som krävs av en läkare för att få kalla sig specialist har förändrats genom åren liksom vilka specialiteter som finns. Till exempel fanns på 1970-talet yrkesmedicin som var en internmedicinsk subspecialitet. Under 1980-talet tillkom specialiteten yrkes- och miljömedicin. År 1996 fanns specialiteterna företagshälsovård och yrkes- och miljömedicin som 2006 gick ihop till specialiteten arbets- och miljömedicin. Trots olika försök att öka antalet specialister var det brist varför man 2015 inrättade en tilläggspecialitet i arbetsmedicin. Den omfattar minst 5 års handledd tjänstgöring och förutsätter att läkaren redan har en specialiseringstjänstgöring inom vissa baspecialiteter. Läkaren kan dock räkna av tidigare specialiseringstjänstgöring dock högst 2,5 års.

I 1996 års specialistindelning fanns specialiteten "företagshälsovård" som krävde 2 års handledd tjänstgöring inom företagshälsovård och att läkaren genomgått Arbetslivsinstitutets teoretiska utbildning eller motsvarande teoretiska utbildning⁵¹. På den tiden innehöll specialistbestämmelserna ganska detaljerade regler om var man skulle tjänstgöra och hur lång varje tjänstgöring skulle vara. Det nuvarande regelverket för specialiseringstjänstgöring som baseras på 2010 års patientsäkerhetsförordning innehåller krav på en minimitid för tjänstgöring men inget krav på var den ska göras. Centralt i dessa bestämmelser är beskrivningar av mål som ska uppnås.

Läkare anställda av företag för att förebygga och behandla ohälsa hos de anställda har länge funnits i Sverige. Längre tillbaka i tiden kunde de också tillhandahålla sjukvård både till de anställda och deras familjer. I samband med utredning av företagshälsovården 1968⁵² beskrevs vad som särskilt åligger företagsläkaren:

- Att ha erforderligt samråd och samarbete med den tekniska verksamheten
- Att medverka vid planering av arbetsmiljön och genomförande av åtgärder av arbetshygienisk och ergonomisk art och till förebyggande av yrkesskador
- Att från medicinsk synpunkt bedöma kemiska, fysikaliska och ergonomiska faktorer inverkan på de anställdas hälsotillstånd och arbetsförmåga och vid behov medverka till eller föreslå åtgärder till förbättringar eller ändringar som kan påkallas
- Att planlägga och utföra hälsoundersökningar av nyanställda och av sådana kategorier av anställda, som är utsatt för särskilda yrkesrisker, har anpassningssvårigheter eller eljest behöver stå under läkarkontroll, t. ex. arbetstagare i farligt arbete, betingat arbetsföra och äldre arbetskraft
- Att ge råd vid anställning, inplacering i arbete och omplacering av anställda
- Att utföra, i den mån förordnande av myndighet ges, vad som åligger besiktningsläkare i fall som avses i kungörelserna om läkarundersökning och

⁵¹ Möjligheten att få specialiteten upphörde 2013. I samband med ändringar av specialistbestämmelser finns övergångsregler, fr a för att personer som påbörjat en tjänstgöring före ändringen inte ska tvingas förändra utbildningsplanen.

⁵² SOU 1968:44, Företagshälsovård, betänkande av Företagshälsovårdsutredningen

läkarbesiktning till förebyggande av vissa yrkessjukdomar samt om läkarundersökning och läkarbesiktning av minderåriga

- Att utföra eller organisera vaccinationer när så påkallas av epidemiologiska skäl eller av tjänsteförhållandena
- Att medverka vid organiserandet av första hjälpen vid plötsliga sjukdoms- och olycksfall och vid behov lämna erforderlig sådan hjälp
- Att ge råd i fråga om hälsobesvär som uppkommit eller förvärrats under arbetet samt, om så överenskommes, ge behandling av lättare olycksfallsskador
- Att följa hälsotillståndet inom företaget bland annat med hjälp av företagets frånvaroregistrering samt sjuk- och yrkesskadestatistik
- Att verka för lämpliga åtgärder för rehabilitering av arbetstagare efter olycksfall, sjukdom och annan arbetsförmåga
- Att utöva, där så överenskommes och under beaktande av principen om fritt läkarval, sjukvård bland de anställda, främst i sådana fall där vård kan ges under fortsatt arbete eller där kännedom om arbetsmiljö och arbetsuppgifter kan verksamt bidra till snabb rehabilitering
- Att medverka i företagets utbildningsverksamhet
- Att hålla kontakt med myndigheter, institutioner m.fl. som verkar inom företagshälsovården eller beröres av därmed sammanhängande frågor
- Att följa utveckling och forskning inom det medicinska området av företagshälsovården

Man ansåg att det krävdes gedigna och breda allmänmedicinska kunskaper kompletterade med kompetens som ger ”insikter om vanligen förekommande arbetsprocesser och om den tekniska, biologiska och psykologiska arbetsmiljön och samspelet mellan individ och arbete”. Dessutom kunskap om möjligheter att ”förebygga, diagnostisera och behandla sjukdomstillstånd orsakade av eller sammanhängande med arbetet”. För att få denna kompetens beskrivs i utredningen behov av teoretisk undervisning omfattande 6 veckor (180 timmar) och tjänstgöring vid företagshälsovård (6 månader) och tjänstgöring vid arbetsmedicinska institutet eller yrkesmedicinsk klinik (6 månader).

Arbetarskyddsstyrelsen kom att anordna en nio veckor lång återkommande teoriutbildning för läkare som var verksamma i företagshälsovården. I början av 1980-talet omfattade den 90 platser⁵³. De nio veckorna hade följande teman:

- Företagshälsovårdens ramar
- Yrkesmedicin och yrkeshygien
- Yrkesneuromedicin och fysikaliska risker
- Arbetsfysiologi
- Ergonomi

⁵³ SOU1983:32 Företagshälsovård för alla. Slutbetänkande av 1976 års företagshälsovårdsutredning s 270-272.

- Yrkesortopedi
- Psykiska och sociala frågor i arbetsmiljön
- En valbar del innehållande projektmetodik/miljömedicin/toxikologi-riskvärdering/arbetsmiljön ur psykologisk och sociologisk synvinkel/yrkesdermatologi
- Avslutande vecka med bl. a redovisning av projektarbete och arbetsskadebegreppet.

Undervisningen gavs i form av föreläsningar, seminarier och gruppundervisning, kunskapsprov och omfattade 30–35 timmar/vecka. Utbildningen fortsatte sedan i Arbetsmiljöinstitutet som så småningom ingick i Arbetstlivsinstitutet fram till det lades ner 2007.

Under åren 2002–2013 bedrevs företagsläkarkurserna vid Göteborgs Universitet och Uppsala Universitet. Universitetens utbildning motsvarade 22,5 högskolepoäng (en veckas studier motsvarar 1,5 högskolepoäng). Kontraktsskrivare/ uppdragsgivare var först Arbetstlivsinstitutet och sedan regeringen via Företagshälsovårdsdelegationen och därefter via Föreningen Sveriges Företagshälsor. Utbildningen upphörde genom att det ansågs att den nya specialiteten arbets- och miljömedicin 2008 ersatte specialiteten företagshälsovård då det var en sammanslagning av specialiteterna företagshälsovård med yrkes- och miljömedicin från specialitetsindelningen år 1996. Då utbildningen i arbets- och miljömedicin levererade få specialister till företagshälsovården skapades den nya tilläggspecialiteten arbetsmedicin 2015. Beviljande av specialistbehörighet i företagshälsovård upphörde 2013.

De 10 kursperioderna i universitetsutbildningen 2002-2013 var:

1. Företagshälsovårdens roll och uppgifter 1,5 högskolepoäng

Företagshälsovårdens syfte och mål; företagshälsovårdens plats i samhälle och företag; organisationsformer, ekonomiska förutsättningar för företagshälsovård; kvalitetssystem och kvalitetssäkring för företagshälsovårds; arbetsmiljölagstiftning och föreskrifter; arbetsskadeförsäkring och annan försäkring inom området. Projektarbete - diskussion om kursdeltagarnas planering.

2. Psykosociala arbetsmiljöfaktorer 1,5 högskolepoäng

Arbetsorganisation och ledarskap; arbetstider, stress och mobbning; alkohol och andra droger.

3. Ergonomi och luftvägar 1,5 högskolepoäng

Ergonomi: Arbetsrelaterade besvär i rörelseapparaten; modeller för skademekanismer; samband med stress, datorarbete; ergonomisk bedömning av arbetsplats; handläggning av vibrationsskador.

Luftvägar: Yrkesastma; yrkesrinit; hårdplastkungörelsen; exponering för luftburna ämnen.

4. Inomhusmiljö, buller och strålning 1,5 högskolepoäng

Audiologi och bullerbekämpning; joniserande/icke joniserande strålning; elektromagnetiska fält; yrkesoftalmologi; inomhusmiljö; omgivningssyndrom; hantering av oro.

5. Rehabilitering 1,5 högskolepoäng

Grundprinciper vid arbetslivsinriktad rehabilitering; specifika behov vid vissa sjukdomstillstånd; arbetsgivarens möjligheter och skyldigheter; personalekonomi vid rehabilitering.

6. Arbetsförmåga 1,5 högskolepoäng

Försäkringslagstiftning; försäkringsläkarens roll; intyg; samarbete med försäkringskassa och arbetsförmedling; arbetsskadeutredningar. Metoder att mäta och bedöma arbetsförmåga. Utbildning och certifiering av att skriva SLU (särskilt läkarutlåtande till försäkringskassan).

7. Hälsopromotion och friskvård 1,5 högskolepoäng

Hälsoundersökningarnas teori och praktik, från kunskap till prevention; livsstil och arbetsplats; screening. Individ- och organisationsperspektiv.

8. Yrkesdermatologi och kemiska hälsorisker 1,5 högskolepoäng

Yrkesdermatologi; toxikologi; yrkeshygien; kemiska hälsorisker.

9. Hälsoekonomi, etik och ledarskap 1,5 högskolepoäng

Personal- och hälsoekonomi; ledarskap; etik i hälsovård och företag.

10. Avslutning, projektredovisning 1,5 högskolepoäng

Informations-spridning; riskkommunikation Examination av projektarbeten (7,5 högskolepoäng). Kurssammanfattning.

Efter nedläggningen av Arbetslivsinstitutet inrättades 2009 Företagshälsovårdsdelegationen som bland annat skulle följa införandet av den nya specialiseringstjänstgöringen i arbets- och miljömedicin (SOSFS 2008:17) samt bilda ett forum för utbildningen av företagsläkare med berörda parter. Den⁵⁴ avslutade sitt arbete 2011. Man konstaterade att vissa större företagshälsovårdsföretag hade begränsat intresse av att satsa på specialiseringstjänstgöring. Vid det tillfället så handlade det om specialiteten arbets- och miljömedicin som delegationen konstaterade var "den enda läkarspecialitet där sambandet mellan arbete och hälsa utgör kärnområde". Man ansåg att en sådan basspecialitet erbjöd företagshälsovården en möjlighet till kompetenslyft. Delegationen planerade en försöksverksamhet för att öka antalet specialister men de större företagen vill inte medverka. I en skriftlig motivering angav de att "marknaden är inte beredd att betala för den högre kompetensen". Delegationen pekade också på att den nya specialistläkarutbildningen inte borde stå i motsättning till att företagsläkare också erbjuds "annan förkovran av kortare slag".

⁵⁴ Kunskapsområdet företagshälsovård, Slutrapport från FHV-delegationen, SOU 2011:79.

8.4 Socialstyrelsens föreskrift 2015:8 om läkares vidareutbildning för att uppnå specialistkompetens (utdrag)

1 kap. Tillämpningsområde

1 § Dessa föreskrifter ska tillämpas vid legitimerade läkares vidareutbildning för att uppnå specialistkompetens enligt 4 kap. 8 § patientsäkerhetslagen (2010:659).

2 § För specialiteten rättsmedicin, och i tillämpliga delar för specialiteten rättspsykiatri, gäller vad som anges om vårdgivare i dessa föreskrifter och allmänna råd i stället Rättsmedicinalverket.

2 kap. Allmänna bestämmelser

1 § I föreskrifterna och de allmänna råden används beteckningen EES-land för en medlemsstat i Europeiska unionen samt för Norge, Island och Liechtenstein. Vad som anges om EES-land ska även gälla för Schweiz.

Beteckningen tredjeland används för ett land som inte omfattas av första stycket.

2 § Av 4 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) framgår det att för att en legitimerad läkare ska uppnå specialistkompetens ska han eller hon förvärva de kunskaper, färdigheter och förhållningssätt som föreskrivs för specialistkompetensen genom specialiseringstjänstgöring under minst fem år. Den ska fullgöras genom tjänstgöring som läkare under handledning och genom deltagande i kompletterande utbildning. Meriter från utbildning på forskarnivå får tillgodoräknas i specialiseringstjänstgöringen.

3 § Den legitimerade läkare som genomgår specialiseringstjänstgöring (ST-läkaren) ska ha ett utbildningsprogram som utgår från målbeskrivningen för specialiteten. Utbildningsprogrammet ska vara individuellt och omfatta den tjänstgöring och kompletterande utbildning som behövs för att uppfylla kompetenskraven i målbeskrivningen.

Allmänna råd

Det individuella utbildningsprogrammet bör innehålla

- planerad intern och extern utbildning,
- planerat deltagande i forsknings- och kvalitetsutvecklingsarbeten, och
- planerad tid för regelbundna självstudier.

4 § Där de anges i målbeskrivningen för specialiteten ska följande föreskrivna utbildningsaktiviteter genomföras:

1. auskultationer,
2. kliniska tjänstgöringar under handledning,
3. kurser,
4. kvalitets- och utvecklingsarbeten, och
5. självständiga skriftliga arbeten enligt vetenskapliga principer.

5 § Om specialiseringstjänstgöringen genomförs på deltid, ska tjänstgöringstiden förlängas så att den sammanlagt motsvarar heltid under minst fem år.

Semester och jourkompensationer får tillgodoräknas i specialiseringstjänstgöringen.

3 kap.Handledning och bedömning

Handledning av ST-läkare

1 § Handledning enligt 4 kap. 1 § patientsäkerhetsförordningen (2010:1369) ska ges med utgångspunkt i det individuella utbildningsprogrammet. Den ska ges kontinuerligt i form av stöd och vägledning.

Allmänna råd

Handledningen bör planeras in i ordinarie tjänstgöringsscheman.

Handledare

2 § För handledningen ska utses en huvudansvarig handledare som

1. ska ha bevis om specialistkompetens i den specialitet som ST-läkaren avser att uppnå, och
2. ska ha genomgått handledarutbildning.

Allmänna råd

Den huvudansvariga handledaren bör tjänstgöra där ST-läkaren huvudsakligen genomför sin specialiseringstjänstgöring.

Handledarutbildningen bör omfatta handledning, pedagogik, metoder för bedömning, kommunikation och etik.

3 § För varje utbildningsperiod ska ST-läkaren ha tillgång till en handledare som

1. ska ha relevant specialistkompetens, och
2. ska ha genomgått handledarutbildning.

Allmänna råd

Handledarutbildningen bör omfatta handledning, pedagogik, metoder för bedömning, kommunikation och etik.

Bedömning av ST-läkarens kompetens

4 § Handledaren och verksamhetschefen vid det tjänstgöringsställe där ST-läkaren huvudsakligen genomför sin specialiseringstjänstgöring ska bedöma ST-läkarens kompetensutveckling kontinuerligt med utgångspunkt i målbeskrivningen för specialiteten och det individuella utbildningsprogrammet.

Bedömningen ska dokumenteras och ligga till grund för det intyg om uppnådd specialistkompetens som ska utfärdas efter fullgjord specialiseringstjänstgöring.

Allmänna råd

Bedömningen bör göras med på förhand kända och överenskomna metoder.

Om bedömningen visar att ST-läkaren inte har uppfyllt kompetenskraven, bör det leda till en åtgärdsplan som omfattar

- justeringar i det individuella utbildningsprogrammet,
- förändringar i verksamhetens utbildningsinsatser, eller
- tydligare krav på ST-läkarens insatser.

4 kap. Ansvarsfördelning

Vårdgivare

1 § Vårdgivaren ska ansvara för att det i sådan verksamhet som tar emot läkare för specialiseringstjänstgöring finns de förutsättningar som behövs för att genomföra specialiseringstjänstgöring av hög och

jämn kvalitet.

Vårdgivaren ska vidare ansvara för att det finns tillgång till

1. en studierektor,
2. handledare som motsvarar behovet av handledning, och
3. medarbetare som kan ge nödvändiga instruktioner om verksamhets-specifika tekniker och tillvägagångssätt.

Allmänna råd

Vårdgivaren bör se till att studierektorerna har relevant specialistkompetens.

ST-läkaren bör, utöver handledning, förlöpande ges sådana instruktioner som anges i 1 § 3 med återkoppling från dem som har gett instruktionerna.

2 § Vårdgivaren ska ansvara för att kvaliteten i specialiseringstjänstgöringen säkerställs genom systematisk granskning och utvärdering av om verksamheten uppfyller de krav som ställs i 3 och 4 kap. Kvaliteten i specialiseringstjänstgöringen ska även granskas och utvärderas av en extern aktör som inte får ha ekonomiska, administrativa eller organisatoriska kopplingar till vårdgivaren.

Om granskningen eller utvärderingen visar att det finns brister, ska vårdgivaren åtgärda dessa.

Allmänna råd

Vårdgivaren bör se till att den externa granskningen och utvärderingen genomförs vart femte år.

Verksamhetschef

3 § Verksamhetschefen vid det tjänstgöringsställe där ST-läkaren huvudsakligen genomför sin specialiseringstjänstgöring ska ansvara för att

1. det individuella utbildningsprogrammet tas fram, regelbundet följs upp och vid behov revideras i samråd med studierektor, handledare och ST-läkaren,
2. en huvudansvarig handledare utses till ST-läkaren, och
3. den kontinuerliga bedömningen dokumenteras.

Allmänna råd

Verksamhetschefen bör hålla regelbundna utvecklingssamtal med ST-läkaren.

4 § Om verksamhetschefen själv inte har ett bevis om specialistkompetens i den specialitet som ST-läkaren avser att uppnå, ska han eller hon utse en läkare som har sådan kompetens att göra den bedömning som anges i 3 kap. 4 §.

Studierektor

5 § Studierektorn ska samordna den interna och externa utbildningen för ST-läkarna.

Studierektorn ska ha

1. specialistkompetens, och
2. genomgått handledarutbildning.

Allmänna råd

Studierektorn bör utgöra en organisatorisk stödfunktion till verksamhetschef, handledare och ST-läkare.

I studierektorns arbetsuppgifter bör ingå att
– utarbeta introduktionsprogram för ST-läkarna, och
– ta del av den bedömning som anges i 3 kap. 4 §.

5 kap. Bas-, gren- och tilläggspecialiteter

1 § För de specialiteter som specialistkompetens kan uppnås i ska följande indelning och benämning gälla.

Basspecialiteter Grenspecialiteter

Barn- och ungdomsmedicinska specialiteter

Barn- och ungdomsmedicin Barn- och ungdomsallergologi

Barn- och ungdomshematologi
och onkologi

Barn- och ungdomskardiologi

Barn- och ungdomsneurologi
med habilitering

Neonatologi

Bild- och funktionsmedicinska specialiteter

Klinisk fysiologi

Radiologi Neuroradiologi

Enskilda basspecialiteter

Akutsjukvård

Allmänmedicin

Arbets- och miljömedicin

Hud- och könssjukdomar

Infektionssjukdomar

Klinisk farmakologi

Klinisk genetik

Onkologi

Reumatologi

Rättsmedicin

Socialmedicin

Invärtesmedicinska specialiteter

Endokrinologi och diabetologi

Geriatrik

Hematologi

Internmedicin

Kardiologi

Lungsjukdomar

Medicinsk gastroenterologi och
hepatologi

Njurmedicin

Kirurgiska specialiteter

Anestesi och intensivvård

Barn- och ungdomskirurgi

Handkirurgi

Kirurgi

Kärlkirurgi
Obstetrik och gynekologi
Ortopedi
Plastikkirurgi
Thoraxkirurgi
Urologi
Ögonsjukdomar
Öron-, näs- och halssjukdomar Hörsel- och balansrubbingar
Röst- och talrubbingar

**Laboratoriemedicinska
specialiteter**

Klinisk immunologi och
transfusionsmedicin
Klinisk kemi
Klinisk mikrobiologi
Klinisk patologi

Neurologiska specialiteter

Klinisk neurofysiologi
Neurokirurgi
Neurologi
Rehabiliteringsmedicin

Psykiatriska specialiteter

Barn- och ungdomspsykiatri
Psykiatri Rättpsykiatri

Tilläggspecialiteter

Allergologi
Arbetsmedicin
Beroendemedicin
Gynekologisk onkologi
Nuklearmedicin
Palliativ medicin
Skolhälsovård (medicinska insatser
i elevhälsan)
Smärtlindring
Vårdhygien
Äldrepsykiatri

Specialistkompetens i bas- och grenspecialiteter

2 § För att få ett bevis om specialistkompetens i en grenspecialitet ska läkaren ha ett bevis om specialistkompetens i en basspecialitet enligt indelningen i 1 § eller i en motsvarande specialitet enligt äldre bestämmelser.

Allmänna råd

Specialiseringstjänstgöring i en grenspecialitet kan påbörjas inom ramen för specialiseringstjänstgöringen i basspecialiteten.

Specialistkompetens i tilläggspecialiteter

3 § För att få ett bevis om specialistkompetens i en tilläggspecialitet ska läkaren ha ett bevis om specialistkompetens enligt vad som anges

i 4–13 §§ eller i en motsvarande specialitet enligt äldre bestämmelser.

Allmänna råd

Specialiseringstjänstgöring i en tilläggsspecialitet kan påbörjas inom ramen för specialiseringstjänstgöringen i basspecialiteten.

Allergologi

4 § För att få ett bevis om specialistkompetens i allergologi ska läkaren ha ett bevis om specialistkompetens i någon av specialiteterna

1. allmänmedicin,
2. arbets- och miljömedicin,
3. barn- och ungdomsallergologi,
4. endokrinologi och diabetologi,
5. geriatrik,
6. hematologi,
7. hud- och könssjukdomar,
8. internmedicin,
9. kardiologi,
10. klinisk immunologi och transfusionsmedicin,
11. lungsjukdomar,
12. medicinsk gastroenterologi och hepatologi,
13. njurmedicin, eller
14. öron-, näs- och halssjukdomar.

Arbetsmedicin

5 § För att få ett bevis om specialistkompetens i arbetsmedicin ska läkaren ha ett bevis om specialistkompetens i en specialitet som tillhör någon av

1. de barn- och ungdomsmedicinska specialiteterna,
2. de enskilda basspecialiteterna med undantag för klinisk farmakologi, klinisk genetik, rättsmedicin och socialmedicin,
3. de invärtesmedicinska specialiteterna,
4. de kirurgiska specialiteterna,
5. de neurologiska specialiteterna med undantag för klinisk neurofysiologi, eller
6. de psykiatriska specialiteterna.

Beroendemedicin

6 § För att få ett bevis om specialistkompetens i beroendemedicin ska läkaren ha ett bevis om specialistkompetens i någon av specialiteterna

1. barn- och ungdomspsykiatri, eller
2. psykiatri.

Gynekologisk onkologi

7 § För att få ett bevis om specialistkompetens i gynekologisk onkologi ska läkaren ha ett bevis om specialistkompetens i någon av specialiteterna

1. obstetrik och gynekologi, eller
2. onkologi.

Nuklearmedicin

8 § För att få ett bevis om specialistkompetens i nuklearmedicin ska läkaren ha ett bevis om specialistkompetens i någon av specialiteterna

1. klinisk fysiologi,

2. onkologi, eller
3. radiologi.

Palliativ medicin

9 § För att få ett bevis om specialistkompetens i palliativ medicin ska läkaren ha ett bevis om specialistkompetens i en specialitet som tillhör någon av

1. de barn- och ungdomsmedicinska specialiteterna,
2. de enskilda basspecialiteterna med undantag för arbets- och miljömedicin, klinisk farmakologi, klinisk genetik, rättsmedicin och socialmedicin,
3. de invärtesmedicinska specialiteterna,
4. de kirurgiska specialiteterna,
5. de neurologiska specialiteterna med undantag för klinisk neurofysiologi, eller
6. de psykiatriska specialiteterna.

Skolhälsovård

10 § För att få ett bevis om specialistkompetens i skolhälsovård ska läkaren ha ett bevis om specialistkompetens i någon av specialiteterna

1. allmänmedicin,
2. barn- och ungdomsmedicin, eller
3. barn- och ungdomspsykiatri.

Smärtlindring

11 § För att få ett bevis om specialistkompetens i smärtlindring ska läkaren ha ett bevis om specialistkompetens i en specialitet som tillhör någon av

1. de barn- och ungdomsmedicinska specialiteterna,
2. de enskilda basspecialiteterna med undantag för klinisk farmakologi, klinisk genetik, rättsmedicin och socialmedicin,
3. de invärtesmedicinska specialiteterna,
4. de kirurgiska specialiteterna,
5. de neurologiska specialiteterna med undantag för klinisk neurofysiologi, eller
6. de psykiatriska specialiteterna.

Vårdhygien

12 § För att få ett bevis om specialistkompetens i vårdhygien ska läkaren ha ett bevis om specialistkompetens i någon av specialiteterna

1. infektionssjukdomar, eller
2. klinisk mikrobiologi.

Äldrepsykiatri

13 § För att få ett bevis om specialistkompetens i äldrepsykiatri ska läkaren ha ett bevis om specialistkompetens i någon av specialiteterna

1. geriatrik, eller
2. psykiatri.

6 kap. Tillgodoräknande av kompetens**Tidigare specialiseringstjänstgöring**

1 § Om en läkare vill uppnå specialistkompetens i ytterligare en bas-, gren- eller tilläggspecialitet, får tidigare specialiseringstjänstgöring tillgodoräknas efter prövning.

Meriter från forskarutbildning

2 § Den läkare som har en svensk doktorsexamen ska få ett bevis om specialistkompetens om han eller hon har

1. uppfyllt kompetenskraven i målbeskrivningen för specialiteten, och
2. fullgjort minst fyra och ett halvt års specialiseringstjänstgöring.

Detta gäller även för en utländsk doktorsexamen som av ett svenskt universitet, en svensk högskola eller Universitets- och högskolerådet har bedömts motsvara en svensk doktorsexamen.

8.5 C-målen vid specialiseringstjänstgöring arbetsmedicin

I Socialstyrelsens beskrivning av mål för Arbetsmedicin finns A-mål och B-mål dessa är gemensamma för flera specialiteter. C-målen är specifika för varje specialitet.

Huvudrubriker för A-mål är:

- A1. MEDARBETARSKAP, LEDARSKAP OCH PEDAGOGIK
- A2. ETIK, MÅNGFALD OCH JÄMLIKHET
- A3. VÅRDHYGIEN OCH SMITTSKYDD
- A4. SYSTEMATISKT KVALITETS- OCH PATIENTSÄKERHETSARBETE
- A5. MEDICINSK VETENSKAP
- A6. LAGAR OCH ANDRA FÖRESKRIFTER SAMT HÄLSO- OCH SJUKVÅRDENS ORGANISATION

Huvudrubriker för B-mål:

- B1 KOMMUNIKATION MED PATIENTER OCH NÄRSTÅENDE.
- B2 SJUKDOMSFÖREBYGGANDE ARBETE
- B3 LÄKEMEDEL
- B4 FÖRSÄKRINGSMEDICIN.

Delmål för specialiseringstjänstgöring arbetsmedicin (C-mål)

Den specialistkompetenta läkaren ska ha kunskap om sambandet mellan hälsa och organisatoriska och psykosociala faktorer samt ergonomiska, fysikaliska och kemiska risker i arbetsmiljön och den allmänna miljön. Den specialistkompetenta läkaren ska vidare ha kunskaper och färdigheter i bedömning av levnadsvanor och fysiska och psykiska påfrestningar i arbetslivet, och hur de inverkar på hälsa och arbetsförmåga, tillämpning av förebyggande och hälsofrämjande arbete, bedömning av individuell arbetsförmåga, och planering av arbetslivsinriktad rehabilitering.

Arbetet ska vara präglad av en helhetssyn där individens samlade livssituation vägs in. Detta kräver kunskap om vanliga sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar, deras diagnostik och behandling samt deras påverkan på arbets- och livssituationer.

Utöver detta ska den specialistkompetenta läkaren ha kunskap om de lagar och andra föreskrifter som gäller för arbetsmiljön och arbetslivet samt förmåga att genomföra lagstadgade medicinska kontroller, tjänstbarhetsbedömningar och övriga förekommande myndighetsuppdrag. Den specialistkompetenta läkaren ska kunna fungera som en oberoende och rådgivande expert åt både arbetstagare och arbetsgivare. Förmågan att arbeta med både organisations-, grupp och individperspektiv i samverkan med annan expertis, myndigheter och organisationer inom arbetsmiljöområdet är därför central. Det är också viktigt att behärska den specifika medicinsk-etiska problematiken inom området.

Nedan redovisas för jämförelse samtliga C-mål (1-12) för arbetsmedicin respektive arbets- och miljömedicin.

Tabell över C-målen i arbetsmedicin respektive arbets- och miljömedicin.

C-mål nr	Arbetsmedicin	Arbets- och miljömedicin
1	Den specialistkompetenta läkaren ska - ha kunskap om sam-banden mellan ohälsa och exponering i den allmänna miljön - behärska bedömning av sambanden mellan ohälsa och exponering i arbetsmiljön	Den specialistkompetenta läkaren ska - behärska bedömning av sambanden mellan ohälsa och exponering i arbetsmiljön och i den allmänna miljön
2	Den specialistkompetenta läkaren ska - behärska klinisk handläggning av patienter med tillstånd som är relaterade till exponering i arbets-miljön, med helhetssyn på patienten och beaktande av patientens medicinska, funktionella, psykologiska och sociala situation	Den specialistkompetenta läkaren ska - behärska klinisk handläggning av patienter med tillstånd som är relaterade till exponering i arbets-miljön och den allmänna miljön, med helhetssyn på patienten och beaktande av patientens medicinska, funktionella, psykologiska och sociala situation
3	Den specialistkompetenta läkaren ska - ha kunskap om utformning av hälsoundersökningar eller andra kartläggningar av ohälsa på grupp-nivå utifrån aktuell exponering	Den specialistkompetenta läkaren ska - behärska utformning av hälsoundersökningar eller andra kartläggningar utifrån aktuell exponering - kunna planera och genomföra hälsoundersökningar eller andra kartläggningar utifrån aktuell exponering, och kunna återrapportera till berörda parter
4	Den specialistkompetenta läkaren ska - ha kunskap om metoder för utredning av exponeringsförhållanden i olika arbetsmiljöer - kunna bedöma utredningar av exponeringsförhållanden i olika arbetsmiljöer - kunna tillämpa resultat av exponeringsutredningar vid hand-läggning av ärenden på individ- och grupp-nivå	Den specialistkompetenta läkaren ska - kunna använda exponeringsutredningar vid handläggning av ärenden på individ- och grupp-nivå
5	Den specialistkompetenta läkaren ska - ha kunskap om arbets-organisationens inverkan på individer och grupper	Den specialistkompetenta läkaren ska - ha kunskap om arbets-organisationens inverkan på individer och grupper
6	Den specialistkompetenta läkaren ska - ha kunskap om identifiering, värdering och kontroll av riskfaktorer i arbetsmiljön samt om åtgärder för att förbättra ogynnsamma förhållanden - kunna tillämpa kunskaper om identifiering, värdering och kontroll av riskfaktorer i arbetsmiljön samt om åtgärder för att förbättra ogynnsamma förhållanden vid handläggning av individ- och gruppärenden	Den specialistkompetenta läkaren ska - ha kunskap om identifiering, värdering och kontroll av riskfaktorer i arbetsmiljön och i den allmänna miljön samt om åtgärder för att förbättra ogynnsamma förhållanden - kunna tillämpa kunskaper om identifiering, värdering och kontroll av riskfaktorer i arbetsmiljön och i den allmänna miljön samt om åtgärder för att förbättra ogynnsamma förhållanden vid handläggning av individ- och gruppärenden
7	Den specialistkompetenta läkaren ska - ha kunskap om hälso-främjande och förebyggande arbete i arbetsmiljön och den allmänna miljön - kunna planera, genomföra och följa upp hälsofrämjande och förebyggande åtgärder	Den specialistkompetenta läkaren ska - ha kunskap om hälso-främjande och förebyggande arbete i arbetsmiljön och den allmänna miljön - kunna planera, genomföra och följa upp hälsofrämjande och förebyggande åtgärder

8	Den specialistkompetenta läkaren ska - ha kunskap om vanliga sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar, deras diagnostik och behandling samt deras påverkan på arbets- och livssituationen - kunna tillämpa kunskaper om vanliga sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar, deras diagnostik och behandling samt deras påverkan på arbets- och livssituationen vid handläggning av individärenden	Den specialistkompetenta läkaren ska - ha kunskap om vanliga sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar, deras diagnostik och behandling samt deras påverkan på arbets- och livssituationen - kunna tillämpa kunskaper om vanliga sjukdomstillstånd och funktionsnedsättningar, deras diagnostik och behandling samt deras påverkan på arbets- och livssituationen vid handläggning av individärenden
9	Den specialistkompetenta läkaren ska - behärska bedömning av individuell arbetsförmåga, handläggning av arbetslivsinriktad rehabilitering och medverkan i medicinsk rehabilitering i samverkan med samhällets övriga resurser	Den specialistkompetenta läkaren ska - behärska bedömning av individuell arbetsförmåga, handläggning av arbetslivsinriktad rehabilitering och medverkan i medicinsk rehabilitering i samverkan med samhällets övriga resurser
10	Den specialistkompetenta läkaren ska - ha kunskap om arbets-miljö- och hälso-skyddslagstiftning samt arbetsrättsliga bestämmelser	Den specialistkompetenta läkaren ska - ha kunskap om arbetsmiljö- och hälso-skyddslagstiftning samt arbetsrättsliga bestämmelser
11	Den specialistkompetenta läkaren ska - behärska genomförandet av lagstadgade medicinska kontroller och tjänstbarhetsbedömningar	Den specialistkompetenta läkaren ska - behärska genomförandet av lagstadgade medicinska kontroller och tjänstbarhetsbedömningar
12	Den specialistkompetenta läkaren ska - kunna identifiera och ta hänsyn till medicinsk-etisk problematik som uppstår i för-hållande till individ, grupp och arbetsgivare samt tillsyns-myndigheter och andra samhällsaktörer	Den specialistkompetenta läkaren ska - kunna identifiera och ta hänsyn till medicinsk-etisk problematik som uppstår i för-hållande till individ, grupp och arbetsgivare samt tillsyns-myndigheter och andra samhällsaktörer

8.6 Försäkringskassans svar om utbildning i försäkringsmedicin och rehabilitering som kan vara relevant för läkare i företagshälsovård

Utredarna kontaktade Försäkringskassan för att få kunskap om Försäkringskassans perspektiv på arbetsuppgifter och därmed kunskaper/kompetens som är angelägna för läkare i företagshälsovård. Vidare möjligheter för Försäkringskassan att informera och utbilda dels alla läkare och dels läkare i företagshälsovård i försäkringsmedicin och arbetsplatsinriktad rehabilitering.

Försäkringskassans svar

Försäkringskassan möter företagshälsovården både i deras roll som stöd till arbetsgivare och som sjukskrivande enhet. I det strategiska arbetet ser dock Försäkringskassan företagshälsovården främst som en resurs till arbetsgivaren i det systematiska arbetsmiljöarbetet och arbetsgivarens arbete med arbetsanpassning och rehabilitering. Här ser Försäkringskassan att stödet från företagshälsovården borde kunna leda till såväl välunderbyggda åtgärder hos arbetsgivaren, som sakkunniga underlag som kan vara värdefulla i Försäkringskassans handläggning. Försäkringskassan kan konstatera att psykisk ohälsa ökar i samhället och här kan arbetsgivare behöva stöd både i det förebyggande arbetet och när ohälsa uppstått. Försäkringskassan har ingen insyn i hur man inom företagshälsovården fördelar arbetsuppgifter mellan de roller man har, och kan därför inte specifikt uttala sig om vilka arbetsuppgifter som vore angelägna för företagshälsovårdens läkare.

I den mån som läkare inom företagshälsovården sjukskriver så behöver dessa sedvanliga kunskaper för att kunna sjukskriva och utfärda intyg. Här finns kunskapsstöd framtagna av Socialstyrelsen. 2018 var ca 3 procent av alla inkomna läkarintyg om sjukpenning till Försäkringskassan utfärdade av företagshälsovården.

Försäkringskassan ges idag möjligheter att delta i regionernas försäkringsmedicinska utbildningar av AT-/ST-läkare. Det är regionerna som anordnar, sätter av utrymme och bjuder in Försäkringskassan. Försäkringskassan föreläser om Försäkringskassans arbete, om sjukförsäkringens villkor och ger inblick i vad Försäkringskassan har för behov av information i sin handläggning. Försäkringskassan håller på att ta fram ett standardiserat underlag till dessa utbildningar. Försäkringskassan inbjuds också som föreläsare till grundutbildningen av läkare och då är fokus ofta på socialförsäkringen och Försäkringskassans uppdrag men det finns i dagsläget inget standardiserat innehåll. Det sker i dialog med anordnaren. För närmare information om hur läkare inom regionerna utbildas så kan ni kontakta SKR. För information om regionernas arbete med försäkringsmedicinsk kompetensutveckling så kan kontakt tas med nationella programområdet (NPO) för rehabilitering, habilitering och försäkringsmedicin

(<https://skr.se/halsasjukvard/sjukskrivningochrehabilitering/forsakringsmedicin.1031.html>).

Försäkringskassan har däremot sämre förutsättningar att utbilda läkare inom företagshälsovården om sjukförsäkringen eftersom det idag inte finns någon sammanhållen anordnare av sådana utbildningar. Förutsättningar att göra dessa på samma systematiska sätt som för regionerna saknas alltså. Vad det gäller Arbetsplatsinriktad rehabiliteringsstöd (APRS) så deltar Försäkringskassan sedan ett par år tillbaka på utbildningsdag/konferens som

Sveriges företagshälsor anordnar i syfte att informera och diskutera kring APRS och medicinsk service, samt andra frågor som i så fall aviseras på förhand av Sveriges företagshälsor. Det handlar då om ett kortare pass. Försäkringskassan har i övrigt ett gott samarbete med Sveriges företagshälsor som vi använder både för att stämma av behov som finns från båda sidor, samt som informationsspridare genom deras nyhetsbrev. Försäkringskassan stämmer löpande av utbildningsinnehållet med SKR och regionerna och detta kan leda till ändringar. Därutöver sker lagändringar och tillämpningsändringar som kan innebära att anpassningar behöver ske. Försäkringskassan behöver ständigt se till att utbildningsinnehållet är aktuellt och revideringar sker därför fortlöpande.