



VANDPOSTEN



Medlemsblad for urologisk interesserede sygeplejersker

FSUIS december 2021

Pushing the Boundaries of Your Urology Practice



bkSpecto

salgdk@bkmedical.com

Redaktion

Karin N. Jansen
BK Medical
Mileparken 34,
2730 Herlev.
Tlf. 2893 1091
E-mail: kjansen@bkmedical.com



Jane Meinung
Urologisk Senge-
afdeling H 122,
Herlev Gentofte
Hospital, 2730 Herlev.
Tlf. 3868 2256
E-mail:
jane.meinung.nielsen@regionh.dk



Marianne Midttun
Klinisk
Mikrobiologisk Afd.
Herlev Hospital,
2730 Herlev.
Tlf. 4488 3859
E-mail: marianne.midttun@regionh.dk



Jannie Wolfgang
Eiskjær
Hjemmesygeplejen
Stationsvej 5,
9280 Storvorde
Tlf. nr. 9931 5671
Email: jaci-aeh@aalborg.dk



Grafisk produktion:
Identi reklame- og onlinebureau
Tlf. 30 28 33 00.
kontakt@identi.dk

Indhold

Side

Fra formanden	4
Bestyrelsen	5
Nye redaktionsmedlemmer.	6
Benigne blærepolypyper El – koagulation Ambulant	7
Oplevelsen af forløbet med anlæggelse af Brickerblære	11
Uddannelsesprogram for introlæger i at cystoskopere	16
Udvikling af en patientbog som forberedelse til cystektomi	19
Ref. af Generalforsamling FSUIS d. 21/9 2021	23
Bestyrelsens beretning 2020/2021	25
Den subkutane urinvejsstent – er den sikker?	29
Den ældre skrøbelige urologiske patient	33
Ballon nefrostomikateter i første ”hug”	35
Følge-hjem Teamet er med til at sikre udskrivelsen for de skrøbelige patienter, der skal hjemsendes	36
Her kommer en lille beretning om oplevelsen af at være på FSUIS’ Årsmøde.	38
Kittelbog i urologi	39
INUS, Innsbruck 20. - 22. januar 2022	40
33rd NUF Congress in Helsinki, June 8 – 11, 2022	41
Global Congress on Bladder Cancer – Ghent- Oct.2021	42
Er du ekspert i prostatakræft?	45
FSUIS Landsstævne 2021 fotokavalkade.	46-47
Aktivitetskalender	48-49
EAUN, Amsterdam, 18. - 21. marts 2022	50

Forsidefoto - Jens Borved:
”Hvor mon det ændrer?” - Sønderød Viborg.

DEADLINE Vandposten juni 2022:
Artikler, breve, annoncer og andet skal være redaktionen i hænde senest 1. maj 2022.
Email gerne til: vandposten@gmail.com





Kære alle medlemmer

Det lykkedes – vi fik afholdt et Landskursus i september måned, og sikke nogle dage. Vi i bestyrelsen kørte i hvert fald fra Hotel Kolding Fjord med en dejlig fornemmelse i maven – masser af glade og aktive deltagere, stor aktivitet hos udstillerne, engagerede oplægsholdere, ny viden blev delt, der blev "netværket" i pauserne og Hotel Kolding Fjord dannede igen en flot ramme for vores Landskursus.

TAK til alle jer der deltog, TAK til udstillerne, TAK til oplægsholderne og TAK til Hotel Kolding Fjord.

Bestyrelsen har endnu ikke konstitueret sig efter dette års generalforsamling, men der har ikke været udskiftning af medlemmer i bestyrelsen. Som jeg fremlagde i min beretning til generalforsamlingen, så er strukturen for bestyrelsens arbejde ikke ændret, vi arbejder stadigvæk som et team. Vi er ikke en lukket klub, vi vil gerne have nye medlemmer af bestyrelsen. Vi er efterhånden en del medlemmer af bestyrelsen, der har nogle år på bagen ift. bestyrelsesarbejdet, og nogle nærmer sig også at de måske gerne vil noget andet – så hermed en lille opfordring til jer alle ift. at overveje om bestyrelsesarbejdet kunne være noget for jer i fremtiden.

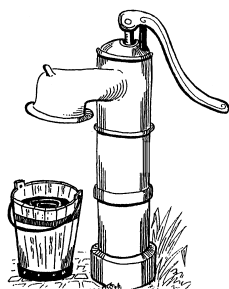
Vi vil det næste års tid arbejde med vores faste aktiviteter, herunder planlægningen af næste års landskursus, et arbejde som allerede er gået i gang. Vi har læst alle jeres evalueringer fra dette års landskursus og tager input fra disse med i den videre planlægning. Udover vore faste aktiviteter, vil vi også arbejde med vore organisatoriske struktur, herunder vores vedtægter, som skal læses igennem og nok revideres en smule. Vi arbejder med funktionsbeskrivelser for det at

være medlem af bestyrelsen, dette arbejde skal gerne sikre, at nye og fremtidige medlemmer af bestyrelsen bliver hjulpet godt fra start.

Næste år byder også velkommen til forskellige kongresser, temadage, fælles dage for alle de faglige selskaber osv. Se en oversigt over næste års aktiviteter i denne udgave af Vandposten. Vi vil i bestyrelsen deltage i det omfang, det er muligt, og så krydser vi vores fingre for, at den aktuelt stigende Coronasmitte ikke igen resulterer i nedlukninger, aflysninger osv. Vi håber at se nogle af medlemmer til de forskellige arrangementer det næste års tid.

De bedste hilsner med ønsket om en glædelig jul og et godt nytår til jer alle.

På bestyrelsens vegne
Rikke Knudsen
Formand FSUIS



Bestyrelsen FSUIS



Formand: Rikke Knudsen
Urinvejskirurgisk Afd. sengeafsnit
Aarhus Universitetshospital,
8200 Aarhus.
Tlf. nr. 7845 2713/3091 5797
Email: rikkknud@rn.dk



Bestyrelsesmedlem: Marianne Lind
Urologisk ambulatorium 636
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg
6700 Esbjerg
Tlf. nr. 7918 2316
Email: Mariannelind11@gmail.com



Næstformand: Beritt Pedersen
Urologisk Ambulatorium
Aalborg Universitetshospital Nord
9000 Aalborg.
Tlf. nr. 9766 3279
Email: beritt.pedersen@rn.dk



Suppleant 2. kasserer: Mette Kliim
Afd. H 102 Urologisk ambulatorium
Gentofte Hospital
2900 Hellerup
Tlf. nr. 3867 2823
Email: mette.kliim@regionh.dk
og christian.kliim@get2net.dk



1. kasserer: Jane Meinung
Urologisk Sengeafdeling H 122,
Herlev Hospital,
2730 Herlev.
Tlf. 3868 2256/2426 9765
E-mail:
jane.meinung.nielsen@regionh.dk



Suppleant: Lena Thomsen
Sygeplejerskeuddannelsen
University College Nordjylland
9100 Aalborg
Tlf. nr. 7269 1073
E-mail: let@ucn.dk



Sekretær: Erica Grainger
Kontinenssygeplejerske
Syddjurs Kommune.
Tlf. nr. 2163 4459
E-mail: erag@syddjurs.dk



Nye redaktionsmedlemmer



Camilla
Aakmann Jensen

Jeg hedder Camilla Aakmann Jensen. Arbejder på Urologisk- Senge, Dag, og Akutmodtage Afsnit.

Blev uddannet i sommeren 2020.

Jeg drømmer om at blive Klinisk Vejleder og arbejde med undervisning og udvikling.



Henriette Jensen

Sygeplejerske med særlig klinisk funktion i udvikling og undervisning Master i klinisk sygepleje

Ansæt:

Urologisk sengeafsnit 10 og Urologisk Akut modtage- og dagafsnit 9

Klinik kirurgi og kræftbehandling Aalborg Universitetshospital

Interesseområder:

Udvikling og forskning af klinisk sygepleje, særligt patienten med nefrostomikateter og deling/ sparring af viden på tværs af sektorer optager mig. Klinisk kompetencevurdering i forhold til rekruttering, oplæring af nye kolleger og ikke mindst fastholdelse af personalet i afdelingen.



Mette Sø

Jeg hedder Mette Sø, er 43 år og arbejder på urologisk sengeafdeling på Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg. Jeg måtte den lange vej rundt før jeg blev sygeplejerske. Jeg

blev uddannet cand.mag. i engelsk og dansk tilbage i 2004, og planen var at tilbringe et år i Australien inden jeg fandt ud af, hvad jeg ville arbejde med.

I nogle år havde jeg forskellige jobs, blandt andet som rengøringsmedarbejder og tjener, samt et par år som servicemedarbejder hos et teleselskab, indtil jeg fandt ud af, at jeg gerne ville være sygeplejerske. Jeg tog blandt andet en uddannelse i Home and Community Care og fik arbejde på et plejehjem, og efterfølgende fik jeg legat til uddannelsen til Enrolled Nurse (svarende til SSA uddannelsen herhjemme). Desværre fik jeg ikke gjort denne færdig, da omstændighederne kaldte mig tilbage til Danmark i 2014. Heldigvis kom jeg ind på sygeplejerskeuddannelsen og i 2018 blev jeg ansat på SVS, hvor jeg forelskede mig i urologien. I 2021 fik jeg lov til at få lidt videreuddannelse, så jeg også kan kalde mig kontinenssygeplejerske.

Jeg glæder mig rigtig meget til at være med i Vandpostens redaktion!

Benigne blærepolypyper - El - koagulation Ambulant

Af Helle Kjærgaard Jacobsen, kvalitets- og udviklingssygeplejerske, Master i Sundhedsfremme. Urologisk afdeling, Sjællands Universitetssygehus. Tlf: 9357 6234 hkja@regionsjaelland.dk.

Benigne blærepolypyper



El - koagulation Ambulant

BAGGRUND

Indtil for nylig er patienter med godartet polyp i blæren mødt til kontrolcystoskopi i Urologisk Ambulatorium på Sjællands Universitetshospital (SUH) enten hos læge eller i sygeplejeambulatoriet. Hvis der blev fundet recidiv af polypyper i blæren, blev patienten gjort klar til at få disse fjernet på operationsafdelingen. Det betød, at patienten dels skulle have ny tid til forundersøgelse dels tid til operation og dermed flere besøg forud for indlæggelse.

Sygeplejerskerne har bemærket, at patienterne ofte gav udtryk for, at de var kede af denne procedure og synes det var besværligt at komme flere gange. Selve forundersøgellesproceduren er langvarig og forbundet med en del ventetid. Enkelte patienter har tidligere oplevet at få fjernet polypyperne i dagkirurgisk

afdeling, hvilket var mindre omstændigt. Fra 2012 har man på Ålborg Sygehus ambulant fjernet recidiver vha. el-koagulation. Specielt oplærte sygeplejersker varetager cystoskopi-funktionen. Ses polypyper i blæren tilkaldes læge mhp plan for det videre forløb. Findes små polypyper brændes disse af læge i det samme ambulante besøg. (Kilde: Ansat personale i urologisk afdeling, Ålborg Sygehus)

Urologisk afdeling på Horsens Sygehus har anvendt samme procedure siden 2014. Det samme gælder for Urologisk afdeling på Randers sygehus. (Kilde: Ansat personale i Region Midt, Urinvejskirurgi, Aarhus Universitetshospital).

I Årsaftalen for Sjællands Universitetshospital 2019 er der i den seneste strategi cyklus lagt vægt på, at målene på sygehus såvel som på afdelingsniveau skal gøre en positiv forskel for patienterne (1 side 4)

I ambulatoriet på SUH er der en gruppe sygeplejersker, der besidder stor erfaring og ekspertise ift. patienter med blærepolypyper. Disse sygeplejersker havde et stort ønske om at forbedre og udvikle forløbet for patienterne. Samtidig blev der i begyndelsen af 2019 sat lægefagligt fokus på afdelingens daværende behandling/kontrol i disse patientforløb.

Det blev besluttet, at patientforløbet for de patienter, som i minimum 1 år havde haft stabil Ta low grade, skulle optimeres. Patienten skulle tilbydes at få brændt recidiverende blærepolypyper samme dag, som sygeplejersken ved kontrolcystoskopi fandt recidiv. Det blev afgrænset til de patienter, der maksimalt hav-



de tre recidiver med et eksofytisk papillomatomst væv på maksimum 5 mm (2).

I sygeplejerskegruppen antog man, at det ville opleves som klar forbedring for patienten ikke at skulle indlægges og bedøves til behandlingen. En sådan effektivisering ville derudover give afdelingen mulighed for frigivelse af ressourcer til andre behandlinger, ligesom det ville give mulighed for kompetenceløft til sygeplejerskegruppen.

MÅL

Målet med den ændrede behandlingsform blev, at:

- Forbedre den patientoplevede kvalitet ved at nedbringe patientens kontakt til afdelingen / sygehuset (undersøges vha telefoninterview)
- Øge patienternes oplevelse af tryghed og sammenhæng i patientforløbet
Derudover antog man ud fra et økonomisk perspektiv, at den ændrede behandling ville kunne give følgende afsmittende effekt
- Nedbringe ressourceforbruget (alle faggrupper) i forbindelse med kontrolbesøg
- Frigive kapacitet på operationsafdelingen til anden urologisk behandling (hvilket vil være en positiv udvikling i forhold til afdelingens mål med at skaffe større råderum til bl.a. hjemtag af patienter).

IMPLEMENTERINGSPROCES

Først blev der udarbejdet en lokal instruks, som beskriver proceduren vedrørende elektrokoagulation af små recidiver af blærepapillomer fundet ved kontrolcystoskopi hos patienter med stabil Ta low grade sygdom. Dvs. det er ikke for førstegangskontroller. Instruksen er gældende for læger og sygeplejersker, som forestår kontrolflexcystoskopier. (2)

Herefter fulgte undervisning til sygeplejerskerne. Der er i Urologisk Afdeling på

Sjællands Universitetshospital to ambulatorier. Ét ambulatorium, i Næstved, hvor der er 6 sygeplejersker, der cystoskoperer og ét ambulatorium i Roskilde, hvor 3 sygeplejersker varetager tilsvarende opgave.

Det blev besluttet, at starte implementeringen hos de 3 sygeplejersker i Roskilde. Deres erfaringer skulle efter en kort periode anvendes til udbredelse af opgaven først til få og kort efter til resten af gruppen i Næstved

Fremgangsmåden blev således, at de skoperende sygeplejersker vurderer, om der ud fra de foreskrevne kriterier er indikation for el koaguleres og/eller bioptering under dagens ambulante besøg. Ved recidiv tilkaldes læge, som forestår selve el-koagulationen. I Roskilde tilkaldes urologisk bagvagt. I Næstved tilkaldes speciallæge fra ambulatoriet. Sygeplejersken skriver journalnotat med angivelse af assisterende læge.

Forud for undersøgelsen / proceduren informeres patienten om muligheden for behandling med det samme samt informeres om eventuel ubehag, blødning samt forhold efterfølgende. Herefter indhentes informeret samtykke.

PATIENTINDDRAGELSE

På Sjællands Universitetshospital arbejdes med personcentreret pleje og behandling. Disse begreber forstås og defineres ud fra sygeplejerske og professor Brendan McCormacks forståelse: "Personcentreret pleje og behandling er en tilgang til praksis, som etableres gennem pleje- og behandlingsmæssige relationer mellem alle sundhedsprofessionelle, patienter/borgere og pårørende. (Sjællands Universitetshospital, 2018). På baggrund af dette havde afdelingen et ønske om at blive kloge på, hvordan pågældende patientgruppe oplevede at få behandling samme dag, som kontrol cystoskopien- finder sted.

Netop viden fra patienten var en vigtigt kilde for afdelingen at få kendskab til. En viden, som

kunne inddrages i evaluering af den ændring i behandling, som havde fundet sted samt danne baggrund for at opretholde eller foretage justering af behandlingen. I en publikation fra ViBis (Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet) beskrives i forbindelse med organisatorisk brugerinddragelse: "- Brugere har en anden og vigtig viden. Patienter og pårørende er eksperter i mødet med sundhedsvæsenet og livet med sygdom, og undersøgelser viser, at de lægger vægt på nogle andre ting end sundhedsprofessionelle. Deres specifikke viden er derfor vigtig i forhold til at kvalificere beslutninger i sundhedsvæsenet". Vedrørende det etiske og demokratiske aspekt i at inddrage patienterne i udviklingen af afdelingens nye tiltag, står der desuden, at størstedelen af patienter og pårørende ønsker at være til gavn for sundhedsvæsenets udvikling ved at dele deres erfaringer gennem datadeling, feedback og brugerrepræsentation ved møder (3).

METODE

Patientens oplevelse af forløbet blev undersøgt via telefoninterview. Ved behandling i ambulatoriet blev 25 patienter adspurgt, om vi måtte kontakte dem efterfølgende. Ved positivt tilsagn fik patienten udleveret de spørgsmåls, som ville blive stillet patienten ved den telefoniske opringning cirka en uge efter indgrebet. Spørgsmålene tog udgangspunkt dels i patientens tidligere erfaringer, hvor behandlingen skete under indlæggelse og dermed indebar mere forberedelse dels i den oplevelse patienten havde ved indgrebet uden at vide det på forhånd. Spørgsmålene handlede derfor om patientens oplevelse af information før og under indgrebet samt om tryghed før, -under og efter indgrebet.

Vi forventede relativt konkrete svar på konkrete spørgsmål på det generelle plan- men også individuelle oplysninger om, hvad der kan give værdi for patienten, som kan inddra-

ges i det fremtidige patientforløb. Afdelingen valgte at afdelingens udviklingssygeplejerske skulle foretage telefoninterviewene med patienten. Hun er ikke en del af personalet i ambulatorierne og fremstod dermed som uvildig i rollen som interviewer. Det var ligeledes udviklingssygeplejersken, som foretog analysen af interviewdata.

RESULTATER

Alle 25 adspurgte patienter indvilgede i telefoninterview. Én patient ønskede imidlertid ikke at deltage i interview, da han var på ferie. Én patient blev ikke ringet op, da han selv afleverede udfyldt spørgeskema forinden.

Efter at halvdelen af patienterne havde gennemgået den nye behandling, viste sig allerede et klart billede af, at patienterne var meget tilfredse med den nye behandlingsmåde. Dette billede ændredes ikke.

Der blev udtrykt særlig stor tilfredshed med, som flere patienter sagde: "... at få klaret det hele på en gang". De fleste patienter gav ligeledes udtryk for, at det var rart at være fri for narkose.

Flere patienter fortalte, at de kunne mærke en lille smule under behandlingen, men at det ikke havde været "noget særligt". Flere beskrev det, som et "lille niv". Få patienter fraveg dette udsagn. Én sagde: "det niver lidt. Det er ikke helt sandt. Det var noget værre". Patienten fik faktisk brændt 5 polyper, men vil gerne gøre det igen, - hvis der kun er to polyper.

En enkelt patient, som ellers var meget begejstret for det nye forløb, udtrykte utryghed ved mangel på besked om, hvorvidt polyperne var benigne eller maligne.

Flere patienter udtrykte stor tilfredshed og ros til teamets professionalisme. Nogle patienter gav specifikt udtryk for tilfredshed med plejepersonalet, som beskrives som "meget professionelle og med godt overskud".



EVALUERING

Det ses i patienternes besvarelser, at der er stor tilfredshed med den nye behandlingsform.

En afledt positiv konsekvens af at behandlingen kan foregå i ambulatoriet er, at lægerne oftere tager en diagnostisk biopsi i forbindelse med flexcystoskopi, idet der nu er mulighed for efterfølgende at elkoagulere, da afdelingen har rådighed over diatermiapparatur. Dette vurderes at være en sidegevinst, der optimerer diagnostikken.

Behandlingen er udbredt til også at foregå på lægestuer, som bemandes af yngre læger.

KONKLUSION OG PERSPEKTIV

Vi ved nu, at langt de fleste patienter er både trygge og tilfredse med, at en specielt trænet sygeplejerske foretager cystoskopi og inspektion af forhold i blæren og dermed også foretager en faglig vurdering af, hvorvidt en læge skal tilkaldes til at træffe beslutning om videre behandling.

I sygeplejegruppen ses et muligt perspektiv i, at de på et tidspunkt vil få så meget erfaring, at de selv vil kunne foretage behandlingen uden medvirken af læge.

Sygeplejerskernes kompetencer på feltet er øget i en sådan grad, at det både ud fra et læge,- og sygeplejefagligt skøn vurderes, at de rutinerede sygeplejersker efter sidemandsoplæring vil kunne foretage el koagulation. Det vurderes, at denne specialopgave samt indgående kendskab til apparaturet med tiden bør udbredes til flere sygeplejersker.

Afsluttende bemærkninger

Ved seneste evaluering, efteråret 2020, udtrykker sygeplejegruppen en opfattelse af, at det virker som om, der går længere tid imellem, de ser denne type patienter, end de havde forventet. Der er tese om, at de unge (og uerfarne) reservelæger, når de laver flexcystoskopi, sætter patienten til operation, i stedet for at

tilkalde en mere erfaren læge til at brænde polyperne.

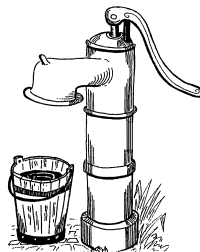
Derfor pågår lige nu en opgave i at undersøge ovenstående påstand.

Som tiden er gået, er der opstået et behov for at få klarhed over, hvor ofte patienten må komme til 4 måneders kontrol med efterfølgende el koagulation af én eller flere polyper (ofte samme sted) – uden at blive tilset af læge eller blive henvist til et operativt indgreb.

KILDER

1. Årsaftalen 2019 mellem urologisk afdeling og Sygehusledelsen, Sjællands Universitetshospital (kan skaffes ved henvendelse til forfatter)
2. Flexcystoskopi - med elektrokoagulation af blærepolyper <http://d4.regsj.intern/Default.asp#DokID=597403>
3. Jønsson, A.J; Baker, V.H; Jacobsen, C.B; Pedersen, L.H. Brugerinddragelse: forhandlinger af autoritet, relation og viden side 5-17 i Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund nr. 22 2015.

*Helle Kjærgaard Jacobsen
Kvalitets,- og udviklingsygeplejerske, Master i Sundhedsfremme.
Urologisk afdeling,
Sjællands Universitetssygehus. Tlf: 9357 6234
bkja@regionsjaelland.dk.*



Vandposten

Oplevelsen af forløbet med anlæggelse af Brickerblære - i forbindelse med operation for blærekræft - et patient- og pårørende perspektiv

Af Beritt B. Pedersen sygeplejerske med særlig klinisk funktion i undervisning og udvikling, Urologisk Ambulatorium, Aalborg Universitetshospital, Rikke Kristensen, Afsnitsledende sygepleje, Urologisk Senge- akutmodtage- og dagafsnit, Aalborg Universitetshospital, Lone Christensen, stomisygeplejerske, Urologisk Ambulatorium, Aalborg Universitetshospital Lone Jørgensen, Lektor i Klinisk Sygepleje, Klinik Kirurgi og Kræftbehandling, Aalborg Universitetshospital og Klinisk Institut, Aalborg universitet

Rikke Kristensen og ut. har begge modtaget Medac legat til nedenstående projekt. Det har gjort det muligt at udføre to forskningsprojekter, hvor begge i perioder har været købt fri til at foretage interviews, transskribere og udføre analysearbejdet.

BAGGRUND

På trods af fremskridt indenfor epidemiologi og behandling af blærekræft viser en litteratursøgning at der er sparsom viden om patienters oplevelse af at være diagnosticeret med blærekræft. Desuden viser den, at der er mangel på evidens om pårørendes opgaver og ressourcer i forbindelse med patientforløbet for blærekræft. Derfor var formålet at undersøge patienter og pårørendes oplevelse af patientforløbet i forbindelse med operation for blærekræft og anlæggelse af Brickerblære – fra diagnosen stilles og indtil 2 måneder efter operationen.

Metode

Der blev foretaget 14 individuelle interviews med patienter, som blev inkluderet i forbindelse med tilbud om operation med Brickerblære. I alt blev 17 patienter inviteret til at deltage i undersøgelsen, men to blev ekskluderet på grund af komplikationer med ileus og lang

indlæggelsestid. Én patient kunne alligevel ikke overskue at deltage. Det var valgfrit for patienterne om de ville interviewes i eget hjem eller på hospitalet. 13 interview foregik i eget hjem og et på hospitalet.

I alt blev 20 pårørende inviteret til fokusgrupper. Én kunne ikke deltage pga. udenlandsrejse og den anden følte sig ikke helt rask og havde derfor ikke overskud til at deltage i fokusgruppen. Tre fokusgrupper med i alt 18 pårørende blev alle foretaget på hospitalet.

Der blev udfærdiget to semistrukturerede interview-guider, som skulle bruges i henholdsvis de individuelle interviews og i fokusgrupperne. Der blev ligeledes registreret demografiske data på alle patienter. De individuelle interviews blev alle åbnet med: Kan du prøve at fortælle om dit forløb?

Der blev spurgt ind til patientens oplevelse af forløbet fra diagnosen stilles og ind til 2 måneder efter udskrivelse. Herved fik vi viden om forløbet i ambulatoriet, sengeafdelingen og i primær sektor og overgangen til primær sektor.

Til analyse af data fra individuelle interview og fokusgrupper blev der anvendt Graneheim og Lundmans tilgang til induktiv indholdsanalyse. Forud for projektet blev der søgt tilladelse



hos afdelingsledelsen samt i datatilsynet i region Nordjylland til udførelse af projektet. Der blev givet skriftlig og mundtlig information om projekterne til henholdsvis patienterne og de pårørende, og der blev indhentet skriftligt samtykke fra alle. De etiske retningslinjer for sygeplejeforskning i Norden blev fulgt.

Fund

På baggrund af analysen fandt vi i undersøgelsen med patienterne fire temaer, der illustreres med citater i det følgende:

1. At navigere i en bekymringstilstand
2. At være navigatør i eget forløb
3. At være udfordret kropsligt og socialt
4. Personcentreret kommunikation – et must

At navigere i en bekymringstilstand

Jeg var bange for ikke at vågne op igen. Og selvfølgelig også om de fik det hele med, men så blev jeg opereret og det synes jeg også er gået rigtig rigtig godt (ID 2 s. 2)

At være navigatør i eget forløb

Det skulle jeg snakke med sygehuset om og det {kvalmen} kom de slet ikke ind på, det var simpelthen fokuseret på at skifte den pose. Jeg ringede til dem {hjemmesygeplejen} på et tidspunkt, hvor de sagde du nødt til og ringe til sygehuset eller din egen læge. For en 14-dags tid siden, hvor jeg fik ondt i nyren og {urinen} begyndte at lugte igen, ringede jeg til sygehuset om mandagen, hvor de sagde det var jeg simpelthen nødt til at ringe til min egen læge om (ID 10 s. 8)

At være udfordret kropsligt og socialt

Jeg sidder og kigger på nettet og kigger på, hvad for noget smart tøj, jeg kan få til at have på til stranden. Hvordan kan jeg skjule den {stomiposen}, så folk ikke glør på mig, så jeg kan gå i vandet som alle andre. Det var det første, jeg spurgte læger og sygeplejersker om: Kan jeg gå i vandet, altså i havet ... at tage på ferie og gøre som alle andre?

Jeg har fundet noget {tøj}, der mere eller mindre passer, men man kan få noget mere smart {tøj}, man kan komme posen ned i. Jeg har fundet nogle numre på nettet, hvor man kan købe det. Det man har af undertøj, det passer ikke. For elastikkerne {i underbukserne} klippede jeg alle sammen op. Så fandt jeg nogle bukser, der var for store, og jeg har jeg fundet nogle seler, i stedet for et bælte, der altid sidder og spænder {ben over posen} (ID 13 s. 20)

Personcentreret kommunikation – et must

Jeg blev godt informeret af alle, så det var jeg helt tryk ved. Jeg bliver indlagt søndag aften før jeg skal opereres, og bliver taget godt imod og godt forberedt, selvfølgelig er man bange for sådan en stor operation, og utryk men alligevel så følte jeg mig i gode hænder (ID 2 s. 2)

Det kan jeg egentlig ikke engang huske. Fortalte hun ikke det meste af det vi havde fået et vide en gang? {i ambulatoriet} Ja det tror jeg egentlig {at det var en gentagelse}. Jeg tror egentlig ikke der var så meget nyt. Jeg kan egentlig ikke huske hvad der blev sagt {på 10} Nej jeg synes jeg fik det meste at vide, men altså oppe på afdelingen der viste de mig, hvordan det hele fungerer og alt sådan noget {...} Ja det var det jo nok egentlig nok nogle gange, fordi du glemmer. Den første information den glemmer du nok lidt (ID 6 s. 6)

En forferdelig masse informationer. Og de er fine dem der har været, det er ikke noget med det at gøre, men der er mange informationer. Og så får man en masse papirer, og det er klart, det kan godt virke overvældende, ikke også? Men så lader man der gå nogle dage, det gjorde jeg i hvert fald, jeg lod mappen ligge. Og så begynder jeg lige så stille at læse det igennem nogle dage og så igen, når der er gået nogle dage, ikke også? Fordi man kan jo ikke huske det, man har læst. Og sådan har jeg lige så stille mejet mig igennem. Jeg flyver ikke hjem og begynder at åbne den, fordi altså der er virkelig mange informationer, man får. Fordi jeg ved næsten ikke, hvor man skal sætte grænsen benne. (ID 7 s. 7)

På baggrund af fokusgrupperne med deltagelse af pårørende fandt vi to temaer, der illustreres med samtaler og citater i det følgende:

1. At navigere i en bekymringstilstand med et tyngende ansvar
2. Personalekontinuitet og pårørende omsorg – en nødvendighed for det gode forløb.

At navigere i en bekymringstilstand med et tyngende ansvar

13: Efter operationen.... der var hun meget afskræftet, det var hun i.... jeg tror, de tilskrev den lange bedøvelse, det er jo faktisk 12 timer, næsten 6 timers operation og 6 {uklart, 21:08} med at vågne op. At de tilskrev det det, men det første lange stykke tid, der havde hun ikke spor appetit og tabte sig voldsomt og kunne ingenting. Havde ikke lyst til noget, ville slet ikke spise noget og...

11: Det er ikke sjovt at være pårørende så.

11: Og den der skal sørge for at give dem noget mad, og de så overhovedet ingenting vil have. Min mand han kastede op, når jeg fik ham til at ville spise noget. (FG 1)

Der har man jo et stort ansvar som pårørende, synes jeg. For du er jo den eneste, der ser det. Du er den eneste, der kan se, hvor dårligt, de har det, ikke også. Og så er det lige med, hvornår man skrider til handling. (FG 1, ID 1)

Personalekontinuitet og pårørende omsorg – en nødvendighed for det gode forløb

De mange forskellige læger, man møder, de har jo mange forskellige måder at udtrykke sig på {smågrinen i baggrunden}, nogle er sværere at forstå end andre og nogle er helt uforståelige. (FG 1 ID 3)

Vi blev mødt begge to af hjælpsomhed og omsorg. Det var virkelig dejligt, det var simpelthen alle. Selvom man var både ked af det blev man trøstet. Men det var hårdt, det var et hårdt forløb (FG 2 ID 1 s. 10)

Konklusion og implikationer for praksis

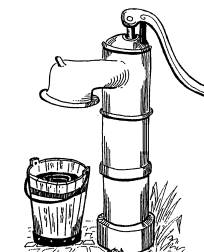
På baggrund af de to undersøgelser kan vi kon-

kludere at patienter og pårørende er særdeles udfordret i en svær tid for begge parter. For at imødekomme patienter og pårørendes forskellige behov er der derfor behov for en mere personcentreret og situationsorienteret tilgang. På baggrund af ovenstående ligger et stort implementeringsarbejde foran os. Der er på nuværende tidspunkt planlagt en temaaftermiddag, hvor vi forventer at nedsætte arbejdsgrupper, som skal arbejde med hvordan vi implementerer fundene i den kliniske praksis. Herefter vil der blive udarbejdet forslag til forbedring af forløbet for patienten og den pårørende.

På nuværende tidspunkt har projektet foranlediget at stomimarkeringen er flyttet i ambulatoriet fra sengeafdelingen, da dette giver et bedre forløb for patienten. Tidligere skulle patienten møde op på dagafsnittet til stomimarkeringen, som blev gjort af lægen, som ofte stod og opererede og derved skulle forstyrres.

Ligeledes får patienten nu seponeret sine baby-feeding tubes ambulant, hvilket tidligere blev foretaget på dagafsnittet. Herved har patienten fået et nemmere forløb og undgår ventetid mm.

Ligeledes arbejdes der på at al forberedelse foregår i ambulant regi så patienten slipper for et ekstra besøg på sengeafdelingen.





Mitomycin medac

Interesseret i at modtage medac's nyhedsbrev?

Registrer dig på www.medac.dk

Mitomycin medac Til installationsbehandling

Postoperativt • Induktion • Adjuverende



DK 180/102021

For yderligere produktinformation:
www.medicin.dk eller www.produktresume.dk

medac
info@medac.dk | www.medac.dk

Mitomycin "medac", pulver og solvens til intravesikal opløsning 40 mg

Terapeutiske indikationer: Mitomycin "medac" er indiceret til intravesikal administration til forebyggelse af recidiv hos voksne med overfladisk karcinom i urinblæren efter transuretral resektion. **Dosering og indgivelsesmåde:** Mitomycin "medac" skal administreres af læger, der har erfaring med denne behandling, og kun hvis det er klart indiceret. Mitomycin "medac" er kun beregnet til intravesikal anvendelse efter rekonstitution. Dosering: Til én blæreinstillation bruges indholdet af ét hætteglas. Der er mange intravesikale mitomycin-regimer – de varierer med hensyn til mitomycin-dosen, instillationshyppighed og behandlingsvarighed. Medmindre andet er angivet, er mitomycin-dosen 40 mg, der instilleres i blæren én gang om ugen. Regimer med instillation én gang hver 2. uge, én gang om måneden eller hver 3. måned kan også anvendes. Speciallægen afgør, hvilket regime, hvilken hyppighed og hvilken behandlingsvarighed der passer bedst til den enkelte patient. Særlige populationer: Ældre: Der foreligger ikke tilstrækkelige data fra kliniske forsøg vedrørende brugen af mitomycin hos patienter i alderen 65 år eller derover. Nedsat nyre- eller leverfunktion: Lægemidlet skal anvendes med forsigtighed til patienter med nedsat nyre- eller leverfunktion. Pædiatrisk population: Sikkerheden og virkningen af Mitomycin "medac" hos børn er ikke klarlagt. Der foreligger ingen data. Administration: Mitomycin "medac" er kun beregnet til intravesikal instillation, når det er blevet opløst. Det tilrådes at anvende dette lægemiddel ved dets optimale pH-værdi (pH-værdi i urin > 6) og at opretholde mitomycin-koncentrationen ved at mindske væskeindtaget inden, under og efter instillation. Blæren skal tommes inden instillation. Mitomycin indføres i blæren ved hjælp af et kateter og ved lavt tryk. Den enkelte instillationsvarighed skal være 1-2 timer. I dette tidsrum bør opløsningen have tilstrækkelig kontakt med hele slimhindeoverfladen i blæren. Patienten bør derfor mobiliseres mest muligt. Efter 2 timer skal patienten udtømme den instillerede opløsning, helst i siddende stilling. For instruktioner om rekonstitution og fortynding af lægemidlet for administration. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det (de) aktive stof(ter) eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Anning, Perforering af blære væggen og Cystitis. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Hvis der opstår cystitis, skal symptomerne behandles med lokale antiinflammatoriske lægemidler og smertestillende medicin. I de fleste tilfælde kan mitomycin-behandlingen fortsættes, om nødvendigt med en reduceret dosis. Der er rapporteret om isolerede tilfælde af allergisk (eosinofil) cystitis, hvor det var nødvendigt at seponere behandlingen. Ekstravasation efter intravesikal administration: Symptomer på ekstravasation efter intravesikal administration af mitomycin kan forekomme straks efter applikationen eller uger eller måneder senere. Det kan være uklart, om ekstravasationen fandt sted som følge af en ubemærket perforation, en muscularis propria, som er blevet tyndere, eller hvis lægemidlet ikke blev administreret korrekt. De første symptomer viser sig som smerter i bækkenet eller abdomen, som er refraktære til almindelige analgetika. Nekrose af (fedt)væv i den omgivende region som følge af ekstravasationen blev observeret i de fleste tilfælde. Der er også blevet rapporteret blæreperforation eller udvikling af en fistel og/eller byld. Lægerne skal derfor overveje muligheden for, at der er opstået en ekstravasation, hvis patienten klager over smerter i bækkenet eller abdomen, for at forhindre alvorlige konsekvenser. Generel hygiejne for patienten: Det anbefales, at hænder og genitalia vaskes efter mikturition. Dette gælder især for de første vandladninger efter administration af mitomycin. Mitomycin er et mutagen og potentielt karcinogent stof for mennesker. Kontakt med hud og slimhinder skal undgås. **Knoglemarvstoksicitet:** På grund af mitomycins toksiske virkning på knoglemarven skal andre myelotoksiske behandlinger (navnlig andre cytostatika og strålebehandling) administreres med særlig forsigtighed for at minimere risikoen for additiv myelosuppression. Langvarig behandling kan forårsage kumulativ knoglemarvstoksicitet. Knoglemarvssuppression kan typisk først mærkes efter et stykke tid og kraftigst efter 4-6 uger. Efter længerevarende behandling kan der forekomme kumulativ knoglemarvssuppression, og individuel dosisjustering er derfor ofte påkrævet. Forekomsten af akut leukæmi (i nogle tilfælde efter en præleukæmisk fase) og myelodysplastisk syndrom er indberettet hos patienter, der har fået samtidig intravenøs behandling af mitomycin og andre antineoplastiske stoffer. Hvis der opstår lungesymptomer, der ikke kan tilskrives den underliggende sygdom, skal behandlingen seponeres med det samme. Lungetoksicitet kan behandles godt med steroider. Behandlingen skal også straks seponeres, hvis der er symptomer på hæmolyse eller tegn på nedsat nyrefunktion (nefrotoksicitet). Hvis der opstår hæmolytisk-uræmisk syndrom (HUS: irreversibelt nyresvigt, mikroangiopatisk hæmolytisk anæmi [MAHA-syndrom] og trombocytopeni), har det almindeligvis døden til følge. Ved intravenøse doser på > 30 mg mitomycin/m² legemsoverflade er der set mikroangiopatisk hæmolytisk anæmi. Tæt overvågning af nyrefunktionen anbefales. Der er hidtil ikke observeret nogen tilfælde af MAHA efter intravesikal anvendelse af mitomycin. Nye resultater indikerer, at et terapeutisk forsøg kan være en mulighed til fjernelse af immun-komplekser, der synes at spille en væsentlig rolle i forekomsten af symptomer via immunadsorption med stafylokoprotein A-kolonner. Ældre: Ældre patienter har ofte nedsat fysiologisk funktion og knoglemarvsdepression, der kan være langvarig, hvorfor mitomycin skal administreres med særlig forsigtighed hos denne population og med tæt overvågning af patientens tilstand. **Interaktion med andre lægemidler og andre former for interaktion:** Mulige interaktioner ved systemisk behandling. Der kan forekomme myelotoksiske interaktioner med andre knoglemarvstoksiske behandlinger (navnlig andre cytostatika, lægemidler, strålebehandling). Samtidig behandling med vinca-alkaloide eller bleomycin kan forværre lungetoksiciteten. Der er rapporteret om øget risiko for hæmolytisk-uræmisk syndrom hos patienter, der får intravenøs mitomycin samtidig med 5-fluorouracil eller tamoxifen. Dyreforsøg tyder på, at virkningen af mitomycin går tabt, hvis det indgives samtidig med pyridoxinhydrochlorid (B6-vitamin). Der må ikke foretages injektion med levende vacciner i forbindelse med mitomycin-behandling, da mitomycin-behandlingen kan øge risikoen for, at en levende vaccine medfører infektion. Doxorubicins kardiotoxicitet kan forstærkes af mitomycin. **Bivirkninger:** Bivirkninger er anført nedenfor efter systemorganklasse og hyppighed. Hyppigheden defineres som: Meget almindelig (> 1/10), almindelig (> 1/100 til < 1/10), ikke almindelig (> 1/1.000 til < 1/100) og sjælden (> 1/10.000 til < 1/1.000), meget sjælden (< 1/10.000), ikke kendt (kan ikke estimeres ud fra forhåndenværende data). Mulige bivirkninger ved intravesikal behandling: Opløsningen til intravesikal instillation eller den dybe resektion kan medføre bivirkninger. De mest almindelige bivirkninger ved intravesikal administreret mitomycin er allergiske hudreaktioner i form af lokalt eksantem (f.eks. kontaktdermatitis, herunder palmo-plantar erytem) og cystitis. Hud og subkutane væv: Almindelig: Allergisk hududslæt, kontaktdermatitis, palmo-plantar erytem, pruritus. Sjælden: Generaliseret eksantem. Nyre og urinveje: Almindelig: Cystitis (evt. hæmorrhagisk cystitis), dysuri, nykturi, pollakisuri, hæmaturi, lokal irritation af blære væggen. Meget sjælden eller ikke kendt: Nekrotiserende cystitis, allergisk (eosinofil) cystitis, stenose af de frøende urinveje, reduceret blærekapacitet, kalcifikation af blære væggen, blære væg fibrose, perforeret blære. Ikke kendt: I tilfælde af ekstravasation. Perforeret blære, nekrose af (fedt)væv i det omgivende område, vesikal fistel, bylder. Efter intravesikal administration er det kun mindre mængder mitomycin, der når det systemiske kredsløb. I meget sjældne tilfælde er følgende systemiske bivirkninger dog blevet indberettet: Mulige systemiske bivirkninger, der meget sjældent forekommer efter intravesikal administration: Blod og lymfesystem: Leukocytopeni, trombocytopeni. Luftveje, thorax og mediastinum: Interstitiel lungesygdom. Mave-tarm-kanalen: Kvalme, opkastning, diarré. Lever og galdeveje: Forhøjede aminotransferaser. Hud og subkutane væv: Alopeci. Nyre og urinveje: Nyredysfunktion. Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet: Feber. Mulige bivirkninger ved systemisk behandling: De mest almindelige bivirkninger ved systemisk administreret mitomycin er gastrointestinale symptomer som kvalme og opkastning samt knoglemarvssuppression med leukopeni og som regel dominerende trombocytopeni. Knoglemarvssuppression forekommer hos op til 65 % af patienterne. Hos op til 10 % af patienterne må alvorlig organotoksicitet i form af interstitiel lungbetændelse eller nefrotoksicitet forventes. Mitomycin er potentielt hepatotoksisk. Blod og lymfesystem: Meget almindelig: Knoglemarvssuppression, leukopeni, trombocytopeni. Sjælden: Hæmolytisk, anæmi, trombotisk mikroangiopati (TMA) med trombotisk trombocytopenisk purpura (TTP). Ikke kendt: Anæmi. Infektioner og parasitære sygdomme: Sjælden: Livstruende infektion, sepsis. Ikke kendt: Infektion. Immunsystemet: Meget sjælden: Alvorlig allergisk reaktion. Hjerne: Sjælden: Hjerterystende efter tidligere behandling med antracykliner. Luftveje, thorax og mediastinum: Almindelig: Interstitiel lungbetændelse, dyspnø, hoste, åndenød. Sjælden: Pulmonal hypertension, pulmonal veneokklusiv sygdom (PVO). Mave-tarm-kanalen: Meget almindelig: Kvalme, opkastning. Ikke almindelig: Mucositis, stomatitis, diarré, anoreksi. Lever og galdeveje: Sjælden: Nedsat hepatisk funktion, øgede aminotransferaser, gulsot, veneokklusiv sygdom (VOD) i leveren. Hud og subkutane væv: Almindelig: Eksantem, allergisk hududslæt, kontaktdermatitis, palmo-plantar erytem. Ikke almindelig: Alopeci. Sjælden: Generaliseret eksantem. Nyre og urinveje: Almindelig: Nedsat nyrefunktion, øget serumkreatinin, glomerulopati, nefrotoksicitet. Sjælden: Hæmolytisk-uræmisk syndrom (HUS) (almindeligvis dødeligt), mikroangiopatisk hæmolytisk anæmi (MAHA-syndrom). Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet: Almindelig: Ved ekstravasation: Cellulitis, vævnekrose. Ikke almindelig: Feber. **Indberetning af formodede bivirkninger:** Når lægemidlet er godkendt, er indberetning af formodede bivirkninger vigtig. Det muliggør løbende overvågning af benefit/risk-forholdet for lægemidlet. Sundhedspersonale anmodes om at indberette alle formodede bivirkninger via: Lægemiddelstyrelsen, Axel Heides Gade 1, DK-2300 København S. Websted: www.meldenbivirkning.dk. **Udlevering: A. Emballagetyper og pakningsstørrelser:** Klart hætteglas (50 ml), 1 pvc-pose med 40 ml natriumchloridopløsning 0,9 %, med eller uden kateter. Ikke alle pakningsstørrelser er nødvendigvis markedsført. **Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk**. **Tilsuds: 0. Lægemiddelform:** Pulver og solvens til intravesikal opløsning. Pulver: Gråt til gråblåt pulver eller kage. Solvens: Klar og farveløs væske. Indehaver af markedsføringsstilladelsen: medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH, Theaterstr. 6, 22880 Wedel, Tyskland. **ATC-kode:** L01 DC 03. **SPC National version:** 02. januar 2021. **For yderligere produktinformation:** www.medicin.dk eller www.produktresume.dk.

Uddannelsesprogram for introlæger i at cystoskopere

Af sygeplejerske Gitte Uldal, Urologisk amb. Aalborg UH.

I Baggrunden for dette ligger tilbage i 2008 hvor sygeplejerskerne i urologisk ambulatorium Aalborg startede med at cystoskopere som de første i DK. Sidenhen er det blevet almindeligt på de fleste urologiske afdelinger.

Aktuelt cystoskoperer vi alle kontroller af det der hedder transitiocellulær carcinom (den hyppigste form for polypper i blæren) – undtagen første gang patienten skal skoperes efter at have fået fjernet en polyp, hvor det er en læge - og derudover fjerner vi alle indvendige JJ-katetre efter nyrestenskirurgi.

De fleste af de patienter der har haft polypper tilbydes livslang kontrol – dette fordi vi ved at polypper i blære/urinveje har tendens til at komme igen.

Ret hurtigt efter 2008 begyndte vi at have læger med i praktisk oplæring - ofte meget på lægernes præmisser, de kom hvis de lige havde en halv ledig dag eller time – og ville gerne med her og nu. Dette fandt vi ikke altid tilfredsstillende, da vi så var uforberedte og måske havde vores egne studerende med eller andre aftaler på tværs i afdelingen som det kolliderede med. Men oplæringen fungerede på disse præmisser en del år.

En af vores læger tog så på et tidspunkt uddannelsen til "Forandringsagent i NAU fellowship" – mhp. på at forberede hensigtsmæssige arbejdsgange på NAU. I den forbindelse fokuserede hun på bedre oplæring af blandt andet introlæger i forhold til selvstændigt at kunne håndtere en linje med cystoskopier i

ambulatoriet. Her var en oplagt mulighed for at formalisere og opgradere oplæringen. Den linje introlæger varetager i ambulatoriet er forundersøgelser af patienter i pakkeforløb: enten pga makroskopisk hæmaturi hvor de skal cystoskoperes og ellers kan det være pakkeforløb obs prostatakræft.

Oplæringen kom nu til at bestå af 2 timers teori og praktisk gennemgang af skop-opbygning og håndtering mm - samt en dag sammen med det cystoskoperende team med mulighed for at cystoskopere op til 10 ptt med den vejledning og supervision hver enkelt har brug for.

Vi lavede et lille forventnings- og evalueringsskema som de fik tilsendt på forhånd – jeg blev overrasket over hvor detaljerede forventninger de havde til undervisningen, men dejligt med inputs, lettere at målrette undervisningen så. Og evalueringerne har udelukkende været positive.

Rent praktisk bliver oplæringen aftalt med teori en torsdag eftermiddag og efterfølgende praktik om fredagen (og mulighed for en dag mere senere hvis det behov er til stede – at cystoskopere er et håndværk og det er forskelligt hvor hurtigt man fanger teknikken)

Desuden tilbyder vi at når de har den første dag med pakkelinje i ambulatoriet – hvor der som regel er en del cystoskopier – at de kan følges med en cystoskoperende sygeplejerske, så der er mulighed for råd og vejledning til det tekniske.

Afsluttende kommentar: At få introlægerne i hånden i en undervisningsseance er en glim-

rende mulighed for starten på et godt samarbejde. Min oplevelse er at de er meget interesserede i at suge viden til sig, er begejstrede for at det er struktureret og planlagt oplæring - i modsætning til "learning by doing", som ofte er lægernes skabelon. Det giver os en unik chance for "Nudging": at præge dem i den retning vi gerne vil have samarbejdet til at fungere – i teams hvor vi hjælper hinanden og ikke er fuldstændig fastlåst i at den ene faggruppe gør dit og den anden faggruppe gør dat – hvordan får vi ved fælles hjælp den enkelte patient bedst gennem en konsultation.

Der ligger helt sikkert en diskussion i hvor mange ressourcer vi skal bruge på oplæring af læger. Det endelige svar på den diskussion har jeg ikke – jeg kan kun sige at for vores vedkommende letter det opstarten af nye læger i ambulatoriet, det giver bedre patientforløb – lægen har overskud til at se patienten og ikke kun være fokuseret på teknikken – det har selvsagt givet sygeplejerskerne en del frustrationer når der starter læger der ikke har fået oplæring, og det har uden tvivl givet nogle

patientforløb som vi kunne have ønsket bedre. Så vi synes indsatsen – som reelt er på 2 timer pr nyt hold introlæger og derudover selvfølgelig arbejdet med at have dem med på en linje – er det værd.

Som afdeling tænker jeg også det er vigtigt at være opmærksom på hvilke forhold der kan være med til at tiltrække nyt personale – og der tror jeg for lægernes vedkommende at et ry for at være en afdeling der tager oplæring alvorligt, kan være med til at trække i den rigtige retning.

Men selvfølgelig er det et puslespil der skal gå op – og den største udfordring i den her oplæring er nok det der går forud: at finde en dag og få lavet en aftale der holder!

Så alt i alt tænker jeg der er et perspektiv i – i samarbejde med lægerne selvfølgelig - at arbejde videre med formaliseret oplæring af læger ved sygeplejerske, og at det er et koncept der kan bruges mange andre steder – og måske allerede bliver brugt andre steder, det kunne være interessant at få tilbagemeldinger på.

SKRIV TIL VANDPOSTEN

Har du kommentarer, erfaringer og oplevelser af faglig karakter, du gerne vil dele med andre urologisk interesserede sygeplejersker, så skriv til Vandposten.

Indlægget sendes til vandposten@gmail.com
Husk at skrive dit navn, titel og arbejdssted. Gerne telefonnummer og/eller e-mail efter overskriften eller efter indlægget.

Redaktionen forbeholder sig ret til at justere et indlæg; dette i samråd med forfatteren.

Indlæg på en A4 side eller derover honoreres med et gavekort.

Deadline for juni nummeret er 1. maj.

Deadline for december nummeret er 1. november.



DET VALG,
DU ALTID KAN
STOLE PÅ

Brugervenlige hydrofile
katetre tilpasset til kroppen
for langvarig komfort og
sikkerhed.



wellspect.dk

LoFric®

WELLSPECT does not waive any right to its trademarks by not using the symbols ® or ™.



Udvikling af en patientbog som forberedelse til cystektomi

Af Susanne Vabr Lauridsen, Klinisk Sygeplejespecialist og post doc. Urologisk Afdeling, Rigshospitalet og WHO-CC, Parker Institutet, Frederiksberg og Bispebjerg Hospital

BAGGRUND

Der er årligt ca. 1700 patienter, der bliver diagnosticeret med blærekræft og af disse får knapt 300 fjernet blæren (radikal cystektomi) og udført en urinafledende operation (1). Indgrebet er en af de største uro-onkologiske operationer og forbundet med en betydelig risiko for postoperative komplikationer, idet 60 % vil opleve en eller flere komplikationer indenfor de første 90 dage (2, 3). Der er en stigende erkendelse af vigtigheden af, at patienter, der skal gennemgå radikal cystektomi er velforbredte til operationen både fysisk og psykisk og at nogle komplikationer kan forebygges (4, 5). Det accelererede operationsforløb har været udbredt i Danmark i mere end 20 år og på trods af en veldokumenteret effekt af konceptet, så er alle komponenter herfra fortsat ikke systematisk implementeret (6, 7). Derfor, er opmærksomheden internationalt de seneste år rettet mod perioden, inden kirurgi, præhabiliteringsfasen (8, 9). Præhabilitering er defineret som "en multi-disciplinær proces, der foregår i tidsrummet fra diagnosen er stillet til operationsdagen. Intentionen med præhabilitering er en individuel optimering af risikofaktorer, og personlige byrder, der kan influere på de kliniske og patient-rapporterede resultater efter operationen og således bidrage til den samlede rehabilitering" (5).

I Danmark afspejles dette i den nyeste beskrivelse af Pakkeforløb for kræft i urinvejene fra 2019 (10), hvor der står, at patienten to uger inden operation skal tilbydes information og vejledning i livsstilsændring i forhold til

KRAM faktorerne kost, rygning, alkohol og motion. Den præoperative instruktion i hjemmetræning anbefales varetaget af fysioterapeut. Desuden vejledning i stomioplæring og de fysiske, psykiske og seksuelle følger efter operationen.

Systematisk screening for rehabiliteringsbehov postoperativt samt henvisning til kommunale sundhedstilbud er velimplementeret i afdelingen. Til gengæld bliver patienterne ikke systematisk screenet for præhabiliteringsbehov eller tilbudt relevante interventioner. Ved systematisk screening af præoperative risikofaktorer indenfor KRAM hos cystektomi patienter, kan igangsættes forebyggende handlinger, så som øget fysisk aktivitet, inspiratorisk muskel træning (IMT), rygestop, alkoholstop og korrigerende af ernæringsdeficit.

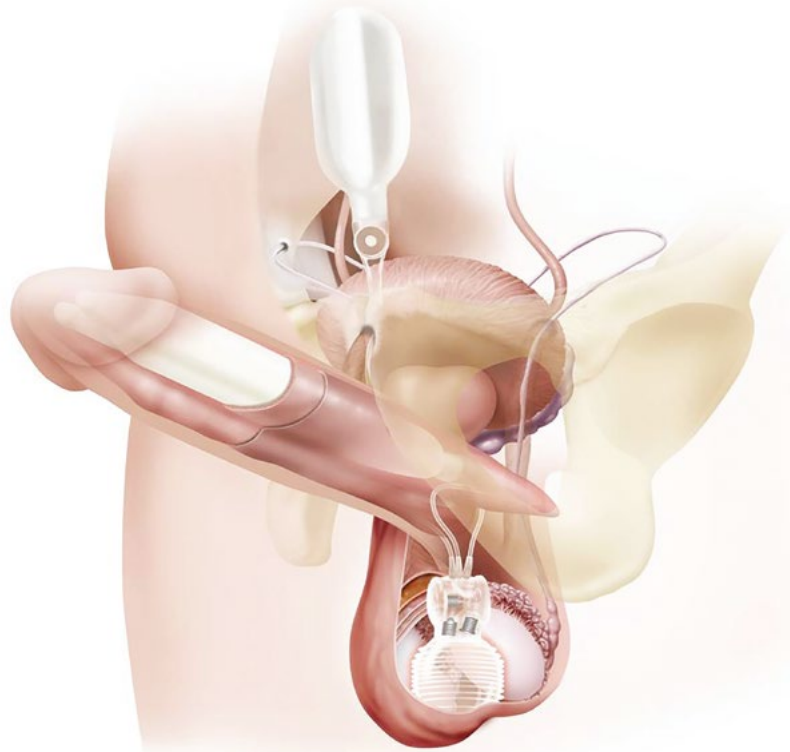
Så for at leve op til anbefalingerne i pakkeforløbet, har urologisk afdeling udarbejdet en patientbog (Figur 1), indeholdende information om både præhabiliterings- og rehabiliteringsfasen. Bogen vil blive udleveret den dag, patienten indstilles til operation og blive gennemgået på et patientseminaret, der afholdes ugen efter og hvor både patient og pårørende inviteres med.

- fortsættes næste side...



Titan® erektionsprotese

Når erektil dysfunktion ikke kan afhjælpes på anden måde.¹



For yderligere information kontakt Area Manager Mona Kempel på tlf. 4911 2669 eller dkmkem@coloplast.com

1. Levine LA, Becher EF, Bella AJ, Brant WO, Kohler TS, Martinez-Salamanca JJ, Trost L, Morey AF. J Sex Med. 2016 Apr;13(4):489-518.



Titan®

Coloplast logo er et registreret varemærke ejet af Coloplast A/S. © 2021-11. Alle rettigheder forbeholdes Coloplast A/S. PM-19428



Formål med bogen

Det primære formål med bogen er at få implementeret anbefalingen fra Sundhedsstyrelsen gennem udlevering af bogen og afholdelse af et patientseminar inden operationen.

Patientbogen er patientens egen og her vil al information blive samlet, lige fra ambulante aftaler, beskrivelse af operationen, sider hvor spørgsmål til samtalen kan noteres, beskrivelse af hvordan stomien skiftes/neoblæren skylles, instruktioner om træningsøvelser, der kan udføres hjemme til henvisning til hjemmesider og kontaktoplysninger på ryge-alkoholstop tilbud i kommunen.

Tanken med bogen er, at den skal følge patienten gennem hele forløbet og at patienten kan vælge kun at læse om det, der er aktuelt, således at han/hun ikke skal forholde sig til alle potentielle problemstillinger og overvældes af information. Bogen skal efterspørges af den plejeansvarlige sygeplejerske og formulerin-

gerne derfra kan med fordel bruges, så patient og pårørende oplever, alle giver samme information. Bogen er derfor opbygget i afsnit med forskellige farver, så det er let at finde viden afhængigt af, hvor patienten er i forløbet

Vigtige aftaler i dit forløb	4
Vigtige kontakter	5
Indledning	6
Blærekræft	7
Mere viden om blærekræft	8
Behandling af blærekræft med fjernelse af urinblæren (cystektomi)	10
Urinafledning: Forskellige typer	12
Urostomi	14
Neoblære	16
Indiana pouch	18
Inden, under og efter operationen	20
Ved udskrivelse	26
Efter udskrivelse	27
Opfølgning efter operationen	31
Praktisk information om urologisk klinik D	32
Dagsprogram ved operation for kræft i urinblæren	34
Oplæringsprogram efter anlæggelse af Urostomi	40
Oplæringsprogram efter anlæggelse af Neoblære	44
Oplæringsprogram efter anlæggelse af Indiana pouch	50
Træningsprogram fra fysioterapeuterne	56
Ordbog	60

Videre plan

Bogen er på nuværende tidspunkt gennemlæst af 3 patienter og en pårørende. Der er meget positive tilbagemeldinger på omfang, opsætning og indhold. Den sidste korrekturlæsning er i gang og derefter trykkes bogen, så alle patienter, der skal cystektomeres kan få den udleveret. Næste trin bliver at få testet indholdet på patientseminaret. Tanker her er at få relevante faggrupper til at holde korte vejledende oplæg ud fra bogen, der inspirerer til spørgsmål fra patient og pårørende og som fokuserer på det, den enkelte deltager har behov for viden om. Vi vil gerne have en læge, en sexuel counsellor, en fysioterapeut, en sto-



misygeplejerske og en sygeplejerske fra blære cancerteamet, der er tilstede gennem hele seminaret og som kan besvare spørgsmål om forløbet. Dette er dog ikke afgjort endnu, da vi skal teste, om det praktisk er muligt.

Da vi gerne vil se, om tilbud om deltagelse i patientseminaret ændrer på det postoperative forløb, så har vi søgt støtte til et samarbejdsprojekt med afdelingens udviklings fysioterapeut, hvor vi vil måle på hvor mange patienter, der har deltaget i patientseminar og som har gennemført min. 75 % af den anbefalede IMT og hjemmetræning. Lykkedes til at få økonomisk støtte til dette, så vil I kunne læse resultaterne af dette projekt her i Vandposten.

Vil du gerne vide mere om bogen, så send en mail til: susanne.vahr@regionh.dk

Referencer:

1. Bagi P, Nordsten CB, Kehlet H. Cystectomy for bladder cancer in Denmark during the 2006-2013 period. *Dan Med J.* 2016;63(4).
2. Shabsigh A, Korets R, Vora KC, Brooks CM, Cronin AM, Savage C, et al. Defining early morbidity of radical cystectomy for patients with bladder cancer using a standardized reporting methodology. *Eur Urol.* 2009;55(1):164-74.
3. Lauridsen SV, Tonnesen H, Jensen BT, Neuner B, Thind P, Thomsen T. Complications and health-related quality of life after robot-assisted versus

open radical cystectomy: a systematic review and meta-analysis of four RCTs. *Syst Rev.* 2017;6(1):150.

4. Cui HW, Turney BW, Griffiths J. The Preoperative Assessment and Optimization of Patients Undergoing Major Urological Surgery. *Curr Urol Rep.* 2017;18(7):54.
5. Jensen BT, Lauridsen SV, Jensen JB. Prehabilitation for major abdominal urologic oncology surgery. *Curr Opin Urol.* 2018;28(3):243-50.
6. Kehlet H. Enhanced postoperative recovery: good from afar, but far from good? *Anaesthesia.* 2020;75(S1):e54-e61.
7. Kehlet H. ERAS Implementation-Time To Move Forward. *Annals of surgery.* 2018;267(6):998-9.
8. Carli F, Gillis C, Scheede-Bergdahl C. Promoting a culture of prehabilitation for the surgical cancer patient. *Acta Oncol.* 2017;56(2):128-33.
9. Cerantola Y, Valerio M, Persson B, Jichlinski P, Ljungqvist O, Hubner M, et al. Guidelines for perioperative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS((R))) society recommendations. *Clinical nutrition (Edinburgh, Scotland).* 2013;32(6):879-87.
10. Sundhedsstyrelsen. Pakkeforløb for kræft i urinvejene. 2019.

Tak til Medac som gennem Medac stipendiet i 2019 har støttet udvikling og tryk af bogen.

Referat Generalforsamling FSUIS den 21. september 2021 på Kolding Fjord

1. Referent Susanne Vahr
 2. Valg af stemmetællere:
Sofie Vistoft. Aarhus UH
Henriette Jensen. Aalborg
 3. Karin N Jansen
 4. Revisor: DSR's regnskabsafdeling.
 5. Bestyrelsens beretning for 2 år: Se Bestyrelsens beretning 2021 - næste side.
Henriette Jensen Aalborg UH – 10.000,- støtte til udbredelse af speciale viden vedr. Urins udseende (foto) – Optagelse af film, vellignende billeder af hæmaturi, IKEA-vejledninger, flowcharts med handlemuligheder, billeder af korrekt fiksering.
 6. Regnskab fremlægges:
Jane Meinung:
Det går ufattelig godt!
Regnskabet godkendes!
 7. Fremlæggelse af budget
 8. Kontingens uændret
 9. Valg af 3 bestyrelsesmedlemmer og 1 suppleant. Ingen nye opstillingskandidater.
De to bestyrelsesmedlemmer og suppleanten, der er på valg, ønsker at genopstille.
Beritt Pedersen (modtager genvalg) 52 stemmer
Rikke Knudsen (modtager genvalg) 62 stemmer
Marianne Lind (modtager genvalg) 35 stemmer
Lena Thomsen (modtager genvalg) 34 stemmer
 10. Indkomne forslag: Et enkelt forslag fra bestyrelsen:
Vedtægtsændring – se pkt. 11.
 11. Vedtægtsændring:
13.7. ændres til – Økonomisk støtte kan alene søges af medlemmer af faglig.....
10.1 Valg til bestyrelsen finder sted på den ordinære generalforsamling ("hvert år" udgår)
14.5 "Grundet ændringer i valgperioden for bestyrelsesmedlemmer gælder følgende overgangsbestemmelse, som er gældende til og med den ordinære generalforsamling 2019.
Medlemmer af bestyrelsen og suppleanter, der ikke er på valg i 2018, sidder valgperioden ud, således at bestyrelsesposterne og suppleantposten er på valg på ordinær generalforsamling i 2019 for en 3-årig periode" – udgår!
Opfordrer generalforsamlingsdeltagere til at være obs. på mulige emner til bestyrelsespost i EAUN.
- Evt.
- Susanne Vahr træder ud af bestyrelsen EAUN.
Susanne Vahr opfordrer til at medlemmer af FSUIS, vil opstille til bestyrelsen i EAUN.
Er nogen interesserede, må de gerne kontakte Susanne.

Opfordring til alle medlemmer af FSUIS

Hvis i vil modtage information fra FSUIS, herunder kontingent-opkrævning, invitation til Landskursus, nyhedsbreve, Vandposten osv., skal i sørge for at jeres medlemsoplysninger er korrekte.

Dette gøres på DSR's hjemmesiden under jeres profiloplysninger.

FSUIS trækker medlemsoplysninger fra DSR's medlemsregister.



DIVEEN® – friheden til at leve et aktivt liv



Diveen® er et diskret hjælpemiddel til kvinder

Diveen® anvendes som en almindelig tampon

Diveen® reducerer risikoen for urinlækage



Produktet kan købes hos
Abena, Den gode Pleje
www.dengodepleje.dk
Søg efter navnet Diveen®

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

B. Braun Medical A/S | Dirch Passers Allé 27, 3.sal | 2000 Frederiksberg | Tlf.: 33 31 31 41



Vandposten

Bestyrelsens beretning 2020/2021

VELKOMMEN:

Igen har jeg fornøjelsen af at skulle fremlægge bestyrelsens beretning for året der gik, i år har jeg igen glædet mig til det – ikke kun til at skulle fremlægge beretningen, men generelt til selve generalforsamlingen. Vi går som bestyrelse til generalforsamling med "ro" i maven, så velkommen til dette års generalforsamling, hvor denne beretning fremlægges for årene 2020 og 2021. Rent bestyrelsesmæssigt har de sidste år været sat lidt ned i gear, og som I alle ved, skyldes det, I alle har været en del af, nemlig COVID 2019 – og som tidligere nævnt har udfordret os på godt og ondt.

Men nu er vi videre – og klar til at komme i gang igen med bestyrelsesarbejde, udvikling, faglighed, den urologiske sygepleje, os.

Strukturen for bestyrelsen er stadigvæk at vi arbejder som et team

Vi er ikke en lukket klub – og selvom vi efterhånden er en del medlemmer af bestyrelsen, der har nogle år på bagen ift. bestyrelsesarbejdet, og nogle nærmer sig også at de måske gerne vil noget andet – så hermed en lille opfordring til jer alle ift. at overveje om bestyrelsesarbejdet kunne være noget for jer i fremtiden.

MEDLEMSTAL:

Aktuelt 327 medlemmer, en nedgang, men en forventet nedgang, både pga. at en del medlemmer er gået på pension, men også pga. Corona. Vi er ikke bekymrede lige nu, men i kraft af, at der generelt mangler sygeplejersker - nu men især også i fremtiden, så vi må også være proaktive ift. at få sygeplejersker til at melde sig ind i vores selskab.

Så hermed en opfordring til jer alle – reklamer alt hvad I kan!!!

Vi er tilfredse, vi forventer ikke et øget deltagerantal hvert år, og der vil altid være lidt udsving i vores medlemstal. Vi skal dog ikke hvile på laurbærrerne og som bestyrelse skal vi arbejde for at vi bliver et selskab, som er interessant at være medlem af – både som helt ny sygeplejerske men også for den erfarne sygeplejerske.

Der ligger en reklameflyer på hjemmesiden. Den er tænkt som en reklame for vores selskab – den kan printes ud og gives til kollegaer, som ikke kender til vores selskab.

SAMARBEJDSFLADER:

DSR:

Vi har vores faste samarbejdsflader, hvor DSR er den største, idet vi er organiseret under DSR i forhold til samarbejdet med og omkring de faglige selskaber.

Der er ikke kommet noget nyt ang. DSR og de faglige selskabers samarbejde – jer, der har deltaget tidligere, ved, at der i 2016 fra DSR's blev sat fokus på de faglige selskaber, fordi der generelt ses et faldende medlemstal i de faglige selskaber. For få år tilbage var der 20.000 medlemmer på landsplan, faldet til 14.000 i 2016 og mon ikke det er faldet yderligere. Det er DSR selvfølgelig kede af og DSR har de sidste efterhånden mange år arbejdet på en løsning og en ny struktur i forhold til organiseringen og administrationen af de faglige selskaber. Ideen var, at hvis den til tider nogle gange administrative del af det at drive et fagligt selskab blev centraliseret, kunne de



December 2021

faglige selskaber koncentrere sig om arbejdet med det vi allerhelst vil, nemlig det sygeplejefaglige arbejde, udvikling af sygeplejen, planlægning af kurser osv. Arbejdet blev som nævnt startet i 2016 som et udviklingsprojekt, og vi har været repræsenteret i dette arbejde med Mette Kliim og Jane Meinung. Det har været lidt en tung og lang proces og desværre er der ikke kommet nogen endelig løsning eller resultat ud af arbejdet, simpelthen fordi de faglige selskaber ikke kunne blive enige om en fælles model, som DSR havde fremlagt. Vi venter stadig på næste udspil fra DSR ift., hvad der skal ske (og måske ikke skal ske) med De faglige selskabers fremtid og organisering – og ikke mindst samarbejdet med DSR – men her i 2021 står vi stadig uden løsning.

Vores samarbejde med DSR indeholder:

- Som nævnt samarbejdet omkring de faglige selskaber, ca. 1 møde årligt hvor alle selskaber er inviteret
- Inviteres til møder i de lokale kredse
- Regnskabspakken, dvs. DSR håndterer vores regnskab og revision

DASYS/Sundhedsstyrelsen

- DASYS:
 - Her har vi repræsentanter i Forskningsrådet – Bente Thoft Jensen, AUH
- DASYS/Sundhedsstyrelsen
 - NKR for rehabilitering af patienter med prostatakræft, udkommet 2021, Brigitta Villumsen, HEV
 - Revideret udgave af pakkeforløb for kræft i urinvejene, udkommet 2019, Bente Thoft, AUH
 - Arbejdsgruppe vedrørende revision af pakkeforløb for prostatakræft – igangværende Sofie Vistoft, AUH
 - Varetagelse af forløb i urinvejene, herunder specialeplan/placering af funktioner i Danmark – igangværende, Bente Thoft, AUH og Louise Øbro, Vejle/Sygehus Lillebælt.

EAUN:

- Medlemskab af FSUIS pr. 1. dec. = medlemskab af EAUN det efterfølgende år
- EAUN-dag afholdes i Danmark en gang årligt, gratis at deltage. Det er i juni på AUH, dato følger og kan findes på hjemmesiden

FASTE AKTIVITETER

- Landskursus
 - 1 x årligt
- Vandposten
 - 2 x årligt, elektronisk
- Hjemmesiden
- Hjemmesiden er noget vi er begyndt at bruge mere, men som stadig giver os en del udfordringer da det er en platform DSR har købt/valgt – og vi kan ikke bare indrette den som vi vil. Men vi prøver – og tak til Beritt for det store arbejde med løbende at få lagt nyheder på hjemmesiden. Husk at abonnere på nyheder fra FSUIS, så får i en mail når der er nyt på hjemmesiden.
- Uddannelsesstøtte
 - Der uddeles 10 portioner årligt af 2000 kr.



- De sidste års udbetalinger af støtte:
 - 2019 9 x 2.000 kr.
 - 2020 0 x 2.000 kr.
 - 2021 2 x 2.000 kr.
- Det er en støtte, alle kan søge – og gør det nu. Vi vil gerne støtte jer medlemmer.
- Der er mulighed for at ansøge løbende henover året.
- Når man modtager støtten på 2.000 kr., forpligter man sig til at lave et indlæg til Vandposten og det bliver sådan fremover, at pengene ikke udbetales førend:
 - Indlæg til Vandposten er lavet.
 - Kassereren har modtaget bilag for den støtte, der er udbetalt.
 - Det gøres for at lette det administrative arbejde, men også for at vi fremover kan sikre, at vi får nogle gode og spændende indlæg i vores medlemsblad
- **Udviklingsstøtte**
 - De sidste års udbetalinger af støtte:
 - 2018 1 x 5.000 kr.
 - 2019 og 2020 – ingen ansøgere
 - 2021 1 x 10.000 kr.

Udviklingsstøtte – det vi før kaldte legat. Nå, men her har vi op til 15.000 kr., der deles ud en gang årligt,

det gives til udvikling og forskning. Ansøgningsfrist er altid 30.6. Når man modtager denne støtte,

forpligter man skal til at holde et oplæg på et fremtidigt landskursus.

Lidt mere om vores "legat"

Der har været en ansøger i år – dejligt, det kommer vi til om lidt!

ESUN course – noget som vi startede planlægning på i 2019...så kom Coroana, men hold øje med hjemmesiden, får vi håber og tror da på at det kommer snart...!

Nå, men en ansøger til udviklingsstøtten i år. Henriette Jensen, Ålborg Universitetshospital har ansøgt til et projekt, "Vidensdeling af specialiseret viden om transuretral og suprapubisk blærekateter på tværs af sektorer", og vi har bevilliget Henriette 10.000.kr.

FREMTIDEN

Vi arbejder videre med vores faste aktiviteter og hvad der ellers måtte komme til hen ad vejen Landskursus:

Som allerede nævnt er vi her i år og vi har tegnet kontrakt med Kolding Fjord indtil 2023 Vandposten er gået elektronisk – vi skal arbejde videre med dette. Både i forhold til selve den elektroniske udgave i forhold til noget rent teknisk, men også i forhold til indholdet. Når jeg nævner indholdet, så vil vi – og nok mest redaktionsgruppen - rigtig gerne modtage input fra jer. Det kan både være gode ideer til indhold, det kan være indlæg store som små, det kan være fortællinger fra hverdagen, rapportager fra div kongresser el lign.

Redaktionsgruppen har en mailadresse, som I kan kontakte dem på – og ellers er de jo også her i dag. EAUN – EAUN kongressen næste år i Amsterdam og EAUN dagen på AUH til juni NUF – der er også kongres næste år, den afholdes i Finland. Søg støtte, vi vil gerne have jer af sted.

Dette var bestyrelsens beretning, tak.





BLÆRESMERTER 24 TIMER I DØGNET TOILETBESØG 40 GANGE I DØGNET

- det kan være virkeligheden for patienter med
Interstitiel Cystitis/Bladder Pain Syndrome

IC/BPS er en defekt i blæren, hvor blærehinden og blærens elasticitet nedbrydes. Lidelsen er meget smertefuld og kræver hyppige toiletbesøg. Den er voldsomt belastende både fysisk, psykisk og socialt. Lidelsen er uhelbredelig, men ved forskelligartede behandlinger kan der opnås lindring.

Mange patienter med denne sygdom oplever at stå meget alene med deres lidelser. Oplys derfor dine blæresmertepatienter om, at der findes en forening for dem.

I foreningen kan de:

- møde andre med samme lidelse
- få hjælp, støtte og rådgivning
- opnå mere viden og erfaringsudveksling om IC/BPS.

Sygeplejersker, urologer, gynækologer og andre interesserede er også velkomne i foreningen.

IC Foreningen/BPS arbejder for at støtte og hjælpe medlemmerne, og vi arbejder på at udvide vores netværk til relevant sundhedspersonale. Foreningen er medlem af Sjældne Diagnoser.

Hjemmeside: icforeningen.dk
Mail: post@icforeningen.dk



IC foreningen
Bladder Pain Syndrome

Den subkutane urinvejsstent – er den sikker?

Af Overlæge Mikabail Diatchikhine og professor Lars Lund Urologisk Afdeling L,
Odense Universitetshospital

Patienter med komplekse sygdom i urinlederen (ureter) får i dag hjælp på 2 måder enten vha. et plastikrør direkte ind i nyren (nefrostomi) eller et JJ-kateter som virker som et "dræn" mellem nyrens urinhulrum (pelvis) og blæren. En nefrostomi skiftes oftest hver 3 måned uden bedøvelse mens JJ kateteret kan ligge fra 3-6 måneder afhængig af type men skiftes oftest i fuld bedøvelse. Nefrostomi er ikke en særlig patientvenlig metode og nedsætter livskvaliteten og kan medføre hyppige infektioner, stop af nefrostomien pga. blødning, som gør at man skal henvende sig evt. akut på hospitalet til skiftning eller skylning, mens der ved JJ-kateter ses sepsis (blodforgiftning), urinvejsinfektioner, irriterende blæresymptomer eller direkte smerter på grund af den distale krølle i blæren. Øvrige problemer med nefrostomi og JJ katetre er displacering og forkalkninger (inkrustationer). Disse inkrustationer er en betydelig ulempe, og behovet for regelmæssig/akut skift evt. i fuld bedøvelse er både uønsket og uegnet hos patienter især hos ældre og patienter med komorbiditeter (andre medicinske sygdomme).

Vi anvender nu ved udvalgte patienter en subkutane urinvejsstent (rør), som er beliggende mellem nyrens hulrum og føres gennem underhuden og ned til blæren. Denne stent fungerer som et rigtig godt alternativ til de nuværende modaliteter (JJ-kateter og nefrostomi).

Stenten løber fra nyrehulrummet subkutant og ned til blæren uden at involvere urinlede-

ren eller andre organer i bughulen (Figur 1). Mange patienter lider af ensidig eller dobbeltsidig udvidelse af nyrehulrummet (hydro-nefrose), som forårsages af tumorer i det lille bækken, retroperitoneal fibrose (arvæv i den bagerste bughinde), forsnævring af urinlederen på grund af strålebehandling eller skader på urinlederen opstået ved traumer eller kirurgi.

Denne ekstraanatomisk stent kaldes EAUD (Extra Anatomical Urinary Derivation) eller Detour. En Detour-stent består af et ydre lag af polytetrafluoroethylene og et indre lag, som er en silikonetube på 7 french, hvilket er væsentligt større end diameteren i et JJ-kateter. Der er små huller i begge ender, således at der er optimalt afløb. I den proksimale ende, som sidder inde i nyren, er der en lille røntgenpositiv anordning, således at man kan se den under gennemlysning, og man ved, at denne ende bliver placeret korrekt i nyren.

...fortsættes på side 31...





Urologisk Forum

Efteruddannelse for læger og sygeplejersker

Reservér tid til næste arrangement i

Urologisk Forum

fredag den 6. maj og

lørdag den 7. maj 2022

Emne:

LUTS – udredning og behandling

Afholdes i Vingsted Centret
Vingsted Skovvej 2, 7182 Bredsten.

bk
medical

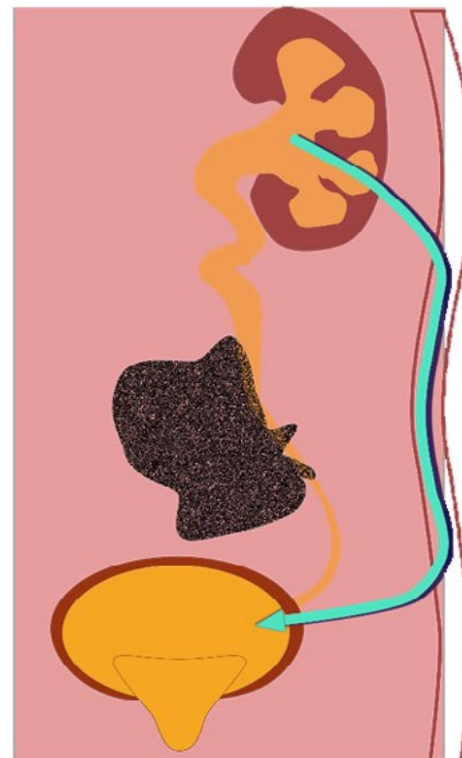
medac

Medtronic
Further. Together



THE
BLADDER CANCER
COMPANY™

SYN MED



Figur 1.

Den grønne stent er subcutant og man ser den løber fra nyrens hulrum til blære i et subcutant forløb. Urinlederen er afklemt pga. af tumor (det sorte) Ovenfor denne "tumor" ses udvidelse af urinlederen og nyrehulrummet.

Indikation

Man anvender denne stent til patienter med behov for permanent nefrostomi, dysfunktionelle JJ-kateter, patienter med cancer i urinlederen eller udefrakommende tryk fra en kræftknude f.eks. i tyktarmen. Ved at anvende denne stent sikrer man en bedre livskvalitet. Risikoen for infektioner er væsentligt nedsat på grund af det lukkede system, men også på grund af færre tilfælde af inkrustationer (forkalkninger) i denne stent sammenlignet med

et JJ-kateter, som har betydeligt mindre diameter og dermed ikke kan drænere så godt som den subcutane stent.

Kirurgisk behandling.

Selve proceduren foregår i fuld bedøvelse, hvor man bruger den adgang, som er lavet til nefrostomien, idet man fører den ene ende af den subcutane stent ind i nyren. Der er nogle små modhager på denne ende, som hindrer displacering. Herefter laves en subkutan tunnel ned til blæren, hvor man laver en lille åbning og herefter placerer man den distale ende af den nye stent i blæren og syer den herefter fast og lukker blæren. Efter operationen skal patienten have et blærekateter i 5 dage. Alt dette foregår under antibiotisk dække.

Resultater

Vi har på Urologisk Afdeling, Odense Universitetshospital anvendt denne metode i særligt specielle tilfælde, men vil til at anvende den hyppigere til gavn for patienter. Hyppigheden af infektioner og displacering samt hospitalsindlæggelse nedsættes væsentligt, og livskvaliteten øges. Vi har i samarbejde med tre andre centre (Sverige, Polen og Italien) opgjort resultaterne af 60 patienter. Indikationen for anlæggelsen var en malign årsag (kræft) i 36 tilfælde (60%) og hos 11 (31%) blev indgrebet foretaget hos ældre her defineret som værende over 70 år gamle. Gennemsnitsalderen hos de ældre var 76 år og de yngre 63 år. Den gennemsnitlige operationstid var 94 minutter, +/- 30 minutter for dem med kræfttilfælde og 81 minutter, +/- 31 minutter ved dem hvor tilstanden skyldes en godartet sygdom. Der er således ikke forskel, om man er ældre eller yngre, hvilket vil sige, at man kan udføre indgrebet med lige så stor succes uanset alder. Vi havde ingen peroperative komplikationer. Der er ikke registreret nogen dødsfald i forbindelse med selve sten-



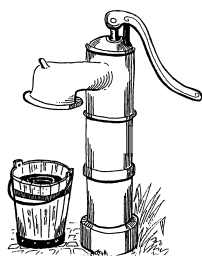
ten eller direkte som årsag til forsnævringen af urinlederen. Vi fandt heller ikke nogen forskel mellem yngre og ældre med hensyn til hospitalsindlæggelse. I fire tilfælde måtte man fjerne stenten. Den ene skyldtes displacering, en anden skyldtes antibiotikaresistens og de sidste to skyldtes et gennembrud af en kræftknude til blæren, således at man fik en forurening af urinen med stor risiko for at miste nyrefunktionen.

Detour reducerer antallet af nefrostomier og skifning af JJ-kateter og forbedrer derved livskvaliteten hos disse patienter. Af samfundsmæssige årsager er det også billigere, blandt andet grundet færre hospitalsindlæggelse samt utensilier, som bruges til disse skiftninger. Det skal dog nævnes, at proceduren er kompleks, blandt andet fordi mange af patienterne har en komorbiditet, nogle også tidligere strålebehandlet eller har fået foretaget kirurgisk indgreb, og der er en høj risiko for infektion.

Det er derfor vigtigt at informere potentielle patienter nøje om disse risici, men også at sikre, at man finder den rigtige patient til denne lovende behandling.

Konklusion

Med baggrund i ovenstående resultater tillader vi os at konkludere, at det er en sikker og lovende behandling af patienter med kompleks sygdom i urinlederen, som skyldes cancer eller andre årsager også til de ældre.



LEGAT FRA FSUIS/FS 29

Når du har modtaget legat fra FSUIS/FS 29 indebærer det, at du skriver et indlæg til Vandposten.

Indlægget skal være af faglig karakter. Du kan skrive om kurset/kongressen/temadagen eller andet, som du har modtaget legatet til.

Faglige billeder med forklarende tekst er også en mulighed.

Du er også velkommen til at skrive om tiltag fra din egen urologiske hverdag, f. eks. projekter der foregår. En patienthistorie er også velkommen. Indlægget sendes til vandposten@gmail.com.

Husk at skrive navn, titel og arbejdssted, evt. emailadresse under overskriften eller i slutningen af indlægget. Vandpostens redaktion vil tillade sig, at sende dig en påmindelse, hvis vi ikke ca. en måned før deadline, har modtaget et indlæg fra dig.

Deadline for juni nummeret er 1. maj.
Deadline for december nummeret er 1. november.

Den ældre skrøbelige urologiske patient

Af Lisbeth Rygaard Jensen, Afdelingslæge, geriatri, Medicinsk afdeling, Geriatrik område Herlev-Gentofte Hospital, lisbeth.rygaard.jensen.01@regionh.dk

I Vandposten juni 2021 beskrev Jane Meinung, afdelingssygeplejerske fra urologisk afdeling på Herlev Hospital, hvordan der var kommet et nyt samarbejde i stand med geriatrien. Jeg har fået æren af at være geriatrik tovholder for dette samarbejde. I den forbindelse blev jeg spurgt, om jeg ville komme til Landsmøde i FSUIS og fortæller jer om den "urogeriatrike patient".

Til mødet sad ca. 110 sygeplejersker, som ved meget mere om skyllekatetre, urostomier og kateterpleje end mig. Men jeg forsøgte at formidle noget af det, som jeg ved noget om. Nemlig den ældre skrøbelige multimorbide patient.

Den urogeriatrike patient er en patient, som lige så godt kunne have ligget i en seng på min afdeling. Men på grund af en kendt urologisk sygdom eller et akut urologisk problem ender patienten med at ligge i en seng på en urologisk afdeling. Disse patienter har ofte brug for en urologisk sygeplejerske til at tage sig af de mere specialiserede plejeopgaver og en urologisk læge til at lave en behandlingsplan for deres urologiske problemstilling. Men hvem tager sig så af alt det andet? Alt det som var til stede af problemer, symptomer og sygdomme allerede før de blev indlagt. -Og alt det som støder til undervejs i indlæggelsen, fordi de er så skrøbelige, at de nemmere får komplikationer i form af delir, infektioner, nyresvigt m.m. Det er her geriateren kommer ind i billedet.

Geriaterens tanke er at se på den enkelte patient med en helhedsorienteret tilgang. For

at skabe et overblik over patientens tilstand laver vi en CGA. En "Comprehensive Geriatric Assessment", som er en helhedsorienteret vurdering af patienten, hvor vi forsøger at afdække sygdomme, fysiske og kognitive funktioner, egenomsorgskapacitet, ernæring og sociale forhold. Ofte kontakter vi de pårørende for at få afdækket disse forhold og her får vi relevante oplysninger om patientens helbredsforhold. Vi orienterer os grundigt i journalen for at få overblik over patientens multimorbiditet. Vi taler med patient og pårørende om mål for fremtiden og behandlingsniveau.

CGA er en tværfaglig vurdering, fordi vi har brug for inputs og vurdering fra sygeplejerske og fysio- og/eller ergoterapeut. Formålet med denne CGA er at sikre patienten bedst mulig livskvalitet og funktionsevne. På urologisk afdeling kalder vi dette en urogeriatrik gennemgang.

Medicingennemgang er vores spidskompetence. Vi gennemgår patientens medicin og forsøger kritisk at gennemgå relevansen af hvert enkelt lægemiddel. Vores tankegang er at vurdere om lægemidlet er livsvigtigt, symptomlindrende eller forebyggende. Meget ofte foretages ændringer i patientens vanlige medicin. Vi seponerer lægemidler, som ikke længere har relevans eller som giver bivirkninger eller interaktioner med andre lægemidler. Rigtig mange ældre har ikke længere brug for samme mængde blodtryksænkende medicin og de har bivirkninger til medicinen. En hyp-pig bivirkning til et overbehandlet blodtryk er



svimmelhed og faldtendens. Mange urologiske patienter får også medicin for vandladningen, som også kan forværre deres svimmelhed. Fx alfuzocin, som hyppigt giver ortostatisk hypotension, dvs blodtryksfald når patienten rejser sig. Det tåler derfor dårligt af nogle patienter. Nogle patienter henviser vi til opfølgning i geriatrisk ambulatorium, hvor vi har et ambulatorie spor, som specielt tager sig af patienter med fald og svimmelhed.

Vi justerer også ofte i patientens diabetes medicin og pauserer altid metformin, da de urologiske patienter ofte har nyrepåvirkning og derfor ikke tåler medicinen i forbindelse med akut sygdom. I stedet skal de have målt blodsukker og have insulin ved behov. I det hele taget er vi meget opmærksom på nyrefunktion og medicin, da ældre mennesker hyppigere har nedsat nyrefunktion og derfor er dårligere til at udskille medicinen. Samtidig er deres nyrefunktion mere skrøbelig i forbindelse med akut sygdom.

Den blodfortyndende medicin ser vi også på med kritiske øjne. For hvad er indikationen for behandlingen? Er det stadig indiceret? Hos patienter med recidiverende hæmaturi, hvor der ikke er noget urologisk behandlingstilbud men hyppige indlæggelser, kan vi finde på at seponere AK-behandling, selvom det formelt

set er indiceret, hvis vi vurderer at bivirkningerne i form af hæmaturi overstiger de gavnlige effekter der er ved at give behandlingen. Nedsat appetit og vægttab er hyppigt hos de urogeriatrike patienter. Vi ordinerer ofte laksantia, da en træg mave nedsætter appetitten. Nedsat appetit kan også skyldes mundsvamp, som kan behandles med lokalt virkende svampemiddel. Vi tilføjer ofte vitaminer til patientens medicinliste, da de fleste får medicin doseret af hjemmeplejen og det derfor skal fremgå af FMK, hvis multivitamin og tilskud med kalk og D-vitamin skal lægges i medicinen.

Så alt i alt foretager vi masser af medicinjusteringer. Da vi startede samarbejdet med urologisk afdeling for 1 år siden, var vi spændte på, hvad vi kunne byde ind med, og hvordan vi ville blive modtaget. Men vi har fået en flot modtagelse af både plejepersonale og læger, og vi føler bestemt, at vi har noget at byde ind med. Urogeriatri er et meget spændende samarbejde, som forhåbentlig skal udvikles yderligere hen over de næste år.

Ballon nefrostomikateter i første "hug"

Af Henriette Jensen, Sygeplejerske med særlig klinisk funktion i udvikling og undervisning, Master i klinisk sygepleje, Urologisk Sengeafsnit 10 og Urologisk Akut Modtage- og dagafsnit 9, Aalborg Universitetshospital

Baggrund

Et pigtail nefrostomikateter (PNK) er normalvis første valg, når en patient skal behandles for hydronefrose, og hvor det ikke er muligt at anlægge JJ-kateter. Det er veldokumenteret, at et PNK forårsager komplikationer, som placering, accidentielt seponering, obstruktion, pyelonifritis og urosepsis. Dette giver patienten flere akutte ambulante konsultationer og undertiden akutte indlæggelse (1 Ramsey, 2 Song).

Et ballon nefrostomikateter (BNK) giver erfaringsmæssigt færre komplikationer og deraf færre akutte ambulante konsultationer og indlæggelser på hospitalet. Vanligt får patienten anlagt et PNK, og oplever komplikationer og akutte skift af PNK, inden patienten tilbydes et BNK. BNK er ikke førstevalg, da uroradiologer og radiografer har en forventning om, at det vil give patienten mange smerter at få anlagt et BNK ved første anlæggelsen.

Det er veldokumenteret, at den største gruppe af patienter, der behandles med nefrostomikateter er patienter med en cancer sygdom. Det er derfor også en patientgruppe, som ikke tåler gentagne infektioner og ikke "har tid til" mange hospitalsbesøg.

Formål

Med ovenstående i baghovedet får vi idéen til et pilotprojekt, hvor formålet er at undersøge, om et BNK ved patienter med tumorobstruktion af ureter, kan anlægges som første valg, såfremt patienten smertelindres med en "smertepakke".

Metodebeskrivelse

Vi indkalder urologer, uroradiologer, radiografer og ledere til et møde, hvor der i mødeindkaldelsen er vedhæftet en protokol, som de skal gennemlæse forud for mødet.

Protokollen indeholder en beskrivelse af projektet, actionscard, spørgeskema til både uroradiolog og til patienten. Spørgeskemaet til uroradiologen indeholder spørgsmål såsom; "er det teknisk muligt at anlægge BNK", "oplever patienten flere smerter end ved anlæggelsen af et PNK". Spørgeskemaet henvendt til patienten indeholder spørgsmål såsom: "hvor bekymret var du forud for anlæggelsen af dit nyrekateter", "oplevede du smerter under anlæggelsen af nyrekateteret".

Vi kontaktede forud for mødet en anæstesiolog, som anbefalede en smertepakke sammensat af tablet Pamol® 1 g og kapsel Oxynorm® 5 mg. Dosis på Oxynorm® må justeres efter patientens generelle behov for analgetika. Derudover får patienten en profylaktisk dosis antibiotika 1 time før indgrebet og igen 6 timer efter første dosis, såfremt patientens nyrefunktion tillader det.

Resultat og konklusion

Der inkluderes 20 patienter, hvoraf 5 ekskluderes pga. manglende dilatorer i radiologisk afdeling ved 2 patienter, 1 pga. manglende indikation, 1 pga. blødningsrisiko og 1 patient pga. smerter under indgrebet.

Uroradiolog rapporterer, at de ikke oplever, at patienterne har flere smerter ved anlæggelse af BNK end ved anlæggelsen af PNK, samt at

Nu kan du abonnere på nyheder

Vidste du, at du nu har mulighed for at abonnere på nyheder som lægges på vores elektroniske hjemmeside?

For at få en nyhedsmail skal hvert medlem aktivt selv tilmelde sig via:

Log ind på dsr.dk

Vælg "Min side" og herunder "min profil".

Scroll ned til "Nyheder pr. mail" - "Rediger".

Under fagligt selskab vinges af ved Urologiske Sygeplejersker - "Gem".



det ved 14 ud af 15 patienter er teknisk muligt at anlægge BNK.

12 patienter rapporterede smerteoplevelsen med VAS 0-5, 1 VAS 6-10 og 2 havde ikke udfyldt VAS, men rapporterede at der ikke var særlig smerte forbundet med indgrebet.

I forhold til graden af bekymring, som blev scoret på en VAS, svarede 9 patienter VAS 0-5 og 3 VAS 6-10, mens 2 havde ikke svaret på spørgsmålene.

Enkelte patienter havde indsat en bemærkning, hvor oplevelsen af indgrebet blev beskrevet god, og at de var godt forberedt af personalet forud for indgrebet.

Resultatet af dette pilotprojekt viser, at patienterne ikke oplever flere smerter end ved anlæggelse af PNK. Graden af bekymring forud for anlæggelse af PNK har vi ikke målt, og kan derfor ikke sammenligne med resultatet i dette pilotprojekt.

Patienter med hydronefrose forårsaget af tumorobstruktion tilbydes nu anlæggelse af BNK ved første anlæggelse. Der er foretaget undersøgelse af forekomsten af komplikationer, type af komplikation og antallet af plan-

lagt skift af BNK med individuel hyppighed, samt antallet af patienter der for skiftet BNK akut pga. uventet komplikation. Disse tal er under analyse og kan derfor ikke offentliggøres i nærværende artikel.

Henriette Jensen, sygeplejerske med særlig klinisk funktion i udvikling og undervisning, MKS, Urologisk Sengeafsnit 10 og Urologisk akut modtage og dagafsnit 9, Aalborg Universitetshospital.

Beritt Pedersen, sygeplejerske med særlig klinisk funktion i udvikling og undervisning, MKS, Uroterapeut, Urologisk ambulatorium, Aalborg Universitetshospital.

Referencer:

1. Ramsey S, Robertson A., Ablett M. J., Meddings R. N., Hollins G. W. & Little B. Evidence-Based Drainage of Infected Hydronephrosis Secondary to Ureteric Calculi. *Journal of Endourology*, 2010, vol. 24 (2): 185-189
2. Song Y, Fei X, Song Y. Percutaneous Nephrostomy Versus Indwelling Ureteral Stent in the Management of Gynecological Malignancies. *International Journal of Gynecological Cancer*. 2012. Vol. 22 (4): 697-702

Følge-hjem Teamet - er med til at sikre udskrivelsen for de skrøbelige patienter, der skal hjemsendes

Af afdelingsfysioterapeut Merete Quvang, Følge-hjem Teamet, Tværgående Team, Herlev Hospital
e-mail: merete.quvang@regionb.dk

Genindlæggelser er omkostningsfyldte for såvel samfund som for den enkelte patient, der også er i øget risiko for et større funktionsevnetab ved en genindlæggelse. For de skrøbelige patienter kræves en øget tværfag-

lig og tværasektoriel koordineret indsats for at forebygge genindlæggelser og skabe tryghed for patienten ved udskrivelsen.

Ved et pilotprojekt i 2005-06 på Gentofte

Hospital fandt man en mere sikker sektorovergang med større tryghed og færre genindlæggelser for den ældre medicinske patient, hvis patienten blev fulgt hjem af et Følge-hjem team (sygeplejerske, ergo- eller fysioterapeut) fra hospitalet. På Herlev Hospital blev Følge-hjem Teamet (FHT) dannet i 2010, og det består af tre sygeplejersker og en fysioterapeut. FHT følger 4-6 patienter hjem dagligt. Det er én fra FHT, der følger den enkelte patient hjem. FHT følger de skrøbelige, sårbare patienter hjem til eget hjem uanset diagnose og alder. Det er de patienter, der har et sparsomt netværk, har tabt funktionsevne i forbindelse med indlæggelsen, har nedsat medicin-compliance og / eller er utrygge ved at skulle hjem.

Alle kan bede om en hjemfølgning. Det er ofte plejepersonalet, de geriatriske læger, terapeuterne eller de kommunale udskrivningskoordinatorer, der kontakter FHT, når der er en skrøbelig patient, der snart skal udskrives til hjemmet.

Før hjemfølgning: Inden patienten bliver fulgt hjem, har FHT nærlæst journalen for at få et overblik over indlæggelsesforløbet, hvilke aftaler patienten har med sundhedsvæsenet efterfølgende, og hvad der er planlagt af hjælp og hjælpemidler i hjemmet. På afdelingen gennemgår FHT sammen med udskrivende sygeplejerske den ophældte medicin, udskrivningspapirer og andre hjælpemidler / remedier, som pt. bliver medgivet ved udskrivelsen. FHT tager med patienten i transporten hjem, hvor patientens kognitive formåen også vurderes

Under hjemfølgning: Pårørende er velkomne ved hjemfølgningen. Sammen med patienten gennemgås indlæggelsesforløbet og den fremtidige plan for behandling på hospitalet og ved egen læge. Der bestilles transport til hospitalsbesøgene, hvis patienten har behov for det. Den medbragte medicin og medicinliste gennemgås,

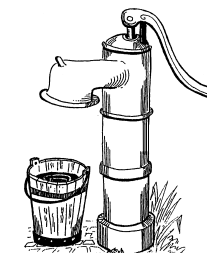
og patientens medicin-compliance vurderes. Apoteket kontaktes, og der sikres, at den ordinerede medicin kommer til hjemmet. Sufficent ernæring gennemgås ud fra patientens behov, og eventuel gammel mad fjernes fra køleskabet. Endelig afprøves patientens funktionsevne i hjemmet: ind / ud af seng, op / ned af toilet, rundt i boligen / på trapper, og der vurderes, om patienten har behov for hjælpemidler eller eventuel personstøtte for at kunne klare sig. Den kommunale udskrivningskoordinator kontaktes for øget hjælp eller ved behov for hjælpemidler.

Efter hjemfølgning: FHT dokumenterer hjemfølgningen i patientens journal, og notatet sendes til den kommunale visitation og til egen læge.

Fund ved hjemfølgningerne: Ved ca. hver 7. hjemfølgning har FHT fundt fejl eller mangler. Det er hovedsageligt omkring medicinen i FMK og ved dosering.

Ved ca. hver 3. hjemfølgning har FHT bedt om mere hjælp eller hjælpemidler i hjemmet. Ved ca. 0,5 % af hjemfølgningerne har patienten ikke kunnet være i hjemmet, men er i stedet kørt på et aflastningsophold eller tilbage på hospitalet

Godt hver 4. hjemfølgningsspatient er blevet genindlagt indenfor 30 dage primært grundet urinvejsproblemer.



Her kommer en lille beretning om oplevelsen af at være på FSUIS' Årsmøde

Af Gitte Uldal, Sygeplejerske, 976 63265, b.uldal@rn.dk, Aalborg Universitetshospital NORD, Urologisk Ambulatorium, Klinik Kirurgi og Kræftbehandling

Vi var dejligt mange der var forsamlet i den anledning og man fornemmede en god stemning. Tror, der var glæde over igen at kunne komme på kursus, glæde over at være væk fra en hverdag, hvor strejke og corona har fyldt meget for mange. Og så var der fint sensommervejr og Koldingfjord har en beliggenhed, der gør det svært ikke at være begejstret - eller "skuffet til den gode side", som det blev udtrykt senere i et oplæg (om Vendelboers evne til at vise begejstring).

Første dag startede forrygende med Jacob Birkler (fhv. formand Etisk Råd) og NurseRuth.dk. Birkler kan noget med at formulere essensen af sygepleje - noget vi måske ikke selv er gode til altid, men det vakte helt sikkert genklang og genkendelse hos alle deltagere. Flere tilbød ham stillingen som formand for DSR! Han adresserede den Moralske Stress mange spl. har, når de ikke når det, de føler de bør gøre, men som praktikken ikke tillader. Han adresserede det kildne emne "Kan man dø for sent?" - forlænger vi livet eller forlænger vi dødsprocessen - med alt det vi kan og som ingen politikere tør prioritere i - "Vi kan det hele" - men nej, så kommer der bare skjult prioritering. Han adresserede at vi har behandlingsgaranti - men ingen omsorgsgaranti! Netop omsorg, nærvær, blikket for patienten mente han var væsentlige i sygeplejen, men svære at måle og veje og putte i regneark. Og så sammenlignede han spl. med en Schweizerkniv, der har mange funktioner og løser mange problemer.

Nurse Ruth - der har skrevet en bog om at være nyuddannet spl. - var en herlig og ærlig sygeplejerske, der fortalte om sin vej til sygeplejen og hendes bekymringer især som nyuddannet. Inden hun blev spl. havde hun været i forsvaret i 10 år, udsendt til diverse brændpunkter, været i shippingindustrien, været på Thule Airbase. Trods det konkluderede hun, at det at være spl. er det mest komplekse job hun nogensinde har haft!! Her skal man nemlig bruge både hoved, hænder og hjerne - og misser man noget, risikerer man "at en borger dør".

Hendes bøger har helt sikkert appel til mange spl.

Herefter en historie fra det virkelige liv - om vejen til at blive stressramt spl. En fortælling, der ramte de fleste med billeder fra en genkendelig hverdag, hvor læsset pludselig vælter ex. pga. en urimelig travl weekend - men hvor vilkårene har gjort det forudsigeligt - og man tænker, hvor har det både store personlige og dertil økonomiske omkostninger, når der ikke bliver reageret på faresignaler.

Ovenpå den formiddag var jeg egentlig klar til at tage hjem - fyldt op af indtryk og udtryk - men samtidig klar til at blive og tage resten med :-)

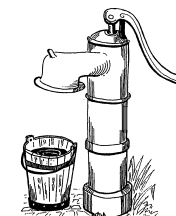
Over middag var der sexologi på programmet ved Christian Graugaard, om projekt Sexus,

en stor undersøgelse om danskernes sexualitet. MANGE interessante oplysninger herfra - kan ses på Projektsexus.dk. Han berørte bl.a. tabu problematikken omkring at snakke om sex - at mange ptt. ønsker at fagpersonerne tager initiativ til snakken, der ellers kan blive dobbelt tabu. Herefter en anden Christian - nemlig Fuglsang, som fortalte lidt om penis operationer - i boldgaden "dippedutologi" og en del om fertilitetsbevarelse hos drengebørn med kræft, hvor det nu er muligt at nedfryse testikelvæv som senere kan reimplanteres og bringes til at frembringe sædceller. De etiske overvejelser om, hvordan man snakker med præpubertære cancersyge drenge og deres forældre om det, var vi ikke omkring - men det synes ikke helt ukompliceret.

Spl. og sexolog Birgitte Tingskov fulgte op med at fortælle om sin praksis i sexologisk klinik i Sydvestjysk Sygehus. Hun kunne supplere med at 90 % af ptt. ikke oplever at sexualitet italesættes.

Inden middagen nåede vi en hurtig generalforsamling uden den store dramatik. De sygeplejersker, der tidligere har modtaget Medac legatet fortalte om resultaterne på deres projekter. Susanne Vahr er i gang med udviklingen af en bog, om det at skulle have fjernet blæren. Denne bog skal patienten have udleveret ved cystektomi, og kan så hjemme i fred og ro forberede sig på forløbet. Rikke Kristensen og Beritt Pedersen fra Aalborg Universitetshospital fortalte om fundene ved to forskningsprojekter, som omhandler patienten og den pårørendes oplevelse af forløbet med fjernelse af blæren og anlægges af en Brickerblære. Her skal både patienten og den pårørende bl.a. forsøge af navigere rundt i en bekymringstilstand og selv forsøge af være navigatør i eget forløb, hvilket er udfordrende for både patient og pårørende. Henriette

fik tildelt FSUIS "økø-støtte" på 10.000 kr. til udvikling af en hæmaturihjemmeside. Opfordring til at søge - ansøgningsprocessen er IKKE svær!



Kittelbog i urologi



Vi er rigtig storte af, at det er lykkedes at få skrevet bogen med forfattere fra Herlev-Gentofte, Aarhus, Holstebro, Odense og Rigshospitalet.





International Neuro-Urology Society

The only scientific society which deals exclusively with Neuro-Urology with the aim to offer the best possible care to neuro-urological patients worldwide

Innsbruck 2022
INUS ANNUAL CONGRESS
January 

Nye datoer!
**20.-22. januar
2022**

We invite all

doctors, nurses, physiotherapists and other healthcare professionals who are involved in neuro-urological care and research



NUF
2022

NUF2022 - June 8-11, 2022

REGISTRATION & ABSTRACTS
NOW OPEN

Welcome to NUF2022
It is a great pleasure to invite you
and your company to the
33rd NUF Congress
(Scandinavian Association of Urology)
in Helsinki, Finland,
June 8 - 11, 2022



Global Congress on Bladder Cancer – Ghent- October 2021

Af Bente Thoft Jensen

En stor tak til FSUIS for conference-legatet i forbindelse med deltagelse i den årlige Global Bladder Cancer konference, som i år blev afholdt i Ghent (BE) medio Oktober.

Konferencen blev organiseret af:

Anaya Choudhury, Clinical Oncology, Manchester, Maria de Santis, Berlin og Badrinath Konety, Chicago bistået af en local komite fra Ghent ved Daan De Maeseener, Ghent University Hospital, Thierry Roumeguere, Brussels og Valérie Fonteyne, Radiation Oncology- Ghent University. Den eneste dansker i fakultetet var Susanne Vahr Lauridsen, som leverede et flot indlæg om præhabilitering og præhabiliterings rolle i fremtidens kræftbehandling.

Denne begivenhed finder sted årligt, og har nu været afholdt 6 gange, hvor fokus er multimodal medicinsk og/ eller kirurgisk behandling af kræft i urinvejene. Konferencen består af to dele dels en prostata konference og dels en blære konference, hvor alle i det multi-diciplinære teams omkring den urologiske kræft patient er velkomne med abstracts eller som deltager. For sygeplejersker er der en meget pæn rabat og en fee på 130 euro. Så en relativ overkommelig begivenhed for afdelingerne.

Der var i år kun enkelte sygeplejersker tilstede, de var danske, men arrangement-komiteen fandt hurtigt ud af, at det i fremtiden vil give god mening at involvere sygeplejersker og andre multidiciplinære aktører i såvel planlægningen som i indholdet af konferencen. Og hvis vi er heldige vil dette allerede være gæl-

dende fra næste år i november, hvor konferencen afholdes i Athen.

Konferencen i år var hybrid og tilbød såvel en virtuel tilgang, men også fysisk fremmøde. I alt havde 130 registret on line og ligeså mange mødte op fysisk. Dermed var der god mulighed for en spændende faglig interaktiv dialog gennem hele konferencen, hvor alle deltagere blev involveret via smart-phone / apps i løsninger af komplekse kliniske situationer, hvor både EAU og ESMO guidelines blev udfordret, men også national rekommandationer for behandling og pleje blev diskuteret i dette internationale forum.

Dette medførte også at leder af EAU guideline-gruppen, Dr. Fred Witjes, har inviteret os til at deltage i den fremtidige opdatering af EAU's guideline for muskel-invasiv blærekræft. Dette er i sig selv en milepæl og anerkendelse af den urologiske sygepleje både i Danmark, men også i Europa. Med andre ord, det betaler sig at være tilstede, være forberedt og deltage i den faglige diskussion.

Programmet bød bl.a. på gennemgang af patientforløbet for radikal cystektomi set i et ERAS- perspektiv. Susanne Vahr gennemgik hvilke interventioner, der anbefales i et præhabiliterings-program og evidensen herfor. Det blev fulgt op af et patientperspektiv præsenteret af to patienter, der repræsenterede the World Bladder Cancer Patient Coalition. Begge fremførte betydningen af tid til at diskutere angsten for fremtiden og konsekvenser af operationen. Følelsen af ikke at blive hørt

og inddraget men blot informeret var gennemgående uanset nationalitet. Desuden oplever patienterne, at når de først er udskrevet er der ikke andet en standardkontrollen efter kirurgi, som forbinder dem med de sundhedsprofessionelle;

- "vi er ligesom ekspederet videre" og "har vi problemer som giver anledning til bekymring, er der kun den praktiserende læge at henvende sig til, som ikke føler sig rustet til at rådgive eller løse evt. senfølger". Dette giver jo anledning til at overveje at indføre PROM instrumenter så der er sikkerhed for at de patientoplevede senfølger adresseres og ikke kun det kirurgiske aspect.

Herefter gennemgik Dr. B Konety (BK), en urolog fra Chicago med særlig interesse for ERAS- protokoller, gældende ERAS-protokol og evidensen for delelementerne i ERAS protokollen for radikal cystektomi. Protokollen for radikal cystektomi (RC) består af 22 komponenter inklusiv audit(1). Overraskende fandt BK ingen evidens for 14/22 komponenter, i 5/22 fandtes lav evidens og 3/22 komponenter er klassificeret som moderat evidens. En konstatering som ikke afholdt kollegaer i USA i at indføre ERAS protokollen, da det anses at potentialet for optimering er stort i denne patient population med høj komorbiditet.

Sidenhen er ERAS-protokollen ikke blevet mindre kompliceret efter indførelsen af robotkirurgi, hvor antallet af komponenter er steget til 34 samt 27 audit elementer (2). Det er altså blevet mere ressourcekrævende, og deraf omkostningstungt at indføre det fulde rekommanderede ERAS program for RC. Et studie af Albisinni fra 2021(3) har undersøgt hvor godt ERAS protokoller er implementeret ved at inddrage 70 institutioner i Europe. Andelen af implementeret komponenter blev stratificeret for antal af operationer /år i et givent center.

På hospitaler med lav volume (10-29 RC/ år) var andelen af implementeret komponenter 37 %; for moderate volume (30-49 RC/år) 59% og for high volume (>50 RC/år) 64%. ERAS er altså fortsat ikke så velkonsolideret endnu eller rapporteringen er mangelfuld og mange steder udføres audit ikke.

Hvis man kigger længere ind i detaljerne fra disse studier, er der nogle komponenter, som er bedre implementeret end andre. Præoperativ information og undervisning, thromboseprofylakse, undgå oral udtømmning af tarmen før operation, medicinsk optimering, væske regime under operationen, tidlig mobilisering og ernæringsindsats samt fjernelse af sonde/ tuber er næsten standard. Derimod ser det ud til at være svært at indføre regulær audit af egen performance, carbo-loading præoperativt og nedsat brug af opoider under og efter operation(3). Men hvad er gevinsterne så ved brug af ERAS i forhold til tidligere standard protokol? BK og kollegaer monitorerede effekten af ERAS implementeringen på indlæggelsestiden efter indførelse af ERAS protokol. Overordnet var der ikke forskel i indlæggelsestiden, komplikationer eller genindlæggelser mellem ERAS gruppen og standard forløb. Men stratificeret for høj vs lav komorbiditet (Charlson Comorbidity Index Score) havde patienter med lav komorbiditet signifikant kortere indlæggelsestid, de havde tidligere flatus afgang, hurtigere sufficient ernæring og hurtigere fuld mobiliseret sammenlignet med patienter med høj komorbiditet. Patienter med høj komorbiditet havde signifikant flere komplikationer(4).

Så alt i alt er der fortsat en del udfordringer omkring ERAS protokollen. Konklusionen på denne session blev resumeret i gennem faktaboks på næste side:



Overordnet summering af spørgsmål rejst af deltagerne til ERAS- panelet	Ja	Nej
Reducerer ERAS Indlæggelsestid i RC forløb?	x	
Stiger antallet af genindlæggelser?		x
Reducerer ERAS antallet af komplikationer ?		x
Kan/ skal vi implementere alle (17/22 eller 34 relateret til forskellige protokoller) komponenter?		Nogen giver mere mening end andre- så nej ikke alle er relevante
Hvor mange elementer skal som et minimum implementeres?		Dette er endnu ikke klart, men <u>seponering</u> af tuber/ sonder samt <u>opoid</u> besparende behandling har størst indflydelse på indlæggelsestiden.
Kan ERAS nedsætte tid til begyndende mave-tarmfunktionen?	x	
Kan ERAS reducerer raten af ileus?		x
Virker ERAS bedre på robot opererede patienter?		Nej, faktisk viser studier fra Californien, at åbne RC har større gavn af ERAS med Indlæggelsestid på 4 dage sammenlignet med robotopererede på 6 dage

Det giver anledning til en undren over, hvor stor en andel af komponenterne i ERAS protokollen, der mon er blevet standard på de danske cystektomi centre? Mon vi ligger omkring de 60-64% som på Høj volume hospitaler i USA og Europa? Måske en ide til et fremtidigt projekt i FSUIS-regi.

Endnu engang stor tak til FSUIS.

1. Cerantola Y, Valerio M, Persson B, Jichlinski P, Ljungqvist O, Hubner M, et al. Guidelines for peri-operative care after radical cystectomy for bladder cancer: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) society recommendations. *Clinical Nutrition*. 2013;32(6):879-87.
2. Collins JW, Patel H, Adding C, Annerstedt M, Dasgupta P, Khan SM, et al. Enhanced Recovery After Robot-assisted Radical Cystectomy: EAU Robotic Urology Section Scientific Working Group Consensus View. *European urology*. 2016;70(4):649-60.
3. Albisinni S, Moschini M, Di Trapani E, Soria F, Mari A, Aziz A, et al. Current application of the enhanced recovery after surgery protocol for patients undergoing radical cystectomy: lessons learned from European excellence centers. *World J Urol*. 2021.
4. Hanna P, Zabell J, Osman Y, Hussein MM, Mostafa M, Weight C, et al. Enhanced recovery after surgery (ERAS) following radical cystectomy: is it worth implementing for all patients? *World J Urol*. 2021;39(6):1927-33.

Er du ekspert i prostatakræft? Så har vi et godt tilbud til dig!

I regi af EAUN findes der flere såkaldte Special Interest Groups bestående af sygeplejersker med ekspertviden og kompetencer indenfor et sub-speciale. En af SIG-grupperne er indenfor prostatakræft. Vi er en international gruppe, som baserer vores kommunikation på en god og uformel tone og arbejder for høj faglighed i pleje og behandling af patienter med prostatakræft.

Som medlem af SIG Prostate Cancer kan du få mulighed for at organisere og/eller holde oplæg til EAUN kongressen med registrering og rejsen betalt. Desuden får du mulighed for at være med til at organisere og afholde webinarer samt være reviewer.

Som medlem af SIG Prostate Cancer bruger du dine kompetencer ved at bidrage til et højt fagligt niveau hos dine kollegaer og dermed bane vejen for god sygepleje. Du har fingeren på pulsen på det europæiske prostatakræft-område og får et godt netværk.

Så er du ekspert i prostatakræft og har gode engelskkundskaber, hører vi gerne fra dig! Vi inviterer både sygeplejersker, fysioterapeuter, psykologer osv. ind i gruppen. At blive en del af gruppen kræver medlemskab af EAUN og et tilfredsstillende CV.

For mere information kontakt projektsygeplejerske, Ph.d. Brigitta R Villumsen, Urinvejskirurgisk afdeling, Regionshospitalet Holstebro. E-mail: brigvill@rm.dk. Tlf. 78439425.





Stemninger fra FSUIS landsmøde fortalt med billeder...



AKTIVITETSKALENDER

Konferencer

9.-12. December 2021

IUGA 46th Annual Meeting
The International Urogynecological Association
Afvikles virtuelt
www.iuga.org

20.-22. Januar 2022

INUS Annual Congress
INUS Nurse Workshop den 22. januar kl 8-12
Afholdes i Innsbruck
www.neuro-uro-org

3.-5. Februar 2022

NUGA 32nd Bi-Annual Meeting of
the Nordic Urogynecological Association
Afholdes i Oslo, Norway.
nuga-meeting.com

19.-21. Marts 2022

The 22st Annual EAUN Meeting (EAUN)
Afholdes i Amsterdam, Holland
www.uroweb.org

6.-7. Maj 2022

Urologisk Forum
Emne: LUTS – udredning og behandling
Afholdes i Vingsted Centret
Vingsted Skovvej 2
7182 Bredsten

8.-11. Juni 2022

33rd NUF Congress (Scandinavian Association of Urology)
Afholdes i Helsinki, Finland
www.nuf2021.fi

9. Juni kl 8.30-16.30 2022

11. EAUN Satellite Research & educational meeting
for nurses with interest in uro-and oncology
Afholdes på Aarhus University Hospital
G206-142 (Auditorie B)
Registrering: www.rm.plan2learn.dk (søg efter EAUN)

14.-18. Juni 2022

IUGA 47th Annual meeting
Afholdes i Austin, TX – USA
<https://www.iuga.com>

7.-10. September 2022

The 52th ICS Annual Meeting and
7th International Consultation on Incontinence (ICI)
Afholdes i Wien, Østrig
www.ics.org

20.-21. September 2022

FSUIS Landskursus
Afholdes på Hotel Kolding Fjord
Fjordvej 154, 6000 Kolding

OBS! Hold jer opdateret om evt. ændringer i kurser/programmer
via kongressernes hjemmesider.

Information fra bestyrelsen

Når du indmelder dig i FSUIS har vi følgende regler:

For at være medlem af EAUN* det følgende år: Indmeldelse senest den 15. november.

For at kunne stille op til bestyrelsen:

Indmeldelse skal være foretaget og kontingentet skal være betalt før deadline for kandidat-opstilling til Landskurset.

Ansøgning om økonomisk støtte:

Kræver 2 års medlemskab.

Medac-Legat:

Kan søges af medlemmer uden krav til medlemskabets længde.

*Medlemskabet af EAUN er gratis for medlemmer af FSUIS.

Bedste hilsner

Bestyrelsen FSUIS





Welcome to EAU22!

After a challenging period we look forward to bringing you our biggest and most important event in-person, in Amsterdam. The 37th Annual EAU Congress is where the most up to date research and notable developments are featured, and key opinion leaders convene to share their expertise. Delegates can expect nothing but the best in urological innovation. Our congress is also the event to attend if you want to expand your professional network and meet with colleagues from around the world. Enrich your practice and patient care; join us at EAU22!

- Prof. Chris Chapple, EAU Secretary General

Amsterdam 18.-21. marts 2022

EAU European Association of Urology

