

Nationellt vårdprogram för gallstenssjukdom

Nationellt programområde för mag-tarmsjukdomar

Erik Haraldsson,
Ordförande NAG Gallstenssjukdom
Överläkare
Akut/Övre Gastro teamet,
Kirurgkliniken, Skaraborgs Sjukhus

Bakgrund till vårdprogrammet

- Finns nationella vårdprogram i flertalet länder sedan många år
- Finns regionala skillnader i Sverige
- Önskemål att det ska finnas en nationell standard kring diagnostik och behandling
- NPO Mag-Tarm identifierade ett behov av att fokusera på den akuta behandlingen av gallstenssjukdom



NAG Gallstenssjukdom - Uppdraget

- Sammanställa Nationellt vårdprogram
- Jämlik vård i hela landet
- Utgå från redan gjorda systematiska analyser och kunskapsstöd
- I förekommande fall hänvisa till befintliga moderna svenska kunskapsstöd
- Skapa rekommendationer för utredning och behandling
- Föreslå mätbara indikatorer
- Beskriva konsekvenserna av införandet utifrån nulägesanalys
- Identifiera kostnadskrävande reformer inför regional prioritering

Vad är Kunskapsstöd?!

Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos)

Masamichi Yokoe · Jiro Hata · Tadahiro Takada · Steven M. Strasberg

SBU UTVÄRDERAR • RAPPORT 202/2016

Operation vid besvär av sten i gallblåsan och akut gallblåseinfektion

En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska, sociala och etiska aspekter

Federatie Medisch Specialist

Galsteenlijden

AUGIS

Commissioning guide: Gallstone disease

SBU UTVÄRDERAR • RAPPORT 202/2016

Åtgärder vid sten i de djupa gallgångarna

En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, ekonomiska, sociala och etiska aspekter

Clinical Practice Guidelines

EASL JOURNAL OF HEPATOLOGY

EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones¹

European Association for the Study of the Liver (EASL)^{1*}

Introduction

Gallstones or cholelithiasis are a major public health problem in Europe and other developed countries and affect up to 20% of the population. Gallstone disease is the most common gastrointestinal disorder for which patients are admitted to hospitals in European countries (1). The interdisciplinary care for patients with gallstone disease has advanced considerably during recent decades thanks to a growing insight into the pathophysiological mechanisms and remarkable technical developments in endoscopy and surgical procedures. In contrast, primary prevention for this common disease is still in its infancy.

The EASL Clinical Practice Guidelines (CPG) on the prevention, diagnosis and therapy of gallstones aim to provide current recommendations on the following issues:

1. Prevention of gallstones
2. Diagnosis of gallbladder stones
3. Medical therapy of gallbladder stones
4. Surgical therapy of gallbladder stones
5. Diagnosis of bile duct stones
6. Endoscopic and surgical therapy of bile duct stones
7. Diagnosis and therapy of intraductal stones
8. Therapy of gallstones during pregnancy

The EASL CPG on gallstone disease define the use of preventive, diagnostic and therapeutic modalities, including medical, endoscopic and surgical procedures, in the management of patients with gallstones. They are intended to assist physicians and other professional healthcare workers as well as patients and interested individuals in the clinical decision making process by describing a range of generally accepted approaches for the prevention, diagnosis and treatment of gallstone disease.

These guidelines have been produced using evidence from PubMed and Cochrane Database searches until September 2015. The evidence and recommendations in these guidelines have been graded on the strength of the evidence in the Grading of Recommendations

and Evaluation (GRADE) (2–5). We considered within-study risk of bias (methodological quality), direction of evidence, heterogeneity, precision of effect estimates, and risk of publication bias. Each recommendation has been qualified by giving the grade of evidence underlying the recommendation. The evidence is graded as follows: (1) high quality evidence: further research is very unlikely to change our confidence in the estimate of effect (conditional study or double-blind randomized observational studies); (2) moderate quality evidence: further research is likely to have an important impact on our confidence in the estimate of effect and is likely to change the estimate (unconditional studies or double-blind randomized observational study); and (3) very low quality evidence: we are very uncertain about the estimate (case-control reports, ungraded observational studies, single-blind randomized controlled trials). The strength of the recommendations is based on both the aggregate evidence quality and an assessment of the anticipated benefits and harms. A strong recommendation has been made where there is certainty about the various factors that determine the strength of a recommendation, and even in all of the individuals in the relevant population will benefit by following the recommendation; a weak recommendation: Not being given when there is uncertainty about the various factors that determine the strength of a recommendation.

Prevention of gallstones

Primary prevention of gallstones

Both cholesterol and pigment gallstone diseases originate from the complex interaction of genetic, environmental, local, systemic and metabolic abnormalities (6). In Western populations

NICE

Gallstone disease: diagnosis and management

Published: 29 October 2014

Original Article

National clinical practice guidelines for the treatment of symptomatic gallstone disease: 2021 recommendations from the Danish Surgical Society

Daniel Mønsted Shabanzadeh¹, Dorthe Wiinholdt Christensen, Caroline Ewertsen, Hans Friis-Andersen, Frederik Helgstrand, Lars Nannestad Jørgensen, Anders Kirkegaard-Klitbo, Anders Christian Larsen, Jonas Sanberg Ljungdahl, Palle Nordblad Schmidt, Rikke Therkildsen, Peter Vilmann, Jes Sefland Vogt and Lars Tue Sørensen

SJS

STATENS BEREDNING FÖR MEDICINSK OCH SOCIAL UTVÄRDERING

REVIEW Open

2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis

Michele Pisano^{1*}, Niccolò Allievi¹, Kurinchi Gurusamy², Giuseppe Borzellino³, Stefania Cimbani⁴, Djamilia Boerna⁵, Federico Cocolini⁶, Andrea Tufo⁷, Marcello Di Martino⁸, Jeffrey Leung², Massimo Sartel Marco Ceresoli¹⁰, Ronald V. Maier¹¹, Elia Poiasina¹, Nicola De Angelis¹², Stefano Magnone¹, Paola Fugazzi, Ciro Paolillo¹⁴, Raul Coimbra¹⁵, Salomone Di Saverio¹⁶, Belinda De Simone¹⁷, Dieter G. Weber¹⁸, Boris E. Sakakushev¹⁹, Alessandro Lucianetti¹, Andrew W. Kirkpatrick²⁰, Gustavo P. Fraga²¹, Imitaz Wani²², Walter L. Biffi²³, Osvaldo Chiara⁴, Fikri Abu-Zidan²⁴, Ernest E. Moore²⁵, Ari Leppäniemi²⁶, Yoram Kluger²⁷, Fausto Catena²⁸ and Luca Ansaloni¹³

Aktualisierte S3-Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) und der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) zur Prävention, Diagnostik und Behandlung von Gallensteinen

AWMF-Register-Nr. 021/008

Updated S3-Guideline for Prophylaxis, Diagnosis and Treatment of Gallstones. German Society for Digestive and Metabolic Diseases (DGVS) and German Society for Surgery of the Alimentary Tract (DGAV)

AWMF Registry 021/008

SVENSK GASTROENTEROLOGISK FÖRENING

Nationell riktlinje Akut pankreatit 2020

vensk Gastroenterologisk Förenings styrelse och med stöd av

ning för övre abdominal kirurgi samt ning för akutkirurgi och traumatologi

ÅRSRAPPORT 2020

Nationellt kvalitetsregister för gallstenskirurgi och ERCP

GallRiks

Ledamöter NAG Gallstenssjukdom

Namn	Kompetens i NAG	Arbetsplats	Sjukvårdsregion/organisation
Björn Törnqvist	Kirurg	Danderyds Sjukhus, Stockholm	Stockholm/Gotland
Erik Haraldsson, Ordförande	Kirurg	Skaraborgs Sjukhus, Skövde	Västra
Gabriel Börner	Kirurg	Helsingborgs Lasarett	Södra
Gunnar Persson	Kirurg	Länssjukhuset Ryhov, Jönköping	Sydöstra
Johanna Österberg	Kirurg	Mora Lasarett	Mellansverige
Gabriel Sandblom	Kirurg	Södersjukhuset, Stockholm	Gallriks
Karolina Härle	Sjuksköterska	Universitetssjukhuset i Linköping	Sydöstra
Lars Enochsson	Kirurg	Sunderby Sjukhus, Luleå	Gallriks
Markku Haapamäki	Kirurg	Norrlands Universitetssjukhus, Umeå	Norra
Maria Dahlström Roos	Processledare	Regionkontoret, Göteborg	Västra
Arnar Thorisson	Radiolog	Västmanlands Sjukhus, Västerås	Mellansverige

Nationellt vårdprogram för gallstenssjukdom

Nationellt programområde för mag-tarmsjukdomar

”Det är viktigt att se rekommendationerna i detta vårdprogram som ett stöd vid kliniskt beslutsfattande och planering av vården, inte som ersättning för omdömesgill, individanpassad klinisk bedömning och rådgivning”

Gallblåsesten och buksmärta

Behandlingsrekommendationer

- **Patienter med asymtomatisk gallblåsesten bör inte erbjudas kolecystektomi**

Rekommendation: Stark. Evidensgrad: Medelhög.

- **För patienter med enstaka smärtanfall eller där det finns tveksamhet om symtomen orsakas av gallsten, bör man avvakta med kolecystektomi och överväga att utreda andra möjliga orsaker till buksmärta**

Rekommendation: Stark. Evidensgrad: Medelhög.

- **Patienter med frekventa gallstensanfall bör erbjudas laparoskopisk kolecystektomi.**

Rekommendation: Stark. Evidensgrad: Medelhög.

Gallblåsesten och buksmärta

Funderingar

- Mycket vanligt med asymtomatisk gallblåsesten
- Svårt avgöra om gallblåsesten orsakar buksmärtorna
- Exakt vad betyder frekventa anfall?
- Upp mot 30% har fortsatt buksmärta efter galloperation
- Upp mot 50% av de som gallopereras på smärtindikation uppfyller även kriterier för funktionell dyspepsi/IBS
- Risken att utveckla komplicerad gallstenssjukdom är ca 2% per år
- Naturalförloppet vid återkommande gallstensanfall är dåligt utrett men en inte obetydlig andel får minskade besvär med tiden

Jong, J. J. de et al. *Functional Dyspepsia and Irritable Bowel Syndrome are Highly Prevalent in Patients With Gallstones and Are Negatively Associated With Outcomes After Cholecystectomy*. *Ann Surg* 275, e766–e772 (2022).

Halldestam, I., et al.. *Defined indications for elective cholecystectomy for gallstone disease*. *Brit J Surg* 95, 620–626 (2008).

Vetthus, M, et.al. *Pain Persists in Many Patients Five Years After Removal of the Gallbladder: Observations From Two Randomized Controlled Trials of Symptomatic, Noncomplicated Gallstone Disease and Acute Cholecystitis*. *J Gastrointest Surg* 9, 826–831 (2005).

Gallblåsesten och buksmärtor

Fler funderingar

- Galloperation botar vanligen gallstensanfallen men oftast inte annan buksmärtor
- Symtom som gasbesvär, ont efter måltid, reflux osv. är mer oklart kopplade till gallblåsesten
- Finns inga tydliga utfallsmått, gör vi något bra? PROM?
- En restriktiv inställning till operation ger troligen inte fler patienter med komplikation eller färre med smärtfrihet utan leder troligen enbart till att färre opereras
- Exspektans som alternativ till operation?

Akut kolecystit

Akut kolecystit bör behandlas med laparoskopisk kolecystektomi

Rekommendation: Stark. Evidensgrad: Medelhög.

- Samtliga moderna guidelines är överens om att rekommendera laparoskopisk kolecystektomi

Laparoskopisk kolecystektomi bör genomföras så snart som möjligt vid första vårdtillfället för akut kolecystit och helst inom tre dygn från sjukhusinläggning

Rekommendation: Stark. Evidensgrad: Medelhög.

- Operation som regel dagtid med kompetent kirurg
- "Alla" ska troligen opereras" tidigt" oavsett symtomduration
 - Kortare sjukhusvistelse
 - Minska återinläggningar
 - Minskat behov av planerad vård
 - Minska kostnader
 - Troligen även färre komplikationer

Akut kolecystit

Vid akut kolecystit med misstanke om sepsis (NEWS2 \geq 7) ges antibiotika enligt lokala riktlinjer.

Rekommendation: Stark. Evidensgrad: Medelhög.

Vid akut kolecystit utan septisk påverkan rekommenderas inte antibiotikabehandling.

Rekommendation: Svag. Evidensgrad: Låg.

- Mild-måttlig akut kolecystit behandlas med skyndsam operation om inte tecken till systemisk eller lokal infektion (perforation, gangrän, abcess, etc.)

Akut kolecystit

Hos hög-risk patienter med akut kolecystit bör laparoskopisk kolecystektomi vara förstahands behandling framför perkutan dränering

Rekommendation: Stark. Evidensgrad: Medelhög.

- Äldre, skörare patienter prioriterade att operera tidigt om möjligt
- ”Klarar” sannolikt icke-operativ behandling sämre än unga friska
- Högre morbiditet efter konservativ behandling än efter operation
- Undvik öppen operation – högre morbiditet, möjligen ökad mortalitet.
- Bör i första hand inte behandlas med gallblåsedrän-ökad morbiditet med drän jmf med laparoskopisk operation
- Drän som ”Bridge to surgery” hos mycket svårt sjuka kan vara en möjlighet

Pisano M, et al. **2017 WSES and SICG guidelines on acute calculous cholecystitis in elderly population.** World J Emerg Surg 2019;14:10.

Loozen CS, et al. **Laparoscopic cholecystectomy versus percutaneous catheter drainage for acute cholecystitis in high risk patients (CHOCOLATE): multicentre randomised clinical trial.** BMJ 2018;363:k3965.

Sanaiha Y, Juo YY, Rudasill SE, Jaman R, Sareh S, Virgilio C de, et al. **Percutaneous cholecystostomy for grade III acute cholecystitis is associated with worse outcomes.** Am J Surg. 2020;220(1):197–202.

Koledokussten

Patienter med koledokussten bör erbjudas stenextraktion oavsett storlek på sten

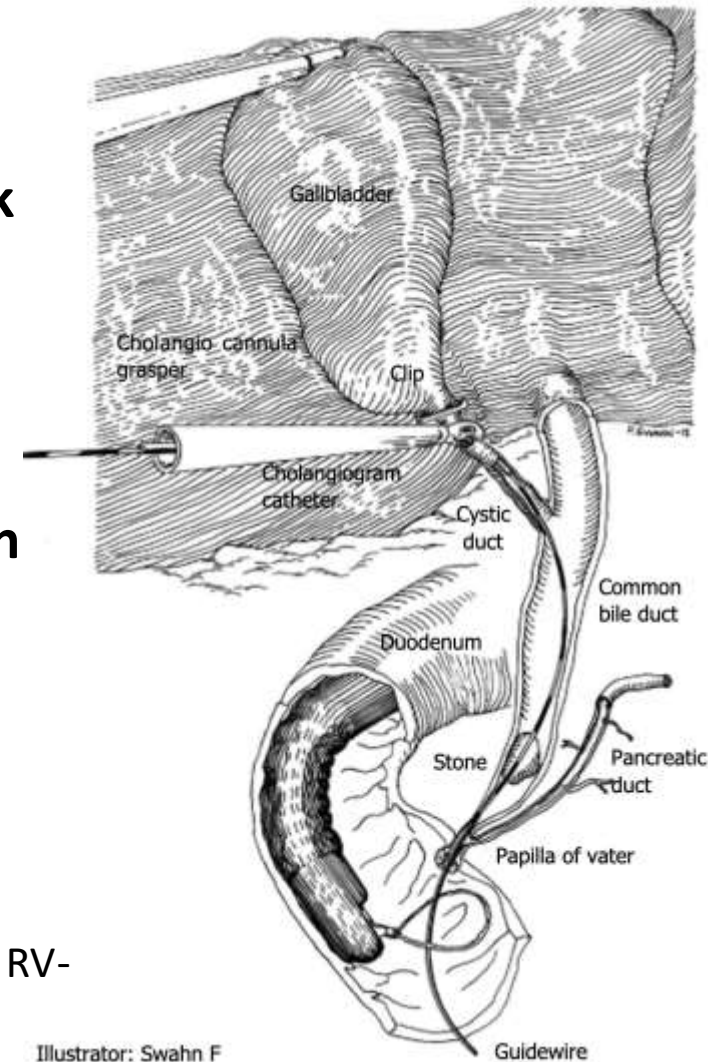
Rekommendation: Stark. Evidensgrad: Medelhög.

- Samtliga guidelines rekommenderar att alla kända koledokusstenar avlägsnas

Patienter med koledokussten och gallblåsan kvar bör erbjudas laparoskopisk kolecystektomi med samtidig rendezvous-ERCP eller annan minimalinvasiv stenextraktionsmetod

Rekommendation: Stark. Evidensgrad: Medelhög.

- Alla guidelines rekommenderar kolecystektomi
- Fördelaktigt att åtgärda koledokussten samtidigt som galloperation
- Intraoperativ RV-ERCP vanligaste metoden i Sverige
- Flera internationella guidelines har under sista åren svängt och rekommenderar intraoperativ RV-ERCP eller annan minimalinvasiv stenextraktion under pågående galloperation



Ricci, C. *et al.* Comparison of Efficacy and Safety of 4 Combinations of Laparoscopic and Intraoperative Techniques for Management of Gallstone Disease With Biliary Duct Calculi: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *Jama Surg* 153, e181167–e181167 (2018).

Boni, L. *et al.* EAES rapid guideline: updated systematic review, network meta-analysis, CINeMA and GRADE assessment, and evidence-informed European recommendations on the management of common bile duct stones. *Surg Endosc* 36, 7863–7876 (2022).

SBU. Åtgärder vid sten i de djupa gallgångarna. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, ekonomiska, sociala och etiska aspekter. (Stockholm: 2019).

Akut biliär pankreatit

Har i vårdprogrammet använt rekommendationerna från ”Nationell Riktlinje – Akut pankreatit” som kom ut 2020 gemensamt från SGF, SFÖAK och SFAT.

- **För patienter med mild gallstensutlöst akut pankreatit rekommenderas kolecystektomi så tidigt som möjligt för att förebygga recidiv samt att ingreppet bör utföras innan patienten skrivs ut efter det primära insjuknandet**
Rekommendation: Stark. Evidensgrad: Hög
- **För patienter med svår eller medelsvår gallstensutlöst akut pankreatit rekommenderas kolecystektomi när det akuta förloppet klingat av.**
Rekommendation: Svag. Evidensgrad: Låg
- **ERCP kan övervägas vid akut pankreatit och kvarstående gallvägsobstruktion**
Rekommendation: Stark. Evidensgrad: Medelhög
- **Patienter som genomgått ERCP med sfinkterotomi och bedöms vara operabla rekommenderas kolecystektomi**
Rekommendation: Svag. Evidensgrad: Medelhög

Dagkirurgi

Vid planerad laparoskopisk kolecystektomi bör patienten som regel erbjudas dagkirurgisk operation.

Rekommendation: Stark. Evidensgrad: Medelhög.

- Framförallt ekonomiska fördelarna med dagkirurgi vid planerad laparoskopisk kolecystektomi
- Inte ökade risker jämfört med inneliggande operation på rätt utvalda patienter
- Riskfaktorer för att operationen inte går att genomföra i dagkirurgi:
 - hög ålder
 - manligt kön
 - ASA \geq 3
 - tidigare komplicerad gallstenssjukdom
 - tidigare endoskopisk stenextraktion
 - tidigare akut slutenvård
- Vid en hög andel akuta operationer samt användning av intraoperativ stenextraktion bör flera av riskfaktorerna minska i förekomst vid elektiva operation

Vaughan, J., et al. *Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy*. *Cochrane Db Syst Rev* CD006798 (2013) doi:10.1002/14651858.cd006798.pub4.

EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. *J Hepatol* **65**, 146–181 (2016).

El-Sharkawy, A. M. et al. *The Cholecystectomy As A Day Case (CAAD) Score: A Validated Score of Preoperative Predictors of Successful Day-Case Cholecystectomy Using the CholeS Data Set*. *World J Surg* **43**, 1928–1934 (2019).

Dagkirurgi

Vid planerad laparoskopisk kolecystektomi bör patienten som regel erbjudas dagkirurgisk operation.

Rekommendation: Stark. Evidensgrad: Medelhög.

- Framförallt ekonomiska fördelarna med dagkirurgi vid planerad laparoskopisk kolecystektomi
- Inte ökade risker jämfört med inneliggande operation på rätt utvalda patienter
- Riskfaktorer för att operationen inte går att genomföra i dagkirurgi:
 - hög ålder
 - manligt kön
 - ASA \geq 3
 - ~~• tidigare komplicerad gallstenssjukdom~~
 - ~~• tidigare endoskopisk stenextraktion~~
 - ~~• tidigare akut slutenvård~~
- Vid en hög andel akuta operationer samt användning av intraoperativ stenextraktion bör flera av riskfaktorerna minska i förekomst vid elektiva operation

Vaughan, J., et al. *Day-surgery versus overnight stay surgery for laparoscopic cholecystectomy*. *Cochrane Db Syst Rev* CD006798 (2013) doi:10.1002/14651858.cd006798.pub4.

EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. *J Hepatol* **65**, 146–181 (2016).

El-Sharkawy, A. M. et al. *The Cholecystectomy As A Day Case (CAAD) Score: A Validated Score of Preoperative Predictors of Successful Day-Case Cholecystectomy Using the CholeS Data Set*. *World J Surg* **43**, 1928–1934 (2019).

Intraoperativ kolangiografi

Intraoperativ kolangiografi bör genomföras rutinmässigt

Rekommendation: Stark. Evidensgrad: Medelhög.

- Minskar sannolikt allvarliga gallgångsskador
- Hittar gallgångsskador intraoperativt
- En förutsättning för att kunna göra RV-ERCP
- Bra metod att hitta koledokussten
- Minskar risken för postoperativ ERCP på grund av kvarsten

SBU. Intraoperativ kolangiografi vid kolecystektomi. En systematisk översikt och utvärdering av medicinska, hälsoekonomiska och sociala aspekter. 2018

Törnqvist, B., et al. **Effect of intended intraoperative cholangiography and early detection of bile duct injury on survival after cholecystectomy: population based cohort study.** *Bmj* **345**, e6457–e6457 (2012).

Filiberto, A. C. et al. **Resource use for cholecystectomy with versus without cholangiography: A multicenter, propensity-matched analysis.** *Surgery* (2023)
doi:10.1016/j.surg.2023.04.027.

Georgiou, K., Sandblom, G., Alexakis, N. & Enochsson, L. **Intraoperative cholangiography 2020: Quo vadis? A systematic review of the literature.** *Hepatob Pancreat Dis* **21**, 145–153 (2022).

Föreslagna krav på Akutoperande enhet

- Ha en logistik som tillåter att patienter med akut kolecystit opereras inom 72 timmar från ankomst till sjukhuset
- Vid behov kunna behandla samtliga aspekter av akut komplicerad gallstenssjukdom dygnet runt, även om det stora flertalet patienter bör behandlas på dagtid.
- Kunna åtgärda koledokussten under samtidig galloperation
- Kunna hantera komplikationer till galloperation dygnet runt
- Ha tillgång till ERCP och interventionell radiologi
- Ha en hög andel laparoskopiskt opererade patienter

Föreslagna krav på elektivt opererande enhet

- Ha en mycket hög andel laparoskopisk kolecystektomi.
- Kunna hantera fynd av koledokussten under pågående operation.
- Dagkirurgi bör eftersträvas för flertalet patienter.

Konsekvensbeskrivning för Nationellt vårdprogram för gallstenssjukdom

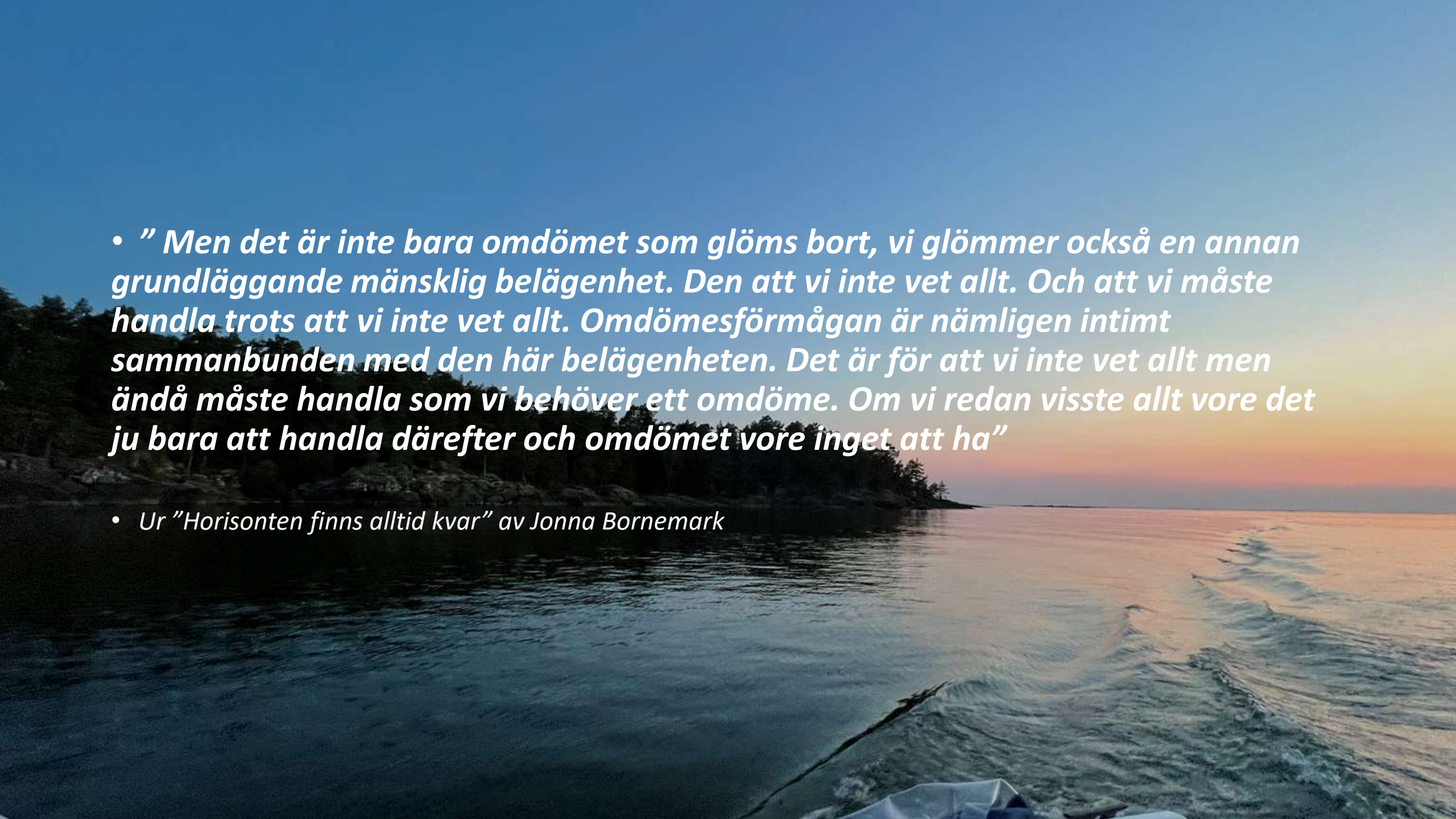
- Fokus på att hantera komplicerad gallstenssjukdom inom det akutkirurgiska flödet
- Överföra resurser från elektiva operationer till akuta
- Möjligen ökad restriktivitet till elektiv operation vid indikation buksmärta
- Opererande enheter kan behöva funderar igenom sin logistik kring hanteringen av koledokussten.
- För att värdera hur gallstenssjukdomen i sin helhet hanteras behöver regionerna sammanställa information över hur många som behandlas utan operation eller ERCP. Det vill säga inte registreras i GallRiks

Föreslagna kvalitetsindikatorer

Kvalitetsvariabel	Målnivå	Går att extrahera från GallRiks
<p>Andel patienter med akut kolecystit som opereras under det akuta slutenvårdstillfället</p> <p><i>Täljare: samtliga akut inlagda inom slutenvård med huvuddiagnos K80.0, K80.1, K80.4 eller K81.0 med åtgärd JKA20 eller JKA21.</i></p> <p><i>Nämnare: samtliga akut inlagda inom slutenvård med huvuddiagnos K80.0, K80.1, K80.4 eller K81.0.</i></p>	70–90 %	Nej
<p>Andel oplanerade återinläggningar inom slutenvård inom 30 dagar efter kolecystektomi.</p>	< 5 %	Ja
<p>Andel planerade operationer som genomförs som dagkirurgi hos patienter med ASA ≤2 och okomplicerad gallstenssjukdom</p> <p><i>Samma utskrivningsdatum och behandlingsdatum i GallRiks.</i></p>	80–90 %	Ja
<p>Andel patienter där intraoperativ kolangiografi visar koledokussten som genomgår intraoperativ åtgärd mot dessa (stenfri eller avlastad).</p> <p><i>Antingen intraoperativ ERCP eller laparoskopisk stenextraktion på samma datum som galloperationen</i></p>	> 95 %	Ja
<p>Andel gallopererade med genomförd intraoperativ kolangiografi</p>	> 95 %	Ja

Vad händer nu?

- Uppdraget som NAG fick från NPO är avslutat
- Upp till varje region att värdera hur de vill hantera innehållet i vårdprogrammet
- GallRiks är i nuläget den enda möjligheten till sammanhållen utvärdering av vårdprogrammet för opererade patienter
- GallRiks planerar införandet av ett PROM under nästa år
- GallRiks kan redovisa resultat på sjukhusnivå men kräver att registreringen är noggrann för att ge en rättvisande bild



- *” Men det är inte bara omdömet som glöms bort, vi glömmer också en annan grundläggande mänsklig belägenhet. Den att vi inte vet allt. Och att vi måste handla trots att vi inte vet allt. Omdömesförmågan är nämligen intimt sammanbunden med den här belägenheten. Det är för att vi inte vet allt men ändå måste handla som vi behöver ett omdöme. Om vi redan visste allt vore det ju bara att handla därefter och omdömet vore inget att ha”*

- *Ur ”Horisonten finns alltid kvar” av Jonna Bornemark*