

# Beslut om finansieringsmodell krävs för ny specialistutbildning

Om företagshälsovården inte ska bli en »slutstation för äldre läkare« måste staten, landstingen och branschen gemensamt besluta hur den nya specialistutbildningen i arbets- och miljömedicin ska finansieras.

**S**pecialiteten arbets- och miljömedicin bildades genom en sammanslagning av de två tidigare specialiteterna yrkes- och miljömedicin och företagshälsovård. Därigenom skapades en ny basspecialitet för läkare som vill arbeta såväl preventivt som kliniskt och eventuellt även bedriva forskning i frågor som rör arbete, miljö och hälsa. Det kan ske inom så skilda verksamheter som privat företagshälsovård, landstingens arbets- och miljömedicinska kliniker och folkhälsoenheter, akademiska institutioner och myndigheter. Ambitionen är att utbildningen av de nya specialisterna på sikt ska innebära en kompetenshöjning inom området och bidra till att den arbets- och miljöorsakade ohälsan minskar.

**Beslutet att satsa på** utveckling av kunskapsområdet företagshälsovård genom utlysning av forskningsprogram och professur [1, 2] innebär en välkommen breddning av forskningen inom området, som hittills främst varit stark inom det traditionellt yrkes- och miljömedicinska fältet.

Övergången till den nya specialistutbildningen innebär dock att vissa initia-

la svårigheter måste övervinnas. I dagsläget fortsätter den tidigare specialistutbildningen i företagshälsovård; läkare med annan specialitet, många från allmänmedicin, dubbelspecialiserar sig genom två års tjänstgöring inom företagshälsovård under handledning och genomgår någon av de två företagsläkarkurser som anordnas som uppdragsutbildning vid universiteten i Göteborg respektive Uppsala. Dessutom krävs ett godkänt projektarbete. På grund av de stora pensionsavgångarna inom företagsläkarkåren är det nödvändigt att ha kvar denna väg till specialistkompetens ytterligare några år.

**Det är samtidigt av vital betydelse** att inrättandet av ST-tjänster i arbets- och miljömedicin kommer igång ordentligt, så att behoven på klinikerna och inom företagshälsovården kan tillgodoses och den gamla utbildningen avvecklas. Förutsättningen är att finansierings- och kapacitetsfrågor löses.

Eftersom företagshälsovården i Sverige huvudsakligen är organiserad i privat regi måste branschen samverka med landstingen och deras arbets- och miljömedicinska kliniker för att ett tillräckligt antal ST-tjänster ska kunna inrättas. Företagshälsovården är inte enbart det enskilda företagets angelägenhet, utan bör också ses utifrån ett samhällsperspektiv. Det krävs därför ett tydligt statligt engagemang som, åtminstone under en uppbyggnadsperiod, även innehåller ett finansiellt stöd för att de ambitiösa målen i målbeskrivningen för arbets- och miljömedicinspecialiteten ska kunna uppfyllas. Det gäller såväl klinik-tjänstgöringen som handledningskapaciteten och studie-rektorsfunktionen.

**Det gäller att klara** huvudutbildningen, som omfattar tre års tjänstgöring inom

företagshälsovård och arbets- och miljömedicinsk klinik (minst ett år inom vardera), där klinik-tjänstgöringen med dagens kapacitet kommer att utgöra en flaskhals. En viss lösning på detta, utöver kapacitetsförstärkning på klinikerna, kan vara att integrera de två delarna på ett klokt sätt under hela huvudutbildningen. Det gäller även att få till avtal om nödvändig sidoutbildning inom invärtesmedicin, psykiatri och allmänmedicin. Målsättningen är att successivt öka rekryteringen till specialiteten av yngre läkare som kommer direkt eller nästan direkt från fullgjord AT-tjänstgöring. Den utbildningsbok som utarbetats av Svensk arbets- och miljömedicinsk förening ger vägledning till hur ST-tjänstgöringen kan läggas upp för att utbildningsmålen i den fastställda målbeskrivningen ska nås.

**En annan rekryteringsväg** till den nya specialiteten kommer att vara via dubbelspecialisering. Det är läkare med annan specialitet, till exempel allmänmedicin, som vill specialisera sig för arbete inom i första hand företagshälsovård, men med de vidgade möjligheter som den nya specialiteten ger.

För dessa gäller naturligtvis att de efter specialistutbildningen ska ha de kunskaper och färdigheter och det förhållningssätt som gäller enligt målbe-



Företagshälsovården får inte bli en »slutstation för äldre läkare«.

Collage: Ewa Knutsson



**GUNNAR AHLBERG JR.**, ordförande, Svensk arbets- och miljömedicinsk förening  
gunnar.ahlberg@vgregion.se



**JAN ROSÉN**, ordförande, Svenska företagsläkarföreningen

skrivningen. Det innebär för en allmänläkare sannolikt cirka tre års ST-tjänstgöring inom huvudområdet samt eventuellt komplettering av sidutbildningen i den mån den inte redan täckts in under utbildningen till allmänläkare.

Jämfört med den specialistutbildning i företagshälsovård som ytterligare en tid kommer att vara tillåten innebär det främst en förlängning med den tid som krävs för att uppnå minst de utbildningsmål som är knutna till tjänstgöring vid arbets- och miljömedicinsk klinik (eller motsvarande verksamhet), det vill säga minst cirka ett år.

**För att kunna inrätta** tillräckligt många ST-tjänster i arbets- och miljömedicin för att försörja framtida behov även

inom företagshälsovården är det vår uppfattning att alla berörda parter (arbetsgivar- och arbetstagarorganisationerna, företagshälsovårdsbranschen, landstingen, statliga myndigheter och departement) måste samverka och bidra till att skapa förutsättningar för detta.

Flera av dessa ingår i Företagshälsovårdsdelegationen, som har till uppgift att bevaka denna fråga. Vi har i omgångar haft kontakter med såväl delegationen som olika företrädare för respektive organisation och departement och tycker oss ha märkt en insikt om behovet av finansiellt stöd för att tillräckligt antal ST-tjänster ska kunna inrättas.

Om företagshälsovården inte ska bli en »slutstation för äldre läkare« utan

tillförsäkras en kompetent och utvecklingsinriktad kår av specialistläkare i olika åldrar som kan samverka med de andra professionerna på ett modernt sätt så måste staten, landstingen och branschen gemensamt besluta om en modell för finansiering av specialistutbildningen i arbets- och miljömedicin.

■ **Potentiella bindningar eller jävsförhållanden:** Inga uppgivna.

#### REFERENSER

1. Förordning (2009:1423) om bidrag till företagshälsovård med vissa insatser inom rehabiliteringsområdet. Stockholm: Socialdepartementet; 2009.
2. Proposition 2008/09:50. Ett lyft för forskning och innovation. Stockholm: Utbildningsdepartementet; 2008.

## Kommentar till ett HSAN-beslut:

# Vad är vetenskap och beprövad erfarenhet vid otillräcklig avancerad nervblockad?

■ Med förvåning har vi läst artikeln om HSAN-beslutet 3130/09 i Läkartidningen [1].

I korthet gällde det en patientanmälan mot bakgrund av en otillräcklig spinalanestesi i samband med planerat kejsarsnitt på grund av placenta praevia. I anamnesen fanns en otillräcklig förlossningsepidural. Den smärtfrihet lokalanestetika åstadkommer sker via blockad av spänningsreglerade natriumkanaler.

Det finns tio kända subtyper av natriumkanaler, vilka i olika avseenden kan vara muterade. Vissa individer saknar helt eller delvis förmåga att känna smärta, andra svarar dåligt på lokalanestetika. Om patienten tidigare haft otillfredsställande effekt av epiduralblockad, kan det vara ett tecken på att hon har mutation i genen för en natriumkanal [2].

**Tragiskt nog påbörjades** operationen trots att det, enligt HSAN:s bedömning, fanns tecken på otillräcklig bedövning. Det framgår inte av beslutstexten vem som bedöm-

de att barnet måste förlösas så snabbt att sövning tidsmässigt var omöjlig att inleda och parallellt med att smärtan upplevdes som outhärdlig av patienten. Orsaken kan ha varit kommunikationsproblem, såväl mellan patient och anestesilog som mellan anestesilog och operatör.

Det vi vänder oss emot är följande yttrande från HSAN: »... det anses enligt praxis indicerat och acceptabelt att i sådana fall komplettera med en ny spinalanestesi där man tillför ytterligare en dos motsvarande cirka hälften av den initiala dosen.«

Vi anser det vara fel att utan starka skäl lägga om en spinalbedövning i de fall effekten är otillfredsställande.



Foto: Salim Fadhl/England

Förutom att utbredningen efter en kompletterad spinalanestesi rimligen är svår-förutsägbar, finns det en uppenbar risk att orsaka nervskador genom att återigen sticka in i ett centralnervöst område där man dessutom tidigare injicerat bedövningsmedel. Risken för intraneural injektion med på-följande nervskada är uppenbar. Generell anestesi torde vara ett väsentligt bättre alternativ.

**I ett stort patientmaterial** var smärta vid spinalinjektion av lokalbedövningsmedel en varningsklocka i fall med neurologiska komplikationer [3]. Därför är det riskabelt att lägga om en spinalblockad i fall med otillräcklig effekt.

Om det föreligger vetenskaplig evidens som stöder påståendet att man (»enligt praxis«) bör komplettera en otillräcklig spinalanestesi med en ny spinalblockad, är vi tacksamma för att få ta del av denna litteratur.

**Ett yttrande från HSAN** har stor tyngd och kan anses vägledande för hur man ska

handla. Därför är det av största vikt att klarlägga vad som kan anses vara i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet i de fall en avancerad nervblockad, såsom exempelvis spinalblockad, inte medför adekvat smärtlindring.

**Stephen Butler  
Rainer Dörenberg  
Erik Edgren  
Mats Eriksson  
Torbjörn Karlsson  
Daniela Kietzmann  
Adriana Miculescu  
Philip Staun**

samtliga är anestesioch intensivvårdsläkare vid Akademiska sjukhuset, Uppsala, mats.eriksson@akademiska.se

#### REFERENSER

1. Genomförde kejsarsnitt under otillräcklig anestesi. Läkartidningen. 2010;107:919.
2. Claesson A. Nya läkemedel mot smärta är på väg. Läkartidningen. 2009;106:430-4.
3. Moen V, Dahlgren N, Irestedt L. Severe neurological complications after central neuraxial blockades in Sweden 1990-1999. Anesthesiology. 2004;101:950-9.