



GASTROKURIREN

TIDSKRIFT FÖR SVENSK GASTROENTEROLOGISK FÖRENING

NUMMER 4 • ÅR 2004 • VOLYM 9

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 1:	10 feb	11 mars
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
Symposium i Göteborg	5
SEGPs sida.....	6
Drop-in i Örebro	7
IT-tipset.....	13
SYG – stadgar	20
Endoskopisk inblick i London.....	21
SYG – diverse.....	23
Berättelsen om Gastrodagarna.....	24
Workshop i Uppsala.....	25

NR 4 · 2004 · VOLYM 9

Bästa SGF-vänner!

I skrivande stund står riksstämman för dörren och jag ser fram emot ett som vanligt intressant program, skapat av Svenska Läkaresällskapet i samverkan med dess sektioner och många engagerade kollegor. Det ger mig anledning att reflektera över hur incitamenten och strukturen för utveckling av sjukvården egentligen ser ut och vem som tar initiativen till kompetensutveckling av medarbetarna. Sjukvårdshuvudmannen har åtminstone hittills haft en mycket blygsam roll i dessa sammanhang. Utvecklingsarbete och kompetensutveckling har istället huvudsakligen skett på initiativ av medarbetarna själva, i egen regi eller via olika professionella organisationer. Samverkan med och stöd från industrin har stor betydelse för möjligheterna att genomföra sådana aktiviteter. När nu sjukvårdshuvudmannen säger sig vilja ta på sig ansvaret för stora delar av denna utveckling är det inte bara en fråga om att skapa ekonomiska resurser. Det krävs också kunskap om fortbildning samt struktur. Steget dit är långt och måste sannolikt tas i nära samarbete med både universitet, läkarorganisationer, industri, chefer i sjukvården och enskilda läkare. Många läkarinitierade arbetsgrupper har stor betydelse för utvecklingen, ofta med nödvändigt stöd till regelbundna sammankomster från industrin. Jag har själv bland annat erfarenhet av SILK (Svensk Internmedicinsk Leverklubb) som under mer än 20 år drivit kliniska forskningsprojekt inom hepatologin. Resultatet är hittills cirka 30 vetenskapliga publikationer, återkommande utbildningsaktiviteter samt inte minst hepatologisk kompetensutveckling av medlemmarna i gruppen.

Landets medicinska fakulteter är av central betydelse för kvalificerad medicinsk forskning, vilken i ett längre perspektiv påverkar den kliniska verksamheten mer än något annat. Betydelsen för gastroenterologin illustreras bland annat av de nya vetenskapliga avhandlingar som regelbundet presenteras i *Gastrokuriren*. Det är viktigt att denna forskning integreras i sjukvården så att experimentell och epidemiologisk forskning kan ges möjligheter till fortsatt utveckling i den kliniska verksamheten och omvänt. Vi måste alltså, som så ofta påpekas, skapa förutsättningar för att forskning inte blir något som är fristående från sjukvård, vare



Stefan Lindgren, ordförande i SGF

sig intellektuellt eller resursmässigt. Detta innebär bland annat behov av vetenskapligt skolade läkare i praktisk sjukvård som förebilder och med möjligheter att överbrygga klinisk verksamhet och forskning. Även i dessa avseenden är SILK ett gott exempel genom sitt breda kontaktnät och genom att under senare år i allt större omfattning engagera yngre medarbetare i de projekt som drivs, varav några ser ut att kunna vidareutvecklas till doktorandprojekt. Framgångsrik klinisk och patientnära forskning kan emellertid inte enbart vara ett ansvar för universitetet och de enskilda medarbetarna, utan förutsätter dessutom stöd, engagemang och resurser från sjukvårdshuvudmannen.

Lång väntan på läkarbesök, undersökningar och behandlingar är ett uppmärksammat problem i sjukvården. Förutom olägenhet för patienterna kan väntetider också innebära risker, försvåra diagnostiken och minska möjligheterna att arbeta rationellt. Inom vårt verksamhetsområde är endoskopiska undersökningar ett konkret exempel. Väntetiderna innebär fördröjning av fortsatt utredning och behandling, men också försämrade diagnostiska möjligheter eftersom patienterna allt för ofta insätts på protonpumpshämmare innan undersökningen gjorts. Om både doktorn och patienten kunde lita på att undersökningen blev utförd inom ett par dagar skulle man utan problem kunna vänta med att inleda behandling. Som framgår av en artikel i detta nummer av *Gastrokuriren* har man bland annat i Örebro startat en "drop-in-mottagning" för patienter som skall genomgå gastroskopi. Artikeln ingår i en serie som ger exempel på hur man på olika sätt kan angripa vanliga problem i vår verksamhet. Jag hoppas att den skall inspirera er att pröva nya vägar. ☺

Diagnostiska självtest marknadsförs i ökande omfattning, i Sverige huvudsakligen via apoteken. Utvecklingen inom detta område är ett av många uttryck för att vi numera lever i en europeisk gemenskap och att vi inte längre kan hålla fast vid gamla svenska regler och uppfattningar. Exemplet "Självtest för påvisande av blod i avföringen", som nyligen figurerat i massmedia, illustrerar också hur marknadskrafter snabbt kan påverka långsiktiga försök till resursprioriteringar inom hälso- och sjukvården. Svensk Gastroenterologisk Förening delar den oro som många känner inför fri marknadsföring av sådana test men inser sam-

tidigt att vi måste anpassa oss och försöka hantera nya situationer på bästa möjliga sätt. Vi uppmärksammar självtest samt tänkbara positiva och negativa effekter i nästa nummer av *Gastrokuriren*. Hör gärna av er med synpunkter och förslag på hur vi skall agera framöver.

I förra numret berättade jag om vårt växande europeiska samarbete. Som ett tydligt uttryck för att svensk gastroenterologisk forskning uppmärksammas i Europa har docent Henrik Thorlacius, kirurgiska kliniken vid Universitetssjukhuset MAS, efter förslag från SGF, utsetts som en av sex vetenskapliga "rising stars" i Europa

2005. Utmärkelsen uppmärksammas i samband med UEGW i Köpenhamn/Malmö i oktober 2005. Svensk Gastroenterologisk Förening gratulerar Henrik till denna framgång.

När *Gastrokuriren* når er befinner vi oss återigen i advent. Jag vill därför avsluta med att önska er alla God Jul och Gott Nytt År och hoppas att ni under julhelgen för in några av de gastroenterologiska aktiviteter som äger rum under 2005 i era nya kalendrar. Som inspirationskälla kan till exempel SGF:s hemsida rekommenderas.

Stefan Lindgren
Ordförande

Kära gamla gastrovänner och nyanlända SYFG:are

Relationen till våra yngre gastroenterologkollegor berörde Stefan Lindgren i ordförandens spalt i det förra numret av *Gastrokuriren*. SYG har under det gångna året i diskussioner med SGF kommit fram till en lösning som i mycket kan liknas vid ett associerat medlemskap i moderföreningen. Som ett resultat av denna samverkan kommer *Gastrokuriren* från och med detta nummer att distribueras till SYG:s samtliga medlemmar. SYG:s tidigare medlemstidning har i och med detta upphört och ersätts nu av en del i *Gastrokuriren* med egen layout och profilering. Jag hoppas att våra yngre kollegor skall kunna känna sig hemma i tidningen och tillsammans kunna utveckla innehållet i spalterna. En annan förhoppning är naturligtvis att man skall kunna uppskatta övriga delar av tidningen och se det som en naturlig utveckling att bli medlem i SGF när specialistkompetensen står inför dörren.

Denna utveckling har alltså varit möjlig i relationen till våra medicinska gastroenterologer. Hur ser det då ut på kirurgsidan? Sverige är ju ur ett globalt perspektiv tämligen unikt med en mix av kirurger och medicinska gastroenterologer på den endoskopiska och gastroenterologiska arenan. Inom SGF är det en uttalad strävan att bibehålla och stärka denna mix.

Vi tror att den gynnar både kliniskt samarbete och utveckling i vår miljö. Därför vänder vi oss nu till kirurgernas yngre förening, Kirub, med samma propå. Välkommen att diskutera möjligheten att låta gastroenterologiskt intresserade kirurger under utbildning få del av vår tidning och den plattform det innebär!

I förra numret av tidningen delade Henry Nylin med sig av sina tankar kring sköterskeskopier. Jag har också fått en reaktion från Piotr Tracz i Västerås på diskussionerna om sjuksköterskekraft på våra endoskopimottagningar. I Västerås planerar man i projektform en utbildning av endoskopienhetens sköterskor i avsikt att få självständiga skopister. Piotrs direkta fråga var hur man certifierar en sådan utbildning från SGF:s sida. Vi har inget direkt svar då frågeställningen trots allt är relativt ny. Det finns väl goda skäl att göra en inventering och söka skapa en kravspecifikation för sköterskor enligt samma modell som nyligen framtagits för läkarna i vårt endoskopidokument. Här behöver alla goda krafter samverka. De som är intresserade av att driva och diskutera denna utveckling får gärna höra av sig direkt till mig.

I detta nummer berättar Hanna Sandberg-Gertzén hur drop-in-mottagningen i Örebro blev en succé på deras



Anders Sylvan

endoskopimottagning. Köbildning och väntelista är nu ett minne blott. Detta är en vägvinnande idé som bryter mot tidigare mönster. Det finns säkert exempel på goda verksamhetsidéer lite var stans i vårt avlånga land. Låt i så fall det goda exemplet få lite spridning. Skriv en rad till oss, så har vi kanske möjlighet att göra ett reportage från Din arbetsplats.

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

Anders Sylvan
Vetenskaplig sekreterare



SAGIM

Centre for Gastroenterological Research at Sahlgrenska Academy
and
Scandinavian Association for Gastrointestinal Motility (SAGIM)

announce

Sensations in GI disorders and appetite signalling

Thursday 27 – Friday 28 January, 2005
Academicum, Medicinaregatan 3, Göteborg, Sweden

The organic basis for gastrointestinal sensations is presently a dynamic field of research. The symposium includes state-of-the-art lectures and forefront discussions integrating appetite signalling and symptoms of gastrointestinal disorders.

The number of participants is limited to 120 and conference fee is SEK 400:-.

Application form: <http://www.cgf.gu.se/symposier.html> eller e-mail: gunilla.pervik@gastro.gu.se, tel: 031-773 5670.

Thursday January 27, 2005

13.30 **Wellcome adress and introductory remarks** Lars Fändriks, Göteborg

Session 1: GI sensations - pain and indigestion

- | | |
|-------------|--|
| 13.35-13.50 | Magnus Simrén, Göteborg: The clinical perspective |
| 14.00-14.20 | Asbjørn Mohr Drewes, Aalborg: The visceral perspective |
| 14.30-14.50 | Anthony Hobson, Manchester: The CNS perspective |

15.45 **State of the Art Lecture**

- | | |
|-------------|--|
| 15.45-16.30 | Daniel Sifrim, Leuven: Symptom generation in gastroesophageal reflux disease |
| 16.30-17.00 | General discussion |

Friday January 28, 2005

08.30 **Session 2: GI sensations: bloating and the role of intestinal gas**

- | | |
|-------------|---|
| 08.30-08.50 | Peter Whorwell, Manchester: Bloating and abdominal distention in functional GI disorders |
| 09.00-09.20 | Eamonn M. Quigley, Cork: Gas in the GI tract - the role of bacteria and other causative factors |
| 09.30-09.50 | Jordi Serra, Barcelona: Intestinal gas transit and functional GI disorders |

10.30 **Session 3: GI sensations: appetite signalling**

- | | |
|-------------|--|
| 10.30-10.50 | John Blundell, Leeds: Hunger, satiation and satiety |
| 11.00-11.20 | Jan Tack, Leuven: Role of the proximal stomach in the control of food intake |
| 11.30-11.50 | Torsten Olbers, Göteborg: Eating patterns after obesity surgery |
| 12.00-12.20 | Carel Le Roux, London: Peptide mediators in appetite signalling |

12.30-12.40 **Concluding remarks - end of meeting** Lars Fändriks, Göteborg

Contact and information: www.cgf.gu.se



Bästa medlem!

Nu rusar tiden åter iväg och alla måsten blir fler ju längre tiden går... Styrelsen vill passa på att tacka alla medlemmar för det gångna året och påminna lite om vad 2005 för med sig. Medlemsavgiften är oförändrad 200:- och skall betalas in senast 31/1 2005 på bankgironummer 5828-8945.

Glöm ej namn & adress.

Vi kommer EJ skicka ut separat utskick med bankgiroblanketter!

SADE mötet hålls i Köpenhamn 17-21/1 2005.

Anmälan & info finns på www.sade.no

Följande stipendier delas ut 2005

Fourth Scandinavian course on IBD Örebro 13-15/4 2005	2.000:-	5st
Umeåkursen (Ht 2005)	10.000:-	2st
Olympusstipendium 2005	10.000:-	1st
25p kurs i Gastroenterologi KI C- och D-nivå	10.000:-	1st
Nordiska-Europeiska gastrodagarna Malmö/Köpenhamn	5.000:-	6st

Maila din ansökan snarast – dock senast den 31/1 -05 till

marielle.fenton.andersson@vgregion.se

På förekommen anledning påminner styrelsen igen om de kriterier gällande våra stipendier.

- Sökande skall ha varit betalande medlem i SEGP under tre (3) sammanhängande år.
- Sökande skall arbeta med endoskopier och / eller gastroenterologi som huvudsysselsättning.
- Stipendiet är personligt och kan *ej* överlåtas.
- Stipendium kan ej delges styrelsemedlem.
- Sökande som *ej* kan utnyttja erhållet stipendium skall återbetala det till SEGP.
- Ange klara och tydliga mål varför stipendiet söks.
- Skriva en reseberättelse (gärna i Wordformat) som delges övriga medlemmar via hemsidan.
- Kriterier för reseberättelse är: egna reflektioner på kursen/mötets programinnehåll insändes till SEGP senast 1 mån efter utnyttjandet.

Medlem kan söka stipendium flera gånger, dock skall tre år förflyta mellan ansökningstillfällena.

GOD JUL & ETT GOTT NYTT ÅR önskar styrelsen i SEGP!



Styrelsen i SEGP genom
Anna Antfolk
Sekreterare

Nordiska Gastromötet

Ett försommarfagert Oslo tog emot oss på det Nordiska Gastromötet 2-5 juni. I ett välfungerande kongresscentrum i Lilleström utanför Oslo fick vi under dessa dagar oss till livs ett välmatat och intressant program med många givande föreläsningar och posters.

Celltech Nordic hade för oss IBD-sjuksköterskor ordnat ett frukostmöte med tema IBD-skola.

Ett trettiotal sjuksköterskor från Norge, Danmark och Sverige mötte upp och tillsammans fick vi tillfälle att i smågrupper diskutera erfarenheter kring patientutbildning. Man har kommit olika långt på olika ställen i Norden. Efter en smittande entusiastisk redogörelse av IBD-sköterska Turid på Akershus sjukhus i Oslo är det nog inte många som kan låta bli att dra igång.

Patientutbildning i form av IBD-skola bedrivs på många håll i Sverige och att det är mycket uppskattat av patienterna råder inga tvivel. Nyttan med IBD-utbildning är också utan tvivel såväl ur patient som vårdgivarperspektivet.

Vi som håller på med patientutbildning skulle säkert ha nytta av att träffas någon gång för att ge varandra idéer och utveckla utbildningen. Kan detta ske inom ramen för våra nätverksträffar? Hur går vi vidare?

Tankar och funderingar kring detta tas tacksamt emot på mail till:

birgitta.midhagen@vgregion.se

Stockholmsregionen har också startat nätverk för sjuksköterskor som arbetar med IBD-patienter. Är du intresserad, kontakta:
carina.andersson@ersta.se
marie.wennberg@ersta.se
helene.larsson@ersta.se

Vill du ha ESGENA-Nytt?
Kontakta inger.lofberg@sos.sll.se

Annelie Linberg, Södersjukhuset, har fått 4000 kr från SEGP för att delta i SADE-mötet 2005.

Rättelse!

Den reseberättelse som var publicerad i förra numret av *Gastrokuriren* innehöll fel författarnamn. De som hade skrivit reseberättelsen var Anne Larsson samt Lars Ahlgren från Ersta sjukhus.

Gastroskopisk drop-in vid Endoskopimottagningen i Örebro



Långa köer och en diger väntelista ledde till att man tänkte om när det gäller förfarandet för gastroskopisk undersökning i Örebro.

Ett förenklat remissförfarande och drop-in-mottagning blev resultatet. *Gastrokuriren* for till Örebro och hälsade på.

Det började med en lunch. Docent och överläkare Hanna Sandberg Gertzén, sektionsledare för Gastroenterologsektionen på Universitetssjukhuset i Örebro tyckte att bågaren till slut hade runnit över.

Den direkta orsaken var att man hade 287 patienter på väntelistan för gastroskopi. Väntetiden för dessa patienter var 24 veckor.

– Sjukvården har stora problem med köer. Det skapar frustration hos de patien-

ter som väntar, men även hos personalen, säger Hanna.

– Man tvingas göra prioriteringar, och då blir det lätt att man kör fast.

Dansk studie

I en drygt 10 år gammal studie från Fyn i Danmark hade man tagit patienter som sökt i primärvården för ont i magen och erbjudit hälften av dessa direkt gastroskopi. Den andra hälften behandlades symptomatiskt, vid behov blev en del av dessa också senare gastroskoperade.

Efter ett år konstaterade man att i den grupp som fått omedelbar gastroskopi, fick man färre sjukskrivningar, mindre läkemedelsförskrivning och nöjdare patienter.

– Jag ringde till Inger, berättar Hanna:

– Detta måste vara möjligt att göra även i Örebro!

Två luncher

Det var närmare bestämt Inger Nordin Olsson, samordnande distriktsöverläkare i Örebro, som telefonsamtalet gick till.

– Jag frågade om vi kunde äta lunch tillsammans, och vi fann snabbt ett datum, minns Hanna.

Luncherna blev två till antalet. Gastroenterologsektionens läkare, Inger samt även distriktsöverläkare Lennart Svärd – som har samma samordnande funktion som Inger, fast i södra Örebro län – deltog.

– Vi träffades helt enkelt och frågade varandra ”Vilka är våra behov?”. Snabbt blev vi eniga om att pröva ”Öppet hus” – alltså en drop-in mottagning för gastroskopi, där patienten inte behöver beställa tid i förväg, fortsätter Hanna.

– Sjukhuset hade redan erfarenhet av ett sådant system när det gällde vissa röntgenundersökningar, säger Inger. ☺



Docent och överläkare Hanna Sandberg Gertzén, sektionsledare för Gastroenterologsektionen på Universitetssjukhuset i Örebro.



Pia Gustavsson, ssk och avdelningschef på endoskopimottagningen.

– Det innebar att vi visste att det kunde gå, att det fanns en fungerande form för liknande verksamhet, och av den hade vi lärt oss mycket.

Frågan var naturligtvis om det skulle gå att finna en liknande form för gastroskopi.

– Det handlar enbart om gastroskopi – inte koloskopi, förtydligar Hanna.

– Fyra timmars fasta innan undersökningen är den enda förberedelse som krävs.

Två veckors giltighetstid

Man beslöt sig för att arbeta vidare med idén och testa om en sådan verksamhet kunde fungera. En av de första åtgärderna var att de tillsammans tog fram en förenklad endoskopiremiss.

– Vi frågade oss: Vad är det viktiga? Svaret för vår del är naturligtvis att vi vill veta varför patienten kommer till undersökningen, förklarar Hanna.

Vi tittar på en sådan remiss, numera genomarbetad i två omgångar. Den är mycket tydlig och enkel.

Till remissen hör också ett informationsblad, riktat till patienten.

Patienten tar själv med sig remissen till endoskopimottagningen vid undersökningstillfället.

– En viktig detalj är att patienten har två veckor på sig att göra detta – därefter gäller inte remissen längre, säger Inger.

– Denna tidsbegränsning är viktig, annars kan remissen bli liggande länge hos patienten utan att det blir någon undersökning, och om den plockas fram vid senare tillfälle kan andra saker ha tillstött som inte framkommer av remissen.

Den har ändrat utseende något sedan införandet, och Inger påpekar också att de träffas regelbundet för att utveckla både remissen och hela verksamheten.

Informerade primärvården

Efter det andra lunchmötet bestämde de sig för att sätta igång. Det första som gjordes var att samtliga vårdcentraler (16 st.) fick besök av en av gastroenterologerna för att diskutera remissen och även informera och motivera *varför* man beslutat att införa öppen mottagning.

– Det sistnämnda kan sammanfattas i tre punkter, säger Hanna och räknar upp dem:

– För det första ville vi åstadkomma en ökad tillgänglighet för patienten

– För det andra ville vi erbjuda våra kollegor snabbare hjälp till en korrektare medicinsk bedömning och behandling.

– Den tredje punkten var en förhoppning om att i större utsträckning ge riktad och korrekt behandling och därmed minska förskrivningen av protonpumpshämmare, där det klart förekommer en överförskrivning.

Tid att tala inför en förändring

Det var den 4:e april 2003 som man startade med ”öppet-hus-gastroskopi”, måndag till torsdag mellan klockan 13 och 14.

Vi frågar Pia Gustavsson, ssk och avdelningschef på endoskopimottagningen, hur hon lyckades med att införa detta nya tänkande så snabbt, och hur hon förankrade det hos den övriga personalen.

– Vi talade mycket om det – i stort sett dagligen under planeringstiden, berättar Pia.

– Det är viktigt att man pratar igenom olika tänkbara scenarier – vad som kan hända och hur man då kan agera.

– Det viktiga är att man från ledningens sida ger sig tid till denna process, att man inte bara slår ifrån sig och säger att det ordnar sig...

– Är det knöligt en dag skall man se detta faktum som dagens utmaning – inte dagens elände, sammanfattar hon.

Positivt utfall

Pia medger att det kändes lite nervöst första dagen, och man gick nog och sneglade lite oroligt framför kassan för att se om det skulle bli en okontrollerbar anstormning.

Den uteblev dock. I stället har man lyckats mycket väl i Örebro, idag är det *ingen* väntetid för gastroskopi. Man har sammantaget 57 personer på väntelistan, ☺

”I stället för att registrera och bedöma remisser, kalla och planera etc., lägger vi nu vår energi på endoskopi. Drop-in minskade vår administration.”

samtliga är specialfall som kräver ett ökat omhändertagande – och därmed en planerad, reserverad tid (t.ex. patienter som behandlas med antikoagulantia eller som behöver antibiotikaproylax eller som har behov av tolk).

– Dessutom har den ökande förskrivningen av protonpumpshämmare hejdats – den har till och med minskat, tillägger Hanna.

Minskad administration

Köerna är alltså borta och väntelistan likaså. Patienten får ett preliminär svar med i handen efter avslutad undersökning. En endoskopirapport är i allmänhet signerad och på väg till inremitterande inom ett dygn.

Detta har man åstadkommit utan något tillskott av resurser. Hur är det möjligt?

– Gastroskopi tar aldrig mer än en kvart, och oftast går det fortare än så. Därför är det en lämplig verksamhet för drop-in, säger Hanna.

– I stället för att registrera och bedöma remisser, kalla och planera etc., lägger vi nu vår energi på endoskopi. Drop-in minskade vår administration.

– Tack vare att jag som distriktsläkare vet att det går snabbt att få en patient undersökt, kan jag vänta med att remittera någon vecka eller så, fortsätter Inger.

– Det går att hålla igen initialt, för att jag vet jag kommer fram när jag väl behöver, förtydligar hon.

Hanna tycker dessutom att det blivit intressantare att utföra en gastroskopi.

– Det har blivit roligare, för vi gör fler fynd, säger hon.

– Orsaken till det är att när väntetiden var lång skrevs ofta syrahämmare ut till de patienter som väntade på undersökning. När det väl var dags, kunde eventuella sår eller inflammationer vara utläkta. Det resulterade i en inkonklusiv



*Inger Nordin Olsson,
samordnande distriktsöverläkare i Örebro.*

gastroskopi, vilket upplevdes frustrerande av både läkare och patienter.

– Förut kunde vi få vänta bortåt ett halvår. Patienten mädde dåligt och var orolig – frågan om cancer ligger ofta i bakhuvudet, säger Inger.

Enkelt med datorstöd

– En viktig delförklaring till att vi har lyckats är att vi har datoriserat remissförfarandet. En god datasupport, där man snabbt från patientjournalen når både en endoskopiremiss och en informationsblankett till patienten – det är en viktig förutsättning. Då blir det enkelt och samlat – och det är så det *måste* vara, fortsätter Inger.

IT-stödet är den punkt man jobbar vidare med just nu i Örebro. All rapportering och alla remissvar skall kunna gå elektroniskt via datorn i framtiden är tanken.

Samarbete och laganda

Det är en sammansvetsad trio vi möter när vi hälsar på i Örebro. Idén till drop-in-

verksamheten var helt och hållet Hannas, men hon framhåller att Ingers hjälp – att hon ställde upp direkt – var viktig och avgörande. Vidare var Pias insats för att få förankring i personalgruppen avgörande.

– Jag vill ge en eloge till Hanna och Pia för deras mottaglighet och vilja att förändra. Att de såg att det fanns ett positivt mål, säger Inger.

Vi frågar Pia vad hennes recept för ett lyckat förändringsarbete är.

– Det måste finnas en laganda bland personalen, och vi har en unik sådan. Dessutom måste man få vara lite missränsam initialt, vara orolig och prata igenom det, svarar hon.

– Men det fordras också mod och entusiasm så man inte fastnar i misstänksamheten, skjuter Inger in.

– Det där med remissrutiner sitter så fast förankrat. Men det gick att förändra, vi har kommit jättelångt. Det finns mycket mer pappersjobb inom sjukvården som går att effektivisera, tillägger hon.

– Det har inneburit en kick för oss att se att vi faktiskt klarade av det, summerar Hanna.

PER LUNDBLAD





Digital bildbehandling med Paint Shop Pro 9 **Del 2**

I förra numret tittade vi på hur man laddade hem en testversion av bildbehandlingsprogrammet Paint Shop Pro 9 från Internet. Vi öppnade en bild från en digitalkamera, kopierade den och sparade om den med lägre filstorlek genom att komprimera bilden. I det här avsnittet börjar vi med att förändra bildens fysiska storlek.

Vår bilds fysiska storlek – med det menar vi hur stor den skulle bli om vi skrev ut den – är drygt 32 cm på bredden och 24 cm på höjden. Detta med en upplösning av 180 pixlar per tum.



För att ändra den, klickar vi på *Image* i menylisten längst upp och väljer därefter alternativet *Resize* i rullsisen som öppnar sig nedåt. Vi får då upp en dialogruta som ser ut så här:

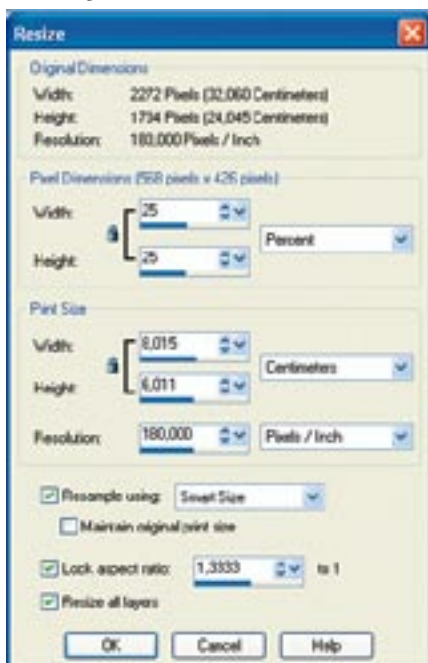
Längst upp hittar vi information om de dimensioner som bilden har.

Vi vill minska denna storlek till 25% av ursprungsstorleken och det enklaste sättet att göra det är att se till att alternativet *Percent* är förvalt och sedan skriva in värdet 25 rutan efter *Width*, så som den här bilden visar. Värdet *Height* kommer att justeras automatiskt.

Även värdet i rutorna under rubriken *Print Size* kommer att förändras automatiskt. Den nya bredden på bilden kommer nu att bli drygt 8 cm.

Vi ändrar inte på upplösningen av bilden (*Resolution*) – men om man så önskar kan man göra det. Skall bilden endast användas på dator *bör* man göra det, men för utskrift är det bättre att behålla denna höga upplösning.

Den undre delen av rutan bör vara ifylld på det sätt som visas här. Det är alternativet *Lock aspect ratio* som ser till att värdet



på höjden automatiskt ändras proportionellt när vi ändrar bredden. (Eller vice versa).

När dessa inställningar är klara klickar vi på OK

Pixlar

Det första vi kommer att se på skärmen är att bilden blir mycket mindre. Det beror på att Paint Shop reducerade den bild vi ursprungligen hade till 22% – detta för att få plats med hela bilden i arbetsytan. Denna förminskning gäller fortfarande, så bilden är alltså reducerad till detta värde.

Klicka på *View* i menylisten och sedan på *Zoom* och välj därefter *Zoom to 100%* i menyn. (Se *Gastrokuriren* 3/04). Nu ser vi bilden i sin riktiga storlek. Eftersom den i vårt fall (med en bildskärmsinställning på 800 x 600) fortfarande är lite för stor för att få plats i arbetsytan, har den fått rullningslistor i höjd- och sidled så att vi kan välja vilken del vi vill titta på.

Efter vår storleksförändring av bilden är den 8 cm bred och 6 cm hög – vid en upplösning av 180 pixlar per tum. Ett annat sätt att beskriva samma bilds storlek är att säga att den är 568 x 426 pixlar.

Pixlar har ingen given, fysisk storlek. Varje pixel representerar endast en del av en bestämd färg. Upplösningen är ett mått på hur många pixlar som används för att trycka en tum av bilden. Fler pixlar per tum kommer att resultera i att dessa tryckta pixlar blir mindre, och det åtgår alltså fler av dem för att trycka bilden. Det motsatta förhållandet gäller naturligtvis: Färre pixlar per tum medför större tryckta pixlar per tum.

Om man använder sig av en vanlig färgskrivare som använder bläckstråle, rekommenderas en upplösning av 150–200 pixlar per tum. En tumregel för professionellt tryck är att man bör hålla sig runt 225–300 pixlar per tum för att få en bra kvalitet.

Man kan även ändra antalet pixlar per tum med hjälp av samma kommando som vi använde ovan. Så här gör man: ☺



Ändra först värdet i rutan efter *Resolution*. Här har vi skrivit in 72.

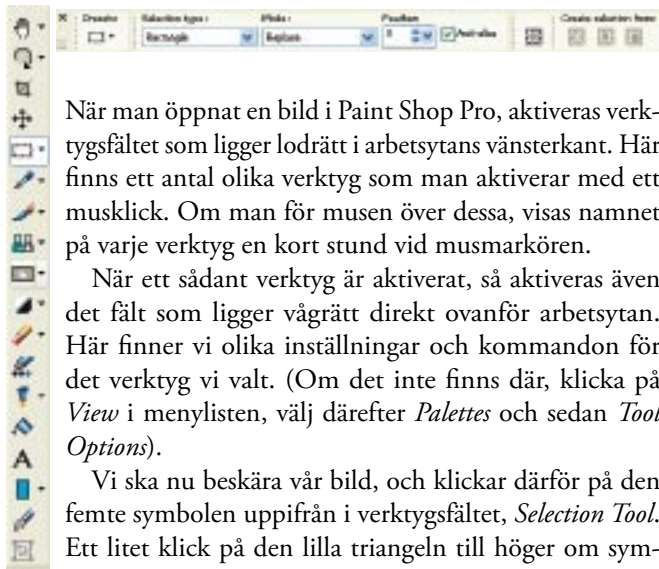
Skriv därefter in det önskade värdet på bredden (*Width*).

Klicka sedan på *OK* längst ned till vänster.

Vi testade att storleksförändra två olika kopior av samma bild enligt dessa båda sätt som beskrivits ovan. Båda fick därefter en storlek av 8 x 6 cm. Men de ser olika stora ut på skärmen. Det har sin förklaring i att den första bilden har en upplösning – 180 pixlar per tum – som överstiger vad skärmen förmår att återge. Skärmen behöver alltså mer än två tum för att återge 180 pixlar, och resultatet blir att bredden ökar mer än dubbelt. Så är däremot inte fallet med den andra bilden.

Skriver man ut dessa båda bilder (klicka på *File* längst till vänster i översta menylisten och välj sedan *Print*) så kommer båda utskrifterna att vara lika stora. Den första kommer dock att upplevas som tydligare och skarpare, eftersom den har den högre upplösningen.

Verktygsfält



När man öppnat en bild i Paint Shop Pro, aktiveras verktygsfältet som ligger lodrätt i arbetsytans vänsterkant. Här finns ett antal olika verktyg som man aktiverar med ett musklick. Om man för musen över dessa, visas namnet på varje verktyg en kort stund vid musmarkören.

När ett sådant verktyg är aktiverat, så aktiveras även det fält som ligger vågrätt direkt ovanför arbetsytan. Här finner vi olika inställningar och kommandon för det verktyg vi valt. (Om det inte finns där, klicka på *View* i menylisten, välj därefter *Palettes* och sedan *Tool Options*).

Vi ska nu beskära vår bild, och klickar därför på den femte symbolen uppifrån i verktygsfältet, *Selection Tool*. Ett litet klick på den lilla triangeln till höger om symbolen ger tre alternativ för typ av selection. Se till att

det är det översta – *Selection* – som är markerat. Se också till att ordet *Rectangle* är det som är aktiverat under *Selection type* i det vågräta fältet ovanför bilden.

Markera upp område

Nu ställer vi musmarkören – som har fått utseendet av ett kors – på valfritt ställe i bilden och markerar upp det område vi vill ”skära ut” genom att hålla ner vänster musknapp och dra markören diagonalt nedåt. När vi är klara släpper vi musknappen och det område som vi markerat upp får då en svartvit ram som det ”kryper” i. Så här ser hela bilden ut efter en sådan markering:

(Man behöver kanske öva några gånger på att styra verktyget så att man får precis det område man avsett, men det går snabbt att lära sig.)



Om det blir fel, eller man ändrar sig, avmarkerar man det område man just markerat upp genom att klicka på *Selections* i menylisten längst upp och sedan välja alternativet *Select none*. Alternativt klickar man bara på ”Ångra”-knappen (se nedan).

Därefter är det bara att markera upp ett nytt område.

Ångra-knappen

När vi är nöjda med vår markering, tar vi en kopia på det markerade området. Det går till som vi beskrev i *Gastrokuri- ren 3/04* – ett klick på *Edit* i menylisten och sedan ett nytt på alternativet *Copy*. Nu har en kopia av det markerade området lagt sig i datorns klippminne.

För att öppna denna nya bild klickar vi antingen på *Edit* i menylisten och väljer kommandot *Paste as new image*, alternativt trycker ned *Ctrl*- och *V*-tangenter på tangentbordet samtidigt. Man kan släcka den gamla bilden innan, eller låta även den ligga kvar på arbetsytan.

Den nya bilden består endast av det område vi markerade upp, och ser ut så här:



Tanken med att man alltid tar en kopia på bilden innan man utför något på den är att man på så sätt alltid har originalbilden kvar. Det kan vara praktiskt om man ångrar sig efter det att man sparat en bildfil.

Om man ångrar sig *innan* man sparar, finns det en

”ångra”-knapp alldeles under ordet *Effects* i menylisten. Den består av en bakåtriktad pil. Ett klick på denna pil stegar de händelser man utfört bakåt. Man klickar alltså tre gånger för att ångra de tre senaste åtgärder man utfört.



Variera form på urklipp

Det finns många sätt som vi kan variera formen på vårt utsnitt. Ett klick på triangeln under *Selection type* visar olika former vi kan välja. *Circle* och *Ellipse* är två exempel:



Att göra sådana här bilder går till på exakt samma sätt som ovan. Enda skillnaden är att vi väljer något av de andra alternativen i stället för *Rectangle*.

Till höger om *Selection type* i den vågräta kommandolisten finns *Feather*. Genom att ändra värdet från 0 kan man bestämma hur snittet skall se ut i kanterna.



Ju högre värde man skriver in, desto bredare blir snittet. Det är antalet pixlar som ska finnas med i snittet man anger, där de längst ut blir osynliga och ändras på vägen in till fullt synliga. Resultatet blir en mjukare snittyta. Kombinerat med en ellipsform kan det ge en snygg effekt till ett fotoalbum t ex. Här ser vi en sådan kombination, med värdet 20 pixlar i *Feather*.

Välj färg

Nu vill vi skriva en text i själva bilden. En sådan kan infogas i valfria färger, och placeras var som helst vi önskar. Det finns olika sätt att hantera texten på, och vi skall visa ett par.

Först skall vi bestämma vilken färg texten skall ha. Vi börjar därför med rutan *Materials* som normalt ligger i arbetsytans högra hörn. (Om man klickat bort den, får man fram den igen genom att klicka på *View* i menylisten, sedan på *Palettes* i rullmenyn och därefter *Materials*.)

Rutan används på samma sätt för många olika funktioner, så tillvägagångssättet för denna hantering är generell.

I den övre rutan med ett spektrum av färger kan vi låta musmarkören glida för att bestämma en färg. Markören antar formen av en pipett när den är över spektrumet, och i en liten ruta under densamma kommer vi att se ett litet färgprov av färgen den står på, samt färgens s.k. RGB-värde.

När man hittat den färg man vill använda sig av, klickar man med vänster musknapp en gång. Färgen kommer då att lägga sig i den övre av de två provrutor som ligger under spektrumrutan.

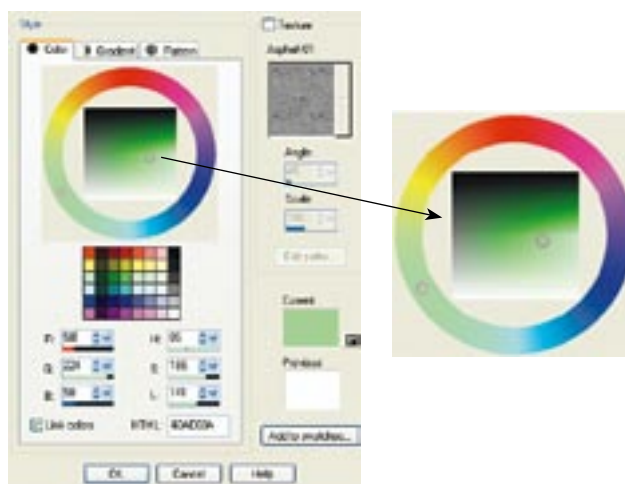
Ofta har man användning för två färger – även när man skriver text – så därför finns det ytterligare en provruta snett under. För att ställa in den andra, låter man först dem byta plats med hjälp av ett musklick på den böjda pilen som finns



mellan rutorna. Därpå väljer man en ny färg på samma sätt.

Den övre rutan är den som kommer att användas som förgrunds- och konturfärg – *Foreground and Stroke* – och den undre som bakgrund och fyllningsfärg, *Background and Fill*. Därför kan det vara så att man vill låta dem byta plats igen efter man valt bakgrundsfärgen.

Det finns ett annat – mer noggrant – sätt att bestämma vilka färger som ska finnas i rutorna. Klicka på den önskade rutan, och en stor dialogruta öppnar sig:



I den övre cirkeln kan man först bestämma en färg genom att placera musmarkören där och klicka. Den inre kvadraten kommer nu att innehålla denna färg i olika ljusa och mörka nyanser. Klicka inne i kvadraten och dra runt markören genom att hålla ned vänster musknapp och flytta musen.

I den övre rutan i dialogrutans nedre högerkant ser man ett prov på den färg man valt. Den undre rutan visar tidigare vald färg. Nu återstår att bekräfta med OK när man är nöjd med den nya färgen. Då slocknar dialogrutan.

Men medan den är uppe vill vi passa på och peka på de siffrvärden som finns här:

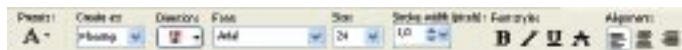


Dessa är de s.k. RGB-värdena. I den vänstra spalten hittar vi de värden för rött, grönt och blått som vår färg består av. I den högra värden för nyans, mättnad och ljusstyrkan i den.

Man kan manuellt ställa in sin färg genom att skriva in dessa värden här. Det kan vara en god idé, om man har en färg som man vet att man vill använda ofta och som skall vara exakt likadan varje gång man använder den – t.ex. för en logotyp – att man skriver upp dessa värden. Då kan man alltid få exakt samma nyans genom att skriva in dem nästa gång. Systemet fungerar i alla sammanhang, på alla datorer – oavsett vilket bildbehandlingsprogram man använder. Det används även i Microsofts PowerPoint. ☺

Skriva text

När bilden vi skall skriva i är öppnad, och färgen på texten är vald, klickar vi på textverktyget i det vågräta verktygsfältet på arbetsytans vänsterkant. Det är det tecken som ser ut som stora bokstaven A, och det återfinns ganska långt ned. Nu får vi också en ny vågrät kommandolist i arbetsytans överkant.



Precis som i t.ex. Word väljer vi typsnitt (*Font*), storlek (*Size*), justering av texten (*Alignment*) och fet, kursiv, understruken stil (*Font Style*). Observera att fler alternativ för textbehandling finns bakom de pilar som ligger i verktygsfältet.

Under alternativet *Direction* bestämmer vi vilket håll texten skall löpa i bilden. Ett klick på trekanten ger oss tre val. Standardläge är det längst till vänster, och med det markerat kommer det vi skriver att löpa vågrätt från vänster till höger i bilden.



I rutan till vänster, *Create as*, finns tre alternativ som man kan välja genom att klicka på boken till höger. Se till att värdet *Floating* är förbockat här.



För in musmarkören i bilden och placera den ungefär där texten ska börja. Klicka sedan en gång. Nu dyker det upp en ny ruta, och det är i den vi skriver in vår text.



Om alternativet *Remember text* är förbockat i rutans nedre vänstra hörn, kommer den text man senast skrev att finnas kvar i rutan nästa gång vi öppnar den. Naturligtvis kan man då ta bort den.

Vill man avbryta klickar man på *Cancel* och när man är klar på *Apply*.

Vi har valt att lägga texten ovanför båtens skorsten, och den kommer nu att framträda med samma svartvita område som det "kryper" i.



Nu kan man flytta runt texten var som helst i bilden. Det gör man genom att ställa musmarkören på själva texten, hålla ned vänster musknapp och dra till önskad position. För att se när markören verkligen befinner sig på texten, ska man kontrollera att den ändrat utseende från textkommandot till ett kors med fyra pilar. Om den inte har det, blir resultatet att programmet tror att man vill lägga in en text till.

När man är nöjd med placeringen, avmarkerar man texten med hjälp av *Selections* i menylisten och därunder alternativet *Select none*. Är man nöjd är det bara att spara resultatet.

Detta beskrev alternativet *Floating* för vår text. Ett annat alter-

nativ under *Create as* var *Vector*. En sådan text kan man dra i och storleksförändra på ett annat sätt. Vi gör exakt som förut, med den enda skillnaden att *Vector* är förvalt under *Create as*. När vi skriver texten ser den då ut så här på bilden:



Genom att ställa musmarkören på någon av fyrkanterna i den streckade ram som omgärdar texten, kan vi "dra" i dessa genom att hålla ned vänster musknapp och på så sätt ge vår text en annan form.

Om man arbetar med *Vector*-text i en bild är det viktigt att man sedan klickar på alternativet *Layers* i menylisten och sedan väljer *Merge* och *Merge all* innan man sparar bilden. Detta på grund av att datorn hanterar bilden i olika lager i programmet, och det är dessa vi genom detta kommando slår ihop till ett enda.

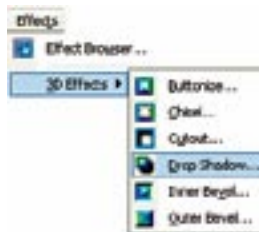
Vi gör det och så här ser nu hela bilden ut när vi är färdiga:



Skugga texten

Avslutningsvis vill vi lägga en skugga bakom de bokstäver vi skrivit i bilden. Här har vi använt oss av en text där vi använt *Floating* och därefter – när texten är markerad med det svartvita området det "kryper i" – klickat på *Effects* i menylisten.

Därefter ställer vi markören på *3D Effects* och klickar på *Drop Shadow*. En dialogruta där vi styr hur skuggan skall se ut öppnar sig.



I överdelen ser vi två rutor med prov på tre bokstäver från vår text. I den vänstra ser vi texten som den är innan vi lagt till en skugga, och i den högra ser vi en förhandsgranskning – ett prov på hur den kommer att se sig efteråt.

Nedanför den högra rutan finns ett antal värden vi kan påverka. *Vertical* och *Horizontal* styr skuggans riktning. ↻



Opacity och *Blur* ställer in graden av hur genomskinlig och skarp vår skugga skall vara, och *Color* anger färgen vi vill ha på vår skugga.

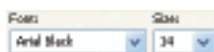
Här kan vi testa och pröva olika värden. Hela tiden ser vi i den högra rutan med provbokstäverna hur vår skugga kommer att se ut med de värden vi ställt in. Den ändras alltefter som vi ändrar våra värden. När man är nöjd klickar man på OK i rutan, och då kommer skuggeffekten att appliceras på vår text i bilden. Klicka sedan på *Select none* och spara bilden. Så här ser den ut:



Textstorlek och upplösning

Tänk på att bildens upplösning kommer att påverka vilken storlek texten kommer att få.

Det tal som anges vid under *Size* i det vågräta verktygsfältet är antalet pixlar som bygger upp bokstaven/tecknet.



Textens storlek i bilden kommer därför att vara avhängig av hur många pixlars upplösning själva bilden har. Ett typsnitt (*Font*) som skrivs i punkt 14 kommer alltså att bli mycket större i en bild med 72 pixlars upplösning per tum, än om man skriver med samma storlek i vår bild med 180 pixlar/tum. Med större menar vi naturligtvis att den tar en större del av bilden i anspråk.

Regeln är alltså att man måste använda en större *Size* när man skriver i bilder med hög upplösning. Om man har en hög-upplöst bild, kanske värdet 72 – som är det högsta förinställda värde man finner under *Size* – inte räcker till. Tänk då på att det går bra att manuellt skriva in ett högre värde i denna ruta, t.ex. 144.

Paint Shop Pro kan också användas för att på ett bra sätt korrigera färger, kontrast och vissa misstag som begåtts vid fotograferingen eller skanningen av en bild. Vi återkommer till det i nästa nummer.

Per Lundblad

SGF:s STYRELSE 2004



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



Christer Staël von Holstein
V Ordförande
Kirurgiska kliniken,
Universitetssjukhuset i Lund, 221 85 Lund
Tel 046-17 23 83
Fax 046-17 23 35
E-post: christer.stael_von_holstein@kir.lu.se



Anders Sylan
Vetenskaplig sekreterare
Kirurgiska kliniken
Norrlands Universitetssjukhus
901 85 Umeå
Tel 090-785 00 00
E-post: anders.sylan@vll.se



Lars Börjesson
Kassör
Kirurgkliniken
Sahlgrenska Universitetssjukhuset/Östra
416 85 Göteborg
Tel: 031-343 40 00, fax: 031-25 14 63
E-post: lars.g.borjesson@vgregion.se



Jonas Halfvarson
Ledamot i SGF, Gastrosektionen/Med.
kliniken, Universitetssjukhuset,
701 85 Örebro
Tel vx 019-602 10 00
E-post: jonas.halfvarson@orebroll.se



Henrik Forssell
Webbmaster för SGF:s webbplats.
Kirurgkliniken Blekingesjukhuset
371 85 Karlskrona
E-post: henrik.forssell@ltblekinge.se



Erik Hertervig
Facklig sekreterare
Medicinska kliniken
Universitetssjukhuset i Lund, 221 85 Lund
E-post: erik.hertervig@skane.se



Hanna Sandberg-Gertzén
Hepatologiansvarig
Med.kliniken, Universitetssjukhuset,
701 85 Örebro
Tel vx 019-602 10 00
E-post: hanna.sandberg-gertzen@orebroll.se



Per-Ove Stotzer
Endoskopiansvarig
Gastrosektionen, Medicinkliniken
Sahlgrenska Sjukhuset
E-post: stotzer@medic.gu.se



STADGAR för SVERIGES YNGRE GASTROENTEROLOGER (SYG)

Förening grundad den 27 september 1996 av unga
gastroenterologiskt intresserade medicinare

- Föreningens syfte:** Att skapa forum/mötesplats för unga gastroenterologiskt intresserade medicinare
- för erfarenhetsutbyte angående utbildning, arbete, forskning etc.
 - för utbildningsaktiviteter,
 - för att stimulera socialt umgänge och
 - vara kravinstans för denna grupp.
- Medlemskap:**
- *Rätt till medlemskap* äger den som är blivande gastroenterolog och blivande internmedicinare med intresse av gastroenterologi och som önskar engagera sig för föreningens syfte.
 - *Upphörande av medlemskap* sker då medlem så önskar eller senast då medlem blivit färdig dubbelspecialist alternativt avslutat sin ST-utbildning.
- Beslutsrätt:**
- *Beslutsrätt* för föreningen har varje medlem som deltar i årsmöte på årskonferens enligt forngrekisk demokrati (en medlem en röst).
- Årskonferens:**
- Årskonferens skall hållas en gång per år.
 - Årskonferens skall *inhålla* följande 1) utbildningsfrågor, 2) vetenskaplig del, 3) socialt program och 4) årsmöte.
 - På årskonferensen väljs nästa års styrelse. Styrelsen skall förbereda nästkommande årsmöte.
 - På årskonferensen väljs också representanter för plats i SYG:s styrelse.
- Årsmöte:**
- Styrelsen skall förbereda årsmötets dagordning.
 - Årsmötet leds av en på årsmötet vald ordförande.
 - Protokoll på årsmöte förs av en på årsmötet vald *sekreterare*.
 - På årsmötet skall justeringsmän av årsmötesprotokollet väljas.
 - Protokoll från senaste årsmöte skickas till samtliga medlemmar inom en månad efter årsmötet.
 - Ansvar för *hantering* av årsmötesprotokoll har styrelsen.
- Medlemsregister:**
- Register av medlemmar skall föras av styrelsen och uppdateras på varje årsmöte.
- Inbjudna:**
- Förutom medlemmar inbjuds till årskonferens av arrangör en *observatör* från SYG.
 - Andra personer kan inbjudas om årsmötets dagordning gör det aktuellt.
- Läkemedelsindustrin:**
- Föreningen har gentemot läkemedelsindustrin en obunden ställning.
- Ändring av stadgar:**
- Ändring av dessa stadgar kan endast göras på årsmötet ifall en majoritet av närvarande godkänner det.

En endoskopisk inblick i London med omnejd



Jag hade förmånen att tillsammans med en liten grupp unga läkare – alla med ett gemensamt brinnande intresse för endoskopi – åka på en kurs till London 21–24 oktober 2004. Kursen omfattade teoretisk och praktisk endoskopi och arrangerades förtjänstfullt av Wyeth Academy. GI-kirurgerna Per-Ola Park och Maria Bergström från Sahlgrenska sjukhuset samt Per Grytberg från Wyeth fungerade som samordnare och vägvisare under detta internationella utbyte.

St Mark's hospital

Första dagen i London började intensivt med ett besök på St Mark's hospital, som av många kallas för colorektalkirurgernas Mecka. Sjukhuset fungerar bl.a. som ett nationellt center för krångliga colonproblem. På detta sjukhus utförs årligen ca 12000 endoskopier varav ungefär hälften är coloskopier. Vi fick en kort rundvandrig på sjukhusets endoskopienhet vars fem skopirum var utrustade med den modernaste av teknik. Därefter fick vi i enhetens "teaching room" via bild och ljudkontakt följa med ett antal coloskopier inklusive terapeutiska ingrepp. Vår läromästare, professor Brian P. Saunders, som är en guru på endoskopisk polypektomi demonstrerade i direkt-sändning en elegant termination av en cirka

4x5 cm stor, bredbasig rektal polyp. Ingreppet inleddes med en förnämlig upplyftning av polypen genom injicering av en blandning metylenblått och adrenalin i dess bas. Sedan förvandlades tumören till ett minne blott genom multipla slyngningar och slutfinish med APC. Polypresterna infångades lätt med en polyphåv. Imponerade blev vi även av Scopeguide med hjälp av vilken professor Saunders guidade sina yngre kolleger till att elegant räta ut slyngbildning i tidigt skede för att sedan snabbt dyka ner i caecum. Med hjälp av Scopeguiden var det även lätt att se coloskopets läge hela tiden, och visst blev vi alla sugna på att ha dylik apparatur hemma i våra endoskopirum. Av stort värde var även Saunders flera goda grundläggande skoptips, som att på vägen ut vända patienten enligt ett visst mönster för att få maximal visualisering av colon, samt att alltid ha vätskan vid kl. 5 för optimal sikt samtidigt som man suger bort kvarliggande vätskepölar. Pedagogiken på St Mark's var verkligen avundsvärd. Mycket av detta bottnar dock i en endast några år gammal stor nationell studie som påvisade de brittiska colonoskopiernas bristfälliga kvalitet. Efter detta avslöjande har man igångsatt en effektfull sanering och förbättring av colonoskopiundervisningen i landet!

Broomsfield hospital

Andra dagen i England hade vi förmånen att besöka Broomsfield hospital i Chelmsford utanför London. Detta sjukhus har förutom Englands största klinik för plastikkirurgi även planer på att bli södra Englands centrum för kirurgisk behandling av övre GI-cancer. Vår värd för dagen var Consultant Surgeon Sri Kadirkamanathan, som personligen även har ett stort intresse för motilitetsstörningar, framförallt då gastropares och behandling av den samma. Sålunda inleddes dagen med en föreläsning om gastrisk elektrisk stimulation. Tillsammans med sjukhuschef Dr Andrew Pike fick vi sedan ta del i en intressant diskussion om hur man ämnar effektivisera brittisk sjukvård genom att bl.a. införa ett nationellt data-system för patientuppgifter – ett projekt som lär kosta 10 miljarder engelska pund! Besöket på Broomsfield hospital innehöll även en kort visit uppe på en vanlig kirurgisk avdelning. Detta besök väckte stor uppståndelse i vår lilla grupp framförallt pga. den extremt ofräscha heltäckningsmattan som täckte hela avdelningen, men även pga. de jättelika patientsalarna utan någon som helst lugn för den enskilda individen. Slutklämmen på besöket blev att bedside i mindre skara följa med när en av de så omtalade endoskopiskö-

terskorna självständigt utförde gastrokopier på sjukhusets skopienhet.

Det förflutna, nuet och framtiden

Tredje dagen utgjordes helt av teoretisk utbildning på vårt förnämliga hotell "Thistle Marble Arch". GI-kirurg Per-Ola Park höll dagens introduktion i form av endoskopins historia. Förste föreläsare var londonprofessorn Paul Swain, endoskopins egen uppfinnarjocke och mannen bakom kapselendoskopin. Vi fick höra om den spännande historien bakom kapseln och dess utveckling från hemlig israelisk militärteknik till ett ovärderligt visualiseringsinstrument för gastroenterologer världen över. Professor Swain presenterade därefter en del nya uppfinningar som hans team för tillfället håller på att utveckla. GI-kirurg Maria Bergström bjöd på dagens andra presentation, som handlade om endoskopisk behandling av övre GI-blödning. Föreläsningen var mycket praktiskt inriktad och gav tillfälle att ställa frågor. Per-Ola Park lät oss sedan som avslutning ta del av Sahlgrenska teamets erfarenheter beträffande stentläggning i colon, endoskopisk refluxterapi samt något så spännande och originellt som transgastriska operationer.

Mer internationellt samarbete tack!

Själv tycker jag kursen var mycket givande på många olika sätt. Professor Saunders' praktiska råd beträffande coloskopiutförandet värderade jag mycket högt samtidigt som önskelistan på nyansaffningar till endoskopienheten hemma i Vasa förlängdes med bl.a. det effektiva Roth Net (för att håva in polyper och främmande föremål med) och en behändig liten Four-Basket Polyp Trap (för uppsamling av mindre polyper), för att inte tala om Scopeguiden. Högst givande var också att höra att även doktorer i andra länder funderar på och försöker överkomma samma hälsoekonomiska problem som vi här uppe i Norden.. Vi kan med all säkerhet lära oss mycket av varandras misstag och framsteg även på ett internationellt plan. Varför måste vi alltid lära oss den hårda vägen dvs. av *våra egna* misstag? Ett aktivare internationellt samarbete bör absolut eftersträvas.

Christian Nielsen

Gastrosektionen, Akademiska Sjukhuset och Medicinkliniken, Centralsjukhuset i Vasa, Finland

Kurs i gastrointestinal endoskopi i praktiken i Örebro

Första veckan i februari kom vi, sju endoskopiskt intresserade, i spridda skurar från Kalix i norr till Visby i söder, till endoskopienheten på Universitetssjukhuset i Örebro för att lära mer om gastro- och coloskoperandets ädla konst. Vi placerades i tre grupper, en med enbart gastrokopier för nybörjarna, en med enbart coloskopier för vana gastrokopister och en för vidareutbildning av vana coloskopister.

Efter att i slutet av första dagen fått genomgång av diatermispecifika risker vid endoskopi, begav vi oss mot Gustavsviks bad- och spaanläggning för att relaxa tillsammans med personalen från endoskopienheten. Efter att vår guide (vi nämner inga namn) fått fråga sig fram till restaurangen på närmaste pressbyrå, avslutade vi kvällen med en god middag.

Under veckan följde en del kortare teoretiska genomgångar av bland annat tillbehör, instrumentgenomgång och patologens synpunkter på biopsier, men framför allt praktisk skopering. Vi fick se allt från normala undersökningar till ventrikel- och colontumörer, postoperativa strikturer, ulcus och Zenkerdivertikel (gick ner i, perforerade inte!). För intresserade fanns även möjlighet att närvara vid ERCP och esofagala ultraljudsundersökningar.

Med hjälp av god handledning lärde vi oss en hel del trick och metoder för att komma framåt i både colon och duodenum, bland annat det "Curmanska draget". När man talar om handledning känns det viktigt att påpeka att den inte bara kom från de erfarna läkare som stod vid vår sida, utan minst lika mycket från de fenomenala skopiassistenter som hade total kontroll på läget. Beröm förtjänar även de rappa sekreterare som skrev endoskopiberättelser och mottagningsanteckningar så tangentborden glödde!

Sammanfattningsvis tror jag vi samtliga lämnade Örebro med känslan av att ha fått en väldigt god utbildning i endoskopi, och en längtan efter "vecka 2" när vi får komma tillbaka och delta i mottagningens ordinarie verksamhet.

Marie Fredriksson

Blivande intermedicinare med intresse för gastroenterologi

SYG:s verksamhet 2003–2004

Ny hemsida – www.SYG.se

Diskussionforum –

SYGforum@yahoo.com

SYG-info

Två nummer – nov. 2003 och mars 2004.

Rekrutering

Brev till alla klinikchefer (medicinska och gastroenterologiska kliniker).

SYG-info skickades till alla sjukhusbibliotek och SGF:s styrelse.

Hemsidan.

Gastrokuriren kostnadsfritt första året för nya SYG-medlemmar.

→ ytterligare 15 medlemmar. Totalt 152 medlemmar 040920.

Kurser 2003/2004

Funktionella mag- och tarmsjukdomar samt motorikstörningar i mag-tarmkanalen.

Sahlgrenska, SK-kurs, oktober 2003

Översikt kurs i gastroenterologi och hepatologi.

Huddinge, SK-kurs, oktober 2003

Gastrointestinal endoskopi i praktiken Universitetssjukhuset Örebro, SYG-kurs, februari 2004

Terapeutisk övre och nedre endoskopi Huddinge Universitetssjukhus, SK-kurs, februari 2004

Praktisk endoskopi Södersjukhuset, SK-kurs, april 2004

Clinical Courses for Resident Fellows and Junior Faculty Members European Crohn's and Colitis Organisation, "ECCO", Dubrovnik 5–6 maj 2004

Akut och kronisk leversvikt, Huddinge Universitetssjukhus, SK-kurs, september 2004

Kongresser

Riksstämman 2003: Minisymposium om karriären inom den framtida gastroenterologin.

(Jonas Halfvarson deltog för SYG:s räkning)

Svenska Gastrodagarna 2004: Lunchmöte 5 maj för närvarande SYG:are

SYG-resestipendium

Berättelsen om Gastrodagarna, 2004

Arets Gastrodagarna ägde rum i den mysiga staden Linköping mellan den 5 och 7 maj 2004. Efter att gått på morgontåget den 5 maj i det kalla, dystra Stockholm, kom jag fram till en stad som var nästan tropiskt varm, med prunkande blommor och livliga uteserveringar. Som en av våra sköterskor kommenterade: "Det är nästan som att komma till Kanarieöarna". Nåväl, det var min allra första gång jag deltog i Gastrodagarna och också första gången jag fick möjlighet att träffa andra SYGare. Eftersom jag är en alldeles ny SYGare, får jag presentera mig lite först. Jag har gjort grundutbildningen på Karolinska Institutet, har efteråt forskat och disputerat inom HIV på Virologen, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge (det blir väldigt långa namn efter namnändringen, försök också att säga Karolinska Universitetssjukhuset site Huddinge och samtalsdyspné är ett faktum. Vi får visst inte använda förkortningen KUS pga. vissa likheter med fula ord på andra språk, men jag använder det här ändå). Forskar-AT med forskning inom HIV-vaccin på KUS Solna och Smittskyddsinstitutet avslutades i juli 2003. Infektionsspecialiteten har av naturliga skäl legat mig varmt om hjärtat under åren, men under AT-tiden blev jag intresserad av gastroenterologi under min placering på denna klinik. Det blev en hel hallelujaomvändning, och jag började min ST inom Gastroenterologi på KUS Solna i oktober 2003.

Onsdagen den 5 maj deltog jag i SILKs utbildningsdag, Leverdagen. Rolf Hultcrantz från min hemmaklinik inledde med "Betydelse av biokemiska, funktionella och genetiska tester" och därefter fortsatte Charlotte Dahle, klinisk immunologi, Universitetssjukhuset i Linköping, om autoantikroppsdiagnostik. Jag har nog inte förstått att det var så mycket manuellt laborativt arbete bakom detta, ska tänka på det nästa gång jag beställer sådana prover. Ola Weiland, Infektionskliniken, KUS Huddinge, talade därefter om virala hepatiter. Dels är han en bra föreläsare, dels har han så fina övergångsbilder med fågelmotiv, blommotiv etc. så att man får tillbaka koncentrationen mitt i en lång föreläsningdag! Väldigt smart. Förmiddagens föreläsningar fortsatte med "Bedömning av prognos vid leversjukdom". SYGare fick information om att det skulle bli en gemensam lunch i pausen och vid lunchtid hade ett gäng SYGare samlats. Det var väldigt roligt att träffa andra ST-läkare från andra kliniker och dela erfarenheter från olika håll. Efter lunchen blev det ett kort informationsmöte av ordförande Rupesh Rajani. Information och kort diskussion om hur SYG Info i fortsättningen kommer att finansieras togs upp. Frågan kommer att bli mer belyst och diskuterad på årsmötet. Efter lunch fortsatte föreläsningarna med levertransplantation.

Torsdagen den 6 maj tillägnades framför allt IBD och olika aspekter på detta. Efter en Lennart Wehlin-föreläsning av Matthieu Allez från Frankrike om behandling av IBD, fortsatte föreläsningar om anemi, järnbehandling, kirurgisk aspekt på IBD m.m. Celiaki, genetikens roll vid olika gastroenterologiska sjukdomar samt Cox2-hämmare som profylax vid GI-polypos avslutade dagen. På kvällen hölls en bankett med bl.a. god oxfilé och mojitoglass som efterrätt. Höjdpunkten då var ändå musikunderhållning av en grupp av sångare (vissa var doktorer från Linköping), som jag tyvärr har glömt bort namnet på, men de var helt fantastiska!

Fredagen den 7 maj blev ämnena "acid rebound", GIST, IBS och fekalinkontinens belysta av olika föreläsare. Årsmötet hölls av ordförande Stefan Lindgren och stipendieutdelning ägde rum. Kl.13.15 var det dags för att ta en utdelad lunchbaguette under armen och resa tillbaka till Stockholm. Sammanfattningsvis var det överlag bra föreläsningar med möjlighet till kunskapsinläring, åtminstone för en nybörjare som jag. Det var väldigt roligt att delta och dessutom träffa andra gastrodoktorer. Den enda ändring jag skulle vilja se är att fler ST-läkare skulle ha möjlighet att delta i Gastrodagarna!

Soo Aleman

SYG:s program för vintern och våren 2005

2-3 december, 2004

Basal proktologi, Universitetssjukhuset i Linköping.
info@SYG.se

17-21 januari, 2005

SADK-kursen i Köpenhamn.
www.sade.no

3-4 februari, 2005

Endoskopiutbildning. Teori och praktisk träning på endoskopisimulator. Arrangeras i samarbete med Wyeth och Östra sjukhuset, Göteborg. eekc@wyeth.com

10-11 februari, 2005

Gastropatologi kurs för blivande gastroenterologer, Universitetssjukhuset MAS, Malmö. För info och anmälan: info@SYG.se

13-14 april, 2005

SYG:s årsmöte i anslutning till 4th Scandinavian Course in IBD.

Maj, 2005

Förhandlas med ett sjukhus i Paris kring ett ev studiebesök dit.

15-18 maj, 2005

DDW i Chicago.

Workshop on Peritoneal Surface Malignancy 21–22 February, 2005 University Hospital, Uppsala, Sweden

(final program on next page)

Speakers and moderators:

Ass. Prof. Antonia Bergman, Uppsala, Sweden
 Prof. Dominique Elias, Villejuif, France
 Prof. Bengt Glimelius, Uppsala, Sweden
 Assoc. Prof. Wilhelm Graf, Uppsala, Sweden
 Ass. Prof. Haile Mahteme, Uppsala, Sweden
 Prof. Søren Laurberg, Aarhus, Denmark
 Ass. Prof. Jan Larsson, Uppsala, Sweden
 Assoc. Prof. Peter Nygren, Uppsala, Sweden
 Miss Sarah T O'Dwyer, Manchester, UK
 Prof. Lars Pählman, Uppsala, Sweden
 Prof. Paul Sugarbaker, Washington DC, USA
 Prof. Johan Wiig, Oslo, Norway
 Prof. Frans Zoetmulder, Amsterdam, The Netherlands

Organising committee:

Ass.Prof. Haile Mahteme, Uppsala, Sweden
 Assoc. Prof. Wilhelm Graf, Uppsala, Sweden
 Prof. Lars Pählman, Uppsala, Sweden

Workshop coordinator:

Ass.Prof. Haile Mahteme
 (*Haile.Mahteme@surgsci.uu.se*)



**For registration and workshop fee, please visit:
www.akademikonferens.uu.se/peritonealcarcinoworkshop**

Haile Mahteme, Wilhelm Graf, Lars Pählman

Workshop on Peritoneal Surface Malignancy Final Program

Monday, 21st February, 2005

08:15 Registration

09:00	Welcome and opening remarks	Prof. L. Pahlman, Assoc. Prof. W. Graf
09:05	Historical perspective on management of peritoneal carcinos (PC)	Prof. L. Pahlman
09:20	Management of PC. What is practice and what is research?	Prof. P. Sugarbaker
09:45	PC of colorectal origin	Prof. F. Zoetmulder
10:30	Swedish peritoneal study	Assoc. Prof. W. Graf

Moderators

Prof. L. Pahlman,
Assoc. Prof. W. Graf

10:40 COFFEE

11:00	PC of appendiceal origin	Miss S. O'Dwyer	Prof. F. Zoetmulder,
11:35	PC of ovarian origin	Prof. P. Sugarbaker	Prof. B. Glimelius
12:10	PC of gastric origin and peritoneal mesothelioma	Prof. D. Elias	

12:45 LUNCH

14:00	Dilemmas in PC radiology	Ass. Prof. N. Bergman	Prof. D. Elias,
14:20	Dilemmas in PC pathology	Prof. P. Sugarbaker	Assoc. Prof. P. Nygren
14:45	Systemic chemotherapy in PC of gastrointestinal origin	Prof. B. Glimelius	

15:15 COFFEE

15:40	Intraperitoneal chemotherapy perfusion	Prof. F. Zoetmulder	Miss. S. O'Dwyer,
16:05	Intraperitoneal chemotherapy: Pharmacology	Prof. D. Elias	Prof. P. Sugarbaker
16:40	Sequential intraperitoneal chemotherapy	Assoc. Prof. W. Graf	
17:00	Chemosensitivity in PC	Assoc. Prof. P. Nygren	
17:15	The Uppsala experience	Ass. Prof. H. Mahteme	
17:30	Meeting closes for Monday		

19:30 Welcome dinner

Tuesday, 22nd February, 2005

08:30	Surgical management of the upper abdomen in PC	Prof. D. Elias	Prof. J. Wiig,
09:00	Live surgery	Prof. P. Sugarbaker,	Prof. L. Pahlman,
		Ass. Prof. H. Mahteme	Assoc. Prof. W. Graf,
10:30	Surgical management of the lower abdomen in PC	Miss S. O'Dwyer	Prof. S. Laurberg

11:15 COFFEE

11:45	Perioperative anesthesiology in PC surgery	Ass. Prof. J. Larsson
12:00	Quantitative prognostic indicators	Prof. F. Zoetmulder

12:15 LUNCH, Live surgery continues

13:15	Intraoperative chemotherapy and safety issues	Prof. F. Zoetmulder
-------	---	---------------------

14:00 COFFEE

14:30	Treatment related morbidity and mortality	Prof. D. Elias
15:30	Final remarks. Closing	

