



GASTROKURIREN

TIDSKRIFT FÖR SVENSK GASTROENTEROLOGISK FÖRENING

NUMMER 1 • 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:

Elanders Novum AB

Distribueras som posttidning

ISSN 1651-0453

UTGIVNINGSPLAN 2004:

	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr 2:	17 maj	18 juni
Nr 3:	13 sept	12 okt
Nr 4:	10 nov	9 dec

INNEHÅLL:

Ordföranden har ordet	3
Artikel – Skoperande sköterskor	5
Från sekreterarens bord.....	6
Avhandling – Magnus Sundbom	7
Sköterskeutförda endoskopier.....	8
Reportage – Rachel Hodson.....	11
SADÉ-dagarna i Göteborg	19
IT-tipset	23
SEGP:s sida.....	28
Stipendier/inbjudan	30

NR 1 · 2004 · VOLYM 9

Bästa SGF-vänner!

Årets Riksstämman var glädjande välbesökt ur gastroenterologisk synvinkel. Speciellt lyckat var att Bengt Ihre-föreläsningen samlade så många åhörare. Vi i styrelsen skall ju inte sticka under stol med att det alltid känns lite nervöst i maggropen då en internationellt framstående forskare, som vanligt, med glädje accepterat vår inbjudan och kommit hit med en naturlig förväntan på att många skall komma och lyssna. Så blev det i år och det inspirerar oss att fortsätta på denna linje.

Svensk Gastroenterologisk Förening ser det som en av sina viktigaste uppgifter att medverka till att vi själva formar den gastroenterologiska karriären så som vi vill ha den. Ett av symposierna handlade därför om den framtida gastroenterologiska karriären. Många viktiga frågor kring rekrytering, utbildning, forskning, relation till basspecialitet och akutverksamhet speglades i korta presentationer och diskuterades med auditoriet, främst då de yngre gastroenterologerna. Dessa frågor berör ju i högsta grad just dem. Det är uppenbarligen många faktorer som lockar unga läkare att bli gastroenterologer, både det kliniska arbetet i sig och endoskopin, men betydelsen av goda forskningsmöjligheter och förebilder framkom också tydligt. Det var också en allmän uppfattning att utbildningsaktiviteter av olika slag är viktiga för att visa upp gastroenterologin och presentera den på ett attraktivt sätt för unga kollegor.

Akutverksamheten är en central del i vårt arbete, och i ett bidrag från Lund berättade Per Bergenzaun om hur akutverksamheten kan göras attraktiv för gastroenterologer även i ett långt yrkesperspektiv genom att successivt allt mer inriktas på gastroenterologiska frågeställningar. Jag tror personligen att just denna långsiktiga förändring av arbetets inriktning är viktig för att bibehålla attraktionskraften under hela den yrkesverksamma perioden. Genom att initialt utbildas brett inom sin basspecialitet kan



Stefan Lindgren, ordförande i SGF

läkaren sedan bibehålla sin breda kompetens under första delen av karriären bland annat genom tjänstgöring inom akutverksamheten. Senare borde man mer och mer kunna få möjlighet att fördjupa och specialisera sig och successivt släppa delar av den breda verksamheten inklusive den breda akutmedicinen. Detta ger samtidigt läkarna frihet att kunna välja framtida inriktning och dessutom möjligheter att flexibelt dimensionera och omprioritera i enlighet med skiftande verksamhetsbehov. Om alla tar sin del av det samlade akutan svaret under en begränsad del av yrkeslivet bör resurserna räcka till. I kombination med goda forskningsmöjligheter, utbildningsmöjligheter och mentorstöd tror jag att en sådan utveckling kan bidra till att bibehålla attraktionskraften i det gastroenterologiska yrkeslivet genom hela den yrkesverksamma perioden. Dessutom bör vi mot slutet av denna i allt större utsträckning utnyttja de seniora medarbetarna som mentorer och handledare och utnyttja deras kompetens till selekterade och mer komplicerade frågeställningar. Det är allmänt sett viktigt, men tyvärr ofta förbisett, att nya arbetsuppgifter kopplas till att man ges möjlighet att slippa något/några av sina tidigare uppdrag. Under symposiet aktualiserades ånyo frågor om den kliniska forskningens villkor och om vilken typ av forskning och forskarutbildning som gastroenterologin i första hand bör satsa på. Vi avser att fortsätta denna debatt under de kommande åren, inte minst i samband med revisionen av målbeskrivningarna, inkluderande frågor om hur utvärdering av utbildningsresultat skall ske och vid uppföljningen av vår nya plan för endoskopiutbildning. ☺

I detta nummer av *Gastrokuriren* hittar ni intressanta och tänkvärda inlägg kring det endoskopiska teamarbetet och endoskopi-assistenternas arbetsuppgifter. Vad tycker medlemmarna? Gör er stämma hörd!

Svenska Gastroenterologisk Förening ser nu närmast fram emot Svenska Gastrodagarna i Linköping. Programmet har en imponerande bredd och kvalitet och det finns verkligen något för alla, såväl gastro-

enterologer som kirurger. Vi hoppas på ett stort aktivt deltagande och särskilt på att andelen yngre kollegor skall vara större än tidigare. Utnyttja möjligheterna till fortbildning av hög kvalitet och till att träffa både yngre och äldre kollegor från hela landet. Parallellt pågår planeringen av den Europeiska Gastroveckan i Köpenhamn/Malmö i oktober 2005 för fullt. Det finns all anledning att redan nu avsätta tid för deltagande och inte minst att skicka in

abstracts till mötet. Jag återkommer med mer information i nästa nummer. Arrangemanget av den Europeiska Gastroveckan innebär också att SGF gör uppehåll med Gastrodagarna under 2005. Desto större anledning således att deltaga i år. Väl mött i Linköping!

Stefan Lindgren
Ordförande

Skoperande sjuksköterskor



Ingrid Karström

Sjuksköterska
Endoskopienheten
Centralsjukhuset, Kristianstad
E-mail: ingrid.m.karstrom@skane.se

Första gången jag hörde talas om sjuksköterskor som skoperar var på Europeiska gastromötet i Berlin 1995. Det var en sjuksköterska från USA som berättade att hon utför sigmoideoskopier. Föreläsningen var mycket intressant men det dröjde något år innan jag började fundera på det igen. Det hade väckt min nyfikenhet det hon berättat och jag ville forska vidare i hur det egentligen fungerade på ett sjukhus där det fanns sjuksköterskor som utförde skopier.

År 2001 sökte jag och fick genom SEGP (Svensk förening för Endoskopi och Gastroenterologi Personal) ett resestipendium från Olympus. Detta gjorde det möjligt för mig att åka över till England till Castle Hill Hospital i Hull där jag lyckats få kontakt med en sjuksköterska som heter Rachel Hudson. Hon är en av två sjuksköterskor som skoperar på sjukhuset. Rachel Hudson utför gastroskopier och den andre sjuksköterskan utför koloskopier. Rachel är en av de flitigaste skopisterna i Hull. Hon utför drygt 1000 skopier årligen.

Den praktiska utbildningen i England är samma för alla som ska bli skopister vare sig man är sjuksköterska eller läkare. Ett visst antal undersökningar måste göras med godkänd handledare, och därefter måste man utföra ett visst antal skopier årligen för att få fortsätta skopera.

Vid mitt besök i Hull hade jag även möjlighet att prata med Rachels patienter. De såg inget negativt i att bli undersökta av en sjuksköterska. De kände sig väldigt väl omhändertagna och såg bara fördelar med det. Efter undersökningen skrevs ett svar ut och eventuell medicinering fick patienterna via inremmitterande läkare. I slutet av 2002 var det tänkt att sjuksköterskor även skulle få ordinera viss typ av läkemedel.

Sjuksköterskor i England har skoperat sedan mitten av nittiotalet och drygt 200 sjuksköterskor hade utbildat sig när jag var där på besök i mars 2002.

Nu är vi inne på år 2004 och fortfarande finns det inga sjuksköterskor som

skoperar Sverige. I USA började man för ca 12 år sedan och i England för snart 10 år sedan. Är det inte dags att även utbilda sjuksköterskor i Sverige i att skopera? Jag tror att vi kommer att få sjuksköterskor som utför undersökningar även i Sverige men frågan är när. Naturligtvis ska inte alla sjuksköterskor skopera. I England finns oftast en sjuksköterska som gastroskoperar och ibland en sjuksköterska som koloskoperar på de enheter där sjuksköterskor utför undersökningar.

Behovet av skopister i Sverige kommer säkert inte att minska. Kommer läkarnas tid att räcka till för alla som behöver skoperas?

Finns intresset hos sjuksköterskor att skopera och finns intresset hos läkare att sjuksköterskor utför skopier?

Hur går man vidare om intresse finns?

Jag är själv mycket intresserad och ser gärna att det kommer igång en diskussion i ämnet. ■

Kära gastrovänner!

”Nu är vi inne på år 2004 och fortfarande finns det inga sjuksköterskor som skoperar... Är det inte dags att även utbilda sjuksköterskor i Sverige att skoperar?” Så skriver Ingrid Karström, entusiastisk endoskopisköterska i Kristianstad i ett upprop på sidan fem i detta nummer av *Gastrokuriren*. I USA godkänner de flesta stater sjuksköterskor som självständiga skopister för flexibel sigmoidoskopi. I England förekommer sedan ett 10-tal år skopisköterskor som även självständigt gastroskoperar eller utför totala coloscopier. Antalet stiger kraftigt för varje år. I båda länderna har sannolikt en massivt utökad endoskopiverksamhet med colorektal screening med flexibel sigmoidoskopi utlöst denna nyrekrytering. Verksamheten har granskats i båda länderna och man har inte kunnat konstatera några påtagliga kvalitetsskillnader inom väldefinierade skopiområden, jämfört med läkarutförda endoskopier.

Hur står det till i Sverige? Är tillgången på skoperande läkare väldimensionerad? Är efterfrågan på endoskopiundersök-

ningar i avtagande? Jag tror knappast det. Ändå har det ännu inte visats någon större entusiasm att släppa fram våra sköterskor. Beror det på att frågan om colorektal screening inte fått någon nationell lösning? Skall det till ett beslut om sigmoidoskopiprogram för att frågan skall bli brännande? Är det inte dags att erbjuda en grupp av våra erfarna sköterskekollegor en möjlighet till förkovran och vidareutveckling av yrkesrollen. Förutom att många har förutsättningar att lära sig tekniken till fulländning och även konceptuellt få en ökande insikt om bildernas tolkning visar även all erfarenhet att utbildningen är väl investerad tid. Kunskapen blir kvar då denna grupp ofta är trogen sin ursprungliga arbetsplats.

Inför stundande Gastrodagar i Linköping i maj utlyser vi i detta nummer sedan vanligt ett antal stipendier. Välkomna in med ansökningar. Vi ser fram emot att få dela ut stipendierna personligen i samband med årsmötesförhandlingarna.

Emellanåt hör medlemmar av sig som inte längre får tidning eller andra



Anders Sylvan

försändelser utskickade till sin brevlåda. Inte sällan beror detta på ett adressbyte som inte nått vårt register. Var snäll och meddela alla adressändringar till vår ”ständiga sekreterare”, Barbro Soliman. Henne når man enklast med ett mail till: barbro.soliman@omv.lu.se

Avgiften för medlemskap i Svensk Gastroenterologisk Förening är densamma som förra året, d.v.s. 300 kronor, för pensionär 100 kronor, för hedersmedlemmar 0 kronor. För medlemmar i Läkarförbundet dras medlemsavgifter automatiskt, övriga får inbetalningskort hemskickat separat.

Anders Sylvan
Vetenskaplig sekreterare

Nutritionsdag

Centralsjukhuset, Karlstad

Målgrupp: Sjuksköterskor och undersköterskor inom medicinsk gastroenterologi.

Innehåll: Nutritionsaspekter vid olika gastroenterologiska tillstånd.

Huvudföreläsare: Med. Gastroenterolog, överläkare Ulla Johansson, Hudiksvall

Kostnad: 600 kr inkl. moms.

Lunch samt kaffe fm. + em. ingår.

Begränsat antal platser. Anmälan är bindande. Sista anmälningsdag 2004-09-01.

Vi översänder bekräftelse på deltagande efter inkommen intresseanmälan.

Bifogar då program och inbetalningskort.

Förfrågan och anmälan: gunilla.ljungberg@liv.se, margareta.hallgren@liv.se

Roux-en-Y gastric bypass

Hans-assisted Laparoscopy and Investigation of the Excluded Stomach

Magnus Sundbom

magnus.sundbom@surgsci.uu.se

Avhandling presenterad vid Uppsala universitet 23 maj, 2003.

Handledare Doc. Sven Gustavsson

Fakultetsopponent Doc. Jan Hedenbro, Lund

Roux-en-Y gastric bypass (RYGBP) är en ofta använd operation vid sjuklig övervikt (BMI >40 kg/m²) som ger kraftig viktminskning, men lämnar magsäcken urkopplad och svårundersökt för resten av livet. RYGBP är möjlig att utföra med laparoskopi men tekniskt krävande. Inom andra fält har handassisterad laparoskopi, en hybrid där man har en hjälpare hand inne i buken under bibehållet pneumoperitoneum, varit lovande. Målet med avhandlingen har varit att studera om handassisterad laparoskopi ger fördelar vid RYGBP och att utveckla tekniker för att undersöka den urkopplade magsäcken.

Vi utvecklade en handassisterad operationsteknik i en pilotserie på 13 konsekutiva patienter. Handportstekniken var lovande och endast en patient behövde konverteras till öppen operation. Operationstiden var 205 minuter och alla patienter återhämtade sig väl. Vi randomiserade sedan 50 konsekutiva patienter med BMI mindre än 55 kg/m² (median 46) till handassisterad eller öppen operation. Ingen handassisterad operation behövde konverteras, men operationstiden var längre, 150 mot 85 minuter jämfört med öppen operation. Det var ingen skillnad i patienternas återhämtning avseende postoperativt morfinbehov, vårdtid (6 dagar) eller viktneigång (40 kg efter 1 år).

Hos tre patienter med oklara gastrointestinala blödningar efter RYGBP kunde vi punktera den urkopplade magsäcken med ledning av ultraljud. Perkutan gastroskopi genom kanalen efter två veckor visade inga sår eller tumörer, men histologisk kronisk gastrit hos alla. Saltsyraproduktionen i den urkopplade magsäcken mättes hos sju patienter via en kvarliggande gastrostomi och var lägre

än normalt. 22 patienter undersöktes med HIDA-scint i gammakamera och 36% hade reflux av galla till den urkopplade magsäcken: Serologisk värdering (pepsinogen I, antikroppar mot H pylori samt H,K-ATPas) av magsäcksslemhinnan utfördes på 64 opererade patienter (RYGBP och ventrikelrestriktion) under 4 år. Det förelåg ingen skillnad mellan grupperna preoperativt. Pepsinogenvärdena sjönk markant hos dem som genomgått RYGBP, emedan de var oförändrade efter ventrikelrestriktion. S-pepsinogen används som screeningundersökning för kronisk atrofisk gastrit och ventrikelcancer i Japan. Våra låga nivåer skulle också kunna bero på slemhinneatrofi eller alternativt vara sekundärt till inaktivitet i den urkopplade magsäcken.

Avhandlingen har varit inriktad på patientsäkerhet vid RYGBP. Handassisterad laparoskopi var genomförbar men gav inte patienterna några omedelbara fördelar jämfört med öppen operation.

Tre metoder har utvecklats för undersökning av den urkopplade magsäcken och visar att den kännetecknas av kronisk gastrit, låg saltsyraproduktion samt frekvent reflux av galla. Magsäcksslemhinnan förefaller vara i ett vilostadium, men dessa fynd skulle kunna innebära en ökad cancerrisk på lång sikt.

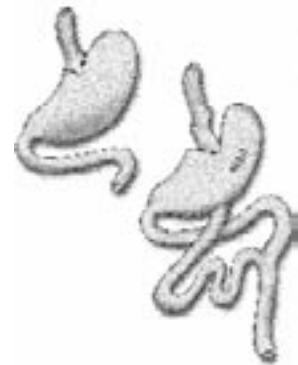


Bild 1. Vår operationsteknik vid Roux-en-Y gastric bypass (RYGBP). Magsäcken delas så att en liten ficka skapas vid cardia och resten kopplas ur födoämnepassagen. Magsäcksfickan anastomoseras till en 50 cm lång retrokolisk, retrogastrisk Roux-slynga.

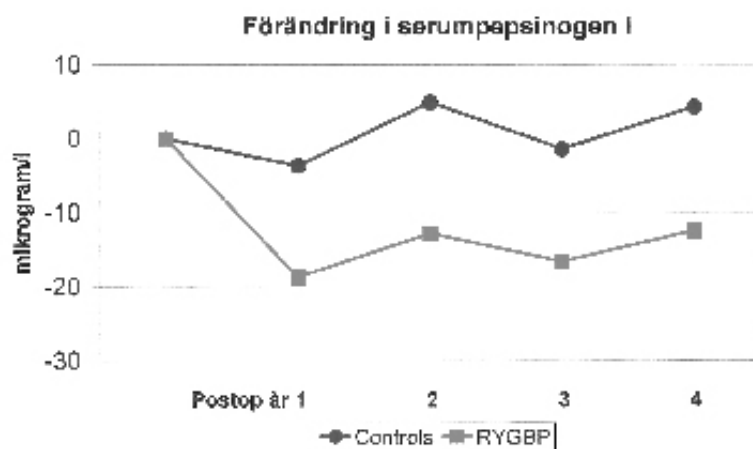


Bild 2. Serumpepsinogen I mättes pre- och postoperativt hos 64 patienter under 4 år. Hos samtliga som genomgått RYGBP sjönk pepsinogen efter ett år (i median 18,7 µg) och förblev lågt. Pepsinogennivåerna var väsentligen oförändrade efter ventrikelresektion.



Sköterskeutförda endoskopier – vad finns redovisat?

Kortfattad litteraturgenomgång

Allt sedan fiberendoskopin introducerades på 1960-talet har det nära nog varit ett globalt axiom att undersökaren skall vara läkare. När man så på 90-talet i USA introducerade storskalig colorektal screeningverksamhet insåg man tidigt behovet av alternativa undersökare. Sjuksköterskor och endoskopiassistenter utbildades i första hand för flexibel sigmoideoskopi och blev snabbt stora volymproducenter. I dag godkänner de flesta stater sjuksköterskor för självständig endoskopi. I England följde en liknande utveckling och här startades även utbildning och verksamhet med gastroskopi. År 2000 fanns 102 sköterskor på 76 olika sjukhus, nu närmar sig siffran 300 sköterskor. Efter mer än 10 års regelmässigt bruk finns en samlad erfarenhet på många centra. Vad finns då redovisat av detta? En sökning på medline under söksträngen *nurse AND endoscopy* ger idag 706 träffar. Av dem är merparten artiklar om sköterskor i assisterande endoskopisk verksamhet. Ett femtiotal arbeten behandlar dock endoskopisk verksamhet utförd av icke-läkare. Här följer en summarisk redovisning av några av dessa utan några vetenskapliga ansatser på att vara heltäckande.

Den första rapporten om flexibel sigmoideoskopi utförd av sköterska publicerades 1977 av Spencer (1). Ett år senare kunde författaren redovisa 6000 skopiundersökningar utförda av samma sköterska där även nära 500 små polyper behandlats med diatermi (2). I en studie av 825 sköterskeskopier detekterades polyper och annan patologi med en frekvens av 10,6% bland patienter över 50 år (3). Cancerfrekvensen noterades till 0,3%, en siffra som återkommer i senare screeningmaterial. I en tillförlitlighetsstudie 1988 jämfördes 100 videodokumenterade sköterskeutförda sigmoideoskopier med utfallet av en läkargranskning av samma

videoband (4). En utmärkt konkordans noterades ($k=0,72$). Med läkarutlåtandet som standard nådde sköterskegruppen en sensitivitet på 75% och specificitet på 94%. För att undersöka minsta antal sigmoideoskopiundersökningar för att uppnå objektiva kriterier på professionalitet i fråga om införandedjup, undersökningstid, identifiering av anatomiska strukturer och patologiska fynd, studerades ett träningsprogram med fem läkare och fem sköterskor under utbildning (5). Efter i genomsnitt 20 undersökningar nådde fem läkare och fyra av sköterskorna de objektiva kriterierna medan en sköterska fortfarande efter 35 undersökningar ej uppnått målen.

I en flitigt citerad och kommenterad artikel i *New England Journal of Medicine* 1994 redovisar WF Maule en jämförande studie mellan 1881 sköterskeskopier och 730 undersökningar utförda av läkare på samma institution (6). Man fann att införandedjupet skilde sig något men signifikant till läkarnas fördel (48 cm jfm 46 cm på män, 41 cm jfm 38 cm på kvinnor, $p=0,003$). Inga komplikationer noterades i någon grupp. Bland de undersökta patienter utan patologiska fynd som bokades in för ny skopikontroll efter ett år var bortfallet i den läkarundersökta gruppen 70%, medan 55% av sköterskornas patienter uteblev från undersökning ($p=0,001$). I en annan jämförande studie kunde ingen skillnad i patientnöjdhet konstateras mellan patienter undersökta av kirurgspecialister, sköterskor eller gastroenterologer under utbildning medan införandedjupet var 50 cm, 53 cm och 54 cm ($p=0,01$) för de respektive grupperna (7). Undersökningstiderna varierade marginellt, 7,6 min., 8,3 min. och 6,8 min. ($p=0,0001$) för respektive undersökargrupper.

Den första randomiserade studien redovisar 328 patienter slumpade till under-

sökning av antingen gastroenterolog eller skopisköterska (8). Man fann ingen skillnad i frekvens missade polyper (20% resp. 21%, $p=0,91$) medan införandedjupet skilde sig till gastroenterologernas fördel (61 cm resp 55 cm, $p=0,00001$).

Castle Hill Hospital i Hull var första engelska sjukhus att rapportera sitt träningsprogram för sköterskeutförda sigmoideoskopier (9). Programmet validerades prospektivt med hjälp av colonröntgenstudier av utförda undersökningar. Slutsatsen var att det krävdes 35 observerade skopier, 35 urdragningskopier följda av 35 fullt övervakade kompletta sigmoideoskopier innan självständig träning kunde inledas. Efter 215 undersökningar totalt var träningsprogrammet avslutat med en frekvens lyckade undersökningar på 93%.

En inventering av förhållandena 1999 visade att de flesta amerikanska stater hade dokumenterat godkännande av sköterskor eller skopiassistenter som självständiga utförare av sigmoideoskopi eller en beslutsmodell som tillät detta (10). En engelsk inventering i oktober 2000 redovisade 102 sköterskor på 76 olika sjukhus (11). Av dessa utförde 44 sköterskor både gastroskopier och sigmoideoskopier. Några sköterskor gjorde totala coloskopier och inalles sju sköterskor behärskade samtliga tre undersökningar.

Medan artiklar om sigmoideoskopi är frekventa saknas i stort utvärderingar av övre gastrointestinal endoskopi utförd av icke-läkare. I en nyligen publicerad engelsk studie av nära 3500 sköterskeutförda gastroskopier konkluderar författarna att endoskopisköterskor även kan utföra dessa undersökningar självständigt med hög säkerhet och effektivitet och att skillnader i intubationsfrekvens, diagnossäkerhet och patientnöjdhet är små jämfört med läkarutförda undersökningar (12).

De gynnsamma resultaten vid gastrointestinal endoskopi utförd av sköterskor har smittat av sig till andra endoskopiska discipliner. Under 2003 publicerades artiklar över såväl bronchoskopi, cystoskopi som hysteroskopi i sköterskereggi.

Urval av referenser:

1. Spencer RJ, Ready RL. Utilization of nurse endoscopists for sigmoidoscopic examinations. *Dis Colon Rectum*. 1977 Mar;20(2):94-6.
6. Maule WF. Screening for colorectal cancer by nurse endoscopists. *N Engl J Med*. 1994 Jan 20;330(3):183-7.
9. Duthie GS, Drew PJ, Hughes MA, Farouk R, Hodson R, Wedgwood KR, Monson JR. A UK training programme for nurse practitioners flexible sigmoidoscopy and a prospective evaluation of the practice of the first UK trained nurse flexible sigmoidoscopist. *Gut*. 1998 Nov;43(5):711-4.
12. Smale S, Bjarnason I, Forgacs I, Prasad P, Mukhood M, Wong M, Ng A, Mulcahy HE. Upper gastrointestinal endoscopy performed by nurses: scope for the future? *Gut*. 2003 Aug;52(8):1090-4.

(Fullständig referenslista kan erhållas av författaren)

Anders Sylan
anders.sylan@vll.se

Gastroenterologistipendium

För att stimulera forskning inom gastroenterologi delar Janssen-Cilag AB årligen ut ett stipendium på 50 000 kronor till yngre forskande läkare. Stipendiet avser att täcka kostnader för en studieresa (ej kongressresa), exempelvis till en utländsk forskningsinstitution. Sökande ska vara medlem i Svensk Gastroenterologisk Förening.

Sänd en ansökan innehållande en kort beskrivning av Din forskning samt den studieresa Du ämnar använda stipendiet till. Ansökan ska vara sekreteraren i Svensk Gastroenterologisk Förening (SGF) tillhanda senast den **2 april 2004**.

Sänd ansökan till: Svensk Gastroenterologisk Förening, c/o Doktor Anders Sylan,
Kirurgiska kliniken, Norrlands universitetssjukhus, 901 85 Umeå.

En jury bestående av medlemmar ur styrelsen för SGF och Janssen-Cilag AB utser stipendiet. Stipendiet kommer att delas ut i samband med Svenska Gastrodagarna i Linköping.

JANSSEN-CILAG

Rachel Hodson

– skoperande sjuksköterska i Hull

Det förekommer diskussioner i Sverige om man ska utbilda sköterskor så att även de ska kunna utföra skopier. I Storbritannien har man redan tagit detta beslut, och verksamhet med skoperande sköterskor har förekommit i flera år. *Gastrokuriren* åkte på besök till Hull för att få dela de erfarenheter man skaffat sig på vägen.



Dr Kevin Wedgwood och Rachel Hodson – sjuksköterska med lång erfarenhet av att på egen hand utföra skopier.

CASTLE HILL HOSPITAL ligger i yttersta utkanten av staden Hull vid Englands östra kust. Här träffar vi Rachel Hodson, sjuksköterska med lång erfarenhet av att på egen hand utföra skopier. Sedan fyra år är hon även "unit manager" på endoskopiavdelningen på Castle Hill.

Rachel är en varm, omedelbar kvinna vars personlighet utstrålar både omtanke och kompetent professionalism. Hon tvekar aldrig när hon svarar på frågor, och hennes engagemang och duglighet upplever man direkt som självklar.

Hon visar oss runt på det moderna sjukhusets endoskopimottagning, och

under turen hejar hon glatt på en mängd personer i den övriga personalen – kirurger, sköterskor och sekreterare. Många av dem har en fråga om något som är aktuellt, och Rachel ber ständigt om ursäkt för att hon hejdar sig för att tala en minut med dem vi träffar på.

Väl inne på hennes kontor får vi en ➤



Castle Hill Hospital ligger i utkanten av Hull vid Englands östra kust.

stund för oss själva, och vi får tillfälle att be Rachel berätta mer om sig själv och situationen för skoperande sköterskor i Storbritannien.

Egna kompetensen avgörande

Idag är Storbritannien det enda land i Europa som har skoperande sköterskor.

– Men det förekommer mycket i USA och i Australien, påpekar Rachel.

– Orsaken till att man så tidigt beslöt sig för att satsa på det i Storbritannien var att man under början av 90-talet var övertygad om att kolorektal screening stod för dörren. För att möta den anstormningen bestämde man sig för att starta utbildning för sköterskor så att de kunde utföra skopier.

Idag finns det cirka 300 sköterskor som utför endoskopier i Storbritannien. Vi frågar Rachel om hur den delen av deras verksamhet är reglerad.

– Det är parlamentet (riksdagen) som reglerar vad vi – då menar jag barnmorskor och sjuksköterskor – får och inte får göra. Tidigare var det en ganska detaljreg-

lerad lista, men 1992 ersattes den av en generell bestämmelse, där den s.k. ”scope regulation practice” finns.

– Den innebär i princip att man får göra det man behöver, om man har kompetensen att göra det och om det gagnar patienten, berättar Rachel.

Orsaken till att Rachel själv tidigt kom att intressera sig för endoskopi var, enligt henne själv, att hon var på ”rätt plats i rätt tid”.

– Jag var en av de första som fick uppdraget att skriva en kurs, ett uppdrag som jag tyckte verkade intressant och direkt nappade på. Det var år 1995, och uppdraget gällde att skriva en kurs för flexibel sigmoidoskopi. Samma höst satte vi igång med att utbilda sköterskor i det.

Sedan fortsatte vi med gastroskopi.

Specialinriktat för sköterskor

Kursen bestod då som nu av två delar – en teoretisk universitetsdel, man får en s.k. ”degree”, samt en praktisk del som man får genomföra på en mottagning.

– Det fanns inget träningsprogram för läkare heller i Storbritannien då, påpekar Rachel.

I den teoretiska delen av kurserna ingår speciella inslag, riktade mot sköterskor.

– Det handlar om olika kompetenser: Att kunna kartlägga en patients sjukdomshistorik, att få patientens samtycke till det man ska göra och lägga upp en behandlingsplan. Fr.o.m. 1996 har vi även inkluderat sedering i kursinnehållet. Det betyder alltså att sköterskor med denna kompetens även får ge sådan till patienten.

Tre viktiga fördelar

Rachel har länge arbetat tillsammans med Dr Kevin Wedgwood, consultant surgeon in upper gastro and pancreatic surgery, som kommer in och slår sig ner tillsammans med oss. Kevin var också med och utformade dessa utbildningar tillsammans med Rachel.

Vi undrar över hur kirurgerna ser på det förhållandet att sköterskor som Rachel

och hennes kollegor utför en del av deras arbetsuppgifter.

– Det är mycket bra, anser Kevin.

– Det finns tre viktiga fördelar med att låta sköterskorna ta över endoskopin: För det första får man en högt motiverad, stabil arbetskraft som är genuint villig att lära sig nytt. Med stabil menar jag att de stannar kvar. Problemet med doktorer är att de går utbildningen, men sedan gärna flyttar någon annanstans.

Rachel påpekar att ett motargument, när dessa planer diskuterades under början av 90-talet, var att det var en sådan brist på sköterskor rent allmänt i Storbritannien.

– Det fanns de som ansåg att inte ”hade råd” att avvara sköterskorna den tiden det tog för dem att gå utbildningen, avslöjar hon och fortsätter:

– Verkligheten har dock visat sig vara tvärtom. Det är klart bevisat att sköterskorna blivit mer benägna att stanna kvar på sin arbetsplats när man vidareutvecklat deras arbetsuppgifter och höjt deras kompetens.

– Fastän de utför en mycket teknisk undersökning, vill jag påstå att de rent generellt är bättre än doktorerna när det gäller att kommunicera med, och att ta ett socialt ansvar för sina patienter. Det är det andra skälet, fortsätter Kevin.

– Det tredje är att när man väl har fått en utbildad sköterska, så är den personen en värdefull resurs när det gäller att utbilda andra – och då menar jag både sköterskor och doktorer!

– Idag är det så att en utbildning, varvat med det praktiska, tar ett år. När en doktor vill ha en utbildning här, är bland det första vi frågar om han/hon kan tänka sig att bli utbildad av en sköterska.

– Blir svaret då att de att de inte kan det, så får de helt enkelt ingen utbildning, säger Kevin.

Sällan använd backup

Rachel åtgärdar mycket av det hon ser när hon utför en endoskopi.

– Jag tar biopsier och jag kan t.ex. slynga en polyp, avslöjar hon.

Vi undrar vad det är hon *inte* får göra, när hon måste stoppa och kalla på Kevin eller någon av hans kollegor.

– Om det är för stort, svårt eller komplicerat, blir det enkla svaret.

– Om det faller utanför det som beskrivs i scope regulation practice – dvs. att det ligger utanför min kompetens. Men det finns ingen definierad lista på sådana saker, eftersom kompetensen varierar från individ till individ.

Det finns alltid en backup i form av en kirurg när Rachel eller hennes kollegor utför en endoskopi.

– Vi vet vem vi ska kalla på om det behövs, men det är inte så att de står och väntar, säger Rachel.

– Det har hänt två gånger på sju år, påpekar Kevin.

– Och under den tiden har jag utfört ungefär tio tusen endoskopier, säger Rachel, och tillägger att man noga har följt upp och kontrollerat patienter – med gott resultat.

Hög tillförlitlighet

Det är mycket imponerande siffror, och vi frågar hur det förhåller sig i Storbritannien som helhet. Rachel berättar att hon kan erinra sig totalt två fall som lett till formell granskning.

– Det ena var en colonperforering som hände i Skottland, och det andra var ett cancerfall i England, minns hon.

– I det sista fallet handlade det om att man senare konstaterade cancer på en patient, och frågan var om den sköterska som gjort undersökningen hade missat att upptäcka den och ta vävnadsprov vid undersökningstillfället.

– De här två fallen har utretts mycket noga i efterhand. Man har undersökt om det på något vis kunde vara de skoperande sköterskorna som kunde ställas till ansvar för det som skedde, och i båda fallen har man kommit fram till att så inte var fallet.

Kevin påpekar att en indikator på hur det förhåller sig med tillförlitligheten till sköterskornas kompetens går att finna i de försäkringsavgifter de betalar.

– En läkares ansvarsförsäkring kostar flera tusen pund om året, säger han.

– Motsvarande för en skoperande sköterska går på ungefär hundra!

Erfarenheten byggs upp gradvis

Till slut undrar vi hur själva den praktiska delen av utbildningen går till. På Castle Hill Hospital har man simulatorer, och Rachel tycker att de är en bra inkörsport.

– De är bra att träna sig på initialt. Man kan lära sig greppen, instrumenten och hur man hanterar olika vridrörelser.

– Men de är inte så bra för att skaffa sig erfarenheter av sådant som man stöter på. Där finns det bara verkligheten att använda sig av. Man får vara med och följa mer erfarna kollegor och gradvis byggs erfarenheten upp. Man får ta över mer och mer avancerade uppdrag i den takt som man känner sig säker på. Det är den delen som sedan utökas hela tiden – man skaffar sig undan för undan en allt högre skicklighet och kompetens. Någon annan väg finns inte att gå.

Att träna på djur, som t.ex. sövda grisar förekommer inte alls i Storbritannien, och Rachel ställer sig helt avvisande till en sådan tanke.

– Det strider helt mot vår kultur, anser hon.

Dagen lider mot sitt slut och det finns andra som väntar på Rachel Hodson. Vi tar adjö, och undrar om hon kan tänka sig att komma över till Sverige för att dela med sig av sina erfarenheter om intresse skulle finnas. Hon har flera gånger tidigare anlitats som föreläsare – även en gång i Sverige.

– Javisst, självklart, svarar hon direkt.

En bättre ambassadör för skoperande sköterskor har vi svårt att föreställa oss. *Gastrokuriren* har hennes adress.

Per Lundblad





SADE-dagarna i Göteborg

Vintersolen sken från en blå himmel på Hotel 11, beläget på det gamla varvsområdet i Göteborgs hamn. Det var den 15:e januari, och det var dags för den första av årets två SADE-kursdagar att gå av stapeln.

År 1957 utförde Basil Hirschowitz den första gastroskopin med ett flexibelt instrument. Sedan dess har utvecklingen gått allt fortare.

När SADE bildades för mer än två decennier sedan stod det klart att utbildning av endoskopister är ett måste. Detta är minst lika aktuellt år 2004.

Ovanstående är hämtat från kursprogrammet och signerat av Per-Ola Park, öl på Endoskopienheten vid SU/Östra sjukhuset i Göteborg.

Det var Per-Ola som tillsammans med Anders Eriksson, Tom Öresland och Maria Bergström hade huvudansvaret för kursinnehållet dessa dagar. Efteråt var Per-Ola mer än nöjd med hur kursen avlöpt.

– Det gick över förväntan bra, svarar han på vår fråga när allt lugnat ner sig ett par dagar efteråt. Per-Ola gör en musikalisk jämförelse för att beskriva SADE-dagarna:

– Är de första tonerna i ett musikstycke bra, och de sista också, blir det för det mesta bra däremellan.

Aferesbehandling

Även denna gång var både endoskopister och endoskopiassistenter inbjudna till kursen. Första dagen hade de separata föreläsningar. Endoskopiassistenter samlades i den centralt belägna föreläsningsteatern där de hälsades välkomna av Per-Ola.

Först ut i programmet där den dagen var Annelie Lindberg, sjuksköterska från Södersjukhuset i Stockholm. Hon talade om selektiv granulocyt- och monocytferesbehandling med Adacolumn. Erfarenheterna man skaffat sig av denna behandling var mycket goda.

– Vi har patienter med ulcerös colit som säger sig ha fått ett nytt liv, berättade Annelie.

– Det saknas randomiserade, kontrollerade studier och det är det vi håller på med på Södersjukhuset nu.

– Men patienten är sin egen kontroll. Mellan 70 och 80% av dem har blivit mycket bättre, fortsatte Annelie.

Hon avslöjade också att man avser att starta upp en randomiserad, dubbelblindad studie på Chrohns sjukdom i Norden under början av 2004.

Behandlingen ges en gång i veckan och fortlöper under fem till tio veckor.

– Kostnaden för ett filter måste ställas i relation till andra kostnader för dessa patienter, anser Annelie.

– Ingen av dem som fått behandlingen har haft någon akutsjukvård på en tidsperiod på mellan fem och nio månader.

Endoskopi via Internet

Intresset var alltså stort bland de församlade endoskopiassistenter på morgonen. På samma sätt var det i konferensrummet längst upp i byggnaden mittemot.

Dit hade läkarna sökt sig för att följa några endoskopiska undersökningar som utfördes i samma stund på SU/Östra. Via TV-kameror hade man direktkontakt via Internet, och på en stor bildskärm i konferenslokalen kunde samtliga följa vad som skedde i undersökningsrummet på sjukhuset.

Överföringen sker i realtid, så deltagarna kunde ställa frågor till endoskopisten Peter Rolny samtidigt som han utförde sina undersökningar. Bilden växlade mellan vad man såg i själva endoskopet och kunde på begäran zooma in valda delar av verksamheten i undersökningsrummet.

Det var premiär för SU/Östra för den här typen av överföringar, men allt avlöpte väl.

– Personalen tyckte naturligtvis att det var lite nervöst, eftersom de visste att så många detaljgranskade vad de gjorde, men det gick ju också väldigt bra, säger Per-Ola och tillägger – som svar på vår direkta fråga – att det inte var några problem att få patienterna att ställa upp. ☺



Annelie Lindberg

Trångt runt utställarna

Första tonerna i musikstycket blev alltså bra och eftermiddagen gick i samma tonart.

Peter Villman från Gentofte, Danmark informerade och visade bilder för läkargruppen från endoskopisk ultraljudsskanning. Samtidigt föreläste Leif Larsson och Margareta Forsell om hygienaspekter vid endoskopier.

Christer Staël von Holstein fortsatte sedan i läkargruppen med att föreläsa om Esofagus cancer och Maria Bergström i endoskopiassistentgruppen om utredning av gastrointestinal blödning.

Programmet avrundades för denna dag med en expertpanel bestående av Aksel Kruse, Sören Meisner och Sven Andersen i läkargruppen som handlade om stentbehandling och av Anna Antfolk som talade om dokumentation och kvalitetssäkring.



Kursdeltagare vid simulator.



Per-Ola Park

Däremellan hade man under kaffe-pauser och lunchuppehåll trängts bland utställarna. Dryga dussinet fanns på plats för att visa upp det senaste i sitt sortiment.

Ultraljudsbilder

Dagen därpå fick samtliga deltagare packa ihop sig i den stora konferensteatern. Programmet var gemensamt för båda yrkeskategorierna.

Först ut denna dag var Ervin Toth och Thomas Fork från MAS och Anders Eriksson SU/Östra. Rubriken var tunntarmsimaging.

Thomas Fork visade bilder där man använt ultraljudsteknik.

– Ultraljudet fungerar som kirurgens förlängda hand i buken, hävdade Thomas.

Han fortsatte med att beskriva tekniken



Yvonne Flack från Fornordic med videokapsel i handen.



Paul Swain

som en konst, där det är handen, ögat och hjärnan som får arbeta.

Kameran man sväljer

Större delen av tunntarmen har varit bortom endoskopets räckvidd, vilket man ansett som mycket frustrerande. Anders Eriksson föreläste om det nya tillskottet – kapsel video enteroskopi (CVE).

Förutom att denna teknik är mycket enkel, icke invasiv och smärtfri, så ger den bilder från *hela* tunntarmen. Patienten sväljer helt enkelt en kamera (26x11 mm) och får sedan under 8 timmar bära en utrustning bestående av ett antennsystem, batteri och en receiver för samlandet av bildmaterialet. Kapseln tar två bilder i sekunden som den sänder till receivern. Därefter sammanfogas dessa till en ”film” som kan analyseras.

Anders redogjorde för ett stort antal indikationer för CVE och var övertygad om att kapseln kommit för att stanna.

Per-Ola Park intog podiet efter detta. Han talade om endoskopisk behandling av GERD och började med att ge en historisk bakgrund med endoskopiska tekniker, injektioner och fibrosering.

Per-Ola pekade på suturmaskinen och hänvisade till professor Paul Swain från London som ”satte en snöboll i rullning” i och med skapandet av denna.

– Än så länge är det medicinsk behandling med piller alternativt kirurgi som gäller, men i framtiden kommer det att vara endoskopiska metoder, sammanfattade Per-Ola. ☺

Framtida visioner

Under kaffepausen fick det ställas in extra stolsrader i föreläsningssalen. Det var dags för Paul Swain att föreläsa under rubriken "Future perspectives on endoscopic development"

Professor Swain visade sig vara i besittning av en god portion torr engelsk humor, och det var ofta som åhörarnas skratt hördes i lokalen.

Han har fått epithetet "endoskopins Uppfinnar-Jocke" och han är mannen bakom suturmaskinen och även videokapseln. En egenhet han har är att han alltid testat alla sina uppfinningar på sig själv. Han var den första personen i världen som svalde en videokapsel och har dessutom bl.a. haft en pH-mätare med radiosändare i magen under ca tre månader (!). Därför anser han sig vara innehavare av världsrekordet i grenen "live radiosändning från magen".

Paul inledde sin föreläsning med att visa en bild från videokapselns slutstation – tagen i riktning uppåt från toalettskålens botten.

Han fortsatte med att sja om utvecklingen för videokapseln. Att kunna styra den framåt och bakåt är en av huvuduppgifterna man arbetar på nu. Det är peristaltiken som driver kapseln idag. Här finns problem med kraftförsörjning, eftersom de batterier som kan ge



Lennart Svenningsson, patient med videokapsel i magen, är mycket positiv till den smärtfria undersökningen.

den kraft som krävs i denna storlek är litiumbaserade och alltså inte kan användas. Konsekvenserna av ett scenario där kapseln skulle gå sönder blir besvärliga då.

Han trodde dock att dessa problem skulle kunna lösas. Dessutom kommer kapseln att kunna ta fler bilder och även kunna ta bilder i båda riktningar.

Den snabba esofaguspassagen är ett mer svårlost problem, enligt Paul Swain. Han hoppades att man skulle kunna lösa det med att kapseln tar betydligt fler bilder i ett initialt skede.

Han avrundade med att peka på några av de problem som han ansåg vara "The inventors dilemma". De består i att:

- Den genomsnittliga tiden för en uppfinning att bli allmänt använd är längre än tio år.
- Företagen begränsar sig ofta till projekt som ger vinst inom en kort tid, 1–2 år.
- Ett patent av 200 i genomsnitt ger vinst.
- 9 av 10 nystartade företag i den här branschen tjänar inga pengar.

Teamwork bakom framgången

Paul Swains framträdande var verkligen en höjdpunkt under kursen. Även den sista programpunkten blev mycket uppskattad. Den bestod av att Maria Bergström tog hjälp av en expertpanel, gav en fallbeskrivning med information om patienten och visade därefter bilder på storbildsskärmen.

– Kan man slynga en så här stor polyp, frågade hon, stoppade inspelningen och experterna fick svara. Sedan fick vi se vad som hände när hon startade videon igen...

Det handlade även om två fall kolonperforation och PEG-komplikation. Även publiken var med och ställde frågor och gav kommentarer.

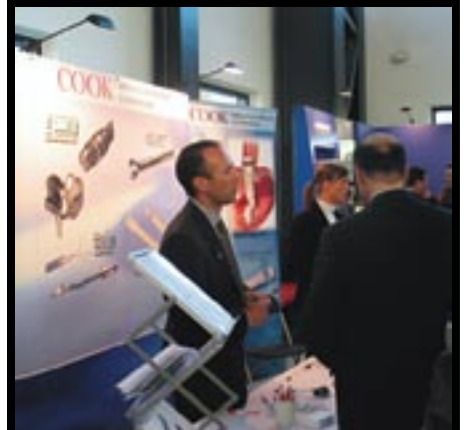
Sammantaget blev det ett par mycket lyckade och uppskattade dagar i Göteborg, som de ansvariga har all anledning att vara mer än nöjda med.

– Men jag vill framhålla att personalen här på GEA på SU/Östra har dragit ett stort lass, säger Per-Ola.

– Utan dem och deras insats med att ordna allt, hade det inte blivit något!

Per Lundblad

Det var många som trängdes kring utställarna under pauserna.





Hotmail – webbaserad e-post

På Internet finns det ett stort antal program som man utan kostnad kan hämta hem till sin egen dator. I förra numret av *Gastrokuriren* tittade vi närmare på hur en sådan hämtning går till.

Oftast är det ett vilkor att man uppger sin e-postadress när man ska ladda ned filerna. Det beror naturligtvis på att de företag som står bakom programmen i framtiden vill kunna skicka ut reklam om kommande produkter till användaren.

Oönskad e-post i inkorgen – s.k. *spam* eller *junk mail* – har blivit ett stort problem för många datoranvändare idag. Det kan bli hundratals brev i veckan och de flesta av dessa erbjuder tjänster och produkter av tvivelaktig karaktär.



Två typer av e-post

Många av dessa brev skickas ut på vinst och förlust av avsändaren, och har man väl börjat få dem i sin inkorg är det svårt att bli av med dem. Visserligen kan man blockera enskilda avsändare, men eftersom dessa ständigt byter avsändaradress ger det ingen större effekt.

Det är därför en god regel att man är synnerligen sparsam med att lämna ut sin e-postadress. Bättre är det i så fall att skaffa flera e-postadresser som ligger på Internet. Det finns många leverantörer av sådana tjänster på Internet, och de kostar ingenting att registrera och utnyttja.

Det finns två sorters e-posttjänster. Dels är det den e-post som man oftast får med sitt Internetabonnemang och som kräver särskild programvara – vanligen Outlook eller Outlook Express – för att hantera. För att en dator ska kunna ta emot denna post måste detta program konfigureras för det aktuella kontot. Det är en jämförelsevis krånglig procedur, men den kan göras på vilken dator som helst om man har alla de tekniska uppgifter, användar-ID och lösenord som följde med abonnemang. E-posten kan alltså endast hämtas till de datorer som har denna konfiguration.

Den andra typen av e-posttjänst kallas *webbaserad e-post*. Det innebär att man kan skicka och ta emot e-post med hjälp av sitt vanliga webbläsarprogram, t.ex. Internet Explorer eller Netscape. Fördelen med den här typen av e-post är att man alltså kan läsa och skicka sina brev på vilken dator som helst i hela världen (om den har Internetanslutning) samt att man kostnadsfritt kan använda sig av flera olika konton som man sedan specifikt använder för olika sammanhang.

Nackdelen med dem är att de har en ganska låg säkerhet, de har begränsningar i lagringsutrymme och de innehåller reklam. Men de är väldigt bra att ha i specifika sammanhang – som t.ex. när man är ute och reser eller ska uppge en e-postadress för att ladda hem ett nytt program från Internet.

Naturligtvis fungerar dessa olika typer av e-post som vanligt sinsemellan. Det går alldeles utmärkt att skicka ett brev från t.ex. Outlook till Hotmail, och tvärtom.

Registrera konto

Ett av de populäraste programmen heter Hotmail och det är mjukvarutillverkaren Microsofts egen webbaserade e-posttjänst. Det är enkelt att registrera ett konto, så här går det till:

Först går man till adressen www.hotmail.com. Högt upp på startsidan finns det tre flikar och vi klickar på fliken i mitten: **Registrering av nytt konto**.



Nu kommer vi till en ny sida som kallas **Registrering**. Under rubriken *Profilinformation* ska vi fylla i ett antal uppgifter om oss själva. En del av dessa – som t.ex. namn – ska skrivas in manuellt, andra uppgifter svarar man på med hjälp av en rullmeny där man klickar på det relevanta alternativet. ➔

Nästa rubrik som möter oss är *Kontoinformation*. Här ser vi vilka uppgifter det är som vi ska fylla i:

Först och främst ska vi ange vilken e-postadress vi önskar. Vår adress kommer alltid att sluta med *@hotmail.com*, så det är endast vad som ska stå *före @* som vi kan påverka.

Man kan ju börja med att pröva med sitt förnamn, följt av ett understreck (Hotmail accepterar inte en punkt) och sitt efternamn. Det får aldrig finnas några mellanslag i en e-postadress! Det troliga är dock att det redan är taget, men mer om det senare.

Man kan naturligtvis också ta en helt anonym bokstavs-kombination eller smeknamn när man registrerar sin adress – *gastrokuriren@hotmail.com* eller liknande. Det är endast det som står framför *@* som vi ska fylla i rutan.

Därefter är det dags att välja ett *lösenord* på minst sex tecken som man ska skriva två gånger efter varandra. Det är detta lösenord som man sedan ska använda när man ska logga in sig på sitt e-postkonto via webben.

Hemlig fråga är en rullist med nio alternativa frågor som man kan välja mellan. Man kan välja mellan faderns andranamn, favoritlärarens förnamn m.fl. När man valt sin fråga, skriver man sedan in sitt svar i rutan under. Orsaken till allt detta är att man med hjälp av denna information ska kunna erhålla sitt lösenord om man glömmer bort det. Välj därför en fråga som har ett svar som inte andra kan lista ut.

Slutligen ska man skriva av de tecken som är lite underligt skrivna. Orsaken till den här konstiga uppgiften är att man vill förhindra maskinell massregistrering av Hotmailadresser. Det är svårt för en dator att tyda de tecken som står i rutan, men inte för en människa.

Härnäst kommer det avtal som Microsoft vill att man läser igenom, och som reglerar villkoren för användandet av Hotmail. När man gjort det så måste man klicka på knappen **Jag accepterar** längst ned på sidan. Om man till äventyrs inte vill göra det finns det också en **Avbryt**-knapp. Klickar man på den avbryts registreringen. Det är alltså ett villkor att man accepterar för att man ska kunna gå vidare.

Upptagna personnamn

Har man nu valt sitt för- och efternamn, åtskilda av ett understreck, som adress är det troligt att man möts av följande meddelande:

Namnet finns redan registrerat, och Hotmail föreslår några alternativ som är lediga. Man kan också försöka sig på att skriva en helt ny om man hellre vill det.

I det här fallet prövar vi med adressen **pl_gastrokuriren** i stället. (Använd aldrig å, ä och ö i e-postadresser!) När valet är gjort får man klicka på **Jag accepterar** igen. Det kan hända att den här proceduren får upprepas flera gånger, tills dess att man hittat en unik adress. I det här fallet hade vi dock tur.

Registreringen av adressen är klar, men vi måste ändå trycka på knappen **Fortsätt** längst ned på sidan. Det är nu vi ska bestämma oss för vilken typ av konto vi ska ha.

Logga in var 30:e dag

Hotmailkonton finns i två varianter – ett debiteringskonto som i dagsläget kostar 270 kr/år, samt ett som är helt gratis.

Skillnaderna mellan dessa båda varianter är stor. Vi är naturligtvis intresserade av det kostnadsfria kontot och den viktigaste skillnaden är att man måste logga in på **det minst en gång var 30:e dag!** Om man *inte* gör det inaktiveras kontot, och efter 90 dagar raderas det. Efter en nyregistrering av ett konto, måste man dessutom logga in en gång senast tio dagar efter registreringen. Ett bra tips är att göra det med en gång efter registreringen!

Rent praktiskt betyder det sedan att man måste kolla av sin e-post minst en gång i månaden. Avstår man från att göra det, raderas all e-post efter 30 dagar. Man har efter det ytterligare 60 dagar på sig att återaktivera kontot, men då är all post ohjälpligt borta.

En annan begränsning är att kontot maximalt får innehålla 2 megabyte lagringsutrymme. Det medger visserligen att ganska många brev som får plats, men man bör tänka på att bifogade

filer ofta tar upp ett betydligt större utrymme än själva breven. Det är därför viktigt att man tar bort eller sparar viktiga filer och brev på sin dator i stället.

När kontot har lagringsutrymme fullt, returneras brev som kommer därefter till avsändaren. Man kan alltså inte nå via Hotmail förrän man har rensat i lagringsutrymme.

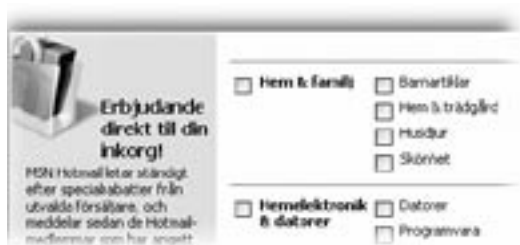
När det gäller att skicka enskilda brev är begränsningen 1 megabyte (inklusive bifogade filer).

Motsvarande begränsningar på debiteringskontot är 10 MB lagringsutrymme och 3 MB för att skicka. Man behöver heller inte logga in under bestämda tidsperioder.

Sidan vi kom till genom att klicka på **Fortsätt** innehåller all övrig information om detta konto. Vi klickar emellertid på länken **Gratis e-post**.

Eller, registrera dig här för [GATES e-post](#)

Nu öppnas en ny sida, och den här vill vi varna för!



Reklamerbjudanden

Här är det meningen att man ska markera olika intresseområden. Sedan kommer man att erhålla specialerbjudanden från olika försäljare inom de områden man markerat. Vår rekommendation är att man avstår från detta. Klicka istället på knappen **Fortsätt** som man finner längst ned på sidan.

Nu är allt klart. Så här ser startsidan man kommer till ut. Det är den man sedan kommer till varje gång man loggar in sig på sitt Hotmail-konto.



På sidans övre del finns tre flikar. Genom att klicka på **Post** kommer vi att förflyttas **Inkorgen**, och där läsa de mail som samlats där.

I en meny längst upp i **Inkorgen** finner vi kommandot **Nytt** längst till vänster:



Klicka på **Nytt** för att skriva ett e-postmeddelande. När det är klart klickar man på **Skicka** som man finner på samma plats som **Nytt** låg på.

Logga in via webben

När man sedan vill använda sig av sitt Hotmailkonto så går det som tidigare påpekats bra att göra det från vilken dator som helst som har en Internetuppkoppling. Gå bara till adressen www.hotmail.com. Nu kommer man först till en inloggnings-sida. Det är samma sida som vi kom till när vi gick dit för att registrera vårt konto. Den här gången ska vi söka rätt på inloggningsrutan i sidans mitt:



Skriv först in e-postadressen (i det här fallet alltså *pl_gastrokuriren@hotmail.com*) och sedan lösenordet. Klicka sedan på knappen **Logga in**.

Nu kommer vi att förflyttas till vår personliga startside, och där kan vi både läsa och skicka e-post.

Redan på startsidan kan vi se hur det står till på kontot. Till vänster på sidans mitt finns en sammanfattning:



Den här rutan talar om hur stor del av det tillåtna utrymme på 2 MB som utnyttjas för närvarande, vi kan också se att det finns ett oläst brev i inkorgen. Att det är oläst framgår av siffran inom parantes.

Hotmail har också ett skräppostfilter. Post som fastnar där töms regelbundet en gång i veckan, och påverkar inte det tillåtna utrymme på 2 MB. Sådan skräppost läggs i en särskild mapp, under **Inkorgen** och klickar man där kan man läsa den. Om man finner en avsändare där som man verkligen önskar få utskick från i framtiden kan man enkelt meddela Hotmail det.

Reklam

Det finns en hel del reklam på Hotmail, det är ju den som finansierar tjänsten. När man skickar ett brev härifrån, läggs också en reklamrad från Microsoft till i brevet slut. Så här ser ett sådant brev ut när det hamnar hos mottagaren:



Under det meddelande jag skrivit har ett streck dragits, och där kan man läsa en reklamrad för MSN:s sökmotor.

Det är mycket viktigt att man kommer ihåg att logga ut varje gång man besöker Hotmail. Knappen finner man i högra hörnet av sidans övre del.



När man loggar ut kommer man automatiskt att förflyttas till MSN:s hemsida. Det kan man inte påverka, men väl där kan man naturligtvis klicka sig vidare vart som helst på Internet eller avsluta sessionen genom att stänga webbläsaren.

Andra leverantörer

Det är inget som hindrar att man skaffar sig flera olika web-baserade e-postadresser. I princip kan man registrera hur många Hotmail-konton som helst – bara man ser till att hålla liv i dem genom att logga in en gång var 30:e dag.

Det finns flera leverantörer av sådana här tjänster. Yahoo Mail (www.yahoo.se), Passagen Mail (www.passagen.se) och Spray Mail (www.spray.se) är tre andra svenska stora leverantörer av gratis e-post.

De fungerar på samma sätt som Hotmail, både att registrera och hantera. Alla dessa har dock inte (ännu) inloggningskrav på 30-dagars intervall.

De bör inte ersätta den e-post som man har direkt till sin egen dator via ett e-postprogram, men fungerar alldeles utmärkt som ett komplement. De är idealiska att använda när man ska uppge sin e-postadress för företag på nätet. Säkerheten är visserligen inte lika stor som på "hemadressen", men man måste komma ihåg att all e-post är att jämföra med ett vykort på posten. Vem som helst (med rätt utrustning och kunnande) kan läsa den. Vill man vara helt säker bör man därför använda sig av ett krypteringsprogram.

Och visst är det praktiskt att kunna skicka en semesterhälsning direkt från ett Internetcafé på semestern i Thailand, t.ex. Där är skillnaden mot ett vykort stor – mottagaren har brevet efter några sekunder!

Skicka gärna en rad till mig – adressen kan ni ju nu: pl_gastrokuriren@hotmail.com

Per Lundblad



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 Stael 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



Urban Karlbom
Kassör i SGF
Kirurgiska kliniken
Akademiska sjukhuset, Uppsala
E-post: urban.karl bom@akademiska.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 SGFs 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



Stipendier

Fyra resestipendier à 3 000 kronor delades ut för deltagande i Svenska Gastrodagarna i Linköping (Lars Ahlgren, Ersta sjukhus, Yvonne Åhsberg, Mölndal, Monika Blick, Östra sjukhuset i Göteborg och Anne Larsson, Ersta sjukhus). Ytterligare två resestipendier delades också ut, ett för deltagande i Nordiska Gastrodagarna i Oslo (Lena Bylund, Umeå, 4 000 kronor) och ett för Europeiska Gastrodagarna i Prag (Gunilla Strand, Ersta sjukhus, 6 000 kronor).

Olympusstipendiet på 10 000 kronor gick till Kaynoosch Hafezi, Västerås. Stipendiet för Umeåkursen/Erstakursen på 10 000 kronor gick till Anette Håkansson, Lund.

Stipendium för 40 p kurs i gastroenterologi på 10 000:-. Kursen går inte under våren, preliminär start blir den 8 september 2004.

Tack till våra sponsorer

Vi tackar varmt följande sponsorer för deras bidrag: Olympus-Optical, SFG, Bard, Cook, Boston Scientific, Kungshusens Medicinska, Celltech, Otsuka samt ett extra tack till Örebro.

Kurser

Kirurgkliniken på Södersjukhuset planerar en 2-dagars ERCP-kurs för assistenter & läkare. Preliminärt datum: 6–7 december 2004. Ansvarig: Claes Söderlund.

Anna Antfolk
Sekreterare

SEGP's STYRELSE 2004



Ordförande:
Ingvor Berggren
Endoskopienheten, Centralkliniken
Östra Sjukhuset
416 85 Göteborg
Tel: 031-3436715
Fax: 031-3434925
Ingvor.berggren@vregion.se



Vice Ordförande:
Marielle Fenton Andersson
Endoskopienheten SU/Mölndal
Göteborgsvägen 80
431 80 Mölndal
Tel: 031-3432911
Fax: 031-3432914
marielle.fenton.andersson@vregion.se



Sekreterare:
Anna Antfolk
Endoskopiskt Centrum Medicin
Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-6163248
Fax: 08-6163249
anna.antfolk@sos.sll.se



Kassör:
Berit Persson
Endoskopienheten, Kir Spec mott
Universitetssjukhuset Lund
221 85 Lund
Tel: 046-171334
Fax: 046-172004
berit.persson@skane.se



Ledamot:
Inger Löfberg
Endoskopiskt Centrum Medicin
Södersjukhuset
118 83 Stockholm
Tel: 08-6163258
Fax: 08-6163254
inger.lofberg@sos.sll.se



Ledamot:
Monica Wåhlin
Mag-tarmmottagningen
Länssjukhuset Ryhov
551 85 Jönköping
Tel: 036-322027
Fax: 036-322055
monica.wahlin@ljtkpg.se


Universitetssjukhuset i Linköping
inbjuder till

Svenska Gastrodagarna

Linköping

5-7 maj 2004

*Registrera dig på
Gastrodagarnas hemsida
för att få kontinuerlig
information mailad om
uppdateringar av
programmet*



www.congrex.com/sg2004/index.html

Olympusstipendium

Olympus Optical AB utannonserar årets Olympusstipendium.

Olympusstipendiet, som är på 25 000 kronor, är avsett för läkare som ämnar utbilda sig vid endoskopiska centrum eller forska 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 **2 april 2004**.

Ansökan skickas till SGE, 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 Svenska Gastrodagarna i Linköping.

Välkommen med Din ansökan!

Olympus Optical AB
 Svensk Gastroenterologisk Förening