

# VANDPOSTEN



Fagligt Selskab for Urologisk Interesserede Sygeplejersker



Medlemsblad for urologisk interesserede sygeplejersker

FSUIS december 2019



**Isiris®α**

 **Effektiv**

 **Ressourcebesparende**

 **Fleksibel planlægning**

 **Sikkerhed**



For yderligere information se [www.isiris-scope.com](http://www.isiris-scope.com)

 **Coloplast**  
Interventional Urology

**Isiris®α**

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

## Redaktion

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



E-mail: [kjansen@bkmedical.com](mailto:kjansen@bkmedical.com)

Annette Hjuler  
Center for vandladnings-  
forstyrrelser  
Universitetshospital  
Skejby, 8200 Århus N.  
Tlf. 7845 2735  
E-mail: [annehjul@rm.dk](mailto: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](mailto:jane.meinung.nielsen@regionh.dk)



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



Jannie Wolfgang  
Eiskjær  
Hjemmesygeplejen  
Petersborgvej 67,  
9000 Aalborg  
Tlf. nr. 9931 5671  
Email: [jaei-aeh@aalborg.dk](mailto:jaei-aeh@aalborg.dk)



Grafisk produktion:  
Identi reklame- og onlinebureau ApS  
Tlf. 30 28 33 00. [kontakt@identi.dk](mailto:kontakt@identi.dk)

## Indhold

Side

Fra formanden .....	4
Bestyrelsen .....	5
"Når man bliver gammel" .....	7
Nefrostomikatetre .....	10
Urinprøvetagning, skift af KAD og behandling i forbindelse med urinvejsinfektioner .....	13
Referat FSUIS generalforsamling 2019 .....	15
FSUIS bestyrelsesberetning 2019 .....	18
Nordisk Urologisk Forum, Island juni 2019 .....	20
NUF Congres Island 5.-8. juni 2019 .....	22
Mødet med det grønlandske sundhedsvæsen .....	25
Aktivitetskalender .....	26
EAUN i Barcelona 15.-18. marts 2019 .....	30
FSUIS - Information fra bestyrelsen .....	31
EULIS2019 i Milano .....	33
EAUN satelite educational meeting, Aarhus .....	36
Medac Mindelegat .....	37
Urologisk Forum .....	38
Infobokse .....	39
Billeder fra Landskursus .....	40

Forsidefoto - Annette Hjuler:  
Efterår i Nanortalik Sydgrønland.

DEADLINE Vandposten juni 2020:  
Artikler, breve, annoncer og andet skal være redaktionen  
i hænde senest 15. april 2020.  
Email gerne til: [vandposten@gmail.com](mailto:vandposten@gmail.com)



Vandposten

December 2019





## Kære alle medlemmer

Endnu et år nærmer sig sin afslutning, igen et år hvor tiden er fløjet afsted, og det er igen tid til en ny udgave

af Vandposten, sidste udgave i 2019.

Selvom Vandposten er blevet til en elektronisk udgave, håber jeg i vil læse den og evt. dele med de af jeres kollegaer, som måske ikke er medlem af FSUIS. Denne udgave af Vandposten indeholder igen en lang række gode og faglige indlæg, spændende historier og referater, og jeg håber i kan finde tid til at læse denne udgave.

Vi har i bestyrelsen afholdt dette års sidste bestyrelsesmøde. Et møde hvor vi har evalueret vores Landskursus 2019, som igen blev afholdt i september måned i dejlige omgivelser på Hotel Kolding Fjord. På vores landskursus i år satte vi igen rekord, vi var i alt 170 deltagere, et deltagerantal der aldrig har været så stort i FSUIS's 35 år lange historie. Jeg er som formand for vores faglige selskab meget stolt af dette, og jeg vil gerne takke oplægsholdere, udstillere og alle jer der deltog for at gøre vores Landskursus 2019 til så stor en succes – en flot måde at markere vores "halvrunde" jubilæum.

Bestyrelsen har konstitueret sig, og i kan se mere om dette forrest i bladet. Der vil ikke være valg til bestyrelsen før igen i 2021, dette skyldes vores vedtægtsændringer, som blev godkendt sidste år. Det betyder, at vi som bestyrelsesmedlemmer er valgt for en periode på 3 år i stedet for 2 år.

Vi kigger allerede fremad mod 2020, og vi er allerede nu i gang med at sammensætte et program for vores næste Landskursus. Et program hvor vi bruger jeres evalueringer til inspiration, så vi forhåbentlig igen kan skabe et Landskursus

med et stort deltagerantal, spændende oplæg, tid til fordybelse, tid til netværk og samvær og tid til det hele handler, nemlig vores kerneopgave, som er vores sygepleje. Sæt allerede nu kryds i kalenderen ved d. 15+16.september 2020.

Udover vores landskursus har vi også et nyt tiltag under udarbejdelse. Jeg kan ikke helt afsløre hvad dette tiltag præcis kommer til at indeholde, men jeg kan fortælle så meget, at vi arbejder på at etablere et to dages kursus-tilbud til jer medlemmer, dette kursus-tilbud skal ikke erstatte vores Landskursus, men det skal ses som et tilbud, hvor i som medlemmer får mulighed for at fordybe jer i et helt konkret emne indenfor det urologiske felt. Vi håber, at kunne udbyde dette kursus efteråret 2020, og der vil komme meget mere information herom henover de næste par måneder.

2020 byder også på diverse kongresser, møder, temadage, fagdage osv. Bestyrelsen vil være repræsenteret ved EAUN kongressen i Amsterdam i marts, på EAUN dagen i juni på Aarhus Universitetshospital og på møder og fagdage i samarbejde med DSR og de andre faglige selskaber.

Herfra skal der til slut lyde en stor tak for endnu et godt urologisk år til alle jer medlemmer, og jeg vil samtidig benytte lejligheden til at ønske jer alle en glædelig jul og et godt nytår.

Vi ses i 2020.

*På bestyrelsens vegne*  
*Formand 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: Marianelind11@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





### Er dine test resultater korrekte?

Op til 42% af alle dine urinprøver er kontamineret og giver falsk positive resultater. Steril prøvetagning kan reducere dette med op til 77%

(LaRocco et al. 2016).

## Unik steril urinprøvetagning

På opfordring fra hospitalspersonale har IVUS, i samarbejde med læger og sygeplejersker, udviklet et nyt sterilt urinprøvesæt.

- Det er ikke længere nødvendigt at hælde prøven fra kop til prøverør.
- Der er ikke længere risiko for at prøven hældes ved siden af.
- Det lukkede vacuumsystem sørger for, at urinen forbliver steril fra prøve til test.



### IVUS Urinkit IV-1020

- Berøringsfrit vacuum system.
- Hygiejnisk, effektivt og intuitivt.
- Steriliseret og klar til brug.
- Reducerer plastemballage med 60%

Kontakt: +45 4847 5070 | [www.in-vitro.dk](http://www.in-vitro.dk) | [info@in-vitro.dk](mailto:info@in-vitro.dk)

# “Når man bliver gammel” - Ældre multisyge patienter i en kirurgisk afdeling

Af Klinisk Sygeplejespecialist, MHH (Master i Humanistisk Sundhedsvidenskab og praksisudvikling), Kathrine Strømwig, Afdeling for Urinvejssygdomme, Sengseksnit 1, Herlev Hospital.

- Et masterprojekt om multisyge ældre patienter i en kirurgisk afdeling. Den geriatriske patient og sygdomme relateret til alderdommen i forhold til mestring af livets sidste fase (den 4. alder) og vurdering af livskvalitet. Et kritisk syn på Velfærdsstatens udvikling og Statens styringsmodeller, samt konsekvens for sundhedsvæsenet.

Middellevealderen for den danske befolkning er steget markant gennem de sidste 50 år. Andelen af ældre (65+) udgjorde i 1990 16% af den danske befolkning, 19% i 2017 og forventes at udgøre 24 % i 2050. Særligt aldersgruppen 85år+ er i stigning. Med stigende alder ses, at andelen der aktuelt har eller lever med eftervirkninger af en given sygdom stiger, således at hver 5. ældre (65+) lever med to eller flere samtidige sygdomme, også kaldet multisygdom. Set i lyset af dette, forventes der derfor, at flere ældre indlægges på hospitalerne, specielt aldersgruppen 85 år+.

Samtidig er den biomedicinske behandling i rivende udvikling. Sygdomme og tilstande der tidligere tog livet af mennesker, kan nu kureres eller i det mindste afhjælpes. Nye behandlinger tages i brug uden sikker evidens, der er ingen statslig prioritering af behandlinger og økonomien er under massiv pres. Det kan virke som om, at grænserne for hvad der er muligt at gøre/behandle rykker sig hurtigere end samfundet i almindelighed og sundheds-

væsenet i særdeleshed kan nå at forholde sig til og omstrukturere sig til; Men betyder flere leveår også flere gode leveår?

Der er publiceret mange studier under det overordnede emne "Ældre i Danmark", hvor én af de største er lavet af VIVE (Viden til Velfærd). Denne viser, at der er stor forskel på at være 65 år eller 85 år og at det derfor giver mening at dele "ældregruppen" yderligere op. Studierne viser, at mange ældre oplever en nedgang i fysisk formåen, kognitive evner og følelsen af god livskvalitet omkring de 80-85 år. De har ikke noget "reservekapacitet" af bruge af, når de bliver syge/indlægges på hospitalet. Denne periode i et menneskeliv betegnes af flere som den 4. Alder.

Tiden med New Public Management, der blandt meget andet sikrede standardisering og ensretning i sundhedsvæsenet men også medførte en søjleopdelte struktur i sundhedsvæsenet, hvor alle passer sit eget. Det kan opleves som noget nær umuligt at arbejde på tværs af specialer. Også indenfor Afdeling for Urinvejssygdomme Herlev Hospital, fortsætter opdelingen i sub-specialer, som skal sikre at de "nemme"/ ukomplicerede patienter følger standarderne for bedste pleje og behandling. Samtidig opleves en stigning i gruppen af ældre patienter der indlægges p.g.a. et "urologisk problem", men hvor det viser sig, at sygdomsbilledet er meget mere komplekst og ikke lige lader sig løse med en urologisk standardbehandling. Altså de



# Pushing the Boundaries of Your Urology Practice



bkSpecto

salgdk@bkmedical.com

patienter der ikke følger standarden; Svage, syge, dårlige patienter, som ikke "passer i kasserne". Her er der ingen retningslinjer eller vejledninger at læne sig op ad. Der er heller ingen faste behandlingsplaner at følge, og dagens stuegang beror på den enkelte læge og sygeplejerske. Der kan lægges behandlingsplaner, der ændres dagen efter, uden at patientens situation/tilstand nødvendigvis er ændret og der er en vis risiko for, at vi behandler bare fordi vi kan og ikke fordi det er det bedste for patienten.

Arbejdsgangene er under pres når standardtilgangen ikke slår til. Dette medførende en frustreret sygeplejepersonalegruppe, der ikke synes at vi hjælper disse patienter godt nok. Samtidig må der tages højde for, at læger og sygeplejersker, som udgangspunkt, har en forskellig uddannelse og dermed forskellig tilgang til patienterne. Groft set, kan man sige at lægers mål er at helbrede, redde liv; finde sygdom i patienten hvor i mod sygeplejerskers syn er på patientens samlede situation og målet er livskvalitet; de ser et menneske med sygdom. En patientcase i opgaven bidrager med gode eksempler på hvor svært det er i praksis, at bevare overblikket i et patientforløb med flere komplekse indlæggelser, hos en multisyg

ældre patient. Der opleves udfordringer med at vurdere, hvad der er den bedste behandling ud fra patientens synsvinkel og manglende inddragelse af patienten og pårørende i beslutningstagen. Der er risiko for at "autopiloten" slås til, når der tages beslutninger.

Konklusionen på opgaven blev bl.a., at vi i Afdeling for Urinvejsygdomme på Herlev Hospital, ikke har nogen strategi for hvordan vi, overordnet set, skal behandle den multisyg ældre patient. Der mangler viden om denne patientgruppe og der er plads til forbedringer i forhold patientinddragelse og viden om hvad patienten gør sig af tanker omkring deres situation og behandlingsønske.

Jeg vil slutte af med et citat fra Mogens Skadborg (læge, filosof mv), underviser i mit uddannelsesforløb:

"Man bør stille sig selv spørgsmålet; Kan gevinsten i levetid og livskvalitet ved en given behandling sættes i forhold til "bivirkningsprofilen", målt i lidelse under behandlingen og efterfølgende handicaps?"

*Ved yderligere interesse for masteruddannelsen MHH, emnet og/eller opgaven, kan jeg kontaktes på mail: [katrine.stroemvig@regionh.dk](mailto:katrine.stroemvig@regionh.dk) eller telefon 38682381*

## Nu kan du abonnere på nyheder

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

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

Log ind på [dsr.dk](http://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".

# Nefrostomikatetre

Af sygeplejersker urologisk afdeling Aalborg Universitetshospital, Henriette Jensen MKS, sygeplejerske med særlig klinisk funktion i udvikling og undervisning [Henriette.jensen@rn.dk](mailto:Henriette.jensen@rn.dk)

På urologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital, har vi (Henriette Jensen MKS/sygeplejerske, Beritt Pedersen, MKS/uroterapeut/sygeplejerske og Helle Haslund Post doc/ph.d/sygeplejerske), gennem flere år arbejde med projektet "Pigtail nefrostomikateter – en klinisk intervention".

Projektet blev påbegyndt grundet mange patienter, der behandles med et pigtail nefrostomikateter, og som kommer akut i afdelingen med problemstillinger såsom obstruktion af kateteret, displacerede kateter, spontanseponerede kateter, samt patienter som bliver akut indlagte grundet urosepsis. Der er lavet et 3 faset interventionsforskningsprojekt, hvor målet er at nedsætte antallet af patienter, der grundet komplikationer relaterede til pigtail nefrostomikateter kommer til akutte ambulante behandlinger og indlæggelser. Der er arbejdet med en tværsektoriel intervention.

I studie 1 blev der lavet en lokal manuel dataindsamling ved at gennemgå journaler på patienter, der havde et pigtail nefrostomikateter i 2013 og 2014. Der blev set på bl.a. indikation, komplikationer og antal skift af kateteret og genanlæggelser. Det viste sig, at forekomsten af patienter med et pigtail nefrostomikateter ikke var så stor som ventet, men kun bestod af ca. 150 patienter årligt, som oplever mange komplikationer.

Videre blev der i studie 1 lavet et litteraturstudie, som viste, at der ikke er meget litteratur omhandlende observation og pleje af patienten

med et pigtail nefrostomikateter, mens vi kun fandt 1 artikel med fokus på patientperspektivet. Vi havde derfor ikke et grundlag for at udvikle en intervention, men måtte ud at finde ud af, hvad der i klinisk praksis på tværs af sektorer er brug for.

I studie 2 valgte vi derfor at lave fokusgruppeinterview med sygeplejersker i egen afdeling, da vi gerne ville vide, om vi havde et fælles udgangspunkt og en faglig opdateret viden. Det viste sig, at vi informerede forskelligt og var ikke enige om, hvornår vi skal skylle på et pigtail nefrostomikateter. Videre var det tydeligt, at vi ikke havde en faglig opdateret viden omkring observationer og plejen af patienten med et pigtail nefrostomikateter. Der var således plads til forbedringer!

Vi tog kontakt til alle kommuner i Region Nordjylland og inviterede alle hjemmesygeplejersker, der inden for det seneste år, havde varetaget plejen af en borger med et pigtail nefrostomikateter. Vi lavede fokusgruppeinterview med hjemmesygeplejersker fra 5 kommuner, og det viste sig bl.a., at hjemmesygeplejerskerne ikke kan finde noget relevant forskningsbaseret litteratur om denne patientgruppe, de manglede fyldestgørende information fra hospitalet, de fik modsatrettede informationer fra urologiske sygeplejersker, manglede illustrerede vejledninger skriftlige som virtuelle, mens de efterlyste en mulighed for at foretage facetime opkald til urologisk afdeling, når de stod med et problem, som de ikke kunne løse. Hjemmesygeplejerskerne ville gerne sidemandsoplæres af den urologi-

ske hjemmesygeplejerske, da de vanligt bruger sidemandsoplæring.

På baggrund af ovenstående fund blev der udarbejdet illustrerede vejledninger, små film som eksempelvis viser, hvordan der skylles på et pigtail nefrostomikateter. Disse film og vejledninger findes på hjemmeside [www.rn.dk/nk](http://www.rn.dk/nk), hvor der også findes opdateret faglig viden, billeder af fx et indstikssted med tilfældigt rødme og et med infektion. Videre er der udarbejdet et E-læringskursus, hvor hjemmesygeplejersker og andre interesserede kan få sin viden om patienten med et pigtail nefrostomikateter opdateret og testet. Dette er den urologiske sygeplejerskes måde at sidemandsoplære kolleger i primær sektor og på andre hospitalsafdelinger. E-læringskurset kan tilgås via hjemmesiden.

I studie 3 er materialet pilottestet af sygeplejersker i egen afdeling, af hjemmesygeplejersker i 2 kommuner, af hygiejnesygeplejersker og i Statens Serum Institut. Ud fra pilottestene

er der foretaget relevante ændringer inden den tværsektorielle intervention er iværksat.

Alle læger, sekretærer, SOSA og sygeplejersker i egen afdeling og samarbejdspartnere på hospitalet har fået "Kick off" undervisning, mens vi i 10 ud af 11 kommuner også har givet hjemmesygeplejersker undervisning om projektet og interventionen. I alt har vi undervist over 200 personer.

Den tværsektorielle kliniske intervention startede d. 1. oktober 2018 og sluttede d. 30. september 2019, hvilket betyder, at vi aktuelt er i gang med at foretage en ny dataindsamling på de patienter, som i dette år er behandlet med et pigtail nefrostomikateter. Vi er spændte på, om denne tværsektorielle kliniske intervention har medvirket til at nedbringe antallet af akutte ambulante behandlinger og akutte indlæggelser hos denne patientgruppe.

## 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](mailto: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.



Behandle årsagen i stedet for symptomerne.

**elmiron®**



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

- **Nyt** Det første godkendte lægemiddel til behandling af BPS/ IC i EU
- **Anbefalet** ifølge EAU guidelines for behandling af BPS (grade A)<sup>4</sup>
- **Pålidelig & effektiv** Effektiviteten er bevist ved kliniske studier<sup>1</sup>
- **Sikkerhed** God tolerance<sup>1</sup>

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 hjælpestoffene 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. diarré, 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 revideres 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. Produktresumét kan vederlagsfrit rekvireres fra Navamedic AB. Emballagetype og pakningsstørrelser: HDPE-beholder med et forsejlet og barnesikret PP-låg med 90 kapsler. PVC/aclar-aluminiumsbliester med 90 (9 x 10) kapsler. Pris: 5 295,80 kr. ESP, omfatter ej generelt tilskud. Enkelttilskud kan ansøges. (16-10-2018). Udliveringsgruppe: B. Dato produktresumé: 05-2017. Indehaver af markedsføringstilladelsen: bene-Arzneimittel GmbH. Distributør: Navamedic AB, Krokslätts Parkgata 4, Mölndal, Sverige +46 31 3351190, www.navamedic.com. (2018-09-15)

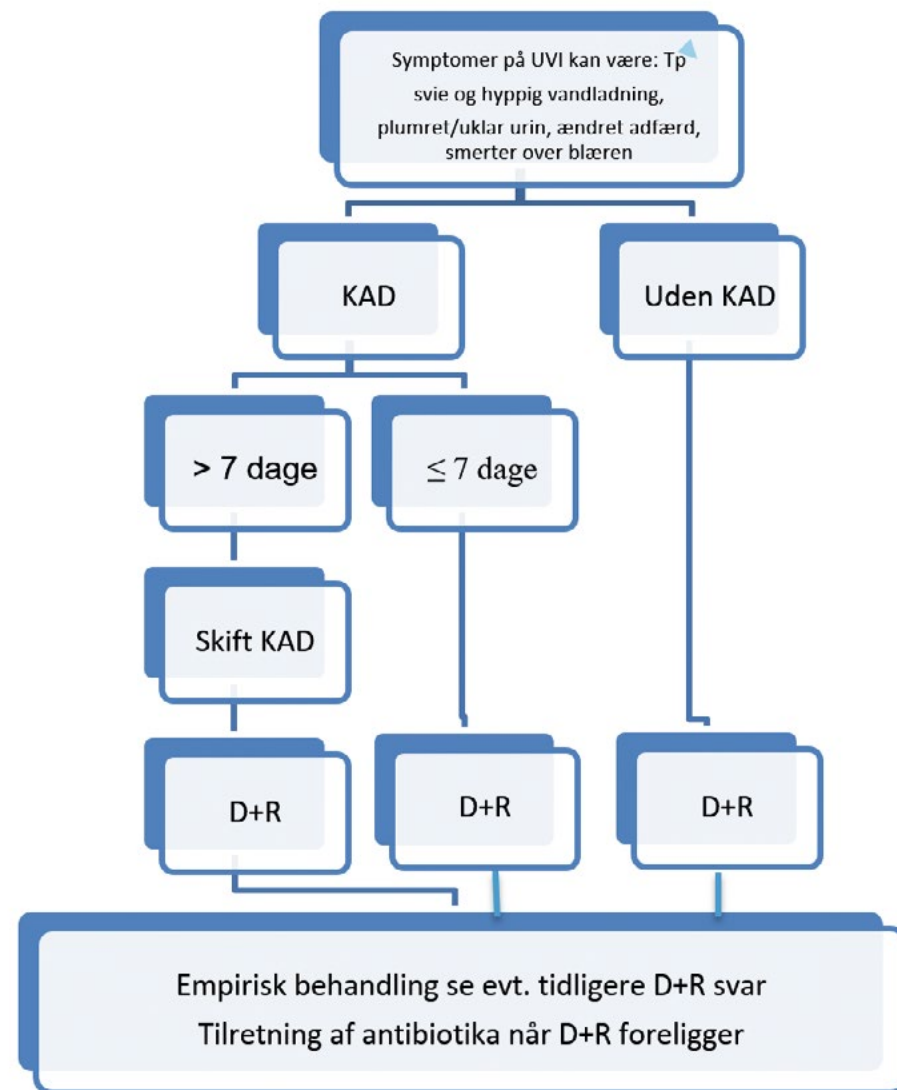


## Urinprøvetagning, skift af KAD og behandling i forbindelse med urinvejsinfektioner

Notat fra Klinisk Mikrobiologisk Afdeling, Herlev og Gentofte Hospital

Af: Valeria Antsupova, Afdelingslæge, Pb.D og Marianne Midttun, Hygiejnesygeplejerske MKS

### Til alle klinikere der behandler patienter med KAD



Urinstiks anbefales ikke til vurdering af UVI  
Ved effektiv behandling af UVI tages ikke kontrol dyrkning  
Ved manglende respons på behandling, kontakt KMA

1. Raz R, Schiller D, Nicolle LE. Chronic indwelling catheter replacement before antimicrobial therapy for symptomatic urinary tract infection. *The Journal of urology*. 2000;164(4):1254-8.
2. Babich T, Zusman O, Elbaz M, Ben-Zvi H, Paul M, Leibovici L, et al. Replacement of Urinary Catheter for Urinary Tract Infections: A Prospective Observational Study. *Journal of the American Geriatrics Society*. 2018;66(9):1779-84.
3. Tenke P, Kovacs B, Bjerklund-Jobansen TE, Matsumoto T, Tambyah PA, Naber KG. European and Asian guidelines on management and prevention of catheter-associated urinary tract infections. *International journal of antimicrobial agents*. 2008;31 Suppl 1:S68-78.
4. Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, et al. Diagnosis, Prevention, and Treatment of Catheter-Associated Urinary Tract Infection in Adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*. 2010;50(5):625-63.
5. Geng V, Cobussen-Boekhorst H, Farrell J, Gea Sánchez M, Pearce I, Schwenkesen T, et al. Catheterisation. *Indwelling catheters in adults. Urethral and suprapubic. Evidence-based guidelines for best practice in urological health care*. 2012

# Referat FSUIS generalforsamling 2019

Referent Karin Jansen

## Dagsorden

1. **Valg af dirigent.**  
Susanne Vahr
2. **Valg af stemmetællere.**  
Kathrine Strømvgiv, Herlev  
Henriette Jensen, Aalborg
3. **Valg af referent** – Karin Jansen vælges.
4. **Valg af revisor**  
DSR's revisor Deloitte&Deloitte
5. **Bestyrelsens beretning**  
se Bestyrelsens beretning 2019 - næste side
6. **Revideret regnskab**  
Jane Meinung:  
Problemer mht. at få annonceindtægter i kassen. Derfor kun lille annonceindtægt. Vil rettes om hurtigst muligt.  
Ny samarbejdspartner i DSR også årsag til problemet. Vandposten udkom i papirudgave dec. 2018, hvilket også gav ekstra udgifter.  
Regnskab godkendes.
7. **Fremlæggelse af budget**
8. **Kontingens uændret**
9. **Valg af 2 bestyrelsesmedlemmer og 1 suppleant.**  
Ingen nye opstillingskandidater.  
De to bestyrelsesmedlemmer og suppleanten, der er på valg, ønsker at genopstille.  
Erica Grainger:  
33 stemmer (bestyrelsesmedlem)  
Jane Meinung:  
43 stemmer (bestyrelsesmedlem)  
Mette Kliim:  
20 stemmer (suppleant).
10. **Indkomne forslag:**  
Et enkelt forslag fra bestyrelsen:  
Vedtægtsændring – se pkt. 11.
11. **Vedtægtsændring:**  
Kursusstøtte sættes op på 2.000,-, men i vedtægter står der, at FSUIS kun må uddele 15.000,- til støtte/år – ændres til 20.000,-/år.  
13.4. ændres til – se noter fra Rikke.
12. **Evt.**  
Susanne Vahr er fremover ikke medlem af bestyrelsen i EAUN. Bente Toft Jensen fremfører synspunkter i forhold til vigtigheden af at DK er repræsenteret. Faglig kvalitet i forskning og udvikling i løbet af de seneste 12 år, hvor vi har været repræsenteret.  
Opfordrer generalforsamlingsdeltagere til at være obs. på mulige emner til bestyrelsespost i EAUN.  
Stedet for afholdelse af Landskurset diskuteres.



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 kontingentopkrævning, invitation til Landskursus, nyhedsbreve, Vandposten osv., skal I sørge for at jeres medlemsoplysninger er korrekte.

Dette gøres på DSR's hjemmeside under jeres profiloplysninger.

FSUIS trækker medlemsoplysninger fra DSR's medlemsregister.







Mitomycin medac

## Mitomycin medac Lukket instillationssystem Ready-to-use



For yderligere produktinformation: [www.medicin.dk](http://www.medicin.dk) eller [www.produktresume.dk](http://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/m<sup>2</sup> 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 cytostatika og strålebehandling). Samtidig behandling med vinca-alkaloïder 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. Nyre 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. Nyre og urinveje: Nyredysfunktion. Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet: Feber. Mulige bivirkninger ved systemisk behandling: De mest almindelige bivirkninger ved systemisk administreret mitomycin er gastrointestinale symptomer som kvalme og opkastning samt 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. Hjerne: 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. Nyre og urinveje: Almindelig: Nedsat nyrefunktion, øget serumkreatinin, glomerulopati, nefrotoksicitet. Sjælden: Hæmolytisk-uræmisk syndrom (HUS) (almindeligvis dødeligt), mikroangiopatisk hæmolytisk anæmi (MAHA-syndrom). Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet: Almindelig: Ved ekstravasation: Cellulitis, 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](http://www.meldenbivirking.dk). E-mail: [dkma@dkma.dk](mailto:dkma@dkma.dk). **Udlevering: A. Emballagetypen og pakningsstørrelser:** Klart hætteglas (type I) med fluoropolymer-belagt brombutylgummirop og afrivelig aluminiumforsegling. 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](http://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](http://www.medicin.dk) eller [www.produktresume.dk](http://www.produktresume.dk).



Vandposten

December 2019



17

# Bestyrelsens beretning 2019

Af Rikke Knudsen

## Bestyrelsens beretning 2019

Bestyrelsens beretning for 2019 bliver igen i år fremlagt med "ro i maven". Vi har i bestyrelsen fået indarbejdet en struktur, beskrevet roller og funktioner og derved fået skabt et godt grundlag for bestyrelsesarbejdet. Dette grundlag giver en arbejdsro og en tryghed.

### Året der gik

Vi har afholdt 4 bestyrelsesmøder, derudover har vi som vanligt været repræsenteret ved div. møder under DSR og til kongresser i Barcelona og i Island.

### Medlemstal

Aktuelt 364 medlemmer, en lille nedgang i forhold til sidste år. Vi er tilfredse med vores medlemstal, vi forventer ikke at medlemstallet øges hvert år og der vil altid være lidt udsving i vores medlemstal. Vi skal dog som bestyrelse ikke "hvile på laurbærrerene", og som bestyrelse skal vi hele tiden arbejde for, at vi forbliver et fagligt selskab, som man har lyst til at blive en del af - vi skal forsøge både at ramme de helt nye sygeplejersker med også de erfarne.

Vi er sammenlignet med andre faglige selskaber et forholdsvis stort selskab, vi er et selskab med en lang historie og et godt grundlag, både historisk og økonomisk. Det er vores pligt som bestyrelse, at vi fortsat arbejder på at dette bevares.

### Samarbejdsflader

Vi har vores faste samarbejdsflader, hvor DSR er den største, idet vi er organiseret under DSR i forhold til samarbejdet med og omkring de faglige selskaber. DSR vil gerne støtte de faglige selskaber, og DSR er meget opmærksom på, at der skal laves en målrettet indsats for at bevare alle de faglige selskaber. Som nogle af jer måske før har hørt, blev der i 2016 fra DSR's side sat fokus på de faglige selskaber, fordi der generelt

ses et faldende medlemstal i de faglige selskaber. Det er DSR selvfølgelig kede af og de har de sidste år arbejdet på en løsning og en ny struktur i forhold til organiseringen og administrationen af de faglige selskaber. Arbejdet blev som nævnt startet i 2016 som et udviklingsprojekt, og vi har været repræsenteret i dette arbejde med Mette Kliim og Jane Meinung.

Det har været lidt en tung og lang proces, og desværre er der ikke kommet nogen løsning eller resultat ud af arbejdet, simpelthen fordi de faglige selskaber ikke kunne blive enige om en fælles model, som DSR havde fremlagt. Jane og Mette var i maj måned til et møde med DSR, hvor de fremlagde vores synspunkter ift. en fremtidig samarbejdsaftale med DSR.

Vi afventer et nyt udspil fra DSR ift. det videre arbejde og fortsætter indtil videre det eksisterende samarbejde med DSR.

### Samarbejdet med DSR indeholder:

Møder med de andre Faglige Selskaber x 1 årligt  
Møder i de lokale kredse  
Regnskabspakken, dvs. DSR håndterer vores regnskab og revision.

### DASYS/Dansk Sygeplejeselskab

Her har vi repræsentanter i Uddannelsesrådet – Ikke nogen repræsentanter aktuelt  
Forskningsrådet – Bente Thoft Jensen, AUH.

### SUNDHEDSSTYRELSEN:

Her er vi repræsenteret i div. samarbejdsgrupper, arbejdet er meget ad hoc i forhold til, hvornår der skal startes et arbejde i relation til pakkeforløb og andre retningslinjer.

Aktuelt har vi Bente Thoft Jensen, AUH repræsenteret i den arbejdsgruppe, der reviderer pakkeforløbet for patienter med kræft i urinvejene.

### EAUN:

Medlemskab af FSUIS pr. 1. december = medlemskab af EAUN det efterfølgende år.

EAUN-dag afholdes i Danmark en gang årligt, gratis at deltage. Næste gang er 11.6.2020 på Aarhus Universitetshospital.

### NUF:

Forsøg på at etablere et nordisk samarbejde, som I også hørte om sidste år. Vi var i juni i Island til dette års NUF kongres og mødtes med repræsentanter fra de andre nordiske lande. Vi diskuterede igen, om vi kunne gøre vores samarbejde mere formaliseret, men vi må erkende at det er en lidt lang og tung proces. Derfor har vi besluttet at starte med små skidt og i starten bruge de sociale medier til at få gjort vores nordiske sygeplejesamarbejde mere synligt. Gruppen kan findes på Facebook og hedder "Nordic Nurses In Urology" og alle kan blive medlemmer af denne gruppe.

### Faste aktiviteter

Landskursus 1 x årligt

Vandposten 2 x årligt – og nu i en elektronisk udgave.

Hjemmesiden er noget vi er begyndt at bruge mere – tak til Beritt for det store arbejde med løbende at få lagt nyheder på hjemmesiden.

Husk at abonnere på nyheder fra FSUIS, så får I en mail, når der er nyt på hjemmesiden

Uddannelsesstøtte a 2.000 kr. er uddelt 9 gange.

Det er en støtte alle kan søge – og gør det nu!

Vi vil gerne støtte jer medlemmer. Der er mulighed for at ansøge løbende henover året. Når man modtager 2.000 kr. forpligter man sig til at lave et indlæg til Vandposten

Legat – det må det egentlig ikke kaldes, men jeg kan ikke vende mig til at kalde det andet. Nå, men her har vi op til 15.000 kr., der deles ud en gang årligt og gives til udvikling og forskning.

Ansøgningsfrist var 30/6 2019. Når man modtager denne støtte, forpligter man sig til at holde oplæg på et fremtidigt landskursus. Vi skal for første gang i min tid som formand ikke uddele noget legat i år. Der har desværre ikke været

nogen ansøgere i år. Det er vi selvfølgelig kede af, men pengene er der jo og derfor har vi i bestyrelsen besluttet at gemme pengene og bruge dem på et nyt tiltag, som vi er ved at etablere. Vi er ikke så langt i arbejdet med dette tiltag, men I vil høre meget mere om det i løbet af det næste stykke tid – og de 15.000 kr. for legat 2019 er øremærket til dette nye tiltag.

### Fremtiden

Vi arbejder videre med vore faste aktiviteter og med, hvad der ellers måtte komme til hen ad vejen.

### Landskursus

2020 afholdes igen på Kolding Fjord. Herefter er der endnu ikke fastlagt kursussteder, noget som bestyrelsen skal arbejde med henover efteråret. Vandposten er gået elektronisk – vi skal arbejde videre med dette. Både i forhold til selve den elektroniske udgave i forhold til noget rent teknisk, men også i forhold til indholdet. Når jeg nævner indholdet, så vil vi – og nok mest redaktionsgruppen rigtig gerne modtage input fra jer, det kan både være gode ideer til indhold, det kan være indlæg store som små, det kan være fortællinger fra hverdagen, rapportager fra div kongresser el lign. Redaktionsgruppen har en mailadresse, som I kan kontakte dem på – og ellers er de jo også her i dag.

EAUN – Næste års kongres afholdes i marts i Amsterdam.

NUF – Næste kongres er i Finland i 2021.

### Og til slut

Så til sidst, som altid:

Vi modtager gerne indlæg til Vandposten.

Vi modtager gerne ris og ros, gode ideer.

Husk at betale jeres kontingent og opdatere egne oplysninger på DSR's hjemmeside, det er herfra vi trækker jeres medlemsoplysninger.

Tak til hele bestyrelsen for jeres store arbejde det sidste år, uden jer stod vi ikke her i dag.

Tak for opmærksomheden.



# Nordisk Urologisk Forum Island - juni 2019

Af Birgitte Tolstrup Nielsen og Gitte Uldal, Urologisk ambulatorium, Aalborg Universitetsbospital

Vi var 3 sygeplejersker fra Aalborg Urologisk Amb der i juni havde fået lov at få lidt luft under vingerne og deltage i NUF på Island – venligt støttet af bl.a. SUIS.

Vi oplevede både en læge og sygeplejefaglig interessant kongres, samt et Island der viste sig fra sin pæneste side rent vejræssigt, what's not to like. Programmet var lagt til rette så der torsdag eftermiddag var plads til en udflugt. Vi tog på roadtrip i lejet bil og havde en dejlig dag med vandfald, geysere og en tur i en naturlig opvarmet svømmepøl – ret specielt at kunne høre vandet koge i småsøer omkring os.



På kongressens første dag hørte vi en lægefaglig Joint session om Cancer Prostata – interessant for os der arbejder tæt på og med prostatakræft patienter, at høre hvilke retninger vi bevæger os i. Blandt andet har det jo i mange år været god latin at sige ”at urologer ikke anbefaler screening” – men nu blæser vindene i retning af at intelligent screening med flere parametre end bare PSA måske kan være med til at hjælpe os med at behandle de alvorlige kræfttilfælde og undgå at opdage de ikke alvorlige. Eet af redskaberne er MR scanning, og så blev vi præsenteret for et redskab der hedder 4KScore, hvor total-PSA, fri PSA, intakt PSA og hK2 (en blodprøve) regnes sammen og kan sammen med alder, DRE og evt. tidligere biopsistatus forudsige alvorlig prostatakræft med samme præcision som en biopsi.

En generel retning var også at vi skal tage færre, mere velovervejede biopsier – både aht patient og infektionsrisiko, - og evt bevæge os henimod perianale biopsier i stedet for rektale, idet infektionsrisiko er mindre.

Infektionsmæssigt har EAU lige meldt ud at de fraråder brug af Cifin ved TRUSP – men lokalt vurderer vores mikrobiologer ud fra lokale resistensmønstre at vi fortsat skal bruge Cifin. Men generelt oplevede vi at infektionsproblematikken med stigende grad af resistente bakterier ses på med stor alvor, da der ikke lige er nye præparater i Pipelinen.

På den sygeplejefaglige del vakte en poster fra Vejle og et indlæg fra Norge der begge omhandlede ambulante TUR-B stor interesse. Udsigten til at kunne gøre livet lettere for patienten og samtidig spare ressourcer på sygehuset er jo svær

ikke at blive begejstret for. Både i Vejle og Oslo var der positive erfaringer med at fjerne blærepolyper op til en vis størrelse ambulant, fordelene er åbenlyse: patienten sparer tid, møder færre personale, undgår bedøvelse – og sygehuset sparer de tilsvarende ressourcer. Og det viste sig at patienterne både oplevede det som trygt og med tilfredsstillende grad af smertedækning. Der blev helt sikkert hentet inspiration til at kigge på egne rutiner.

Og så var vi jo også så heldige selv at have en oplægsholder med, Beritt Pedersen fortalte om hendes og Henriette Jensens Projekt: Pigtail Nefrostomikateter – En Klinisk Intervention. Oplægget blev vel modtaget da deltagerne oplevede at det var både høj faglig kvalitet, praksisnært og anvendeligt og samtidig nytænkende indenfor vidensdeling. Projektet gik ud på at udvikle en web-app som gør viden omkring

det at pleje patient med pigtail nefrostomi let tilgængelig uanset om du står på medicinsk sengeafdeling i Sønderborg eller hos en borger i Harboøre. Web-appen indeholder undervisning og et E-læringskursus og en test man kan gennemføre for at checke egen viden. Et rigtig godt redskab for alle sygeplejersker i hele Danmark, og her i Nordjylland har alle sygeplejersker mulighed for at skype med os i urologisk amb, og få hjælp til problemløsning.

Link til web-app: <https://rn.dk/nk>

En del af at være på kongres er jo også ”frikvartererne”, hvor der snakkes med egne kollegaer, kollegaer fra andre sygehuse og repræsentanter fra de forskellige firmaer. Et godt mix hvor der også hentes inspiration til udvikling af de hjemlige arbejds gange og skabes netværk til mulige fremtidige samarbejder.



# NUF Congres Island

## 5-8. juni 2019

Af Vibeke Larsen, Urologisk Ambulatorium SVS Esbjerg.

Med støtte fra FSUIS fik jeg mulighed for at deltage i NUF i Island. Fra Sydvestjysk Sygehus i Esbjerg var vi 2 afsted- den specialeansvarlige sygeplejerske fra Urologisk sengeafdeling og jeg fra Urologisk Ambulatorium.

D. 5. juni var der Residents Day, der egentlig er et program for yngre læger. Vi spurgte om det var i orden at vi som sygeplejersker gik med og hørte de forskellige oplæg og det var det.

Det overordnede tema var vandladningsproblemer og hvordan patienter bør udredes. Dette var interessant for os at overvære da sygeplejersker i Urologisk ambulatorium hos os netop har disse patienter i vores LUTS- ambulatorium. Det "nye sorte" i LUTS-området er: "The Silver Tsunami, The underactive blæder og Polypharmacia and the anticholinergic load" Der var stort fokus på hvordan vi netop nu får rigtig mange patienter henvist med vandladningsgener. Det blev kaldt "The Silver Tsunami" som beskriver den voksende ældre befolkningsgruppe der "oversvømmer" vores ambulatorier og afdelinger med problemer de ønsker løst. De er fra den generation der kaldes baby-boomers – efterkrigsgenerationen også beskrevet som selvbevidste og krævende.

Den underaktive blære – slap blære – hvordan det skal behandles med fjernelse af evt. obstruktion, RIK, bækkenbundstræning og sacral nervestimulation.

Polyfarmaci – brug af flere forskellige lægemidler ved én patient – og den anticholinerge byrde. Dette er specielt noget vi skal tænke på ved patienterne under udredning og behandling.

D. 6. juni startede sygeplejeprogrammet og her havde jeg set frem til et oplæg om kroniske blæresmerter. Bladder Pain Syndrome - A

retrospective cross-sectional survey of a hospital population (2010-2018) with focus on demographic characteristics and intravesical treatment modalities, præsenteret af en norsk sygeplejerske og Bladder pain syndrome / Chronic care model ligeledes præsenteret af en norsk sygeplejerske.

I mit daglige arbejde oplever jeg hvor svært det kan være at hjælpe disse patienter og vi har ikke en instruks eller model vi som sygeplejersker kan bruge i udredning og behandling/opfølgning ved patienter med kroniske blæresmerter. Derfor har vi brug for inspiration til hvordan vi kan strukturere vores arbejde.

Ved den første præsentation havde de undersøgt 119 patienter, 8 mænd og 111 kvinder. Gennemsnitsalderen var 59 år (45-70 år). 50 patienter havde afsluttet behandlingen, 59 fik stadig behandling og 10 var enten overført til andre sygehuse eller er døde. 87 blev behandlet med Uracyst, 18 med Cystistat, 6 med Ialuril, 7 med Gepan og 1 med Hyacyst. Ud af de 119 patienter ændrede man behandlingen til et andet præperat ved 50 patienter og 69 patienter modtog den samme behandling i hele perioden. Undersøgelsen siger ikke noget om hvorfor man vælger det ene præperat frem for det andet eller hvorfor man ændrede behandlingen. De kom derfor frem til at de har brug for at strukturere deres behandling og opfølgning hos denne patientgruppe.

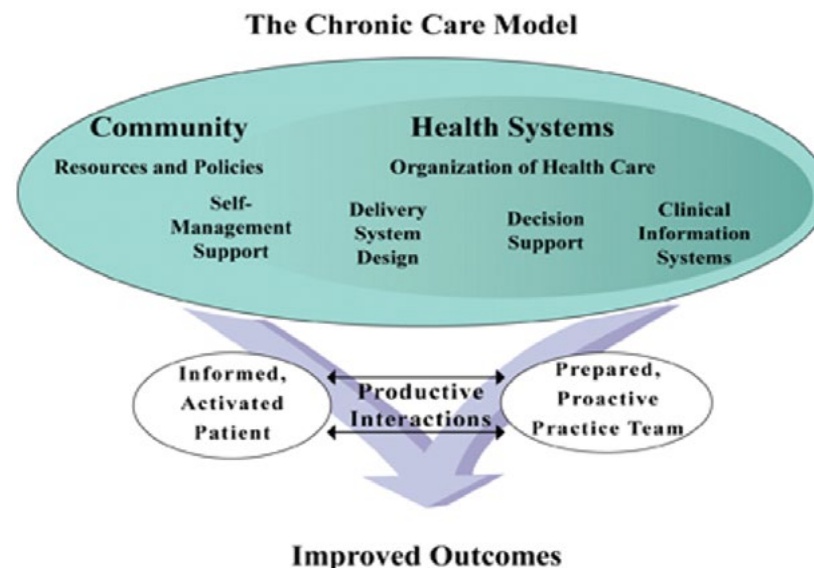
Ved den næste præsentation havde de set på kroniske blæresmerter i lyset af de internationale guidelines og modellen for behandling af kronisk syge. Her kom de frem til at ifølge EAU guidelines skal man diagnosticere på baggrund af smerte og ubehag og udelukke andre sygdomme ved grundig anamnese og diverse

undersøgelser. Dette kan man kun gøre ved at bruge et spørgeskema. Her viste de et VAS-score skema til vurdering af smerterne og et spørgeskema der hedder O'Leary/Sant symptom Index og Pelvic Pain and Urgency/Frequency Patient Symptom Scale. Det er redskaber vi kan bruge til at udrede og følge op på patienterne.

Da kroniske blæresmerter er en kompleks sygdom og svær at diagnosticere skal man tilgå

patienterne ved hjælp af "The Chronic Care Model". Denne model bygger på:

- patientorienteret sundhedsvæsen fremfor sygdomsorienteret,
- styrkelse af patientens egenomsorgsevne via uddannelse,
- koordineret tværsektorielt patientforløb,
- proaktiv indsats fremfor reaktiv indsats,
- indsats tæt på patientens eget miljø.



Developed by The MacColl Institute  
© ACP-ASIM Journals and Books

Dette viser blot at det ikke er nok med diverse behandlinger vi kan give patienterne. Samtidig med behandlingerne skal vi undervise og motivere patienterne til bedre at kunne håndtere symptomerne.

Det var et spændende oplæg og det er altid motiverende at se hvordan andre udreder og behandler og kan give inspiration til at ændre arbejdsgange.





Besøg vores  
portal her:  
[nbi-portal.eu/uro](http://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](http://nbi-portal.eu/uro).

### OLYMPUS DANMARK A/S

Tilpovevej 48-50, 2750 Ballerup, tlf. +45 44 73 47 00, [kontakt@olympus.dk](mailto:kontakt@olympus.dk), [www.olympus.dk](http://www.olympus.dk)

## Mødet med det grønlandske sundhedsvæsen

*Af Kontinenssygeplejerske Annette Hjuler, Klinik for bækkenbundslidelser, Skejby*

Midt i august rejste jeg til Grønland for at arbejde. I skrivende stund har jeg en måned tilbage inden jeg atter møder op i KBL i Skejby. Da beslutningen var taget om at forsøge sig i det grønlandske, gik forberedelserne i gang. Der blev skrevet regelret ansøgning og CV` blev opdateret. Der blev søgt om grønlandsk autorisation og udfærdiget børneattest og på tro og love erklære at jeg ikke var MRSA smittet. Når man har søgt arbejde i Grønland, har man krav på orlov fra sin arbejdsplads, da der findes en regel der siger at Danmark skal hjælpe Grønland. Man kan med meget kort varsel meddele at man rejser til Grønland og arbejder. Jeg orienterede dog min arbejdsgiver i god tid. Tilfældighederne bød at det blev i Sydgrønland. Byen/øen er Nanortalik og ligger i Kujalleq kommune. Her er ca. 1400 indbyggere og dertil hører tre bygder Aappilattoq 100 borgere, Narsarmijit 60 borgere, Tasiasaq også med 60 borgere.



Når man er ansat i 3 måneder eller derover har man ret til, at få sendt 100 kg gods omkostningsfrit herop. Det giver mulighed for, at man kan have personlige ting med som gør den bolig man får anvist, mere personlig og hyggelig. Når man er ansat under det grønlandske hjemmestyre er der en fast husleje på ca. 100 kroner i døgnet, incl. forbrug. Boligerne er meget forskellige, her i Nanortalik er boligerne fine. Jeg bor i et lille hus der er nyrenoveret indvendigt og er ved at blive det udvendigt. Der 7 minutters gang til min arbejdsplads. Andre kolleger bor i lejligheder.

Jeg arbejder på et sundhedscenter, der tidligere var sygehus der fungerede med operationsstue, fødestue mm. Der er stadig narkoseapparater og en masse kirurgiske instrumenter, som bare ligger og fylder fra fordums dage. Dog er fødestuen stadig opdateret, da fødsler jo kan forekomme før beregnet og så er det godt at være beredt. Som planlagt fødende indlægges man på regionsygehuset i Qaqortoq ca. 3 uger før forventet fødsel. Sygehuset ligger ca. ¾ times sejlads og ca. ½ times helikopterflyvning fra Nanortalik.

Her på sundhedscenteret er ansat en regionslæge. Han er stort set på 24/7. Arbejdsdagen er fra ca. 7.30 til 15.30, men ofte er der administrativt arbejde som laves om eftermiddagen efter "arbejdstid" og så er han selvfølgelig til rådighed, når der kommer akutte patienter.

Vi er tre sygeplejersker. Afdelingssygeplejersken Mette, der er garvet intensiv sygeplejerske, har arbejdet flere år i Nuuk og er meget dygtig.



# AKTIVITETSKALENDER

**6.-7. marts 2020**

Urologisk Forum afholdes på  
Trinity konference- og kursuscenter i Fredericia.  
Se mere på [www.urologiskforum.dk](http://www.urologiskforum.dk)

**20.-24. marts 2020**

EAUN kongres afholdes i Amsterdam.  
Hold dig orienteret på [www.uroweb.org](http://www.uroweb.org)

**24.-27. juni**

IUGA 45th annual meeting. Afholdes i Haag, Holland  
Hold dig orienteret på [www.iuga.org](http://www.iuga.org)

**11. Juni**

EAUN Satellite educational meeting.  
For nurses with interest in uro- and oncology  
Auditorium B, Aarhus University Hospital

## ESUN courses

The European School of Urology Nursing was started in 2014.  
Education and training is developed  
with the financial support of different companies.  
Hold dig ajour med emne, tid og sted på dette link:  
<https://nurses.uroweb.org/nurses/education-2/esun-courses/>

**26.-29. august**

ICS kongres afholdes i Las Vegas.  
Se [www.ics.org](http://www.ics.org)

**3.-6. september**

FSUIS Landskursus.  
afholdes på Kolding Fjord, Fjordvej 154, 6000 Kolding

Birgit der er hjemmesygeplejerske og garvet skadestuesygeplejerske og har arbejdet næsten alle steder her i Grønland. De to har jeg lært rigtig meget af. Og så er der mig, som er kommet uden for min urologiske komfortzone. Heldigvis har jeg mange års erfaring med i bagagen og man kommer langt med sin sunde fornuft og medmenneskelige indfølelse. Det er 40 timers arbejdsuge og to-tre gange om ugen har jeg vagttelefonen med hjem. Dvs. hvis der bliver ringet ang. en problemstilling eller en akut patient, der møder op, kontaktes den sygeplejerske, der har vagt. Noget kan klares via telefonen, andet må man møde op til. Er man kaldt om natten har vi ikke mulighed for at skåne, så en dag hvor man har været kaldt på arbejde om natten, kan være drøj at komme igennem.

Der er tre uddannede sundhedsmedhjælpere, de minder lidt om vores social og sundhedsassistenter. De har forskellige kompetencer. En kan tage blodprøver og betjene laboratoriet. En er uddannet i at tage røntgenbilleder og en er fødselshjælper. De er rigtig dygtige. Der er også et antal uuddannede hjælpere.

For år tilbage omstrukturerede Grønland deres sundhedsvæsen og centraliserede, som vi kender det fra DK. De lokale kalder det ikke sundhedscenteret men sygehuset og det fungerer da også som sådant. Vi har plads til 8-10 indlagte patienter. Vi har haft akutte patienter med alvorlige tilstande som coma diabeticum, ileus, blødende mavesår og sepsis. De alvorligst syge evakueres til lokalsygehuset i Qaqortoq eller til Dronning Ingrid's Hospital i Nuuk. Ofte er man udfordret af vejret med storm og tåge og nu den kommende sne. Det kan gøre det umuligt at transportere patienter. Det kan være en prøvelse for både patient, pårørende og personale, idet situationen kan være så alvorlig at patienten kan dø inden den rette behandling kan iværksættes. Dog har disse forhold altid

været gældende i Grønland, så ingen forlanger det umulige. Vi har dog et par gange draget et lettelsens suk, når helikopteren med kvalificeret personale er fløjet afsted med en meget syg patient. Der er også patienter, der indlægges for at blive rettet lidt op både alment og ernæringsmæssigt, fordi de er kronisk syge eller har en cancerdiagnose. Mange har luftvejsproblemer og opblussen i bronchitis eller har fået pneumoni og har brug for en antibiotikakur, der evt. starter med iv-behandling de første par dage. Nogle har problemer derhjemme, kommer så lige på aflastning et par dage. Det kan være fordi manden drikker og banker konen. Hvis vi får meddelelse om at børn ikke passes pga. forældre, der er på druk eller er påvirket af stoffer, kan disse børn anbringes hos mennesker der er "tilgængelige" for at tage sådanne børn til sig, for en periode.

I disse tilfælde inddrages socialvagten fra kommunen. Nogle psykiatriske patienter findes forhutlede ude i byen og kommer til pleje et par dage. Når de har det nogenlunde, går de som regel herfra uden at meddele det. Når de ikke kommer tilbage, konstaterer vi blot at de er udskrevet. Mange er transitpatienter. Dvs. de bor i en af bygderne, der hører til området og har været på sygehuset i Qaqortoq, Nuuk eller DK. Nogle er også hos os for at blive set af tilrejsende specialister, f.eks. gynækolog, mediciner eller øjenlæge. Eller blot hos os til tjek af forskellig art: lægetilsyn, blodprøver eller rønt-



gen. Der er kun planlagt transport med båd eller helikopter en gang om ugen til bygderne og det er onsdag. Hvis patienten skal ses en mandag, kommer vedkommende onsdagen før og er så "tvangsindlagt" til følgende onsdag. De fleste hygger sig, fordi alle har nogen i byen, de kender eller er i familie med, så opholdet bruges også til besøg ude i byen. Nogle gange bliver besøgene "våde" og det er ikke tilladt at komme beruset tilbage til afdelingen. Så må de finde husly ude i byen hos venner eller familie.

I bygden er en depotforvalter som er ufaglært, og ofte har 2-3 småjobs, da man ikke kan leve af, at være depotforvalter. Denne person har fået lidt kursus og oplæring, men har ikke megen faglig viden. De har et lokale med forskellige hjælpemidler, forbindsstoffer, BT apparat, termometer og medicin. Der er en liste over den medicin der skal forefindes, f.eks. antibiotika, astmamedicin, Stesolid suppositorier til kramper og smertestillende medicin. Medicinen bestilles hos os via fax, vi pakker det ønskede og det sendes med helikopteren om onsdagen. Turen med båd fra bygderne tager mellem ½ og en hel time. Der ringes næsten dagligt fra en af bygderne. Beboerne kan selv ringe eller de henvender sig til depotforvalteren, der så formidler kontakten. Vi lytter til de symptomer der frembringes, spørger ind til disse og afgør hvor hurtigt der skal handles. Der kan også arrangeres Skypekonsultation med lægen eller en planlagt undersøgelse her i Sundhedscenteret ved først kommende lejlighed. I sjældne akutte tilfælde kan borgeren sejles hertil af en fra bygden, der har båd, hvis vejret tillader. Er der f.eks. hjertestop, må det gå som det kan, det er risikoen ved at bo afsides hjælpen.

Der er skadestue/ambulatorium dagligt mellem 9-14. Der er både planlagte og akutte patienter. Dagligt mellem kl 9-10 kan folk ringe og bestille tid. Den sundhedsfaglige person, der betjener telefonen, vurderer om det er noget,

der skal ses på samme dag eller det kan vente til først ledige tid.

I skadestuen ser jeg mange børn med forskellige symptomer og jeg har ikke erfaring med børn... - ud over mine egne! Nå, men det går meget godt og er jeg på for dybt vand, rådfører jeg mig med lægen og mine kolleger. Ofte er det ondt i ørerne, forkølelse, opkastning og børnesår. Det sidste er der meget af. Det kræver god og grundig hygiejne hos alle i familien og det kan være en udfordring, da ikke alle har bad og nogle gange er forældrene lidt sløsedede med vask og kommer gentagne gange med hele børneflokkene og til sidst må man ty til antibiotika. Fnat huserer også. Det kræver også god hygiejne og indsmøring med en speciel creme over hele kroppen - og hårvask med det samme, som anvendes til lus. Også til hele familien.

Vi fungerer også som hjemmesygeplejersker, da disse ikke forefindes i vores område. Patienter kommer til forbindskift og udlevering af medicindoseringsæsker. En lille flok psykiatriske patienter kommer til injektion af depotmedicin. Folk, der er kommet til skade på deres arbejde, møder også op. Snavs og fremmedlegemer i øjne, læsioner i forbindelse med brug af værktøj. En hel speciel gruppe er de, der har været i slagsmål og er faldet i forbindelse med beruselse. Dem ser vi dog mest i weekenderne og når der er udbetalt løn. Det er både mænd og kvinder i alle aldre. Der er indimellem sår, der skal sutureres, men heldigvis gør alkoholen sit til, at de forholder sig roligt. I øjeblikket har jeg 3 katetermænd, som jeg pusler med. De to har prostatacancer og kan ikke tømme blæren. Vi har forsøgt at seponere kateter a demeure og hos den ene og har opstartet RIK. Vi har desværre kun engangskateter ch 16 Nelaton. Det gik godt med disse katetre et par dage, men så blev det umuligt at komme igennem ved prostata. Nu har vi bestilt ch 12 og 14 med Tiemannspids. De to har nu begge KAD ch 12 med ventil. Den tredje mand har kronisk

mangelfuld blæretømning og deraf følgende UVI. Han er nu sat i forebyggende antibiotisk behandling og så må det gå, som det bedst kan. Han er af forskellige grunde ikke kateterkandidat. Vi har også tre patienter med colo/ileostomi. Birgit og jeg har i fællesskab fundet frem til hjælpemidler, der fungerer for disse patienter. Vi har en masse stomiposer/plader på lageret, som de to af patienterne heldigvis kan bruge. Forbindsstoffer mm har vi masser af. Lageret bærer præg af, at der har været skiftende vikarer, der har fundet det nødvendigt at skaffe noget hjem, som de fandt uundværligt. Nu er Birgit ved at få tingene i system. Hun har været her et år og bliver ca. 6 måneder endnu.

I skadestuen har vi en manual for procedurer og medikamenter, der kan anvendes i forskellige situationer. Desuden findes et opslagsværk D4, som er lignende vores E dok. Her kan også findes vejledninger til stort set alt. Da jeg startede heroppe printede jeg dem ud, jeg oftest brugte og snart var det rutine at behandle bidsår fra både dyr og mennesker. Håndtere patienter til medicinsk abort. Starte patienter i relevant antibiotisk behandling. Suturere sår mm. I Grønland er der udvidede kompetencer for sygeplejersker på områder, hvor det i DK altid vil være en læge, der foretager en given procedure. Dette er en nødvendighed pga. den spredte befolkning og færre sundhedsfaglige personer.

Al medicin er gratis for patienterne her i Grønland. Vi har apotek og udleverer i det daglige, hvis lægen har ordineret noget i konsultation. En gang om ugen kan der hentes lægeordineret medicin. Det er kun i to timer, så der er travlhed ved lugen og folk står ofte i kø helt uden for sundhedscenterets indgang. Der findes et lille hæfte med "Lægemedler i Grønland". Her er beskrevet hvilke midler, der findes til de forskellige organsystemer. Disse lægemedler skal forefindes i alle distrikter, selvfølgelig afpasset efter forbrug. Til overaktiv blære findes

der kun Tolterodin. Til LUTS symptomer findes Finasterid og Xatral og for rejsningsbesvær er det Tadalafil eller Vizarsin. Lokal hormon findes som Vagifem. Således forenklet...

I Grønland findes en del patienter med Tuberkulose. Når der konstateres udbrud, isoleres patienten hos os i 14 dage, dvs. vi har procedure som ved MRSA. Efter 14 dages medicinsk behandling er patienten ikke mere smittefarlig og kan færdes som vanlig. Efterfølgende er patienten i medicinsk behandling i 6 måneder. Der er smitte opsporing og hjemmet skal grundig rengøres inden patienten sendes hjem. Der er helt faste procedurer for håndtering af TB. Hvis vi møder patienter, der har tabt i vægt, har manglende appetit, er trætte og har natte-sved, hoste og åndenød og evt. ekspektoration, tænker vi på TB.

Der er også rigtig mange der har clamidia og gonoré. Sygdommene konstateres via urinprøve. Når vi får et positivt svar, ringes der til den smittede og de møder op her i sundhedscenteret og får behandling. Behandlingen er forholdsvis enkel med antibiotika som engangsdosis, 4 tabletter og en indsprøjtning! Samtidig tilbydes kondomer, som også er gratis. Enkelte tager imod, andre ryster på hovedet. Det er vigtigt med forebyggelse og smitteopsporing. Man kunne ønske sig en mere ansvarlig holdning til dette, da mange behandles gentagne gange.

Et spændende og afvekslende arbejde, der har krævet at hengemte kompetencer er fundet frem og støvet af. Jeg har meget søde kolleger og befolkningen er søde og taknemmelige. Dog skal man stikke en finger i sneen, inden man kommer med alt for mange gode ideer. Jeg kan varmt anbefale et ophold i Grønland. Søg på: Gjob.dk

Udover arbejdet har jeg nydt den fantastiske natur og gået fjeldet tyndt. Har plukket svampe og sortebær og spist en masse lækker fisk. Nydt det socialt med mine kolleger og andre jeg har lært at kende.



# EAUN i Barcelona 15.-18. marts 2019

Af Birgitte Vendelbo sygeplejerske/uroterapeut urologisk ambulatorium Herlev/Gentofte Hospital

Kongressen i år fandt sted i smukke Barcelona, hovedstaden i Catalonien.

Vi var 5 sygeplejersker fra ambulatorium og sengeafdeling, der rejste sammen, og vi blev modtaget med lunt forårsvejr og solskin, og det fortsatte alle dagene.

Den første dag foregik med hospitalsbesøg på Universitetshospitalet, hvor medicinsk fakultet er tilknyttet.

Hospitalet er bygget i 1906 og huser både flotte gamle bygninger og nyere tilbygninger. Det har et optageområde på 540.000 indbyggere.

Vi blev modtaget af to unge engagerede og fagligt stolte sygeplejersker, Noelia og Ana. De fortalte om den urologiske kliniks opbygning, hvor nefrologi er en del af speialet.

Der udføres radikale prostatektomier, cystektomier med robot, nyretransplantationer, sten og prostatakirurgi.

Der er rotationsordning for sygeplejerskerne hver 3. måned, så alle kan fungere i de forskellige specialer. Derudover har de sygeplejespecialister indenfor stomi og kræft.

Vi blev vist rundt i sengeafsnit, diagnostisk klinik, samt et stort venteområde, hvor pårørende kan opholde sig, medens patienten opereres. De kan følge med på en storskærm, hvor i processen patienten er. Meget informativt.

I den diagnostiske klinik udfører de cystoskoper, prostatabiopsier, anlæggelse af nefrostomi, ultralydsundersøgelser og små TURB'er.

Sygeplejerskerne har patienter til trykflow, blæreskylninger, Flow/res, RIK og kateterskift.

Noget der faldt i øjnene, var de fysiske rammer i hele klinikken, og hvor lidt plads der var både i undersøgelsesrummene og på sengestuerne.

Dokumentation på computer og medicinadmi-

nistration foregik på gangen i sengeafsnittet. Der var ingen mulighed for arbejde uforstyrret. De håber på en udvidelse af lokaler i fremtiden. Det var et meget inspirerende og interessant besøg.



Der var flere interessante og inspirerende indlæg på kongressen, dette er et par af dem.

## Living with Cauda Equina Syndrom(CES) ved Sygeplejerske V. Phe, Frankrig

Nogle af de patienter, som opereres for discusprolaps eller behandles for andre sygdomme i rygmærven, udvikler CES med blære/tarm/ seksuelle dysfunktion til følge. Manglende fokus på dette kan bevirke, at der kan gå lang tid inden en diagnostisering.

Livskvaliteten påvirkes langt højere end f.eks smerter eller manglende gangfunktion.

Med tidlig kirurgi genvinder 95% kontinens og normal blærefunktion indenfor 6 mdr. (Shapiro 2000).

Sygeplejersker spiller en vigtig rolle i støtte af patienterne ved diagnostisering, behandling og med at hjælpe patienterne til at mestre deres situation.

Tværfagligt samarbejde, både blandt specialer i hospitalsregi, og i primær sektor er altafgørende. Generelt er der kun små undersøgelser indenfor dette område og indlæggsholderen efterlyser kvantitative undersøgelser med et større antal

patienter, samt kvalitativ forskning til forbedring af livskvalitet og udvikling af mestringsstrategi.

## Animated narratives in a digital platform - a new way to inform radical prostatectomy patients, ved sygeplejerske Dennis Hansen, urologisk afdeling Herlev

Dennis Hansen præsenterede på bedste vis en videosession om Mit Forløb.

Mit Forløb består af en række animationsfilm med information til de patienter, der skal have foretaget radikal prostatektomi, og hver af dem omhandler en del af forløbet.

Det er for nylig blevet implementeret i afdelingen, og vil blive fulgt op af en patient tilfredsundersøgelse.

I nær fremtid indfører vi i afdelingen Mit Forløb til patienter, der skal have foretaget endoskopisk sten fjernelse.

Det var alt i alt en god og interessant kongres, men der var ikke så meget ny viden at tage med hjem, hvilket måske betyder, at vi er meget godt med i udviklingen her i Danmark.

## Information fra bestyrelsen



Når du indmelder dig i FSUIS har vi følgende regler:

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

**For at kunne stille op til bestyrelsen:**

Indmeldelse skal være foretaget og kontingentet skal være betalt før deadline for kandidatopstilling til Landskurset.

**Ansøgning om økonomisk støtte:**

Kræver 2 års medlemskab.

**Medac-Legat:**

Kan søges af medlemmer uden krav til medlemskabets længde.

\*Medlemskabet af EAUN er gratis for medlemmer af FSUIS.

*Bedste hilsner*

*Bestyrelsen FSUIS*





21st International EAUN Meeting

**eaun20**

21-23 March 2020, Amsterdam



## 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!

**eaun** European Association of Urology

## EULIS2019 i Milano

*Skrevet af Louise Lieberkind og Marianne Ejdrup, sygeplejerske med subspecialer i urinvejssten, Klinik for urinvejs sygdomme, Gentofte Hospital*

Vi er to sygeplejersker med subspecialer i urinvejssten. Vi laver nyrestensknuining (ESWL) af nyresten og sten i urinlederen.



*Marianne Ejdrup og Louise Lieberkind*

Vi har deltaget i EULIS19 i Milano. EULIS er et stort møde for urologiske læger og sygeplejersker med speciale i urinvejssten. I år var der på konferencen ca. 550 deltagere incl. oplægsholdere og industri. På konferencen var der, som tidligere, kun oplæg på to spor samtidig, hvilket gør det til et meget overskueligt program. Størstedelen af deltagerne er læger, men vi opfordrer sten-interesserede sygeplejersker til at deltage, da det er meget lærerigt og inspirerende. Vi var 3 sygeplejersker og 2 læger fra Gentofte Hospital, hvilket gav en tæt faglig

sparring og gav god inspiration til fremtidige drøftelser i vores stenteam.

Udover urologer deltager der ligeledes nefrologer med interesse for de metaboliske årsager til dannelsen af nyresten. EULIS bliver afholdt hvert andet år, i år var det 5. gang.

Alle oplæg, foredrag og posters har en relation til urinvejssten, det kan være metabolisme, de forskellige operationer, kostens betydning, nyresten hos børn, livsstil, diskussion af skop typer, hvilket skop man skal bruge osv. For os med stor interesse for sten, var det slaraffenland.

Vi havde fokus på ESWL, nyresten hos børn og kostens betydning.

### ESWL

Flere oplæg omhandlede ESWL af uretersten. Studier har vist, at ESWL af uretersten på 6-10 mm er lige så effektivt som RIRS. Det bekræftede vores erfaringer, da vi det sidste år haft større fokus på, at behandle uretersten med ESWL og det har været med god effekt.

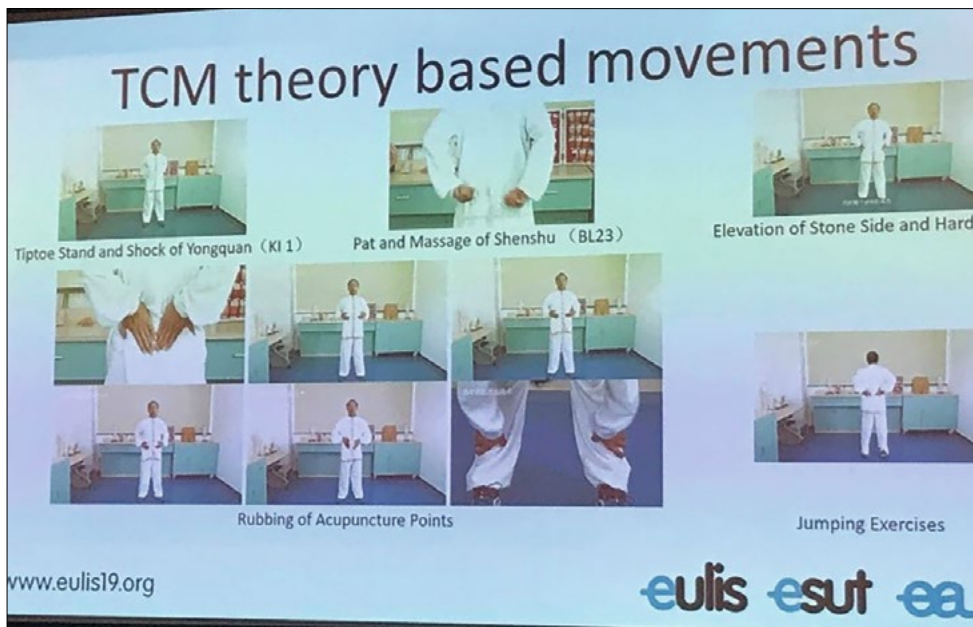
Et andet studie viste, at pt i AK-behandling har større risiko for at få et hæmatom i nyren også selvom de har pauseret antikoagulerende medicin.

Koblingen mellem slag hoved og pt er meget vigtig. Selv den mindste luft i geleen og hår på ryggen af pt tager effekten af slagene.

Man opnår det bedste resultat med ESWL af sten <10 mm og knap så godt på sten mellem 10-20 mm.

Et kinesisk studie viste, at fysisk aktivitet og akupunktur medvirkede til en bedre stenpasage. Der blev demonstreret forskellige øvelser.





En britisk sygeplejerske præsenterede en poster. Hun var startet på selvstændigt at lave ESWL. Hun måtte kun give NSAID som smertestil-lende, hvilket begrænsede behandlingerne. I Gentofte laver vi selvstændigt ESWL, vi giver subl. Abstral (Fentanyl) hvilket gør pt smertefri. Vi fik desværre ikke lejlighed til at dele vores erfaringer med den britiske sygeplejerske.

#### Nyresten hos pædiatriske patienter

Hvis et barn danner nyresten skal de altid metabolisk udredes. Hos 70-80 % af børnene er nyrestenen et symptom på en anden sygdom. En del skyldes en genfejl, dem er der ikke nogen behandling for, men det er ofte vigtigt for for-ældrene ro at kende årsagen til stendannelsen. Hvis et barn har tidlig debut som stendanner, har bilateral sten eller meget store sten skal man mistænke nyresygdom. Børn kan kvittere nyresten op til 12 mm. Børn der danner nyresten skal drikke en stor mængde væske. Et barn på 4-8 år anbefales at drikke 1,2 l væske + 0,5 l væske i kosten. Et

barn på 9-13 år skal drikke 1,8 l væske + 0,6 l i kosten. 14-18-årige skal drikke 2,6 l væske + 0,7 l i kosten. Så det kræver en indsats for-ældrene.

#### Kostens betydning og livsstil

De vigtigste kostråd når man har tendes til at danne nyresten er:

Rigeligt væskeindtag, urinvolumen skal være minimum 2 l. Undgå for mange oxalatholdige grønsager, f.eks. rabarber og spinat. Nedsæt indtag af animalsk protein. Minimer indtag af sodavand, da fructosen deri øger udskillelsen af oxalat i urinen. Nedsæt saltindtag. Det er vigtig-tigt, at have et almindeligt indtag af calcium, da det binder oxalat i tarmene.

Der er en overvægt af stendannere i Mellemøsten sammenlignet med de vestlige lande. Det kan til dels skyldes deres kostsammensætning. De spiser mange oxalatholdige grønsager. De indtager mindre calcium i forhold til vestlige lande. De spiser ligeledes mere kød, som også kan øge risikoen for at danne nyresten. Klimaet

er varmt med øget svedsekretion til følge. Det kræver et stort væskeindtag, hvilket kan være svært at honorere.

Et studie hvor man sammenlignede aktive og inaktive kvinder viste, at gruppen af aktive kvinder dannede 16% færre nyresten. Det kan skyldes at tørsten øges og man drikker mere. Man får en bedre blodgennemstrømning og bedre nervestimuli. Der er ingen forskel på om du dyrker moderat eller høj intensiv sport.

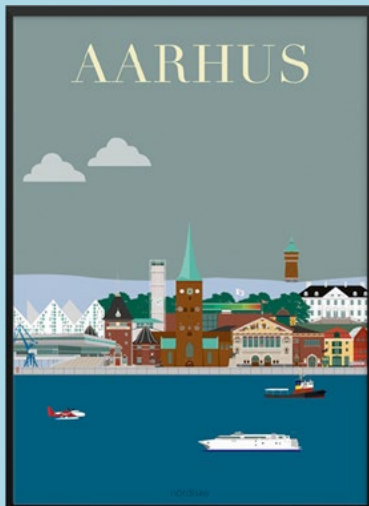
Der blev ikke repræsenteret nogen banebry-dende forskning. Men vi blev bekræftet i, at vi gør det rigtige og gør det godt, og det er også en vigtig take home message.

Foto TH: Hanne, Louise og Marianne

Nederst: Louise, Marianne, Malene og Mir



## First announcement



Courtesy of "Nordiske"

## 11<sup>th</sup> EAUN SATELITE RESEARCH & EDUCATIONAL MEETING

For nurses with interest in uro- and oncology

**11<sup>th</sup> of June 2020 08.30-16.30**

G206-142 (Aud. B), Aarhus University Hospital

Free registration:

[www.rm.plan2learn.dk](http://www.rm.plan2learn.dk) (search for EAUN)

For exhibition stand/sponsorship:

Susanne Skou: [Susanne.Skou@skejby.rm.dk](mailto:Susanne.Skou@skejby.rm.dk)

Bente Thoft Jensen: [benjense@skejby.rm.dk](mailto:benjense@skejby.rm.dk)



## Medac legat uddeles i år til



Overrækkelse af MEDAC-Legatet til Beritt Pedersen ved Henrik Lykkeby.

stilles og til pt. overgår til hjemmesygeplejen indtil 2 måneder efter operationen?

Patienter og pårørendes oplevelse af patientforløbet efter cystectomi.

Beritt Pedersen Urologisk Ambulatorium Aalborg Universitetshospital 2019.

**METODE:**

- Semistrukturerede interview med 15 patienter.
- Fokusgruppeinterview med de pårørende
- 2-3 interview.

Hvordan oplever patienter, som får lavet cystectomi på grund af kræft i blæren, og deres pårørende patientforløbet fra diagnosen

**HVAD SKAL PENGENE BRUGES TIL :**

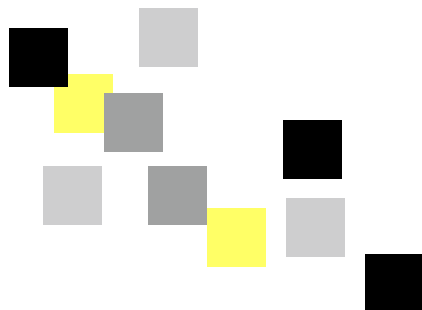
- Frikøb til interview, transskribering, analyse og fortolkning.





## Urologisk Forum

Efteruddannelse for læger og sygeplejersker



### Reservér tid til næste arrangement i Urologisk Forum fredag den 6. og lørdag den 7. marts 2020.

Emne: Blærefyldningssymptomer/Reservoirfunktion  
Blæretømningssymptomer/Tømmningsfunktion.

Wellspect  
HEALTHCARE

SYNEMED

bk  
medical

PHOTOCURE

medac

## Infobokse

Vidste du, at der ikke skal anvendes steril Klorhexidinholdig gel ved desinfektion af uretra ved kateteranlæggelse?

Læs mere på linket:

<https://hygiejne.ssi.dk/retningslinjer/aktuelt---nir>

Her kan du finde relevant urologisk viden i form af film, artikler, handleanvisninger o.a. Har du selv forslag til relevant viden, som du kan anbefaler, hører vi gerne fra dig.

### App:

Du kan hente app'en "Stop UTI" via App Store på iPad/iPhone.

### Urinvejsinfektion (UVI)

Information om RIK og forebyggelse af UVI, når der udføres RIK.

Udgivet af Wellspect Health Care og EAUN.

### Websites:

[www.rn.dk/nk](http://www.rn.dk/nk)

Observation og pleje af patienter med Pigtail Nefrostomikateter samt e-learningprogram.

(PRI står for Politikker, Retningslinjer og Instrukser og er Region Nordjyllands dokumenthåndteringssystem, hvor samtlige retningsgivende dokumenter for sundhedsområdet skal være tilgængelige.)

<http://nyrekateter.dk/>

Her vises skift af bandage og skylning af Pigtail nefrostomi kateter via tekst og film.

[www.ssi.dk](http://www.ssi.dk)

Statens Serum Institut.

Her finder du relevant og aktuelt viden om infektionshygiejne ex.

Forebyggelse af urinvejsinfektion i forbindelse med urinvejsdrænage og inkontinenshjælpemidler,

[www.ssi.dk/NIRuvi](http://www.ssi.dk/NIRuvi)

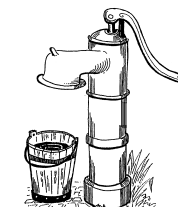
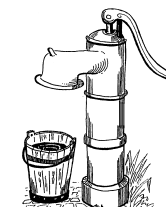
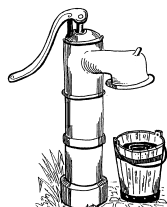
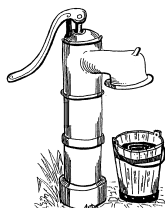
Om Håndhygiejne

[www.ssi.dk/NIRhaandhygiejne](http://www.ssi.dk/NIRhaandhygiejne)



# Billeder fra Landskursus 2019

- af Jane Meinung





COPA-foreningens formål er at varetage interesser for stomi- og reservoiropererede personer, samt personer med sygdomme der kan føre til anlæggelse af stomi/reservoir.

Læs mere på [www.copa.dk](http://www.copa.dk)



Stomiguident er for dig, der er ung - og som søger information omkring livet med stomi.

Der er på stomiguident et stort fokus på de mere dagligdags aspekter i det, at have stomi.



Læs mere på [www.stomiguident.dk](http://www.stomiguident.dk)

Stomiforeningen COPA tlf. 5767 3525

