

GASTROKURIREN



GASTROKURIREN

TIDSKRIFT FÖR SVENSK GASTROENTEROLOGISK FÖRENING

NUMMER 1 • ÅR 2005 • VOLYM 10

Tidskrift för
Svensk Gastroenterologisk Förening.
Utkommer med 4 nummer per år.

ANSVARIG UTGIVARE:

Stefan Lindgren
Sektionen f. gastroenterologi och hepatologi
Invärtesmedicinska kliniken
Universitetssjukhuset MAS, 205 02 Malmö
Fax: 040-92 32 72
E-post: Stefan.Lindgren@medforsk.mas.lu.se

REDAKTÖR:

Anders Sylvan
Kirurgiska kliniken
Norrlands Universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel 090-785 00 00
E-post: anders.sylvan@vll.se

PRODUKTION:

Mediahuset i Göteborg AB

LAYOUT:

Gunnar Brink

TRYCK:

Åkessons Tryckeriaktiebolag

Distribueras som posttidning

ISSN 1651-0453

UTGIVNINGSPLAN 2005:

	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr 2:	17 maj	16 juni
Nr 3:	13 sep	12 okt
Nr 4:	10 nov	9 dec

INNEHÅLL:

Ordföranden har ordet	3
Från sekreterarens bord.....	4
Endoskopiatlas på nätet.....	7
SGF på Läkarstämman.....	10
Självtest för blod i avföringen	13
Inbjudan till Örebrokursen.....	17
SEGPs sida	19
IT-tipset.....	21
SYGs sidor	27

NR 1 · 2005 · VOLYM 10

Bästa SGF-vänner!

Två år går fort. Det är således redan dags för mig att lämna ordförandeklubbans vidare. Det har varit glädjande att återkommande kunna notera så många uttryck för att gastroenterologin seglar i medvind och att aktiviteten på olika håll är hög. Kontakten med kollegor över hela landet, men även i Norden och internationellt, utgör för mig den största stimulansen i uppdraget som ordförande. Det absolut ljusaste minnet jag tar med mig är emellertid arbetsglädjen och kamrarskapet i styrelsen. Det har varit lätt att sitta som ordförande i en grupp som beredvilligt tagit på sig arbetsuppgifter och med personligt ansvar sett till att de blivit utförda.

Jag önskar Christer och den nya styrelsen all framgång i sitt kommande arbete och vet att riktlinjerna redan är uppdragna. Jag vill passa på att



Stefan Lindgren, ordförande i SGF

än en gång påminna om betydelsen av att svensk gastroenterologi manifesteras under UEGW i oktober samt vid Det Nordiska Mötet i maj 2006. Dead-line för abstract till UEGW är 15 maj.

Tack för allt stöd jag fått under min period som ordförande.

Stefan Lindgren
Ordförande

Kallelse till Årsmöte

Årsmöte för Svensk Gastroenterologisk Förening kl. 16.00 onsdag 13 april 2005 i Örebro i samband med 4th Scandinavian Course on Inflammatory Bowel Disease.

Platsen är Conventum, Örebro. Ingen separat föranmälan krävs för årsmötet. För eventuell kursanmälan hänvisas till kursprogram i detta nummer av Gastrokuriren.

Anders Sylvan, vet.sekreterare

Olympusstipendium

Olympus Sverige AB utannonserar årets
Olympusstipendium.

Olympusstipendiet, som är på 25 000 kronor, är avsett för läkare som ämnar utbilda sig vid endoskopiska centrum eller forskare inom gastrointestinal endoskopi. Sökande ska vara medlem i Svensk Gastroenterologisk Förening.

Ansökan, som bör innehålla en meritförteckning och en presentation av det aktuella forskningsprojektet eller bakgrunden till besök vid endoskopiskt centrum, skall vara SGF tillhanda senast den **29 mars 2005**. Ansökan skickas till SGF, c/o Doktor Anders Sylvan, Kirurgiska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, 901 85 Umeå.

En jury bestående av medlemmar ur styrelsen för SGF utser stipendiaten. Stipendiet kommer att delas ut i samband med SGF:s årsmöte på IBD-kurs i Örebro 13 april 2005.

Välkommen med Din ansökan!

Olympus Sverige AB
Svensk Gastroenterologisk Förening

Kära Gastrovänner!

Gastrodagarna 2005, vart tog de vägen? Varför hittar man ingen påannonsering på tidningens omslag? Väl-informerade medlemmar vet redan att årets traditionella Gastrodag utgått till förmån för UEGW senare i år. Detta är ett samarrangemang mellan danska och svenska kollegor i Köpenhamn och Malmö. Därmed har Gastroföreningens årsmöte temporärt förlorat sin naturliga hemvist. Detta löser vi i år med att utlysa årsmötet till den 13 april i samband med IBD-kurs i Örebro. I samband med årsmötet kommer även några av föreningens stipendier att utdelas. Denna kurs guldkantas dessutom av en gästföreläsning av Jonathan Rhodes till Bengt Ihres minne. I detta nummer av *Gastrokuriren* finns både kallelse till årsmötet och en inbjudan till kursen. Det är dock självklart att SGFs medlemmar kan bevista årsmötet utan att anmäla sig till kursen.



Anders Sylvan

Självtester på Apoteket – kommer det att påverka våra mottagningar? En ny Europagemensam lagstiftning på detta område har nu öppnat dörren för ett stort antal diagnostiska självtester att fritt försäljas till allmänheten. Det är inte bara glada nyheter som graviditet som vi skall diagnostisera i vårt privata badrum, utan nu finns också möjligheten att själv hitta riskmarkörer för allvarliga sjukdomar. Apoteket är ett naturligt försäljningsställe, men det finns nog inget som hindrar en utveckling där vi hittar dessa tester på ICA eller bensinmacken. Även om läkarprofessionen kan ha sina betänkligheter om värdet av denna service, är det nog en framtid vi får vänta oss. Så frågan är hur man skall förhålla sig? Kommer självtest för blod i avföringen att innebära en stor belastning för våra endoskopimottagningar? Betyder positivt f-Hb hos en symtomlös patient en komplett utredning med gastro- och coloskopi eller räcker screeningprogrammets sigmoideoskopi? Läs artikeln längre fram i tidningen och bilda din egen uppfattning.

Endoskopiker – vad är det? Jo, det är ett nytt begrepp som kollegor på Ersta sjukhus önskar mynta. Det är tänkt att vara ett kortare ord för ”endoskoperande sjuksköterskor”. I ett uppprop längre fram i tidningen kallar man till information och diskussion om en ny svensk högskoleutbildning. Av programmet framgår att såväl den engelska utbildningen vid Hull University som den nyligen startade utbildningen på Ersta sjukhus kommer att presenteras. Programmet vänder sig till beslutsfattare och endoskopi-

ansvariga sjuksköterskor. Ett lovligt initiativ för att främja samsyn runt detta område och ge endoskopiutbildningen för sjuksköterskor en knuff framåt.

Avgiften för medlemskap i Svensk Gastroenterologisk Förening är densamma som tidigare, d.v.s. 300 kronor per år, för pensionär 100 kr och för hedersmedlemmar 0 kr. För medlemmar i läkarförbundet dras medlemsavgiften automatiskt, övriga får inbetalningskort hemskickat.

Anders Sylvan
Vetenskaplig sekreterare

Endoskopiker – endoskoperande sjuksköterskor

Informations- och diskussionsdag om
en ny svensk högskoleutbildning

Datum: 29 april, 2005

Plats: Norrbysalen, Ersta Kurs & Konferens,
Erstagatan 1 K (ingång via valvet)
Södermalm, Stockholm

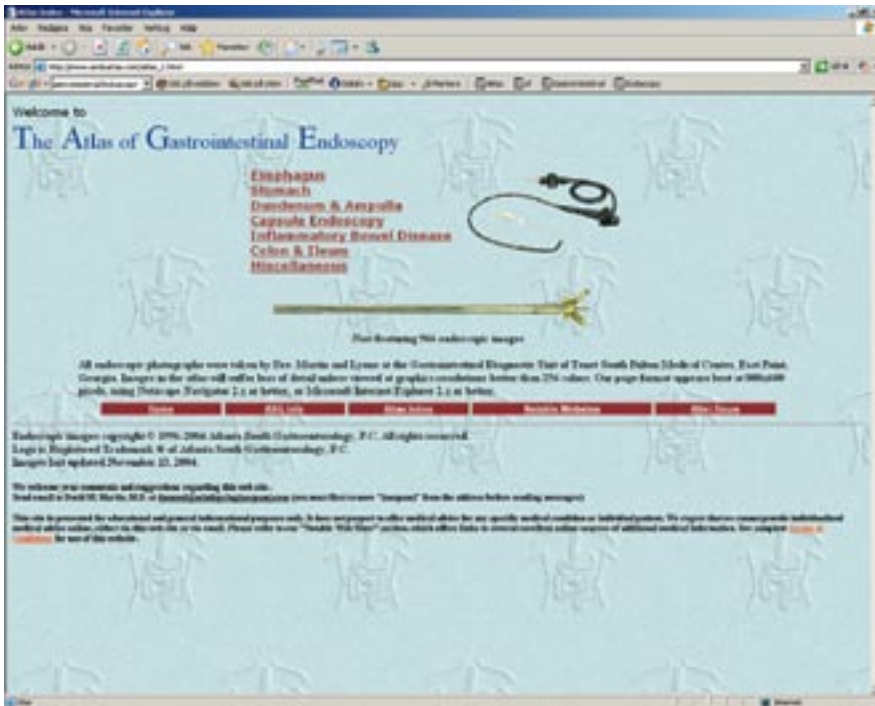
- | | |
|--|--|
| 09:00 Samling. Kaffe och smörgås. | |
| 09:30 Välkomsthälsning och bakgrund. | Henry Nyhlin |
| 09:45 Endoscopy Education in the U.K.
Experiences from EYSE and Hull University | Mark Hughes
Colorectal Nurse
Specialist |
| 10:30 Fruktpaus | |
| 10:45 The Daily Routines of an Endoscopy Nurse
Experiences from Edinburgh. | Rosemary Paterson
Endoscopy Nurse |
| 11:30 Erfarenheter av brittisk-svensk utbildning | Gunilla Strand
Lars Ahlgren |
| 12:00 Lunch | |
| 13:00 Hur skall den svenska utbildningen se ut?
(innehåll, längd, behörighetskrav etc.) | Ersta Sköndal
Högskola |
| 14:00 Praktisk skopiutbildning för sjuksköterskor
– erfarenheter av det första året och
synpunkter på framtiden. | Björn Blomberg
Lars Backman
Marie Sandberg |
| 14:30 Kaffe | |
| 15:00 Diskussion
– moderatorer Henry Nyhlin och Mark Hughes | |
| 16:30 Sammanfattning av dagen och avslutning | Henry Nyhlin |

OBS! Denna dag vänder sig i första hand till sjukhuschefer, verksamhetschefer, endoskopiansvariga sjuksköterskor och läkare.

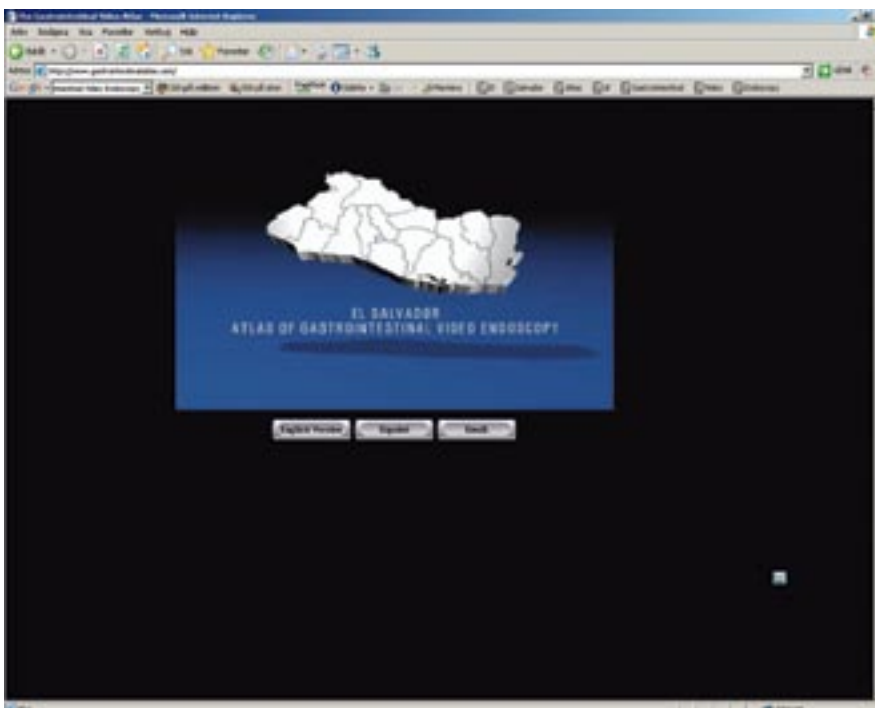
Anmälan skickas via mail till läkarsekreterare Johanna Pehrsson,
johanna.pehrsson@ersta.se, 08-714 61 93.
Anmälan är bindande.

Anmälningsavgiften på 500 kronor skall betalas senast
den 1 april 2005 till postgiro nr: 5 11 92-3, Ersta Diakoniskällskap,
ange kst 2420/24201.

Eventuella frågor: Chefssjuksköterska, Endoskopiavdelningen,
Marie Sandberg, marie.sandberg@ersta.se, 08-714 65 18.



Atlas of Gastrointestinal Endoscopy med ett tusental bilder av mycket god kvalitet.



El Salvador Atlas of Gastrointestinal Video Endoscopy innehåller nu nära 1500 videoklipp.

Från ett litet sjukhus söder om Berlin kommer den relativt nyskapade "Atlas of Gastroenterological Endoscopy". Atlasen har en tydlig träduppbyggnad med rullistor och är snabb att leta runt i. Urvalet är stort och bilderna har hygglig kvalitet, men kan säkert bli bättre med tiden.

En annan "Atlas of Gastrointestinal Endoscopy" med ett tusental bilder kommer från en privat gastroenterolog i Georgia, USA. Bilderna täcker hela gastrointestinalkanalen, men här finns också exempel på bilder från kapselendoskopi. Genomgående mycket god kvalitet på bilderna.

Jackson Gastroenterology är en privat gastroenterologmottagning, som på sin hemsida uteslutande riktar sig till patienter. Bildbiblioteket har begränsad storlek och textkommentarerna ger tillrättalagd information om både sjukdomssymtom och behandlingar.

En hemsida i samma anda kommer från Three Rivers Endoscopy Center. Här finns förutom ett relativt stort bildbibliotek även ett antal videosekvenser av god kvalitet. Texten vänder sig till patienter men kan vara ganska informativ för en endoskopist under utbildning.

Feldman's GastroAtlas Online har en klar koppling till AstraZeneca och kräver användarnamn och lösenord för inloggning. Dessa få man dock utan större besvär. Denna atlas stoltserar med mer än 4000 bilder av olika slag. De endoskopibilder som ingår är dock genomgående av undermålig kvalitet och färgskala. Ett positivt inslag är ett bibliotek med "medlemmarnas bilder" där både intressanta och högkvalitativa bilder nu börjar att dyka upp.

Till sist kommer frågan. Är det fritt fram att kopiera dessa bilder från nätet? Gäller inte copyright-skyddet? Svaret är att de flesta hemsidor noga angett att man fritt kan kopiera och nyttja deras bilder i undervisningssyfte men inte för publikationer eller i kommersiella sammanhang. Läs vad som gäller för varje enskild hemsida innan Du kopierar.

Anders Sylvan

Länkar

Gastrolab – Endoscopy Learning Center: www.gastrolab.net
 El Salvador Atlas of Gastrointestinal Video Endoscopy: www.gastrointestinalatlas.com
 Atlas of Gastroenterological Endoscopy: www.endoskopischer-atlas.de
 Atlas of Gastrointestinal Endoscopy: www.endoatlas.com
 Jackson Gastroenterology: www.gicare.com
 Three Rivers Endoscopy Center: www.gihealth.com
 Feldman's GastroAtlas Online: www.gastroatlas.com

SGF på Läkarstämman i Göteborg

Läkarstämman i Göteborg gick av stapeln onsdagen den 24 november.

Det var under denna första dag under stämman som SGF valt att koncentrera sina insatser.

Här är en kort rapport från denna intensiva gastrodag i miniformat.

På morgonen presenterade tolv av posterutställarna sina rön muntligen. Helt traditionsenligt var dessa utvalda av SGF:s styrelse.

Därefter var det dags för Bengt Ihre-föreläsningen. Den hölls av Jan Tack från Leuvens universitet i Belgien och han talade om funktionell dyspepsi.



– Jag har förmånen att besöka Sverige regelbundet, och det är ett nöje att få vara här, ansåg Jan, som innan han började föräras en guldmedalj av SGF:s ordförande Stefan Lindgren.

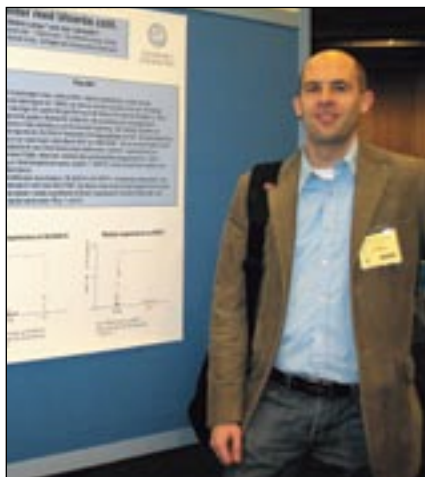
Undersökta gener

Under eftermiddagen fanns samtliga posterutställare på plats i utställningen och det var då stundtals trångt mellan skärmarna.

Ett av de arbeten som redan presenterats under morgonen hade rubriken *Mikroarraystudier på patienter med ulcerös colit*. Carl-Fredrik Flach, Anders Eriksson, Stefan Lange och Ivar Lönnroth låg bakom studien. Deras mål var att studera det totala gen-uttrycket hos UC-patienter genom att använda mikroarray-teknik.

De visade att en jämförelse mellan patienter med UC och kontroller resulterade i fem gener med ändrat uttryck i samtliga patienter.

– Jag är jättefascinerad av tekniken, berättade Carl-Fredrik Flach.



– Det är ju så att många stora upptäckter har skett av en slump – och det är möjligheten att ”hjälpa slumpen på traven” som är så spännande.

Studenter intresserade av IBS

Alma Syrous och Lina Lundström är två medicine studerande. De går i termin åtta respektive tio.

Tillsammans med Anette Lindh, Einar S Björnsson, Hasse Abrahamsson och Magnus Simrén har de undersökt *Koppling mellan mag- tarmsymptom och rektal känslighet vid IBS*. De kom fram till att den upplevda svårighetsgraden av mag-tarmsymptom samvarierar med rektal känslighet hos IBS-patienter, vilket stär-

ker betydelsen av visceral hypersensivitet som en viktig faktor bakom symptombilden vid IBS.

Vi frågade vad det var som gjorde att de redan som studenter hade intresserat sig för just IBS.

– Det är många som har den sjukdomen. Jag fick höra talas om den på medicinkursen, men det stod inte så mycket om den i boken, svarar Alma.

– Jag vickade på gastromottagningen i Göteborg, och där träffade jag Magnus Simrén. Han är en mycket bra handledare, fortsätter Lina och tillägger:

– IBS är en så gåtfull sjukdom, därför är den så spännande.

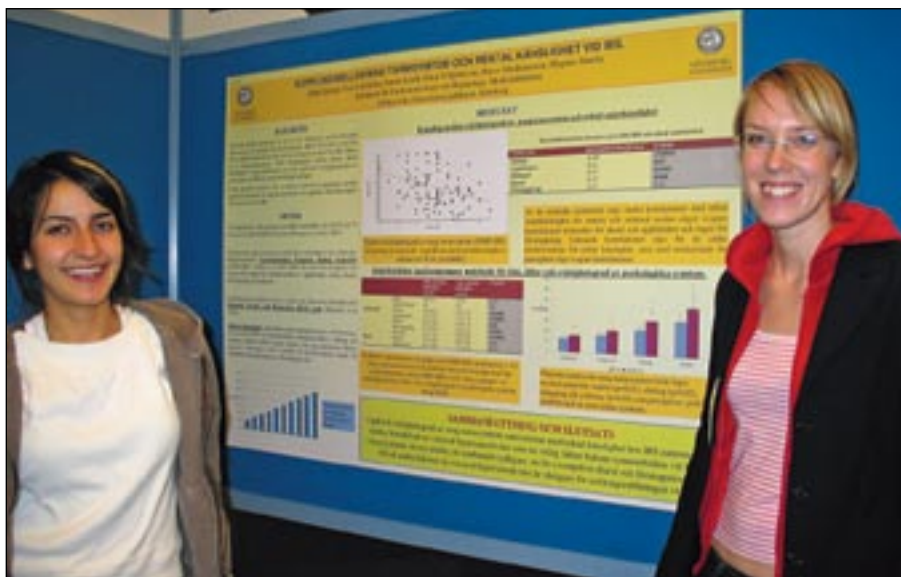
Nestor på stämman

En som däremot har varit med ganska länge i sådana här sammanhang är Gunnar Järnerot.

– Första gången jag var med på riksstämman var på mitten av 60-talet. Då hölls den på Folkets Hus i Stockholm, minns Gunnar.

Han tillägger att han tycker att den är på nedgång nu.

– Framtiden för riksstämman är nog de stora övergripande frågorna som folkhälsoarbetet m.m. Specialisterna har numera sina egna dagar – som Gastrodagarna och Kirurgdagarna. ☺



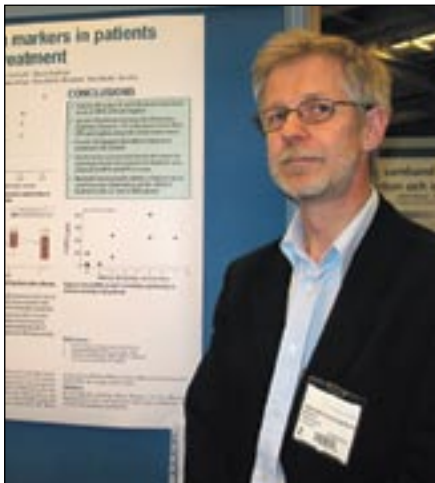


Den studie som Gunnar presenterade har titeln *Infliximab as rescue therapy in severe to moderately severe ulcerative colitis* och det är en randomiserad, placebokontrollerad studie.

– Den visar att för dem som inte svarar på cortison, halverar Infliximab risken för operation utan att ändra på dödligheten, förklarar han.

Test och IBS-skola

Christer Peterson från Pharmacia Diagnostics presenterade ett enkelt test där man kan följa patienter med inflammatorisk tarmsjukdom.: *Reduced fecal levels of inflammation markers in patients with IBD in response to treatment.*



– Det roliga var att det var så tydliga resultat, tycker Christer.

Gisela Ringström arbetar som sjuksköterska vid mag/tarmlab på Sahlgrenska. Hon presenterade en studie med titeln *Inte bara tarmsymptom är av betydelse för sjukvårdskonsumtion vid Irritable Bowel Syndrom.*

Förutom Gisela har även Pia Agerfors, Anette Lindh, Einar Björnsson, Hasse



Abrahamsson och Magnus Simrén medverkat i studien.

– Det är viktigt att identifiera patientens oförmåga att tackla symptom vid IBS, förklarar Gisela.

– Patienterna jag möter uttrycker ett informationsbehov – de uttrycker oro som grundar sig i att de har för lite kunskap, fortsätter hon och anser att det allra bästa som kommit ut av arbetet är att de nu har startat en IBS-skola.

Tumörer i tunntarmen upptäckta

Ervin Toth presenterade *Diagnosis of small bowel tumours by capsule endoscopy in patients with obscure gastrointestinal bleeding.*

– Det är den tredje största kapselendoskopiska undersökning som gjorts i världen på patienter med oklar gastrointestinal blödning, där både gastroskopi och koloskopi varit normal, säger Ervin.

– Vi gjorde en kapselendoskopi på vanligt sätt. Resultatet blev att vi hittade små och större tumörer i tunntarmen på 7,8% av dessa patienter. I genomsnitt hade dessa patienter gått i 2,8 år utan att få någon diagnos.

Ervin är mycket entusiastisk inför den nya tekniken med kapselendoskopi.



– Nästan 10% av fallen med oklar blödning har tumörer. De här patienterna har dessutom i genomsnitt genomgått åtta undersökningar.

Nationell kapselendoskopigrupp

På eftermiddagen denna dag bildades därför på Ervins initiativ Svenska Kapselendoskopigruppen.

– Internationellt bildades European Capsule Endoscopy Group (ECEG) vid United European Gastroenterology Week i Prag september 2004. Tyskland, Frankrike, Nederländerna, Storbritannien, Österrike och Italien – där de är mycket aktiva – har redan bildat nationella grupper, berättade Ervin på gruppens första möte senare under onsdagen.

Syftet med dessa grupper är bl.a. att lära sig använda kapseln rätt, stödja teknisk utveckling, samarbete och forskning samt att ordna medel för forskning på lång sikt. Det handlar om att dra nytta av andras erfarenheter.

Lära av varandra

Kapselendoskopin finns idag på nio platser i Sverige. En av deltagarna ställde frågan om hur många platser Ervin anser att det borde vara.

– På alla de platser som har tunntarmsröntgen idag, svarade Ervin.

Han berättade vidare att det idag finns två olika kapslar – det har tillkommit en som tar bilder åt två håll, både framåt och bakåt. Den är främst tänkt för esofagusbruk, eftersom passagen där är så pass snabb.

Dessutom har det kommit ny software som medger att man kan titta på fyra bilder i taget. Det har krympt tiden för själva granskningen av bilderna till mellan 30 och 40 minuter, enligt Ervin. Han medger dock att det tar tid att lära sig att hantera tekniken, och menade att det var en viktig uppgift för föreningen.

– Vi måste lära oss av varandra, hitta rutiner m.m.

Kapselendoskopin kan komma att bli endoskopiassistentens inkörsport till den framtida endoskopi.

– Dessutom låter vi sköterskorna och läkarstudenterna i Malmö intresserat titta på, avslöjade Ervin.

– Inofficiellt är det ett första steg mot att inkludera andra personalgrupper i granskningen.

Per Lundblad

Självtest för blod i avföringen

Under november 2004 började Apoteket sälja ett självtest från Gamp Medical för blod i avföringen.

I sin pressinformation inleder Gamp med att påpeka att ca 5 000 personer varje år insjuknar i tjock- och ändtarmscancer.

Marknaden för självtester växer. Omsättningen uppskattas till 40 miljarder kronor globalt.

Den nordiska marknaden uppskattas till en halv miljard kr och, enligt Gamp, är det en marknad där man räknar med en stark tillväxt.



I samma pressinformation citerar vi följande: "Genom regelbunden användning av självtester kan individen i preventivt syfte ha bättre kontroll över sin hälsa och därmed undvika obehagliga överraskningar."

– Jag är kluven inför det här, säger Per-Ove Stotzer, endoskopiansvarig på Gastrosektionen, Medicinkliniken Sahlgrenska sjukhuset i Göteborg och styrelsemedlem i SGF.

– Blod i avföringen är en viktig markör för cancer. Vi räknar med att två korrekt utförda prover i rad som visar på blod i avföringen är cancer i 20–25% av fallen om testet utförs på rätt patientgrupper. Får vi en remiss, utreder vi med dubbel förtur.

Prioriteringar

Risken med dessa tester är, som Per-Ove ser det, att en ny stor grupp människor söker sig till sjukvården efter att själva ha utfört tester i hemmet.

– Därför är det viktigt att de genomförs rätt. Våra resurser räcker inte för att utreda en mängd positiva svar som sedan visar sig vara falsklarm.

Det är här som kluvenheten kommer in.

– Vi hinner med dem vi prioriterar – det innebär samtidigt att andra får stå tillbaka. Ökar mängden vi ska utreda, så får fler stå tillbaka. Det är därför jag är kluven – det kanske är så att testet leder till att vi hittar fler av de patienter vi ska utreda, förklarar Per-Ove.

– Samtidigt som blod i avföringen är ett viktigt symptom som kan leda till att

vi hittar cancer i magtarmkanalen så kan testet om det utförs på fel sätt och på fel patientgrupper leda till att stora resurser satsas på utredning av människor som inte behöver utredas.

Nu i Apotekets sortiment

Därför är det alltså viktigt att ta reda på mer om dessa tester. Gamp Medical har sålt testet direkt till konsument via sin hemsida i ungefär ett års tid. De har även sålt dem direkt till företag.

Testet är CE-märkt. Det innebär att produkten uppfyller vissa lagkrav inom EU och EES. Alla CE-märkta produkter får säljas på den svenska marknaden,

Men fr.o.m. november förra året finns det alltså även att köpa på Apoteket.

Gastrokuriren har träffat Lars Rönnbäck, tf. chef på Läkemedelsenheten inom Apoteket AB i Stockholm.

– När Apoteket tar in självtester i sitt sortiment, innebär det att Apoteket "legitimerar" användningen av sådan produkter, säger Lars.

Inte på plockhyllan

Vår första fråga till Lars är vilken metod testet använder för att konstatera blod i avföringen.

– Det sker med hjälp av ett indikatorpapper som man placerar i toalettstolen. Papperets färg indikerar faeces-Hb, dvs. blod i avföring, svarar Lars.

– Enligt tillverkaren behövs inga dietföreskrifter. Vi förlitar oss på dessa uppgifter. Apoteket gör en viss kvalitetssäkring – vårt labb tittar på produkten, men undersöker den inte detaljerat. Leveran-

tören ansvarar själv för CE-märkningen och därmed produktens kvalitet.

– Att produkten är enkel att hantera för konsumenten är ett av de krav vi har för att den ska få ingå i vårt sortiment.

Vad ska man då göra om får ett positivt besked av testet?

– Den informationen finns i bipacksedeln i förpackningen, svarar Lars och fortsätter:

– Vi har valt att lägga den här produkten inom vad vi kan kalla för "rådgivnings Sortimentet". Med det menar vi att det inte finns på hyllan för självplock. Kunden måste fråga efter det – och i samband med det kan man även passa på att ge råd och anvisningar. Vi har tagit fram ett utbildningsmaterial till personalen. Ett positivt testresultat ska vidare till sjukvården!

– Apoteket ställer inte en diagnos – det är viktigt att påpeka. Självtestprodukter skall endast ses som en indikation på ett testvärde, som sedan behöver utredas närmare.

Ålder på den som testar sig

Alla fall av kolorektal cancer blöder inte – hur ser informationen ut om hur man ska tolka ett negativt provsvar?

– Ett generellt svar på den frågan är att man aldrig till 100% kan lita på tester. Jag vill åter trycka på att det är ett test och inte en diagnos. Man kan jämföra med ett kolesteroltest – man kan ha ett högt värde utan att man är sjuk, säger Lars.

Tar man hänsyn till åldern på den person som utför testet när svaret skall tolkas? ☺



”Den här typen av produkter/tjänster kommer att flytta ut från vården och efterfrågas allt mer framöver. Apotekets ambition är att i framtiden vara den första länken i vårdkedjan.”

Lars Rönnbäck

– Testet har inga ålderskategorier. Det är för detaljerad information för att vi ska kunna gå ut med det. Men i samverkan med vården kanske sådana rekommendationer kunde utarbetas.

Det här är svar som Per-Ove har funderingar kring.

– Jag tycker inte det är för detaljerad information. Blod i avföringen är ganska vanligt även hos unga människor. Oftast är det då fråga om ofarliga orsaker som att man blöder från ett litet sår i ändtarmsöppningen eller en hemorrhoid.

– Om man är under 40 år, är det däremot mycket sällsynt med cancer i tarmen. Undantaget är i enstaka familjer är det finns ärftliga typer av cancer. Så ålder är en mycket viktig faktor när det gäller hur man ska förhålla sig till förekomst av blod i avföringen.

Farliga fel

Här finns ett generellt problem när tester blir allmänt förekommande på den öppna marknaden, enligt Per-Ove. Han pekar på att sjukvården testar för att hitta sjukdom – när de har misstanke om en sådan.

– Man kan jämföra med ett glutenintoleranstest, förklarar han.

– Ett sådant test visar rätt resultat till 98%. Det är en mycket bra siffra. Men det innebär också att det är 2% som får fel besked. Men glutenintolerans drabbar endast en liten del av befolkningen. Det i sin tur innebär att om man skulle testa en mycket stor grupp – säg 1 000 personer eller en hel befolkning – så skulle den andel som får felaktigt besked av testet (ett falskt positivt svar) vida överstiga den andel som verkligen är glutenintoleranta. Det är den effekt man får när man testar utan indikation och misstanke om glutenintolerans.

Därför anser Per-Ove att man borde kunna skriva i informationen som lämnas med testet att det är ytterst ovanligt att en person som inte fyllt 40 år drabbas av cancer i tjock- eller ändtarmen.

Dessutom kan ett felaktigt negativt besked – alltså att testet visar att det *inte* finns blod i avföringen – vara farligt.

– Vi botar ungefär 55% av fallen av kolorektal cancer idag. Men det är viktigt att vi upptäcker dem i tid.

På labbet eller hemma?

Åldern på den som testar sig har alltså en avgörande betydelse för hur ett positivt testresultat skall tolkas.

En annan fråga är hur ofta man ska testa sig. Vi ställer den till Lars Rönnbäck.

– Vi kan inte ha någon sådan synpunkt, svarar Lars.

– En testprodukt för blod i avföringen ger möjlighet till två teststillfällen.

– Men man skulle kunna tänka sig att vi i framtiden tillsammans med vården kan ta fram en rekommendation för hur ofta olika grupper bör testa sig. Om SGF tycker det är intressant, ska vi gärna ta

upp det. En tanke vore att patienten har gjort testet inför ett uppföljningsbesök.

Per-Ove tror inte mycket på det förslaget.

– För mig framstår det som helt otänkbart. Det är som om vi skulle be dem kontrollera patientens övriga prover också, säger han.

– Vi har standardiserade tester som utförs på laboratorier som är ackrediterade. Vi måste vara säkra på att svaren vi får är hundra procentigt säkra – det kan vi inte vara om de utförts av patienten själv i hemmet, där det finns en mängd faktorer som kan spela in och som vi inte kan ha kontroll på.

– Det bekymrar mig att Apoteket måste lita till tillverkarens uppgifter om dietföreskrifter. Hur förhåller det sig om man har mycket järn i födan – jag tycker att man borde ha tagit fram ett självständigt svar på det. Vidare anges inte hur tillförlitligt testet är.

Riktlinjer för hantering

Lars Rönnbäck är medveten om att självtester är en omdebatterad företeelse – inte minst inom vården.

– Men en fördel med ökad självtestning är möjligheten att i ett tidigare skede kunna upptäcka sjukdomar. Många människor vill kunna göra detta.

– Därför hade vi kontakt med specialistläkare i de berörda områdena för testerna innan vi valde att distribuera dem. För just det här testet tog vi kontakt med Stefan Lindgren (SGF:s ordförande). Dessutom har vi haft kontakt med Socialstyrelsen, Läkeemedelsverket, Smittskyddsinstitutet, smittskyddsläkare och SFAM.

– Som ett resultat av dessa möten och kontakter tog vi fram interna riktlinjer

”Det skall vara där som man hämtar ett läkemedel som är resultatet av en konsultation. Och med det synsättet är Apoteket snarare den sista länken.”

Per-Ove Stotzer



för hanteringen av testerna. De är sedan beslutade av Apotekets företagsledning och Apotekets styrelse.

Det sistnämnda är ganska ovanligt, påpekar Lars.

– Att styrelsen intresserar sig för en frågeställning som har med vårt sortiment att göra är ovanligt, och visar att vi ser seriöst på frågan.

Flyttar ut från vården

Att utvecklingen går mot fler tester utanför den ordinarie sjukvården, det tror både Lars och Per-Ove.

– Vi går nog mot en utveckling som mer och mer kan liknas vid en screening i hemmen, tror Per-Ove.

– Jag tror det kommer fler och fler tester, och de kommer att bli bättre och bättre, säger Lars.

– Den här typen av produkter/tjänster kommer att flytta ut från vården och efterfrågas allt mer framöver. Apotekets ambition är att i framtiden vara den första länken i vårdkedjan – där är bl.a. den här typen av tester en del. I samarbete med vården är det en spännande utveckling.

– Vi ser en bra möjlighet att kunna få ett sådant samarbete med vården t.ex. på våra Hälsotorg. Vi tittar på möjligheten att utföra patientnära tester i framtiden på Hälsotorgen. Tanken är att patienten ska kunna få vissa tester gjorda på ett apotek eller ett hälsotorg.

Först eller sist?

Per-Ove har däremot svårare att se Apoteket som första länken i vårdkedjan.

– Det skall vara där som man hämtar ett läkemedel som är resultatet av en konsultation. Och med det synsättet är Apoteket snarare den sista länken, anser han.

– Apoteket har en ambition som ligger utanför denna läkemedelsleverans, vi har redan sett det när det gäller interaktion mellan läkemedel.

Per-Ove är angelägen att framhålla att han inte är allmänt negativt inställd till Apoteket, även om det i just dessa frågor kan låta så. Han delar också bedömningen att vi går mot en utveckling med fler tester som utförs utanför sjukvårdens kontroll och insyn.

Reklam och marknadsföring

Än så länge har inte Per-Ove haft någon patient som uppsökt honom som ett resultat av ett positivt besked av ett självtest.

Lars Rönnbäck konstaterar att testet hittills har sålt väldigt lite, och att man i dagsläget endast beslutat sig för att tillhandahålla det under en sexmånaders testperiod.

Men dessa blygsamma försäljningssiffror kan naturligtvis bero på att det är en tämligen ny produkt som inte hittills lyckats generera så mycket uppmärksamhet från konsumenterna.

– Risken är att företagen som säljer dem börjar marknadsföra genom att skrämja befolkningen, tror Per-Ove och fortsätter:

– En sådan utveckling kan vi se i USA. Det är knepigt att veta hur marknadsföringen kan regleras – det är ju inte läkemedel vi talar om, så de omfattas inte av de restriktioner som åvilar reklam för läkemedel.

– Testerna kan leda till att vi får fler patienter i våra väntrum. Men det finns vare sig beredskap eller resurser i sjukvården idag för att handskas med dem!

Per Lundblad

Välkommen till 4th Scandinavian Course on Inflammatory Bowel Disease, Örebro, April 13–15, 2005

PROGRAMME • WEDNESDAY

09.00–10.00 Registration, coffee, visits to the exhibition
10.00–10.05 Welcome

EPIDEMIOLOGY AND PATHOGENESIS OF IBD

Epidemiology

Chair: Jack Satsangi, Anders Ekblom

Crohn's disease and ulcerative colitis
Microscopic colitis
Environmental and life-style factors
General discussion

10.05–11.30

Annika Lapidus
Curt Tysk
Gunnar Järnerot

Genetics of IBD

Chair: Jean-Frédéric Colombel, Hanna Sandberg-Gertzén

Genotypes and phenotypes in clinical practice
Familial and sporadic Crohn's disease
– are twin studies helpful?
General discussion.

11.35–12.35

Jack Satsangi

Jonas Halfvarson

Lunch and visits to the exhibition

12.35–14.00

Bacteria-epithelium-immune system interaction

Chair: Derek Jewell, Bengt Curman

The Bengt Ihre lecture: Interplay of gut flora and intestinal epithelium
Intestinal barrier defect in IBD
The role of the cells in the pathogenesis of intestinal inflammation
General discussion

14.00–15.35

Jonathan Rhodes
Johan Söderholm

Coffee and visits to the exhibitions

15.35–16.00

Swedish Society of Gastroenterology Members Annual Meeting

16.00–17.00

Get Together Party

PROGRAMME • THURSDAY

DIAGNOSIS AND TREATMENT

Diagnosis of IBD

Chair: Jonathan Rhodes, Curt Tysk

Serological markers in IBD; helpful in daily practice or just a research tool?
Endoscopic differential diagnosis in IBD
Imaging in IBD – new diagnostic tools

08.30–09.40

Jean-Frédéric Colombel
Geert D'Haens
Frans-Thomas Fork

Coffee and visits to the exhibition

09.40–10.10

Treatment of IBD

Chair: Christoph Gasche, Gunnar Järnerot

Treatment and pitfalls in microscopic colitis
Severe attack of UC; conventional treatment and rescue therapy
Maintenance treatment of UC.
Chronic steroid-resistant UC.
New and old treatment options
General discussion

10.10–12.15

Johan Bohr

Derek Jewell
Eduard Stange

Robert Löfberg

Lunch and visits to the exhibition

12.20–14.00

Treatment of Crohn's disease

Chair: Geert D'Haens, Robert Löfberg

Conventional therapy (5-ASA, steroids, antibiotics)
Immunomodulators
Anti-TNF and other biological agents

14.00–15.35

Pia Munkholm
Brian Feagan
Eduard Stange

Coffee and visit to the exhibition

15.35–16.00

Too early or too late? When is the perfect time for surgery?

General discussion (Feagan, Stange, Munkholm, Sjö Dahl)

16.00–16.30

Rune Sjö Dahl

Dinner

19.00–

PROGRAMME • FRIDAY

Special problems in the care of the IBD-patient 09.00–10.25

Chair: Tom Öresland, Lars Lööf

The challenge of fistulous disease

- medical therapy
- surgical therapy

Anemia in IBD. An underrecognized problem?

Brian Feagan
Gunnar Olaison
Christoph Gasche

Coffee and visit to the exhibition

10.25–11.05

Chair: Brian Feagan, Gunnar Järnerot

Pelvic pouch and fertility
Colorectal cancer in IBD. To screen or not to screen
IBD and bone

11.05–12.20

Tom Öresland
Anders Ekblom
Lars Lööf

PROGRAM • SEGP • ONSDAG 13 APRIL

Registrering, kaffe och besök på utställningen

09.00-10.00

Välkommen

10.00-10.05

Diagnostik vid GI-sjukdomar

10.05-12.35

Kapselendoskopi vid blödning
Kromoendoskopi
Öppen gastrokopimottagning

Anders Gustavsson
Ervin Toth
Hanna Sandberg-Gertzén,
Inger Olsson
Johan Bohr

Mikroskopisk kolit

Lunch och besök på utställningen

12.35-13.30

SEGP:s årsmöte

13.30-14.30

Kaffe och besök på utställningen

14.30-15.00

Nya behandlingsmöjligheter vid IBD

15.00-16.30

Leukocytaferes
Remicade vid akut kolit
Remicade – praktiska aspekter

Annelie Lindberg
Gunnar Järnerot
Annika Olsson

Get Together Party

Torsdag 14 april

För dem som reser hem är mag-tarm mottagningen och endoskopenheten på USÖ öppen för studiebesök hela förmiddagen. För dem som deltar i IBD-kursen dag 2 och dag 3, se läkarprogram.

Faculty:

Jean-Frédéric Colombel
Jack Satsangi
Jonathan Rhodes
Salvador Peña
Geert D'Haens
Derek Jewell
Eduard Stange
Pia Munkholm
Brian Feagan
Christoph Gasche
Anders Ekblom
Robert Löfberg

Johan Söderholm
Annika Lapidus
Frans-Thomas Fork
Rune Sjö Dahl
Gunnar Olaison
Tom Öresland
Lars Lööf
Jonas Halfvarson
Johan Bohr
Curt Tysk
Gunnar Järnerot

**For registration and further information:
www.orebroll.se/uso/IBD2005**

LAST DAY OF REGISTRATION: MARCH 24, 2005



Bästa medlem!

Utbildning/kurser

25-poängskurs i Gastroenterologi på C och D-nivå, delkurs 1 startar 12/5 2005. Mer info på www.karolinskaeducation.ki.se

Endoskopiinformation

SADE-mötet hölls i Köpenhamn, Danmark 20–21/1 2005 och var mycket lärorikt – Läs gärna Annelie Lindbergs fina reseberättelse.

Stipendier

Följande har erhållit sökta stipendier:

IBD-dagarna i Örebro
Carina Wirlöf, Stockholm
Jill Larsson, Göteborg
Inger Lindell, Lund

Nordiska Gastrodagarna

Miriam Bjurek, Skövde

Umeå-kursen

Kristina Strömberg, Gävle

Kontakta gärna valberedningen med förslag på namn till nya styrelsemedlemmar – www.segp.nu

Styrelsen påminner om medlemsavgiften för 2005!!!

Vi har ändrat från postgiro till bankgiro. Nytt bankgironummer är: 5828-8945



Styrelsen i SEGP genom
Anna Antfolk
 Sekreterare

Kallelse till Årsmöte 2005 gällande

Svensk förening för Endoskopi & Gastroenterologi Personal
 Onsdagen den 13 april klockan 13.30

Plats: Conventum, Örebro
 Lokal meddelas på plats

Rapport från SADE-dagarna

Hej!

Jag vill tacka för stipendiet för SADE-mötet som i år ägde rum i Danmark på Gentofte Amtssygehus.

Det är alltid lika roligt att få ny kunskap och träffa andra som arbetar inom endoskopi och utbyta erfarenheter.

Tyvärr så tycker jag att assistenternas program var väldigt magert, så vi tillbringade mesta delen av tiden på läkarnas föreläsningar.

Programmet handlade mycket om teknikutveckling och om att förbättra möjligheterna att bedöma olika lesioner endoskopiskt och att åtgärda de fynd som hittats.

Jaques Bergman från Amsterdam pratade om olika färgningstekniker, bl.a. om lugollösning som är en 2-procentig jodlösning. Den användes vid färgning av esofagus. Den är billig och enkel att använda, det misstänkta området i slemhinnan färgades. Den friska slemhinnan färgades då brun, och den dysplastiska slemhinnan blev ljusgul. Det var otroligt spännande att se.

I ventrikeln, duodenum och kolon användes indigokarmin, och det ger en förstärkning av slemhinnans utseende.

Han pratade även om ”narrow band imaging” som innebar att man förändrade färgen på ljuset med en processor och på så sätt framträdde förändringar i slemhinnan.

Sören Meisner från Danmark berättade om EMR, Endoskopisk Mukosa Resektion. Han berättade om två olika sätt att utföra EMR på:

1. Höja förändringen med hyaluronsyra blandat med adrenalin och indigocarmin, sedan markera runt förändringen med diatermi och använda vanlig slynga för att ta bort den.
2. En speciell kopp fästes på spetsen av skopet. Efter höjning av förändringen för man ut slyngan i koppen och suger in förändringen i koppen och lägger om slyngan för att ta bort den.

Hironori Yamamoto visade ett tredje alternativ av EMR som han själv utvecklat. Han använde en konformad

kappa på instrumentspetsen. Förändringen höjdes som vanligt och sedan fördes en diatermikniv ut genom kappan och skalade bort förändringen.

Dr Yamamoto visade också dubbelballongenteroskopi. Då vi står i startgroparna för att investera i ett sådant instrument var detta extra roligt att lyssna och se på. Han utförde en skopi uppifrån på dag 1 och en nedifrån på dag 2. För att markera hur långt man kommit tatueringar man med medicinskt kol. På detta sätt kan man titta på hela tarmpaketet.

Edgar Jaramillo från Karolinska sjukhuset pratade om färgning med indigokarmin i colon hos patienter med kolit som ingår i ett cancerövervakningsprogram. Syftet är att kunna rikta biopsierna mot områden i tarmen där man kan ana en förändring. Förändringen framträdde bättre efter färgning och han tog då riktade biopsier mot detta område.

Det var två lärorika dagar och det vi har tagit med oss hem är att färga, färga, färga!

Vi har beställt lugorlösning och har snart dubbelballongskopet på våra skopirum!!

Hälsningar

Annelie Lindberg

Södersjukhuset Medicinmottagningen

SEGP:s delprogram under IBD-kursen i Örebro 13–15 april

Onsdag 13 april

Registrering, kaffe och besök på utställningen	09.00-10.00
Välkommen	10.00-10.05
Diagnostik vid GI-sjukdomar	10.05-12.35
Kapselendoskopi vid blödning	<i>Anders Gustavsson</i>
Kromoendoskopi	<i>Ervin Toth</i>
Öppen gastroskopimottagning	<i>Hanna Sandberg-Gertzén</i> <i>Inger Olsson</i>
Mikroskopisk colit	<i>Johan Bohr</i>
Lunch och besök på utställningen	12.35-13.30
SEGP:s årsmöte	13.30-14.30
Kaffe och besök på utställningen	14.30-15.00
Nya behandlingsmöjligheter vid IBD	15.00-16.30
Leukocytaferes	<i>Annelie Lindberg</i>
Remicade vid akut kolit	<i>Gunnar Järnerot</i>
Remicade – praktiska aspekter	<i>Annika Olsson</i>
Get Together Party	



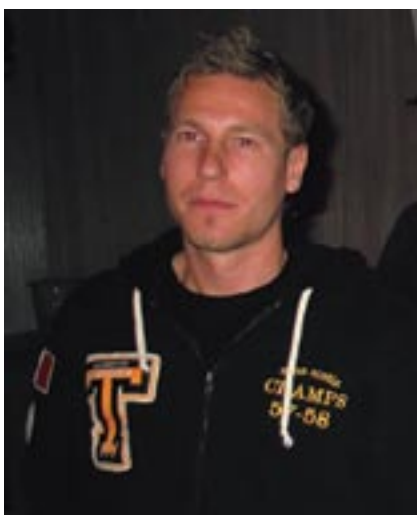
Digital bildbehandling med Paint Shop Pro 9 **Del 3**

Ofta finns det skavanker på de bilder man tagit – som röda ögon eller föremål och skuggor som man i efterhand önskar att man tänkt på innan man tryckte på kamerans avtryckare.

I det här avsnittet tittar vi på några av de möjligheter som står till förfogande i Paint Shop Pro för att retuschera bilderna digitalt.

Med hjälp av ett bra bildbehandlingsprogram kan man korrigera och rätta till misstag som begåtts vid själva fotograferingen.

För att illustrera det har vi valt den här bilden. Det vi ser är alltså bilden helt obehandlad - så som den ser ut när den lämnat kameran.



Eftersom den är tagen med blixtn så ser den ganska mörk ut. Dessutom har blixten lett till att personen har fått den reflekterad i sina ögon, vilket orsakat att dessa blivit röda på bilden. Vi öppnar därför bilden i Paint Shop Pro 8.

Korrigerar automatiskt

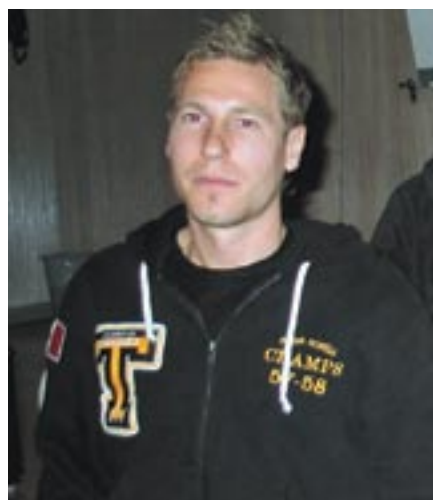
Klicka på *Enhance Photo* i Verktygsfältet ovanför själva bilden. Om det alternativet inte finns där, tar man fram det genom att klicka på *View* i menylisten, sedan välja *Toolbars* och klicka på *Photo*.

Alternativ 2 t.o.m. 6 i den meny som presenteras gäller enskilda korrigeringar av bl.a. färgbalans, kontrast och färgmättnad. Man applicerar dessa korrigeringar genom att klicka på dem.

Det översta alternativet – *One Step Photo Fix* – innebär att Paint Shop Pro automatiskt analyserar bilden och utför samtliga dessa korrigeringar. I detta exempel ska vi använda oss av



det alternativet, och klickar därför på det. Nu kommer datorn att arbeta en stund – hur länge beror på filstorleken på bilden, det kan dröja upp till ett par minuter. När det är klart ser bilden ut så här i stället.



Det som nu återstår är att korrigera de röda ögonen. För att göra det ska vi använda ett särskilt verktyg för detta ändamål. Vi hittar om vi först klickar på *Adjust* i menylisten, sedan på *Photo Fix* och därefter på *Red Eye Removal*. Det finns även en snabbgenväg i verktygsfältet. Den har formen av ett rött öga, och vi hittar den alldeles under *Selections* i menylisten. ➔



Välj ögonfärg

Nu öppnar sig en ny dialogruta med en mängd inställningar vi kan använda för att rätta till dessa röda ögon.

Längst upp finner vi två varianter av den bild vi har aktiv i Paint Shop. Se till att de visar de ögon som ska korrigeras. Det kanske inte är så när rutan öppnas, navigera i så fall runt i bilden genom att klicka på det kors som sitter direkt under, mitt emellan, de två bilderna.



Förstora och förminska bilden i de två rutorna genom att klicka på något av förstöringsglasen under den vänstra bilden. Använd dessa funktioner tills dess att man tydligt ser de ögon som ska korrigeras i de två bildfönstren i dialogrutan.

Se till att *Auto Human Eye* är förvalt i rutan efter *Method* under den vänstra bilden. Nu är det också dags att bestämma vilken färg på ögat som personen skall ha. Först ska vi avgöra grundfärgen, och det gör vi genom att klicka på menyen i rutan efter *Hue* under den högra bilden.

Här kan vi välja mellan sex grundfärger, och vi bestämmer oss för *Blue*.

Alldeles under *Hue* finns ett nytt värde – *Color*.

Klicka på den lilla trekanten så visas ett antal olika nyanser av färgen blå vi just valt. (Blå har 22 olika nyanser). Dessa ser vi i form av en provkarta. Välj ut den nyans som passar bäst, och klicka på den.

Dessa inställningar måste vi alltid göra för att utföra korrigeringen, och de brukar räcka för att få ett bra resultat. Nu skall vi genomföra den, och det går till så här:

För in musmarkören i den vänstra bilden i dialogrutan. Den kommer då att anta formen av ett kors. Klicka i mitten

av ögat. En markering uppstår där då. I den högra bilden kan vi nu se hur korrigeringen kommer att se ut.



Om man vill, kan man nu dra i markeringarna i vänsterbilden för att förändra formen på korrigeringen. Men för det mesta brukar inte det behövas. Hamnar man lite fel och vill man göra om proceduren, klickar man på *Delete Eye* i dialogrutan, och sedan klickar man in sig i ögat på nytt. När man är nöjd med resultatet upprepar man alltihop med nästa öga i vänsterbilden och sedan klickar man på *OK* i dialogrutans nedre del.

Dialogrutan slocknar och de röda ögonen är nu färgkorrigerade på vårt foto.



Feather

Naturligtvis finns det många fler möjligheter att ställa in olika värden när vi utför en sådan här korrigerings. I dialogrutan kan man genom att skriva in olika värden ändra storleken på iris, ljusstyrka i pupillen m.m. Man kan även ställa in att man manuellt markerar upp ögat i *Method*. Där finns dessutom ett alternativ som heter *Auto Animal Eye* – om man skulle ha fotograferat hunden med blix och gett den röda ögon, t.ex.

Men som sagt så fungerar Auto-läget oftast mycket bra. Det värde som vi tycker är mest viktigt att bekanta sig med – för att eventuellt ändra – är det som finns bakom

Feather i dialogrutan. Det anger snittytan för vår korrigerings, mätt i antal pixlar. Om bilden inte är helt skarp, kan en ögonkorrigerings upplevas som att ögat ser skarpare ut än resten av bilden. Om så är fallet, bör man öka värdet här. Det är en stor fördel att vi i dialogrutans högra bild ser hur det ser ut *innan* vi klickar på *OK*. Det gör att det blir lätt att testa sig fram.

Skärpa

Bilder med hög upplösning, tagna med digitalkamera, eller vanliga pappersbilder som man skannat kan ibland upplevas

som lite oskarpa när man öppnar dem på sin dator. Det finns två olika metoder i Paint Shop Pro att göra dem skarpare.

Om man klickar på *Adjust* i menylisten finns ett alternativ som heter *Sharpness* i menyn. Klickar man på det, kan vi sedan välja *Sharpen*, *Sharpen More* eller *Unsharp Mask*. Det första alternativet – *Sharpen* – är det som ingår i *One Step Photo Fix* och det andra innebär en kraftigare skärpning än det första.

Unsharp Mask innebär ett annat sätt att öka skärpan i en bild, och det går att reglera gradvis. Ofta är det att rekommendera – framför allt om man tycker att *Sharpen*-alternativet ger en för hård skärpning av bilden (vilket man ofta kan uppleva).

Använder man det här alternativet öppnar sig en dialogruta som fungerar på exakt samma sätt som vid *Red-eye Removal*. Vi får två bilder – en till vänster med den aktuella bilden som den ser ut innan vi applicerar skärpa, och en till höger där vi kan se hur det kommer att se ut.

Genom att ställa in olika värden under *Radius*, *Strength* och *Clipping* kan man manuellt testa sig fram till exakt den nivå som man önskar. Det är bara att ändra dessa värden uppåt eller nedåt – ingen förändring blir genomförd på bilden förrän vi klickar på *OK*.

En snabbgenväg till denna funktion hittar vi också längst till höger i verktygsfältet under menylisten. Den ser ut som en liten kub.



Effekter

Det finns väldigt många sätt man kan manipulera sin bild på – både för att utföra korrigeringar, men även för att skapa olika effekter.

Under *Adjust* i menylisten hittar vi en mängd manuella inställningar. Här kan vi t.ex. ställa in färgtemperaturen, vilket är bra om man har blå- eller gulstick i sin bild. De fungerar oftast på samma sätt – man kan testa olika värden och se i en provruta till höger hur de kommer att se ut om man applicerar dem. Många av justeringarna under *Adjust* har också en automatisk funktion som vi finner längst upp i respektive undermeny. *One Step Photo Fix* innebär helt enkelt att man samlar alla dessa under en knapp.

Det finns också väldigt många effekter. Av utrymmesskäl är det omöjligt att gå igenom samtliga här, så vi nöjer oss med att visa två exempel på sådana. Den första kallas *Page Curl*. Man når den genom att klicka på *Effects* i menylisten, sedan ställa markören på *Image Effects* och därifrån välja *Page Curl*.

Den andra kallas *Coloured Pencil* (nås via *Effects – Art Media Effects – Colored Pencil*). Bredvid ser man hur bilderna blir.

Tack vare de dubbla bilderna i dialogrutorna är det bara att pröva sig fram. I *Page Curl*-effekten får man avgöra hur långt upp fotot ska ha sitt ”hundöra”, samt färgen bakom detta.

Klona delar av bilden

Verktygsfältet som ligger parallellt med bilden i dess överkant, varierar beroende på vilka funktioner vi valt att arbeta med i Paint Shop Pro. I bildens vänsterkant ligger ett annat verktygsfält lodrätt, och det finns med hela tiden.



Page Curl



Colored Pencil

Det är när vi klickar på olika verktyg här som det vågräta ovanför ändrar sig.

I nummer 4/2004 av *Gastrokuriren* tittade vi på hur man markerar upp och skär ut en del av en bild, samt olika sätt att infoga text i bilden. Men här finns mycket mer. Ett användbart verktyg är *Clone Brush* (nr 8 i ordningen uppifrån).

Med hjälp av *Clone Brush* kan man ”klona” en del av en bild och lägga in den på något annat ställe i bilden. När man klickar på det får vi ett nytt verktygsfält ovanför, och där kan vi bl.a. ange hur stort område vi ska använda för vår ”kloning”.

Det här kan vara en mycket bra effekt att använda om det är något föremål vi vill avlägsna ur en bild – t.ex. fotografens egen skugga.

Högst upp på nästa sida är en bild där två personer – som inte är med på själva bilden – kastar sin skugga över marken framför dem.

Vi väljer nu kloningsverktyget och klickar sedan på det övre alternativet *Clone*. ➔

I verktygsfältet ovanför skriver vi in ett högt värde – 100 – under *Size* och väljer den fyrkantiga formen under *Shape*. Sedan placerar vi markören på trottoaren framför skuggan på bilden. Markören visar nu ett område vars storlek är 4 x 100 pixlar och vi ser att verktyget är aktiverat genom att en stämpelsymbol följer med markören.



När vi valt det område av trottoaren som vi vill använda klickar vi en gång med *höger* musknapp. Det innebär att vi "tagit en bit" av trottoaren och lagt i datorns minne.

Sedan placerar man markören där vi önskar, och klickar med vänster musknapp. Bilden vi tog klistras in där då. Den här sista delen av processen upprepas flera gånger. Observera att verktyget hämtar inte från samma ställe hela tiden – när man flyttar musen för att klicka in sin nästa klon i bilden, flyttar sig också området verktyget hämtar informationen från exakt lika långt i samma riktning. Exakt var visas med ett kryss när man klickar in det nya klippet i bilden.

Så här ser det ut efter tre klick:



Då och då bör man alltså hämta en "ny bit trottoar" och även variera storleken på klippet.

Man kan även kombinera den här effekten med att välja ut och markera upp en bit av bilden och ta en kopia på den (Se *Gastrokuriren* 4/2004). Därefter klickar man på *Edit* i menylisten, väljer först *Paste* och sedan *Paste As New Selection*. Nu hamnar den kopierade biten av trottoaren i bilden och man kan flytta runt den med hjälp av musmarkören. För att placera den klickar man med vänster musknapp och avmarkerar den sedan med att klicka på *Selections* i menylisten och sedan på *Select None*.

Oftast är det en kombination av dessa båda tekniker som ger det bästa resultatet. Så här ser bilden ut efteråt.

Det andra alternativet som finns under *Clone Brush* är *Scratch Remover*. Det är utmärkt att använda om man skannat en bild som har repor eller revor. Klicka på verktyget och dra det med vänster musknapp



nedtryckt över det skadade området. Bäst resultat får man om man drar flera korta drag istället för ett långt. Verktyget "fyller igen" revan genom att hämta och kopiera pixlar direkt till höger och vänster om den.

Lita inte på bilder

Möjligheten att manipulera bilder har funnits under en lång tid, och använts i många propagandistiska sammanhang genom historien. Skillnaden är idag att med ett bra bildbehandlingsprogram har det blivit ganska enkelt för vem som helst att göra detta på ett professionellt sätt. Det kan vara svårt för en lekman att se att bilden blivit manipulerad.

Därför bör man alltid ha detta faktum i åtanke. "En bild ljuger aldrig" heter det – men det är inte längre sant, och har väl egentligen aldrig varit det.

För att illustrera detta tar vi åter fram den bild vi tidigare använt på bogserbåten. Längst ned har vi helt enkelt tagit bort den från bilden, genom att kлона och kopiera olika delar av densamma och därigenom skapat en ny bild. Det är alltså *exakt samma bild* som vi ser här under, och *ingen* extra information från någon annan bild har använts för att framställa bilden till höger!

I nästa nummer avslutar vi vår serie om digital bildbehandling med en titt på hur man skannar bilder direkt till Paint Shop Pro och ger ett antal praktiska tips när man jobbar med sina bilder.

Per Lundblad



Passerade det en båt på älven vid denna tidpunkt...



...eller gjorde det inte det?



Ordföranden har ordet

Så var det 2005 och man har än en gång hunnit anpassa sig till att skriva det nya årtalet rätt på alla blanketter som man som läkare tvingas fylla i. För er som inte känner mig är det jag som är Lina Vigren och är ordförande i SYG. Jag befinner mig till vardags längst i söder och tillhör medicinkliniken i Sveriges sydligaste kommun... Nej, inte Ystad som många tror, utan Trelleborg! För närvarande gör jag dock min randutbildning på närliggande Universitetssjukhuset MAS i Malmö.

2004 var ett turbulent år för SYG på många sätt. Vi har slitit mycket med föreningens framtid och dess nya former, för som ni vet hamnade ju läkemedelsindustrin under luppen. Följden blev att deras samarbete med kliniker och föreningar åter fick revideras och granskas. Initialt ledde detta till stor förvirring och ovisshet för SYG, men nu tror jag att man hittat nya former för samarbete och utbyte för framtiden.

SYGs medlemmar. I detta nummer kan ni bl.a. läsa om Martin Olesens avhandling på ämnet lymfocytär colit, samt ett referat från endoskopikursen i höstas som återkommer både i vår och till hösten.

För 2005 önskar jag att **vårt medlemsantal ska fortsätta öka** och att ni där ute fortsätter **fånga upp intresserade blivande gastroenterologer** under ST/AT-utbild-

” Vi hoppas också kunna fungera som ett naturligt kontaktnät mellan blivande och erfarna gastroenterologer

Tidigare har vi haft stort stöd från Pfizer/Pharmacia som hjälpt oss med hemsidan, årsmötena och vår tidning, men detta kunde nu inte längre fortgå i tidigare enkla former p.g.a. den nya reformen, samt det faktum att deras företag genomgått en del strukturella förändringar. Följden blev att vi under våren/sommaren 2004 letade nya former för finansiering av tidningen och hemsidan. Efter intensivt mailande mellan oss och diskussioner under kongresser, utbildningar och möten kunde vi i samband med årsmötet 2004 presentera ett par olika förslag. Man valde där enhälligt alternativet med ett närmare samarbete med SGF och hoppas att detta ska leda till större kännedom om vår förening och kring de utbildningar vi arrangerar. Vi hoppas också kunna fungera som ett naturligt kontaktnät mellan blivande och erfarna gastroenterologer. Vi tror att forskningsnätverk kan byggas och att utbildningar ska kunna ordnas i samarbete föreningarna emellan. Jag tror dessutom att vi i SYG kan bidra med ny kraft och energi till SGF och med många nya idéer till både forskning och klinik. SYG har också sedan förra numret av *Gastrokuriren* en gemensam tidning med SGF där sidor öronmärks för

ning eller motsvarande för att berätta om SYG och vår verksamhet. Våren och sommaren program hittar ni i tidningen liksom en inbjudan till **SYGs årsmöte 15/4** i samband med IBD-dagarna i Örebro 13-15 april. Hoppas att så många som möjligt av er har möjlighet att delta i detta årsmöte där ni har chansen att påverka framtida SYG-kurser, studiebesök och inriktning samt en chans att delta mer aktivt i vår verksamhet!

Jag hoppas också att vår hemsida (nu i Mediahusets regi) ska ha uppdaterats och finnas i funktion när ni har denna tidning i er hand.

Adressen är som tidigare www.syg.se

Har du synpunkter på SYGs arbete/inriktning eller idéer om framtida aktiviteter eller kurser? Eller känner du någon som vill bli medlem? Tveka inte utan kontakta oss!

Väl mött!

Lina Vigren

Ordförande i SYG

Lina.U.Vigren@skane.se

Vår- och sommarprogram för SYG 2005

11 mars, 2005

Mag-Tarm klubben södra Stockholm. Ämne: Tunntarmssjukdom. Restplatsförfrågan på risto.arcilander@astrazeneca.com

17 mars, 2005

Gastroforum. Äldre patienter med symtom från buk och tarm. Restplatsförfrågan på Helena.hallin@astrazeneca.com

18-19 mars, 2005

ASGE Advanced Capsule Endoscopy Users Course i Chicago, USA. asgeeducation@asge.org

7-10 april, 2005

Functional GI Disorders i Madison, USA. tmbailey@wisc.edu

13-15 april, 2005

SYGs årsmöte i anslutning till 4th Scandinavian Course in IBD i Örebro. Se separat inbjudan i tidningen. Sista anmälan till SYGs årsmöte 15/3 på Lina.U.Vigren@skane.se

28-30 april, 2005

Avancerad utbildning i endoskopi för ST-läkare inom medicinsk eller kirurgisk gastroenterologi. Sker på ett av de stora centren i Europa, Academic Medical Center i Amsterdam, Holland och information fås på e-mail: mardbea@wyeth.com
Sista anmälan 31/3.

15-18 maj, 2005

DDW i Chicago. Registrering på www.ddw.org

31 augusti, 2005

Wyeth Postgraduate Gastroenterology Course i Oxford, England för ST-läkare inom medicinsk eller kirurgisk gastroenterologi. Information fås på e-mail: mardbea@wyeth.com
Sista anmälan 20/6

26-30 september, 2005

Svensk Internmedicinsk Fortbildningsvecka i Västerås. 26/9 är tema Gastroenterologi hela dagen. Sista anmälningsdatum 31/3 för lägre avgift. www.sim.nu/mambo

Praktisk och teoretisk utbildning vid gastrointestinal blödning

Denna kurs gick av stapeln 18–19 november vid Kirurgkliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra i Göteborg i samarbete med Wyeth Academy. Kursen var den andra i sin ordning och hade samlat deltagare från Hudiksvall i norr till Ystad i söder. Vi var 11 förväntansfulla deltagare, varav 7 medicinska gastroenterologer och 4 kirurger, som anlände till ett snöigt och blåsigt Göteborg. Kursledningen bestod av ÖL Per-Ola Park, Specialistläkare Maria Bergström och ST-läkare Eva Angenete, samtliga vid Kirurgkliniken Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra i Göteborg. Kursen är IPULS-stratifierad och riktar sig till ST-läkare, men även vidareutbildning, inom gastroenterologi med god kännedom om endoskopi och med en endoskopisk vana av minst 50 endoskopier.

Kursen inleddes med ett teoretiskt pass under förmiddagen. I en historisk exposé över endoskopi visade det sig att redan 1500 f.Kr. användes papayrusrullar för att ta sig in i och undersöka kroppsöppningar. Det kom att dröja fram till 1957 innan Basil Hirschowitz lanserade fiberendoskopet, trots att fiberoptiken använts inom andra discipliner sedan 30-talet. Den stora endoskopiska utvecklingen kom på 80-talet med bland annat videoendoskopi. Det senaste tillskottet är videokapseln som presenterades första gången av professor Paul Swain från London vid DDW-mötet 2000.



Därefter följde föreläsning kring epidemiologi vid GI-blödningar som tydligt visar att ulcus är vanligaste orsaken till övre GI-blödning. Vidare förslag till utredningsgång, klassifikation och medicinsk behandling vid övre GI-blödning. Olika endoskopiska behandlingar så som injektionsbehandling med adrenalin, fibrinlim, klipps, Argon Plasma Coagulation (APC), Heat Probe och Laser diskuterades, samt när det kan bli aktuellt med kirurgisk behandling. Innan det var dags för lunch diskuterades patofysiologi, utredning och behandling av esofagusvaricer.

Efter lunchen inleddes så det första praktiska passet. I smågrupper fick vi öva på diagnostik och behandling av övre GI-blödningar i såväl simulator som grismagmodell. Kursledningen diskuterade kring att i framtiden borde alla skopister under upplärning starta sin karriär med att lära sig grunderna i simulatormiljö innan man var mogen att gå vidare till patienter. Just de praktiska momenten – vi fick öva på de relativt verklighetstroga grismagsmodellerna – var extra givande. Vi fick alla pröva på injektion med adrenalin, Heat Probe och APC. Vid simulerad esofagusvaricer fick vi både träna på att montera ligatursettet och anlägga gummibandsligaturerna. Alla praktiska övningar skedde under entusiastisk och mycket professionell handledning.

Kursdag två startade med föreläsningar kring nedre GI-blödningar med fokus på epidemiologi, utredning och behandling. Av alla akuta GI-blödningar utgörs ca 20% av nedre. Därefter följde en föreläsning kring kapselendoskopi, där ockult blödningskälla är en av indikationerna till denna undersökning. Därefter följde ett nytt pass med praktisk träning i smågrupper. Nytt för dagen var att vi tränade på att behandla pågående grismagsblödning med dels anläggning av clips, dels assistens vid clipsanläggning. Det senare visade sig inte vara helt lätt och man såg tydligt vikten av en bra skopiassistent och ett gott teamwork för att få ett bra resultat.

Sammanfattningsvis var det en mycket bra kurs där de praktiska momenten var som grädde på moset. En redan bra kurs kunde möjligen förbättras av ett eller två autentiska fall, till exempel anläggning av gummibandsligatur av esofagusvaricer hos patienter i kontrollprogram eller inspelad video. Kursen är planerad till två tillfällen under 2005.

Vid datorn
Marie Carlson

Forskar-ST i gastroenterologi och hepatologi
Specialmedicin, OTM-divisionen
Akademiska sjukhuset, Uppsala

Lymfocytär kolit – avhandling av Martin Olesens

För en tid sedan träffade jag Dr Martin Olesens som till vardags idag arbetar som patolog vid universitetssjukhuset i Malmö. Han var tidigare ST-läkare på Medicinkliniken i Örebro med inriktning på att bli gastroenterolog, men fastnade under arbetet med sin avhandling i mikroskopets fascinerande värld!

I samband med sin ST-utbildning på Medicinkliniken i Örebro skrev Martin sin avhandling på ämnet Lymfocytär kolit. Denna avhandling citerades bl.a. i decembernumret 2004 (volym 364) av tidningen Lancet där man i abstract på en artikel om mikroskopiska koliter nämner Martin och hans kollegors arbete kring epidemiologi vid lymfocytär kolit.

Lymfocytär kolit tillhör i övrigt en relativt ny sjukdomsentitet av mikroskopiska koliter där man med ökad kännedom fått en explosionsartad ökning av patientkategorin. Jag bad därför Martin att kort berätta lite om några av ämnena ur den avhandling han presenterade i samband med sin disputation 23 januari 2004.

Lina Vigren
Ordf SYG

Bakgrund

När jag 1997 påbörjade mina forskningsstudier om kollagen och lymfocytär kolit var kunskapen om sjukdomarna väldigt begränsad. Den första epidemiologiska studien om kollagen kolit publicerades 1995 och den första stora kliniska studien om kollagen kolit ett år senare. Avseende lymfocytär kolit fanns det när jag startade min forskning ingen rapporterad epidemiologisk studie och den största publicerade kliniska studien omfattade endast 18 patienter. Sjukdomarna, och då framför allt lymfocytär kolit, bedömdes som sällsynta.

I mitt doktorandarbete var Curt Tysk min handledare och Johan Bohr samt Gunnar Järnerot mina biträdande handledare. Sune Eriksson var forskargruppens patolog. Målet med avhandlingsarbetet var bland annat att studera sjukdomarnas förekomst i Örebro och att hos ett större antal patienter med lym-

focytär kolit i Sverige studera olika kliniska aspekter på sjukdomen inklusive effekten av given medicinsk behandling. Här följer en sammanfattning av dessa två studier.

Epidemiologi

Örebro lämpar sig utmärkt för populationsbaserade epidemiologiska kolitstudier. I sjukhusets väldefinierade upptagningsområde finns endast en endoskopienhet och en patologavdelning. Invånarantalet under vår retrospektiva studie var drygt 170 000. Via koloskopiutlåtandena identifierade vi alla patienter som 1993–1998 genomgått koloskopi med biopsiering pga. oblodig diarré. Totalt fann vi 1 018 patienter vars kolonbiopsier eftergranskades. Vi använde oss av strikta histopatologiska kriterier.

För kollagen kolit:

1. Ett diffust utbreddt och förtjockat subepitelialt kollagenskikt $\geq 10 \mu\text{m}$.
2. Epitelskada såsom flackt epitel och avlossning.
3. Inflammation i lamina propria med framförallt mononukleära celler.
4. Ett ökat antal intraepiteliala lymfocyter kan förekomma.

För lymfocytär kolit:

1. Intraepiteliala lymfocyter ≥ 20 per 100 ytepitelceller.
2. Epitelskada såsom flackt epitel.
3. Inflammation i lamina propria med framförallt mononukleära celler.
4. Ett subepitelialt kollagenskikt $< 10 \mu\text{m}$.

Kollagenskiktets tjocklek mättes med hjälp av ett mätokular i van Gieson färgade snitt. Antalet intraepiteliala lymfocyter beräknades i snitt färgade med haematoxylin-eosin.

Av de 1018 patienterna uppfyllde enligt vår eftergranskning 51 kriterierna för kollagen kolit och 46 uppfyllde kriterierna för lymfocytär kolit. Hos 44 av de 51 patienterna med kollagen kolit (86%) och 25 av de 46 patienterna med lymfocytär kolit (54%) var den ursprungliga diagnosen korrekt. De vanligaste felaktiga diagnoserna var ospecifik kolit ($n=14$), tecken till kollagen/lymfocytär kolit men ej diagnostiskt ($n=7$) och normal slemhinna ($n=4$).

Medianåldern vid diagnos var 64 år för kollagen kolit och 59 år för lymfocytär kolit. Incidensen beräknades utifrån tidpunkten för diagnos av sjukdomarna. För kollagen kolit var den årliga medelincidensen under sexårsperioden $4,9/10^5$ (95% KI; 3,6–6,2/ 10^5) invånare och för lymfocytär kolit $4,4/10^5$ (95% KI; 3,1–5,7/ 10^5) invånare. Incidensen för kollagen kolit steg från $3,7/10^5$ (95% KI; 2,0–5,4/ 10^5) under den första treårsperioden till $6,1/10^5$ (95% KI; 4,0–8,2/ 10^5) under den andra perioden. Även incidensen för lymfocytär kolit steg, från $3,1/10^5$ (95% KI; 1,6–4,6/ 10^5) till $5,7/10^5$ (95% KI; 3,7–7,7/ 10^5).

Sammanfattningsvis, den årliga incidensen för kollagen och lymfocytär kolit är högre än vad man tidigare ansett. I slutet av studieperioden var incidensen för respektive sjukdom i nivå med den som oftast rapporteras i Sverige för Crohn's sjukdom. Läger man ihop incidensen för kollagen och lymfocytär kolit närmar man sig incidensen för ulcerös kolit. Kollagen eller lymfocytär kolit diagnostiserades hos 10% av alla 1 018 patienter med oblodig diarré remitterade för koloskopi. Det diagnostiska utbytet var högre hos äldre patienter, där nästan 20% av dem äldre än 70 år fick diagnosen kollagen kolit eller lymfocytär kolit.

Lymfocytär kolit

– klinisk bild och behandling

För att få ihop ett så stort patientmaterial som möjligt inkluderades patienter från 24 svenska sjukhus. Totalt 310 patienter som tidigare fått diagnosen lymfocytär kolit rapporterades till studien och deras colonbiopsier eftergranskades. Med ovan beskrivna histopatologiska kriterier samt krav om biopsier proximalt om vänster colonflexur inkluderades 199 (64%) av patienterna. Eftersom ett av målen med studien var att karaktärisera den kliniska bilden användes inga kliniska inklusionskriterier. Kliniska data inhämtades retrospektivt från patienternas journalhandlingar.

Endoskopiskt sågs subtila, ospecifika makroskopiska förändringar såsom erytem, ödem och avvikande blodkärlsmönster hos 60 patienter (30%). Antalet intraepiteliala lymfocyter hos alla 199 patienter var 39 (28–48) (median, 25-75 percentilen) per 100 ytepitel-

celler, utan skillnad mellan höger och vänster colon.

Det dominerande symtomet var diarré som rapporterades hos 191 patienter (96%). Åtta patienter hade aldrig haft diarré utan koloskopades och biopsades på annan indikation. Arton av de 191 patienterna med diarré hade 1–2 lösa avföringar per dygn medan de övriga hade mer uttalad diarré med 5 (4–9) tarmtömningar per dygn. Den vanligaste konsistensen på diarrén var vattning. Natlig diarré rapporterades hos 39%. Andra vanliga symptom var buksmärta (47%) och viktnedgång (41%), i median på 5 (4–8) kilo.

Sjuttionio patienter (40%) hade åtminstone en associerad autoimmun eller inflammatorisk sjukdom. De vanligaste var thyroideasjukdom (16%) och celiaki (9%).

Uppföljningstiden för alla 199 patienter var 13 (4–37) månader. Det kliniska förloppet kunde utvärderas hos 145 av patienterna. En singel attack (med eller utan behandling) inträffade hos 63% med en sjukdomsduration på 6 (4–11) månader. Förloppet var kroniskt intermitterant hos 30% och kroniskt kontinuerligt hos 7%.

Läkemedelsutlöst kolit misstänktes hos 19 patienter (10%). De vanligast förekommande misstänkta läkemedlen var sertralin (n=7) och karbamazepin (n=4).

Tarmsjukdom – ulcerös kolit, Crohn's sjukdom, celiaki eller kollagen kolit – hos 1:a eller 2:a grads släkting rapporterades hos 24 patienter (12%) och enbart ulcerös kolit eller Crohn's sjukdom hos 7%.

Kortikosteroider, prednisolon såväl som budesonid, var den mest effektiva behandlingen i vår retrospektiva studie och mer än 80% av patienterna förbättrades kortsiktigt. Recidivrisken var dock hög efter avslutad behandling. För långtidsbehandling är budesonid med sina låga systemeffekter ett bättre alternativ än prednisolon. Fem patienter hade under drygt två år hållit sig i klinisk remission med låg dos budesonid som underhållsbehandling. Emellertid saknas kontrollerade studier som bedömer effekten av budesonid liksom säkerheten vid korttids- och långtidsbehandling av lymfocytär kolit. Sjuttio procent rapporterade förbättring på behandling med loperamid, 60% på behandling med kolestyramin och metronidazol och 50% på behandling med mesalazin.

Malmö 20050203
Martin Olesen

Ingen rast, ingen ro... nu är det äntligen dags för SYGs årsmöte 2005

Då Gastrodagarna i år utgår kommer Sveriges yngre gastroenterologer, SYG, liksom SGF flytta fram sitt årsmöte till Örebromötet. Årsmötet kommer således att ske i samband med **4th Scandinavian Course on IBD** i Örebro **13–15 april, 2005**. Utbildningsdagarna erbjuder ett fantastiskt program för att fördjupa sig i IBD samt möjlighet att träffa yngre och äldre kollegor. Program för IBD-kursen bifogas.

OBS! Anmälan till IBD-kursen sker separat på www.orebroll.se/uso/IBD2005

SYGs årsmöte går av stapeln på **fredagen den 15/4 kl. 12.30–14.30** och det kommer att erbjudas lunch i samband med mötet för alla anmälda deltagare. Vi hoppas att så många som möjligt av kollegor på ST-nivå ska visa intresse och delta i årsmötet. Kanske någon av er också är intresserade att delta mer aktivt i SYGs arbete. Kontakta då oss gärna i förväg på e-mail info@SYG.se eller på anmälan nedan.

Om intresset finns tänkte vi även anordna en **social pubkväll** den 12 april för de som anländer kvällen den 12/4. Man e-mailar då sin intresseanmälan för pubkvällen till vårt lokala ankare Jonas Halfvarson (jonas.halfvarson@orebroll.se) som då per e-mail meddelar plats och tid till intresserade.

Anmälan till årsmötet skickas **SENAST 15/3** till Lina Vigren, Lasarettet i Trelleborg, Medicinmottagningen, Hedvägen 46, 231 85 Trelleborg alt fax 0410-55237 alternativt e-mail Lina.U.Vigren@skane.se
OBS Alla uppgifter måste ifyllas inkl chefs godkännande.

JA, jag vill gärna delta på SYGs årsmötet 15/4 i samband med 4th Scandinavian Course on IBD i Örebro kl. 12.30–14.30

Namn _____

Hemklinik _____

E-mail (underlättar för oss) _____

Min chef _____ godkänner att jag deltar på SYGs årsmöte och att jag i samband med detta erbjuds en lättare lunch.

Ja, jag vill gärna veta mer om SYG och eventuellt intresserad av att engagera mig mer i SYGs styrelse eller i arbetet med att arrangera utbildningar eller studieresor för oss blivande gastroenterologer!

Med bästa hälsningar

Lina Vigren
Ordf SYG

Fredrik Linder
Sekreterare SYG

Jonas Halfvarson
SYG representant i SGFs styrelse