

VANDPOSTEN



Medlemsblad for urologisk interesserede sygeplejersker

FSUIS juni 2019

KEBOMED

Vi er landets førende leverandør af blærescannere - hvorfor? Ja, vi tror selv, at det skyldes vores kvalitet, vores priser og vores service. Vi har solgt BioCon scannere i Danmark i mere end 10 år og har i den periode bevist, at god kvalitet og god service sagtens kan gå hånd i hånd med konkurrencedygtige priser.

Biocon 700 er den mest benyttede blærescanner på hospitalerne, særligt grundet dens brugervenlighed og ekstremt høje driftssikkerhed.

Biocon 900 er den nyeste model, ledningsfri og med integreret skærm og live-view funktion.



Begge scannere har beregningsalgoritmer for kvinder/mænd/børn for at opnå største nøjagtighed - og de leveres naturligvis inkl. en grundig oplæring af personalet og med vores altid høje serviceniveau.

Kontakt os for indkøb, yderligere information eller en uforpligtende test.

Vi er også specialister i flowmåling og urodynamik, og med det sidste nye udstyr fra Albyn Medical sætter vi nye standarder for brugervenlighed og integration med hospitalets IT system.



KEBOMED A/S, telefon 36398080, www.kebomed.dk

Redaktion

Karin N. Jansen
BK Medical
Mileparken 34,
2730 Herlev.
Tlf. 2893 1091



E-mail: kjansen@bkmedical.com

Annette Hjuler
Center for vandladnings-
forstyrrelser
Universitetshospital
Skejby, 8200 Århus N.
Tlf. 7845 2735
E-mail: annehjul@rm.dk



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
Petersborgvej 67,
9000 Aalborg
Tlf. nr. 9931 5671
Email: jaei-aeh@aalborg.dk



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

Indhold

Side

Fra formanden	4
Bestyrelsen	5
EAU Congress in Amsterdam 2020	6
Mindre antibiotikaforbrug og færre urinvejsinfektioner på plejecentre gennem vidensopbygning blandt plejepersonale. .	7
Legat fra FSUIS/FS 29	10
Kvindens seksualitet i forbindelse med manden med erektil dysfunktion.	11
Skriv til Vandposten/FSUIS er nu på Facebook	16
Landskursus 2019.	17-18-19
Generalforsamling	20
Forslag til kandidater til bestyrelsen i FSUIS.	21
Urologisk Akutsygeplejerske	23
Ambulant Botoxbehandling i Lokalbedøvelse af patienter med overaktiv blære	29
Fodbold er medicin - brug den!.	33
Aktivitetskalender	35
European Association of Urology Nurses (EAUN)	36
EAUN 2019 Barcelona.	39
EAUN, Barcelona 2019	40
DUGS og NUGA København 24-26 januar 2019	43
Urologisk Forum 2020	45
Forskning i Urologisk afdeling Herlev & Gentofte	46
Information fra bestyrelsen	50
EAUN Satellite Educational Meeting, Aarhus	51
Stemmingsbilleder fra EAUN i Barcelona 2019	52

DEADLINE Vandposten december 2019:
Artikler, breve, annoncer og andet skal være redaktionen
i hænde senest 1. november 2019.
E-mail gerne til: vandposten@gmail.com



Fra formanden



Kære alle medlemmer

Foråret er lige nu på sit højeste – det har lige været påske med et fantastisk solskinsvejr. Når I modtager Vandposten, er det snart sommer, og så er første halvdel af 2019 snart gået.

Repræsentanter fra bestyrelsen deltog i marts måned i dette års EAUN Kongres, som blev afholdt i Barcelona. En kongres, som var præget af mange spændende og relevante oplæg af høj faglig karakter. En kongres, som EAUN giver os sygeplejersker mulighed for at blive opdateret på den nyeste viden indenfor det urologiske felt og samtidig giver det mulighed for at danne netværk med sygeplejersker fra både ind- og udland. Jeg vil gerne opfordre jer til at deltage i EAUN kongresserne, hvis det er muligt – det er nogle spændende og meget udbytterige dage. Næste års EAUN kongres bliver afholdt i Amsterdam – og husk, I er mere end velkomne til at ansøge FSUIS om økonomisk støtte til deltage i kongresser.

I starten af juni måned afholdes der Nordisk Kongres (NUF) i Island. Her vil der også deltage repræsentanter fra bestyrelsen.

I juni afholdes også årets EAUN Satellite Educational Meeting på Aarhus Universitetshospital. Denne dag er et gratis tilbud til alle sygeplejersker med interesse indenfor urologien – og man behøver ikke være medlem af hverken FSUIS eller EAUN. I disse økonomiske trængte tider for vort sundhedsvæsen, er det dejligt at kunne tilbyde et fagligt arrangement, som samtidig er gratis. Måske kan det være med til, at flere af jer får lov til at deltage på denne dag.

Til september afholder vi dette års Landskursus, som igen i år bliver afholdt på Hotel Kolding Fjord. Vi glæder os til nogle spændende dage sammen med jer. Vi har sammensat et program, som bygger på nogle af jeres evalueringer fra sidste års landskursus. Igen i år vil tilmelding til landskurset foregå via det Conferencesystem, som Hotel Kolding Fjord stiller til rådighed for os. I vil i løbet af det næste stykke tid modtage en mail med en invitation til at tilmelde jer dette års Landskursus. I år vil der igen være workshops på programmet. Anderledes i år er, at I skal tilmelde jer de forskellige workshops, der bliver afholdt. Alt dette foregår via tilmeldingssystemet. I kan læse mere om programmet længere fremme i bladet.

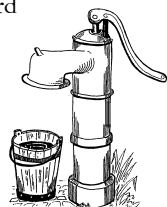
Jeg håber, at mange af jer medlemmer har lyst og mulighed for at deltage i dette års Landskursus i de skønne omgivelser på Hotel Kolding Fjord.

Jeg har før opfordret jer til at opdatere jeres medlemsoplysninger på DSR's hjemmeside, især mailadressen er nu blevet ekstra vigtig at få opdateret – ikke kun pga. vort Landskursus og invitation hertil, men også i forhold til jeres medlemskab af EAUN, som i jo får som medlem af FSUIS.

Til slut vil jeg ønske jer alle en god og forhåbentlig varm sommer.

Jeg glæder mig til at se mange af jer til september på Hotel Kolding Fjord

*På bestyrelsens vegne
Rikke Nygaard Knudsen,
Formand FSUIS*



Vandposten

Bestyrelsen FSUIS



Formand: Rikke Knudsen
Urinvejskirurgisk Afd. sengeafsnit
Aarhus Universitetshospital,
8200 Aarhus.
Tlf. nr. 7845 2713/3091 5797
Email: rikkknud@rm.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
Urinvejskirurgisk Afd. sengeafsnit
Aarhus Universitetshospital,
8200 Aarhus.
Tlf. nr. 7845 2711
E-mail:
ericgrai@rm.dk/ grainger@stofanet.dk



Juni 2019



Welcome to Amsterdam!

The 21st edition of the renowned annual International EAUN Meeting, EAUN20, will come to Amsterdam. From 21-23 March 2020, the Amsterdam RAI Exhibition and Convention Centre will host Europe's largest annual event showcasing the latest and the most relevant science and practice in the urological nursing field.

This international platform gathers hundreds of delegates and exhibitors from over 30 countries.

We look forward to welcoming you in Amsterdam!

 European Association of Urology

Mindre antibiotikaforbrug og færre urinvejsinfektioner på plejecentre - gennem vidensopbygning blandt plejepersonale - del 2

Af hygiejnesygeplejerske Tina Marloth, Forskningsenheden for Antibiotic Stewardship og Implementering, Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Herlev og Gentofte Hospital.

Halvdelen af al antibiotika til ældre på plejecentre i Danmark gives for urinvejsinfektioner. Med alderen stiger risikoen for at have bakterier i sin urin, og blandt ældre ses det ofte, at de ikke har symptomer eller gener, selvom de er blevet diagnosticeret med bakterier i urinen. Dette kaldes "asymptomatisk bakteriuri". Det anslås, at op mod 75 % af de kvindelige beboere på plejecentrene har bakterier i urinen uden at have symptomer. Denne tilstand bør ikke behandles med antibiotika, men dette sker ofte i praksis

Forskningsenheden for Antibiotic Stewardship og Implementering på Klinisk Mikrobiologisk Afdeling på Herlev og Gentofte Hospital har netop afsluttet et større forskningsprojekt. Projektet har haft til formål at undersøge om et to-timers uddannelsesseminar om antibiotika og infektioner hos plejecenterpersonale kan:

- Øge personalets viden om antibiotika, bakterier, virus og urinvejsinfektioner
- Reducere forekomsten af urinvejsinfektioner og urinvejsrelateret antibiotikaforbrug

Som opfølgning på indlæg til Vandposten juni 2017 beskrives hermed det videre forløb og nogle af resultaterne.

Kan 2 timers undervisning gøre en forskel?

Deltagere

På syv deltagende plejecentre i Frederikssund – og Gentofte Kommune var der i alt 469 ansatte i plejen i dag-, aften- og nattevagt. Det var på forhånd vurderet, at alle sundhedsfaglige i plejen skulle deltage i uddannelsesuddannelsesseminaret for at skabe en fælles forståelsesramme omkring infektioner og rationelt brug af antibiotika. Cirka 400 deltog i uddannelsesseminarerne.

For at opnå en høj deltagelsesprocent afviklede projektgruppen uddannelsesseminaret i alt 24 gange på de medvirkende plejecentre. Det vil sige tre-fire gange på hvert plejecenter. Centerlederne havde desuden signaleret overfor de ansatte, at det var en "skal"-opgave at deltage. Uddannelsesseminarerne var hver berammet til at vare to timer inklusiv en pause på cirka 10 minutter. Ved hvert uddannelsesseminar var henholdsvis en læge indenfor klinisk mikrobiologi, en akademisk medarbejder samt en hygiejnesygeplejerske fra projektgruppen repræsenteret med hvert sit indlæg, præsenteret i en PowerPoint præsentation.

Projektgruppen opfordrede desuden ledere på alle niveauer til at deltage i uddannelsesseminarerne, for efterfølgende at optimere dialogen mellem medarbejder og leder med henblik på eventuel ændring af lokal praksis. Samtlige ledere formåede at deltage.

Endvidere deltog de to kommunale hygiejnesygeplejersker på en del af seminarerne med henblik på efterfølgende at støtte op omkring nye tiltag.

Projektgruppen valgte, i undervisningssemina-



ret, at have deres fokus på den del af plejepersonalet, der varetager den praktiske del af plejen hos beboerne på plejecentrene (frontlinepersonalet). Denne gruppe af plejepersonale består, på plejecentrene, overvejende af social- og sundhedsassistenter samt social- og sundhedsbipersonale. Deres betydning er meget vigtig, da deres funktion og opgaver er direkte relateret til infektionsforebyggelsesarbejdet. De daglige plejeopgaver foregår ofte alene og ”bag en lukket dør”.

Samtlige uddannelsesseminarer foregik lokalt på de enkelte plejecentre. Lederne havde alle steder sammensat deltagerne, så alle faggrupper og vagtlag var repræsenteret ved hvert uddannelsesseminar. Der deltog mellem 12 og 30 plejepersonaler ad gangen, og de fleste steder mellem 15 og 20 plejepersonaler.

Spørgeskemaundersøgelse – viden om antibiotika og urinvejsinfektioner

Som grundlag for evalueringen blev der gennemført en spørgeskemaundersøgelse, der afdækkede plejepersonalets viden før og efter indsatsen, og en anden spørgeskemaundersøgelse, der belyste plejepersonalets vurdering af uddannelsesindsatsen.

Spørgeskemaundersøgelsen blev gennemført blandt alt plejepersonale på de deltagende plejecentre. Formålet var at måle om uddannelsesindsatsen omhandlede antibiotika, bakterier, virus, urinvejsinfektioner og antibiotikaresistens kunne øge plejepersonalets vidensniveau indenfor disse områder.

Plejepersonalet blev bedt om at besvare spørgeskemaet ad to omgange – ved baseline og follow-up - så det var muligt at se eventuelle ændringer i plejepersonalets viden fra før til efter indsatsen. Besvarelserne var anonyme.

Spørgeskemaundersøgelse - evaluering af seminar

Spørgsmålene afdækkede deltagerens umiddel-

bare, subjektive oplevelse af at have opnået ny viden i forhold til undervisningen samt deres vurdering af kvaliteten af uddannelsesseminaret som helhed. Evalueringsskemaet blev uddelt til plejepersonalet cirka 10 minutter før uddannelsesseminaret sluttede, og de afleverede besvarelserne, da de gik ud af døren.

Skema til registrering af urinvejsinfektioner og antibiotikaforbrug

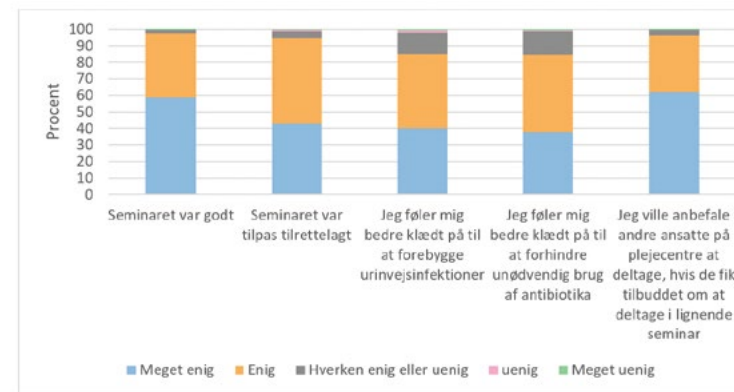
Seks måneder forud for uddannelsesseminarerne og frem til selve afviklingen af disse blev plejepersonalet bedt om at registrere beboernes forbrug af antibiotika samt tilfælde af urinvejsinfektioner på et registreringsskema. Efter uddannelsesseminarerne fortsatte registreringerne i 11 måneder. Registreringen omfattede beboerens initialer, køn og habituelle tilstand samt navnet på antibiotikapræparatet og perioden for behandlingen. Hvis beboeren blev behandlet med antibiotika på baggrund af urinvejsinfektion, skulle plejepersonalet endvidere angive baggrunden for behandlingen, om beboeren brugte inkontinens-hjælpemidler, beboerens symptomer samt hvilke tiltag, der blev gjort i forbindelse med urinvejsinfektionen.

Resultater

Nedenstående er et mindre uddrag af de samlede resultater.

Tabel 1 (øverste næste side) præsenterer besvarelserne vedrørende personalets opfattelse af seminaret.

Projektgruppen oplevede desuden, at deltagerne var engagerede, stillede relevante spørgsmål og selv åbnede diskussioner i forhold til egen praksis. Projektgruppen oplevede også, at det viste sig at være en stor fordel, at lederne og de kommunale hygiejnesygeplejersker deltog i uddannelsesseminarerne.

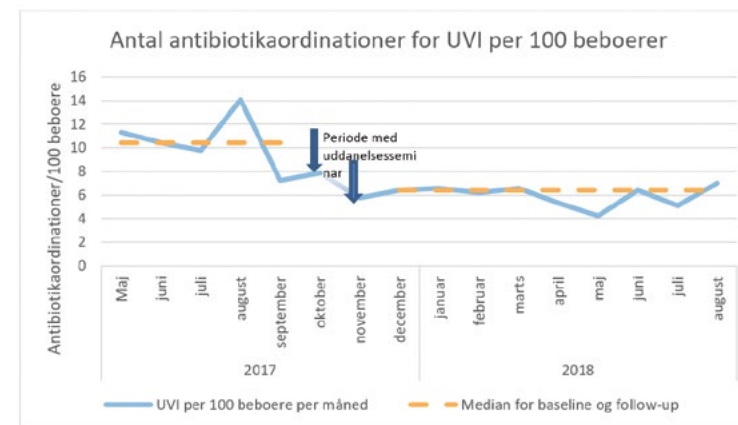


Tabel 2 viser forskellen på udbyttet af at deltage i seminaret kontra ikke at deltage.

Gennemsnitlig vidensscore blandt dem, som deltog i seminaret og dem, som ikke gjorde. I procent				
	Baseline spørgeskema (n=317)	p-værdi	Follow-up (n=226)	p-værdi
Deltagelse		0,793		0,008
Deltog i seminaret	80,4		86	
Deltog ikke i seminaret	79,7		80,7	

Tabel 3 præsenterer en samlet opgørelse over forbrug af antibiotika-præparater, der er blevet brugt til at behandle urinvejsinfektioner med i projektperioden, dvs. før, under og efter uddannelsesseminarerne.

Forbruget af antibiotika til behandling af urinvejsinfektion var før seminaret ca. 11%. Efter seminaret var forbruget faldet til ca. 6%, altså næsten en halvering.



Konklusion

Projektgruppen blev hurtigt opmærksom på, at selvom viden må forventes at have stor betydning for korrekt infektionsforebyggende adfærd, er det ligeledes også af stor betydning, at der er mulighed for, at denne viden kan blive omsat i praksis. Så selvom projektet

kan påvise, at det ved interventionen lykkedes at øge plejepersonalets viden, reducere brug af antibiotika samt ned-bringe antallet af urinvejsinfektioner i projektperioden, må man antage, at viden ikke kan stå alene. Det er sideløbende, af afgørende betydning, at denne viden kan omsættes i praksis.

Opfordring til alle medlemmer af FSUIS

Hvis i vil modtage information fra FSUIS, herunder kontingentopkrævning, 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

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.

Kvindens seksualitet i forbindelse med manden med erektil dysfunktion

Af sygeplejerske Birgitte Tingskov

Efter mange år som sygeplejerske oplevede jeg oftere og oftere, at jeg kom til kort, når snakken kom til patientens seksualitet - specielt, hvor der var problemer.

Det var specifikt i samtalerne med patienter, der var behandlet for prostatacancer, jeg oplevede, at jeg ikke slog til i forhold til at guide i forhold til seksualitet, samliv, medicinsk behandling og hjælpemidler.

Flere gange oplevede jeg ligefrem, at det var partneren, der spurgte, "hvornår må vi forvente, at han igen kan få rejsning?"

Hvordan overlever parforholdet et sygdomsforløb uanset om det er akut eller kronisk? Hvordan oplever patienten sig selv, når han igen skal passe ind i en hverdag med sin partner eller i sociale sammenhænge? Hvad tænker partneren?

Med vores sygeplejefaglige opdragelse vil vi gerne komme med løsningsforslag.

Min Master i Sexologi fra 2017 har givet mig en større indsigt og viden omkring de seksuelle problemstillinger. Det er den fagprofessionelles ansvar, at tage emnet op og italesætte dette, så det for patienten ikke opleves som et tabu. Seksualiteten er sammensat og bør anskues bio- psykosocialt.

Undervejs i studiet blev jeg mere og mere optaget af, hvor meget eller hvor lidt opmærksomhed, vi egentlig gav partneren i forholdet. Er de bare med som chauffør, for at lytte, tage noter og kontrollere datoer? Hvordan oplever de

medinddragelse, hvad er deres rolle i parforholdet og hvem tænker på deres seksualitet?

Eget litteraturstudie fra modul 5, på Masteruddannelsen, peger i retning af, at den kvindelige partner føler sig påvirket, når det kommer til oplevelsen af egen seksualitet. Specielt på det relationelle område, giver kvinderne udtryk for isolation, ensomhed og udelukkelse. De savner manden både følelsesmæssigt, seksuelt og socialt, men også faktorer som manglende medinddragelse, information og kommunikation er i spil.

For at kunne redefinere egen seksualitet i forhold til mandens ED er det basalt for kvinden, at hun inddrages i det, der omhandler problemstillingen. Analysen af studiet viser, at kvinderne ved at få viden om årsager og behandlingens betydning for samlevet, bliver i stand til at forholde sig både til manden og til ændringen i egen seksualitet, ligesom kommunikation bliver afgørende i forståelsen parterne imellem. Det er vigtigt for kvinden, at partneren forstår værdien af, at intimiteten skal vægtes højere end samlejet. Nogle af kvinderne kunne berette om en styrket intimitet med mere berøring, hengivenhed og mindre fokus på orgasme

Masterprojektet tog udspring i en undren fra egen praksis, hvor vi dagligt møder den mandlige patient med erektil dysfunktion (ED) som en følge af primær sygdom. Det er forskelligt om partneren er med manden ved de ambulante kontroller, men hvor det er tilfældet, har vi oplevet, at konsultationen ofte er kommet til at fokusere på manden alene, ligesom udred-



Bestil gratis
produktprøver
på telefon 4362
4332 eller på
www.wellspect.dk

TIL EN GOD BEGYNDELSE

LoFric Sense - designet til at være det gode startkateter

LoFric® Sense™ er designet til at passe ind i din patients aktive hverdag og imødekomme de medicinske behov. LoFric Sense byder på et gribevenligt håndtag og diskret design. Klart til brug med det samme og uden brug af PVC, ftalater og latex.

wellspect.dk



LoFric® Sense™

73400-DK-20181029 © 2018 WELLSPECT. All rights reserved.

ning og senere behandling synes fokuseret på de fysiske aspekter.

Seksualitet i relationen

Det er kendt, at ikke bare sygdom, men i særdeleshed også de medfølgende seksuelle problemer på sigt kan få konsekvenser for parrelationen i form af frustrationer, misforståelser, skyld og skam.

Ud over primært at føle den fysiske tilfredsstillelse bruges det seksuelle samvær for mange par til en deling af følelser, berøring og intimitet, men det kan ligeledes være en ventil til bearbejdelse af f.eks. vrede, uoverensstemmelser og aggressioner. Når parret rammes af en seksuel dysfunktion, er der risiko for, at nærhed og intimitet går tabt. Manglende evne til at kommunikere om problemet kan betyde at parterne følelsesmæssigt fjerner sig fra hinanden, bliver dårligere til konflikthåndtering og derfor berøringsangste. Dette kan føre til misforståelser, forkerte tolkninger og flere diskussioner. Patienten kan føle sig til besvær og mindre attraktiv, mens partneren kan føle sig udelukket og skyldig. (1)

Seksuel sundhed

Seksualitet handler om meget mere end kønsorganer, samleje og orgasme, det handler om nærhed, ømhed og sanselighed. Seksualiteten er påvirket af kultur, har ingen alder, er individuel og kan variere afhængig af livsfaser. (1) Et godt sexliv kan fremme livskvalitet og psykosocial trivsel. Omvendt kan seksuel og samlivsmæssig mistrivsel have sit udspring i såvel fysiske som psykiske og sociale problemer. (2)

Medinddragelse af patient og pårørende

Sundhedsstyrelsens nationale anbefalinger handler om at inddrage den pårørende i patientens sygdomsforløb, hvis patienten ønsker det og samtidig identificere den pårørendes behov

for støtte relateret til patienten. Det handler om at få etableret et respektfuldt samarbejde, der anerkender den pårørende som en betydningsfuld person og ressource i den alvorligt syges liv og samtidig se den pårørende som et menneske, der muligvis selv har brug for opbakning og støtte. (3)

Et studie fra 2008, omhandlende integreringen af partneren i behandlingen af ED, havde til formål at give sundhedsprofessionelle en større forståelse af, hvilken betydning partneren havde for udredning og behandling samt i sidste ende virkningen af denne. Med en opfordring til patienten om at inddrage partneren fremgik det af studiet, at begge parter i forholdet kunne profitere af en højere succesrate for behandlingen og en deraf følgende større tilfredshed med et genskabt seksuelt samliv. En seksuel dysfunktion i relationen måtte involvere begge parter. Et problem som ED påvirker begge parter negativt og bliver årsag til bekymring for begge. Den sundhedsprofessionelle bør være mere opmærksom på partneren i relation til udredning og behandling og opfordre til, at denne får mulighed for at blive medinddraget med egne oplevelser og erfaringer, så vidt det lader sig gøre. Med respekt for, at ikke alle ønsker at blive inddraget, trods mandens ønske om dette, pointeres det, at de bedste resultater på sigt ses, når begge parter involverer sig i projektet. (4)

Begge parter i forholdet bør betragtes som patienten, hvis problematikken omkring ED skal løses. Mange mænd, møder alene op til konsultation for at søge medicinsk behandling, til trods for, at de lever i heteroseksuelle forhold. ED betragtes fortsat som mandens problem og den generelle opfattelse er, at potensfremmende medicin er det, der skal til, for at løse problemet. Kvinden skal inddrages i konsultationen, da hendes beskrivelse af såvel problemet,



som det seksuelle samliv, vil få betydning for effekten af behandlingen. Kvinden kan suppleres anamnesen med information om egne eventuelle seksuelle vanskeligheder, der i princippet kan være initierende for problematikken, men også følger som nedsat lyst, arousal og evne til orgasme forårsaget af mandens dysfunktion, kan få betydning for den videre planlægning. Manden skal opfordres til, at medinddrage kvinden. Kvindens deltagelse er vigtig for en positiv tilgang og støtte, hvorfor alle sten må vendes, før en eventuel medicinsk eller terapeutisk behandling kan iværksættes (5).

Kvinder vil gerne inddrages i alt fra udredning til beslutningstagning og valg af behandling. Det var kvindernes mulighed for at blive set

som en naturlig del af parret i en situation, hvor ingen ellers spurgte til, hvordan de havde det (6).

De pårørende står tilbage med magtesløshed, fordi de som udgangspunkt skal være tapre og stærke. De pårørende er både fysisk, psykisk og socialt under stort pres. De skal måske håndtere flere praktiske opgaver i hjemmet, fysisk være til stede som patientens advokat i behandlingen samt udadtil fremstå stærk og støttende i forhold til den øvrige familie og bekendtskabskredsen. En udbredt opfattelse af, at vrede og negative tanker ikke er tilladt, kan føre til frustrationer og i sidste ende true relationen (7).

Introduktion

Den kvindelige seksualitet er godt beskrevet, men når det handler om kvindens oplevelse af egen seksualitet i relationen med en mand med erektil dysfunktion (ED), synes den fortsat at være underbelyst. Dette Masterprojekt handler om at undersøge, hvilken rolle, den kvindelige partner har i og for relationen og hvilken betydning mandens erektil dysfunktion får for kvinden og hendes egen seksualitet.

Vi ville undersøge, hvordan kvinden i det heteroseksuelle parforhold oplever sin egen seksualitet i relationen med manden med erektil dysfunktion.

Formål

At undersøge, hvordan kvinden i det heteroseksuelle parforhold oplever sin egen seksualitet i relationen med manden med erektil dysfunktion.

Metode

Fire kvinder blev kontaktet via deres mænd som var patienter i et neurologisk - og urologisk ambulatorium. Fælles for mændene var, at deres erektil dysfunktion var forårsaget af en nerveskade grundet primær sygdom. Projektet bygger på en kvalitativ interviewundersøgelse med fokus på kvindens oplevelse af egen seksualitet, graden af medinddragelse samt kommunikation i og uden for relationen.

Resultater/konklusion:

Det er tydeligt at kvindernes seksualitet påvirkes af mandens ED, men oplevelsen er kompleks og mange andre bio-psyko-sociale faktorer spiller en stor rolle for kvindens seksualitet. Kommunikation omkring den seksuelle problemstilling kan være svær i relationen.

Kvinderne ønsker medinddragelse i forbindelse med de ambulante besøg.

Kvinderne nedtoner deres egne seksuelle behov til fordel for mandens og giver udtryk for, at samleje ikke længere er det vigtigste, til gengæld vægtes det intime liv højere.

De fire interview tydeliggør en generel oplevelse af, hvordan først diagnostiseringen af den primære sygdom og siden ED ikke kun får indflydelse på kvindens eget liv og egen seksualitet, men også hvordan de medfølgende fysiske, psykiske og sociale ændringer får betydning for parrets indbyrdes og fremtidige relation og fælles seksualitet.

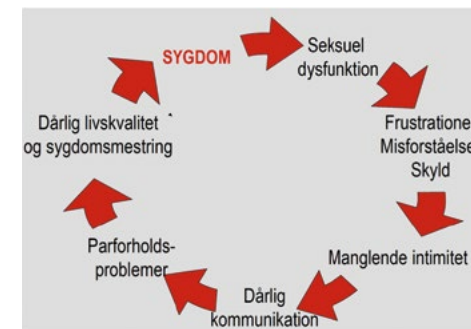
"Og så tænkte jeg, man har da sin mund og sine hænder der er så mange ting man kan gøre. Og jeg er også ligeså glad for at blive holdt om og kysset her og der og alle vegne. Så det er ikke så meget lige et egentligt samleje og ind og ud, der gør at nu er mit liv lykkeligt."

"Jeg synes, det er så fint bare at holde i hånd og øh, jeg havde altså i starten, da troede jeg, at det var MIG, der sådan ligesom ikke var tiltrækkende nok og ikke havde store bryster nok."

"Han blev ved med de her rejsningsproblemer. Og øh, jeg havde altså i starten, da troede jeg, at det var MIG, der sådan ligesom ikke var tiltrækkende nok og ikke havde store bryster nok."

"Jeg vil sige, at dét år, var et, hvor jeg hele tiden holdt øje med, hvordan han havde det. Da følte jeg lidt, at jeg var hans sygeplejerske. Jeg ville også have, at der ikke kom for mange af gangen og besøgte ham. Der har holdt nogen udenfor, og så har jeg sagt: "I kan ikke komme ind, for der har været to hold før i dag, for så kører han træet. Er I søde, at komme i morgen?"

Ændringer i seksualiteten er for kvinderne ikke nødvendigvis betinget af ED, men i lige så høj grad også af andre faktorer som bl.a. primær



sygdom, dårlig kommunikation, manglende information, sorg og krise.

Når parret rammes af en seksuel dysfunktion, er der risiko for, at nærhed og intimitet går tabt. Manglende evne til at kommunikere om problemet kan betyde at parterne følelsesmæssigt fjerner sig fra hinanden, bliver dårligere til konflikthåndtering og derfor berøringsangste. Dette kan føre til misforståelser, forkerte tolkninger og flere diskussioner. Patienten kan føle sig til besvær og mindre attraktiv, mens partneren kan føle sig udelukket og skyldig (1)

Sygeplejersken sidder IKKE med løsningen

Seksualiteten bør implementeres som en naturlig del af samtalen, hvor der spørges ind til ikke bare patientens seksualitet, men hele parrets seksualitet. Manden skal vide, at kvindens seksualitet også kan være påvirket af hans sygdom, og at hun derfor er velkommen sammen med ham.

Alle sygeplejersker vil i princippet kunne tage en snak om seksualitet med baggrund i PLIS-SIT modellens 2 første trin. Alt der kræves er åbenhed og en respektfuld nysgerrighed. Mændene møder allerede nu i sygeplejerske ambulatorier og det vil være her, at man med fordel kunne tage en snak om de bio-psyko-sociale aspekter ved seksualiteten.



Birgitte Tingskov, sygeplejerske og Master i Sexologi, er ansat i Urologisk Ambulatorium på Sydvestjysk Sygehus Esbjerg og arbejder, sideløbende med urologien, i en nyoprettet Sexologisk Klinik én dag om ugen. Hertil henvises mænd/par fra både primær og sekundær sektor.

De opgaver, der henvises til fra Masteruddannelsen er lavet i et samarbejde med Hanne Baadsgaard Breinholt, sygeplejerske og Master i Sexologi, fra Neurologisk Ambulatorium på Holstebro Sygehus.

Master i Sexologi på AAU tages over 2 år med optag hvert andet år – næste gang i 2019. Masteruddannelsen har fokus på sexologisk

undersøgelse, rådgivning og behandling og er modulopdelt med afsluttende Materprojekt. Uddannelsen er inddelt i 8 moduler, der alle afsluttes med en opgave.

Ansøgningsfrist 1. juni 2019

<https://www.aau.dk/uddannelser/efteruddannelse/master/sexologi/praktiske-oplysninger/>

Referencer:

1. (Graugaard, Møhl og Hertoft, 2006).
2. (Graugaard, Pedersen og Frisch, 2015).
3. (Sundhedsstyrelsen, 2012)
4. (Dean et al., 2008).
5. (Riley, 2008).
6. (Askew og Davey, 2004).
7. (Kybn, 2010).

FSUIS Landskursus 2019

Velkommen til
Kolding Fjord
Fjordvej 154, 6000 Kolding



den 17. og 18. september 2019

Mikrobiomer - vi hørte lidt sidste år...
Nu kommer der en UpDate

Den terminale urologiske patient
Definitioner, fortællinger fra hverdagen og etiske dilemmaer

Workshops - bakterier, UVI, katetre og painfull bladder
Husk tilmelding til Workshops når i tilmelder jer Landskursus

Morgensang, morgenmotion, standbesøg, networking, generalforsamling osv.
Vi glæder os til at byde jer velkommen til dette års Landskursus.

Se detaljeret program på de følgende sider.



Fagligt Selskab for Urologisk Interesserede Sygeplejersker



FSUIS er nu på
Facebook!

"FSUIS Fagligt Selskab for Urologiske Sygeplejersker"
Bliv medlem - spred budskabet - brug gruppen.

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.



Kursusdag tirsdag den 17. september 2019

- 09.00 - 09.30 **Ankomst, registrering og kaffe**
09.30 - 09.45 **Velkomst**, ved *formand Rikke Knudsen*.
- 09.45 - 10.45 **Mikrobiomer i Urinen - en Up date**
Oplæg ved Louise Arenholdt, MD, ph.d. Aalborg Universitetshospital.
- 10.45 - 11.15 **Kaffe og standbesøg**
- 11.15 - 12.00 **Workshops 1. runde**
Husk tilmelding til workshops ved tilmelding til Landskurset.
1. **Bladder Pain Syndrom.**
Oplæg ved Jesper Schou, Overlæge, Gentofte Hospital.
 2. **Præhabilitering – krigen mod bakterier i munden.**
Oplæg ved Anita Tracey, sygeplejerske, Aalborg UH.
 3. **Koden er knækket! Forebyggelse af UVI og udredning efter Minimal Care.** Oplæg ved Charlotte Andersen, Sygeplejerske, Mariagerfjord Kommune.
 4. **Svære kateterproblematikker.** Oplæg ved Susanne Vahr, sygeplejerske, Klinisk Sygeplejespecialist, ph.d, Rigshospitalet og Rikke Knudsen, sygeplejerske/Formand FSUIS.
- 12.00 -13.00 **Frokost og standbesøg**
- 13.00– 13.45 **Workshops 2. runde**
Se beskrivelser af workshops under runde 1.
- 14.00 – 15.15 **Operationer ved Inkontinens.** Avanceret Neuro-LUTS, Botox, Artificiel sphincter, Pro Act balloner og Sacral Nervestimulation.
Oplæg ved Jesper Schou, Overlæge, Gentofte Hospital.
- 15.15 – 16.00 **Kaffe og standbesøg**
- 16.00 – 17.00 **Medac Legat 2018 og FSUIS Legat 2019**, ved formand Rikke Knudsen.
Oplæg ved tidligere legat modtagere.
- 17.00 – 18.00 **Generalforsamling**
- 19.00: **Middag**

Kursusdag onsdag den 18. september 2019

- 07.30 - 08.30 **Morgenmad**
- 08.30 – 14.00 **Den Terminale Urologiske Patient** – en session med oplæg og diskussion.
- 08.30 - 09.15 **Definition af den terminale urologiske patient.** Oplæg ved Martin Mørck Mortensen, afdelingslæge, ph.d. Urinvejsskirurgisk afdeling, Aarhus Universitets Hospital.
- 09.15 – 10.00 **Fortællinger fra hverdagen.** Oplæg ved Kathrine Strømvig, sygeplejerske, Klinisk Sygeplejespecialist, Herlev Hospital og Navn følger...
- 10.00 -10.45 **Kaffe og standbesøg**
- 10.45 – 11.15 **Spørgsmål og diskussion** – "hatten går rundt".
- 11.15 - 12.00 **Ethiske dilemmaer - Hvornår er nok nok? (Del 1)**
Oplæg ved Mogens Skadborg, overlæge, Intensiv afdelingen, Aarhus Universitets Hospital.
- 12.00 - 13.15 **Frokost**
- 13.15 - 14.00 **Ethiske dilemmaer - Hvornår er nok nok? (Del 2)**
Oplæg ved Mogens Skadborg, overlæge, Intensiv afdelingen, Aarhus Universitets Hospital.
- 14.00 - 14.45 **Kaffe og standbesøg**
- 14.45 - 15.45 **De skønne øjeblikke i sygeplejen.** Oplæg ved Sine Maria Herholdt Lomholdt, sygeplejerske, cand.pæd, ph.d.-stud, Aalborg Universitet.

Ret til ændringer i programmet forbeholdes.

Invitation til Landskursus udsendes i år direkte fra Kolding Fjord, Fjordvej 154, 6000 Kolding.
Er du medlem af FSUIS, og ikke har modtaget invitation fra Kolding Fjord, bedes du kontakte Kolding Fjord direkte.



Ordinær Generalforsamling

i Fagligt Selskab for Urologisk Interesserede Sygeplejersker
Sted: Hotel Kolding Fjord, Fjordvej 154, 6000 Kolding

Tirsdag den 17. september 2019 kl. 17.00

Dagsorden ifølge vedtægterne:

1. Valg af dirigent
2. Valg af stemmetællere
3. Valg af referent
4. Valg af revisor
5. Bestyrelsens beretning
6. Revideret regnskab fremlægges
7. Fremlæggelse af budget
8. Fastsættelse af kontingent for det kommende år
9. Valg af 2 bestyrelsesmedlemmer og 1 suppleant
På valg er:
Erica Grainger (modtager genvalg)
Jane Meinung (modtager genvalg)
Mette Klim (modtager genvalg)
10. Indkomne forslag fra bestyrelsen og medlemmer
11. Forslag til vedtægtsændringer
12. Eventuelt.

Forslag fra medlemmer, herunder forslag til bestyrelsesmedlemmer og suppleanter, skal være anmeldt til bestyrelsens formand senest 4 uger før den ordinære generalforsamling.

Forslagene vil være at finde på vores hjemmeside senest 14 dage før den ordinære generalforsamling.

På vegne af selskabets bestyrelse

Rikke Knudsen

Forslag til kandidater til bestyrelsen i



På valg er: Erica Grainger (modtager genvalg), Jane Meinung (modtager genvalg),
Mette Klim (modtager genvalg).

Undertegnede sygeplejerske, der er medlem af FSUIS, ønsker at opstille som kandidat til bestyrelsen for Fagligt Selskab for Urologiske Sygeplejersker.

Navn: _____

Privat adresse: _____

Tlf.: _____

Medlemsnr. i DSR: _____

E-mailadresse: _____

Arbejdssted: _____

Underskrift: _____

Sedlen skal være formanden Rikke Nygaard Knudsen i hænde senest den 20. august 2019.

Se i øvrigt dagsorden til generalforsamling den 17. september 2019 kl. 17.00 på side 20.



Coloplast Isisiris[®] α engangsskop til fjernelse af JJ stents

- Steril - klar til brug¹
- Ingen behov for lysøjle^{2,3}
- Kan håndteres af 1 person⁴
- Flergangsskopet skånes⁴
- Ingen rengøring¹



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



Isiris[®] α

Coloplast logo er et registreret varemærke ejet af Coloplast A/S. © 2019-05. Alle rettigheder forbeholdes Coloplast A/S.

Referencer: 1. Isisiris IFU. 2. M. Oderda et al. Cost-effectiveness analysis of a single-use digital flexible cystoscope for double J (DJ) removal. Challenge In Endourology 2018. 3. S. DOIZI et al. Impact of double-J stent removal with a single use cystoscope dedicated to this procedure: a cost analysis. THE JOURNAL OF UROLOGY® Vol. 199, No. 4S, Supplement, MP55-05, May 20, 2018. 4. J. Baard, R. Spermon. The added value of a single-use scope for double-J stent removal from the perspective of urologists at high volume centers. WCE Sep 2018.

Urologisk Akutsygeplejerske

Af Mary-Tina Normand Mortensen

I Urologisk ambulatorium, Aalborg Universitetshospital afsnit Thisted, har vi op startet en akutsygeplejerske funktion i dec. 2018. Dette er foranlediget af, at der på Thisted matriklen ikke er en akutfunktion indenfor det urologiske speciale. Det betyder, at nogle af patienterne må overflyttes til Ålborg, for fx at få anlagt et kateter, hvis det ikke er muligt for den vagthavende læge.

I urologisk amb. har vi nogle erfarne sygeplejersker med kompetencer, som vi gerne vil bidrage med, så patienterne kan blive tilbudt en hurtigere behandling på Thisted matriklen. Dermed undgår patienterne en længere køretur og ikke mindst forværring af deres tilstand.

I tidsrummet fra kl. 8 – 14 på hverdage tilbyder vi en udgående funktion, hvor vi kommer til patienten på afdelingen / akutmodtagelsen eller patienten kommer i urologisk amb. Det er selvfølgelig akutsygeplejerskens vurdering, om det er en opgave, der er muligt at varetage.

Funktionen indeholder følgende:

- Hjælp til anlæggelse af kateter til fx retentionspatienter eller i forbindelse med skiftning af et kateter.
- Skift af topkateter på indlagte patienter fx i forbindelse med urinvejsinfektion eller et planlagt skifte.
- Hjælp til genanlæggelse af topkateter, der har været gledet ud, indenfor de sidste 4 timer. Dette er ikke gældende for et nyligt anlagt kateter.
- Vejledning og rådgivning omkring hjælpemidler til patienter, der udskrives med kateter.
- Akutsygeplejersken laver ikke noget notat til journalen, men dokumenterer handlingen i EPJ.

- Tilsynet registreres og kodes.
- Den urologiske akutsygeplejerske har ikke ansvaret for patientens videre forløb. Den videre plan varetages af patientens stamafdeling evt. i samråd med urologisk bagvagt i Aalborg.

Hvordan fungerer det i praksis:

- Der er lavet en folder vedrørende akutfunktionen, som er udleveret til samtlige afdelinger på Thisted matriklen.
- Vi har et direkte nr. til akutsygeplejersken.
- Når vi kontaktes udfyldes der et tilsynsskema, med data på patienten, den aktuelle problemstilling og hvad der er forsøgt. Efterfølgende udfyldes et kort resume af udført handling samt registrering af koder.
- Vi har indrettet en ”akutvogn” med div. kateter og remedier.

Erfaringer med funktionen:

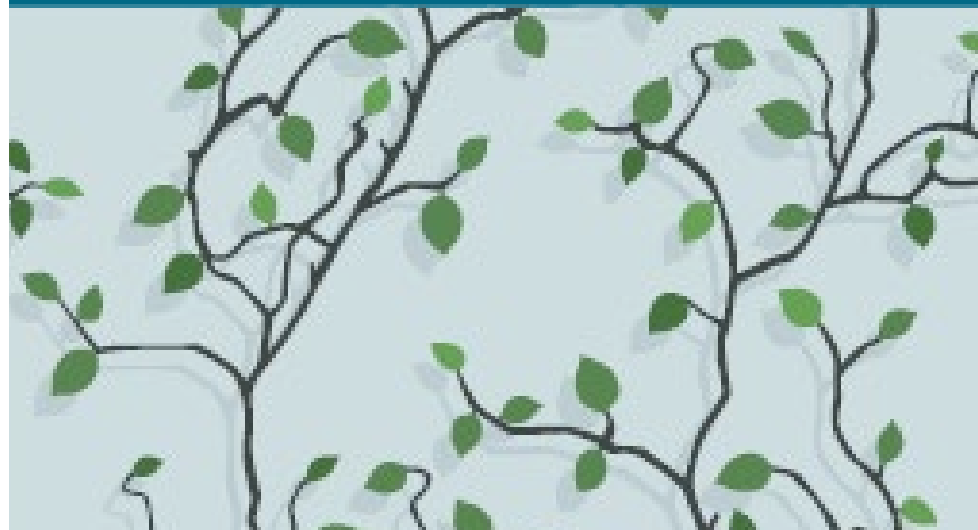
Vi har bl.a. været tilkaldt til patienter:

- med topkateter, hvor hjemmesygeplejerske og egen læge ikke kunne fjerne et topkateter ifm. et planlagt skifte. Vi skiftede topkateteret, og årsagen til problemet var massive incrustationer.
- med retention hvor det ikke var muligt at anlægge et almindeligt uretralt kateter, hvor vi kunne anlægge Tiemann kateter
- hvor RIK ikke kunne foretages af personalet på afdelingen

Telefonisk rådgivning til hjemmesygeplejerske/plejepersonale vedr. diverse problematikker. Eftersom det er en forholdsvis ny funktion, har vi ikke endnu så stort et erfaringsgrundlag, men vi har fået mange positive tilkendegivelser fra såvel patienter som afdelinger.



UROLOGISK AKUTSYGEPELEJERSKE I UROLOGISK AMBULATORIUM



Urologisk ambulatorium
Aalborg Universitetshospital - Thisted

AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
- I gode hænder



Vandposten

Akutsygeplejerske i Urologien

(Tekst folder)

Udnyt vores kompetencer!

I urologisk ambulatorium har vi nogle kompetencer, som vi gerne vil bidrage med i nogle akutte situationer. Da Thisted matriklen ikke har en akutfunktion indenfor det urologiske speciale, må afdelingerne i de tilfælde, hvor de ikke selv kan anlægge kateter, sende patienterne til Ålborg. Dette kunne i nogle tilfælde undgås og patienterne blive tilbudt en hurtigere behandling, hvis man på matriklen i Thisted udnyttede disse kompetencer.

Hvad kan vi tilbyde?

Sygeplejerskerne i Urologisk ambulatorium vil gerne tilbyde en Akut sygeplejerske funktion til alle afdelinger på Thisted matriklen i tidsrummet fra kl. 8-14 på hverdage.

Det kan både være en udgående funktion, hvor vi kommer til patienten på afdelingen, eller patienten kommer i urologisk Ambulatorium efter Akutsygeplejerskens vurdering. Akutfunktionen er udelukkende et tilbud, hvis ressourcerne i Urologisk ambulatorium tillader det.

Funktionen tænkes at indeholde følgende:

- Hjælp til anlæggelse af KAD til f.eks. retentionspatienter eller i forbindelse med skiftning af et kateter.
- Evt. skift af topkateter på indlagte patienter for eksempel i forbindelse med urinvejsinfektion eller et planlagt skifte.
- Evt. vejledning og rådgivning omkring hjælpemidler til patienter, der udskrives med kateter. Stamafdelingen udleverer hjælpemidlerne.
- Hjælp til genanlæggelse af et topkateter, der har været gledet ud indenfor de sidste 4 timer. Gælder dog ikke ved et for nyligt anlagt topkateter.

Urologisk sygeplejerske medbringer det, der skal bruges til kateteranlæggelse. Vi forventer, at få assistance fra personale, der kender patienten, når vi kommer i afdelingen.

Funktionen indeholder ikke:

- Hjælp til genanlæggelse af et topkateter, der er faldet ud for mere end 4 timer siden.
- Hjælp til genanlæggelse/skiftning af nephrostomikateter.

Den urologiske sygeplejerske har ikke ansvar for den videre plan med patienten. Den videre plan varetages af patientens stamafdeling evt. i samråd med Urologisk bagvagt i Ålborg. Er der grundlag for videre udredning, kan der skrives henvisning til urologisk ambulatorium.

Hvordan gør man?

Afdelingerne kontakter Akut sygeplejersken på telefon 50618

- Oplyser navn og Cpr-nr. på patienten.
- Problemet beskrives og hvad der har været forsøgt?

Det vil altid være den urologiske sygeplejerskes vurdering, om det er en opgave, hun kan varetage.

Det er udelukkende konsultation ved en urologisk sygeplejerske og ikke urologisk overlæge, da de ikke har akut funktion på Thisted matriklen.

Akutsygeplejersken dokumenterer i Clinical under Anlæggelse/seponering af invasive og noninvasive adgange.

Med venlig hilsen
Akutsygeplejersken
Urologisk Ambulatorium





Mitomycin medac

Mitomycin medac Lukket instillationssystem Ready-to-use



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

Medac Malmöhusvägen 1, SE-211 18 Malmö Tlf: +46 340-645470 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 patienter med overfladisk carcinom 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 beregnet til intravesikal anvendelse efter rekonstitution. **Dosering:** Der er mange intravesikale mitomycin-regimer – de varierer med hensyn til mitomycin-dosis, 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. pH-værdien i urinen skal være over 6. Særlige populationer: Dosen skal reduceres hos patienter, der tidligere har fået store mængder cytostatika, der lider af myelosuppression, eller som er ældre. Der foreligger ikke tilstrækkelige data fra kliniske forsøg vedrørende brugen af mitomycin hos patienter i alderen 65 år eller derover. Lægemidlet må ikke bruges til patienter med nedsat nyrefunktion. Lægemidlet anbefales ikke til patienter med nedsat leverfunktion, da der ikke foreligger tilstrækkelige data om dets virkning og sikkerhed hos denne gruppe patienter. Pædiatrisk population: Mitomycins sikkerhed og virkning hos børn er ikke klarlagt. Der foreligger ingen data. Administration: Mitomycin "medac" er beregnet til intravesikal instillation, når det er blevet opløst. For instruktioner om rekonstitution og fortynding af lægemidlet for administration. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne. Amning, Perforering af blæreæggen, Cystitis. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** 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. Knoglemarvsdepresion kan typisk først mærkes efter et stykke tid og kraftigst efter 4-6 uger. Efter længerevarende behandling kan der forekomme kumulativ knoglemarvsdepresion, og individuel dosisjustering er derfor ofte påkrævet. Ældre patienter har ofte nedsat fysiologisk funktion og knoglemarvsdepresion, der kan være langvarig, hvorfor mitomycin skal administreres med særlig forsigtighed hos denne population og med tæt overvågning af patientens tilstand. Mitomycin er et mutagen og potentielt carcinogent stof for mennesker. Kontakt med hud og slimhinder skal undgås. Hvis der opstår lungesympotomer, 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 doser på > 30 mg mitomycin/m² legemsoverflade er der set mikroangiopatisk hæmolytisk anæmi. Tæt overvågning af nyrefunktionen anbefales. Nye resultater indikerer, at et terapeutisk forsøg kan være en mulighed til fjernelse af immunkomplekser, der synes at spille en væsentlig rolle i forekomsten af symptomer via stafylokokprotein A. Forekomsten af akut leukæmi (i nogle tilfælde efter en præleukæmisk fase) og myelodysplastisk syndrom er indberettet hos patienter, der har fået samtidig behandling med andre antineoplastiske stoffer. **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 cytotoxiske 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 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. **Graviditet og amning:** Fertilitet: Kønsmodne patienter skal bruge prævention eller være seksuelt afholdende under kemoterapi og i 6 måneder efter selve behandlingen. Mitomycin er genotoksisk. Mænd, der er i behandling med mitomycin, rådes derfor til at undgå at gøre en kvinde gravid i behandlingsperioden og i op til 6 måneder efter selve behandlingen. De skal søge råd om nedfrysning af sæd, inden behandlingen går i gang, da mitomycin kan forårsage irreversibel infertilitet. Graviditet: Der er ingen data fra anvendelse af mitomycin til gravide kvinder. Dyreforsøg har påvist reproduktionstoksicitet. Mitomycin har mutagen, teratogen og carcinogen virkning og kan derfor forstyrre den embryonale udvikling. Kvindelige patienter må ikke blive gravide, mens de er i behandling med mitomycin. Hvis en kvindelig patient bliver gravid, mens hun er i mitomycin-behandling, skal hun have genetisk rådgivning. Amning: Det formodes, at mitomycin udskilles i human mælk. Da det er dokumenteret, at mitomycin har mutagene, teratogene og carcinogene virkninger, skal amning ophøre under mitomycin-behandlingen. **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), 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: Opløsning 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 palmpalplantart erytem) og cystitis. Hud og subkutane væv: Almindelig: Allergisk hududslæt, kontaktdermatitis, palmpalplantart erytem, pruritus. Sjælden: Generaliseret eksantem. Nyrer og urinveje: Almindelig: Cystitis (evt. hæmorrhagisk cystitis), dysuri, nykturi, pollakisuri, hæmaturi, lokal irritation af blæreæggen. Meget sjælden eller ikke kendt: Nekrotiserende cystitis, allergisk (eosinofil) cystitis, stenose af de fraførende urinveje, reduceret blærekapacitet, kalcifikation af blæreæggen, blære-vægsfibrose, perforeret blære. 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. Efter intravesikal administration er det kun mindre mængder mitomycin, der når det systemiske kredsløb. I meget sjældne tilfælde er følgende systemiske virkninger 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. Nyrer 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 knoglemarvsdepresion med leukopeni og som regel dominerende trombocytopeni. Knoglemarvsdepresion forekommer hos op til 65 % af patienterne. Hos op til 10 % af patienterne må alvorlig organotoksicitet i form af interstitiel lungebetændelse eller nefrotoksicitet forventes. Mitomycin er potentielt hepatotoksisk. Blod og lymfesystem: Meget almindelig: Knoglemarvsdepresion, leukopeni, trombocytopeni. Sjælden: Livstruende infektion, sepsis, hæmolytisk anæmi. Immunsystemet: Meget sjælden: Alvorlig allergisk reaktion. Hjerter: Sjælden: Hjertesvigt efter tidligere behandling med antracykliner. Luftveje, thorax og mediastinum: Almindelig: Interstitiel lungebetændelse, dyspnoe, 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 leverfunktion, øgede aminotransferaser, gulsot, veneokklusiv sygdom (VOD) i leveren. Hud og subkutane væv: Almindelig: Eksantem, allergisk hududslæt, kontaktdermatitis, palmpalplantart erytem. Ikke almindelig: Alopeci. Sjælden: Generaliseret eksantem. Nyrer 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, vævsnekrose. 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. Læger og sundhedspersonale anmodes om at indberette alle formodede bivirkninger via: Lægemiddelstyrelsen, Axel Heides Gade 1, DK-2300 København S. Websted: www.meldenbivirking.dk. E-mail: dkma@dkma.dk. **Udlevering: A. Emballagetypen og pakningsstørrelser:** Klart hætteglas (type I) med fluoropolymer-belagt brombutylgummirop og afrivelig aluminiumsforsegling. Pakningsstørrelser: 1 hætteglas (50 ml), 1 pvc-pose med 40 ml natriumchloridopløsning 0,9 %, katetre, 4 hætteglas (50 ml), 4 pvc-poser med 40 ml natriumchloridopløsning 0,9 %, katetre, 5 hætteglas (50 ml), 5 pvc-poser med 40 ml natriumchloridopløsning 0,9 %, katetre. Ikke alle pakningsstørrelser er nødvendigvis markedsført. **Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk. Tilsku: 0. Lægemiddelform:** Pulver og solvens til intravesikal opløsning. Pulver: Gråt til gråblåt pulver eller kage. Solvens: Klar og farveløs væske. **Indehaver af markedsføringstilladelsen:** medac Gesellschaft für klinische Spezialpräparate mbH, Theaterstr. 6, 22880 Wedel, Tyskland. **SPC National version:** 1. august 2016. For yderligere produktinformation: www.medicin.dk eller www.produktresume.dk.

Cystodrain®

Cystodrain integral, suprapubic
silicone kateter med integreret ballon:
For patientvenlig anlæggelse og
seponering

Folysil®

Silikone KAD katetre:
Øget patient komfort



For yderligere information se www.coloplast.dk



Cystodrain® Folysil®

The Coloplast logo, Cystodrain and Folysil are registered trademarks of Coloplast A/S. © 2018-11. All rights reserved Coloplast A/S, 3050 Humlebaek, Denmark.

Ambulant Botoxbehandling i Lokal- bedøvelse af patienter med overaktiv blære - Et nyt set-up: patient venligt, hurtigt og effektivt.

Af Inger-Marie Thiele, klinisk sygeplejerspecialist og Med, Urologisk afdeling Herlev/ Gentofte Hospital

Baggrund:

Undersøgelser viser, at patienter med overaktiv blære (OAB) oplever en gavnlig effekt på deres livskvalitet og forbedret kontrol af blære (urin symptomer), når de behandles med botulinum toxin (BT) injektion i blæren. (1-2)

Urologisk afdeling på Gentofte har tidligere udelukkende udført BT behandling af OAB på operationsafdelingen, med tilknytning til sengeafdelingen, altså under indlæggelse. Behandlingen foregik i starten primært i Rus eller Generel anæstesi (GA), men undervejs er flere patienter overgået til at få behandlingen i LA.

Med et nyt set-up besluttede afdelingen forsøgsvis at tilbyde BT injektioner i blæren i LA i ambulant regi.

Formål: Med dette kvalitetsudviklingsprojekt undersøges, hvordan patienter oplever at få BT behandling i LA i blæren og det undersøges hvordan patienter oplever at være i et ambulant regi.

Metoder:

1. Litteraturstudie gennemføres for at se på forskellen mellem at modtage ambulant BT behandling i LA og behandling af indlagte patienter med OAB, der får BT i GA. Der findes ikke litteratur der sammenligner BT under indlæggelse med BT i ambulant regi.
2. Lokal Cost-Benefit analyse gennemføres for at se, om ambulant BT-behandling er rentabelt relateret til de samlede udgifter ved en indlæggelse (5)
3. Ny behandlingsplan udvikles og præsenteres ved tværfaglige møder efter "Plan, Do, Study, Act (PDSA kvalitetsudviklingsmetoden) (6)

4. Ambulant behandling gennemføres med 4-5 patienter en gang ugentlig i aften ambulatorium. En urolog og en sygeplejerske gennemfører behandling og sygepleje. Behandlingen varer omkring 1/2 time.

5. Patienterne modtager et spørgeskema i forbindelse med BT-behandlingen. Spørgsmålene relaterer sig til: informationsniveau, viden om komplikationer, smerteoplevelse, trykthed samt ønsker om at fortsætte i ambulatorium eller under indlæggelse.

6. Til uddybning af besvarelserne fra spørgeskemaet inkluderes 9 patienter (Patienter tilfældigt udvalgt fra to adskilte behandlingsdage). De 9 patienter deltager i et semistruktureret kvalitativt interview på gennemsnitlig 20 minutters varighed. En interviewer gennemfører, transkriberer, fortolker og analyserer interviewene. Analysen foregår via meningskondensering (7-8-9).

Resultater af spørgeskema:

I en periode på 9 måneder deltog (100-n) patienter og alle besvarede spørgeskemaet. Undersøgelsen omfattede 59 kvinder og 41 mænd. 97% vurderede at informationsniveauet var tilstrækkeligt og patienterne vidste hvor, hvornår og til hvem, de skulle henvende sig i tilfælde af komplikationer. Oplevelsen af smerte under indgrebet blev vurderet med numerisk skala (NRS-skala). Smerteniveauet (NRS fra 1-5) følte af 85% af patienterne, og (NRS fra 6-10) følte af 15% af patienterne. Patienter der fik botox 1. gang (27%) havde lidt højere smerte scoring end flergangs patienter (73%). Ikke desto mindre foretrak 95% af alle patienterne BT i



Behandle årsagen i stedet for symptomerne.

elmiron®



En oral og effektiv behandling af blædder pain syndrome (BPS) / interstitial cystitis (IC)¹

- **Nyt** Det første godkendte lægemiddel til behandling af BPS / IC i EU
- **Anbefalet** ifølge EAU guidelines for behandling af BPS (grade A)⁴
- **Pålidelig & effektiv** Effektiviteten er bevist ved kliniske studier¹
- **Sikkerhed** God tolerance¹

elmiron® 100 mg hårde kapsler, hver hård kapsel indeholder 100 mg pentosanpolysulfatnatrium. Terapeutiske indikationer: elmiron er indiceret til behandling af smertefuld blæresyndrom hos voksne, karakteriseret ved enten glomerulationer eller Hunners læsioner, moderate til svære smerter, imperies vandladning og øget vandladningshyppighed. Kontraindikationer: Overfølsomhed for det aktive stof eller over for et eller flere af hjælpestofferne anført i pkt. 6.1. SPC. På grund af pentosanpolysulfatnatriums svagt antikoagulerende virkning må elmiron ikke anvendes hos patienter med en aktuell blødning. Menstruation er ikke kontra-indikation. Bivirkninger: De hyppigste bivirkninger, der er rapporteret i kliniske studier, er hovedpine, svimmelhed og gastrointestinale bivirkninger som f.eks. diaré, kvalme, abdominalsmerter og rektalblødning. De bivirkninger, der blev rapporteret under behandling med pentosanpolysulfatnatrium, svarede til de bivirkninger, der blev rapporteret for placebo, hvad angår både art og antal. Bivirkninger er forkortet i forhold til det godkendte produkt-resumé. Dosering og administration: Dosering Voksne Den anbefalede dosis pentosanpolysulfatnatrium er 300 mg oralt dagligt administreret som en kapsel på 100 mg tre gange dagligt. Respons på behandlingen med pentosanpolysulfatnatrium bør vurderes hver 6. måned. Hvis der ikke ses nogen bedring 6 måneder efter behandlingsstart, bør pentosanpolysulfatnatrium seponeres. Hos de patienter, der responderer på behandlingen, bør behandlingen fortsættes kronisk, så længe responsen fastholdes. Doseringsområdet er forkortet i forhold til det godkendte produktresumé. Produktresumet kan vederlagsfrit rekvireres fra Navamedic AB. Emballagetype og pakningsstørrelser: HDPE-beholder med et forsejlet og børmesikret PP-låg med 90 kapsler. PVC/aclaraluminiumsblister med 90 (9 x 10) kapsler. Pris: 5 295,80 kr. ESP, omfatter et generelt tilskud. Enkelttilskud kan ansøges. (16-10-2018). Udlæveringsgruppe: B. Dato produktresumé: 05-2017. Indehaver af markedsføringstilladelsen: bene-Arzneimittel GmbH. Distributør: Navamedic AB, Kroklåts Parkgata 4, Mölndal, Sverige +46 31 3351190, www.navamedic.com. (2018-09-15)



ambulant regi sammenlignet med indlæggelse. Trygheden blev vurderet med (NRS-skala) 98% følte sig meget trygge ved at skulle hjem.

Resultat af patientinterviews:

Overraskende udtrykte patienterne megen smerte og ubehag, hvis blæren blev udspændt af den skyllevæske blæren fyldes med for at give overblik og det gav anledning til forlegenhed, fordi patienterne forsøgte at holde på urinen. Den bydende vandladningstrang, blev oplevet som en værre smerte end at få botox injektionerne i blæren. Derudover uddybede patienterne fra interviewene sammenlignet med patienterne, der kun havde udfyldt spørgeskemaerne, at de var meget tilfredse med at spare tid og satte pris på hele oplevelsen og logistikken forbundet med den ambulante aften behandling (tid, ro, parkeringsforhold, forhold til læge og sygeplejersker og mulighed for inddragelse af pårørende). Patienterne følte sig inkluderet i beslutningen om den botox dosis, de selv mente, de skulle have, for at få den ønskede blærekontrol (flergangspatienter). Ligeledes var de tilfredse med, at de blev involverede i beslutningen om eventuel antibiotika behandling. De følte sig veltilpassede og kunne tage direkte hjem og leve deres liv, som de plejede.

Resultat af Cost-Benefit:

Udgifterne blev reduceret til 1/4 af prisen for indlæggelse alene beregnet i mandetimer.

Konklusion:

Ambulante patienter, der modtager BT-injektioner i blæren i LA, føler sig velinformerede og trygge efter indgrebet. De vurderer behandlingen som hurtigt og effektivt. Smerteoplevelsen er til at holde ud på grund af dens "korte varighed". Patienter føler sig involverede i beslutningsprocesser omkring behandlingen. Ambulant behandling reducerede deres sygdomsfølelse og de kan straks genoptage deres vante liv.

Perspektiver for sygeplejen:

Patienterne angiver at ambulant behandling er tilfredsstillende og aftenbehandling passer godt ind i deres liv. Flere sygeplejersker oplæres til at varetage plejeopgaven ved BT behandling og tilbudet er blevet udvidet til at forgå to aftener hver anden uge og én ugentlig behandlingsdag i dag tiden.

Reference:

- 1.- *Botox injections can significantly improve quality of life for people with overactive bladders* (2009, June 9) retrieved 15 May 2017 from <https://medicalxpress.com/news/2009-06-botox-significantly-quality-life-people.html>
- 2.- *Improvement in quality of life after botulinum toxin-A injections for idiopathic detrusor overactivity: results from a randomized double-blind placebo-controlled trial.* Sabai et al. *BJU International*. 103, 1509-1515. (June 2009)
- 3.- *Res Rep Urol*. 2016; 8: 113–122. *Evaluation and management of overactive bladder: strategies for optimizing care.* Marcella G Willis-Gray, Alexis A Dieter, and Elizabeth J Geller
- 4.- *Long-term outcome of the use of intravesical botulinum toxin for the treatment of overactive bladder (OAB): Amar Mobeey, Ayisha Khan, Neil Harris and Ian Eardley; 2012 BJU International | 111, 106–113*
- 5.- *Cost-Effectiveness Analysis of OnabotulinumtoxinA (BOTOX®) for the Management of Urinary Incontinence in Adults with Neurogenic Detrusor Overactivity: A UK Perspective.* Rizwan Hamid et al.; *PharmacoEconomics* (2015) 33:381–393
6. <https://www.rkkp.dk/kvalitetshandbog/4.-forbedringsmodel-til-kvalitetsforbedring/> Downloaded d.10.04.19
- 7.- Malterud K (2003). *Kvalitative metoder I medicinsk forskning*, Universitetsforlaget
- 8.- Kvale & Brinkmann (2009). *Interview: En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*, Hans Reitzels Forlag, København.
- 9.- *Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse: Spørg brugerne - En guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet. 2. udgave sept 2015*

Tak til overlæge Jesper Schou, sygeplejerske Helle Marie Pedersen, souschef Britt Rodney-Jensen og Forskningsbibliotekar/informationspecialist ved UCSF Anders Larsen samt konsulent Hans Wested ansat i Patientforløb og organisation Herlev/Gentofte Hospital.

Endvidere en tak til medicinalfirmaet Allergan, der har bidraget med data om Cost-Benefit analyse relateret til Botoxbehandling.

Pushing the Boundaries of Your Urology Practice



bkSpecto

salgdk@bkmedical.com

Fodbold er medicin - brug den!

Af Peter Krustrup, professor ved Institut for Idræt og Biomekanik, SDU, og Bent Clausen, næstformand i DBU Artikel med tilladelse fra Frederiksborg Amts Avis. Fortsættelse fra sidste nummer - side 18-19.

Spil forbod - og forebyg folkesygdomme som hjerte- karlidelser og type 2 sukkersyge. Det er det klare budskab på SDU-konferencen "Football is Medicine" som afholdes i samarbejde med bl.a. DBU og UEFA.

På Changs baner i Aalborg løben ern gruppe mænd rundt på "FC Prostata"-holdet, som er et motionsfodbold-tilbud for mænd med prostatakræft. Mændene hygger sig, men får samtidig glæde af de fysiske og psykiske fordele, som fodboldtræningen giver, og som er særlig vigtig, når man er oppe i alderen.

Holdet er nyt, men allerede i løbet af få måneder er der 10-15 trofaste spillere. Andre steder i landet, fx i Frederikssund IK, er det både mænd og kvinder, som mødes pga. udfordringer med fx hjerte-kar-lidelser og svage knogler. Men som oplever de samme fordele som i FC Prostata. Det er selvfølgelig langt hen ad vejen både trænerne og klubbernes fortjeneste, da deres engagement tiltrækker og smitter af på spillerne. Men succesen skyldes også, at fodbolden skaber et meningsfuldt motionsfællesskab.

Motion på recept

I efteråret lancerede regeringen initiativet "motion og fællesskab på recept" og afsatte over 23 mio. over de næste 3 år. Initiativet handler om at give udsatte danskere bedre sundhed, men også styrke idrætsfællesskaber. Motion på recept er ikke et nyt fænomen, og det er udfordringerne i forhold til denne alternative receptudskrivning heller ikke: Hvis en kommune fx. "ordinerer" 12 ugers motion til borgere i risikogruppen, kræver det sin mand/kvinde først at møde op og derefter fortsætte den gode motion efter forløbet. Alene.

Fællesskaber er et afgørende fundament for at

skabe varige og gode motionsvaner. Her kan fodbold være svaret. Fodbold er en unik kombination af styrketræning og holdspil. Med konferencen "Football is Medicine" tydeliggøres, hvorfor fodbolden er en oplagt løsning, når det gælder sundhedsfremme og forebyggelse, og hvorfor netop fodbold er en udmærket substitut for medicin. Forskningen viser kort fortalt, at fodbold både forbedrer konditallet, kan sænke blodtrykket og kan give et fald i risikoen for hjerte-kar-sygdomme på 50%, efter få måneders træning på fodboldbanen.

Hjælp til rekruttering

Tilbage til FC Prostata. På Aalborg Sygehus sidder sygeplejerske Kirsten Steffensen, som har en mission i forhold til prostatakræft-patienterne på onkologisk afdeling: Hun ønsker med god grund, at de skal finde varige motionstilbud, efter de er udskrevet fra afdelingen. Og hun mener, fodbold kan være svaret.

Forskning har vist, at FC Prostata gør en betydelig forskel i forhold til fastholdelse, hovedparten af spillerne bliver hængende, og det er ikke alene godt i forhold til deres sundhed og sygdom, men også for livskvaliteten i resten af deres liv.

Kan ikke alene

Uden det positive samarbejde mellem hospital og klub havde holdet i Nordjylland ikke opnået samme succes. På sygehuset har man taget forskningsresultaterne til sig og følger tilmed patienterne ud på grønsværen for at præsentere dem for et tilbud, som skiller sig ud fra de mere individualiserede forløb ved maskiner og vægte i motionscentre. Og det er altså noget, der batter. Knopskud rundt omkring i landet med engagerede medarbejdere, som sygeplejerske på

Aalborg Sygehus, gør det dog ikke alene. En systematisk indsats i samarbejdet mellem kommune, behandlingssted og klub kan sikre mange flere danskere sundhed og forebyggelse, hvad enten udfordringen er diabetes, KOL, prostatakræft eller hjerte-kar-sygdomme.

Holistisk tilgang

Og vi står ikke på bar bund. Eksempelvis arbejder Komiteen for Sundhedsoplysning for at udbrede tiltag med motionsfodbold, mange kommuner er innovative og godt i gang, og derudover kan fonde og virksomheder også se idéen i motion på recept. Det er sund fornuft, og resultaterne er win-win for alle.

Helt aktuelt er DBU, Hjertereforeningen og SDU gået sammen om at udvikle skræddersyede Fodbold Fitness-tilbud med "Fodbold for

Hjertet". Det skal udbredt til hele landet og kan kun blive en realitet, fordi Tryk Fonden støtter projektet.

Men skal vi endnu længere med en holistisk indsats i hele Danmark for borgere, som har særlig brug for et skub på vejen til at få mere motion ind i deres liv. Det kræver vejen frem. Men det kræver, at der bliver lyttet til forskningsresultaterne, som viser, vi tror på, at fodbold er medicin - og vi tør bruge den!



Komiteen for Sundhedsoplysning arbejder for at udbrede tiltag med motionsfodbold, mange kommuner er innovative og er i gang, og derudover kan fonde og virksomheder også se idéen i motion på recept. Det er sund fornuft, og resultaterne er win-win for alle. Foto: Anders Kjærbye/Scanpix.

AKTIVITETSKALENDER

3.-6. september 2019

ICS kongres afholdes i Göteborg
Hold dig orienteret på www.ics.org

17.-18. september 2019

FSUIS Landskursus
Kolding Fjord, Fjordvej 154, 6000 Kolding.

24.-28. september 2019

- fælles IUGA/DUGS møde Nashville.

6.-7. marts 2020

Urologisk Forum afholdes i Fredericia.
www.urologiskforum.dk

20.-24. marts 2020

EAUN kongres afholdes i Amsterdam.
Hold dig orienteret på <https://uroweb.org/>

26.-29. august 2020

ICS afholdes i Las Vegas.
Hold dig orienteret på <https://www.ics.org/2020>



European Association of Urology Nurses (EAUN)- Hvad kan EAUN tilbyde mig?

Af Susanne Vahr Lauridsen, EAUN Chair

EAUN blev grundlagt i år 2000 i Bruxelles af en gruppe sygeplejersker, der deltog i EAU's årlige kongres. Sygeplejerskerne var enige i, at kongressen var en enestående mulighed for at mødes med fagfæller og diskutere urologisk sygepleje, få ny viden og igangsætte udviklingsinitiativer og tænkte, at "so ein ding muss wir auch haben" – det var starten på EAUN. I dag har EAUN mere end 3000 medlemmer fra hele verden (Figur 1). I 2018 deltog ca. 350 sygeplejersker fra mere end 30 forskellige lande i EAUN konferencen.

Country	Count
Australia	14
Austria	3
Belgium	445
Brazil	1
Canada	2
Chile	1
China	29
Croatia	1
Denmark	289
Egypt	1
Estonia	3
Finland	408
France	4
Georgia	1
Germany	13
Greece	6
Hong Kong	2
Iceland	43
Indonesia	1
Iraq	2
Ireland	76
Israel	1
Italy	97
Japan	1
Latvia	1
Lithuania	1
Luxembourg	2
Malta	10
Netherlands, The	1
New Zealand	2
Norway	296
Pakistan	1
Portugal	4
Russia	2
Serbia	1
Slovenia	1
Spain	136
Sweden	283
Switzerland	64
The Netherlands	629
United Arab Emirates	2
United Kingdom	57
United States of America	3
Grand Total	2940

Organisations struktur

EAUN's formål er at tilbyde og fremme høj kvalitet indenfor urologisk sygepleje, at vidensdele og sætte kvalitets standarder for urologisk klinisk praksis, forskning og uddannelse. Da medlemstallet er vokset gennem årene og repræsentanter fra EAUN bliver inviteret til at deltage i flere og flere uddannelsesaktiviteter, består organisationen i dag af en bestyrelse, en guideline-gruppe, en videnskabelig komite (SCO), der siden 2013 har planlagt den årlige EAUN konference og fire Special Interest Groups (SIG) i henholdsvis blæresygdomme, prostata-sygdomme, inkontinens og endo-urologi. Hvert enkelt bestyrelsesmedlem har et ansvarsområde og besvarer forespørgsler indenfor dette område. Som EAUN bestyrelsesmedlem kan man forvente nogen rejseaktivitet. I 2018 har EAUN været repræsenteret med work-shops eller oplæg i bl.a Dubai, Kina, Norge, England, USA, Italien og Danmark.

Medlemsfordele

Som medlem af EAUN får du adgang til adskillige uddannelsesmæssige ressourcer:

- Fellowships: 1 eller 2 uger, hvor EAUN betaler alle udgifter (budget skal godkendes af EAUN)
- Guidelines: kan downloades gratis både fra EAUN og EAU. Der er 8 guidelines, der omhandler kontinent stomi, inkontinent stomi, uridom, intermitterende kateter, permanent kateter (urethral og suprapubisk), Trans Rectal Ultralyds Scanning (TRUS) med biopsi, Intravesical instillation af BCG og Mitomycin og så en

guideline om, hvordan EAUN skriver guidelines.

- Travel grants: I forbindelse med den årlige konference kan der søges om dækning af fly, hotel og registreringsafgift (max. 500 euro).
- European School of Urology Nurses (ESUN) kurser: Egenbetaling på 100 euro, resten finansieret gennem sponsorer fra industrien. Der har indtil nu været afholdt 4 ESUN kurser omhandlende kateterbrug og urinvejsinfektion, overaktiv blære og neurogen detrusor overaktivitet, prostatakræft og blærekræft. Kurserne afholdes for 20-40 deltagere og der er derfor god mulighed for at erfaringsudveksle på tværs af landegrænser.
- Online uddannelse: På EAUNs hjemmeside er der e-learning kurser i bone health, forebyggelse af urinvejsinfektion, hvordan laver man et abstract til en konferencepræsentation og der er også adgang til kurser på EAU's hjemmeside. Der er mulighed for at tage fjernuddannelse i urologisk sygepleje på masterniveau via Ulster University i Irland. Da dette er kompetencegivende uddannelse, kræves der betaling herfor.
- Nyhedsbreve og tidsskriftet European Urology Today: Begge modtages direkte på mail i din indboks.

Hvordan bliver man bestyrelsesmedlem, medlem af en SIG gruppe eller af SCO?

Er du interesseret i at blive en del af inderkredsen af EAUN og være med til at uddanne andre urologiske sygeplejersker rundt om i verden, så er der flere muligheder herfor. Der er 8 bestyrelsesmedlemmer og der kan max. vælges 2 fra samme land. Som bestyrelsesmedlem kan man sidde i 2 valgperioder á 3 år. For tiden er jeg

den eneste repræsentant fra Danmark og der er snart brug for en ny. Så har du lyst til internationalt bestyrelsesarbejde, så kontakt mig gerne.

Vidste du, at Danmark har været repræsenteret i EAUN siden 2004?
Aase Grundal, Aarhus Universitets Hospital: 2004-2005
Bente Thoft Jensen, Aarhus Universitets Hospital: 2007 - 2014
Susanne Vahr Lauridsen, Rigshospitalet: 2011 -
Erica Grainger, Aarhus Universitets Hospital: 2014-2015

Når et bestyrelsesmedlem afgår, så udsendes der et call via din mail. Det samme gør sig gældende for deltagelse i SCO. Ønsker du at deltage i en SIG gruppe, så kan du via hjemmesiden henvende dig direkte til den pågældende gruppes formand. Bente Thoft Jensen fra Århus Universitetshospital er formand for blæregruppen og giver gerne yderligere oplysninger om formålet med gruppen.

For yderligere information, kontakt:

EAUN blære SIG gruppen:
benjense@skejby.rm.dk
EAUN formand:
susanne.vahr@regionh.dk



EAUN Satellite Meeting Skejby 2018





Besøg vores portal her: nbi-portal.eu/uro og se videoer, studier m.m.

Med et enkelt tryk på en knap får du...

- Mulighed for mere præcis detektering af cancer
- Hjælp til at identificere Carcinoma in Situ (Tis)
- Et klart billede af om fundet er inflammation
- Hjælp til at fastslå "Frogg Egg"
- Større synlighed ved blødninger

NBI (Narrow Band Imaging) er en patenteret teknologi udviklet af Olympus og funktionen findes i alle vores nyeste urologi kamerahoveder, videocystoskoper og ureterskoper. Hvis du vil vide mere så kontakt din lokale Olympus repræsentant eller besøg vores NBI portal på nbi-portal.eu/uro.

OLYMPUS DANMARK A/S

Tempovej 48-50, 2750 Ballerup, tlf. +45 44 73 47 00, kontakt@olympus.dk, www.olympus.dk

EAUN 2019 - Barcelona

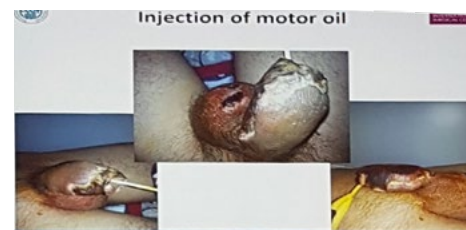
Af Ida. K. M. Hansen, sygeplejerske, Urologisk afd. Herlev Hospital

Den 16.-18. marts blev den 20'ende EAUN (The European Association of Urology Nurses) kongres afholdt i Barcelona. I det følgende gives resume af en etisk debat samt af et oplæg.

I lægernes del af kongressen, EAU, var der en spændende etisk debat vedrørende penisforlængende operationer: "Skal vi gøre det"? Selvom det var for lægerne, fandt jeg, som urologisk sygeplejerske, det relevant at overhøre debatten.

Doktor D.J. Ralph, London, argumenterede for at disse indgreb skal være tilgængelige og udføres af professionelle selvom der er mange risici ved indgrebet. Han sagde bl.a. at forlængelsen af penis (resultat 0,4-0,9 cm) giver øget selvtillid og selvværd for patienten, samt en øget maskulinitets følelse og at dette tilsammen kan medføre en øget seksuel funktion hos den enkelte mand. Han argumenterede ydermere for at ved, at indgrebet udføres af professionelle, undgår man at patienten "tager situationen i egen hånd", ved f.x. alternativ behandling såsom injektion af motorolie. Se nedenstående billede.

Doktor C. Bettocchi, Bari, Italien argumenterede herefter for at man ikke skal udbyde forlængende peniskirurgi.



Bettocchi fremførte nedenstående komplikationer som argumentation for ikke at operere:

Permanent impotens, skader på penis, fibrose, muligvis intet resultat - hverken forlængelse eller forstørrelse - nedsat følelse og mindre rigide erektioner, blodpropper og infektioner med døden til følge samt at det er et irreversibelt indgreb.

Han fortalte endvidere om BDD (body dysmorphic disorder). BDD er en psykisk sygdom, som karakteriseres ved, at den syge er besat af tanken om at aspekter af hans udseende har nogle seriøse fejl/mangler og at han vil gøre alt for at ændre det/gemme det.

Der er ikke meget forskning ift helbredelse af BDD, men antidepressiv medicin, SSRIs og kognitiv terapi menes at have en effekt.

Han sluttede sit oplæg af med at fortælle, at der (endnu) ikke findes kliniske guidelines til penisforlængende operationer.

Bettocchi argumenterer derfor for at penisforlængende operationer skal anses som eksperimentelle samt et for farligt eksperiment for patienten.

I sygeplejedelen af kongressen, EAUN, fremlagde J.J. Van Tol-Geerdink Holland et oplæg om et beslutningsværktøj til patienter i forbindelse med valget mellem urostomi og neoblære.

Selve værktøjet er en slags booklet med 2 mål.

1. At informere patienten om fordele og ulemper ved hhv. stomi eller neoblære.
2. At stimulere patienten til selv at afveje hvilken løsning der ville være bedst for vedkommende.

Det er meningen at patienten skal anvende værktøjet både før konsultation med kirurgen og under konsultationen.

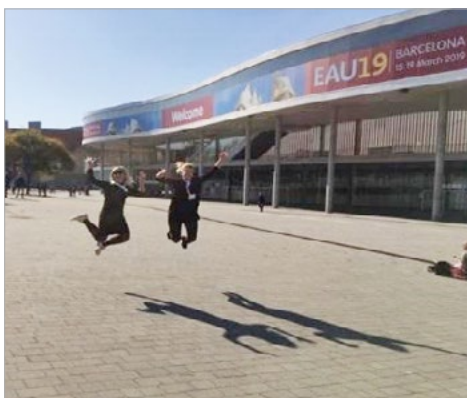
Under konsultationen kigger patient og personale sammen på værktøjet og det professionelle personale kommer med input baseret på deres faglige viden, og patienten kan komme med input baseret på deres personlige liv med diverse præferencer.

Effekterne ved at bruge sådan et værktøj er; patienterne er mere aktive, de undervises og får dermed en højere grad af compliance, de er mere tilfredse med kvaliteten af information samt behandlingen. Konklusionen var, at med dette værktøj er der ikke set en stigning i fortrydelse af beslutningen senere hen.



EAUN - Barcelona 2019

Af Britt Stibolt og Ina Nielsen, Urologisk Ambulatorium, Aalborg.



Fredag d. 15 marts 2019 kl. 16 nåede vi endelig frem til konferencen efter en lang flyvetur på ca. 12 timer pga. aflysning af afgang fra Amsterdam. Dette betød desværre, at vi ikke nåede hospitals besøget, som vi havde set frem til og havde hørt så meget godt om fra tidligere deltagere ved EAUN.

Vi havde downloadet EAUN App, men denne gav os ikke altid det fulde overblik. Vi valgte kun at høre om de indlæg, der var fra sygeplejerske sessionerne, for at holde en rød tråd gennem konferencen.

Det er en fordel at have læst programmet grundigt igennem inden konferencen, således man ved hvilke sessioner, man vil deltage i. Der er ikke meget tid til dette, når konferencen først er i gang.

For 20 år siden startede EAUN op i Belgien, Bruxelles. En lille gruppe sygeplejersker besluttede at udvikle sygepleje i urologien samt få den evidensbaseret. EAUN startede i år op med en AWARD (RONNY PIETERS Award), der gives til en sygeplejerske som har været med til at udvikle og evidensbasere sygeplejen.

Ronny Pieters var en af de sygeplejersker, som

grundlagde EAUN og på baggrund af hans udvikling af urologien gennem årene blev han den første til at modtage denne Award. Desværre var han blevet forhindret i at komme på konferencen og modtage Awarden.

Tilbage i 2013 udkom de første guidelines udarbejdet af medlemmer fra EAUN og i 2017 udkom lommeversionen. Guidelines som vi kan være stolte af. De Europæiske guidelines er meget respekteret verden over.

Det blev omtalt på konferencen, at det mest



optimale ville være, hvis hver læge tog en sygeplejerske med på konferencer som denne. Dette kan vi kun tilslutte os, men økonomien og manglende hænder på afdelinger og ambulatorier i conference perioden vil nok bremse dette. Det at mødes på tværs af landegrænser samt inden for egne landsdele, er meget givende og inspirerende og kan være med til fortsat udvikling af sygeplejen i urologien. Desuden kan det være nemmere, at kontakte andre afdelinger, da disse møder har været med til at skabe kontakter på tværs. Vi bør være gode til at bruge det store arbejde vores kollegaer udarbejder og evidensbaserer på tværs af afdelingerne her i landet og i Europa.

Som Nora Love-Retinger fra New York udtalte, så skal "Caring" altid være i centrum. Vi skal beskrive den og evidensbasere den, således vi ikke udraderer os som sygeplejersker. Vi skal

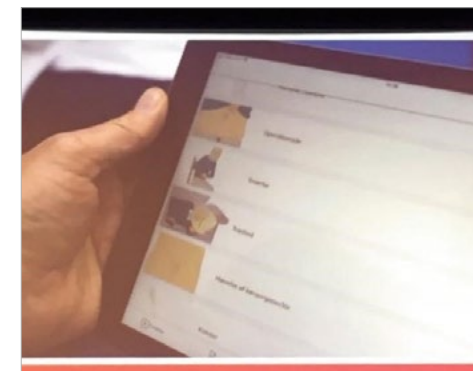
være forberedte på teknologien og dens konsekvenser og muligheder, men også være kritiske. Flere oplæg og posters på sessionerne viste også, hvordan vi kan bruge teknologien (video, links) positivt i vores arbejde på hospitalerne, men også videregive viden omkring plejen ex. bandagering til pigtail nefrostomikateter som vil være gavnlige for ex. Primærsektoren.



"Billeder siger mere end tusind ord". Skriftlige informationer til patienterne kan virke uoverskuelige og måske bliver det ikke læst.

Fagpersonernes forskellige holdninger kan smitte af på informationerne. Tablets eller app, som patienten kan sidde med hjemme samt se små videoklip omkring ex. Prostatectomi, er med til en mere ensrettet information.

Befolkningstallet bliver større og større og vi lever længere, hvilket medfører øgning i cancer heri prostata-, blære- og nyrsecancer. Stort øget



behov for globale urologiske opgaver og samarbejde om disse.



Konferencen bød på mange flotte og inspirerende oplæg, som giver stof til eftertanke. Desuden indeholdt konferencen mange fine stande fra firmaer over alt i verden.

Økonomisk støtte fra FSUIS var med til at gøre vores deltagelse ved EAUN Barcelona mulig. Stor tak til FSUIS. Britt Stibolt og Ina Nielsen, Urologisk Ambulatorium, Aalborg.



ialuril® Prefill

hyaluronsyre og chondroitinsulfat
i kombination

For at genoprette GAG-barrieren med symptomlindrende resultat.

ialuril® forbedrer blærens
funktion og symptomer⁽¹⁾ med
dokumenteret effekt på

- IC/BPS⁽²⁾
- Strålecystit⁽³⁾
- Kronisk eller tilbagevendende
urinvejsinfektion^(4, 5, 6)



ialuadapter® er
nu tilgængelig i
ialuril® pakningen.



IBSA

Caring Innovation
ibsanordic.com
Kontakt os på
info@ibsanordic.com

⁽¹⁾Cervigni et al., Int Urogynecol J. 2012; 23(9):1187-92.

⁽²⁾Costantini et al., Urol Int. 2013; 91(1):81-8.

⁽³⁾Gacci et al., Clinical Urogenital Cancer. 2016; 14(5):444-449.

⁽⁴⁾Damiano et al., Eur Urol. 2011; 59(4):645-51.

⁽⁵⁾Ciani et al., BMJ Open. 2016; 6(3):e009669.

⁽⁶⁾Cicione et al., Can Urol Assoc J. 2014 Sep; 8(9-10):E721-7.

DUGS og NUGA København 24.-26. januar 2019

Af Kontinenssygeplejerske Hanne M. Gravgaard,
Klinik for Bækkenbundslidelser/Afsnit for Kvindesygdomme, AUH

Det årlige møde i Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS) var i år slået sammen med det binære årsmøde i Det Nordiske Urogynækologiske Selskab (NUGA).

Den første dag var det med udelukkende dansk deltagelse og de 2 øvrige dage var det med deltagelse af læger, sygeplejersker og fysioterapeuter fra de øvrige nordiske lande.

Jeg deltog alle 3 dage og ud over en hel flok af sygeplejersker fra Herlev Sygehus, var jeg den eneste deltagende sygeplejerske fra Jylland og Fyn. Der var enkelte fysioterapeuter og ellers gynækologer og urologer.

Det var ellers oplagt, at der ville være mange sygeplejersker med, da det foregik i København, men den manglende deltagelse afspejler måske de stramme økonomiske vilkår, vi har for at deltage i kurser. Andre mente at det kunne have noget at gøre med at alle oplæg på NUGA foregik på engelsk, og at det idag forventes, at man deltager i kurser uden at få fuld refusion og tager afsted på fridage.

Ud af de mange spændende oplæg, har jeg valgt at skrive om nogle få oplæg:

Det, der fyldte meget på både DUGS og NUGA var debatten om indsættelse af mesh/kunstigt materiale til nedsynkning og slynger til inkontinensoperationer. Dudley Robinson, læge fra UK, fortalte om "skandalen" i de engelsk talende lande. Debatten har været skarp og hård og været drevet som en medie hetz, hvor der ikke har været differentieret mellem de forskellige

mesh typer, - "Trial by media". Få kvinder har haft alvorlige komplikationer efter TVT slynger, men enkeltstager har betydet, at der har været forbud mod al brug af mesh i de engelsk talende lande og få uheldige tilfælde forhindret de mange i at blive hjulpet.

Brugen af inkontinens slynger og i mindre grad nedsynknings-mesh er langsomt ved at komme ind igen. Det man har lært er dog at isættelse af mesh hos den enkelte patient skal overvejes nøje, og at mesh materialet skal isættes af få højt specialiserede læger, på færre hospitaler, i de rigtige patienter.

I Danmark havde vi debatten allerede i 2012, og vi har allerede centraliseret brugen af mesh til få steder og til få kirurger og efter nøje udvælgelse af patienterne. Mesh til prolaps patienter bruges i DK kun ved recidiv operationer. Derfor er debatten ikke så hård i DK.

Det der står tilbage til diskussion i hele verden, er debatten om at kunstigt materiale, som sættes ind i mennesker ikke testes på samme restriktive måde som nye lægemidler, og at man skal overveje andre operationer end at sætte fremmedmateriale ind.

Tomi Mikkola, urogynækolog fra Finland fremlagde resultater fra et randomiseret studie om effekten af bulking (4 depoter af "fyldstof" i uretra) versus slyngeoperation. Studiet viste, at selv om man lagde 4 depoter i uretra, var der hos en del behov for en reoperation pga lækage, og at resultatet alligevel ikke er på højde med resultaterne af en slyngeoperation. Til gengæld er bivirkningerne mindre.



Med hensyn til registrering af operationer og komplikationer er der i DK og Norge en central obligatorisk registrering af alle operationer og komplikationer. Sverige har en database, hvor det er obligatorisk for sygehuse i Stockholm at indrapportere til, mens det er frivilligt i resten af landet. Finland har ikke en obligatorisk registrering, men hvert sygehus har en database og skal selv betale til driften. Island har ingen database og registrerer ikke.

Disse forskelle gør det derfor ikke umiddelbart let at sammenligne hverken operationstyper eller antallet af komplikationer, - selv i nordiske lande.

Gynækolog Rikke Guldborg fra Aarhus Universitetshospital fremlagde et spændende materiale fra medicinstuderende og fodboldspiller Nadia Nadim, som desværre ikke selv kunne deltage. Nadia og Rikke har lavet en spørgeskemaundersøgelse om forekomsten af urininkontinens blandt kvindelige elite fodboldspillere i Danmark. 105 kvinder deltog, gennemsnitsalder på 21,7 år, ingen havde født børn. 33% havde oplevet at have lækage af urin under træning, 14% flere gange om dagen og 5% brugte bind under træning. Der var ingen sammenhæng mellem mængden af træning og lækage.

Spændende og deprimerende resultat, som viser, at vi skal øge vores opmærksomhed på urininkontinens og elite sport.

En deltager i konferencen, som var tidligere elite gymnast, kunne samstemmende fortælle, at urininkontinens i høj grad også forekommer blandt elitegymnaster.

Et andet emne som fyldte meget på konferencen var hvilken rolle mikrobiomer har i forekomsten af overaktiv blære (OAB).

Vic Khullar, læge fra UK, havde et meget spændende oplæg om emnet og kunne fortælle at det er et vigtigt forskningsområde.

Det jeg kunne tage med mig fra dette oplæg var, at 80% af de bakterier, der findes i blæren, kan ikke dyrkes udenfor blæren og derfor ikke opdages, samt at urinen ikke er steril, som vi har formodet indtil nu, og at forekomst af bakterier i blæren ikke nødvendigvis er ensbetydende med en urinvejsinfektion.

En spændende teori var også at kosten og f.eks. gluten kunne spille en rolle i bakteriesammensætningen, da hvedekornene idag er større end de var førhen. Spændende teori, som vi må høre mere om.

Urogynækolog, Louise Arenholdt fra Regionshospitalet Nordjylland, har også lavet forskning om urinmikroflora.

Idet forekomsten af OAB stiger med kvinders alder, har hun lavet et studie, hvor hun har undersøgt forekomsten af bakterier i blæren og sammenlignet det med forekomsten af mængden af lactobaciller i vagina på raske præ- og postmenopausale kvinder.

Det hun fandt var, at diversiteten og antallet af bakterier var større og antallet af lactobaciller i vagina var mindre ved raske post menopausale kvinder sammenlignet med raske præmenopausale kvinder.

Hun havde også et andet studie, hvor hun sammenlignede bakteriefloraen i vagina, uretra og i fæces. Hun havde 54 kvinder med i studiet fordelt på 34 præmenopausale kvinder og 20 postmenopausale.

Resultatet af denne undersøgelse viste at nogle af bakterierne fandtes i alle 3 områder, som kunne tyde på en fælles kolonisering, men at det kræver yderligere studier inden man kan konkludere noget om en fælles kolonisering kan være med til at øge risikoen for OAB.

Det sidste jeg vil fremhæve er oplægget fra Uroglog Allan Ryhammer og sygeplejske Merete Høst fra AUH, som fortalte om behandling af OAB med botox injektioer i blæren givet i lokal

bedøvelse. En god og tydelig gennemgang, hvor det fremgik, at det kræver et godt og respektfuldt samarbejde at behandle og udvise omsorg for den vågne patient under behandlingen.

Der var mange spændende oplæg over de 3 dage. Det var mest lægerne, der var på banen med nye forskningsresultater, hvilket også prægede mit referat. Man kunne ønske, at der var flere sygeplejersker og fysioterapeuter, som havde

tid og lyst til at fordybe sig og ikke mindst deltog i konferencer, da det altid giver anledning til refleksion og giver anledning til at nytænke egen praksis.

Det er altid udviklende at snakke med fagfolk fra både indland og udland og få skabt kontakter, så jeg håber, at der vil være større deltagelse af sygeplejerske næste gang. Jeg kan kun anbefale at få nogle dage med faglig og kollegial "saltvandsindsprøjtning".



Urologisk Forum

Efteruddannelse for læger og sygeplejersker

Flyttedag!

I erkendelse af at november efterhånden er meget tæt besat med møder, holder vi flyttedag.

Vi håber at se rigtig mange deltagere på næste Urologisk Forum:

Fredag den 6. og lørdag den 7. marts 2020.

Wellspect
HEALTHCARE

SYN MED

bk
medical

PHOTOCURE

medac



Forskning i urologisk afdeling - Herlev & Gentofte -hospital har vokseværk

Af Ledende projektsygeplejerske Jane Grauengaard urologisk forskningsenhed Herlev & Gentofte hospital

Hvorfor forskning?



Klinisk forskning er afgørende for, at sundhedsvæsenet kan udvikle nye terapiformer og skabe bedre grundlag for pleje, omsorg, helbredelse, diagnostik, behandling, metodeudvikling, kvalitetssikring, forebyggelse mv. Det er til gavn for patienterne og for den generelle kvalitet i sundhedsvæsenet. Forskning er afgørende for at diagnostik, behandling og pleje er opdateret og i tråd med internationale standarder og sikrer optimal fagligt grundlag for daglige kliniske beslutninger. Kliniske afprøvninger på relevante patienter er afgørende for, at nye lægemidler, metoder og udstyr kan opnå myndigheds-godkendelse. For lægemiddel-virksomhederne/industrien forudsætter adgangen til de rette patienter et tæt samarbejde med relevante hospitalsafdelinger, der i kraft af patientkontakten kan bistå med rekruttering og udførelse af forskning.

Urologisk Forskningsenhed har gennem en nu lang årrække samarbejdet med industrien i store internationale forskningsstudier, som har givet anledning til bl.a. ny behandling til prostata cancer. Et eksempel på dette er de mange studier omhandlende Xtandi, som Urologisk Forskningsenhed har bidraget stort til. Mange af disse studier har været afgørende for godkendelse af Xtandi og for udvikelse af indikation på Xtandi.

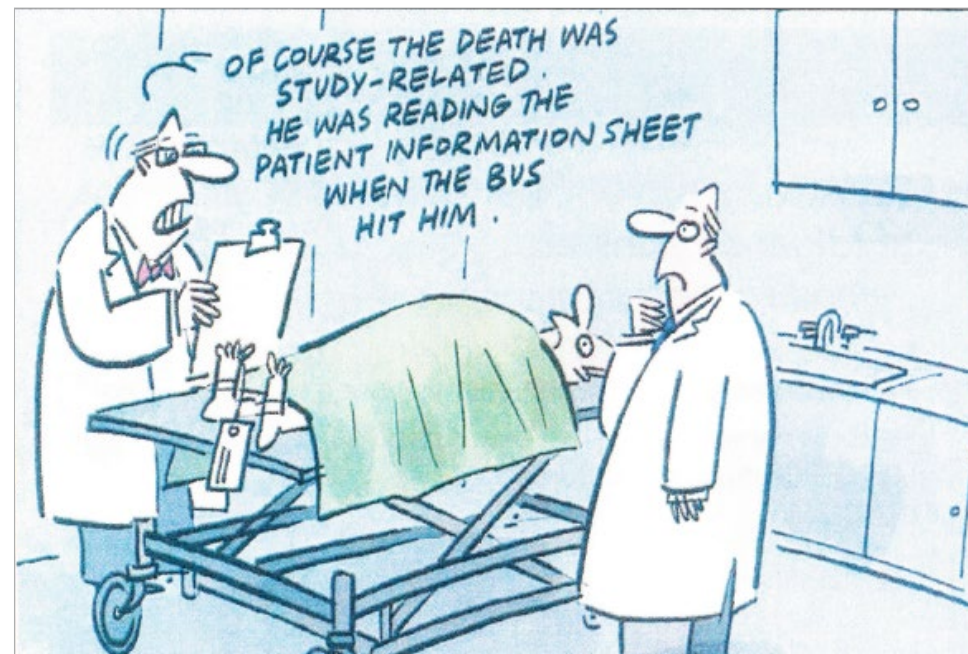
Ph.d. studier i urologisk afdeling Herlev & Gentofte hospital

Ph.d. studier er vigtige bl.a. fordi de ofte, modsat industriforskning, har direkte afsæt i klinik-

ken og dermed har et hovedincitament for en hypotese i det patientnære miljø, og positive resultater vil ofte være umiddelbart implementerbare. Ph.d.-studier medvirker til at udvikle og forbedre den lægelige og sygeplejemæssige faglighed og praksis og bidrager til en forskningsbaseret tilgang til viden og anvendelse af evidens i sundhedsvæsenet.

Ovenstående har urologisk afdeling Herlev & Gentofte hospital også gennem en lang årrække bidraget til i kraft af mange læge/afdelings-initierede forsknings studier og ph.d.-studier. Værd at nævne er 1. reservelæge Lars Boesens Ph.d.-studie fra 2015 "Multiparametric MRI in detection and staging of prostate cancer", som har bidraget til et paradigmeskifte i diagnostik af prostata kræft på Herlev & Gentofte Hospital ved at tilbyde MR-skanning før evt. biopsier til alle mænd mistænkt for prostata-kræft. Ved hjælp af en udviklet hurtigere og mere simpel metode, der bruger færre billedesekvenser og ikke inkluderer brugen af kontrast-midler, spares ca. 30% af disse mænd for unødige invasive biopsier og dermed for de ikke ubetydelige risici forbundet hermed. Ydermere forventes det, at "overbehandling" af prostata kræft på et generelt plan reduceres betydeligt.

'I Region Hovedstaden er sundhedsforskningen organiseret i tæt samspil med den kliniske behandling og med udgangspunkt i, at den nye viden skal implementeres og bidrage til nye behandlingsmuligheder og teknologier i klinisk praksis.'



Citat: <https://www.regioner.dk/sundhed/forskning-og-innovation>

Der er for nuværende tilknyttet 5 ph.d.-studerende til forskningsenden Herlev & Gentofte hospital, hvor der forskes bredt indenfor urologien:

Udhentning af sædceller blandt mænd med non-obstruktiv azoospermi – mikrodisektion af testiklerne vs. testikulær nåle-aspiration – ved læge, Ph.d.-studerende Christian Fuglesang Jensen

Hos nogle ufrivillige barnløse mænd er årsagen til deres infertilitet, at der næsten ikke produceres sædceller i testiklerne. Derfor er der ingen sædceller i sæden, en tilstand kendt som non-obstruktiv azoospermi. For at hjælpe disse mænd og deres partnere med at få børn, er den eneste mulighed at finde sædceller i testiklerne, som efterfølgende kan bruges til kunstig befrugtning. Vi vil, som det første studie i ver-

den, undersøge hvilken metode, der er bedst til at udhente sædceller (størst chance for at finde sædceller) fra testiklerne på mænd med azoospermi.

Derfor vil mændene i studiet tilfældigt blive tildelt (randomiseres til) enten en nåleaspiration eller en mikrodisektion af testiklerne. Ved nåleaspiration benyttes en nål til blindt at suges sædceller ud fra testiklerne, mens en mikrodisektion foregår ved, at testiklerne åbnes, så man direkte kan se vævet under et operationsmikroskop for på den måde at finde sædceller. Hvis der ikke findes sædceller ved nåle-aspiration, vil mændene også blive tilbudt mikrodisektion, da noget tyder på, at denne metode har størst chance for succes. Det vides dog ikke med sikkerhed, da metoden aldrig direkte har været sammenlignet med andre metoder og det er netop det studie går ud på. Mikrodisektion er i dag ikke et almindeligt tilbud til mænd med azoospermi i Skandinavien, men tilbydes mænd i studiet og metoden udføres i samarbejde med



professor Dana Ohl fra USA, som har stor erfaring med metoden, han deltager i alle planlagte operationer. Der skal inkluderes 110 mænd i studiet.

Herlev Enzalutamide versus Abiraterone Trial (HEAT) – ved læge, Ph.d.-studerende Klara Kvorning Ternov

Mænd med prostata kræft, der har bredt sig udenfor selve prostatakirtlen behandles primært med antihormonbehandling (kastration ved operation – fjernelse af det testosteronproducerende væv i testiklerne – eller med medicinsk behandling - indsprøjtninger). Denne behandling sænker kønshormonet testosteron væsentligt og holder dermed sygdommen i skak. På et tidspunkt vil sygdommen ofte blive "immun" overfor behandlingen; dette stadie kaldes kasterationsresistent prostata kræft og her kan man tilbyde yderligere anti-hormonbehandling lagt oveni med enten Xtandi (enzalutamid) eller abiraterone (gives altid sammen med lav dosis prednisolon). Begge supplerende behandlinger er godkendte lægemidler i tablet form og anses for ligeværdige i fht deres evne til igen holde prostata kræft i skak, bremse udviklingen af prostata kræft. Begge behandlinger har også sammenlignelige veltolerante bivirkningsprofiler. Vi ved dog ikke, hvorvidt der er forskel mellem de 2 behandlinger, da de aldrig er blevet sammenlignet i et forsøg.

HEAT er et randomiseret klinisk studie, der sammenligner abirateron + prednisolon versus enzalutamid til behandling af metastatisk kastrationsresistent prostatacancer. Fokus er behandlingsrelateret træthed, livskvalitet og metaboliske forandringer. Disse mænd er allerede i varierende grad påvirket af træthed samt metaboliske forstyrrelse fra kastrationsbehandlingen. Både enzalutamid og abirateron kan forværre disse bivirkninger i væsentlig grad, og der er behov for en sammenligning af bivirkningsprofilerne for at kunne forbedre fordel

af behandlingen og for at få et mere retvisende billede af, hvordan og om behandlingerne adskiller sig fra hinanden bivirkningsmæssigt. Fremadrettet vil studiet muligvis kunne bidrage til viden, der muliggør en mere individualiseret behandling af mænd med kasterationsresistent prostata kræft. Med færre bivirkninger og bedre effekt i fht den enkeltes specifikke prostata kræft type. Der skal inkluderes 170 mænd i studiet.

Kan intraoperativ nervestimulation forudsige og forbedre funktionelle resultater efter robot-assisteret radikal prostatektomi? – ved læge, Ph.d.-studerende Alexander Bjørnboe Nolsø

Nerveskader spiller en væsentlig rolle i udviklingen af inkontinens og også manglende rejsningssevne i forbindelse med radikal prostatektomi, som er den operationsmetode, der benyttes til at gøre mænd med lokaliseret prostata kræft raske, altså ved at fjerne prostatakirtlen. Studiet undersøger hvorvidt nervemonitorering med ProPep, under robot-assisteret radikal prostatektomi kan benyttes til at forbedre og forudsige de funktionelle resultater efter operationen. Hypotesen er, at bevarelse af somatiske fibre fra nervus pudendus fibre vil medføre fald i forekomst af urininkontinens efter operationen. ProPep er et system, som stimulerer de somatiske fibre ved at omstille den ene robotarm til at afgive en svag strøm. Når nerven lokaliseres, opfanges signalet af 2 elektroder placeret i den eksterne lukkemuskel omkring urinrøret. Dette signal vises som et EMG-billede på operatørens skærm og på den måde kan nervens forløb omkring prostata kortlægges og muligvis bevares. Samtidig undersøger vi i studiet om bevarelse af disse nerver kan forbedre den postoperative rejsningsfunktion. Studiet gennemføres som et enkeltblindet randomiseret studie (patienter ved ikke om de opereres med

ProPep eller ej), hvor kontrol gruppen består af patienter, som er indstillet til og bedst tjent med enten en ikke-nervesparende eller en unilateralnervesparende radikal prostatektomi.

Hvis nervestimulation med ProPep under og efter operationen viser sig at kunne forudsige kontinens og rejsningsfunktion efter operationen vil man måske i fremtiden kunne målrette de postoperative behandlinger kort tid efter operationen. I dag er det nødvendigt at vente minimum et år efter operationen før invasive behandlinger for inkontinens og manglende rejsningsfunktion. Der skal inkluderes 100 mænd i studiet.

Mænd i bevægelse – ved Cand.mag., Ph.d.-studerende Mette Schmidt.

Fysisk aktivitet til mænd i behandling for prostatacancer har vist positiv effekt både i forhold til fysisk funktion og livskvalitet, men mange af mændene i denne patientgruppe deltager ikke i regelmæssig træning eller lever op til guidelines omkring fysik aktivitet. En udfordring er derfor at få disse mænd i gang med at træne og ikke mindst at fastholde træningen.

Her er promovering af fysisk aktivitet i den kliniske praksis en strategi, der får større og større opmærksomhed. Med henblik på at opnå en bedre forståelse af, hvordan promovering af fysisk aktivitet kan integreres i den kliniske hverdag, undersøger vi i en række forskellige kvalitative studier, hvordan fysisk aktivitet promoveres i den daglige praksis (kvalitativ metode er en fælles betegnelse for en række forskellige undersøgelsesmetoder som f.eks. semistrukturerede interviews, deltagerobservationer og fokusgruppeinterviews. Dermed rummer den kvalitative tilgang muligheder for at opnå viden om forhold, der ofte er svære at kvantificere og måle med tal).

I et større feltarbejde i urologisk ambulatorie Herlev & Gentofte og på Esbjerg hospital

undersøger vi, hvordan promoveringspraksisser omkring fysisk aktivitet finder sted i mødet mellem sundhedspersonale og patienter ved at observere konsultationer i ambulatorierne og interviewe sundhedspersonalet. Derudover udføres et studie, der undersøger, hvorfor patienter takker nej til et træningsprogram, de får tilbudt som en del af deres behandling.

Ambulant diode laserbehandling af Ta low grade mellem-risiko uroteliale blæretumorer – ved læge, Ph.d.-studerende Marie Schmidt Erikson

Patienter med uroteliale Ta low grade blæretumorer (blære tumorer, kræft, i slimhinden i blæren med lav aggressivitet uden muskelinvasion) har høj risiko for at blive indlagt gentagne gange til resektion (TUR-B, fjernelse af tumorvæv) i fuld narkose grundet en høj recidivrate og med betydelige vandladningsgener efter TUR-B med indvirkning på livskvaliteten. En ny og mildere metode til behandling af Ta low grade blæretumorer bliver i dette studie testet. Ved brug af en diode laser kan patienter med tilbagefald af Ta low grade blæretumorer behandles ambulant uden brug af bedøvelse, det vil sige, at fjernelse af tilbagevendt tumorvæv - nye overfladiske tumorer kan fjernes uden bedøvelse uden indlæggelse i ambulatoriet i forbindelse med en cystoskopi (kikkertundersøgelse af blære). Patienterne randomiseres til enten standard TUR-B eller ambulant laserbehandling uden bedøvelse. Der skal inkluderes 250 patienter.

"Forskning og innovation giver ny viden og er grundlaget for bedre behandling af patienterne. Forskning er en integreret del af hverdagen i sundhedsvæsenet. Samtidig er sundhedsforskningen det største forskningsområde i Danmark. Forskning er grundlaget for kvalitetsudvikling og organisering af såvel hospitaler som praksissektoren. Forskningsresultater sikrer, at



regioner og klinikere til stadighed kan træffe evidens-baserede beslutninger og tilbyde den bedste behandling. Forskning skaber også motivation og medejerskab, og den er grundlaget for et højtuddannet personale. Regionerne arbejder derfor, sammen med universiteterne, på de bedste rammevilkår for sundhedsforskningen.

Forskning er også med til at skabe innovation og vækst i samfundet. Sundhedsforskningen foregår ofte i et samarbejde mellem det private erhvervsliv og det offentlige sundhedsvæsen. Således foregår udviklingen af medicin og udstyr i et tæt samarbejde mellem regioner og industri.



Citat: <https://www.regioner.dk/sundhed/forskning-og-innovation>

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 kontingent skal være betalt før deadline for kandidatur-opstilling til Landskurset.

Ansøgning om støtte kræver 2 års medlemskab.

Medac-Legat kan søges af medlemmer uden krav til medlemskabets længde.

First announcement



10th anniversary

EAUN SATELITE EDUCATIONAL MEETING

For nurses with interest in uro- and oncology

13th of June 2019 08.30-16.30
in Auditorium B, Aarhus University Hospital

Free registration:

www.rm.plan2learn.dk (search for EAUN)

For exhibition stand/sponsorship:

Susanne Skou: Susanne.Skou@skejby.rm.dk

Bente Thoft Jensen: benjense@skejby.rm.dk



EAUN i Barcelona 2019

Fotos Jane Meinung Nielsen

