

Jan Lidbeck, med dr, överläkare, Smärtrehab, Helsingborgs lasarett AB (lidbeck.jan@placebo.m.se)

Uppgivna röster om svensk smärtvård:

»Situationen känns dystert, jag har övervägt att sluta som smärtsläkare«

II Det är mycket svårt att adekvat diagnostisera och behandla patienter med långvarig smärta (kronisk smärta). Detta gäller i synnerhet dem med långvarig icke-malign smärta och dem med emotionella komplikationer, s k kroniskt smärtsyndrom. Det brister i helhetssyn, och många patienter remitteras runt i vårdapparaten till höga och onödiga kostnader. Missförstådda och kränkta patienter är vanligt förekommande.

Problemet omfattning med bl a ökad prevalens och ökande kostnader [1-6] presenteras i Fakta 1.

Bakgrund

Det finns idag många studier som visat att förbättrad diagnostik och rehabilitering möjliggör smärtlindring och ökad livskvalitet. Detta kan åstadkommas samtidigt som kostnaderna för samhället och även sjukvården [7-10] kraftigt reduceras (Fakta 2).

The International Association for the Study of Pain (IASP) tog redan 1990 fram riktlinjer, »Desirable characteristics for pain treatment facilities«, för uppbyggnad av smärtenheter [11]. I Sverige inbjöd Socialstyrelsen 1992 en expertgrupp till en genomgång av kunskapsläget om långvariga smärttillstånd. Gruppen överlämnade en rapport med förslag till förbättringar inom området, och Socialstyrelsen gjorde 1994 en sammanfattande bedömning [1]. Vid större länssjukhus (centrallasarett) föreslogs bl a uppbyggnad av multidisciplinära smärtsmottagningar med minst två läkartjänster med speciell kompetens i smärtlindring (algologi) och med tillgång till psykiater, sjuksköterska, psykolog, sjukgymnast och kurator. Kompetens för smärtrehabilitering skulle också finnas (Fakta 3). Även målsättningar för smärtskliniskt arbete klargjordes.

Patienterna får inte tillräcklig hjälp

Socialstyrelsens rapport från 1994, »Behandling av långvarig smärta«, presenterades i medierna som en »vitbok« och skapade hos läkare engagerade i smärtvården en förhoppning om att huvudmännen skulle förstärka vården enligt de givna rekommendationerna. I kontakter mellan kolleger verksamma i smärtvården – utanför universitetssjukhusen – framförs ofta uppfattningen att endast ett fåtal multidisciplinära smärtsmottagningar ännu har inrättats, sex år efter Socialstyrelsens riktlinjer! Vår klinik kontaktas regelbundet av förtvivlade smärt-

SAMMANFATTAT

Patienter med långvarig smärta blir allt vanligare. Trots att Socialstyrelsen redan 1994 rekommenderade uppbyggnaden av multidisciplinära smärteam som ett led att erbjuda en sedan länge eftersatt patientgrupp bättre omhändertagande har dessa direktiv inte följts.

En enkät ställd till smärtsmottagningar och rehabiliteringskliniker vid länssjukhusen visar att smärtvårdens resurser ännu är mycket små. Utanför storstadsområdena har endast en smärtsmottagning av fem tillförts resurser enligt de av Socialstyrelsen föreslagna direktiven. Det finns stora brister i organisation, personal, psykologisk/psykosocial kompetens och samordning.

Smärtvården i Sverige fungerar helt enkelt dåligt.

Serie: Smärta

Tidigare artiklar har införts i nr 14, 15 och 16/01. Se även medicinsk kommentar i detta nummer.

patienter boende utanför storstadsområdena vilka upplever att de inte får tillräcklig hjälp.

Landsomfattande undersökning

Med anledning bl a av de av smärtpatienterna påtalade bristerna har en landsomfattande undersökning av smärtvårdorganisationen på centrallasarettsnivå genomförts. Till grund för undersökningen ligger en enkät, vars resultat skall presenteras.

II Metod

Med Socialstyrelsens rekommendationer som grund formulerades enkätfrågorna. Enkäten bestod av totalt 20 frågor om

Socialstyrelsens rekommendationer, smärtvårdens målsättningar och frågor om diagnostik och behandling av patienter med diffus muskuloskeletal smärta. Svartalternativen för huvuddelen av frågorna var antingen »ja« eller »nej«. Till frågor om befintliga tjänster fanns följdfrågor om tjänsternas omfattning. Till varje fråga fanns också utrymme för egna kommentarer.

Med stöd av en förteckning över sjukhusanläggningar [12] skickades enkäten till samtliga 24 större länssjukhus (motsvarande centrallasarett). Enkäten ställdes i ett första utskick till verksamhets-/klinikchefer på anestesiklinikerna. Två påminnelser skickades ut med en månads intervall. Från anestesiklinikerna inkom 23 svar, varav två ej hade besvarat enkäten utan hänvisade till den lokala rehabiliteringskliniken. Således har 21 kompletta svar (87,5 procent) från anestesiklinikerna kunnat bearbetas.

Vid 15 av de 24 länssjukhusen fanns rehabiliteringsklinik eller liknande enheter (en »utlokaliserad« smärtmottagning med rehabiliteringsinriktning; vid fyra lasarett hade rehabiliteringsmedicinen samorganiserats i parsjukhus). I denna andra omgång skickades enkäten till respektive verksamhetsansvarig vid de 15 rehabiliteringsklinikerna. Svartfrekvensen var även här hög (80 procent), men endast åtta (53,3 procent) av enkäterna var komplett ifylld.

II Resultat

Enkätsvaren från smärtmottagningarna vid anestesiklinikerna (n=23) genomgicks i detalj men redovisas här endast översiktligt (Tabell I). Resultaten av svaren från rehabiliteringsklinikerna (n=15) redovisas översiktligt i texten.

Smärtmottagningarna

På två länssjukhus av tre (67 procent) saknades multidisciplinär smärtmottagning enligt Socialstyrelsens modell (Tabell I). Drygt hälften av smärtmottagningarna (55 procent) saknade »minst två läkartjänster med hela eller delar av tjänstetiden förlagd till verksamheten«. Oftast (65 procent) fanns endast 1,0 läkartjänst eller mindre. Drygt hälften (58 procent) av läkarna hade smärtlindring som tilläggspecialitet.

Beträffande övriga tjänster var tjänst som sjuksköterska vanligast (90 procent), med i medeltal 2,0 (0,6–4,5) tjänster. Drygt hälften av sjukhusen (57 procent) saknade sjukgymnast. Psykosocial kompetens i form av kuratorstjänst saknades vid tre smärtmottagningar av fyra (76 procent). Samtliga svarade att man gjorde smärtanalys, och majoriteten (89 procent) utprovade behandling för olika smärtmekanismer. En del påpekade att tidsnöd och resursbrist ej alltid medgav smärtanalys. Behandlingen kom då ofta att inskränka sig till endast insättning av läkemedel och/eller tekniska insatser.

Majoriteten uppgav att man gjorde en psykosocial bedömning (värdering av psykologiska och sociala interaktioner, 65 procent) och värderade smärttillståndets konsekvenser för livsföringen (bedömning av livskvalitet, 56 procent). Flera verksamhetschefer påtalade dock att detta inte gjordes systematiskt. Man framhöll att det inte gick att hantera patientens problematik utan psykosocial kompetens (med tjänst för kurator). Två av tre (65 procent) meddelade att man ej hade kompetens för smärtrehabilitering. Flera verksamhetschefer hänvisade till rehabiliteringsklinik och/eller primärvård.

Beträffande patienter med diffus långvarig muskuloskeletal smärta uppgav nära två tredjedelar (63 procent) att man ej behandlade/rehabiliterade dessa patienter. I stället hänvisades patienterna till rehabiliteringsklinik (47 procent) och/eller primärvård (34 procent). Flera (29 procent) kommenterade att det inte fanns rehabiliteringsklinik eller patientansvarig

På grund av resursbrist och ointresse från andra kliniker har vi misslyckats med att bygga upp en multidisciplinär enhet med permanenta medlemmar.

Vi har påpekat behovet av en multidisciplinär handläggning av benigna långvariga smärttillstånd. Vi har varken resurser eller kompetens.

Tidigare var vi flera läkare inklusive en smärtläkare och smärtsjuksköterska. Nu håller man på och avvecklar alltihop ...

Verksamheten är på låg nivå, samordningen dålig. Det finns alldeles för lite resurser. Situationen känns dyster. Jag vet inte om det blir någon fortsättning av smärtverksamheten. Man säger officiellt att smärta skall prioriteras, men man gör motsatsen. Jag letar just nu efter nya arbetsuppgifter, då jag börjar tröttna.

Annons

Annons

Annons

Annons

II Fakta 1

Patienter med långvarig smärta: problemets omfattning

7 procent av befolkningen har stort vårdbehov på grund av kronisk smärta [1]. Vårdkonsumtionen är fem gånger större än för befolkningen i övrigt [2].

Upp till hälften av fibromyalgipatienterna (2 procent av befolkningen) behandlas i onödan i slutna vård för symtom som egentligen är fibromyalgirelaterade [3].

Smärtpatienter har lägst upplevd livskvalitet, »health related quality of life«, av alla patientkategorier [4].

Kostnaderna för analgetika har fördubblats sedan 1990 [5].

Andelen patienter med långvarig smärta ökar [6].

II Fakta 2

Det lönar sig att behandla smärtpatienter på enheter med rehabiliteringskompetens

Sjukvårdsutnyttjandet kan reduceras med mer än hälften. I många fall behöver patienten inte alls söka sjukvårdens hjälp [7, 8].

Antalet operativa ingrepp kan reduceras [9].

Bruket av läkemedel kan minska [9].

Färre vårdtillfällen i slutna vård ger besparingar som är dubbelt så stora som vårdkostnaderna [10].

Reducerade vårdkostnader motsvarar 11 000 kronor per patient och år [10].

läkare i primärvården. I många fall påtalade man resursbrist och dålig samordning.

Många egna kommentarer

Utrymme gavs för egna kommentarer och hade utnyttjats av en del:

På grund av resursbrist och ointresse från andra kliniker har vi misslyckats med att bygga upp en multidisciplinär enhet med permanenta medlemmar.

Vi har påpekat behovet av en multidisciplinär handläggning av benigna långvariga smärttillstånd. Vi har varken resurser eller kompetens.

Tidigare var vi flera läkare inklusive en smärtläkare och smärtsjuksköterska. Nu håller man på och avvecklar alltihop ...

Verksamheten är på låg nivå, samordningen dålig. Det finns alldeles för lite resurser. Situationen känns dystert. Jag vet inte om det blir någon fortsättning av smärtverksamheten. Man säger officiellt att smärta skall prioriteras, men man gör motsatsen. Jag letar just nu efter nya arbetsuppgifter, då jag börjar tröttna.

Delar av verksamheten sker på »projektmedel«. Vi har blivit lovade permanenta och utökade resurser under så lång tid men ännu ej fått dem. Det hela står och väger. I händelse av utebliven resursförstärkning är det inte osannolikt att vi måste avsluta verksamheten.

I vårt län har de s k smärtsmottagningarna inte fungerat på två av tre sjukhus.

Trots mycket stort vårdbehov har vi utsatts för upprepade nedläggningshot under senare år.

Rehabiliteringsklinikerna

Av svaren från de 15 rehabiliteringsenheterna var sålunda endast åtta fullständiga. Endast en eller möjligen två av de 15 (13 procent) uppfyllde Socialstyrelsens rekommendationer. Av de sex eller sju som ej uppfyllde rekommendationerna var

den samlade bilden beträffande brister i organisation och personal densamma som för smärtsmottagningarna vid anestesiklinikerna. Två rehabiliteringsenheter meddelade att man ej hade ansvar för smärtpatienter utan hänvisade till respektive anestesikliniks smärtsmottagning (vilka i sin tur meddelat att man ej behandlade patienter med långvarig icke-malign smärta). Två rehabiliteringskliniker bedrev endast palliativ smärtvård och hänvisade övriga smärtpatienter till primärvården respektive ergonomisk behandlingsenhet.

Kommentarer från rehabiliteringsklinikerna

Egna kommentarer från rehabiliteringsklinikerna:

Det finns ett stort antal patienter som inte har möjlighet att komma vare sig till vår enhet eller till anestesiklinikkens smärtsmottagning. Det gäller främst patienter med neurogen smärta samt hela gruppen äldre.

Remissflödet är för stort. Våra resurser räcker ej. Samordningen med primärvården är dålig och de rehab-team som finns i primärvården fungerar ej. Primärvården har ej heller tid eller intresse. Den ökade belastningen på primärvården är ett hinder för bättre samarbete.

Jag har i flera år försökt få chefläkare och lasaretsledning att ta del av Socialstyrelsens rapport. Har ständigt påtalat behovet av bättre smärtvård. Ingen tycks vara intresserad. Någon har påtalat att området tillhör psykosomatiken och att dessa patienter skall behandlas i primärvården, ej på lasarettet. Men primärvården har fått många andra arbetsuppgifter och är egentligen inte intresserad. Hjälpökande patienter ringer och vi kan endast meddela dem att väntelistan är lång. Jag har övervägt att sluta som smärtläkare.

Patienter med diffus muskuloskeletal smärta utgör den största patientkategorin. Handläggningen av dessa patienter (diffus muskuloskeletal smärta) är eftersatt i vårt upptagningsområde. Vi är restriktiva med att ta emot fibromyalgipatienter.

II Diskussion

Med reservation för de brister som finns i enkätmetodik, liksom de ofullständiga svaren från rehabiliteringsklinikerna, ta-

II Fakta 3

Socialstyrelsens förslag till organisation av multidisciplinära smärtmottagningar

Socialstyrelsen har föreslagit [SoS 1994:4] att vid större länsjukhus (centrallasarett) skall multidisciplinära smärtmottagningar inrättas med nedanstående resurser. Med »multidisciplinär« avses här flera läkartjänster med olika specialiteter:

Minst två läkartjänster med hela eller delar av tjänstetiden förlagd till verksamheten.

Två somatiska specialister representerade, dessutom regelbunden konsult från psykiater/psykolog.

Tjänst för sjuksköterska.

Tillgång till specialkunnig sjukgymnast och kurator.

Verksamhet förlagd till särskilda lokaler.

Egen journalföring, dvs tillgång till läkarsekreterare.

Kompetens omfattande både smärtdiagnostik och smärtterapi.

Kompetens för smärtbehandling vid tumörsjukdom (anestesiologisk läkar- och sjuksköterskekompetens).

Kompetens för smärtrehabilitering med tillgång till rehabiliteringsmedicinska team med kognitiv-beteendeterapeutisk psykologisk kompetens (egen kompetens eller nära samarbete med specialiserat smärtteam på t ex rehabiliteringsmedicinsk klinik).

Tabell I. Resultat av enkät ställd till anestesikliniker vid större länsjukhus (n=24; 87,5 procents svarsfrekvens) om befintliga resurser för multidisciplinär smärtmottagning enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

Fråga	Svar	Procent
Finns multidisciplinär smärtmottagning enligt den av Socialstyrelsen rekommenderade modellen på din klinik?	Nej	67
Finns »minst två läkartjänster med hela eller delar av tjänstetiden förlagd till verksamheten«?	Nej	55
Finns regelbunden psykiaterkontakt?	Nej	71
Finns regelbunden psykologkontakt?	Nej	75
Finns tjänst för sjuksköterska?	Ja	90
Finns tjänst(-er) för sjukgymnast(-er)?	Nej	57
Finns tjänst(-er) för kurator?	Nej	76
Är verksamheten förlagd till särskilda lokaler?	Ja	95
Finns egen journalföring, dvs tillgång till egen läkarsekreterare?	Ja	81

lar resultatet som helhet för en dåligt utbyggd smärtvård utanför universitets-/storstadsområdena. Detta blir än mer tydligt om man undantar de sju smärtmottagningar inom storstadsområdena som denna enkät inkluderat. Andelen länsjukhus med fullt utbyggda smärtmottagningar reduceras då från 33 procent till 21 procent. Med andra ord: utanför storstadsregionerna är endast en smärtmottagning av fem organiserad enligt Socialstyrelsens riktlinjer.

Det finns stora brister i organisation, personalsammansättning, tjänster, formell psykologisk/psykosocial kompetens och samordning. De personliga kommentarerna – både från anestesiklinikernas smärtmottagningar och från rehabiliteringsklinikerna – speglar en stor uppgivenhet. I synnerhet omhändertagandet av patienter med långvarig diffus muskuloskeletal smärta tycks vara eftersatt. Detta är anmärkningsvärt, eftersom denna patientkategori utgör den största gruppen av smärtpatienter och sannolikt har lägst livskvalitet.

Det kan även framhållas att majoriteten av patienter med långvarig icke-malign smärta kan hänföras till prioriteringsgrupp I och II i de av regeringen antagna prioriteringsdirektiven för fördelning av sjukvårdens resurser.

Ett anmärkningsvärt resultat

Resultatet är också anmärkningsvärt med tanke på att Socialstyrelsens rekommendationer om utbyggd smärtvård presenterades redan 1994. Socialstyrelsens expertgrupp framhöll med skärpa att vården av patienter med långvarig smärta var eftersatt. Uppenbarligen har signalerna inte nått fram. Resursbrist och omorganisation av vården under 1990-talets senare hälft kan ha bidragit till att smärtvården fått stå tillbaka. Men det finns även andra förklaringar, som negativa attityder till smärtpatienter och smärtvård, okunskap om smärtvårdens möjligheter och det faktum att området har låg professionell status [13, 14].

Att Socialstyrelsen endast rekommenderade utbyggd smärtvård och inte utfärdade mer strikt formulerade direktiv har troligen haft betydelse för huvudmännens ointresse. Det är av intresse att notera att svenska kardiologers expertgrupp nyligen, med stöd av Socialstyrelsen, har lagt fram nationella riktlinjer för behandling av patienter med kranskärlssjukdom. Man påtalar där att majoriteten av patienterna idag inte får optimal behandling, formulerar enhetliga mål för vården och kräver en fördubbling av utrednings- och behandlingskapaciteten – och detta inom fem år [15].

Frågetecken

I Socialstyrelsens rapport finns även en del frågetecken, bl a rörande förslaget till organisation av smärtvården. Formuleringen om »tillgång till« rehabiliteringsmedicinsk kompetens är vag. Den väcker frågan om expertgruppen varit oenig i synen på hur smärtmottagning och smärtrehabilitering skall samorganiseras.

På universitetssjukhusnivå ingår oftast smärtmottagning och smärtrehabilitering i samma organisatoriska enhet. Man har insett att det finns stora fördelar med en sammanhållen smärtvårdsenhet, både för att bättre kunna hävda sina intressen och för att få kontinuitet i vården, vilket underlättar för både patienter och vårdgivare. Idag är smärtvården utanför universitetssjukhusen ostrukturerad och uppsplittrad på olika kliniker. Många mindre enheter, både inom anestesin och rehabiliteringsmedicinen, har idag svårt att hävda sina intressen.

Enkäten visar att en del kämpar för att överleva. Smärtmottagning (främst smärtanalys, diagnostik och »teknisk« behandling) och smärtrehabilitering (behandling/rehabilitering utifrån ett helhetsperspektiv) bör sålunda utgöra en organisa-

torisk enhet även på länssjukhusnivå. Detta kunde tydligare ha framhållits i rapporten.

Vidare måste frågorna ställas: Varför har inte Socialstyrelsen (expertgruppen?) följt upp sina rekommendationer från 1994? Vilken inverkan har rapporten haft? Svarar dagens smärtvård mot behoven? Varför har landstingen inte reagerat trots växande vårdbehov och de stora kostnader som patientgruppen står för? Vilka är hindren för en adekvat utbyggnad? Finns inte idag kunskapsunderlag för utarbetande av nationella riktlinjer?

Ökat engagemang efterlyses

För att frågan om utbyggd smärtvård skall få tillräcklig tyngd efterlyses ett ökat engagemang även från smärtläkarnas egna intresseorganisationer. Praktiska organisationsfrågor liksom diskussion kring brister i »landsortens« smärtvård tycks ha låg prioritet, bl a till följd av att olika organisationer har olika inriktning. The Scandinavian Association for the Study of Pain har genom åren främst varit en smärtforskningsorganisation och saknar som nordisk dotterorganisation till IASP kraft att verka för ett svenskt smärtvårdsprogram. Svenska läkares algologiska förening (SLAF) engagerar främst anestesiologer utan kompetens i smärtrehabilitering, och rehabiliteringsläkarna är engagerade även i annan rehabilitering.

En sammanhållen organisation för alla smärtintresserade läkare (och annan smärtmedicinsk personal) skulle sannolikt bättre kunna driva frågan om smärtvårdens utveckling. Ett alternativ är naturligtvis att de berörda organisationerna samverkar på ett bättre sätt än tidigare. Som jämförelse kan nämnas att American Pain Society (APS) profilerat sig i organisationsfrågan. Som en service till allmänheten och engagerade smärtpatienter har APS tagit fram en förteckning över nationella smärtenheter och deras kompetens, »Directory of pain treatment facilities«, som även är tillgänglig på Internet.

Kanske blir det först när smärtpatienterna själva, dvs patientorganisationerna, ställer krav på en fungerande smärtvård som vi kan se en början till en förändring?

Referenser

1. Socialstyrelsens expertgrupp. Behandling av långvarig smärta (SoS 1994:4). Stockholm: Socialstyrelsen, 1994.
2. Becker N, Thomsen AB, Olsen AK, Beck P, Højsted J, Sjøgren P et al. Evaluation of chronic non-malignant pain patients referred to a Danish pain center. 2nd International Copenhagen Pain Symposium. Aspects of chronic pain. Abstracts 1999 January 9–10, Copenhagen, Denmark. Copenhagen: Congress Secretariat, 1999:11.
3. Wolfe F, Anderson J, Harkness D, Bennet RM, Caro XJ, Goldenberg DL et al. A prospective, longitudinal, multicenter study of service utilization and costs in fibromyalgia. *Arthritis Rheum* 1997; 40: 1560–70.
4. Becker N, Bondegaard Thomsen A, Kornelius Olsen A, Sjøgren P, Beck P, Eriksen J et al. Pain epidemiology and health related quality of life in chronic non-malignant pain patients referred to a Danish multidisciplinary pain center. *Pain* 1997; 73: 393–400.
5. Tema smärta [editorial]. *Dagens Medicin* 1998; 17 mars, sid 3.
6. Andersson HI. Chronic pain. Epidemiological studies in a general population [dissertation]. Lund: Dept of Community Health Sciences. Lund University, 1998.
7. Hill PA, Hardy PAJ. The cost-effectiveness of multidisciplinary pain management programme in a district hospital. *The Pain Clinic* 1996; 9: 181–8.
8. Flor H. The efficacy of multidisciplinary pain centers: a comparison with purely medical interventions based on controlled empirical studies. Book of abstracts. II Congress of the European Federation of IASP Chapters, 1997 September 23–27, Barcelona, Spain. Barcelona: EFIC, 1997: page 32.
9. Turk DC. Efficacy of multidisciplinary pain centres in the treatment of chronic pain. In: Cohen MJM, Campell JN, eds. Pain treatment centers at a crossroad: A practical and conceptual reappraisal. Progress in pain research and management. Seattle: IASP Press, 1996: 257–73.
10. Nash T. Education in pain therapy. 8th World Congress: The Pain Clinic. Congress book. May 6–10, 1998, Teneriffa, Spain; page 64.
11. International Association for the Study of Pain Task Force. Desirable characteristics for pain treatment facilities. Seattle: IASP Press, 1990.
12. Förteckning över sjukhusanläggningar. Märsta: Hälso & Sjukvårdsinformation, 1998.
13. Lebovits AH, Florence I, Bathina R, Hunko V, Fox MT, Bramble CY. Pain knowledge and attitudes of health care providers: Practice characteristic differences. *Clin J Pain* 1997; 13: 237–43.
14. Eisenberg E, Granrot M. Educating care providers about pain: how to do the right thing in the right way. *Pain Clin* 1998; 10: 245–52.
15. Tema hjärta & kärl. *Dagens Medicin* 2000; 22 februari, sid 4–5.

SUMMARY

Despondent voices on Swedish pain care

Jan Lidbeck

Läkartidningen 2001; 98: 2024–30

The number of patients handicapped by chronic pain is increasing in Sweden. Many of these patients do not receive adequate care despite guidelines issued in 1994 by the National Board of Health and Welfare recommending councils to establish multidisciplinary pain teams according to the guidelines issued by the International Association for the Study of Pain. A survey of Swedish general hospitals reveals that these recommendations have not yet been implemented. With the exception of university hospitals only one out of five hospitals has set up specialised pain care teams; in remaining hospitals the organisation of pain management leaves much to be desired.

Correspondence: Jan Lidbeck, Pain Rehabilitation Centre, Helsingborgs lasarett AB, SE-251 87 Helsingborg, Sweden (lidbeck.jan@placebo.m.se)