

är kända, och diskussioner pågår, där ekonomin antas vara det största skälet och hindret, inte kunskap, och det andra kända problemet är statistisk didaktik).

Att just medicinska forskare kritiserar beror ofta inte på att utbildningssystemet har brister. Vi skulle vilja påstå att medicinsk vetenskap är ett ämne som mycket oftare än andra vetenskapliga ämnen använder (avancerade) statistiska metoder för att hävda något. Därför är det lätt att där hitta fler fel också i jämförelse med andra ämnen. De statistiska metoderna inom medicinsk forskning är mycket mer komplicerade än att bara ta hänsyn till de nuvarande statistiska urvalsteorierna som erbjuds på landets statistiska institutioner.

Att kritisera lärarnas pedagogiska brister (eller dominans) på dessa institutioner känns lite orättvist, eftersom dessa personer sliter ihjäl sig, utan något styrdokument, färdiga mallar eller välanpassad litteratur inom statistisk didaktik, för att skapa en statistisk pedagogik som passar studenter/doktorander. Statistiska institutioner är mer fokuserade på metodutveckling och struntar i sina egna missnöjda studenter. Vem är skyldig att utveckla och tillämpa den statistiska didaktiken och den statistiska pedagogiken som i sin tur ska bygga upp utbildningssystemet för våra medicinska forskare på ett mer korrekt sätt? Svaret är i varje fall inte de medicinska institutionerna.

De institutioner som nämns i artikeln är kända för sina insatser inom medicinsk pedagogik, med Karolinska institutet i toppen, och som hyllas för detta, enligt olika rapporter från Högskoleverket. Vi kan inte förvänta oss att de också ska ta ansvar för att lösa frågan om den statistiska pedagogiken och utbilda lärare i statistik, när internatio-

naliseringen av utbildningssystemet på statistiska institutioner över hela landet påbörjats för några år sedan.

Hassan Alinaghizadeh
statistiker,

Karolinska institutet, Huddinge
farhad.alinaghizadeh@sll.se

Sven-Erik Johansson

professor emeritus, Centrum
för primärvårdsforskning,
Lunds universitet, Malmö
sven-erik.johansson@med.lu.se

REPLIK:

Utbildningen behöver förändras

■ Johansson och Alinaghizadeh (JA) förbiser att vår kritik gäller bristande förståelse för grundläggande statistiska principer, inte de avancerade statistiska metoder som JA påstår används ofta i medicinsk forskning. Att statistiklärarna med JA:s ord »sliter ihjäl sig, utan något styrdokument« är ingen ursäkt, snarast ytterligare ett argument för att utbildningen behöver förändras.

Jonas Ranstam

driftschef, Nationellt kompetenscentrum för rörelseorganens sjukdomar, Lund (NKO), f d universitetslektor i medicinsk statistik, Lunds universitet, ortopediska kliniken, Universitetssjukhuset i Lund
jonas.ranstam@gmail.com

Per-Erik Isberg

universitetsadjunkt i statistik, statistiska institutionen, Lunds universitet
per-erik.isberg@stat.lu.se

Bo Gullberg

universitetslektor i medicinsk statistik, Lunds universitet, Clinical Research Centre, Universitetssjukhuset MAS, Malmö
bo.gullberg@med.lu.se

Slutrunda om statiner:

Faktum kvarstår att 80 mg simvastatin dagligen ger hög myopatrisk

■ Korrigeringen av Hjemdahl och medarbetare i LT 40/2009 (sidorna 2550-1) att nio patienter fick myopati på 80 mg simvastatin dagligen mot en patient på simvastatin 20 mg dagligen i A to Z-studien (P = 0,02) [1], och förtydligandet att 49 patienter på 80 mg simvastatin hade hotande myopati mot sex fall bland dem som tog 20 mg simvastatin i SEARCH-studien [2], noteras med tacksamhet.

Faktum kvarstår: 80 mg simvastatin dagligen är förenat med en klart högre myopatifrekvens än 80 mg atorvastatin. Om vi ser på medelincidensen av manifest och hotande myopati, i de två stora skaliga noggrant genomförda och kontrollerade 80 mg simvastatin-studierna A to Z och SEARCH å ena sidan och de tre 80 mg atorvastatin-studierna PROVE-IT, TNT och IDEAL, finner vi att myopatifrekvensen för 80 mg simvastatin är 2,6 per 1 000 statinår (viktat enligt studiernas storlek) och för 80 mg atorvastatin under 0,1 per 1 000 statinår.

Läksak nämner inte att tre deltagare i TNT som tog 10 mg atorvastatin dagligen också fick myopati. Det är alltså omöjligt att tillskriva de två myopatifallen i högdosgruppen den högre atorvastatindosen. Också i IDEAL fick tre patienter myopati i simvastatingruppen mot två i atorvastatin 80 mg-gruppen.

Alla 15 464 screenade patienter i TNT genomgick en

TIDIGARE INLÄGG:

32-33/2009 (sidorna 1992-4). Paul Hjemdahl m fl. SBU bör utreda vad som är en evidensbaserad och kostnadseffektiv statinanvändning.

40/2009 (sidorna 2549-50). Anders G Olsson. Varning för simvastatin 80 mg! Paul Hjemdahl m fl. Replik: Allt lägre kolesterolmål ökar biverkningarna.

8-veckors öppen behandling med 10 mg atorvastatin före randomisering för att testa inklusionskriterier, tolerabilitet etc [3]. Av dessa avbröt 35 (0,2 procent) studien på grund av »myalgi«. CK-värden angavs inte. Sannolikt är dessa myalgisymtom i de flesta fall av det benigna slaget, som relativt ofta ses hos statinbehandlade patienter. Att denna korttids lågdos prerandomiseringsbehandling skulle selektera bort kandidater för myopati måste ses som mycket osannolikt.

Även i SEARCH-studien hade en majoritet, 72 procent, intagit statin före randomiseringen, varav 60 procent simvastatin eller atorvastatin. Även här har sålunda sannolikt en selektion inträffat till statintolerantas fördel [4].

Jag vill också påminna om att 80 mg simvastatin sänker LDL-kolesterol med ca 45 procent, en effekt som motsvarar dosen 20-40 mg

»Båda de genomförda 80 mg simvastatin-studierna visar på en oroande frekvens av allvarliga muskelbiverkningar medan detta knappast förekommer med atorvastatin i samma dos.«

atorvastatin [5]. Med atorvastatin har vi alltså ett gynnsammare utfall både på effektvariabeln och på biverkningsvariabeln myopati. Nytt/riskkvoten är med andra ord överlägsen för atorvastatin.

Sammanfattningsvis finner jag att de fem storskaliga välkontrollerade statinstudier

SLUTREPLIK:

Vi rekommenderar simvastatin (20–)40 mg dagligen

■ Vi är helt överens med Anders G Olsson (AGO) om betydelsen av statinbehandling inom hjärt-kärlpreventionen. Vi anser däremot inte att man i oträngt mål ska använda högdoserade statiner [1, 2].

- Detta av tre skäl:
- Biverkningarna är dosberoende (med alla statiner).
- den ytterligare nyttan för patienten är liten.
- Kostnaden blir mycket högre.

Det är mycket olyckligt ur patientperspektivet att AGO misstänkliggör simvastatin genom rubriksättningen »Varning för 80 mg simvastatin!« [3]. Simvastatin är den bäst dokumenterade statinen och allmänt rekommenderad som förstahandsval. Frekvensen allvarliga muskelbiverkningar med den av oss rekommenderade doseringen, (20–)40 mg/dag, är en-

som jag återoppar för att påvisa risken för myopati med 80 mg simvastatin är jämförbara vad gäller tillåtliga slutsatser om de två aktuella statinernas biverkningar. Båda de genomförda 80 mg simvastatin-studierna visar på en oroande frekvens av allvarliga muskelbiverkningar medan detta knappast förekommer med atorvastatin i samma dos.

Det kan av särskilda skäl vara motiverat att förskriva 80 mg simvastatin till enstaka patienter för att nå målvärde för LDL-kolesterol. Men att, som Hjemdahl och medarbetare, rekommendera denna dos generellt för att nå målvärde i stora delar av den svenska befolkningen med hjärt-kärlsjukdom kan visa sig vara förödande. Det är förvånande

»Vi bedömer att simvastatin (20–)40 mg/dag är den medicinskt mest ändamålsenliga behandling man kan erbjuda patienter som inte har speciella lipidrelaterade problem.«

dast 1/10 000 patientår, och vi anser – vilket Anders G Olsson undviker att notera i sina inlägg – att man sällan behöver överskrida denna dosering vid prevention hos högriskpatienter med ordinarie till måttligt förhöjda lipidvärden.

Man måste alltid vara observant på muskelsymtom när man behandlar med en statin. Att jämföra biverkningsfrekvenser mellan studier på olika patientmaterial är, som vi tidigare noterat [4],

att författarna i Läksak »spe- lar ner« betydelsen av en så allvarlig biverkan.

Anders G Olsson
professor, institutionen för medicin och hälsa, Hälsouniversitetet, Linköping; Stockholm Heart Center andol@imv.liu.se

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Författaren erhåller forskningsanslag/kon-sultarvode från AstraZeneca, Karobio, MSD, Pfizer, Roche och Sanofi-Aventis.*

REFERENSER

1. de Lemos JA, Blazing MA, Wiviott SD, Lewis EF, Fox KA, White HD, et al; A to Z Investigators. Early intensive vs a delayed conservative simvastatin strategy in patients with acute coronary syndromes: phase Z of the A to Z trial. *JAMA*. 2004;292:1307-16.
2. SEARCH Collaborative Group,

Link E, Parish S, Armitage J, Bowman L, Heath S, Matsuda F, et al. SLC01B1 variants and statin-induced myopathy – a genomewide study. *N Engl J Med*. 2008;359:789-99.

3. LaRosa JC, Grundy SM, Waters DD, Shear C, Barter P, Fruchart JC, et al; Treating to New Targets (TNT) Investigators. Intensive lipid lowering with atorvastatin in patients with stable coronary disease. *N Engl J Med*. 2005;352:1425-35.
4. SEARCH Study Collaborative Group, Bowman L, Armitage J, Bulbulia R, Parish S, Collins R. Study of the effectiveness of additional reductions in cholesterol and homocysteine (SEARCH): Characteristics of a randomized trial among 12 064 myocardial infarction survivors. *Am Heart J*. 2007;154:815-23. e1-823.e1-6. Epub 2007 Sep 6.
5. Jones P, Kafonek S, Laurora I, Hunninghake D. Comparative dose efficacy study of atorvastatin versus simvastatin, pravastatin, lovastatin, and fluvastatin in patients with hypercholesterolemia (the CURVES study). *Am J Cardiol*. 1998;81:582-7.

Författarna utgör Läkemedels-sakkunnigas (Läksak) expert-grupp för hjärt-kärlsjukdomar, Stockholms läns landsting.

■ *Potentiella bindningar eller jävsförhållanden: Inga uppgivna.*

REFERENSER

1. Hjemdahl P, Allhammar A, Heaton C, Hulting J, Kahan T, Malmström R, et al. SBU bör utreda vad som är en evidensbaserad och kostnads-effektiv statinanvändning. *Läkartidningen*. 2009;106:1992-4.
 2. Expertgruppsutlåtande från Läksak. Simvastatin för kardiovaskulär prevention hos högriskpatienter med ordinära till måttligt förhöjda lipidnivåer. <http://www.janusinfo.se/imcms/10841>
 3. Olsson AG. Varning för simvastatin 80 mg! *Läkartidningen*. 2009;106:2549-50.
 4. Hjemdahl P, Allhammar A, Heaton C, Hulting J, Kahan T, Malmström R, et al. Replik: Allt lägre kolesterol-mål ökar biverkningarna. *Läkartidningen*. 2009;106:2550-1.
- Paul Hjemdahl**
professor, avdelningen för klinisk farmakologi, Karolinska universitetssjukhuset, Solna Paul.Hjemdahl@ki.se
- Anette Allhammar
Claire Heaton
Johan Hulting
Thomas Kahan
Rickard Malmström
Arne Martinsson
Franz Rucker
Karin Schenck-Gustafsson
Jonas Schwieler
Mattias Törnerud
Björn Wettermark**

Spekulativt och förlegat om smärta

■ Olle Hellström (OH) tar i LT 34/2009 (sidorna 2062-3) upp frågan om skillnaden mellan att ha en sjukdom och att uppleva sig sjuk, och han belyser frågan med ett referat av ett patientmöte. Det gäller en kvinna från Somalia som söker för smärtproblem. Hon är undersökt av många specialister som inte har kunnat påvisa några organskador. Vi får veta några detaljer om hennes bakgrund, men inga andra anamnestiska uppgifter ges. Inte heller några uppgifter om status annat än att hon rycker till när undersökaren snuddar hennes hand.

Sedan följer ett mångordigt och spekulativt resonemang om att patienten kanske gör om sina mänskligt smärtsamma händelser till fysisk smärta och att hon kanske »behöver sin sjukdomsupplevelse«. Författaren spekulerar också om en bakomliggande skuldproblematik men presenterar inga som helst belägg för att någon sådan skulle kunna förklara patientens smärta. Han berättar inte heller något om hur hon tog emot hans förklaringar. Blev hon bättre? Dämpades hennes smärta? Vad hände sedan?

Jag håller med OH om att patienter med långvariga smärtproblem ofta missförstås i vården, remitteras mellan olika specialister, genomgår onödiga utredningar och får mängder av diagnoser utan förklaringsvärde. Om en smärtpatient ska kunna rehabiliteras är första steget att hon får en saklig förklaring som hon känner att hon kan tro på och som stämmer med hennes egen föreställningsvärld [1]. Patienten känner ju att smärtan sitter i kroppen, men hur kan man ha så ont när det inte finns några skador som kan påvisas med röntgen eller prov? Vi kan i dag i de flesta fall ge ett tillfredsställande svar på den frågan [2].

Patienter med långvarig smärta kan ofta visas ha ett sensitiserat nervsystem, vilket är lätt att påvisa vid en klinisk undersökning. Smärtan är då lättprovocerad, och patienterna uppvisar en uttalad ömhet vid undersökning, av kolleger ibland misstolkat som aggravering.

Men patienterna är sällan hjälpta av att få pseudopsykologiska förklaringar av den typ OH ger. Många patienter vi möter har tvärtom känt sig djupt kränkta av denna typ av spekulativa besked. Det har mig veterligen aldrig kunnat visas att fysisk smärta kan ha enbart psykiska orsaker eller framkallas av »existentiell ångest«. Om OH har en referens som visar detta vill jag gärna få tillgång till den. Det är däremot känt att det finns en uttalad psykiatrisk samsjuklighet med långvariga smärtproblem, särskilt ångest och depressionstillstånd [2].

Det synsätt OH ger uttryck för verkar botten i en förlegad dualistisk syn på människan såsom varande en varelse som består av en mekanisk kropp och ett psyke, och där ett sjukdomssymtom betyder antingen ett mekaniskt (biomedicinskt) fel på kroppen eller ett psykologiskt problem som »somatiserar«. Denna syn på män-

»Blev hon bättre? Dämpades hennes smärta? Vad hände sedan?«

niskan känner jag igen från 1970-talet när jag var nybliven läkare, och det är betydande att OH anför en referens från 1977 som stöd för sitt resonemang. Om jag förstår OH rätt innebär »att ha en sjukdom« att ha en påvisbar organskada. Har man inte det så har man ingen sjukdom, endast en upplevelse av att vara sjuk.

För mig är människan en odelbar helhet, och ett sjukdomssymtom engagerar såväl kropp som psyke, och det gäller i all synnerhet smärta. Långvariga smärtproblem får psykologiska konsekvenser, konsekvenser som kan förvärras av ett okänsligt bemötande. Å andra sidan medför stress, ångest och depression att förmågan att hantera smärta ytterligare försämras. Ett smärtproblem som kanske från början var lätthanterligt och inte medförde någon påverkan på funktionsförmågan kan då upplevas som outhärdligt.

Jag rekommenderar OH, liksom de unga kolleger han värnar om, att ta del av SBU:s rapport från 2006: »Metoder

för behandling av långvarig smärta« [2]. Där ges på lättfattlig svenska en översikt av smärtfysiologin baserad på modern forskning liksom rekommendationer om effektiva behandlingsmetoder.

Jag har svårt att förstå hur OH:s artikel med dess spekulativa karaktär och obelagda påståenden har kunnat passera LT:s referentgranskning. Vad säger det om LT som medicinsk kvalitetstidning?

OH refererar bl a till Kierkegaard. Kierkegaard säger också:

Om jag vill lyckas med att föra en människa mot ett bestämt mål, måste jag först finna henne där hon är och börja just där. Den som inte kan det lurar sig själv när hon tror att hon kan hjälpa andra.

Sune Fredenberg
överläkare, specialist i allmänmedicin och algologi, Smärtrehab Kronoberg, Växjö
sune.fredenberg@ltkronoberg.se

REFERENSER

1. Hughes G, Martinez C, Myon E, Taïeb C, Wessely S. The impact of a diagnosis of fibromyalgia on health care resource use by primary care patients in the UK: an observational study based on clinical practice. *Arthritis Rheum.* 2006; 54:177-83.
2. Metoder för behandling av långvarig smärta. Stockholm: Statens beredning för medicinsk utvärdering; 2006. Rapport nr 177/1 + 2.

Om det till synes oförståeliga

■ Olle Hellström (LT 34/2009, sidorna 2062-3) pekar på väsentliga frågor som reses i mötet med patienten med oförklarlig smärta. Speciellt intrikat kan det bli om patienten är flykting eller kommer från en kultur annorlunda vår egen. Vi kan då luras i olika fallgror. Vi kan alltför lätt »psykologisera« patientens problem och förklara det med stress, en svår bakgrund eller en

ohållbar familjesituation. Organisk sjukdom kan då förbises. På detta finns flera exempel, vilket jag kunnat konstatera i ett forskningsprojekt, där jag intervjuat ett antal somalier boende i Sverige.

Men våra biomedicinska reflexer kan också överreagera – »patienten kommer från Afrika, här måste det vara något lurtt« – och leda till utredningar som slår in öppna

dörrar. En erfarenhet jag flera gånger gjort är hur smärtan, framför allt hos kvinnor med invandrar-/flyktingbakgrund, helt försvunnit då de besökt sitt gamla hemland för att sedan återkomma då de återvänt till Sverige.

En kvinna var knappast i stånd att ta hand om sina barn och sitt hem på grund av sin svåra generella smärta. Precis som Olle Hellströms

patient hade hon ett antal diagnoser och ett otal utredningar bakom sig. Hon berättade att »några timmar efter det att jag klivit av flygplanet i norra Somalia rann det onda av mig och jag kände mig född på nytt«. Solen, värmen, vinden från havet, den höga luften, dofterna och förmågan att åter kunna svettas var faktorer hon angav som förklaring.

I vårt arbete styrs vi av balansen mellan biomedicinen och humanmedicinen, där biomedicinen väger tyngst. Men om vi för ett ögonblick kan försöka lägga undan vår oro för cancer, tuberkulos eller det ena eller det andra syndromet, om vi kan sluta att medikalisera och säga till patienten: »Basta, nu räcker det med utredningar och nya recept på smärtstillande tabletter, låt oss prata om dig och din smärta, hur den påverkar dig och din familj, varför den har drabbat dig och vad vi kan göra.«

Det är svårt. Det tar tid. Det kräver tillit och kontinuitet. Men så en dag kanske en människa träder fram bakom smärtan, och samtalet lyfter till ett annat plan. En berättelse tar form och får struktur. Smärtan blir för personen ett sätt att kommunicera, ett medium genom vilket det kaotiska och svåra i livet kanaliseras, en protest och ett motstånd [1] mot förhållanden både i samhället och i det privata, en metod att få förståelse och uppmärksamhet då språket och den egna förmågan inte räcker till i mötet med sjukvårdsapparaten, upptagen som denna oftast är med instrumentella och tekniska förklaringar och tolkningar.

Ett genomgående tema i de intervjuer jag gjort med somalier i Sverige om deras möten med sjukvården är att »läkaren säger oftast att det är ingenting«. Vad detta »det är ingenting« står för kan man spekulera över. Det kan uttrycka bristande kontakt och förståelse, där patientens och läka-

»Att försöka möta det till synes oförståeliga är inte lätt, fostrade som vi är i vårt positivistiska kausalitetstänkande.«

rens fördomar om varandra spelar roll. Men kan detta »ingenting« också vara en metafor för ett medicinskt och mänskligt vakuum? En punkt som kännetecknas av nederlag: ingen förklaring, alla utredningar utan resultat. Men också som en utgångspunkt för nya möjligheter: Vem är denna människa? Hur ska jag

REPLIK:

Om anslag och underton

■ Jag är glad att min artikel »Att ha eller uppleva – det är frågan« (LT 34/2009, sidorna 2062-3) gett upphov till ett brett spektrum av kommentarer. Kristian Svenberg belyser allmänläkares förhållande till dominerande teorier. Han är samtidigt mån om att i lämpliga lägen tillämpa teorierna kritiskt och omdömesgillt. Sune Fredenbergs text är också värdefull. Han poängterar vikten av att slå vakt om de teorier vi har utvecklat för att slippa utsätta oss för undertoner i patienternas presenterade symtomupplevelser: Det kan väl ändå inte vara så att vi har fel? Diagnosen den eller den är vetenskapligt underbyggd.

Sunes Fredenbergs dröm om censur höll på att gå i uppfyllelse. Redaktörer vet vad läsare trivs bäst med. Vi har alla svårt att ta till oss essensen i budskap där använda begrepp refererar till ett annat meningssammanhang än det vi känner oss hemma med. Text som inte kräver reflektion är behaglig. Samtidigt som Sune Fredenberg upplever mitt resonemang som »mångordigt och spekulativt« vill han ha mer anamnestiska data i fallet Bisharo. Slutsats:

förstå hennes smärta? En punkt varifrån ny förståelse kan nås, då biomedicinen fallerar? Ett tillfälle att praktisera »humanmedicin«?

Detta är en uppgift för sjukvården i allmänhet men kanske i synnerhet för allmänmedicinen, som är »committed to the person rather than to a particular body of knowledge« [2]. Att försöka möta det till synes oförståeliga är inte lätt, fostrade som vi är i vårt positivistiska kausalitetstänkande. Att möta »den djupa gåta som varje människa är, både för sig själv och för andra« [3], kräver »förstå-

elsekonst«, vilket kanske är ett vackrare namn för »konsultationskunskap«. Men utövar vi den?

Kristian Svenberg
distriktsläkare, doktorand,
Lärjedalens vårdcentral, Göteborg
kristian.svenberg@vgregion.se

REFERENSER

1. Kleinman A. Writing at the margin: Discourse between anthropology and medicine. Berkeley: University of California Press; 1995.
2. McWhinney IR. A textbook of family medicine. New York: Oxford University Press; 1997.
3. Gadamer HG. Den gåtfulla hälsan: essäer och föredrag. Ludvika: Dualis Förlag AB; 2003.

Ord är önskvärda om deras betydelser inte överskrider ramen för den rätta läran.

Franz Kafkas roman »Processen« kan bidra till att kasta ljus över vårt stora behov av att lyssna till undertoner i människors berättelser. Josef K fann en morgon att han var häktad och anklagad för ett eller annat brott. Boken

»Slutsats: Ord är önskvärda om deras betydelser inte överskrider ramen för den rätta läran.«

handlar sedan om hur Josef K försöker undkomma sin skuld. Han tar och får stöd av en rad olika människor.

I den manifesta handlingen finns en existentiell underton. Många har läst boken och på olika sätt. Kafka har diagnostiserats som både galen, religiös, böj och komiker.

För mig handlar boken om en människas försök att undkomma självanklagelse och skuld och att hon de facto står ensam med ansvaret att se till så att hon kan fullfölja just sitt anslag och nå sitt mål.

Josef K har som alla en egen utvecklad föreställning om sig och sin framtid. Nu är han häktad, har hakat upp sig och är inte längre på väg. Sitt ansvar för att finna sig och lösa sin skuld till sig själv undslipper han genom att förvänta att andra ska hjälpa honom. Bara prästen i slutscenen förstår att Josef K faktiskt hindras av sina »hjälpare«. Ingen utom Josef K kan återfinna Josef K själv.

Om vi inte är uppmärksamma på att patienters manifesta berättelser kan ha en underton av subjektiv, mänsklig natur kan vi med vår »vetenskapligt« utvecklade hjälpsamhet förhindra dem att återfinna sin jämvikt. Om vi i varje möte enbart söker bekräftelse på att vår kunskapskarta stämmer överens med verkligheten kommer vi aldrig att förstå att symtomupplevelser av varierande slag kan vara patientens uttryck för att komma undan ansvar att själv finna sin förlorade känsla av mening.

Olle Hellström
med dr, distriktsläkare,
Jakobsgårdarnas vårdcentral,
Borlänge
olle.hellstrom@ltdalarna.se