

Entomed

Centrum för specialtjänster och apparater för Öron-Näsa-Hals- samt operationsinstrument, tamponader, mellandropptätnings mm.



Informational text on a board, including a small image of a person and the Entomed logo.

Entomed



Entomed

Vi är svenska distributörer och säljer utrustningar för Fåfångens Måttkare

Sibelmed

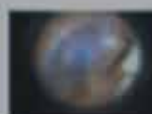
MEDIO

FRYE

M

vivosonic

entomed Primus WelchAllyn



Samverkan FÖDER framgång

Årets *Open Session* lyfte frågor som bland annat handlade om vem som är den **strategiska samarbetspartnern** för företagshälsovården i kommuner och landsting.

SAMMANSTÄLLD AV STYRELSEN GENOM **Pia Modin-Arbman** FOTO **Pia Modin-Arbman**

FÖR TREDJE ÅRET i rad vid AMM – klinikernas vårmöte bjöds vi in till en "open session" för att få möjlighet att diskutera det som känns som angelägna frågor för oss inom företagshälsovårdsområdet. 100 personer hade föranmält sig, det kom knappt en tredjedel.

Åsa Axelsdotter Hök var diskussionskoordinator.

Magnus Svartengren, Peter Munch af Rosenschöld och Ulrik Stoetzer inledde med var sitt anförande för att ge inspel, bränsle till de kommande diskussionspunkterna.

MAGNUS SVARTENGREN, professor vid Uppsala universitet och även till viss del verksam på Arbetsmiljöverket, började med att säga att AV inte längre har något regeringsuppdrag att följa företagshälsovården. Han kom sedan in på att det är viktigt för FHV att ha arbetsgivarna med sig och att FHV är en katalysator för arbetsgivare och arbetstagare och att samarbetet mellan arbetsgivare och FHV måste förbättras. Vi inom FHV måste komma in mer och visa vår roll tydligt för arbetsgivarna, visa tydligt hur vi kan vara ett stöd i organisationerna. Svartengren nämnde också att det är viktigt att regioner och landsting samverkar när det gäller utvecklingen av E-hälsa.

Ulrik Stoetzer, leg. psykolog, med. dr och sakkunnig i organisatoriska och

sociala arbetsmiljöfrågor på Arbetsmiljöverket, bland annat för framtagandet av den nya AFS 2015:4 Organisatorisk och social arbetsmiljö.

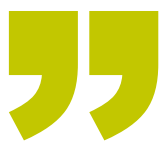
Enligt Stoetzer bryr sig AV inte om vem som gör något för att förbättra arbetsmiljön, men säger samtidigt att FHV borde vara den självklara aktören som arbetar med arbetsmiljöfrågorna tillsammans med arbetsgivarna. För inom FHV finns kunskaperna om orsaker och om kundens organisatoriska förutsättningar. Viktigt att följa forskning och att ständigt uppdatera arbetsmiljökunskapen.

Ulrik Stoetzer avslutar med att säga att det i föreskriften organisatorisk och social arbetsmiljö finns det som kan ge FHV och arbetsgivare den bredd som ger förutsättningar för ett framgångsrikt arbete med de organisatoriska och sociala arbetsmiljöfrågorna.

PETER MUNCK af Rosenschöld, vd, Sveriges företagshälsor inleder med att säga att 95 procent av svensk FHV är anslutna till branschföreningen. Enligt Munck af Rosenschöld är FHV en kunskapsintensiv bransch och där kunskapsnivån är hög. FHV blir en strategisk samarbetspartner för arbetsgivarna när vi själva förstår att vi är det. FHV ska veta vad som ska göras, följa kunskapsutveckling och forskning och de riktlinjer som forskningen



Arrangörerna hälsade oss välkomna.



HUR SKA
KUNDEN FÅ
KUNSKAP OM
ATT LÄKAREN
ÄVEN HAR
KUNSKAP OM
FÖREBYGGANDE
INSATSER?"

kommer fram till. Företag blir inte långsiktigt hållbara av en slump säger Peter Munck af Rosenschöld.

Efter de tre inledande anförandena uppmanade Åsa Axelsdotter Hök oss att ge förslag på ämnen att diskutera. Det resulterade i sex områden:

- Hur upphandlar man efter behov, inte pengar?
- Hur styra från reaktivt till proaktivt?
- Barriären i samverkan, kostnad?
- Vem ska man samverka med i kommunerna?
- Obligatorisk FHV?
- Hur kan vi bli tydliga med vår kompetens?

BARRIÄREN I SAMVERKAN, KOSTNAD?

I gruppen som bestod av olika yrkeskategorier från FHV diskuterades ett antal olika barriärer.

En av synpunkterna handlade om att FHV rikstäckande kommer överens om, på en övergripande nivå, vad som ska gälla mellan företag och FHV. Grundabonnemang var ett annat förslag på lösning, liksom att strategisamtal med kunden är gratis. Från företagsläkare kom synpunkten att de sällan har möjlighet att ha strategiska samtal med kunderna. De menade att de ofta hamnar i den "efterhjälpande bingen" Hur ska kunden få kunskap om att läkaren även har kunskap om förebyggande insatser?



Nästa synpunkt handlade om att arbetsgivare skulle ha möjlighet att få bidrag från staten om de använder sig av FHV kunskap. Till viss del finns den möjligheten i dag då de som har TFA-försäkring kan söka pengar för olika arbetsmiljöutbildningar. Att öka kunskapen om FHV:s oberoende roll kan också bidra till att barriärer bryts. Att pengar arbetsgivaren lägger på förebyggande arbete ger tillbaka drygt två gånger pengarna. Dock svårt att se det långsiktiga när man befinner sig i behov av efterhjälpande rehabiliterande insatser. Implementering av den ”nya afsen” både inom FHV och ute hos kunderna kan vara ett sätt, i den kommer det tydligt fram att det är

viktigt att arbetstagarna kommunicerar i stället för att kompensera när arbetsbelastningen är för hög och risken för ohälsa är överhängande. Svårt för FHV att visa på att vi har goda resultat av att få ner sjukskrivningstalet, eller att det blir kortare sjukskrivningsperioder för personer som går hos FHV. Ingen forskning som styrker detta. Att snabbt få med arbetsgivaren vid sjukskrivning av medarbetare är ett sätt att bryta barriärer, där är det vi inom FHV som bör vara de drivande.

När det diskuteras barriärer för FHV och arbetsgivare går det inte att undvika att diskutera Försäkringskassan. De ställer allt hårdare krav på sjukintyg och ifrågasätter underlagen för sjukskrivning samtidigt som de själva på vissa ställen inte är med på rehabiliteringsmöten där arbetsgivare, medarbetare och FHV är med. Barriären är att FHV och FK inte pratar samma språk längre. Något måste göras för att gemensamt komma vidare med arbetet att minska den arbetsrelaterade ohälsan. Att använda förebyggande sjukpenning är framgångsrikt, var ett bra exempel som redovisades av en företagsläkare, där de använt förebyggande sjukpenning för personer med värk, livsstilsrelaterade besvär och psykosocial ohälsa. Ytterligare en barriär som diskuterades var att arbetsgivaren ansvarar för rehabiliteringen och att FK ansvarar för spårbarheten i beslut. Barriären som gör att vi dumpar priser i upphandlingar gynnar inte vår image om att vi är en bra samverkanspartner för arbetsgivaren i det viktiga arbetsmiljöarbetet för ett friskt och hållbart arbetsliv.

OBLIGATORISK FÖRETAGSHÄLSOVÅRD?

I gruppen framkom synpunkter på många bättre alternativ än ett obligatorium. Stimulansbidrag kan styra inriktningen på företagshälsovårdens verksamhet, statsbidrag skulle kunna vara en drivkraft till förebyggande arbete. Att certifiera företagshälsovård som håller en hög kvalitet kan vara ett bra sätt för att hjälpa kunder som vill hitta rätt och vill arbeta seriöst med sin arbetsmiljö. Man kan ibland se exempel på att det finns okunniga och/eller oseriösa utövare som är inriktade på ”gräddfilssjukvård” utan arbetsmiljöinriktning. Diskussionen kom också in på hur man säljer in arbetsmiljö-tjänster hos kunderna. Har man säljare som inte är insatta i branschen blir det problem. En god kundrelation är kanske den viktigaste faktorn vid avtalskrivning, det kan vara en fördel om utförarna själva är involverade i detta. ►



VI PRATADE
OCKSÅ OM
PROBLEMATIKEN
MED ATT
DET OFTA ÄR
VATTENTÄTA
SKOTT MELLAN
POLITIKER,
NÄMNDER OCH
FÖRVALTNINGAR
SOM FÖRSVÅRAR
SAMARBETET.



Nya styrelsen valdes på vårmötet i Örebro och består nu av: Göte Mölleby, Rose-Marie Flårback, Anna Richardsson, Britt-Marie Larsson-Mukka, Malin Lundqvist Ståhl och Kristina Andersson.

“VEM ÄR DEN STRATEGISKA PARTNERN I KOMMUNER OCH LANDSTING ATT SAMVERKA MED?”

Frågan lyftes av företagsläkare Birgitta Gottfries Dahlberg då vi inom FHV vill vara strategisk partner till vår uppdragsgivare.

I till exempel en kommun blir det komplicerat då det yttersta arbetsgivaransvaret egentligen ligger hos politiken. Politikerna tillsätter resurser och bestämmer vad som ska göras och sedan överläts till tjänstemännen att bestämma hur det ska göras.

Avtalet med FHV bestäms oftast centralt med någon typ av upphandling som till exempel en personadirektör ansvarar för eller HR-avdelning. Sedan är det ofta förvaltningar med sina chefer som avropar stöd. Ibland ska det godkännas av HR-avdelningen. Förvaltningscheferna måste förhålla sig både till sin nämnds beslut och till centrala direktiv. I detta är det inte så lätt att förhålla sig som ”strategisk partner” för företagshälsovården.

En läkare lyfte frågan om hur frustrerande det är, både för ansvarig företagsläkare och för enskilda individer, att sitta i rehabiliteringsmöten med chefer som bemöter medarbetarnas frustration och stress över att inte räkna till med orden – ”du måste tänka att du är good enough”, utan att förklara vad som ska bortprioriteras. Detta är inte så lätt då det till

exempel handlar om socialarbetare som jobbar med utsatta barn. För barnen är det inte ”good enough” och detta plågar dem som upplever att de inte kan göra ett tillräckligt bra jobb på grund av resursbrist.

VI PRATADE OCKSÅ om problematiken med att det ofta är vattentäta skott mellan politiker, nämnder och förvaltningar som försvårar samarbetet, dels sinsemellan, men också med oss i FHV. Ansvar och mandat följer inte alltid vartannat. Organisationen i kommuner är särskilt problematisk.

En av läkarna ansåg att ”politikernas legitimitet är beroende av det antal röster de får vilket gör att det är svårt för dem att ta obekväma beslut eftersom det riskerar deras legitimitet.”

Representanten från AV berättade om en studie som visar att i kvinnodominerande yrken mår alla sämre, kvinnor har svårare att visa på brister i arbetsmiljön. I mansdominerande yrken mår alla bättre. Även de kvinnor som jobbar i dessa yrken får större utrymme

Vissa ansåg att kommunen satsar mindre på sina anställda, att cheferna som anställs nuförtiden är mer hårdhudade.

Vi pratar om varför det ser ut så och kommer fram till att det handlar dels om hierarki och dels om pengar. Någon ansåg att viljan, från cheferna, att tänka annorlunda inte finns. Cheferna vill, känner sig tvingade att först och

främst hålla sin budget. Det är det billigaste alternativet som gäller, alla är utbytbara. Det verkar finnas en brist i dialogen mellan alla mellanchefer. Dålig kommunikation mellan politiker och förvaltningarna. Politikerna säger ”vad” och tjänstemännen ”hur”.

Någon ansåg att första linjens chefer borde få gå en kurs i förhandling.

En av läkarna säger ”Använd patientsäkerhetslagen såsom industrin använder sitt säkerhetstänk.”

HUR UPPHANDLAR MAN EFTER BEHOV, INTE PENGAR

Diskussionsgruppen blev inte särskilt välbesökt, totalt fyra personer deltog med synpunkter.

Företagshälsovården styr ju inte över hur upphandlingen utförs, men skulle kunna utveckla sina affärsmodeller med fokus på vad man åstadkommer. Företagen/kunderna ser sällan fördelen med proaktivt arbete, och uppdraget hos företagshälsovården gör att det är lätt att handla styckvis. Man skulle önska att det fanns krav på att företagen var tvungna att presentera sitt systematiska arbetsmiljöarbete i årsredovisningen.

HUR KAN FÖRETAGSHÄLSAN STYRA FRÅN REAKTIVT TILL PREVENTIVT ARBETSSÄTT?

De som tog oss sig an diskussionen var nästan ett helt FHV team med företagsläkare, företagssköterska, arbetsmiljöingenjör och ergonom. Psykolog fattades.

- Företagshälsan vill vara med och göra riskbedömningar tidigt vid en förändring/framtagande av nya produkter med mera. Exempelvis en ergonom som utbildar konstruktörer inom till exempel bilbranschen.
- Utveckla det systematiska arbetsmiljöarbetet (SAM) och arbeta med det innan arbetsmiljöproblem uppstår. Vid varje tillfälle undervisa/informera kunden om arbetsmiljö.
- Ett exempel på en bra arbetsmetoddel för inkommande uppdrag är:
Att vid inkommande uppdrag inklusive individärenden finns det ett team som tar emot och fördelar uppdraget utifrån olika problemställning. Ett exempel, en patient med symtom från rörelseapparaten bokas till sjukgymnast/ergonom inklusive ett arbetsplatsbesök i stället för till läkare. (Det är vanligt att både patienten och arbetsgivaren oftast vill att besöket bokas till läkare)

- Vid Systematiskt arbetsmiljöarbete är det ett multidisciplinärt team som gör bedömningarna för att få så bred information och kunna ge råd utifrån olika infallsvinklar.

- Inbyggd företagshälsovård kan vara lika med primärvård för en del arbetsgivare och många gånger finns en otydlighet i uppdraget samt att ”Hälsan” oftast varit inbyggd under en lång tid och därmed har mer svårighet att ändra arbetssätt.

- Medicinsk personal är utbildad och rekryterad från sjukvården och är vana att lösa individ/pat. symtom. Företagshälsovården är fortsatt duktig på att lösa patient/individsymtom och ser inte alltid att patienten är en del av arbetsmiljön. Rehabilitering skall ta vid när patienten är medicinskt färdigbehandlad.

FHV behöver vända på detta tankesätt och se att ett individärende är en del av en arbetsmiljöfråga och som skall återkopplas till arbetsgivaren. Företagshälsovården har en resa att göra med att ändra sitt tankesätt. Det är oftast mer bekvämt och tryggt att arbeta på individbasis som man alltid har gjort, än att inrikta sig på mer övergripande nivå.

Vid möten/återkoppling till kund som har arbetsmiljöansvar, att företagshälsan alltid har med tanken att detta är en läroprocess i arbetsmiljö för kunden. Företagshälsovården är experter på arbetsmedicin och det är vår uppgift att lära ut sambandet mellan medicinsk sjukdom och arbetsmiljö.

- Det är viktigt att branschen arbetar gränsövergripande i arbetet med nationella riktlinjer som är utvecklade för företagshälsovården. Mer kunskap i nationella riktlinjer behövs till företagen för att kunna ha bra beställarkompetens samt ställa adekvat kravspecifikation på företagshälsovården.

- Hälsoundersökningar skall vara mer inriktade mot arbetsmedicinsk anamnes.

- Företagshälsovården behöver vara mer behjälplig med att ta emot praktikanter.

Till exempel kan man erbjuda ergonomelever att utföra examensarbeten i projekt som sker i samverkan mellan företagshälsovård och kund, exempelvis inom industrin. Dessa projekt kan mejlas ut till utbildningsansvariga på universiteten. Detta kan gälla till övriga utbildningar också. Det vore bra med ett ökat samarbete företagshälsovård/kund/universitet. ●



MER KUNSKAP
I NATIONELLA
RIKTLINJER
BEHÖVS TILL
FÖRETAGEN FÖR
ATT KUNNA HA
BRA BESTÄLLAR-
KOMPETENS.