



GASTROKURIREN

TIDSKRIFT FÖR SVENSK GASTROENTEROLOGISK FÖRENING

NUMMER 3 • 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 2004:

	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr 4:	10 nov	9 dec

INNEHÅLL:

Ordföranden har ordet	3
Från sekreterarens bord.....	4
Kongressrapport från Miami.....	5
Kirurgveckan i Jönköping.....	6
Riksstämmoprogram.....	7
Abstract till Riksstämman.....	8
Avhandling – Marcus Ehrström.....	10
IBD-kurs, Sardinien	13
IT-tipset	15
Reportage – KAVA i Lund.....	23
Tankar kring sköterskeskopier.....	29
SEGPs sida.....	30
Inbjudan till kurs i Örebro.....	32
SYGs resestipendium.....	34

NR 3 · 2004 · VOLYM 9

Bästa SGF-vänner!

Jag hoppas sommaren givit välbehövlig rekreation samt inspiration till fortsatt klinisk och vetenskaplig gastroenterologisk verksamhet under hösten. Arbetet i SGF har det senaste halvåret påtagligt fokuserats på funktionell dyspepsi, dels genom egna initiativ, men också i nya SBU-projekt. Vi hoppas därmed kunna bidra till ett mera rationellt omhändertagande av denna stora patientgrupp. Belysningen av funktionell dyspepsi fortsätter under Riksstämman, där bl.a. nya riktlinjer presenteras av Henrik Sjövall. Motsvarande behov finns för de funktionella tarmsjukdomarna, något vi hoppas kunna återkomma till senare.

Under året har Föreningens internationella kontakter utvecklats. Rolf Hultcrantz representerar oss i den europeiska samverkansorganisationen ASNEMGE och styrelsen har även utsett Erik Hertervig som kontaktperson gentemot internationella gastroenterologiska organisationer. Vi hoppas därigenom kunna utöka vårt internationella samarbete och också bli mera aktiva i nomineringen av svenska vetenskapliga pristagare, stipendiater, "rising stars" och young investigators. Det är i det sammanhanget ett problem för styrelsen att hålla sig informerad om alla de olika aktiviteter som försiggår på olika håll i landet och med framförhållning kunna välja och presentera förtjänta kandidater. Vi behöver därför hjälp från alla som arbetar aktivt med gastroenterologin i Sverige; verksamhetschefer, institutionschefer, vetenskapliga och kliniska handledare. Jag kommer under hösten att tillskriva dessa kollegor men vill även utnyttja detta tillfälle att uppmana alla, som har kännedom om lämpliga kandidater, att fortlöpande skicka kortfattad information till styrelsen så att vi, när det blir aktuellt, vet vart vi skall vända oss. Vi vill absolut undvika att nomineringar sker på basen av begränsad och tillfällig kännedom.

Styrelsen har under året diskuterat hur samverkan med SYG kan fördjupas. Vi ställer oss odelat positiva till ett närmare samarbete, men det är givetvis viktigt att detta inte leder till att SYGs egen profil blir otydlig. Avgörandet kring hur denna samverkan skall utformas ligger därför hos SYG och vi ser fram emot deras ställningstagande. Det är viktigt med nära kontakt mellan seniora och juniora gastroenterologer, inte minst i utbildningsfrågor, vilka ju är högt priorite-



Stefan Lindgren, ordförande i SGF

rade inom SGF. De framgångsrika Gastrodagarna i Linköping är ett närliggande exempel på hur sådana kontakter skapas.

Förutom det mångfasetterade, löpande arbetet i styrelsen med frågor som spänner från diagnosklassificering till framtida utveckling av SADE, ser SGF fram emot Riksstämman i Göteborg och den Nordiska Gastroenterologikongressen 2006, som vi ansvarar för. Vi är i grunden positiva till Riksstämman vars fortsatta utveckling diskuteras livligt men samtidigt måna om att vårt program där kan bibehålla en attraktiv karaktär. Tankar på ett ökat vetenskapligt inlag under Gastrodagarna återkommer ständigt, och vi får anledning att pröva en sådan modell i samband med det Nordiska Mötet i Västerås, 3–5 maj 2006. Det är glädjande att den Nordiska Gastroenterologiföreningen accepterat vårt förslag om att samordna Svenska Gastrodagarna och den Nordiska Kongressen. Våra svenska deltagare skall därför känna igen sig men mötet kommer dessutom innehålla ett vetenskapligt program med föredrag och posterpresentationer, samt givetvis ett separat program för sjuksköterskor och endoskopiassistenter. Dessutom planeras en post-graduate-kurs. Jag hoppas att ni alla vill bidra till att visa upp svensk gastroenterologi från sin bästa sida, dels genom personligt deltagande men också genom vetenskapliga presentationer. Vi räknar med ett stort deltagande från övriga nordiska länder. Glöm inte heller bort planeringen inför den Europeiska Gastroveckan i Köpenhamn/Malmö, oktober 2005, ett annat tillfälle där svensk gastroenterologi bör manifesteras.

Jag önskar er alla en skön höst samt goda förutsättningar för ett framgångsrikt arbete och ser fram emot att träffa er under Riksstämman.

Stefan Lindgren
Ordförande

Kära gastrovänner!

V i står mitt i hösten och Riksstämman i Göteborg närmar sig med stormsteg. Föreningen gläder sig åt att årets abstraktskörd varit rikligare än på flera år. Innan ansökningstidens gått ut hade vi tagit emot 34 bidrag, som var möjliga att godkänna. Ni finner hela listan i detta nummer av tidningen tillsammans med vårt övriga program. Som vår ordförande skriver i sin spalt har vi livligt diskuterat vårt framtida arrangemang i stämman i vår styrelse. I år gjorde sällskapet en tydlig riktningsskärning då man ökade andelen gemensamma symposier på bekostnad av sektionernas egen salstid. Resultatet för vår del blev att föreningens tid fick komprimeras till en heldag, en lösning som vi inte är helt lyckliga över. Så frågan är: - Är riksstämman vår framtida plattform för redovisning av vår forskning och våra utbildningsambitioner? - Eller skall föreningen gå den väg Svensk Kirurgisk Förening valt och lägga årets samlade ambitioner på Gastrodagarna? Det är Du som bestämmer!

UEGF – United European Gastroenterology Federation, ASNEMGE – Association des Sociétés Nationales Européennes et Méditerranéennes de Gastroentérologie, ASGE – European Society of Gastrointestinal Endoscopy, EAGE – European Association for Gastroenterology and Endoscopy, EASL, EPC, ESPGHAN

eller ISDS. Vem bryr sig? Som gastrokirurg under några år och styrelsemedlem på det tredje har jag ännu inte lyckats reda ut härvan av europeiska förkortningar. Några av er är kanske medlemmar i en europeisk specialistförening som European Pancreatic Club, andra har helhjärtat engagerat sig i europeiska föreningslivet men för de allra flesta medlemmar kan det vara nog så besvärligt att bara komma ihåg den årliga medlemsavgiften till SGF. Med ett stärkt EU, öppna jobbgränser och ett ökat europeiskt samarbete är det kanske dags att höja blicken och bry sig. För de flesta är dock UEGW – United European Gastroenterology Week – en påtaglig realitet. Många återkommer regelbundet med sina abstrakt till detta årliga europeiska möte. Utformningen av UEGW och placeringen av själva mötet blir därmed en angelägenhet för alla Europas gastroenterologer.

UEGF är den paraplyorganisation, vars huvudsakliga syften är att arrangera just UEGW. UEGF bildas av representanter ur de sju specialistföreningarna, "the seven sisters". Federationen blir därigenom föga "demokratisk" och har inte haft någon ambition att släppa in eller representeras av de nationella gastroenterologföreningarna. ASNEMGE, en av de sju systrarna vill ändra på detta. Föreningens generalsekreterare Chris Hawkey driver nu ett



Anders Sylvan

upprop bland de nationella föreningarna för att skapa en mer regionalt sammansatt representation från de olika medlemsnationerna i en "demokratiseringsprocess" inom UEGF. Ett sätt att stärka detta samarbete är att utse "europaambassadörer" inom varje nationsförening för en tätare kontakt. SGF har ur styrelsen utsett Erik Hertervig till denna post. Vi hoppas att detta grepp skall knyta oss närmare den europeiska gemenskapen.

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



Bengt Ihre-stipendium

Härmed ledigförklaras sex stipendier ur Bengt Ihre-fonden, två stipendier om 100 000 kr samt fyra stipendier om 50 000 kr.

Stipendierna är avsedda för vetenskapliga projekt inom den kliniska patientnära forskningen, som lön för pre- eller postdoktoral vetenskaplig utbildning företrädesvis utomlands eller för metodutvecklingsarbete vid utländsk institution.

Stipendiet utdelas till läkare/forskare, vilka är medlemmar i Svensk Gastroenterologisk Förening.

Ansökan, som ej kräver särskilt formulär, skall sändas till Dr Anders Sylvan och skall vara honom tillhanda **senast den 15:e januari 2005**.

Till ansökan skall bifogas curriculum vitae, beskrivning av planerad forskningsverksamhet med kostnadskalkyl, samt intyg från institutionsföreträdare eller motsvarande om möjlighet att genomföra densamma.

För ytterligare information kontakta Anders Sylvan, vetenskaplig sekreterare, Svensk Gastroenterologisk Förening.

Adress: Kirurgiska Kliniken
Norrlands Universitetssjukhus, 901 85 UMEÅ
e-post: anders.sylvan@vll.se

Senaste nytt inom kapselendoskopi

Rapport från den 3:e internationella kongressen om kapselendoskopi i Miami 2004

Årets kapselendoskopikongress var förlagd till Miami, ett för många självklart val då de två tidigare kongresserna ägt rum i Europa och då USA är en av världens flitigaste användare av kapselendoskopitekniken. Kongressen samlade 300 deltagare från 30 olika länder, en fördubbling jämfört med förra året. Detta speglar det kraftigt ökande intresset för metoden.

Sverige representerades från Universitetssjukhuset i Malmö av dr Ervin Tóth som presenterade två intressanta studier. De beskrev nyttan av kapselendoskopi vid diagnostik av Mb Crohn och tunntarmstumörer. Föredragen innehöll bland annat ett imponerande bildmaterial och väckte stort intresse hos åhörarna. Från Stockholm kom dr Urban Sjöqvist, endoskopiassistenterna Anna Antfolk och Carina Wirlöf samt artikel-författaren, samtliga från endoskopienheten på Södersjukhuset.

Att kapselendoskopi är den mest framgångsrika metoden att finna en okänd blödningskälla i tunntarmen styrktes ytterligare av flera större och i ett par fall multicenterstudier. Jämförelser mellan de mer traditionella metoderna som tunntarmsröntgen, pushenteroskopi och dator-tomografi visar på överlägsna resultat för kapselendoskopin som dessutom är väl tolererad av patienterna.

Indikationen misstänkt alternativt utbredning av Mb Crohn i tunntarm tycks bli allt vanligare. Flera studier styrkte även här kapselendoskopins överlägsenhet jämfört med andra metoder. Många av oss fick nog en tankeställare då vi presenterades för fall med typiska Crohnförändringar som visade sig vara NSAID-orsakade och vice versa. Det är uppenbarligen inte bara i ventrikeln som NSAID ställer till skada...

Nyheter för i år var kapselendoskopi på indikationen celiaki. Jag har själv slagits av hur mycket lättare det är att se villusatrofi vid kapselendoskopi än vid vanlig enteroskopi. På kongressen presenterades inte bara bildmaterial med atrofiska förändringar utan också samtidigt förekommande ulcerationer och tumörer. Detta är kontroversiellt och inga säkerställda samband kunde ännu visas. Känslan hos många av oss var nog ändå att vi i framtiden kommer att upptäcka mer tunntarmspatologi än vi tidigare trott existerade och detta inte bara i samband med celiaki. På förfrågan om kapselendoskopi skulle föregå gastroduodenoskopi med biopsier vid diagnostik av celiaki var de flesta dock överens om att det borde det inte. Men vid komplicerad celiaki med kvarstående symtom trots glutenfri diet kan detta vara en metod att ha i åtanke.

Vidare presenterades två nya kapslar och de första kliniska prövningarna med dessa. Den första går under namnet "Patencykapseln" och är gjord i ett material som löser upp sig efter 3 dygn i tarmen. Inuti

finns en liten sändare som kan detekteras med en enkel scanner eller med buköversikt. Tanken med detta är att vid klinisk eller radiologisk misstanke om förträngning i tarmen kunna testa möjligheten till passage för en kapsel. Om patencykapseln kan passera utan svårighet kan man gå vidare med en vanlig kapselendoskopi. En tvåhövdad kapsel som tar bilder både bakåt och framåt har tagits fram för diagnostik och kontroll av Barrets esofagus och esofagusvaricer. Kostnadseffektiviteten i denna metod är väl i nuläget diskutabel.

Miami bjöd på vackert men blåsigt väder och vi fick många goda tillfällen att byta erfarenheter med kollegor från hela världen. Det visar ju sig att det i helt andra världsdelar sitter folk och undrar över precis samma saker som man själv. Det känns faktiskt betryggande på sitt sätt.

Charlotte Höög
ST-läkare i gastroenterologi
och hepatologi
Medicinkliniken, Södersjukhuset,
118 83 Stockholm

Ruth and Richard Juhlin's Foundation

Grants from this foundation are granted for the promotion of medical research, especially in the area of gastroenterology.

Eligibility applies to post-doctoral researchers and to students who expect to achieve their doctorate during the coming calendar year (a certificate from the supervisor must be attached to applications).

Funds can be sought for research projects and for travel to other research units in order to acquire new knowledge and methods (not for travel to congress). Support for the same projects will be granted for up to five years.

The application period starts on November 10 and ends December 5, 2004. The electronic application form is available on <http://fonder.ki.se> when the application period is open.

Further information is available from Maria Tiger, telephone number 08-524 863 80, e-mail Maria.Tiger@admin.ki.se or Ulla Andersson, telephone number 08-524 865 67, e-mail Ulla.Andersson@admin.ki.se

Ny teknik på Kirurgveckan i Jönköping

På kirurgveckan i Jönköping visades CVE-tekniken (kapselvideoendoskopi) upp på en välbesökt presskonferens.



Anders Thulin visade det första endoskopet. Han hade sällskap av Stellan Björck (t.v.) och Erwin Tóth.



Den äldsta och senaste tekniken i samma bild.

Anders Thulin, från kir klin i Värnamo hälsade välkommen. Han hade även tagit med sig ett av de första endoskoperna från sent 60-tal. Åsynen av dessa båda instrument tillsammans, tjänade som en god illustration till den tekniska utvecklingen på detta område.

CVE är en liten kapsel – 26 mm lång och med en diameter på 11 mm – som man sväljer och som sedan passerar hela matsmältningskanalen på naturligt sätt. Två gånger i sekunden tar den en bild som sedan skickas ut med hjälp av en radiosignal till en mottagare som patienten bär på kroppen. (Se *Gastrokuriren* 1/04, reds anm.)

Blödningar i tunntarmen

Stellan Björck från kir klin SU/Mölndal berättade att CVE är ett mycket bra sätt att lokalisera blödningar i tunntarmen.

– Vanlig röntgen brukar avslöja 5% av dessa blödningar, men med kapselendoskopi kan man lokalisera 95%, sade Stellan.

Patienten får svälja kapseln på morgonen och får sedan ta på sig mottagaren. Därefter kan denne sedan gå hem och vila

under resten av dagen för att återkomma på eftermiddagen för att ta av sig mottagaren. Bilderna tankas ned från mottagaren och kan nu gå till analys.

Gå motsatt väg

Här finns en stor fördel, berättade Anders Thulin:

– Det här innebär att man inte behöver skicka patienten till specialisten för en undersökning – i stället kan man skicka kapsel med tillhörande utrustning andra vägen! Sedan skickar man bara tillbaka en Cd-skiva med bilderna på.

– Det innebär att en specialist sedan kan utvärdera resultatet, fortsatte Erwin Tóth från kir klin på MAS.

Erwin har arbetat med CVE under flera år, och är mycket imponerad av den kan åstadkomma. Han berättade vidare att det idag finns cirka 1000 platser där man genomför kapselendoskopi, 600 i USA och 400 i Europa.

– Men *alla* sjukhus genomför en undersökning av tunntarmen av och till. Då skall man komma ihåg att kapselendoskopi är så mycket effektivare hjälpmedel att upptäcka blödningar.

Stellan påpekade att en viktig poäng med kapseln är tumördiagnostiken.

– De flesta tumörer vi idag finner i tunntarmen, hittar vi försent.

Väntar runt hörnet

Erwin fortsatte med att berätta om framtiden – utvecklingen av kapselendoskopi går fortfarande snabbt. Ett problem är att esofaguspassagen går så pass snabbt att två bilder per sekund kan upplevas som otillräckligt.

– Man har lyckats öka antalet bilder vid just denna passage till 200. Det systemet är godkänt av FDA och finns redan på marknaden i USA.

– Sedan pågår det försök med styrning av kapseln – att kunna få den att röra sig oberoende av peristaltiken – så att man kan få den att gå tillbaka igen för att ta nya bilder av ett område. Det innebär att man måste ge kapseln ett eget framdrivningssystem. I Boston är man mycket framstående inom detta område.

Per Lundblad

Riksstämmoprogram 2004

ONSDAGEN DEN 24 NOVEMBER

- 08.30–18.00 POSTERUTSTÄLLNING
Posterutställarna närvarande vid sina posters kl. 12.00–13.00
Postersession arrangeras i Sal G1 kl. 08.30–10.40
- 08.30–09.30 POSTERSESSION I – Utvalda posters presenteras.
Moderatorer: Christer Staël von Holstein och Bodil Ohlsson
- 09.40–10.40 POSTERSESSION II – Utvalda posters presenteras.
Moderatorer: Hanna Sandberg-Gertzén och Lars Börjesson
- 11.00–12.00 BENGT IHRE-FÖRELÄSNING: Functional dyspepsia – pathophysiological and clinical aspects. Professor Jan Tack, University of Leuven, Belgien.
- 13.30–14.15 SEKTIONSSYMPIOSIUM: Dyspepsi - redovisning av SGF:s arbetsgrupp
Moderator: Henrik Sjövall.
- 14.15–15.00 SEKTIONSSYMPIOSIUM: Percutan Endoskopisk Gastrostomi (PEG)
Moderator: Anders Sylvan
- 15.15–16.00 SEKTIONSSYMPIOSIUM: Anorectala sjukdomstillstånd
Moderator: Per-Olof Nyström

FREDAGEN DEN 26 NOVEMBER

- 08.30–10.00 SYMPOSIUM: Inflammatorisk tarmsjukdom hos barn, ungdomar och unga vuxna. Moderator: Britt Husberg

Kurs i Lund Operativ övre gastrointestinal endoskopi

10–11 november 2004 & 16–17 mars 2005

Kursen har en praktisk inriktning och tar upp följande moment:

Dag 1: Teoretisk genomgång av operativ endoskopi vid övre gastrointestinal blödning, benigna polypösa tumörer, achalasi, strikturer samt anläggande av perkutan endoskopisk gastrostomi. Principerna för endoskopisk palliation vid cancer i form av tumörreduktion, blodstillning och stentbehandling.

Dag 2: Hands-on-träning på sövda grisar med bland annat endoskopisk gummibandsligatur, argonplasmakoagulation, injektionsbehandling med adrenalinlösning, Histoacryl och fibrinlim, clipsbehandling, endoskopisk ballongdilatation, perkutan endoskopisk gastrostomi, endoskopisk polypektomi och anläggande av esofagusstent.

Observera: Goda basala kunskaper i OGD-skopi är en förutsättning för deltagande!

Kursen är ackrediterad av
Svensk Kirurgisk Förening och Svensk Gastroenterologisk Förening.

För ytterligare information och anmälan kontakta:
Monica Lundin-Hansson monica.lundin-hansson@skane.se tel: 046-171893, fax 046-139776

Välkommen med Din anmälan!
Christer Staël von Holstein, kursledare

Sponsorer
Olympus, Boston Scientific
Kunghuset Medicinska AB, Baxter Medical AB

Abstract till Riksstämman 2004

- 1P Esofagus funktions test (EFT) – ett värdefullt tillskott i esofagusdiagnostiken.**
Gisela Ringström, Pernilla Lundgren, Hasse Abrahamsson, Magnus Simren
- 2P Initiala erfarenheter av kateterfri pH-registrering (Bravo®) i esofagus.**
Gisela Ringström, Pernilla Lundgren, Pia Agerforz, Anette Lindh, Anders Kilander, Hasse Abrahamsson, Magnus Simren
- 3P Behandling vid behov versus kontinuerligt en gång dagligen med Esomeprazol (ESO) 20 mg hos patienter med läkt erosiv esofagit (EE) efter inledande behandling med 40 mg en gång dagligen. En öppen, randomiserad, svensk multicenterstudie.**
S Sjöstedt, R Befrits, A Sylvan, L Carling, C Harthorn, S Modin, A Stubberöd, E Tóth, T Lind
- 4P Förekomst av gastroesophageal refluxsjukdom och dyspepsi hos patienter i peritoneal dialys.**
Einar Björnsson, Hans Strid, Andreas Fjell
- 5P Dricktest i syfte att värdera magsäcksackommodation hos friska och patienter med dyspeptiska besvär.**
Hasse Abrahamsson, Thomas Berggren, Greger Lindberg, Anette Lindh, Hans Törnblom, Magnus Simren
- 6P Antibodies to Helicobacter bilis in patients with pancreatic carcinoma.**
T. Wadström, J.P. Fryzek, S. Dermirjian, J.W. Choi, D.H. Garabrant, O. Nyrén, I. Nilsson, A.H. Ljungh
- 7P Antisekretorisk faktor (AF) och bukspottkörteln. En immunhistokemisk/autoradiografisk studie.**
Eva Jennische, Stefan Lange, Nils Sternby, Sigmund Dawiskiba, Berit Sternby
- 8P Akut försämring av kronisk leversjukdom: prognostiska markörer.** Shahin Mohseni, Sjödin Lisa, Rajiv Jalan, Einar Björnsson
- 9P Behandling av Budd-Chiaris syndrom med hepatoatrial anastomos.**
Kjell Rådegran, Carl-Gustaf Hillebrant, Sten Samuelsson, Dag Arvidsson, Ulrika Broomé, Göran Bode-mar, Jan van der Linden, Dan Lindblom
- 10P Borstcytologi från gallvägsstrikturer har en högre träffsäkerhet än man tidigare rapporterat och är överlägset histopatologi från biopsier tagna med ett nytt instrument.**
Kjell-Arne Ung, Annika Ljung, Jan Wågemark, Johan Lindholm, Lars Rydberg, Anders Kilander, Per-Ove Stotzer, Pavel Burian
- 11P Påverkas gastrointestinal transit vid behandling av ididopatisk gallsaltsdiarré?**
Per-Ove Stotzer, Hasse Abrahamsson, Anders Lasson, Rijad Sadik
- 12P H. pylori och tarmbesvär hos vuxna med behandlad celiaki.**
Urban Forsum, Claes Hallert
- 13P Diagnostik av tunntarmstumörer med kapselendoskopi hos patienter med oklar gastrointestinal blödning.**
Frans-Thomas Fork, Ervin Tóth, Ingvar Syk, Otto Ljungberg, Jan Stewenius, Magnus Lindström, Laszlo Vavika, Mats Ericsson, Henrik Thorlacius
- 14P Kapselendoskopi M2A vid oklar gastrointestinal blödning.**
Anders Gustavsson, Ulla Johansson, Jan Bergman, Björn Blomberg, Johan Bohr, Ebba Salén, Hanna Sandberg-Gertzén, Curt Tysk
- 15P Ulcererad tunntarmsduplikation: en ovanlig gastrointestinal blödningskälla detekterad med kapselendoskopi.**
Jan Lillienau, Ervin Tóth, Mats Ekelund, Jan Alu-mets, Rolf Olsson, Henrik Thorlacius
- 16P Angiodysplasi i kolon detekterat med kapselendoskopi efter icke-diagnostisk koloskopi.**
Per Almqvist, Ervin Tóth, Magnus Campanello, Henrik Thorlacius
- 17P Samtidig mätning av tryck och potentialdifferens i tunntarmen diskriminerar mellan diarré-dominerad irritable tarm, celiaki och gallsaltmalabsorption.**
Magnus Simren, Henrik Sjövall, Rijad Sadik, Per-Ove Stotzer

Abstract till Riksstämman 2004

- 18P **IgG ASCA för uppföljning av barn med Crohns sjukdom – en fallstudie.**
Jörgen Dahlström, Juhani Grönlund, Marja-Riitta Ståhlberg, Marku Viander
- 19P **”Mucosal tears” vid kollagen kolit.**
Anna Wickbom, Johan Bohr, Kjell-Arne Ung, Jan Bergman, Sune Eriksson, Curt Tysk
- 20P **Finns det något samband mellan inflammatorisk tarmsjukdom och intestinal pseudo-obstruktion?**
Bodil Ohlsson, Frans-Thomas Fork, Bela Veress, Ervin Tóth
- 21P **Gastrointestinal transitmätning underlättar kartläggning av motilitetsrubbnings i klinisk vardag.**
Rijad Sadik, Hasse Abrahamsson, Magnus Simren, Per-Ove Stotzer
- 22P **IBD patienter med aktiv inflammation uppvisar efter behandling kraftigt sänkta nivåer av inflammationsmarkörer i faeces.**
Christer Peterson, Per Sangfelt, Michael Wagner, Tony Hansson, Helene Lettesjö, Marie Carlson
- 23P **Infliximab som ”rescue” terapi vid svår – måttligt svår ulcerös kolit. En randomiserad placebokontrollerad studie.**
Gunnar Järnerot, Erik Hertervig, Ingalill Friis-Liby, Lars Blomquist, Per Karlén, Christer Grännö, Mogens Vilien, Magnus Ström, Åke Danielsson, Hans Verbaan, Per Hellström, Anders Magnusson, Bengt Curman
- 24P **Microarray studier av patienter med Ulcerös Colit.**
Anders Eriksson, Carl-Fredrik Flach, Stefan Lange
- 25P **Mukosal permeabilitet och inflammation vid kollagen kolit före och efter loop-leostomi.**
Andreas Sönder, Johan Söderholm, Conny Wallon, Åke Öst, Gunnar Olaison, Magnus Ström
- 26P **Beror visceral hypersensitivitet hos patienter med IBS på psykologiska faktorer?**
Lina Lindström, Alma Syrous, Pia Agerforz, Einar Björnsson, Hasse Abrahamsson, Magnus Simren
- 27P **Inte bara tarmsymtom är av betydelse för sjukvårdskonsumtion vid Irritabel Bowel Syndrome (IBS).**
Gisela Ringström, Pia Agerforz, Anette Lindh, Hasse Abrahamsson, Magnus Simren
- 28P **Kan undervisning påverka hälsan hos kvinnor med IBS?**
Mariette Bengtsson, Kerstin Ulander, Elisabet Bergh Börgdal, Ann-Christine Christensson
- 29P **Koppling mellan mag-tarmsymtom och rektal känslighet vid IBS.**
Lina Lindström, Alma Syrous, Anette Lindh, Einar Björnsson, Hasse Abrahamsson, Magnus Simren
- 30P **Tarmbesvär vid behandlad celiaki är sällan IBS.**
Claes Hallert, Ingela Wiklund
- 31P **Är bakteriell överväxt i tunntarmen orsaken till IBS?**
Iris Posserud, Per-Ove Stotzer, Einar Björnsson, Hasse Abrahamsson, Magnus Simren
- 32P **Effekterna av en diet med specialprocessade ceralier på plasmanivå av anti-sekretorisk faktor samt symptom vid Colon irritable/IBS – En dubbel-blind randomiserad studie.**
Peter M Nilsson, Rickard Ekesbo, Kristina Sjölund
- 33P **Gastrin och kromogranin värden hos patienter i hemodialys som står på kontinuerlig behandling med protonpumpshämmare.**
Einar Björnsson, Hans Strid, Andreas Fjell
- 34P **Utbredningen av oxytocin och dess receptor i magtarmkanalen.**
Bodil Ohlsson, Mikael Truedsson, Frank Sundler

Studies on the effect of orexin on upper gastrointestinal function in rats and man

Marcus Ehrström

Kirurgkliniken

Danderyds sjukhus (DSAB), 182 88 Stockholm

marcus.ehrstrom@ds.se

Disputation 040611

Regleringen av fysiologin i övre delen av mag-tarmkanalen är endast delvis kartlagd.

Under fasta och i samband med måltid regleras funktioner i mag-tarmkanalen såsom GI motorik, syrasekretion, mättnad och glukosmetabolism delvis genom frisättning av ett flertal olika peptider. Dessa verkar lokalt genom frisättning från neuron i centrala eller enteriska nervsystemet (CNS resp. ENS) eller från enteroendokrina (EE) celler i mag-tarmkanalen men kan också verka som cirkulerande hormon. Via blodcirkulationen eller reglering av aktivitet i vagusnerven kommunicerar således hjärnan och periferin med hjälp av peptider för reglering av matintag. Exempelvis frisätts glucagon-like peptide-1 (GLP-1) cholecystokinin (CCK) och PYY från EE-celler i mag-tarmkanalen i samband med måltid och påverkar fastemotorik, magsäckstömning, central upplevelse av hunger/mättnad samt frisättning av insulin. En hög grad av interaktion mellan peptiderna föreligger vilket försvårar tolkningen av de enskilda peptidernas effekter.

Orexin A (OXA) är en peptid som hittades 1998 och finns i neuron i laterala hypothalamus och enteriska nervsystemet samt i pankreas och EE-celler i mag-tarmkanalen. Effekten av OXA medieras via två receptorer; orexinreceptorn 1 och 2 (OX1R och OX2R) och i djurexperimentella studier stimulerar OXA i hjärnan födointag, vakenhet och funktion i övre delen av mag-tarmkanalen via vagusnerven. Det verkar även finnas ett funktionellt svar på kroppens nutritionsstatus eftersom fasta ökar uttrycket av mRNA för OXA både i hjärnan och tarmen och frisättningen av OXA stimuleras av hypoglykemi.

Eftersom OXA och OX1R finns uttryckta i mag-tarmkanalen är det möjligt att även perifert OXA reglerar funktion i övre delen av mag-tarmkanalen och därigenom matintag.

Syftet med denna avhandling var att med immunohistokemi kartlägga uttrycket för

OXA och OX1R i mag-tarmkanalen, undersöka den farmakokinetiska profilen samt effekten av kroppseget och intravenöst (IV) tillfört OXA på motorik och sekretion på råttor och människa.

Vid samtliga djurexperimentella studier tillfördes via jugulariskateter IV koksalt, OXA eller OX1R-antagonist (SB-334867-A). Genom att mäta migrerande motor komplex (MMC) med inopererade elektroder i proximala tunntarmen studerades fastemotorik på råttor. Tömning av magsäcksinnehåll studerades på råttor genom att tillföra en radioaktivt märkt näringsfattig respektive näringsrik lösning via en fistel till magsäcken. Mängden kvarvarande radioaktiv lösning i magsäcken jämfördes med kontroll efter avlivning av djuret samt gastrektomi. Syrasekretion mättes genom att samla magsaft från fistel inopererad i magsäcken. Magsäckstömning på människa studerades med scintigrafier efter intag av radioaktivt märkt omelett och samtidig IV tillförelse av OXA eller koksalt. Plasma togs för studier av OXA, glukagon, insulin, glucos, gastrin och leptin både på råttor och människa.

Vi fann att OXA och OX1R fanns extensivt uttryckt i enteriska nervsystemet och EE-celler i magsäck och tunntarm både på råttor och människa. IV OXA hade ingen effekt på vare sig tömning av magsäcksinnehåll eller syrasekretion på råttor. Däremot hämmades fastemotoriken av IV OXA oberoende av vagus och OX1R-antagonisten verkade initiera MMC-aktivitet. OX1R-antagonisten hämmade ventrikeltömning av näringsrik lösning och syrasekretion på råttor. Detta indikerar att kroppseget OXA stimulerar syrasekretion och ventrikeltömning av näringsrik lösning. På människa hämmades ventrikeltömningshastigheten svagt av IV OXA utan att påverka försöks-personernas upplevelse av hunger eller mättnad mätt med en VAS-skala. Plasmanivåerna av insulin, glucagon, gastrin och glucos var väsentligen opåverkade. Plasma nivåerna av leptin sjönk vid samtidig infusion av OXA

på människa och halveringstiden för OXA var 27.1 min.

Det verkar således som om OXA i periferin spelar en fysiologisk roll för reglering av ventrikel- och tarmmotorik samt syrasekretion. Kroppseget OXA verkar ha en tonisk stimulerande effekt på syrasekretion och ventrikeltömning vilken upphävs vid administration av OX1R-antagonist. Sannolikt sker denna effekt i samverkan med och beroende på aktivitet hos andra peptider såsom CCK vilket försvårar tolkningen av resultaten. Eftersom OX1R-antagonisten penetrerar blod-hjärnbarriären kan en central effekt inte heller uteslutas och därför är det av vikt att utföra framtida försök med mer selektivt perifert verkande antagonister mot OX1R och andra peptider. Den utblivna effekten av IV OXA kan förklaras med att OXA normalt sett sjunker efter måltid och att det därför representerar en farmakologisk provokation att tillföra OXA IV vid studier av ventrikeltömning. Av särskilt intresse är att notera att plasmanivåerna av gastrin inte påverkades då syrasekretionen hämmades av OX1R-antagonisten. Om OXA stimulerar syrasekretion oberoende av gastrin utgör detta en möjlighet att utveckla läkemedel med en ny infallsvinkel mot dyspepsi och ulcussjukdom.

Däremot hade IV OXA en klart hämmande effekt på fastemotoriken. Därför är det möjligt att perifert OXA påverkar funktion i mag-tarmkanalen genom flera olika verkningsmekanismer, varav en tonisk lokal effekt respektive effekt av ökade plasmanivåer av OXA i periferin under fastebetingelser kompletterar effekten av OXA i CNS.

Sammanfattningsvis indikerar våra resultat att perifert OXA spelar en roll för reglering av motorik och syrasekretion i mag-tarmkanalen. En ökad förståelse för de komplicerade fysiologiska processer som reglerar födointag och funktion i mag-tarmkanalen kan medverka till utökade behandlingsmöjligheter vid motorikrubbningar eller åstörningar. ■



Sökes: Blivande gastroenterolog som under några dagar på Sardinien vill lära sig mer om IBD

European Crohn's and Colitis Organization (ECCO) är en organisation vars mål är att främja kunskap och forskning kring inflammatorisk tarm-sjukdom (IBD). Som ett led i detta arbete arrangeras årligen en kurs i IBD för blivande gastroenterologer.

I fjol hade jag förmånen att få delta under två mycket intensiva och lärorika dagar i Dubrovnik. I ett våldsamt tempo avhandlades alla tänkbara aspekter av epidemiologi, patofysiologi och framförallt behandling av Crohn och ulcerös kolit. Speciella kliniska problem belystes också med seminarier i mindre grupper. Att sätta sig på skolbänken igen kändes till en början avlägset. Med hjälp av patientfall och en brinnande entusiasm lyckades dock de namnkunniga föreläsarna engagera oss kursdeltagare på ett sätt som kändes fjärran från min forna läkarutbildning.

Jag måste erkänna att jag som svensk hade lite fjärlar i magen inför de obligatoriska "multiple choice"-proven som inledde och avslutade kursen. Jag tror inte heller att vi är vana vid att föreläsaren försöker

föra en ständig dialog med auditoriet och därvid ideligen kastar ut frågor till oss kursdeltagare. Proven är dock enbart till för att ECCO skall få "feedback" på sin utbildning och bilda sig en uppfattning om vilka föreläsare som lyckades framföra sitt budskap och vilka som hade mindre framgång. De ständiga frågorna skapade ett öppet diskussionsklimat, där skillnader i behandlingstraditioner hamnade i fokus. Deltagarnas olika grad av erfarenhet skapade också ett prestigelöst klimat.

Det är inte bara med en stor portion ny kunskap jag återvände hem. Att få höra hur kollegor runt om i Europa har det gav också värdefulla perspektiv på svenskt sjukvårds- och utbildningssystem.

Nästa kurs går av stapeln i april nästa år på Sardinien (se annons). Tag chansen och anmäl dig till Tom Öresland som är Sveriges ambassadör och kirurgins motvikt i ECCO. Jag lovar dig att du inte kommer att bli besviken!

Jonas Halfvarson
Mag-tarm enheten,
USÖ, Örebro

III ECCO Course on IBD

Poltu Quatu, Sardinien, Italien

Den 22–23 april 2005

För tredje året arrangerar European Crohn's and Colitis Organization (ECCO) kurs i IBD för blivande gastroenterologer. Varje deltagande land har rätt att skicka två kursdeltagare. Du finner mer information om organisationen och dess arbete på <http://www.ecco-ibd.org>

Kursen startar morgonen den 22 april och avslutas kvällen den 23 april, varför kursdeltagare rekommenderas anlända den 21 april och avresa den 24 april. Kursen inleds och avslutas med ett prov. Därtill skall varje kursdeltagare skicka in ett patientfall senast den 1 december 2004. Utvalda patientfall kommer sedan att fungera som diskussionsunderlag under kursen. Varje enskild kursdeltagaren förväntas förbereda sig inför kursen för att kunna aktivt delta i diskussionerna.

Kursavgift och uppehälle betalas av ECCO. Resekostnader till och från mötet (Olbia Airport) bekostas av deltagaren själv.

Ansökan:

Skriv en kort motivering till varför du vill gå kursen och bifoga CV. Skicka ansökan till Tom Öresland som är Sveriges representant i ECCO på e-postadress tom.oresland@vgregion.se

Sista ansökningsdatum:

5 november 2004.

Antagningsbesked:

Lämnas av Tom Öresland,
15 november 2004.



Digital bildbehandling med Paint Shop Pro



Bilder får en allt ökande betydelse i våra datorer. Digitalkameran är på stark frammarsch, och man kan idag köpa en kamera med utmärkta egenskaper för ett rimligt pris. Allt fler har också tillgång till en skanner och på Internet indexerar sökmotorn Google 880 miljoner bilder i sin bildsökfunktion.

För att hantera och redigera bilder digitalt behöver man ett bra bildbehandlingsprogram. I en serie artiklar kommer vi att behandla olika aspekter av hur det går till, och vad man bör tänka på.

ett bra alternativ är **Paint Shop Pro** från Jasc Software. Just nu står man inför en lansering av version 9 av programmet. Om man laddar ner det från Internet är kostnaden när denna artikel skrives ca 800 kronor. Det är mycket prisvärt.

En mycket stor fördel med detta tillvägagångssätt är att man kostnadsfritt kan använda programmet under 60 dagar. Först efter denna tidsperiod måste man bestämma sig för om man vill betala för det eller inte. Programmet kommer då inte längre att fungera om man inte betalar. Det här innebär att man får en rejäl provperiod, där man själv kan avgöra om man tycker det är värt pengarna eller inte.

Därför har vi valt att använda just det här programmet för vår artikelserie, men mycket av det som vi kommer att ta upp är generellt, och går att använda oavsett vilket bildbehandlingsprogram man än har.

För att hämta Paint Shop Pro via Internet beger man sig till adressen www.jasc.com och klickar sedan på länken *Trial Software* som man finner under fliken *Free downloads* mitt i sidans överkant.

Följ instruktionerna och starta hämtningen av Paint Shop Pro. Som vanligt rekommenderar vi *Skrivbordet* som en temporär plats att lägga filen på.

Filstorleken är på ansenliga 58 mb, så det kommer att ta en stund – hur länge beror på vilken hastighet man har på sin

Internetuppkoppling. Med bredband kan det röra sig om bortåt 20 minuter till en halvtimme, men har man ett telefonmodem tar det naturligtvis betydligt längre tid.

När hämtningen är avslutad dubbelklickar man på filen och följer instruktionerna på skärmen. Bekräfta de förinställda alternativ som föreslås under installationen. Ett sådant är att det ska ligga en genväg på Skrivbordet till programmet när installationen är klar. Man kan ändra dessa, men det rekommenderar vi endast för den avancerade användaren.

Dagarna räknas

Genvägen ser ut så här när allt är färdigt. Nu kan man kasta bort upppackningsfilen som inte längre behövs (den tar upp nästan 60 mb i onödan av utrymmet på hårddisken). För att starta programmet behöver man endast dubbelklicka på denna genväg.

Om man inte ändrat på något under installationen så ligger nu programmet i mappen *Jasc Software* som återfinns i mappen *Program* på C: i datorn.

Nu är det bara att dubbelklicka på genvägen som vanligt för att starta Paint Shop Pro. Så länge vi använder oss av den här testversionen kommer en ruta upp som talar om vilken dag vi är på under provperioden. Vi måste då klicka på **Start** i rutans nedre högra kant.

Första gången man startar Paint Shop kommer en dialogruta ➔



med filassociationer att visa sig. Det är för att man ska markera vilka filtyper som automatiskt kommer att använda sig av programmet när man ska öppna dem. Klicka inte i något alternativ, utan släck den med högerkryss.

Filformat

Bilder kan förekomma i en mängd olika format på en dator. De vanligaste är *.bmp*, *.jpg*, *.gif* eller *.tif*. Formatet skrivs automatiskt när datorn sparar en fil i form av en ändelse som börjar med en punkt och som följer direkt på det namn man gett filen.

För att ta ett exempel: Om man sparar ett dokument i Word som man just skrivit, och som man döpt till *Brev*, kommer datorn att automatiskt spara den filen som *Brev.doc*. Ändelsen *.doc* talar om för varje dator som ska öppna filen, att det är programmet Word som krävs för att läsa den samling av data som filen består av. Datorns inställningar avgör om dessa filändelser visas eller ej, men de finns alltid där. Om man sparar filen *Brev.doc* på en diskett och sedan försöker öppna den i en annan dator som inte har Word, så fungerar alltså inte det. Datorn kan inte läsa filen.

Det här problemet kanske man oftare råkar ut för när det gäller just bilder. Om man t.ex. får ett mail med en bild i formatet *.tif*, och inte har ett bildbehandlingsprogram installerat på sin dator kan man alltså inte öppna den filen – vilket innebär att man inte kan se själva bilden.

För att lösa det här problemet finns det två format som man brukar använda sig av – *.jpg* och *.gif*. Dessa kan läsas av Internet Explorer och andra webbläsare som Netscape och Opera. Idag levereras de flesta persondatorer med Windows operativsystem och i det är Internet Explorer integrerat – det går helt enkelt inte att ta bort. Så om man inte har något annat program för att läsa dessa bilder, kommer Internet Explorer att starta när man klickar på bilden, och då kan vi titta på den. Det kommer alltså att se ut som om vi var ute på nätet, med den skillnaden att det kommer att stå en intern datoradress i adressfältet – den adress på vår dator där vi sparat filen – istället för en webbadress.

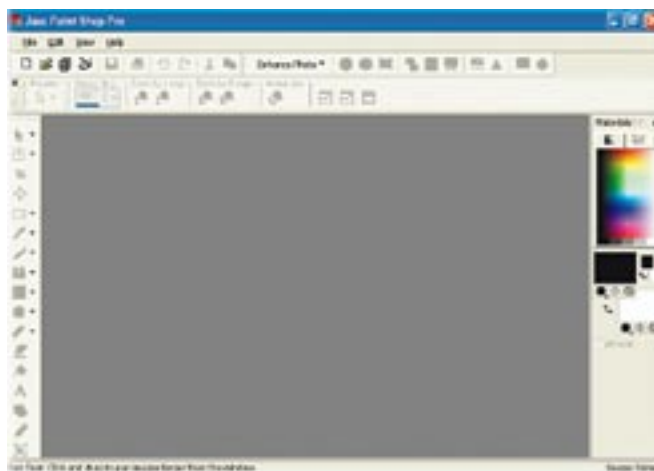
Båda dessa bildformat är format som komprimerar själva bilden, dvs. reducerar den i filstorlek. Man brukar använda *.jpg* för bilder av fotografisk natur och *.gif* för andra bilder som t.ex. teckningar.

Bilder och grafik kräver stora filer, det går alltså åt jämförelsevis mycket hårddiskutrymme för att lagra dem. Ju större filstorlek, desto längre tid tar de dessutom att ladda hem över Internet. De är de skäl som finns för att komprimera bilderna.

Öppna bild

Paint Shop Pro kan användas för just denna uppgift – att ändra en bilds format från *.tif* till *.jpg* t.ex., samt för att välja just den komprimering vi vill ha. I det här första exemplet utgår vi från att vi har bilder från en digitalkamera som vi har fört över till datorn.

Starta Paint Shop Pro genom att dubbelklicka på ikonen på skrivbordet. Det ska då se ut så här på skärmen:



Om det ligger andra dialogrutor uppe – vilket oftast är fallet när man startar det för första gången – så släck dem med krysset i övre, högra hörnet som vanligt.

Klicka på *File* längst till vänster i den översta menyraden, och välj sedan kommandot *Open* i rullisten.

Nu öppnar sig en dialogruta precis som vanligt, där vi letar rätt på den mapp där vi har våra bilder. Oftast är filen döpt till en bokstavs/nummerkombination när de kommer direkt från kameran.

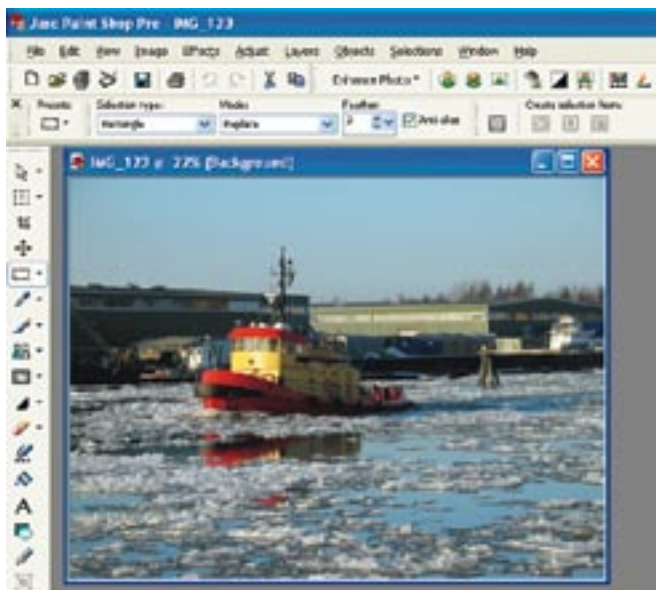
I det här fallet ska vi titta på bilden med namnet *IMG_123*. Vi markerar den med ett musklick.

Längst ned i denna dialogruta finns det ett alternativ – *Show preview* – som man kan klicka i en bock framför. Om vi gör det kommer vi att se en liten miniatyr av bilden som vi markerar. Det är praktiskt, framför allt om bilden har en så anonym beteckning som i vårt fall.

Sedan är det bara att klicka på *Öppna* i dialogrutan. Nu kommer bilden att öppnas i Paint Shop Pro.



Programmet kommer automatiskt att förminska bilden om den är för stor för att få plats på arbetsytan. Det vi har här är en mycket stor bild, så den är reducerad till 22% av sin egentliga storlek. Det kan man läsa på den blå dokumentlisten som finns i bildens överkant. ☺



Vi ser också att en hel del av de knappar och verktyg som förut var gråmarkerade, nu blivit aktiva samt att det tillkommit en hel del nya kommandon i den övre menyalternativen.

Kopiera bilden

Det första vi ska göra är att ta en kopia av den här bilden. Det kan vi göra på två sätt: Klicka på *Edit* näst längst till vänster i den övre menyalternativen och sedan på kommandot *Copy* i rullistan. Det andra sättet är att trycka ner knapparna *Ctrl* och bokstaven *C* på tangentbordet samtidigt, vilket man så småningom antagligen kommer att uppleva som både snabbare och smidigare.

Nu har en kopia av bilden lagts i datorns minne.

Om vi vill kan man nu släcka ned den ursprungliga bilden, eller också kan den ligga kvar. För att öppna kopian vi tog kan vi antingen klicka på *Edit* igen och nu välja kommandot *Paste as new image*, alternativt kan trycka ned *Ctrl* samtidigt som bokstaven *V* på tangentbordet.

En exakt kopia av bilden öppnar sig nu i programfönstret. Den enda skillnaden är att på den blå dokumentlisten ovanför den här bilden nu står *Image 1*. Det är det namn den kommer att ha fram till dess att vi har sparat den.

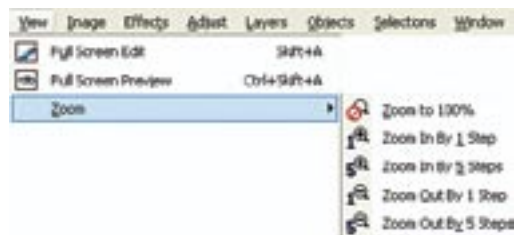
Zooma in och ut

Som vi tidigare påpekat är den här bilden ganska stor. Det gäller både dess filstorlek (1,2 mb) och dess storlek på skärmen. Vi ser den förminskad till 22%.

I menyalternativen finns *View* som tredje alternativ från vänster. Vi klickar där.

Ställ musmarkören på *Zoom*, och ett antal alternativ kommer upp i en ny meny till höger. Med hjälp av den kan vi zooma oss ut och in i bilden, eller med hjälp av det översta alternativet direkt gå till fullbildsläge – *Zoom to 100%*. Vi klickar på det.

Bilden kommer nu – i det här fallet – att förstöras kraftigt



och en rullist placeras – till höger om, samt under – bilden. Detta för att vi ska kunna välja vilken del av bilden vi ska betrakta. Hela får ju inte längre plats. Orsaken till att man vill göra så här är för att man ska kunna detaljgranska bilden, kontrollera skärpan på bakgrunds-föremål m.m.

Om man öppnat en liten bild, inträffar naturligtvis inte detta. En sådan kommer ju att presenteras direkt i läget 100%, och man ser att det står det värdet i den blå dokumentlisten. Eftersom vår bild var presenterad i 22%, betyder det att bilden nu är förstörd nästan 5 gånger.

Skärmupplösning

Det här med bildstorlek behöver en närmare förklaring, och det är här som många missförstånd sker.

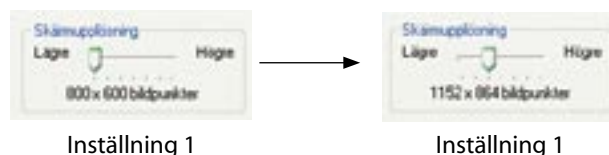
Alla digitala bilder byggs upp av små punkter, s.k. pixlar (från engelskans "picture elements"). Genom att fortsätta att förstora vår bild kraftigt – vilket vi gör genom att upprepa *Zoom*-kommandot ett tillräckligt antal gånger – kan vi se de enskilda pixlarna och tillsammans bygger de upp den digitala bilden på samma sätt som en mycket detaljrik mosaik.

När vi öppnade bilden, fick vi en annan information i vår dialogruta. Till vänster om miniatyrbilden kunde vi läsa att bilden var 2 272 pixlar bred och 1 704 pixlar hög. Hur stor visningen av bilden nu kommer att bli på vår bildskärm avgörs av hur många pixlar vi ställt in att skärmen skall innehålla på längden och på bredden.

Det här kan man ändra, och det går till så här:

Dubbelklicka på *Den här datorn* och sök sedan rätt på *Kontrollpanelen*. Välj där *Bildskärm* och klicka på fliken *Inställningar*.

I den nedre delen av denna flik finns ett skjutreglage där man – genom att ställa musmarkören på själva reglaget och hålla nere vänster musknapp samtidigt som man drar i reglaget åt önskat håll – kan ändra detta värde. Så här ser det ut:



I det första läget byggs bilden upp av 800 pixlar på längden och 600 på höjden. I exemplet ändrar vi detta värde till 1152 x 864. Det kommer naturligtvis att medföra att allt som visas på vår skärm nu kommer att bli mindre i storlek – det gäller

både text och bilder och naturligtvis oavsett vilket program som vi hanterar.

Man kan kompensera detta med att skaffa en större bildskärm. Det medför att ju större skärm man har, desto högre bildupplösning kan man använda sig av.

800 x 600 är ett standardvärde för 14–15 tums bildskärmar. Men en del Internetsidor är idag optimerade för 1024 x 768, och om man har den lägre inställningen får man rulla sig även i sidled för att se hela sidan.

Hur stor bilden ser ut på skärmen beror alltså till viss del vilken inställning vår skärm har. Ett enkelt åskådningsexempel får man om man tänker sig en bild som är just 800 x 600 punkter stor. Den kommer att precis fylla hela skärmen i inställning 1 ovan, men i inställning 2 kommer den att vara mindre än hela skärmen totala yta.

Bildupplösning

En annan viktig faktor är vilken upplösning själva bilden har, dvs. hur många pixlar per tum den är uppbyggd av.

Vi ska komma ihåg att skärmen i sig inte kan återge mer än 72 bildpunkter per tum. Om bilden endast ska användas för att visas på en dataskärm är alltså en upplösning som är högre än så helt onödig.

Ska bilden skrivas ut blir däremot denna faktor synnerligen viktig. Man brukar räkna med att en bra bild för tryck bör ha en upplösning av 300 bildpunkter per tum – det är det värde som används för färgfotografierna i denna tidning t.ex. Det är också det värde som en färgskrivare normalt arbetar med.

Om en bild som består av 72 punkter per tum skrivs ut av en skrivare som använder 300 punkter per tum, blir det alltså förglöst mellan bildpunkterna – vi kommer att uppleva att bilden blir "taggig" och att detaljrikedomen blir lidande. Lösningen blir då att "packa ihop" dessa punkter. Det kommer att innebära att bildstorleken minskar.

Det här kan man använda enkel matematik för att räkna på: Vi antar en bild är i upplösningen 75 pixlar per tum och att den då är 20 cm bred. Om man önskar skriva ut den bilden med bra kvalitet, måste man ändra upplösningen till 300 punkter per tum. $4 \times 75 = 300$, alltså kommer bilden att bli en fjärdedel så stor i 300 punkters upplösning och det innebär att den då kommer att vara 5 cm bred. Vi har helt enkelt packat ihop bildpunkterna så sätt att på den del av bilden där det förut fanns en bildpunkt, finns det nu fyra. Eftersom det totala antalet bildpunkter inte förändrats, blir bilden mindre.

Spara som jpg

Vi återkommer till hur man på ett enkelt sätt kan spara sina bilder i varierande storlek och upplösning med hjälp av PaintShop Pro.

Men först ska vi nu spara den bild som vi har uppe på skärmen – kopian på bild IMG_123 som vi gjorde. Det går till som vanligt, klicka först på *File* i menyn och välj sedan *Save as*. Det är nu vi ska välja vilket format vi ska spara den i.

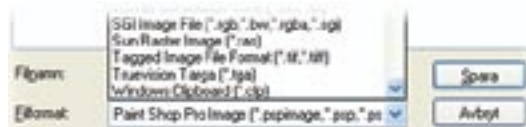
Den vanliga dialogrutan, som alltid kommer upp när vi ska spara något på vår dator, öppnar sig. Välj i den övre delen var på datorn bildfilen skall sparas.

I rutans nedre del ger vi först vår bild ett namn. Men klicka inte på *Spara* ännu!

Under rutan där vi skriver in namnet på filen finns det en ruta till. Det står *Filformat* framför den. Paint Shop Pro väljer – precis som t ex Word – alltid sitt eget format (.psp) som standard. Det vill vi ändra på.

Genom att klicka på den lilla boken till höger om formatrutan får vi upp en lång lista med olika format.

Sök rätt på *JPEG-JFIF Compliant* långt upp i listan (de står i bokstavsordning) och klicka en gång på det.



Nu kommer det formatet (som alltså är .jpg som alla kan öppna, oavsett om de har ett bildbehandlingsprogram eller inte i sin dator) att stå i rutan i stället.



Komprimera

Det är en sak till vi måste göra innan vi klickar på *Spara*. Som vi påpekade förut komprimerar det här formatet bilden. Vi måste avgöra hur mycket vi vill att den ska komprimeras. Det gör vi genom att klicka på *Options* längst ned till höger i rutan. Här kan vi ställa in hur mycket vi vill att bilden skall komprimeras. Ju mer vi komprimerar den, desto mindre blir filstorleken. Men vi ska komma ihåg att även kvalitén på bilden förändras till det sämre. Det är bra om man funderar ett ögonblick på vad bilden skall användas till – publicering på Internet eller för en färgutskrift?



Här finns ett skjutreglage som fungerar på samma sätt som när man ställde in upplösningen på bildskärmen. Längst till vänster är kompressionen 1, den minsta och till höger 99, den högsta. Vi tar alternativet mittemellan, 50, och bekräftar det med OK i rutans nedre, vänstra hörn.

Options-rutan slocknar och vi är tillbaka i *Spara som*-rutan igen. Nu kan vi klicka på *Spara*.

Ett högerklick där man väljer egenskaper på filen visar att filstorleken nu är 256 kB. Originalbilden – som ju finns kvar eftersom vi tog en kopia och det var den vi sparade – var på 1,20 mB. Vi har alltså reducerat filstorleken rejält.

Men bilden har fortfarande samma fysiska storlek och upplösning. Hur man ändrar på det, återkommer vi till i nästa nummer.

Per Lundblad

Gränslöst samarbete på KAVA i Lund

Kirurgisk akutvårdsavdelning (KAVA), avdelningen för akuta buk-sjukdomar på Universitetssjukhuset i Lund, har hittat en ny modell för att organisera sin verksamhet. Den bygger på att man river alla murar mellan medicin och kirurgi och istället satsar på samarbete.

Man har arbetat med ett självodlat koncept som tagit bort gränserna mellan specialiteterna och åstadkommit ett totalt patientmottagande.

Gastrokuriren har varit i Lund och hälsat på.



Vi träffar Per Bergenzaun, avdelningsansvarig läkare och hans kollega Magnus Hallén, även han avdelningsansvarig läkare. Visserligen ska det formellt stå ett "biträdande" framför Magnus titel, men Per tycker inte att det är relevant att skriva så. Per är gastromedicinare och Magnus kirurg, men de vill tona ner denna uppdelning och i stället sätta patienterna i gemensamt fokus.

– Det handlar om samarbete, säger de båda.

Avdelning i kris

Tillsammans med Birgitta Nilsson, avdelningsansvarig sjuksköterska, är de ledare för KAVA. Den nya inriktningen och organisationen har varit mycket framgångsrik. Idag är det här en avdelning med god arbetsmiljö där de anställda trivs. Men det har inte alltid varit så. Per beskriver hur det var när han rekryterades hit som chef.

– När vi tog över avdelningen var den i kris, minns Per.

– Den var anmäld till både till Arbetsmiljöverket och till Socialstyrelsen för olika problem. Flera sköterskor hade slutat.

Per berättar att man då beslutat att akutkliniken skulle ta över avdelningen som tidigare hört till kirurgkliniken. Det var många i samtliga personalkategorier som kände en stor osäkerhet inför denna övergång.

Det var också i samband med denna övergång som Per rekryterades som avdelningsansvarig.

– Jag hade gjort min RAND-utbildning här tidigare, så jag hade en rätt bra uppfattning om hur det fungerade, fortsätter han.

Successivt framväxande organisation

Vi kan inte låta bli att undra över hur det kom sig att han var villig att ta över ansvaret för en avdelning som hade så dåligt rykte vid den tidpunkten.

– Jag tror att gastroenterologin i Sverige skulle må bra av att bredda sig till ett mer allsidigt perspektiv på buksjukdomar. Det kändes spännande att se vad man skulle kunna göra här, blir svaret.

Den första februari år 2001 drog man igång med den nya organisationen. Det var inget färdigt paket från början, betonar Per. I stället är det så att arbetssättet och organisationen sedan dess vuxit fram med tiden.

– Från början hade vi ambitionen att skapa en bra arbetsmiljö för alla personal-kategorier. Så för att kunna genomföra och driva avdelningen bestämde vi oss för att anpassa antalet vårdplatser efter vad vi klarade av. Det innebar då 14 vårdplatser, berättar Per.

– Nästa steg var rekrytering samt att skapa en "Framtidsverkstad". I den lade vi upp hur avdelningen skulle drivas lokalt.

Man kom fram till att den skulle drivas med arbetsgrupper.

– Alla här måste vara med i några arbetsgrupper – det är obligatoriskt. De är dessa som står för utvecklingen. Samtliga har en sektionsledare som resursperson vars uppgift är att katalysera och underlätta för grupperna att få fram det som behövs. Dessutom ska de också se till att grupperna inte somnar in...

– Jag, Magnus och Birgitta står lite mer i bakgrunden och fattar strategiska och långsiktiga beslut.

Snabb utveckling

Sedan 2001 har mycket hänt på den då problemtyngda avdelningen.

– Utvecklingen har gått raskt, sammanfattar Per. ➔



Magnus Hallén och Per Bergenzaun

– Idag har vi 63 personer anställda – de fördelar sig ungefär 50–50 mellan sjuksköterskor och undersköterskor. Vi har 21 vårdplatser på natten och 24 på dagen. Vi tar hand om i stort sett alla inlagda patienter från akuten med gastrointestinala blödningar och akuta buksjukdomar samt en del traumapatienter. 15% av våra patienter blir opererade under vårdtillfället. 25–30% är med om någon endoskopisk procedur.

– Medelvårdtiden är två dygn. Cirka 3 000 patienter strömmar igenom per år, och två tredjedelar av dessa skrivs hem härifrån. Av den återstående tredjedelen vårdas hälften färdigt på kirurgkliniken och andra hälften på akutklinikens vanliga avdelningar. Till det ska läggas några enstaka patienter som går till gastromedicinsk vårdavdelning.

Denna sista kategori kommer dock att öka i framtiden, tror Per.

– Problemet är att det finns för få platser där idag. De behövs för svårt sjuka leverpatienter och IBD/tarmpatienter. Förhoppningen är att t.ex. patienter med gastrointestinal blödning eller mer komplicerade utredningsfall också skall kunna erbjudas plats på den gastromedicinska vårdavdelningen.

Sorterar inte patienterna

Per övergår till att beskriva den nuvarande organisationen. På KAVA har man

bestämt sig för att driva avdelningen med tre vårdlag.

– Det finns en doktor – med varierande bakgrund, ST- eller AT-läkare – i varje. Dessutom är det en sköterska och en undersköterska.

– Till det ska läggas att vi är tre specialister på avdelningen, två gastroenterologer och en kirurg. Dessutom har vi, utöver vårdlagen, ett akut- och mottagandeteam som har hand om omhändertagandet och inskrivning av nya patienter. De sköter inläggningssamtal och andra praktiska sysslor i samband med inläggningen. Sedan placerar de in patienten i ett vårdlag vid nästa arbetslagskifte.

– När en patient läggs in tas inga hänsyn till sjukdom eller symptom. De läggs in där det passar bäst. Den specialist som finns i vårdlaget bedömer sedan patienten under rondan. Efter rondan har vi ett kort specialistläkarmöte. Vid detta tillfälle tar man upp vad man bestämt, diskuterar åtgärderna med varandra och bestämmer om det behövs en kirurg eller vice versa. Under det sista året tycker jag verkligen att det har blivit en väldigt bra dialog på dessa möten.

– Det är den driftsansvariga sektionsledaren som tar hand om logistiken för patienten, med hjälp av den driftsansvarige läkaren. Målet för detta driftsansvariga par är att det ska finnas sex lediga

vårdplatser inför natten varje dag. Det lyckas vi med för det mesta!

Vinster för båda

Det handlar alltså om en total samverkan kring patienten, där rollerna som kirurg eller medicinare spelar mindre roll fram till man beslutat om vad för åtgärd som ska utföras.

– Vi ser oss inte som konkurrenter, bekräftar Magnus Hallén.

– Vi samarbetar bra. Det beror nog på att vi som jobbar här vill att det ska fungera bra.

Magnus tror att gastroläkarna gått in på kirurgernas område i högre grad än vad kirurgerna gått in på gastroläkarnas. Det är det som är en av poängerna med systemet, menar han – och det gynnar båda kategorierna.

– För gastroläkarna här betyder det att de slipper gå på "vanliga" (medicinska) akuten. De har bytt hjärta och lungor mot bukar – och det är ju det de är bäst på.

– Kirurgerna har märkt att avdelningen efter hand blivit bättre och bättre. De har upptäckt att de behöver sätta av mindre och mindre av sin tid här – då kan de operera i stället!

De flesta är nöjda

Men Magnus menar att det goda samarbetet inte var givet från början.

– Det fanns en stor misstänksamhet – både från kirurger och från gastromedicinare – initialt, avslöjar han.

– Många trodde inte på konceptet. De flesta har vänt och ändrat uppfattning.

– Idag är de flesta nöjda med utvecklingen som varit, men det finns ett par gastromedicinare som fortfarande tycker annorlunda. Men det är inget bekymmer, de arbetar inte här utan har sin huvudsakliga verksamhet på gastro/endokrinkliniken. I och med det så är ju även de nöjda.

En förändring av jourverksamheten som man genomförde förra året fick stor betydelse.

– Tidigare hade helgjouren skötts av en kirurgshjour och en kirurgbakjour, berättar Per.

– I maj 2003 började "KAVA-jouren" som bemannas av en gastrospecialist. Det betyder att det förutom den beskrivna kirurgjouren dessutom finns en gastroenterolog på KAVA hela dagen. Denna

tar hand om större delen av avdelningen med rondning, åtgärder, dokumentation, bedöma nya patienter mm. Kirurgerna rondar en mindre del och får framför allt ta hand rent kirurgiska beslut och åtgärder.

Förutom en mängd positiva effekter i form av kortare vårdtider i samband med helgerna, fler kirurgiska åtgärder, endoskopier har organisationen även lett till att man har lättare att få vårdplatserna att räckta till på måndagarna.

– Men det jag tycker är mest intressant i detta är inte alla dessa goda effekter, utan den goodwill vi fick mer eller mindre omgående från kirurg-kollegorna. Det var ett fullständigt enormt gensvar, fortsätter Per.

– På något sätt upplevdes detta som ett tecken på att vi verkligen menade allvar och ville delta fullt ut. Det är en viktig erfarenhet. Man måste helt enkelt *visa* – inte bara säga det med ord – att man menar allvar med samarbetet mellan kirurger och gastromedicinare.

Unikt arbetssätt

Sättet att arbeta på avdelningen är unikt för Sverige, och Per har aldrig hört talas om att den här organisationen finns någon annanstans i världen.

– Nej, inte vad jag vet, säger han.

– Patienterna läggs in av sköterskorna huller om buller, de är inte märkta som kirurgi- eller medicinpatienter, fortsätter Magnus.

– Om vi delade upp dem, vore det ju inget samarbete!

– Det ligger en oerhörd styrka i att vi är både medicinare och kirurger, anser Magnus.

– Bl.a. så innebär det att vi ytterst sällan behöver kalla in konsulter. Per har dessutom gått ATLS-kursen, vilket är ovanligt för medicinläkare, och tanken är att alla våra läkare ska gå den kursen.

– Alla ska kunna hjälpa till med det basala – det är det som är konceptet, sammanfattar Magnus.

Attraktiv arbetsplats

När Per och Birgitta tillträdde som avdelningsledare 2001, var en av de första uppgifterna de stod inför att nyrekrytera personal.

Flera sköterskor hade sagt upp sig, och avdelningen hade då ett dåligt rykte.

Magnus påpekar att avhoppet ledde till att den samlade kunskapsbanken på avdelningen inte var så stor.

Idag är dock förhållandet det motsatta. Per berättar att man idag har ett större tryck från sköterskor som vill börja arbeta på avdelningen än vad man kan anställa.

Att arbetsmiljön är bra får vi bekräftat när vi talar med sjuksköterska Katarina Löfgren. Hon har arbetat på KAVA i två och ett halvt år, och hon trivs mycket bra.



Katarina Löfgren

– Man vet aldrig vad som väntar när man kommer på morgonen, och det trivs jag med, säger hon.

Katarina tycker att det fungerar bra med att arbeta i team.

– Man arbetar hela tiden i olika team, ofta hamnar man i ett nytt vårdlag. Det är bra eftersom det är positivt att lära känna flera personer. Det innebär att man utvecklas, eftersom man lär sig lite av alla.

Just idag ingår Katarina i akut- och mottagandeteamet. Vi försöker pressa henne och fråga om det verkligen är så att hon inte tänker på hur hon ska sortera patienterna vid inläggningen.

– Nej, jag tänker inte på läkaren när jag lägger in, hävdar hon bestämt.

– Det är platsen som styr – inte specialistläkaren. Det fungerar bra ändå. De samarbetar bra, så det spelar ingen roll.

Litar på de anställda

Birgitta Nilsson har ansvaret för personalen, bl.a. sköter hon alla utvecklings- och lönesamtal.

Hon var med från början när den nya organisationen trädde i kraft, och även hon får frågan om vad det kom sig att hon frivilligt sökte sig till en arbetsplats som då hade väldigt dåligt rykte.

– Jag gillar utmaningar, svarar Birgitta.

– Dessutom tyckte jag att det kunde ju bara gå uppåt – det kunde inte bli mycket sämre. Samtidigt kunde jag få utlopp för några av mina önskemål och pröva några nya tankar.

– Man har en idé om hur man tycker att det ska vara, och här fick jag en unik möjlighet. Jag fick chansen att verka för medbestämmande och delaktighet, fortsätter Birgitta och påpekar att både hon och Per är väldigt eniga i sitt sätt att tänka.

Både Per och Birgitta går regelbundet – en och en halv timma var 14:e dag – i psykosocial relationshandledning.

– Det har varit ett väldigt viktigt redskap för oss att hantera både våra samarbetspartners och vår personal, anser Per.

Birgitta beskriver sin ledarfilosofi så här:

– Jag bestämmer så lite som möjligt. Man måste lita på folk. Har man gett någon eller några ett uppdrag så får man hålla fingrarna borta!

Pappersfråga

Magnus berättar att ägandeförhållandet för KAVA är lite rörigt.

– Avdelningen ägs av akutkliniken.

– Samma klinik äger också akutmottagningen, MAVA och tre andra akutavdelningar, avd 5, 7 och 8. En fördel med det är att patienter som läggs in på KAVA kan slussas till avd 5, 7 eller 8.

– Faktum är att dessa 3 avdelningar har bidragit starkt till att vi lyckats. Patienterna som avslutar sitt vårdtillfälle där möter hög kompetens inom områden som "akut geriatrik", helhetsbedömningar av eventuella funktionshinder och/eller hjälpbehov, kontakter med kommunen mm. I en del fall är det precis det som våra patienter behöver.

– Vår organisation gör att t.ex. även en äldre patient som kommit in och opererats för exempelvis kolecystit på ett enkelt sätt kan få tillgång till denna typ av kompetenser. Det är bättre för den enskilde patienten och bättre för kirurgiska kliniken på sjukhuset som får mer utrymme för elektiv kirurgi. ☺

– På läkarsidan bemannas KAVA av både gastromedicinare och kirurger anställda på respektive kliniker. Det innebär i sin tur att det blir tre inblandade klinikchefer – kirurgi, gastro/endokrin och akut! Det *finns* frågor när dessa tre har dragit åt olika håll, fortsätter Magnus.

– En fråga har varit vem som har det medicinska ledningsansvaret. Efter lång diskussion inklusive flera möten har de tre berörda klinikcheferna och avdelningsansvariga enats om att verksamhetschefen för akutkliniken har det medicinska ledningsansvaret. Detta minskar inte det yrkesansvar som varje läkare, specialist eller inte, på KAVA har oavsett var de är anställda.

– Det är en ren pappersfråga. Men den har tagit många timmar att fundera på...

Svårigheter

Vad har det då varit för svårigheter man haft på vägen när man skapat sig denna organisation? Vi låter frågan gå runt till de tre avdelningsansvariga.

– Att finna formerna för samarbetet, svarar Magnus.

– Vi hade ingenting att efterlikna. Det har inneburit att vi fått lägga mycket kraft på att hitta bra samarbetsformer. Dessutom fick vi rekrytera mycket när vi startade upp.

– Svårigheter? Dom ligger uppåt i systemet, svarar Birgitta.

– Vi jobbar med en flexibel och anpassningsbar organisation. Men så fungerar inte vår omvärld – eller sjukhuset i övrigt för den delen.

– Dessutom hade vi nog lite för stora förväntningar på medarbetarna initialt, på deras förmåga att våga ta eget ansvar, tillägger hon efter att ha funderat en stund.

Per tänker efter och funderar en stund.

– Det svåraste har varit att svälja sin egen vilja att utveckla och förändra saker snabbare än det går att göra när man samarbetar, svarar han och tillägger efter ytterligare en fundering:

– Samtidigt är det ju så att det bara är möjligt att åstadkomma en utveckling och förändring om man gör det i samarbete med andra!



Birgitta Nilsson
avdelningsansvarig sjuksköterska

Reaktioner

Vilka reaktioner får då Per, Magnus och Birgitta från kollegor på andra sjukhus när de hör talas om organisationen på KAVA?

– Vi får oftast positiva reaktioner, svarar Per.

– Ibland möts vi även av en ifrågasättande attityd. ”Vem ska ha ansvaret för patienten?”, är nog den fråga vi oftast får höra. Men det är ju *just det* som vi har jobbat så mycket med!

– Man ska komma ihåg att det förut var många akutpatienter som hamnade på de elektiva avdelningarna, fortsätter Magnus.

– Det ledde i sin tur att många planerade operationer fick skjutas upp. Men i och med att denna avdelning finns och sorterar under akutkliniken kan vi få hjälp av avd 5, 7 och 8 istället. Då stör vi inte kirurgerna i den elektiva verksamheten lika mycket.

Framtiden

På KAVA har man enligt Per ”direktkanal” till röntgen, man ordnar kirurgi så fort det behövs, endoskopi likaså – det finns även möjlighet att utföra sådan på själva avdelningen, vid särskilda tillfällen, t.ex. på helgerna.

– I princip kan vi göra allt det vi vill göra, inom den tid vi önskar, sammanfattar Per.

Det är goda möjligheter och resurser som ställts till deras förfogande, och man har på avdelningen väl dokumenterat vad man vill använda dem till.

Därför blir nästa fråga till Per vad han har för visioner för framtiden.

– Investeringar i ny teknik till att börja med, svarar han.

– Det handlar om teknisk övervakningsutrustning och även att vi ska investera i egen ultraljudsutrustning för att utveckla vår diagnostiska förmåga.

Men det handlar naturligtvis inte bara om att skaffa ny utrustning.

– Vi vill integrera oss mer med akutmottagningen och MAVA. Skapa ett kompetenscentrum för akuta sjukdomar.

– För patienternas bästa är det viktigt att komma bort från den artificiella gränsen mellan kirurgi och medicin i akut-sjukvården.

– Fortfarande händer det att vi kan få sådana reaktioner från vår egen personal – ”det där är en medicinpatient”. När man hör sådant, inser man att vi ännu inte har lyckats. Men jag tycker dock att vi är på god väg...

– Sannolikt kommer vi att få en central roll i ”Livskraft Skåne”. Det kommer i sin tur att leda till att vi får hantera fler patienter – se till att de kommer till rätt ställe. I det läget är det en fördel att vi börjat arbetet med att sudda gränserna.

För få gastroenterologer

Vår dag i Lund närmar sig sitt slut. Innan vi tar adjö av Per och Magnus och alla deras kollegor, kan vi inte låta bli att fundera över det faktum att det ännu så länge bara är KAVA i Lund som har integrerat kirurgi och gastromedicin i en homogen akutverksamhet.

En av orsakerna till att det kan vara svårt att åstadkomma samma sak på sjukhus som inte är lika stora är uppenbar, enligt Per.

– Det stora problem som jag ser för att skapa den här typen av verksamhet på mindre sjukhus, är att det helt enkelt inte finns tillräckligt många gastroenterologer!

Per Lundblad

Tankar kring sköterskeskopier

Sinnebilden för konserverande traditioner är Storbritannien. Alla vi som varit på studiebesök brukar reagera på skoperande kollegor som stoppar in slipsen under skjortan, hänger av sig kostymkavajen, tar på sig handskar och sätter i gång. Det är som om Semmelweiss aldrig har existerat. Hierarkin finns tydligt kvar, doctor och nurse är vanlig titulatur även om man jobbar i samma team och patienterna skulle nog inte heller komma på tanken att låta bli att använda titlarna. Mycket är vid det gamla men inte allt. Av de 196 endoskopicentra med utbild-

vardagen. Men skoperar, det gör de inte i Sverige.

Jag har funderat varför, vad är det som de svenska skopisköterskorna saknar av det som deras brittiska kollegor har? Även efter att själv har arbetat några år i Storbritannien kan jag inte riktigt tro att det är någon större skillnad, det enda som saknas de svenska skopisköterskorna är utbildning och träning. I Storbritannien finns en ettårig skopiutbildning för sköterskor, som innehåller såväl teori som praktik. Efter en sån utbildning och med den stora

koloskopisk coloncancerscreening behövs många fler skopister, varför inte utbilda dem som redan sett det mesta?

Nu jobbar jag på mag-tarmcentrum på Ersta Sjukhus där vi har en mycket stor endoskopisk verksamhet, förra året utfördes drygt 4 000 gastroskopier och mer än 3 000 koloskopier. Vanan är stor att utbilda och handleda. Två av våra mest erfarna skopisköterskor påbörjar till hösten den ettåriga koloskopiutbildningen i Storbritannien. Praktiken med handledning förläggs till hemmaplan. Vi

” Inför en framtida koloskopisk coloncancerscreening behövs många fler skopister, varför inte utbilda dem som redan sett det mesta?

ningsstatus i Storbritannien har 2/3 skoperande sjuksköterskor! Gastroskopier görs av sköterskor på 43% av ställena, sigmoideoskopier på 62% och koloskopier på 12%. I genomsnitt gör varje sköterska 15 gastroskopier, 12 sigmoideoskopier och 6 koloskopier per vecka.

I början av 1990-talet infördes på de flesta svenska skopicentra videoteknik. Plötsligt fick alla närvarande i rummet tillgång till samma information som skopisten. Jag minns att jag sa till sköterskorna på den skopienhet jag jobbade då att de mycket snabbt skulle komma att bli de som sett mest. Doktorerna kom och gick, men sköterskorna fanns där hela dagarna, vecka, månad och år ut och in. Det var ett utmärkt tillfälle att samla på sig kunskap om man reflekterade över vad man såg. Nu har det gått över tio år och många, mycket erfarna och kunniga sköterskor är en ovärderlig del i den endoskopiska

skopierfarenhet som dessa sköterskor har, är det svårt att tro att patientsäkerheten skulle bli sämre än när motsvarande nybörjare bland läkarkollegor gör undersökningen. Verksamheten skall bedrivas i enlighet med vetenskap och beprövad erfarenhet och med värnande av patientsäkerheten. Den som ansvarar för detta är respektive verksamhetschef. Formellt finns alltså inget hinder för att även sköterskor skoperar.

Är vi mogna för att sköterskor skall börja skopera även i Sverige? Att utbildningen håller minst samma kvalitet som i Storbritannien är en förutsättning. Är inte skoperandet en följdriktig professionell utveckling för en del skopisköterskor? Eller man kan ställa frågan; Är det rimligt på större endoskopicentra att doktorer står dagarna i ända och gör rutinskopier när dom istället skulle kunna träffa patienter och få mer tid att tänka? Inför en framtida

har också ett samarbete med endoskopi-enheten vid Western General Hospital i Edinburgh både när det gäller våra egna blivande skoperande sköterskor, men också i planeringen att i samarbete med Ersta Högskola anordna motsvarande utbildning i Sverige med början till hösten nästa år.

Själv tror jag att tiden närmar sig snabbt när vi har sköterskor på många ställen i landet som gör både gastro- och koloskopier. Jag vet att många av mina skoperande läkarkollegor är emot en sådan utveckling men jag har ännu inte hört något tungt argument för den synpunkten. Själv har jag svårt att tro att de svenska sköterskorna skulle sköta sig sämre därvidlag än sina brittiska kollegor.

Henry Nylin
Mag-tarmcentrum
Ersta Sjukhus



Bästa medlem!

Hoppas att sommaren varit bra och att alla fått en skön ledighet.

Stort tack till Linköping och alla som hjälpte till att göra gastrodagarna i maj så bra och intressanta.

Vi kommer fortsättningsvis sätta in våra medlemsbrev på vår plats i *Gastrokuriren*, detta för att slippa separata utskick.

Som årsmötet beslutade är nu lösenordet borttaget på hemsidan och hemsidans layout kommer att fräschas upp.

Om du har information angående olika regionmöten maila gärna in det till Inger, inger.lofberg@sos.sll.se så ser hon till att det sätts in på hemsidan.

Utbildning/kurser

Ersta sjukhus i Stockholm startar sin 10-poängskurs i endoskopi & gastroenterologi ht-2004.

IBD-Information

25-poängskurs i Gastroenterologi på C- och D-nivå startar under 2005.

Endoskopiinformation

SADE-mötet hålls i Köpenhamn, Danmark 20-21/1 2005. Anmälan & info finns på www.sade.no

Stipendier

SEGP Delar ut 3st stipendier à 4.000:- till SADE-mötet, Maila in din ansökan snarast – dock senast den 5/11 till marielle.fenton.andersson@vregion.se

ESGENA

Tyvärr ingen ny information.

Vi har ändrat från postgiro till bankgiro – nytt Bankgironummer är : 5828-8945.

Information om övriga stipendier kommer i medlemsbrevet i december



Trevlig höst!
Styrelsen i SEGP
genom
Anna Antfolk
Sekreterare

Svenska Gastrodagarna i Linköping 2004

Onsdag eftermiddag den 5 maj lämnade vi Stockholm för att med bil ta oss ner till Linköping, där vi skulle delta i Svenska Gastrodagarna. Vår lilla trupp bestod av sju stycken från Ersta Sjukhus varav två av oss, Anne Larsson och Lars Ahlgren, hade erhållit resestipendium från SEGP. När vi kom fram installerade vi oss på Good Evening Hotel och sammanstrålade sedan på torget, i det sköna vårvädrat. Därefter var det dags att gå till Linköpings Konsert och Kongress för registrering och välkomstmingel. Man träffade vänner och representanter från olika firmor samt avnjöt en god buffé.

Torsdagen började med välkomsttal av Inga-Lill Andersson och fortsatte sedan med föreläsningar om leversjukdomar, förändringar i rectum, refluxsjukdomar, esofaguslabb och sist hygienaspekter vid endoskopi. Föreläsningen om hygienaspekter hölls av Leif Larsson från Sahlgrenska Sjukhuset i Göteborg. Mycket av föreläsningen handlade om aktuella MRSA, hur de på Sahlgrenska har härlett smittspridningen och hur man kan förebygga att den utbryter. Han poängterade att A och O för att förhindra smittspridning verkligen är handhygien. Detta fick oss att fundera över hur våra egna hygienrutiner och arbetssätt är utformade, och vikten av att alla gör likadant. Leif Larsson hade också en genomgång av de disk- och desinfektionsmaskiner som finns på den svenska marknaden, tillsammans med en jämförelse av desinfektionsmedel och desinfektionssätt. I dagens moderna desinfektionsmaskiner försöker man komma bort från användandet av glutalaldehyd och istället använda ättiksyra (Olympus) eller en saltlösning där man med hjälp av en elektrolytprocess desinficerar instrumenten (Vingmed och Kungshusen). Det är en spännande utveckling vi befinner oss mitt uppe i.

SEGP höll på torsdagen sitt årsmöte och passade på att i samband med det tacka av Kjell Gustavsson (Olympus) som, efter

att ha bidragit med flera insatser till endoskopiföreningen, nu går i pension.

Efter föreläsningarnas slut var det ett par timmars uppehåll före banketten där det serverades god mat och trevlig underhållning och föredömligt korta tal. Kvällen avslutades med dans till ett band som spelade 60- och 70-tals covers. Full fart på dansgolvet.

Fredagen fortsatte med föreläsningar om teamarbete kring patienter med IBD, IBD-skola och livskvalitet vid Crohns sjukdom. Vi hann också med kaffe samt att besöka utställarna innan det var dags för avslutningstal av Inga-Lill Andersson. Arrangörerna och utställarna gjorde ett strålande arbete och allt fungerade perfekt. Vi var två mycket nöjda endoskopiassistenter som reste hem till Stockholm och Ersta Sjukhus.

Björn Hallerby
Länssjukhuset Ryhov

Välkommen till SEGP:s möte vid 4:e Skandinaviska IBD-kursen 13-15 april 2005, Örebro

Onsdag 13 april

09.00-10.00 Registrering

Det preliminära programmet innehåller:

- Kapselendoskopi vid blödning – Örebroerfarenheter
- Kromoendoskopi
- Erfarenheter av öppen gastroskopimottagning
- Mikroskopisk kolit – vanligare än man tror
- **Nya behandlingsmöjligheter vid IBD**
 - Adacolumn vid inflammatorisk tarmsjukdom
 - Remicade vid akut kolit
 - Remicade – praktiska aspekter

Under dagen håller SEGP sitt årsmöte och på kvällen "Get together party"

SEGP:s medlemmar är välkomna att delta i IBD-kursen under torsdagen och fredagen.

Protokoll från Svensk förening för Endoskopi och Gastroenterologi Personal

Årsmöte i Linköping 2004-05-06

- §1
Mötet öppnades av ordförande Ingvor Berggren.
- §2
Medlemmarna godkände kallelsen som utgick i början av april.
- §3
Medlemmarna godkände dagordningen.
- §4
Ingvor Berggren valdes till ordförande för mötet.
- §5
Anna Antfolk valdes till sekreterare för mötet.
- §6
Till justeringsmän av årsmötets protokollet tillika rösträknare valdes Miriam Bjurek och Mona Holmgren båda från Kärnsjukhuset i Skövde.
- §7
Föregående årsmötets protokoll har skickat ut till samtliga medlemmar i tidigare medlemsbrev.
- §8
Ingvor Berggren läser upp 2003 års verksamhetsberättelse: se bifogad bilaga.
- §9
Kassör Berit Persson redogjorde för det ekonomiska läget samt visade årsredovisningen.
- §10
Ansvarsfrihet för styrelsen bifölls av medlemmarna.
- §11
Medlemsavgiften förblir 200:-/år.
- §12
Inga inkomna frågor/motioner.
- §13
Val av styrelsemedlemmar
- I tur att avgå:
Ordförande Ingvor Berggren
Ledamot Inger Löfberg
Kassör Berit Persson
- Valberedningens sammankallande Ulla Sylan lade fram valberedningens förslag och styrelsens sammansättning blev:
- Ordförande*
Ingrid Karström, Ssk, 2 år nyval
Vice Ordf
Marielle Fenton Andersson, Ssk, 1 år sittande
Sekreterare
Anna Antfolk, Usk, 1 år sittande
Kassör
Berit Persson, Usk, 2 år omval
Ledamot
Inger Löfberg, Ssk, 2 år omval
Ledamot
Monica Wählin, Ssk, 1 år sittande
- §14
Till revisorer valdes:
Agnetha Schedin, 1 år
Kenneth Appelheden, 1 år
- §15
Valberedningens sammansättning:
Ulla Sylan sammankallande, 1 år sittande
Helena Lindgren, 1 år omval
Åsa Gillstring, 1 år omval
- §16
Följande stipendier har i år beviljats:
Svenska Gastrodagarna i Linköping
à 3 000:-
• Lars Ahlgren – Stockholm
• Yvonne Åhsberg – Mölndal
• Monika Blick – Göteborg
• Anne Larsson – Stockholm
Nordiska Gastrodagarna i Oslo 1st
à 4 000:-
• Lena Bylund – Umeå
Europeiska Gastrodagarna i Prag 1st
à 6 000:-
• Gunilla Strand – Stockholm
Olympusstipendiet 1st à 10 000:-
• Kaynoosch Hafezi – Västerås
- Umeåkursen/Erstakursen** 1st à 10 000:-
• Anette Håkansson – Lund
- §17
Då Solvig Ljungström ej finns på mötet, läser Monica Wählin upp en kort info om ESGENA samt meddelar att det finns newsletters att hämta för intresserade.
- §18
Mötet beslutar att lösenordet på hemsidan skall tas bort.
Stadgeändringen gällande vid upplösning av föreningen, att föreningens tillgångar skall tillfalla Stadsmissionen och dess verksamhet. Mötet tar enhälligt detta beslut.
Inger Löfberg läser upp enkätsvar från utvärderingen på senaste Umeåkursen.
Mötet beslutar enhälligt att medlemsbrev kan ske genom sida i *Gastrokuriren* i största möjliga mån.
Fråga från styrelsen ställs till mötet över intresse att delta på läkarnas vetenskapliga program i samband med Bengt Ihre-dagarna 2005. Mötet var tyvärr dock ej intresserat av att delta.
Styrelsen anammar SGF:s idé att låta vice ordförande direkt ta över ordförandeposten efter 2 år som vice ordförande – detta för att vara väl insatt i styrelsearbetet. Start vid nästa års val av vice ordförande.
- §19
Mötet avslutas och Ingvor Berggren avtackas med stående applåder för allt fantastiskt arbete som lagts ner under alla de år då hon suttit som ordförande i styrelsen.
Styrelsen tog också tillfället i akt och avtackade Kjell Gustafsson, Olympus Optical AB, som går i pension, för all hjälp och stöd som styrelsen fått under åren. Kjell kommer att bli hedersmedlem i SEGP.

Vid protokollet
Anna Antfolk
Sekreterare

Protokollet justeras:
Miriam Bjurek
Mona Holmgren

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

Faculty:

Jean-Frédéric Colombel	Eduard Stange	Johan Söderholm	Lars Lööf
Jack Satsangi	Pia Munkholm	Annika Lapidus	Jonas Halfvarson
Jonathan Rhodes	Brian Feagan	Frans-Thomas Fork	Johan Bohr
Salvador Peña	Christoph Gasche	Rune Sjödahl	Curt Tysk
Geert D'Haens	Anders Ekblom	Gunnar Olaison	Gunnar Järnerot
Derek Jewell	Robert Löfberg	Tom Öresland	

Programme

WEDNESDAY

09.00–10.00 Registration, coffee, visits to the exhibition

10.00–10.05 Welcome

EPIDEMIOLOGY AND PATHOGENESIS OF IBD

Chair: Jack Satsangi, Anders Ekblom

Epidemiology

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

10.05–11.30

Annika Lapidus
Curt Tysk
Gunnar Järnerot

Chair: Jean-Frédéric Colombel, Hanna Sandberg-Gertzén

Genetics of IBD

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

11.35–12.35

Jack Satsangi
Jonas Halfvarson

Lunch and visits to the exhibition

12.35–14.00

Chair: Derek Jewell, Bengt Curman

Bacteria-epithelium-immune system interaction

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

14.00–15.35

Jonathan Rhodes
Johan Söderholm
Salvador Peña

Coffee and visits to the exhibitions

15.35–16.00

Swedish Society of Gastroenterology Members Annual Meeting

16.00–17.00

Get Together Party

THURSDAY
~
DIAGNOSIS AND TREATMENT

Chair: Jonathan Rhodes, Curt Tysk

Diagnosis of IBD

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

08.30–09.40

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

Coffee and visits to the exhibition

09.40–10.10

Chair: Christoph Gasche, Gunnar Järnerot

Treatment of IBD

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

10.10–12.15

Johan Bohr
Derek Jewell
Eduard Stange
Robert Löfberg

Lunch and visits to the exhibition

12.20–14.00

Chair: Geert D'Haens, Robert Löfberg

Treatment of Crohn's disease

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

14.00–15.35

Pia Munkholm
Brian Feagan
Eduard Stange

Coffee and visit to the exhibition

15.35–16.00

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

16.00–16.30

Rune Sjødahl

General discussion (Feagan, Stange, Munkholm, Sjødahl)

Banquet

19.00–

FRIDAY
~

Special problems in the care of the IBD-patient

09.00–10.25

Chair: Tom Öresland, Lars Lööf

The challenge of fistulous disease

- medical therapy
- surgical therapy

Anemia in IBD. An underrecognized problem?

Brian Feagan
Gunnar Olaison
Christoph Gasche

Coffee and visit to the exhibition

10.25–11.05

Chair: Brian Feagan, Gunnar Järnerot

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

11.05–12.20

Tom Öresland
Anders Ekbohm
Lars Lööf

Mera information:

Curt Tysk (curt.tysk@orebroll.se)

Hanna Sandberg-Gertzén (hanna.sandberg-gertzen@orebroll.se)

SYG:s RESESTIPENDIUM 2005

i samarbete med Wyeth



Wyeth

- Stipendiebeskrivning:** Ett resestipendium i samarbete mellan Sveriges Yngre Gastroenterologer (SYG) och Wyeth Lederle Nordiska AB på 50 000 kr som kan fördelas på 1–3 stipendiater. Resestipendiet är avsett för deltagande på en nationell eller internationell kongress/utbildning. Efter utnyttjat stipendium skall en reserapport på ca en A4 sida skrivas och skickas till SYG samt Wyeth.
- Målgrupp:** Blivande eller nyblivna gastroenterologer. Medlemskap i SYG krävs.
- Ansökan:** Ansökan (3 ex) skall innehålla: Personuppgifter (namn, adress, arbetsplats, tel). Huvudmans medgivande. Kort presentation vilken kongress/utbildning som ansökan avser. Estimerad kostnad för aktuell kongress/utbildning.
- Offentliggörande:** Under 4th Scandinavian Course of Inflammatory Bowel Disease 13–15 april, 2005 i Örebro.
- Stipendiekommitté:** Stefan Lindgren, ordförande Svensk Gastroenterologisk Förening (SGF), Christer Staël von Holstein, vice ordförande, SGF, Rupesh Rajani, ordförande Sveriges Yngre Gastroenterologer (SYG) samt Benny Petersson medicinsk chef, Wyeth.
- Sista ansökningsdag:** 9 december, 2004
Svensk Gastroenterologisk Förening
c/o Doktor Anders Sylan
Kirurgiska kliniken
Norrlands universitetssjukhus
901 85 Umeå
info@SYG.se

SGFs 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 SGFs webbplats.
Kirurgkliniken Blekingesjukhuset
371 85 Karlskrona
E-post: henrik.forssell@tblekinge.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