

män skulle välja att inte göra det, det gör ju ont. Då tror jag att traditionen skulle dö ut.»

Men – smärtförmåelserna är ju lika väl utvecklade redan hos spädbarn! Barnets vetorätt framstår då ännu mera som en chimär!

»Barnets bästa« är det (svårdefinierade) mantra som man ideligen och rätteligen hänvisar till. Men det skulle ju vara att inte omskära alls – då skulle man slippa alla de komplikationer som vi nu ser. Det skulle förutsätta att en försiktig och mjukt formulerad information skulle börja ges på barnvårdscentralen och inom skolhälsovården. Det vore en nåd att stilla bedja om!

Ideligen får jag i privata samtal med beslutsfattare höra att »omskärelse är ju egentligen förskräckligt, men ...«. När får vi äntligen höra från officiellt håll det som Landstinget Sörmland skrev i sitt remissvar: »... delar den uppfattning som statliga Barnombudsmannen gett uttryck för, nämligen att en reglering av området är ett första steg för att på sikt utmönstra omskärelse av pojkar och att omskärelse som traditionell sedvänja i ett långsiktigt perspektiv bör förbjudas« [1].

När kommer Socialstyrelsen, Socialdepartementet, SKL, Läkarförbundet m fl att äntligen våga säga just detta?

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Rekommendation rörande omskärelse av pojkar på icke medicinska grunder. SKL dnr 08/4062. Stockholm: Sveriges Kommuner och Landsting; 2009.
2. Omskärelse av pojkar. Rapport av ett regeringsuppdrag. (S 2005/7490/SK). Stockholm: Socialstyrelsen; 2007.
3. Hofvander Y. Circumcision in European countries. I: Denniston GC, Hodges FM, Milos FM. Circumcision and human rights. Dordrecht: Springer Netherlands; 2009.
4. Från Riksdag och Departement. 19/2001.

## Lyckad introduktion för ungerska läkare

■ På Läkarförbundets fullmäktigemöte 2008 diskuterades att läkare med utländsk grundutbildning borde få en bra introduktion till svensk sjukvård. I Läkartidningen nr 51-52/2008 (sidorna 3712-5) beskrivs att ILIS, Internationella läkare i Sverige, tagit fram en kurs för utländska läkare som är nya i den svenska sjukvården.

Vi är två nyligen pensionerade, men fortfarande yrkesaktiva allmänläkarkollegor som i drygt två månader hjälpt två ungerska kollegor vid Hälsocentralen i Storvik, Landstinget Gävleborg, att komma in i svenska sjukvårdssystemet.

Omfattningen har varit 5–6 timmar måndag till onsdag i tio veckor och vi har turats om att vara på plats dessa dagar och hjälpa de ungerska kollegorna. Dessa hade läst svenska på heltid i tre månader utomlands, och vår kommunikation hölls på svenska.

Första veckan ägnade vi åt genomgång av datajournalens alla delar i Profdoc-systemet. Andra veckan satt en ungersk kollega med ordinarie läkare 1 timme i taget, och gick sedan till handledaren med patientärendet och patientens journal gick genom.

Genomgången av journalen gav möjligheter till diskussioner angående språket, läkemedel, rutiner med laboratoriet, röntgen, remisser, sjukskrivning med mera. Vi som arbetat cirka 35 år i svensk sjukvård upptäckte då begreppet »sjukvårdssvenska«, vilken man förutom det van-

»En kulturell skillnad är att en ungersk läkare arbetar ensam på sin mottagning i stor utsträckning...«

liga språket måste förstå.

Nästa period, som omfattade 3–4:e veckan, var det dags för våra kollegor att ha egna patienter med handledare sittande bredvid.

Vi började med återbesökspatienter, vilket ger många möjligheter till utveckling av samtal och språkliga korrekationer.

Ytterligare ett steg i utvecklingen blev när de ungerska kollegorna fick egna patienter, såväl ny- som akutbesök, och vi fanns i ett rum bredvid, nära till hands om eller när de behövde hjälp.

De ungerska kollegorna skrev journalerna själva, och vi gick igenom dessa efter besöket. När vi inte fanns på hälsocentralen fick de följa med olika teammedlemmar, alternativt läsa de läxor vi gav som handlade om läkemedelskommitténs skrift, Jour-läkarboken, Läkemedelsboken eller att gå in på olika Internetlänkar.

Vi har på detta sätt stegvis och ganska snabbt kunnat introducera de ungerska kollegorna i det svenska sjukvårdssystemet och kunnat förmedla hur man pratar med patienter i svensk sjukvård.

Förutom förhållanden i sjukvården har vi kunnat berätta om det svenska samhället och även skyndat på den sociala integrationen genom att hjälpa till med olika råd.

En kulturell skillnad är att en ungersk läkare arbetar ensam på sin mottagning i stor utsträckning, och kommer här i Sverige till en hälsocentral eller vårdcentral och blir en teammedlem. Ungersk sjukvård har också ett mera hierarkiskt system i olika avseenden, vilket påverkar läkarens situation och arbetssätt. En rekrytering av en läkare med familj från ett annat land



är en stor investering, både för den som har tagit steget att lämna sitt hemland och från landstingets sida.

Vi tror att vår arbetsinsats för att snabba på integrationen i sjukvården och samhället har varit betydelsefull. Kanske kan den ST-tid som kommer efter 6 månaders provtjänstgöring att kunna bli kortare än den skulle ha varit utan vår insats? Särskilt viktigt i specialiteten allmänmedicin är språket, som instrument i mötet mellan läkare och patient men också för att kunna kommunicera med olika medarbetare.

Allmänmedicinen har en mycket bred kontaktyta med alla specialiteter på sjukhuset, kontakter med kommunala organ inom äldreården, missbruksvården och socialtjänsten, och kontakt med Försäkringskassan. Om man någorlunda snabbt kan göra rätt i dessa kontakter borde kostnaderna kunna hållas nere.

Avslutningsvis

ett boktips för handledare och nya utländska läkare: Garlén C, Sundberg G. Handbok i svenska som andraspråk. Stockholm: Norstedts Akademiska Förlag; 2008.



Bo Bergstad  
Rolf Malmström

båda vid Samhällsmedicin  
Gävleborg,  
Länssjukhuset,  
Gävle  
ab.bergstad@gavlenet.se