

Aktörsmodellen – handfast verktyg vid etiska dilemman

MEDICINSK ETIK. Den så kallade aktörsmodellen gör svåra etiska problem i vården lättare att överblicka och underlättar besluten, i synnerhet när patienten själv inte kan uttrycka sin vilja. 2005 började den användas på Astrid Lindgrens barnsjukhus och sprids nu till andra avdelningar på Karolinska sjukhuset.

TEXT: MICHAEL LÖVTRUP FOTO: GÖRAN SEGEHOLM

Ann Edner är överläkare i neonatologi och etikrepresentant vid Astrid Lindgrens barnsjukhus i Solna och numera en ivrig anhängare av den så kallade aktörsmodellen. Det hela började 2005 när hon fick ansvaret för ett svårt sjukt spädbarn. Efter en lång utredning visade det sig att barnet led av en sällsynt bristsjukdom där enda botemedlet var en mycket avancerad behandling som bara ges vid ett sjukhus utomlands.

Valet man stod inför var att avbryta de livsuppehållande åtgärderna eller skicka barnet till främmande land för en högriskbehandling som ändå innebar en teoretisk chans till ett bra liv.

Medan man sköt det svåra beslutet framför sig gick veckorna. Det fanns andra barn som behövde tas om hand och den dagliga lunken tog över. Själv åkte Ann Edner till Australien en månad.

– När jag kom tillbaka insåg jag att vi stod kvar på samma punkt och att inget avgrän-

de beslut hade tagits. Jag började fundera på hur vi skulle komma vidare och tog kontakt med sjukhusets etikråd.

Av etikrådet fick hon tips om aktörsmodellen, beskriven i boken »Barnet i vården« av bland andra tidigare professorerna i medicinsk etik vid Karolinska institutet, Erwin Bischofberger. Modellen är ett verktyg för att strukturera analysen av etiska dilemman.

– Jag tänkte att vi kunde pröva med en sådan här strukturerad diskussion. Ofta vid svåra fall har alla åsikter men de är inte alltid helt underbyggda.

Efter ett två timmar långt möte, där alla i personalen som ville fick vara med, hade man utifrån modellen kommit fram till att barnet inte borde skickas utomlands. Många faktorer spelade in, men tyngst vägde den extremt dåliga prognosen samt att barnet riskerade att dö ensam efter en lång och plågsam väntan på en behandling som kanske aldrig skulle bli av.

– Inte ens den sköterska

Handlingen är: Blodprovstagning och analys av enzymbrist.
Det etiska problemet: Bör föräldrarnas önskan om kunskap avseende sjukdomsrisk för barnen gå före barnets rätt till integritet?

Aktörer	Aktörernas intressen*)	På kort sikt	På lång sikt
		Effekt av att handla	Effekt av att handla
Barnen 2 och 4 år	Hälsa Smärtfrihet Integritet Jämställdhet	0 - - - (?)	0/+ (?)
Föräldrarna	Minskad oro Kunskap	+ +	
Läkaren	Befordra hälsa Minska lidande	0 +/-	+ *
Sjuksköterskan	Befordra hälsa Minska lidande	0 +/-	+ (?)
Landstinget	Rättvis och effektiv resursanvändning	-	+ (?)

Beslut: Avstå från provtagning nu. Erbjud information och ev provtagning när barnen nått mer mogen ålder och själva kan avgöra om de vill veta eller ej.
Motivering: Barnens integritet går här före föräldrarnas önskan om visshet.
*) Kommentar: Eventuell positiv hälsoeffekt beror av analysresultatet.

Exempel på tillämpning av aktörsmodellen: Det har konstaterats att ett barn har en ärftlig enzymbrist. Syskonens framtida sjukdomsrisk kan man bara avgöra genom blodprov. Ska föräldrarna redan nu få veta barnens sjukdomsrisk?

Källa: Bischofberger E, et al. Barnet i vården, Liber; 2004

som hade haft mest hand om barnet och som sa ja till behandling till en början tyckte det när vi var klara, säger Ann Edner. Även föräldrarna, som haft resväskorna packade alltsedan barnet fick sin diagnos, förstod och accepterade beslutet efter att vi förklarar hur vi resonerat.

Ann Edner och Per Åmark, även han etikrepresentant vid barnsjukhuset, tog fasta på de positiva erfarenheter-na.

– Det var så uppenbart att

det här hade hjälpt oss att komma till beslut och att vi hade fattat beslutet snabbare om vi hade haft det här verktyget tidigare.

Syftet med aktörsmodellen är att det etiska problemet ska bli tydligt och att inga väsentliga omständigheter ska glömmas bort. Analysen börjar alltid med att man uppställer ett konkret handlingsalternativ. Därefter preciserar man det etiska problem som är förknippat med handlingen, formulerad som en bör-sats.

Nästa steg är att klarlägga alla relevanta fakta, såväl medicinska som juridiska.

– Ofta när man står stilla i ett svårt etiskt beslut beror det på att man inte har fakta klara för sig. Ibland finns inte alla fakta, men ofta finns de nära till hands men inte samlade, säger Ann Edner.

När man kommit så långt identifieras tänkbara positiva och negativa konsekvenser för varje aktör – på både kort och lång sikt. Aktörerna är, förutom barnet, föräldrarna och eventuella syskon, personalen, vårdgivaren och samhället i stort.

Att även andra aktörers intressen, utöver barnets, beaktas i modellen har ifrågasatts eftersom det ju är patientens väl som ska vara avgörande.

– Vi tar aldrig hänsyn till någon av de andra aktörerna om det gäller till exempel avslutande av vård. Men det är viktigt att se helheten för att kunna bedöma hur beslutet påverkar barnet. Föräldrarna har ju barnets autonomi.

Modellen fungerar inte bara i situationer som rör liv och död. Ett annat fall där man hade hjälp av modellen gällde ett allvarligt sjukt barn i tioårsåldern som blev alltmer uppjagat inför de återkommande kontrollerna. Här handlade det om huruvida det var okej att dra ner på kontrollerna något, med den risk det medför att missa en eventuell försämring.

På neonatalavdelningen på Astrid Lindgrens barnsjukhus i Solna används modellen vid fem, sex fall om året. Oavsett vad man kommer fram till handlar det dock aldrig om att göra något mot föräldrarnas vilja, betonar Ann Edner. Däremot är det en stor vinst när man tampas med så svåra beslut att det finns en samsyn bland personalen.

Vad händer om det inte blir konsensus?

– Då får man skjuta på beslutet och sätta sig ner och diskutera en gång till.

Men du är ju ansvarig läka-



»Med aktörsmodellen slipper man 'bredvidsnacket*«, menar Ann Edner, överläkare i neonatologi vid Astrid Lindgrens barnsjukhus. »Det blir klara och tydliga fakta, inga spekulationer.«

re och kan och ska kanske göra en egen bedömning?

– Jag skulle personligen inte gå emot ett tydligt nej i gruppen. Då skulle jag se om det finns något vi har missat eftersom vi inte är överens, och kanske ta in fler experter.

Finns det inte en risk att det uppstår ett gruppträck att uppnå enighet?

– Det tror jag inte. I sådana här frågor tror jag att man är nogga med att uttrycka sin egen ståndpunkt. Jag tror inte att man ställer sig bakom att avsluta en behandling om man inte tycker det. Det skulle jag i varje fall personligen inte göra.

Att använda modellen kräver ingen moralfilosofisk skolning. De instrument man använder är empati, intuition, fakta och empiri. Däremot krävs att man tar sig tid för den etiska diskussionen,

»Min vision är att modellen ska finnas som journalmall i exempelvis Take Care.«

vilket inte alla anser sig ha möjlighet till.

– Min inställning är att om man hinner med det går det i slutändan mycket fortare.

Man slipper alla bredviddiskussioner och det blir tydligt för alla inblandade personalgrupper varför läkaren gjorde på det ena eller andra sättet.

Själv använder Ann Edner alltid modellen vid svåra fall, men för barnsjukhuset generellt är det fortfarande i viss mån tillfälligheter som avgör ifall den tillämpas. Hon tror dock att det skulle bli annorlunda om formuläret fanns infört i journalsystemet.

– Min vision är att modellen ska finnas som journalmall i exempelvis Take Care. Då kan man börja fylla i redan innan man har alla medicinska fakta.

Redan i dag används aktörsmodellen regelbundet på Karolinska sjukhuset vid etiska konsultationer och alla etikombud på sjukhuset får en dragning av modellen av Ann Edner eller Per Åmark.

Vet du hur mycket modellen spridits i det praktiska arbetet?

– Jag vet att den har spridits så till vida att alla säger att den verkar bra och något man vill jobba efter. Men för att det ska fungera krävs också att exempelvis barnsköterskor och sjuksköterskor blir hörda uppåt i strukturen, och där finns det fortfarande olika intressegrad hos olika kollegor. ■

Knappa löneökningar inför årets lönerörelse – arbetsmiljön i fokus

Läkarförbundet överlämnade på fredagen sina yrkanden till Sveriges Kommuner och landsting, SKL, och Pacta inför 2010 års lönerörelse. Arbetsmiljöfrågorna hamnar i fokus. Konjunkturen begränsar utrymmet för löneökningar. En knäckfråga blir kort eller lång avtalsperiod.

Det nuvarande avtalet löper ut den 31 mars nästa år. Den fyrsidiga framställningen är en full meny över de centrala kraven på förbättringar i läkares arbetsvillkor, där övergripande krav på kompetensutveckling och tid för handledning, vikten av att läkare tar på sig chefsfrågor och förutsättningar för en »effektiv och patient-säker vård« är centrala.

Konkreta krav återfinns bland arbetsmiljöfrågorna under den så kallade »specialbestämmelsen«. Gravida bör ges möjlighet att på egen begäran undantas från jourverksamhet och läkare över 55 att på egen begäran bli be-

friade från nattjour medan läkare över 60 bör få rätt att välja bort beredskap nattetid. I ett flexibelt arbetsliv bör det också vara möjligt att lyfta frågan om läkares möjlighet till reducerad arbetstid, framhåller Läkarförbundet i sina yrkanden.

Ett fackligt bekymmer är lokala arbetsgivares inställning till det lokala partssamarbetet. Läkarförbundet framhåller att lokala parter måste få tillgång till relevant statistik inför löneöversyns-förhandlingar och få delta i lönebildningsarbetet.

– Arbetsgivare lokalt vill gärna driva individuella löneförhandlingar, medan vi vill att våra lokalföreningar får förhandla, efter det att arbetsgivare haft lönesamtal med varje medarbetare. Den lokala lönebildningen måste vara professionell, säger Eva Nilsson Bågenholm, ordförande i Läkarförbundet, som på onsdagen förra veckan tog

del av SKL:s yrkanden i en gemensam sittning tillsammans med vårdfacken, lärare och socionomer.

SKL yrkar generell på långa bindningstider. Man kräver också så kallade sifferlösa avtal. Läkarförbundet däremot vill landa i en centralt angiven siffra. De sifferlösa avtalen riskerar teoretiskt ställa löntagare inför nollavtal, inga löneökningar, med hänvisning till rådande konjunktur. SKL har tidigare också hotat med att säga upp 2010 års löneavtal med Vårdförbundet, som ger ett golv om två procent, men fick senare backa.

Ligger två procents löneökning som ett golv för 2010?

– Ja, i praktiken ses detta nu bland alla fackförbund som ett golv, säger Eva Nilsson Bågenholm och berättar att Läkarförbundets förhandlingsdelegation kommer att kräva ett kort avtal och förespråka jämställda löner liksom att lägsta lönerna för

de yngre läkarna höjs.

Vid den förra avtalsrörelsen var arbetstiderna en tvistefråga som ledde till medling. Arbetsgrupper tillsattes också för att se över AT- respektive ST-läkares löner.

– Vi upplever inte i år att vi har någon sådan fråga. Men det är viktigt att höja AT-lönerna och lönerna för medicinerstudenter, vars lägsta lön är 17 800 kronor. Det är skamligt lågt, säger Eva Nilsson Bågenholm.

Förhandlingarna mellan SKL och Läkarförbundet återupptas andra veckan i januari. Då ska man också ta ställning till huruvida frågor om pensioner och omställningsavtal kommer att ingå i lönerörelsen, som SKL har yrkat på, men som Läkarförbundet säger nej till:

– Vi vill inte att dessa frågor ska ta utrymme från lönerna, säger Eva Nilsson Bågenholm.

Marie Närlid

Bonus för fullständiga sjukintyg

Sjukintygen ska bli bättre, enligt ett avtal mellan staten och Sveriges Kommuner och landsting, SKL.

– Behov av utbildningsinsatser i att skriva sjukintyg gäller framför allt specialistläkarna, säger Anna Östbom, handläggare vid avdelningen för vård omsorg, SKL.

Regeringen satsar en halv miljard kronor på bättre sjukintyg. Landsting som når minst 50 procent fullständigt ifyllda underlag ska få dela på 75 miljoner kronor, medan de som når minst 70 procent får dela på ytterligare lika mycket, enligt en överenskommelse som har

slutits mellan Socialdepartementet och SKL.

2011 måste läkarna nå 80 procent helt ifyllda medicinska underlag för att landstingen ska komma i åtnjutan av pengarna.

– Två tidigare undersökningar som gjorts visar att 26 procent av intygen varit fullständiga, men att Försäkringskassan samtidigt bara returnerat 4 procent. Detta är något som Riksrevisionen haft synpunkter på, säger Anna Östbom, handläggare, avdelningen för vård och omsorg, SKL.

Tidigare informationsinsatser kring sjukintyg har riktat sig till allmänspecia-

lister i primärvården.

– Det gäller nu att utbilda onkologer och andra specialister i hur man fyller i sjukintygen korrekt. Den information som Försäkringskassan behöver ska finnas med, så att patienter får den sjukskrivning man behöver, säger Anna Östbom.

Marie Wedin, ordförande i Sjukhusläkarförbundet och andra vice ordförande i Läkarförbundets centralstyrelse, framhåller att de nya sjukintygen måste utformas på ett sådant sätt att såväl läkare som Försäkringskassans granskare kan känna igen sig i intygen.

– Kraven på uppgifter som ska fyllas i har blivit mer omfattande, och ibland från ett läkarperspektiv tyvärr helt irrelevanta. Sedan är det självklart bra om sjukhusläkare får lära sig att skriva intyg. Det är viktigt att man satsar även på specialister utanför allmänmedicin, säger Marie Wedin.

Satsningen är en del i den så kallade sjukskrivningsmiljarden, som nu förlängs med ett tvåårigt avtal. Projektet innehåller en rörlig och en villkorad del. Den rörliga delen utgår som tidigare i proportion till utvecklingen av sjukfrånvaron i landstingen.

Marie Närlid

Genföretaget deCode i konkurs

Efter 13 år och 102 vetenskapliga publikationer ansöker det isländska företaget deCODE Genetics om konkurs. I tidskriften Nature, från 26 november i år, görs en genomgång av företagets historia från uppgång till fall.

deCODE grundades år 1996 av läkaren Kári Stefánsson, en forskare som ansågs driven och karismatisk. Efter hans uppvaktnings av isländska myndigheter genomdrevs en kontroversiell lag som gav företaget möjlighet att bygga upp en genetisk databas över flertalet islänningar, samt komplettera den med matchande journaldata från sjukvården. Målet var att skapa en sjukdomsdatabas av högsta klass, och att attrahera betalande kunder bland företag, forskare och institutioner. Detta uppmärksammades bland annat i Läkartidningen nr 48/1999.

deCODE specialiserade sig på så kallade GWAS (genome-wide association studies), en storskalig studiedesign som skulle kunna upptäcka gene-



deCodes verksamhet bygger på genetisk data om den isländska befolkningen. Nu har det gått i konkurs.

tiska variationer till grund för våra folksjukdomar. Den nya kunskapen skulle ge upphov till specialdesignade läkemedel. Även allmänheten blev en kundgrupp, i och med lanseringen av dotterbolaget deCODEme år 2007. Detta projekt erbjöd DNA-test över nätet mot en avgift (se Läkartidningen nr 11/2008).

Tanken var att generera inkomster på människor som ville veta sin riskprofil för till exempel Alzheimers sjuk-

dom, typ 2-diabetes eller cancer.

Efter hand har tekniken för genanalyser blivit betydligt billigare. Men detta har inte hjälpt deCODE som, trots att det varit ett mycket framgångsrikt forskningsinstitut, inte lyckats kommersiellt.

Den genetiska komponenten som GWAS kunnat identifiera i vanliga sjukdomar har varit liten. Så många läkemedel har det därför inte blivit.

Antalet privatkunder har även varit begränsat. Vissa kallar

DNA-testen »recreational genomics« vilket skulle kunna översättas med »genomik för nöjes skull«. Detta då det inte finns några kliniska studier som bekräftar nyttan med denna sorts genetiska riskinformation på individnivå. Anstormningen av patienter i behov av genetisk rådgivning efter dylika test verkar också ha uteblivit från vårdcentralerna.

Nu är frågan vad som ska hända med informationen i deCODEs databas efter konkursen. Lagliga restriktioner gör att innehållet inte kan säljas. Den brittiska stiftelsen Wellcome Trust sägs ha erbjudit sig att finansiera fortsatt drift. Detta enligt Nature, som också skriver att Kári Stefánsson avfärdar möjligheten att en utländsk institution skulle ta hand om materialet. »Vi är en stolt nation, och databasen är inte för andra att hantera«, säger han till Nature.

Karin Sundström
läkare,
doktorand
och praktikant
på Läkartidningen

»Sjukskrivningsreglerna alltför snäva«

Läkarförbundet var en av de remissinstanser som varnade för att patienter skulle kunna komma i kläm i rehabkedjan där patienter ska provas mot hela arbetsmarknaden efter 180 dagar.

Exemplen som uppmärksammats i medierna på svårt sjuka personer som tvingas söka nytt jobb trots att de kan arbeta kvar på deltid hos sin arbetsgivare kallar Läkarförbundets ordförande Eva Nilsson Bågenholm för »hårresand«. Samtidigt är hon inte förvånad över att de dyker upp.

– Nej, tyvärr är det just väldigt tydliga exempel på det

som vi försökte beskriva i vårt remissvar.

Läkarförbundet var, när den nya sjukförsäkringen remissbehandlades, positivt till den reformerade sjukskrivningsprocessen. Men när det gäller undantagen från regeln att arbetsförmågan efter 180 dagar ska provas mot hela arbetsmarknaden var förbundet kritiskt. De »särskilda skäl« som måste till för att medge undantag ansåg man var för snävt definierade. Bara personer med tydliga diagnoser kan i dagsläget komma i fråga och bara om man uppfyller specifika villkor, exempelvis står i kö för operation.

– Vi ansåg att man måste ha en viss flexibilitet. Man måste lämna ett visst utrymme för handläggaren att värdera det enskilda fallet utifrån läkarens bedömning.

Riksdagen har beslutat att ändra reglerna så att man inte ska provas mot hela arbetsmarknaden efter 180 dagars sjukskrivning om det kan anses »oskäligt«. Exempel är vid progressiva sjukdomstillstånd eller när pa-



Eva Nilsson
Bågenholm

tienten genomgår en långvarig rehabilitering alternativt behandling för att förebygga återfall i allvarlig sjukdom.

När det gäller personer som redan har en anställning och kan arbeta vidare på deltid anser Läkarförbundet att det är bättre än att provas mot den reguljära arbetsmarknaden.

– Det handlar inte bara om de som blir successivt sämre utan också de som genomgår långdragna behandlingar. Då är det inte rimligt att man ska söka nytt jobb om man har en förstående arbetsgivare, säger Eva Nilsson Bågenholm.

Michael Lövttrup

Minskning av vårdrelaterade infektioner räddar hundratals liv

Över 200 personer slipper sätta livet till, 460 vårdplatser har frigjorts och 1,3 miljarder kronor har sparats. I dag presenterade Sveriges Kommuner och landsting resultatet från den fjärde punktprevalensmätningen av vårdrelaterade infektioner.

När Sveriges Kommuner och landsting mätte de vårdrelaterade infektionerna i den somatiska vården våren 2008 pågick sjuksköterskestrejken. Det innebar att man endast fick in uppgifter om cirka hälften av alla inläggande patienter. Bland dem hade 11,3 procent en vårdrelaterad infektion. Sedan dess har SKL mätt en gång per termin, och nu har de vårdrelaterade infektionerna i den somatiska slutenvården minskat till 8,9 procent.

Skilnaden är stor mellan olika landsting. Till exempel har Blekinges vårdrelaterade infektioner minskat från 13,9 procent hösten 2008 till 7,6 procent i våras och 5,7 procent hösten 2009. En liknande utveckling kan ses i Jämtland från 13,3 procent till dagens 6,1 procent. Allra lägst ligger nu Gotland på 3,7 procent vårdrelaterade infektioner i den slutna somatiska vården.

Det har inte gått lika bra för Stockholms läns landsting, vars siffror de tre senaste mätningarna legat på 14,3 procent, 10,7 procent och 11,0 procent hösten 2009. Västerbotten har legat ganska stilla på siffror mellan cirka 10 och 11 procent. Kanske kan höga siffror i just de landstingen delvis förklaras med förekomsten av universitetssjukhus och den mer avancerade och därmed riskablare vård som bedrivs där. Den förklaringen kan emellertid inte tillämpas på Kronobergs läns landsting, vars vårdrelatera-



Foto: Science photo

Mer än tjugo procent av patienterna i den somatiska slutenvården har urinvägskateter – en välkänd orsak till urinvägsinfektion.

de infektioner ökat från 8,2 procent hösten 2008, via 10,1 procent våren 2009 till 10,5 procent nu under hösten 2009.

Även mellan de olika sjukhusstyperna är variationerna stora. Regionsjukhusen ligger generellt högst med 10,9 procent vårdrelaterade infektioner i den somatiska slutenvården. Lägst andel vårdrelaterade infektioner finns bland länsdelssjukhusen. Men det finns flera undantag, till exempel Södertälje som ligger i nivå med Norrlands universitetssjukhus med cirka 14 procent i den senaste mätningen.

En fjärdedel av de vårdrelaterade infektionerna är lokaliserade till urinvägarna, näst vanligast är infektioner i hud- och mjukdelar samt lungor (cirka 16 procent vardera). SKL har också frågat om riskfaktorer och kan konstatera att en tredjedel av alla inläggande patienter i den somatiska slutenvården behandlas med antibiotika, 30

procent har varit föremål för ett kirurgiskt ingrepp, mer än var femte patient har en urinvägskateter och cirka 13 procent har en central venös infart. Fördelningen mellan riskfaktorerna är i stort sett densamma som vid mätningen i våras. När man tittar närmare på till exempel användningen av urinvägskateter ser man dock att det finns variationer mellan landstingen.

Svarsfrekvensen vid de tre senaste mätningarna har varit god i den somatiska vården, över 95 procent. Det gör att SKL är säkra i sina beräkningar som innebär att den minskade andelen vårdrelaterade infektioner årligen förhindrar 42 000 patienter att drabbas av vårdrelaterade infektioner. Det i sin tur frigör lika många vårdplatser som finns på hela Danderyds sjukhus. Och förutom att det sparar 1 300 000 000 kronor så beräknar SKL att det räddar 220 patienter från att dö av en infektion som är förorsakad av sjukvården.

Sara Gunnarsdotter

Läkare – ett framtidsyrke

Läkare fortsätter att vara ett bristyrke. Det konstaterar Saco i skriften »Framtidsutsikter. Arbetsmarknaden för ett urval av akademikeryrken år 2014«. Störst är behovet av nya läkare till allmänmedicin, geriatrik, psykiatri och företagshälsovård.

Pensionsavgångarna väntas öka kraftigt de närmaste åren och bristen på specialister förväntas öka ytterligare. ■

Bättre hygienrutiner halverade infektioner

Ett projekt vid Akademiska sjukhuset i Uppsala där man satsat på att öka efterlevnaden av basala hygienrutiner har på drygt ett år minskat förekomsten av vårdrelaterade infektioner från 11,3 till 4,2 procent.

Siffrorna rör infektioner efter operation, urinvägsinfektioner, infektioner relaterade till centrala venösa infarkter samt lunginflammation relaterad till respiratorvård. ■

Cancerfallen fortsätter att öka

De senaste decenniernas ökningstakt av antalet cancerfall håller i sig. Det visar en rapport från Socialstyrelsen som bygger på data från Cancerregistret. Bland män är ökningstakten 1,8 procent, bland kvinnor 1,2 procent.

Ökningen tros bero på ökad livslängd men också på screening och förbättrad diagnostik. Totalt rapporterades 51 528 fall av cancer 2008. 52 procent av de drabbade var män. De vanligaste cancerarterna bland kvinnor är bröstcancer (29 procent av fallen) och bland män prostatacancer (33 procent av fallen). ■

Ersättningen till företagshälsa ändras

Nya regler ger företagshälsovården möjlighet att med statliga subventioner utreda arbetsförmåga de första 45 dagarna i en sjukskrivning. Uppdraget koncentreras till tidiga bedömningar och medicinsk service. En liten peng går också till vanliga läkarbesök. En förutsättning är att arbetsgivaren köper tjänsterna.

Marie Närlid