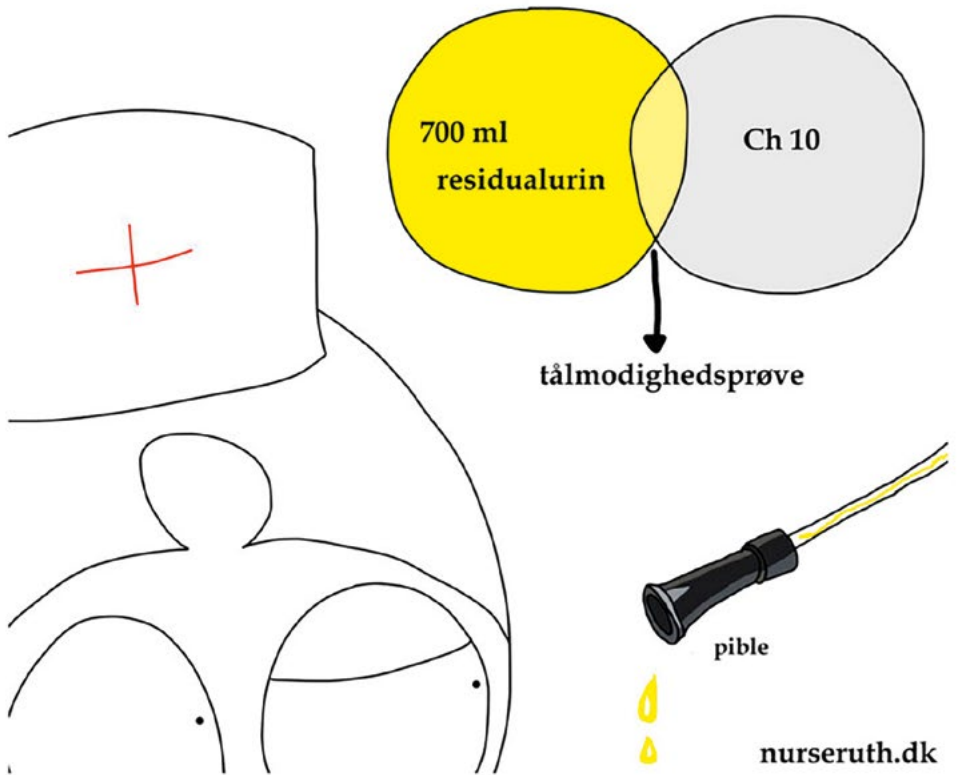


FSUIS juni 2022

VANDPOSTEN

Sygeplejeliv: mange bække små



Sygeplejeliv: mange bække små

Medlemsblad for urologisk interesserede sygeplejersker

Hva kan patienter med nyresten selv gøre?

Lit-Control består af to forskellige præparater. Hvert produkt kombinerer velkendte metoder og helt nye principper til hæmning af krystallisering i urinen. Lit-Control er resultatet af mere end tre årtiers forskning i sammenhængen mellem pH og processerne i krystallisering af urinen.

Lit-Control pH Balance



HVER KAPSEL INDEHOLDER:

- **Fytin** (255 mg)
 - hæmmer krystalliseringen af kalciumoxalat og kalciumfosfat¹
- **Magnesium** (63,25 mg) – binder kompetitivt til oxalat, og har synergistisk effekt med fytin²
- **Polyfenoler** (118,75 mg) – hæmmer udviklingen af Randall's plaques³
- **Zink*** (1,3 mg) og **Vitamin A** (150 µg RE) – antioxidant⁴

Lit-Control pH Up



HVER KAPSEL INDEHOLDER:

- **Teobromin** (60 mg)
 - selektiv hæmmer af uratkrystaller⁵
- **Magnesiumcitrat** (200 mg)
 - hæmmer krystalliseringen af urat og øger pH⁶
- **Kaliumcitrat** (200 mg)
 - hæmmer krystalliseringen af urat og øger pH⁶
- **Zink*** (1,3 mg) og **Vitamin A** (150 µg RE) – antioxidant⁴

Anbefalet dosis er to kapsler per dag, en morgen og en aften. Kan købes fra www.webapoteket.dk (259 kr for 60 stk). *Zink bidrager til kroppens normale syrebasebalance.

For yderligere information – kontakt info@pharmaprim.com

REFERENSER: 1) Saw NK, et al. Effects of inositol hexaphosphate (phytate) on calcium binding, calcium oxalate crystallization and in vitro Stone growth. *J Urol* (2007) Jun; 177(6): 2366-70. 2) Conte A, et al. Urinary lithogen risk test: usefulness in the evaluation of renal lithiasis treatment using crystallization inhibitors (citrate and phytate). 3) Grases F, et al. Effects of polyphenols from grape seeds on renal lithiasis. *Oxid Med Cell Longev*. 2015; 2015:813737. 4) Grases F et al. A new procedure to evaluate the inhibitory capacity of calcium oxalate crystallization in whole urine. *Int Urol and Nephrol* (1995); May 30;27(6):653-661. 5) Grases F, Rodriguez A, Costa-Bauza A, et al. Theobromine Inhibits Uric Acid Crystallization. A Potential Application in the Treatment of Uric Acid Nephrolithiasis. *PLoS ONE* 9(10): e111184. 6) Pak CYC, Koenig K, Khan R, Haynes S, Padalino P. Physicochemical action of potassium-magnesium citrate in nephrolithiasis. *J Bone Miner Res* 1992; 7: 281-5.

Pharmaprim AB, Svärdvägen 3B, 182 33 Danderyd, Sweden
+46 (0)8-355 933 info@pharmaprim.com www.pharmaprim.com

 **PharmaPrim**

LIT-C-2022-01-DK



Vandposten

Indhold	Side
Fra formanden	4
Bestyrelsen	5
Redaktionen Vandposten	7
Væskeregnskaber - et vigtigt arbejdsredskab	8
Ph.d.studie undersøger betydningen af intraadominalt tryk ved patienten, der opereres for nyrekræft vha. robotassisteret nefrektomi.	12
FSUIS generelle Infobokse	14
FSUIS Landsmøde 2022.	15
FSUIS Landsmøde 2022 program	16-17
FSUIS Generalforsamling	18
FSUIS Generalforsamling - forslag til kandidater	19
Introduktion af salvage prostatectomy i Danmark	21
Vandposten anmelder	23
Kateterskiftning i primær sektor i Aalborg Kommune	25
LEGAT FRA FSUIS/FS 29	27
ICforeningen/BPS	28
Hvor i al verden finder jeg nogle gode billeder, som viser, hvordan man fikserer et kateter, og som der ikke er copyright på?	29
Aktivitetskalender	32
EAUN september 2022 Krakov, Polen	33

Forsidefoto med tilladelse fra Nurce Ruth.

DEADLINE Vandposten december 2022:
Artikler, breve, annoncer og andet skal være redaktionen i hænde senest 15. november 2022.
E-mail gerne til: vandposten@gmail.com



Fra formanden



Kære alle medlemmer

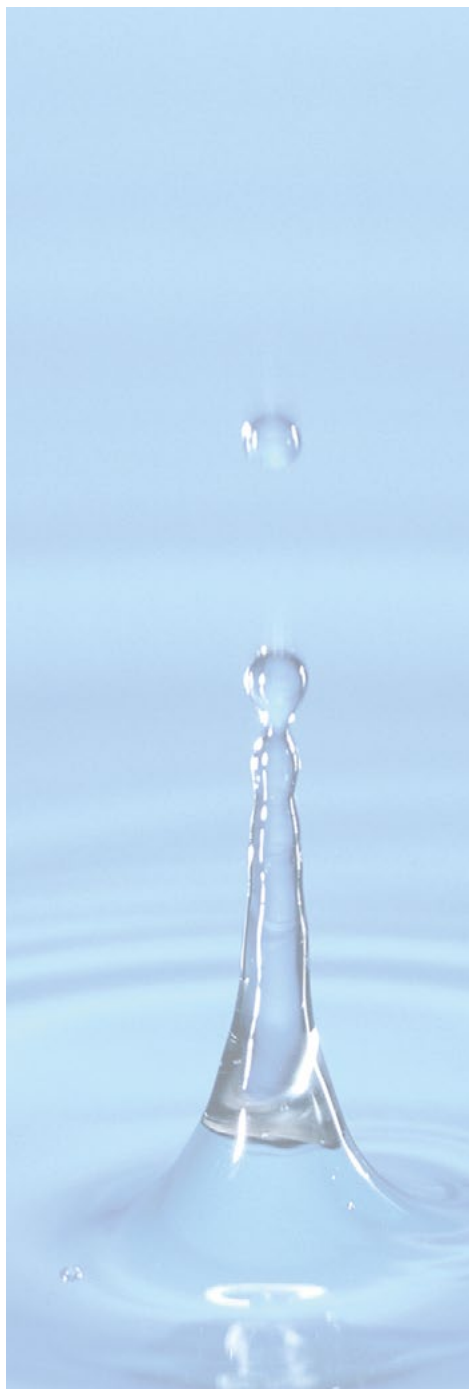
Tiden flyver afsted og hverdagen er næsten blevet normal igen efter de sidste års påvirkning af Corona. Sommeren nærmer sig og det betyder at programmet for dette års Landskursus er sendt i trykken. Vi glæder os til igen at kunne byde jer velkommen på Hotel Kolding Fjord, hvor vi igen i år afholder vores landskursus til september.

Programmet for landskurset kan ses i denne udgave af Vandposten, vi har sammensat et program indeholdende flere aspekter indenfor den urologiske "verden". Vi håber at se mange af jer til september på Hotel Kolding Fjord.

Bestyrelsen vil i juni måned være repræsenteret ved den Nordiske Urologiske Konference for læger og sygeplejersker, som i år afholdes i Helsinki i Finland. Der vil også være medlemmer repræsenteret ved denne konference, så der kommer helt sikkert et par indlæg med hjem til efterårsudgaven af Vandposten.

De bedste hilsner med ønsket om en dejlig sommer.

*På bestyrelsens vegne
Rikke Knudsen*



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



Suppleant2. kasserer: Mette Kliim
Afd. H 102 Urologisk ambulatorium
Gentofte Hospital
2900 Hellerup
Tlf. nr. 3867 2823
Email: mette.kliim@regionh.dk
og christian.kliim@get2net.dk



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



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



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



KEBOMED

Verdens første fuldautomatiske flowsystem er nu klar til levering. Det kan ikke blive lettere og mere tidsbesparende.

- 1- Scan sundhedskortet
- 2- Udfør vandladning
- 3- Resultatet sendes til journalen



- 1- Scan for residualurin
- 2- Overfør data til journalen



Oruflow systemerne fungerer perfekt sammen med vores gennemprøvede blærescannere fra MCube, inklusiv den nyeste Biocon 1100 med mulighed for WiFi tilslutning, og den hårdføre Biocon 900, og naturligvis også med Albyn urodynamik for videre udredning.

Kontakt os for yderligere information.

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



Camilla

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

Tlf. 9766 0000

E-mail: C.aakmann@rn.dk



Jane Meinung

Urologisk Senge-
afdeling H 122,
Herlev Gentofte
Hospital, 2730 Herlev.

Tlf. 3868 2256

E-mail:

jane.meinung.nielsen@regionh.dk



Mette Tranberg Sø

Urologisk sengeafdeling
Sydvestjysk Sygehus
6700 Esbjerg.

Tlf. 9396 1626

E-mail: mette.tranberg.so@rsyd.dk



Marianne Midttun
Klinisk

Mikrobiologisk Afd.
Herlev Hospital,
2730 Herlev.

Tlf. 4488 3859

E-mail: marianne.midttun@regionh.dk



Henriette Jensen

Sygeplejerske med
særlig klinisk funktion -
Undervisning og udvikling MKS
Aalborg Universitetshospital
Klinik kirurgi og kræftbehandling
Urologisk Sengeafsnit 10

Urologisk akut modtage- og dagkirurgisk
afsnit 9, 9000 Aalborg

Tlf. 9766 3019

E-mail: Henriette.jensen@rn.dk



Jannie Wolfgang

Eiskjær

Hjemmesygeplejen
Stationsvej 5,
9280 Storvorde

Tlf. nr. 9931 5671

Email: jaei-aeh@aalborg.dk



Grafisk produktion:

Identi reklame- og onlinebureau

Tlf. 30 28 33 00.

kontakt@identi.dk



Væskeregnskaber - et vigtigt arbejdsredskab

*Af sygeplejerske Mette Tang Søj
Kirurgisk Afdeling – Sydvestjysk Sygehus Esbjerg.*

Denne artikel baseres på min modulprøve i inkontinens fra den sundhedsfaglige diplomuddannelse hvor min interesse for feltet også udspringer fra. Jeg arbejder på en afdeling hvor væskeregnskaber udgør en stor del af de observationer jeg som sygeplejerske foretager gennem en vagt.

Baggrund:

Væskeregnskaber (VR) anvendes hver eneste dag i udredning og behandling af en bred vifte af tilstande, herunder kontinensproblematikker, dehydratio, polyuri samt sepsis. Undersøgelser foretaget verden over viser, at væskeregnskaber ofte bliver negligeret, hvilket kan medføre alvorlige konsekvenser for patienterne.

Formål:

Med ovenstående in mente, blev jeg særligt nysgerrig, da jeg i forbindelse med mit arbejde overhørte mine kolleger tale om, at VR indimellem virkede formålsløse, og at det skete at de ikke blev ajourført gennem en vagt. Derfor ville jeg undersøge, hvorvidt plejepersonalet mener at VR er formålsløst, og om det er sandt at VR ikke ajourføres korrekt gennem patienternes indlæggelser.

Metode:

Der er i denne undersøgelse arbejdet ud fra hypoteser baseret på egen forforståelse og med baggrund i en mangeårig erfaring fra det urinvejskirurgiske speciale, samt gennemlæsning af forskningslitteratur. Hypoteserne er;

- 1) Personalet forstår ikke vigtigheden af VR som arbejdsredskab.
- 2) Personalet er ikke bevidste om deres ansvar for at dokumentere sygeplejen
- 3) Kommunikationen mellem læger og plejepersonale er utilstrækkelig.

Der blev udviklet to spørgeskemaer: et som henvendte sig til afdelingens læger og et som henvendte sig til plejepersonalet. For at validere spørgeskemaet blev to ressourcepersoner med mangeårig urologisk erfaring samt vejleder baggrund inddraget.

I alt svarede 23 plejepersonaler og 7 læger på spørgeskemaerne (bilag A), hvilket betragtes som en høj svarprocent, da der er ansat 30 plejepersonaler og 10 læger.

Resultat og konklusion:

Gennem analysearbejdet med egne data og forskningslitteraturen fremkom besvarelser på de tre tidligere opstillede hypoteser.

- 1) Personalet forstår ikke vigtigheden af væskeregnskaber som arbejdsredskab.
- 2) Personalet er ikke bevidste om deres ansvar for at dokumentere sygeplejen
- 3) Kommunikationen mellem læger og plejepersonale er utilstrækkelig

Hypotese 1

Den uformelle spørgeskemaundersøgelse viste, at der var hold i antagelserne, idet størstedelen af personalet angav, at de rettede stor opmærksomhed på at få det enkelte VR ajourført, men samtidig svarede 91% af de sjældent eller aldrig oplevede, at VR var fuldstændigt opdaterede. Manglende ajourføring kan i yderste tilfælde



have alvorlige konsekvenser for patienten. For eksempel har Office for National Statistics, England, fundet at dehydrering og fejlnæring har været årsag til dødsfald på hospitaler.

Flere studier angiver manglende tid, forståelse og uddannelse som den primære årsag til manglende ajourføring af VR, hvilket kompromitterer patientsikkerheden.

Samme studier foreslår at der fokuseres på kompetenceudvikling og ændrede arbejdsopgaver gennem struktureret undervisning af personalet samt øget fokus på patientinddragelse. Dette viser, at det ikke kun er på egen afdeling at der er disse problematikker, men at der også er fundet tilsvarende problemer i udlandet.

Hypotese 2

Plejepersonalet har pligt til at ajourføre ordinerede væskeregnskaber som en del af journalføringspligten. VR er en lægelig ordination og anses som værende et vigtigt arbejdsredskab som ofte danner grundlag for beslutningen om den videre medicinske behandling. Her har plejepersonalet samtidig en væsentlig opgave i at sikre at VR er ajourført for at det kan journalføres korrekt. I dette ligger også en pædagogisk opgave i at sikre, at patient, pårørende samt plejepersonale ved at der føres VR, således at alle er opmærksomme på at det føres korrekt og dermed journalføres korrekt. Flere studier foreslår kompetenceudvikling gennem tværfaglig undervisning samt øget patientinddragelse, ikke bare for at øge nøjagtigheden af VR men også øge kvaliteten af patientplejen og sikre korrekt journalføring.

Hypotese 3

Desuden viste spørgeskemaundersøgelsen at der var uoverensstemmelser i opfattelsen af den tværfaglige kommunikation omkring væskeregnskaber. Kommunikation vedrørende VR bør finde sted til stuegang, og plejepersonalet

blev spurgt, om de oplever, at lægerne rettidigt og fyldestgørende begrundes, hvorfor en patient skal have VR. 2/23 svarer aldrig, 9/23 svarer sjældent, 10/23 svarer nogen gange og 2/23 svarer ofte. En stor del af personalet oplever altså, at lægerne ikke begrundes ordinationen af VR. Hertil kommer, at en stor del af plejepersonalet selvstændigt gør sig tanker om hvilke patienter, der har behov for VR. 5/23 svarer at de altid gør sig tanker herom, 13/23 svarer ofte og 5/23 svarer nogen gange.

6/7 læger mener at de ofte begrundes ordinationen af VR og 1/7 svarer at vedkommende altid begrundes ordinationen af VR.

At der er forskellig opfattelse af hvorvidt ordinationen er begrundet kan være medvirkende til den manglende ajourføring af VR, fordi opgaven føles formålsløs for plejepersonalet og de derfor prioriterer andre opgaver. For at sikre at opgaven med at ajourføre VR føles væsentlig må der være fokus på kommunikationen mellem faggrupper og samtidig må plejepersonalet undervises i vigtigheden af korrekt ajourføring af VR. Desuden skal der fokuseres på inddragelse af patient og pårørende, så man kan samarbejde om dokumentationen og højne kvaliteten af plejen.

Der bør således gennemføres tværfaglig undervisning og en øget indsats i forhold til patient og pårørende inddragelse i forhold til at fremme den korrekte brug af VR.

Dette anser jeg som nyuddannet kontinenssygeplejerske som en vigtig opgave som jeg vil arbejde videre med.

Bilag A side 11....





DET VALG,
DU ALTID KAN
STOLE PÅ

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



wellspect.dk

LoFric®

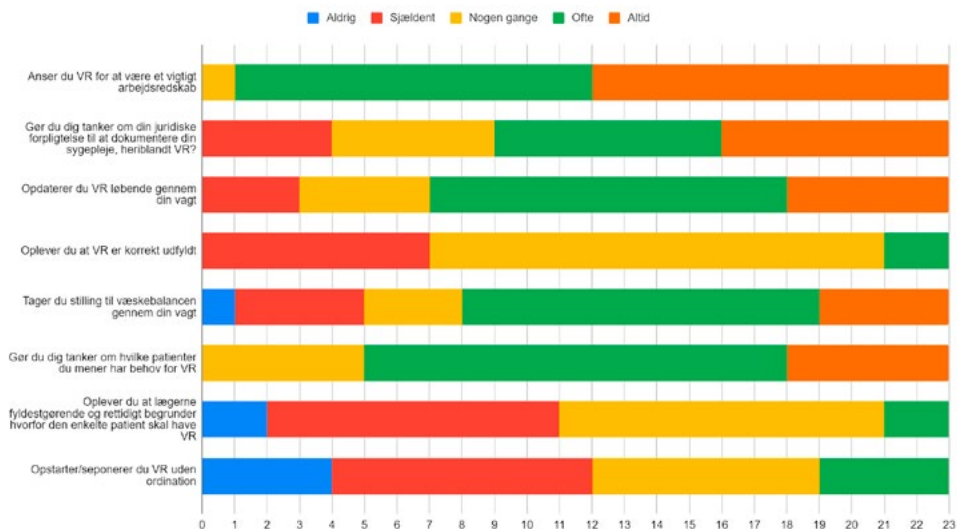
WELLSPECT does not waive any right to its trademarks by not using the symbols ® or ™.



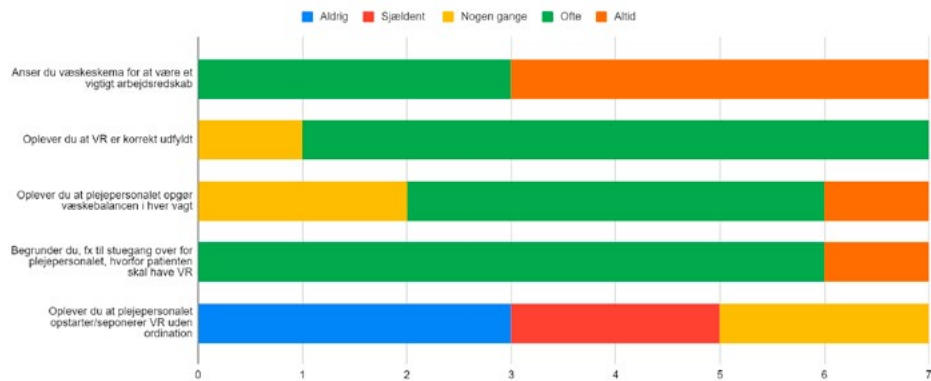
Væskeregnskaber - et vigtigt arbejdsredskab

Bilag A

Plejepersonale



Læger



Ph.d.studie undersøger betydningen af intraadominalt tryk ved patienten, der opereres for nyrekræft vha. robotassisteret nefrektomi

*Af Hayder Alhusseinawi læge og Ph.d. studerende
& Henriette Jensen, sygeplejerske, MKS
Urologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital*

Baggrund

Hvert år diagnosticeres ca. 600-700 personer med nyrekræft i Danmark. Behandlingen er oftest operativ fjernelse af hele eller en del af nyren. Operationen foregår ved kikkertkirurgi eller robotassisteret kikkertkirurgi. Kikkertkirurgi er en minimal invasiv procedure, der muliggør komplicerede operationer uden at åbne bughulen, som det ellers er nødvendigt ved åben kirurgi. For at skabe et overblik over de indvendige organer og strukturer samt skabe arbejdsrum for kirurgens instrumenter spiles bughulen ud med luft (kuldioxid) til et tryk på 12-15 mmHg.

Kikkertkirurgi har mange fordele, der manifesterer sig ved bl.a. mindre blodtab, kortere sårhelingsperiode, lavere risiko for infektion, færre smerter samt en hurtigere rekonvalescens. Til trods for de åbenlyse fordele ved kikkertkirurgi, er operationsteknikken forbundet med uønskede fysiologiske ændringer i kroppen forårsaget af det høje tryk i bughulen. Hos raske yngre patienter vil disse påvirkninger være forbigående og uden klinisk betydning. Det forholder sig anderledes for nyrekræftpatienter. Denne patientgruppe er tit ældre, har ledsaget komorbiditeter, og derfor højere risiko for at udvikle akut nyreskade, som kan føre til kronisk nyresygdom. Retrospektive studier har

vist at risikoen for at udvikle kronisk nyreinsufficiens efter radikal nyrefjernelse er op til 60%. Effekten af det høje tryk i bughulen efter radikal nyrekirurgi hos nyrekræftpatienter er dog ikke undersøgt i randomiserede kontrollerede studier.

Formål

Formålet med dette ph.d.-projekt er at undersøge effekten af robotassisteret operation ved lavt tryk (7 mmHg) sammenlignet med robotassisteret operation ved standardtryk på 12-15 mmHg.

Hayder Alhusseinawi undersøger effekten ud fra nedenstående perspektiver:

- Hvilken betydning et lavt tryk i bughulen har på restitutionen af patienten og på den postoperative nyrefunktion
- Intraabdominale tryks betydning for kirurgens operative overblik
- Det per- og postoperative forløb ved robotassisteret laparoskopisk nyrekirurgi i henhold til:
 - Brugen af smertestillende
 - Indlæggelsesdage
 - Dyb venetrombose (DVT) eller lunge emboli
 - Per- og postoperativ blødning
 - Transfusionsbehov
 - 90-dages postoperative komplikationer graderet ved Clavien-Dindo scoren
 - Tarmfunktion



Perspektiver

Kikkertoperation ved lavt tryk har klinisk potentiale som forbedret kirurgisk behandling af nyrekræftpatienter.

Det forventes, at kikkertoperation ved lavt tryk vil mindske risikoen for akut nyreskade og dermed forbedret post-operativ nyrefunktion, hurtigere rekonvalescens, øget almen tilstand samt livskvalitet.

Hayder Alhusseinawi har endnu ikke publiceret sine resultater, hvor han i alt har undersøgt ovenstående på 120 patienter. Denne artikel er således blot en appetitvækker på, hvad læseren kan glæde sig til at læse mere om i en senere udgave af Vandposten.

*Hayder Albusseinawi
Læge, PhD studerende
h.albusseinawi@rn.dk
AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
Urologisk Afdeling*

*Henriette Jensen
Sygeplejerske, MKS
henriette.jensen@rn.dk
AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
Urologisk Afdeling*



Hayder Albusseinawi er i øjeblikket Ph.d. studerende og undersøger, hvilken betydning det har for patienter med nyrekræft, at robotassisteret nefrektomi udføres med et tryk af kuldioxid på 7mmHg versus et tryk af kuldioxid på 12-15 mmHg, som er det tryk, som kirurgen normalvis opererer under.

Studiet er et randomiseret ved hjælp af lodtrækning med to teknikker, det værende sig enten standard intraabdominal tryk på 12 mmHg og et tryk på 7 mmHg. Der er således 50% chance for at modtage behandling med standard trykket eller det lavere tryk, som man ønsker at sammenligne med. Randomiseringen er blændet for operatøren.

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 kandudatur-opstilling til Landskurset.

Ansøgning om støtte kræver 2 års medlemskab.

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





Find os på
Facebook

**FSUIS er nu på
Facebook!**

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

Opfordring til alle medlemmer af FSUIS

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

Dette gøres på DSR's hjemmesiden under jeres profiloplysninger.

FSUIS trækker medlemsoplysninger fra DSR's medlemsregister.

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 15. maj.

Deadline for december nummeret er 15. november.



FSUIS Landskursus 2022

Velkommen til
Kolding Fjord
Fjordvej 154, 6000 Kolding



den 20. og 21. september 2022

Tilmelding til Landskurset administreres af personalet på Hotel Kolding Fjord.

Alle medlemmer af FSUIS vil modtage en mail med tilmeldingslink.

Ikke-medlemmer kan rette henvendelse til Hotel Kolding Fjord på lb@koldingfjord.dk eller til bestyrelsen.



Fagligt Selskab for Urologisk Interesserede Sygeplejersker



Kursusdag tirsdag den 20. september 2022

- 09.00 - 09.30 **Ankomst, registrering og kaffe**
- 09.30 - 09.45 **Velkomst**, ved Rikke Knudsen, formand FSUIS
- 09.45 - 10.30 **Urinvejsinfektion – forekomst, symptomer og behandling**,
ved Frank Schmidt, overlæge, dr. Med, Urinvejskirurgisk afdeling
Aarhus Universitets Hospital
- 10.30 - 11.00 **Gærsvampe og behandlinger**
ved mikrobiolog, navn på oplægsholder følger
- 11.00 - 11.45 **Kaffe og standbesøg**
- 11.45 - 12.30 **Hvordan forskning med grise kan fremskynde nye
behandlinger mod urinvejsinfektioner**,
ved Kristian Stærk, læge, Phd, OUH
- 12.30 – 13.00 **En patienthistorie**
ved Lene Rasmussen, Formand for IC Foreningen
- 13.00 – 14.00 **Frokost**
- 14.00 – 14.45 **Kan tandbørstning forebygge urinvejsinfektioner?**
ved Lone Jørgensen, lektor i klinisk sygepleje,
Forskningsenhed for Klinisk Sygepleje, Aalborg Universitetshospital
& Klinisk Institut, Aalborg Universitet
- 14.45 – 15.30 **Opsamling og refleksion på dagens program**
- 15.30 – 16.15 **Kaffe og standbesøg**
- 16.15 – 16.45 **Økonomisk støtte – hør hvordan FSUIS kan hjælpe dig**,
ved Rikke Knudsen, Formand FSUIS
- 16.45 – 17.45 **Generalforsamling**
- 19.30 **Middag**



Kursusdag onsdag den 21. september 2022

- 07.30 - 08.30 **Morgenmad**
- 08.30 - 08.35 **Godmorgen**
- 08.35 - 09.20 **Patienten med et kateter – og komplikationerne hertil,**
ved Charlotte Graugaard-Jensen, overlæge, dr. Med,
Urinvejskirurgisk afdeling, Aarhus Universitets Hospital
- 09.25 - 10.10 **Kateter i praksis – tips, tricks og løsninger,**
ved sygeplejersker, navn på oplægsholder følger
- 10.15 - 11.00 **Kaffe og standbesøg**
- 11.00 - 14.30 **"Den kræftsyge urologiske patient" – fra flere vinkler**
- 11.00 - 12.00 **Immunterapi? Hvad er det? Hvad kan det?**
ved Niels Fristrup, afdelingslæge, Kræftafdelingen,
Aarhus Universitetshospital
- 12.00 - 13.00 **Frokost**
- 13.00 - 13.30 **Tilbud til den kræftsyge patient,**
ved Susanne Haugaard Silkjær, rådgivningsleder ved
kræftrådgivningen i Vejle
- 13.30 - 14.00 **Patientskole til den kræftsyge patient,**
ved Brigitta Willumsen, sygeplejerske, Ph.d., Urologisk afdeling
Regionshospitalet Gødstrup
- 14.00 - 14.30 **Specialuddannelsen i kræftsygepleje,**
ved sygeplejerske, Kate Hammer Jakobsen
- 14.30 - 15.00 **Kaffe og standbesøg**
- 15.00 - 16.00 **Eksistentiel og åndelig omsorg for mennesker med
urologiske sygdomme,**
ved Niels Christian Hvidt, Professor almen praksis, SDU, teolog
Ret til ændringer i programmet forbeholdes.



Indkaldelse til
Ordinær Generalforsamling

i Fagligt Selskab for Urologisk Interesserede Sygeplejersker

Generalforsamlingen afholdes på
Hotel Kolding Fjord, Fjordvej 154, 6000 Kolding

Tirsdag den 20. september 2022 kl.16.45-17.45

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:
Jane Meinung (modtager genvalg)
Mette Kliim (modtager genvalg)
Erica Grainger (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



Fagligt Selskab for Urologisk Interesserede Sygeplejersker

På valg er: Jane Meinung (modtager genvalg), Mette Kliim (modtager genvalg),
Erica Grainger (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 22. august 2022.

Se i øvrigt dagsorden til generalforsamling den 20. september 2022 kl. 16.45 på side 18.





Pushing the
Boundaries
of Your
Urology
Practice



bkSpecto

salgdk@bkmedical.com



Introduktion af salvage prostatectomy i Danmark

Af Mads Hvid Poulsen og Charlotte Aaberg Poulsen, Urologisk Afdeling, Odense Universitets Hospital

I prostatateamet på Urologisk afdeling på OUH forsøger vi løbende at forbedre vores kirurgiske teknikker og udvide vores kirurgiske tilbud til at omfatte flere patienter med prostatakræft, med det formål flere kan overleve prostatakræft. Det betyder blandt andet, at vi er gået fra primært at operere patienter med lokaliseret tumørvækst i prostata, til nu også at operere patienter hvor tumoren er mere avanceret evt. med enkelte suspekte lymfeknuder. Vores nyeste tiltag går ud på at vi vil kunne tilbyde prostatektomi til patienter med recidiverende prostatakræft efter strålebehandling: Salvage prostatektomi.

Denne patientgruppe tilbydes normalt ikke operation, idet de ikke anses for at være operable. Den strålebehandling, de har modtaget mod deres kræft, resulterer i udbredte stråleskader i både prostata og i det omkringliggende væv, samt i blæren og endetarmen. Stråleskaderne giver arvævsdannelse og nedsætter evnen til at regenerere, samtidig med der dannes tarm adhærencer, der yderligere gør det svært at operere. Dette medfører at risikoen for alvorlige komplikationer er betydelig større end den er ved tilsvarende patienter, der ikke er strålebehandlede. I værste fald ender patienterne med permanente nefrostomier, urostomi eller kolostomi. En salvage prostatektomi medfører samtidig at patienten efterfølgende er impotent og i en periode vil være inkontinent. Med alle disse forfærdeligheder – hvad taler så

for en salvage prostatektomi? Det korte svar er livet. Baggrunden er at mange af de mænd som får recidiv af deres strålebehandlede prostatakræft vil dø af deres recidiv, hvis vi ikke behandler dem: Hvis patienterne er gamle, når kræft recidivet kommer, så kan vi ved mange af patienterne holde prostatakræften nede med vores medicinske behandlinger - men ved mænd, som er midaldrende, når de får deres recidiv, er der en betydelig risiko for at de vil dø af deres prostatakræft.

I løbet af de sidste år er der flere klinikker i udlandet, der har specialiseret sig i at udføre robot-assisterede salvage prostatektomi. Når patienterne udvælges med omhyggelighed, er resultaterne rimelig gode. Udvalgelsen betyder at indgrebet kun tilbydes de patienter, som er i god almen tilstand og forventes at have en lang restlevetid, hvis de ikke havde recidiv af deres prostatakræft. Patienterne må derfor ikke have væsentlig co-morbiditet. Samtidig tilbydes operationen kun til patienter, som formodes at kunne kureres ved indgrebet. Det betyder at hvis der er tegn på indvækst af canceren i blære, rectum, bækkenbund, eller hvis der er spredning til knogler eller andre organer, så kan indgrebet ikke tilbydes.

For at introducere salvage prostatektomi i Danmark, har vi har etableret samarbejder med to af de førende klinikker indenfor salvage prostatektomi i Europa. Henholdsvis Martini-klinikken, Hamborg, Tyskland og Peritus Klinikken, Lund, Sverige. Det er disse samarbejder, der har gjort at vi nu kan tilbyde operationen i Danmark. Efter 2 års forberede



delse blev den første patient inkluderet og opereret i april 2020. Forberedelsestiden har vi brugt på at lave setup, samarbejdsaftaler, protokol, database mv.

Vi har på nuværende vurderet i alt 26 patienter med recidiv af prostatakræft efter strålebehandling. Her af har vi opereret 7 patienter og overlæge Göran Ahlgren fra Peritus klinikken, har været med under alle operationer, hvor han har superviseret og vejledt os gennem de udfordrende dele af operationen. To af patienterne oplevede lækage fra deres anastomose og måtte have kateter liggende i en periode indtil det var ophelet. Derudover kan vi se at det tager længere tid inden patienterne bliver kontinente end vi ser ved vores vanlige prostatektomi patienter. Vi har ikke oplevet alvorlige komplikationer, herunder har der ikke været behov for at anlægge hverken urostomi eller colostomi. Vi har i dag opnået den erfaring, der gør at vi fremadrettet kan tilbyde operationen til udvalgte patienter på nationalt plan. Noget af det vi gerne vil finde ud af med studiet er, om operationen også rent faktisk er til gavn for patienterne. Vi har derfor valgt at følge dem i fem år med henblik på at estimere den 1- og 5-årige canceroverlevelse samt patienternes livskvalitet. På nuværende

tidspunkt har vi en enkelt patient, der har fået biokemisk recidiv efter 9 måneders opfølgning, mens de andre stadigvæk betragtes som kurerede.

Det er vores forventning at vi kan kurere 2/3 dele af de patienter vi opererer, mens vi for den resterende 1/3 forventer at forlænge deres levetid signifikant. Herlev Hospital ønsker at indgå protokollen, og det er forventningen at de kan inkludere den første patient i sensommeren. Det er samme setup som tilbydes i Herlev, som er der på OUH i dag. Protokollen er under paraply af Dansk Prostata Cancer Gruppe og er støttet med en bevilling fra Sundhedsstyrelsen.

Hvis du gerne vil læse mere om vores første resultater, har vi udgivet en kort artikel, som du kan finde her:

<https://bmcresnotes.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13104-022-06076-2>



Vandposten anmelder

Vandposten anmelder bøger, som har relevans for FSUIS' medlemmer. Det værende sig bøger af faglig karakter eller bøger med patientfortællinger. Bøgerne bedømmes ud fra faglige relevans, opbygning og kvalitet. Vandposten kvalitetsbedømmer bøgerne med 1-5 vanddråber.

Har du læst en bog, som du gerne vil have anmeldt af Vandposten, så skriv en mail til os med oplysninger om bogens titel, forfatter og forlag.



Håndbog i sygepleje UROLOGI
af Susanne Vahr Lauridsen (red.)
FADL's forlag 2021



FADL's Forlag har udgivet en række håndbøger i sygepleje, hvoraf denne er den seneste. Bogen indeholder 20 kapitler, som spreder en vifte af praksisnær viden om urologisk sygepleje, behandling og procedurer for læseren. Bogen gør det muligt for læseren at få en overordnet viden om fx en urodynamisk undersøgelse, kateteranlæggelse eller behandlingsmuligheder af patienten med prostata

kræft. Har du brug for en dybdegående viden, da må du supplere med anden litteratur. Bogen er ment som et opslagsværk, og fungerer godt som dette.

Håndbog i sygepleje UROLOGI er illustreret med forklarende billeder og brugervenlige tabeller, som den urologisk interesserede sygeplejerske kender fra sin praksis. Alle de skildrede procedurer er beskrevet punkt for punkt med efterfølgende tips, hvormed den uerfarne sygeplejerske kan have den erfarne kollega med i "lommen". Det kan dog være lidt forvirrende, at du skal bladre frem og tilbage i bogen, hvis du gerne vil læse om urostomi og ureterkateterens funktion på side 200, men må tilbage på side 69 for at læse, hvordan ureterkateterne piftes fremfor, at det er samlet et sted. Det er imidlertid sådan håndbøgerne er opbygget, som overordnet set fungerer fint. Bogen kan anbefales til den mindre erfarne urologisk interesserede sygeplejerske.



Sådan overlevede jeg kræften og sundhedsvæsenet af Arne Notkin
People's Press 2019



Arne Notkin er uddannet journalist, og nu også uddannet som patient i det danske sundhedsvæsen på godt og ondt. Arne Notkin har efter sit sygdomsforløb med lymfe kræft interviewet sundhedsprofessionelle, som har været involveret i hans sygdomsforløb. Disse interviews anvendes til at beskrive vejen fra udredning til behandling. Bogen beskriver ikke kun sygdomsforløbet ud fra Arne Notkins eget perspektiv, da han også har interviewet egen familie, således at hans hustru og børns oplevelse af sygdomsforløbet er belyst. Dette giver stof til eftertanke for den sundhedsprofessionelle generelt, og giver anledning til spørgsmålet, om vi sundhedsprofessionelle favner patienten og dennes pårørende i et livstruende sygdomsforløb?

Bogen giver et nuanceret billede af, hvor mange ressourcer det kan kræve af patienten selv, når symptomerne på sygdom ikke peger entydigt på én diagnose. Faktisk giver bogen et levende billede af, hvor ensopret sundhedsprofessionelle kan være ud fra eget speciale, og hvordan sundhedsprofessionelle ikke altid lytter til sine kollegers kliniske vurdering på

tværs af sektorer og specialer. Arne Notkin havde ressourcer til at kæmpe sin egen kamp på vejen gennem sundhedsvæsenet, men hvad med de mennesker, som ikke besidder samme styrke? Det er et af de spørgsmål, som forfatteren rejser i sin bog.

Arne Notkin supplerer sin kræft behandling i det etablerede system med alternativ behandling. I denne forbindelse forholder forfatteren sig reflekterende til sine gode og dårlige erfaringer med alternativ behandling og undersøger i nogen grad evidensbaseret viden på dette felt. Hvis læseren selv ønsker at benytte sig af alternativ behandling, da kan forfatterens erfaring være nyttige at tage med sig i rygsækken.

Arne Notkin fortæller om virkelig kompetente sundhedsprofessionelle gennem sit forløb, især efter den konkrete diagnose er stillet. Han har følt sig set og holdt i hånden gennem sit behandlingsforløb.

Bogen kan anbefales, såfremt man gerne vil have indblik i patientens perspektiv gennem et udrednings- og behandlingsforløb som kræftpatient.

Se hvordan du kan abonnere på nyheder

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

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

Log ind på dsr.dk

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

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

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



Kateterskiftning i primær sektor i Aalborg Kommune.

*Af Kontinenssygeplejerske Jannie Eiskjær
Kontinenssygeplejerske Tina Raasted
Sygeplejen Øst, Aalborg*

Baggrund:

I primær sektor afhjælpes mange borgere for blæretømningsproblemer med et blærekateter anlagt uretralt eller suprapubisk.

I den akutte situation med retention anlægges et uretralt kateteret af læge eller af sygeplejerske på lægens ordination. Afhængig af borgers situation henvises han efterfølgende til udredning og behandling for årsagen til vandladningsproblemet.

Der kan dog være situationer, hvor lægen fravælger udredning pga. af borgers helbredstilstand ex. terminal, demens o.a.

Når der foreligger en lægelig vurdering af, at blæretømningsproblemet er varigt og uden anden behandlingsmulighed end kateter, sender læge fra hospital eller praksis ansøgning om bevilling på kateter og tilbehør til kommunens kontinenssygeplejerske/koordinerende sygeplejerske:

1. For borgere, der selv varetager engangskateterisationer, ansøges der om kateter.
2. For borgere med behov for et permanent kateter (uretralt eller suprapubisk) ansøges der om kateter og tilbehør samt skiftning af kateteret min. hver 12. uge ved hjemmesygeplejerske.

Kompetence og procedurer:

Ifølge VAR Healthcare (evidensbaseret elektronisk sygeplejeproceduresystem) kan sygeplejersker efter lægens ordination udføre anlæggelse og skiftning af blærekateter.

Den praktiske oplæring i kateterskiftning sker ved sidemandsoplæring af kollega. Hjemmesygeplejersken har desuden mulighed for at opdatere sin viden og handlekompetence i VAR ud fra både animation og tekst.

Hvilke katetre skifter hjemmesygeplejersken?

Planlagte skiftninger:

Uretralt kateter:

Ved permanent kateterbehandling planlægges og udføres hjemmesygeplejersken kateterskiftet med individuel frekvens afhængig af kateterets funktion, dog minimum hver 12. uge.

Hvis der opstår udfordringer med at passere uretra, kan det blive nødvendigt, at skiftning må foregå ved praktiserende læge eller på urologisk afdeling.

Suprapubisk ballonkateter:

Dette anlægges altid på sygehuset. Det første skift foregår ambulant ved urologisk sygeplejerske indenfor 12 uger. Hvis borgers situation besværliggør transporten ind til sygehuset, kan skiftet efter aftale af udføres af hjemmesygeplejersken.

Ikke-planlagte skiftninger:

Det kan være nødvendigt at skifte et uretralt eller suprapubisk kateter før det planlagte tidspunkt. Behovet kan opstå som følge af dårlig eller ingen funktion af kateteret, ex. hvis borger selv seponerer kateteret, ved tilstopning og afklemning af kateter eller urinposeslange.

Desuden anbefales kateteret skiftet, hvis det har været anlagt > 7 dage forud for udtagning af urin til dyrkning og resistensbestemmelse, hvis borger har symptomer på urinvejsinfektion.



DIVEEN® - friheden til at leve et aktivt liv



Diveen® er et diskret hjælpemiddel til kvinder

Diveen® anvendes som en almindelig tampon

Diveen® reducerer risikoen for urinlækage



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

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

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



Vandposten

Fordele:

Mobile borger kan på hverdage i dagtiden aftale tidspunkt for kateterskiftning i sygeplejeklinikken eller i eget hjem, hvis han er for dårlig til at komme i klinikken.

Borger sparer tid og besvær med transport alene eller med assistance.

Ved behov for en ikke planlagt skiftning, kan dette varetages indenfor ca 1 time ved opkald til den koordinerende sygeplejerske i dagtiden eller til vagtcentralen, hvis behovet opstår aften eller nat.

I dagtiden kan hjemmesygeplejersken altid kontakte Urologisk ambulatorium for råd og

vejledning eller aftale om akut /ambulant besøg ved problemer med kateterskift eller pasageproblemer,

Hvilke katetre skifter hjemmesygeplejersken ikke?

Alle skiftninger af Pigtailkateter anlagt suprapubisk og katetre i en nefrostomi varetages udelukkende af sygehusets urologiske afdeling eller røntgenafdeling afhængig af hvilken katetertype, der skal anlægges skiftes.

Referencer:

VAR Healthcare

Faqa-ark om urinvejsinfektioner i almen praksis, Dansk Selskab for Almen Medicin.

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.





Til urologisk interesserede sygeplejersker

Vi har i IC foreningen/BPS udgivet et informationshæfte i papirform om Smertefuldt blæresyndrom/Bladder Pain Syndrome.

Den er læst på 5 minutter og stilet til relevant sundhedspersonale.

Du kan rekvirere den gratis hos
lene.n.rasmussen@icforeningen.dk
Skriv din postadresse og det ønskede antal.

Du kan se pjecen i dette link:
<http://icforeningen.dk/wp-content/uploads/2022/02/IC-haefte-6.pdf>

Du kan også bestille små gratis foldere hos mig (målrettet patienter) om sygdommen og foreningen. Sidstnævnte kan også downloades fra vores hjemmeside.

*Venlig hilsen Lene Rasmussen,
næstformand i ICforeningen, BPS*

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

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



IC foreningen
Bladder Pain Syndrome



Hvor i al verden finder jeg nogle gode billeder, som viser, hvordan man fikserer et kateter, og som der ikke er copyright på?

Hvor finder jeg en animeret film, om det at få foretaget en robotassisteret partiel nefrektomi, som jeg kan vise patienten forud for en operation?

Svaret finder du naturligvis på FSUIS' hjemmeside!

Urologiske Sygeplejersker | FSUIS på dsr.dk

Bestyrelsen er så småt ved at opbygge en urologisk vidensbank, som kan findes på DSR's hjemmeside under fanen Faglige Selskaber for Urologiske sygeplejersker.

[Vidensbank om Nefrostomikateter, E-læring om pigtail nefrostomikateter og billeder om fiksering af kateter hos mænd og kvinder | Urologiske Sygeplejersker, DSR](#)

På denne hjemmeside, vil bestyrelsen lægge viden ud, som kan være til gavn for alle med urologisk interesse, og som bestyrelsen fagligt kan stå inde for.

Der linkes til engelske guideline, som er udarbejdet af urologiske specialtsygeplejersker i Europa.

Du kan bl.a. finde guidelines omhandlende:

- Transrektal ultralydsskanning med udtagning vævsprøver
- Anvendelse af Uridom
- BCG- og Mitomycinskylning
- Ren Intermitterende Kateterisation mm.

Du har ligeledes mulighed for at tilgå forskellige E-læringskurser og webinarer på EAUN's hjemmeside.

E-courses I European Association of Urology Nurses - EAUN (uroweb.org)

Webinars | European Association of Urology Nurses - EAUN (uroweb.org)

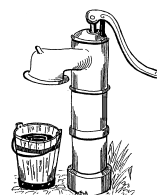
Vidste du, i øvrigt, at det er muligt at komme på et studieophold i Europa med næsten ALT betalt? Du kan, som medlem af FSUIS og dermed EAUN, søge om at komme på et 1-2 ugers ophold, hvor du kan få mulighed for at nørde dig ned i den del af den urologiske sygepleje, som du finder mest interessant.

Har du lyst til et studieopholdt kan du læse mere om dette her.

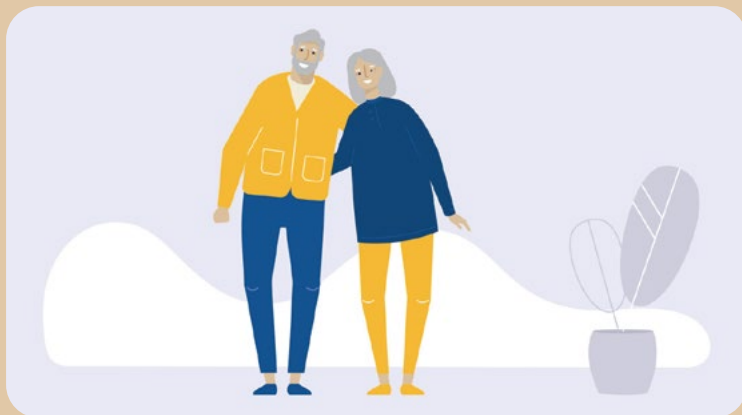
[Fellowship Programme](#) | EAUN Nurses (uroweb.org)

Der er ansøgningsfrist 31. august og 31 januar.

Hilsen Webmasteren



Ny hjemmeside til dig og dine patienter om blærekræft **blaerecancerinfo.dk**



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

medac
info@medac.dk | www.medac.dk
DK 188/042022



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

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



Aktivitetskalender 2022

KONFERENCER

2.-4. juli

The 22st Annual EAUN Meeting (EAUN)

Afholdes i Amsterdam, Holland

<https://eauncongress.uroweb.org/>

7.-10. september

The 52th ICS Annual Meeting and

7th International Consultation on Incontinence (ICI)

Afholdes i Wien, Østrig

www.ics.org

9.-10. september

The 5th ESUN Course on Urinary Tract Infection

European School of Urology Nurses

Kralow, Polen

Urinary Tract Infection | European Association of Urology Nurses - EAUN (uroweb.org)

20.-21. september

FSUIS Landskursus

Afholdes på Hotel Kolding Fjord

Fjordvej 154, 6000 Kolding OBS

Hold jer opdateret om evt. ændringer for kurser/programmer
via kongressernes hjemmesider.



Urinary Tract Infections

5th Course of the European School of Urology Nursing
9-10 September 2022, Krakow, Poland

Join us at the 5th ESUN Course in Krakow

This course gives an update in the field of urinary tract infection, with hands-on and applicable recommendations from Europe's top experts. If you have minimum 2 years working experience in urology, treat patients with urinary tract infections and teach other health care professionals how to treat them, then this might be the right course for you.

The course combines all the best features of an educational event – interaction, group work, latest updates and established evidence-based recommendations.

The preliminary programme consist of the following modules:

- Module 1 The aetiology of UTI
- Module 2 Microbiology and use of antibiotics – AB resistance
- Module 3 UTI in people with indwelling catheter
- Module 4 UTI in people performing intermittent catheterisation
- Module 5 Group work – Assessment of UTI
- Module 6 Prevention and treatment of UTI in people with indwelling catheters
- Module 7 Assessment of UTI in people performing CISC – the UTI risk model
- Module 8 How to educate patients to prevent UTI
- Module 9 Enhancing adherence to CAUTI guidelines
Group work continued, including a UTI prevention plan for one's own clinic, evaluation



Registration fee for the full course is €100 for EAUN members and €135 for non-EAUN members.

30 places available.

The EAUN covers your hotel arrangement for one night and reimburses your travel (flight only).

Please send an email to a.sgravenmade@congressconsultants.com before 15 May 2022. A selection will take place based on experience, work environment and educational background. For more info please visit www.eaun.uroweb.org

We are looking forward to receiving your application!

The Organising Committee:

Susanne Vahr (DK) & Stefano Terzoni (IT)

Registration open: 7 March 2022
Registration closes: 15 May 2022

This course is supported with an educational grant from Coloplast

eaun European Association of Urology Nurses

