

VANDPOSTEN



Medlemsblad for urologisk interesserede sygeplejersker

FSUIS juni 2020



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

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

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

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

OLYMPUS DANMARK A/S

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

Redaktion

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



E-mail: kjansen@bkmedical.com

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



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



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



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



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

Indhold

	Side
Fra formanden	4
Bestyrelsen	5
FSUIS Landskursus 2020 AFLYST	6
Tanker fra en kontinenssygeplejerskes hverdag med Corona/ COVID-19.	7
Legat fra FSUIS/FS 29	9
Tuberkulose i Grønland.	11
FSUIS er nu på Facebook	14
Opfordring til alle medlemmer af FSUIS	14
Skriv til Vandposten	14
Opfølgning efter fødselsrelaterede bristninger i mellemkødet både kort tid og længere tid efter fødslen. .	15
Information fra bestyrelsen	17
Tegnefilm som patientinformation	18
Fra kassererne	22
Forårsstemning i Nanortalik Sydgrønland	23
Aktivitetskalender	25
Urologisk Forum 2020	27
Infobokse	28

Forsidefoto - Annette Hjuler:
Forår i Nanortalik Sydgrønland.

DEADLINE Vandposten december 2020:
Artikler, breve, annoncer og andet skal være redaktionen
i hænde senest 1. november 2020.
E-mail gerne til: vandposten@gmail.com



Fra formanden



Kære alle medlemmer

Halvdelen af året 2020 er snart gået – og sikke et halvt år.

Man må sige, at COVID19 har lagt sig som en dyne over vores land - og har haft stor indflydelse på på vores vanlige liv, ikke bare i sundhedsvæsenet men også i vores private liv. Fester, konfirmationer, bryllupper, runde fødselsdage, koncerter, festivaler osv. er blevet aflyst eller udsat, men også faglige kongresser, efteruddannelser, uddannelser, møder osv. har mærket COVID19.

I bestyrelsen har vi også mærket COVID19, 2 af vores medlemmer har været sygemeldte med Corona, de er heldigvis begge friske igen. Vi har ikke afholdt bestyrelsesmøder, al kommunikation er foregået på mail eller telefon, og vi har heller ikke deltaget i nogen former for møder eller kongresser, som ellers plejer at være en del af det vi bruger vores tid på. EAUN i Amsterdam blev først udsat, og er nu helt aflyst og udsat til næste år. Dasys har udsat deres strategiseminar og DSR har udsat deres fagkongres, som forhåbentlig kan gennemføres til efteråret.

COVID19 får desværre også en stor betydning for vores Landskursus. Programmet har stort set været klar siden februar, og vi havde glædet os til igen at kunne byde jer velkommen på Hotel Kolding Fjord til september. Sådan bliver det desværre ikke.

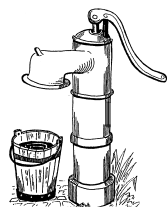
Vi har været nødt til at træffe en beslutning, og det er med stor ærgelse og frustration, at jeg desværre må meddele, at FSUIS Landskursus 2020 bliver aflyst. Vi har i bestyrelsen haft

mange overvejelser omkring dette, og vi er stadig i tvivl om det er den rigtige beslutning, men vi føler ikke, vi kan og tør gøre andet. Vores overvejelser går især på, om det overhovedet bliver muligt at afholde et landskursus med de restriktioner, der fortsat skal være, om i som medlemmer overhovedet får lov til at deltage, om vores økonomi kan klare et evt. "reduceret" landkursus ift. antal deltagere og om der kommer flere restriktioner, der kan have betydning for afholdelsen af vores landskursus. Vi har været i dialog med DSR omkring aflysningen, og vi kan som selskab selv træffe denne beslutning. Vi har ikke valg til bestyrelsen i år pga. de ændrede vedtægter, hvor vi som bestyrelsesmedlemmer sidder for 3 år af gangen, og en regulær generalforsamling kan enten udsættes eller helt aflyses hvis dette bliver nødvendigt.

Derfor, ingen landskursus i år, men vi kommer stærkt tilbage i 2021 hvor vi håber, at se mange af jer medlemmer på Hotel Kolding Fjord. Heldigvis kan Vandposten stadig udkomme på trods af COVID19, så glæd jer til at læse denne udgave, hvor vores redaktionsgruppe igen har gjort et stort arbejde for at sammensætte et spændende blad til jer alle.

Jeg vil på bestyrelsens vegne ønske jer alle en god sommer - og pas nu godt på jer selv og hinanden til vi ses igen.

*De bedste hilsener
Rikke Nygaard Knudsen,
Formand FSUIS*



Vandposten

Bestyrelsen FSUIS



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



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



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



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



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



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



Sekretær: Erica Grainger
Urinvejskirurgisk Afd. sengeafsnit
Aarhus Universitetshospital,
8200 Aarhus.
Tlf. nr. 7845 2711
E-mail:
ericgrai@rm.dk/ grainger@stofanet.dk



Juni 2020

AFLYST



Vi ses i 2021
21.-22. september
på Hotel Kolding Fjord

De bedste hilsner
Bestyrelsen FSUIS



Fagligt Selskab for Urologisk Interesserede Sygeplejersker



Tanker fra en kontinenssygeplejerskes hverdag med Corona/COVID-19

*Af Kontinenssygeplejerskerne
Jannie Eiskjær og Tina Raasted Herrig
Sygeplejen Øst, Aalborg kommune*

Vi er to kontinenssygeplejersker, der gennem 10 år har varetaget inkontinensfunktionen i et af Aalborg Kommunes distrikter med ca. 50.000 borgere. Udredning og behandling af inkontinensproblemer udføres ud fra principperne om Minimal Care og omfatter borgere med urin- og afføringsinkontinens samt stomi. Vi har desuden bevillingskompetencen af de relevante inkontinenshjælpemidler. Vi er begge ansat på 32 timer ugentlig med arbejdstid kl 7.30-15.30.

Kommunikation og sparring/vejledning om det praktiske arbejde foregår i vores daglige telefontid kl 8-9, hvor både samarbejdspartnere og borgere kan kontakte os.

Hjemmesygeplejerskerne og Hjemmeplejens personaler har også mulighed for kontakt på vores mobiltelefon hele dagen.

Endelig kommunikerer vi sygeplejefaglige problemer, løsning og andre nødvendige oplysninger med mono- og tværfaglige kolleger via vores dokumentationssystem CURA. Her har vi op til 7 dages reaktionstid.

LOCKDOWN UGE 1

Hvordan påvirker situationen med Corona kontinenssygeplejersken?

Tidligt i forløbet med Corona/covid-19 varsles vi om, at vi skal oplæres til at kunne varetage almindelige hjemmesygeplejerskeopgaver, hvis der bliver behov for det. Det vil sige, hvis antallet af smittede/karantæneramte hjemmesygeplejersker overstiger borgernes behov for sygepleje.

Mange spørgsmål melder sig hurtigt, når man ikke ved hvad og hvornår, man skal forberede sig på andre og ukendte opgaver.

Alle går rundt om den varme (Corona) grød og venter og venter på, at det hele (måske) vælter, så alle de erfarne som mindre erfarne hjemmesygeplejersker, hjemmeplejens social og sundhedsassistenter og -hjælpere, straks-oplærte demens- og udviklingssygeplejersker, fysioterapeuter og pædagoger kan komme ud at hjælpe de alt for mange Coronasmittede og -syge borgere i eget hjem, på akutafsnittet eller en af de til-formålet-hasterenoverede-og -åbnede-afdelinger i kommunen.

Ledelsens beslutninger for kontinenssygeplejersker:

Ingen fremmøder for plejehjemmet borgere hver 3. uge.

Ingen månedlig undervisning af distriktets hj.sgpl.

Ingen unødvendige borgerbesøg i hjemmet.

Udsættelse af kateterskift i samråd med kontinenssygeplejersken.

Kan en kontinenssygeplejerske overhovedet gøre en positiv forskel i inkontinenssygeplejen i alt dette her?

Da vi ikke kender tidsperspektivet for at blive sendt til oplæring i hjemmesygeplejerskens opgaver, overvejer vi i stedet for, om vi kan hjælpe med at minimere smitterisikoen for såvel hjemmeplejen som hjemmesygeplejen?

Kan vi minimere eller undgå, at der hos borgeren ikke bruges unødigt tid? At der skabes unødvendige situationer (og måske unødvendig risiko for smitte?)



Vi beslutter derfor, at vores mål for inkontinenssygeplejen i den ekstraordinære situation skal være:

- at borger har velfungerende inkontinenshjælpemidler, får færrest mulige besøg pga. inkontinenssygepleje/problemer og med anvendelse af mindst mulig tid.

- fremrykke opgaver, som forventes at frigive tid til senere (når/hvis det hele vælter).

- at bevillingsarbejdet håndteres hurtigst muligt, så evt. indlæggelse og ekstra besøg måske kan undgås

- at inkontinensviden og handlekompetencen til såvel hjemmesygeplejersken, plejepersonalet som borgeren fortsat skal påvirkes/styrkes, så handling hurtigere igangsættes og større egenomsorg opnås.

Indsatserne er egentlig ikke nye, men i Coronas tegn virker det endnu mere meningsfuldt og nødvendigt.

Hvad gør vi så konkret og lavpraktisk?

1. Den daglige telefontid kl 8-9 udvides med 2 timer kl 10-12.

Hermed kan plejepersonalet fra plejehjem og hjemmepleje samt borgere få hjælp til justering eller udredning for inkontinensproblemer.

2. Oplysningskort på kommunens leverandører af inkontinensprodukter med navn og telefonnumre samt kontinenssygeplejerskens ændrede kontakttider sendes til Hjemmesygeplejen, ledere på distriktets plejehjem og hjemmepleje mhp videreformidling/opslag.

Medarbejderne (nye som straks-oplærte) kan nu hurtigere agere ved bestilling af hjælpemidler hos borger i stedet for at kontakte kontinenssygeplejersken og forbruge unødigt tid.

3. Alle kateterskift (uretral/suprapubisk) fremrykkes og skiftes 1-3 uger tidligere end den planlagte tid.

Herved reducerer vi risikoen for, at kateteret stopper til, forbrug af unødvendig akut tid samt "spare arbejdstid" op.

4. Hjemmesygeplejersken og hjemmeplejen opfordres til at måle hulstørrelse på alle borgere med stomi (uro., ileo og colostomi), som de skifter bandage på.

Dette anbefales for at sikre, at hulstørrelsen er korrekt størrelse og form (1-2 mm luft omkring stomien), samt tjekke, om hulstørrelsen passer med en fastudstanset størrelse fremfor et manuelt klippet hul.

Herved spares personalets tid til klipning af hulstørrelsen samt en ensartet klipning sikres. Dette er ikke et nyt tiltag, men det er vigtigt nu for at undgå ekstra besøg.

5. Stomikomplikationer i form af hyppige lækager tager mange ressourcer for borgere og/eller det sundhedsfaglige personale, der håndterer bandageskiftet.

Vi opfordrer i højere grad borgeren eller sundhedsfagligt personale til at sende et billede af sin stomi og efterfølgende følge op med telefonisk vejledning og råd. Dette fungerer fint.

I andre situationer er det nødvendigt selv at tage på hjemmebesøg.

6. Nye ansøgninger af inkontinenshjælpemidler udføres i højere grad telefonisk. Borgeren instrueres grundigt i en evt. afprøvning af andet produkt telefonisk, hvis muligt. Alternativt aftales tid i Sygeplejeklinikken til oplæring. Repræsentanter fra de forskellige leverandører hjælper med levering af produkter ex. katetre, stomiprodukter direkte til borgeren til afprøvning i hjemmet.

7. Ledelsen og hjemmesygeplejerskerne holder dagligt Coronamøde kl 13-13.30, hvor Corona-relevante tiltag formidles.

Det er et godt møde, hvor alle kan stille spørgsmål til sygeplejen med de udfordringer den nye situation giver.

Vi deltager i dette møde og bidrager med små og store informationer eller løsningsforslag til en konkret udfordring.

8. Alle leverandører af inkontinenshjælpemidler kontaktes ang. forventninger og sikkerhed i levering af kontinensprodukter. Der er særlig fokus på, at der kun forventes udlevering af produkter svarende til det for kommunens aftalte kvantum. Hamstring må ikke foregå.

Hjemmesygeplejerskerne bedes sikre, at der hos borgere, der får skiftet kateter af hjemmesygeplejersken, altid har 1 kateter til rådighed i hjemmet samt sikrer genbestilling af 2 nye, når det sidste er anvendt.

LOCKDOWN UGE 6

Hvad så nu?

Vi er ikke sendt i oplæring i skrivende stund.

Vi får stadig mange inkontinensopgaver og mærker ud over bekymring for utilstrækkeligt lager af værnemidler og statistikker om antal syge, smittede og døde via medierne, ikke stor forskel i opgavernes antal og type.

Vi forsøger fortsat at sagsbehandle vores ansøgninger tidligere, være mere kreative i problemløsningen og forudse mulige situationer, hvor kontinenssygeplejen ikke fungerer optimalt med risiko for ekstra forbrug af sygeplejerskeressourcerne.

Forebyggelse er ikke kun afstand, sprit og få personer sammen.

Forebyggelse og proaktivitet er nødvendige tiltag, som gør en positiv forskel i den praktiske sygepleje, også i en Coronatid.

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.



Behandle årsagen i stedet for symptomerne.

elmiron®



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

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

elmiron® 100 mg hårde kapsler, hver hård kapsel indeholder 100 mg pentosanpolysulfatnatrium. Terapeutiske indikationer: elmiron er indiceret til behandling af smertefuld blæresyndrom hos voksne, karakteriseret ved enten glomerulationer eller Hunners læsioner, moderate til svære smerter, imperies vandladning og øget vandladningshyppighed. Kontraindikationer: Overfølsomhed for det aktive stof eller over for et eller flere af 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-aluminiumsblister med 90 (9 x 10) kapsler. Pris: 5 295,80 kr. ESP, omfatter ej generelt tilskud. Enkelttilskud kan ansøges. (16-10-2018). Udleveringsgruppe: B. Dato produktresumé: 05-2017. Indehaver af markedsføringstilladelsen: bene-Arzneimittel GmbH. Distributør: Navamedic AB, Krokslättis Parkgata 4, Mölndal, Sverige +46 31 3351190, www.navamedic.com. (2018-09-15)



Tuberkulose i Grønland

Af Annette Hjuler
Kontinenssygeplejerske, Klinik for Bækkenbundslidelser, Aarhus Universitetsbospital

I skrivende stund – i maj/juni 2020 arbejder jeg igen i Sydgrønland, i byen Nanortalik. Byen har ca. 1.200 indbyggere og tilhørende 3 bygder med hhv. 60, 60 og 80 indbyggere. Sygehuset blev for år tilbage lavet om til sundhedscenter med lægekonsultation, skadestue og en lille afdeling med plads til 10 indlagte patienter. I Vandposten december 2019 skrev jeg lidt om, hvordan stedet fungerer.

Denne gang vil jeg fortælle lidt om Tuberkulose (TB) i Grønland. Der kan drages mange paralleller mellem TB- Covid19-regime.

For os danskere er dette en sygdom vore forældre eller bedsteforældre havde og vi betragter den som udryddet i Danmark (DK). I perioden fra ca. 1946 – 1986 vaccineredes alle børn, der var tuberkulinnegative (hvis prøven var positiv, dvs. man havde været udsat for TB smitte, ville der komme en reaktion i huden, der hvor væsken var injiceret). Bakterien er dog hårdfør, kan både overleve i støv og frost. Nogle af os har måske mødt enkelte, der havde TB i blæren, eller var til observation for dette. Der er stadig TB i mange lande, bl.a. i Østeuropa. En del af os har været med til at behandle patienter med forstadier til kræft i blæren med instillering af BCG (Bacille Calmette-Guérin) i blæren. Virkningsmekanismen kendes ikke præcist, men den medfører en immunreaktion i blæreslimhinden, som gør, at unormale celler neutraliseres og afstødes.

Lidt historie. I begyndelsen af 1950` var Grønland et af de lande med den højeste forekomst

af TB, 1.835 tilfælde pr 100.000 indbyggere. På det tidspunkt var TB skyld i hvert 3. dødsfald. Man oprettede Dronning Ingrid's Hospital (DIH) i Godthåb (Nuuk), som fungerede som TB sanatorie, deraf navnet SANA, som mange betegner DIH i dag.

Man sejlede langs kysten med TB skibet Misigssût, for at nå ud til så mange som muligt og vaccinerede med BCG. Dette havde effekt og i 1980 var der kun 9 tilfælde pr. 100.000 indbyggere. Man slap tøjlerne lidt for meget ovenpå denne succes og i 1990 og frem til 2010 steg tallet til 100 nye tilfælde pr. 100.000 indbyggere. Det er vigtigt at have vedvarende fokus på sygdommen, så behandling kan iværksættes hurtigst muligt. Heldigvis har der kun været ganske få behandlingsresistente tilfælde.

TB er mest udbredt i Syd og Østgrønland, måske fordi her er flere fattige og flere socialt belastede miljøer, hvor mennesker bor tæt og på lidt plads. Risikofaktorer er også dårlig ernærings- og almentilstand og rygning. Man skal også have in mente, at socialt udsatte grønlandere i DK har en forekomst af 50 tilfælde af TB pr. år, altså højere forekomst end i GL. Nyfødte børn tilbydes vaccination med BCG, (dvs. forældrene skal før fødslen tage stilling til, om barnet skal vaccineres). Vaccinen har dog vist sig at have noget varieret beskyttelse overfor aktiv og latent lungeTB. Den bedste beskyttelse er mod tuberkulosemeningitis.

Symptomer på aktiv TB er vedvarende hoste > 3 uger, ekspektorat evt. blodigt, feber, nattesved, manglende appetit, vægttab og træthed. For at stille diagnosen sendes ekspektorat til D/R på Statens Seruminstitut. Der tages røntgen af thorax. Før behandling påbegyn-



Wellspect®
A REAL DIFFERENCE

OPDAG STYRKEN I ELLE

LoFric® Elle™ er klar til brug, et hydrofilt engangskateter med et ergonomisk håndtag, forbedrer kontrollen og giver mulighed for en ny hygiejnisk måde at kateterisere sig på.

Et valg der vil gøre en reel forskel!

Verdens første intermitterende kateter med et L-formet håndtag.



wellspect.dk



LoFric® Elle™

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

73515-SE-2019-06-11 © 2019 WELLSPECT. All rights reserved.

des, tages blodprøver: HIV test, hæmoglobin, leuco- og thrombocytter, CRP, creatinin, albumin, basiske fosfortaser, bilirubin, ALAT og D vitamin. Flere af de præparater, der anvendes i TB behandlingen kan give leverpåvirkning. Er patienten HIV-smittet, må der ikke umiddelbart opstartes behandling.

Når en patient har fået konstateret aktiv TB, opstartes behandling med 4 forskellige stoffer (Rifampicin, Isoniazid, Ethambutol og Pyrazinamid) samlet i et kombinationspræparat: Rimstar. Disse præparater virker både bakteriostatisk og baktericide. Der suppleres med B6 vitamin Pyridoxin der forebygger bivirkning (snurren i fingrene). Denne kombinationsbehandling gives dagligt i 2 måneder. Dette følges af 4 måneder med Rifampicin, Isoniazid og Pyridoxin.

De første 14 dage er patienten isoleret, selvfølgelig på enestue med eget badeværelse og må ikke forlade stuen. Ved pleje af patienten eller rengøringsopgaver på stuen, anvendes værnemidler: overtrækskittel, maske med visir og handsker. Dog må man servere mad og medicin og give en meddelelse uden at anvende værnemidler, hvis afstanden til patienten er 1 meter. De pårørende skal også anvende værnemidler. Der ønskes så få besøgende som muligt og kun en af gangen.

I øjeblikket har vi en ung mor på 22 år med sin baby på 8 måneder indlagt i isolation. Det er en pige fra bygden og hun klarer fint at være indlagt.

I oktober havde vi en kvinde i 50-erne indlagt på samme måde. Hun blev samtidig rygeafvænnet. Om det holder vides ikke!

Behandlings compliance er meget vigtig af hensyn til patientens helbredelse, forebygge at andre smittes og forhindre resistensudvikling. Det kan være meget svært at følge medicinsk

behandling i 6 måneder, især for socialt udfordrede. I hele perioden udleveres medicin til en uge af gangen, der tilbydes månedlige blodprøvetjek og snak med sundhedspersonalet angående evt. bivirkninger af medicinen. Alkohol frarådes naturligvis i hele behandlingsperioden, hvilket er meget svært og nærmest umuligt for en del patienter. Det kræver ofte kreative løsninger, for at fastholde patienten i behandlingen. Nogle gange må patienten opsoeges i hjemmet og have medicinen i hånden, nogle har en håndfast pårørende til at sørge for at patienten tager medicinen. Enkelte har påbud om dagligt at møde op i sundhedscenteret for at få medicin. Dukker de ikke op, er det portøren der må ud og lede efter patienten. I bygderne er det vanskeligere at styre behandlingen, da det er en "depotbestyrer", der er såkaldt sundhedsfaglig. Det er ofte en almindelig borger med begrænset viden fra nogle kurser og ofte en af "deres egne", der som tager del i "festlighederne", når disse byder sig.

Når en patient er fundet med aktiv sygdom, starter opsporing af evt. andre smittede. Målsætningen er at finde den person, der har smittet patienten og finde de personer, som er smittet af patienten. Opsporingen starter i husstanden, altså dem man bor sammen med. Herefter ser man på nærkontakter. Hvem er patienten sammen med i længere tid ad gangen, besøgende i hjemmet, kolleger, børn i institutioner.

Man kan også have latent TB. Dvs. man er smittet med TB, men man er ikke syg og man kan ikke smitte andre. For at undgå at udvikle aktiv sygdom, tilbydes Isoniazid dagligt i 6 måneder. Om en patient tilbydes forebyggende behandling, afhænger af vedkommendes risiko for at udvikle aktiv sygdom. Latent sygdom kan påvises ved positiv QuantiFERON test, som er en blodprøve.





**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 1. maj.

Deadline for december nummeret er 1. november.

Opfølgning efter fødselsrelaterede bristninger i mellemkødet både kort tid og længere tid efter fødslen

- Resultater fra et ph.d. projekt blandt førstegangsfødende kvinder

Af Ditte Gommesen, Ph.d., jordemoder og uroterapeut, Gynækologisk Obstetrisk Afdeling D

Ditte.Gommesen@rsyd.dk

Det overordnede formål med projektet var at undersøge sammenhængen mellem fødselsrelaterede bristninger i mellemkødet og materntelt helbred både kort tid efter fødslen og på længere sigt blandt førstegangsfødende kvinder. Suturering af spontane fødselsrelaterede bristninger eller episiotomier er et af de mest almindelige kirurgiske indgreb blandt kvinder, og mere end 80 % af førstegangsfødende kvinder bliver sutureret efter en vaginal fødsel. Kvinder, der brister i deres mellemkød, kan opleve problemer med infektion og suturskred i tiden lige efter fødslen, mens blandt andet anal inkontinens og seksuel dysfunktion kan udvikle sig på længere sigt. Perineale bristninger klassificeres som: - Grad 1 bristninger: Involverer kun huden i perineum - Grad 2 bristninger: Involverer perineale muskler, men ikke den anale sphincter - Grad 3 bristninger: Involverer den anale sphincter - Grad 3a: mindre end 50% af den eksterne anale sphincter (EAS) er bristet - Grad 3b: mere end 50% af EAS er bristet - Grad 3c: den interne anale sphincter (IAS) er bristet. - Grad 4 bristninger: Involverer EAS og IAS samt den anorektale slimhinde.

Projektet var et PhD projekt og bestod af tre del studier.

I studie 1 var formålet at undersøge risikofaktorer for bristninger samt forekomsten af sårinfektion eller suturskred og sammenhængen med graden af bristningen. I det andet studie var formålet at undersøge sammenhængen mellem graden af bristning og forekomst af anal

inkontinens 12 måneder postpartum, mens det i studie tre var at undersøge sammenhængen mellem graden af bristning og forekomst af seksuel dysfunktion 12 måneder postpartum.

Studie I var et kombineret case-kontrol og kohorte studie. Kvinderne blev inkluderet i tre grupper bestående af henholdsvis 203 kvinder uden bristning, med bristning i labia eller med grad 1 bristning, 200 kvinder med grad 2 bristning og 200 kvinder med grad 3 eller grad 4 bristning. Baseline data blev indsamlet, hvorefter der blev foretaget en klinisk undersøgelse 16 ± 5 dage efter fødslen med henblik på en vurdering af sårhelingen (suturskred og infektion). Resultatet var, at alder, fødselsvægt og instrumental forløsning var associeret med grad af bristning, mens episiotomi øgede risikoen for infektion. Desuden var overvægtige kvinder med body mass index (BMI) > 35 i høj risiko for både infektion og suturskred.

(Se Tabel 1+2) på side 16).



Table 1: Risk of perineal wound infection 16±5 days postpartum (n=400)

	Total (n=400)	Infection (n=23)	Adjusted OR* (95% CI)
	<i>n</i>	<i>n</i> (%)	
BMI (kg/m²)			
≤35 (kg/m ²)	385	19 (5)	1
>35 (kg/m ²)	14	4 (29)	7.66 (2.13-27.5)
Per BMI unit increase			1.12 (1.04-1.22)
Any antibiotics			
No	274	18 (7)	1
Yes	116	5 (4)	0.52 (0.18-1.50)
Episiotomy			
No	344	17 (5)	1
Yes	56	6 (11)	2.97 (1.05-8.41)
Degree of rupture:			
2 nd	200	17 (9)	1
3 rd /4 th	200	6 (3)	0.35 (0.13-0.95)

*Adjusted for BMI, diabetes, episiotomy, duration of the second stage of labour and operative delivery.

Table 2: Risk of perineal wound dehiscence 16±5 days postpartum (n=400).

	Total (n=400)	Dehiscence (n=61)	Adjusted OR* (95% CI)
	<i>n</i>	<i>n</i> (%)	
BMI (kg/m²)			
≤35 (kg/m ²)	385	56 (15)	1
>35 (kg/m ²)	14	5 (36)	3.46 (1.10-10.9)
Per BMI unit increase			1.03 (0.97-1.09)
Any antibiotics			
No	274	52 (19)	1
Yes	116	9 (8)	0.32 (0.15-0.70)
Episiotomy			
No	344	49 (14)	1
Yes	56	12 (21)	1.64 (0.79-3.43)
Degree of rupture:			
2 nd	200	36 (18)	1
3 rd /4 th	200	25 (13)	0.64 (0.36-1.15)

*Adjusted for BMI, diabetes, episiotomy, duration of the second stage of labour and operative delivery.

Studie II og III var begge kohorte studier baseret på den samme studiepopulation og resultater fra opfølgningen 12 måneder postpartum. I Studie II blev St. Marks Incontinence Score spørgeskema brugt til at evaluere symptomer på anal inkontinens. I alt 575 kvinder udfyldte spørgeskemaet. Der blev udført en klinisk undersøgelse af anal funktion ved

hjælp af endoanal ultralydsscanning og anal manometri. I dette studie sås en øget risiko for at udvikle anal inkontinens 12 måneder postpartum blandt overvægtige kvinder med BMI >30 og blandt kvinder med anal sphinkter ruptur, især hvis der var en defekt i den interne anale sphinkter muskulatur (Tabel 3).

Table 3: Relative risks of anal incontinence according to maternal and obstetric characteristics in primiparous women in Denmark (n=575).

	Total n=575	Anal Incontinence		Adjusted*	
		St. Mark's score > 4 n=64 (11.1%)	RR	(95% CI)	
	<i>n</i>	<i>n</i> (%)			
Degree of rupture					
none/labia/1 st	193	13 (6.7)	1.00	reference	
2 nd (spontaneous)	161	15 (9.3)	1.31	(0.64 - 2.66)	
2 nd (mediolateral episiotomy)	32	2 (6.3)	0.90	(0.21 - 3.80)	
3a	88	12 (13.6)	1.94	(0.88 - 4.27)	
3b	66	10 (15.2)	2.26	(0.96 - 5.33)	
3c	20	7 (35.0)	4.74	(1.98 - 11.3)	
4	15	5 (33.3)	4.23	(1.59 - 11.3)	
BMI (kg/m²), mean (SD)		26.0 (6.0)			
<25	367	34 (9.3)	1.00	reference	
25-29.9	133	13 (9.8)	1.10	(0.59 - 2.02)	
>29.9	74	17 (23.0)	2.47	(1.44 - 4.21)	
Smoker (yes)**	25	5 (20.0)	2.20	(0.99 - 4.96)	

*Adjusted for; age, BMI, birthweight, duration of the second stage of labour, duration of active birth, smoking, diabetes, operative delivery.

I Studie III blev seksuel funktion undersøgt ved hjælp af et spørgeskema til evaluering af seksuel funktion i forbindelse med bækkenbundslidelser (pelvic organ prolapse/urinary incontinence sexual questionnaire). I alt 554 kvinder udfyldte spørgeskemaet. Derudover blev der anvendt observationer relateret til en gynækologisk undersøgelse og anal manometri.

Føringelse af seksuel sundhed viste sig at være almindeligt blandt førstegangsfødende kvinder efter vaginal fødsel. Blandt kvinder, der havde pådraget sig en bristning på den anale sphinkter muskulatur oplevede mere end halvdelen smerter i forbindelse med samleje (Tabel 4).

Table 4: Relative Risks for dyspareunia 12 months postpartum among primiparous women in Denmark (n=554).

	Total n=554	Dyspareunia n= 211	Adjusted* RR	(95% CI)
	<i>n</i>	<i>n</i> (%)		
Degree of rupture				
No/labia/1 st	191	47 (24.6)	1.00	reference
2 nd (spontaneous)	157	59 (37.8)	2.05	(1.51-2.78)
2 nd (mediolateral episiotomy)	32	13 (40.6)	1.62	(0.99-2.67)
3 rd or 4 th	174	92 (52.9)	2.09	(1.55-2.81)
Pre-pregnancy dyspareunia (yes)	107	66 (31.3)	1.79	(1.45-2.21)

*Adjusted for; age, BMI, birthweight, duration of the second stage of labour, duration of active birth, smoking, diabetes, operative delivery, pre-pregnancy dyspareunia.

Studierne viste således, at overvægtige kvinder var i høj risiko for sårkomplikationer umiddelbart efter fødslen samt anal inkontinens. Desuden var kvinder med en bristning i den anale sphinkter muskulatur dem, der var mest

påvirkede af anal inkontinens og dyspareuni på lang sigt, mens kvinder der fødte uden bristninger, med labiabristninger eller grad 1 bristninger havde færrest gener generelt.

Information fra bestyrelsen

Når du indmelder dig i FSUIS har vi følgende regler.

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

For at kunne stille op til bestyrelsen:
Indmeldelse skal være foretaget og kontingent skal være betalt før deadline for kandidatur-opstilling til Landskurset.

Ansøgning om støtte kræver 2 års medlemskab.
Medac-Legat kan søges af medlemmer uden krav til medlemskabets længde.



Tegnefilm som patientinformation

Af Dennis Michael Hansen, Klinisk sygeplejespecialist Afdelingen for urinvejssygdomme afsnit 2 Herlev og Gentofte Hospital

Information til patienter og pårørende er en stor og kompleks opgave, som igennem mange år har været svær at ensrette og samtidig individualisere. På afdelingen for urinvejssygdomme er der igennem årene, udarbejdet flere og flere pjecer omkring patienternes nylige cancersygdom og mulige behandlinger, som patienterne og de pårørende derefter skal læse, forstå og anvende som beslutningsværktøj til valg af behandling. Vores egen LUP har vist, at mindst 25 % giver udtryk for, at de enten ikke modtager eller kun forstår dele af den nødvendige information de har brug for i forbindelse med deres sygdom eller behandling. Derfor implementerede afdelingen for urinvejssygdomme på Herlev og Gentofte hospital i januar 2019 en digital platform kaldet Mit Forløb.

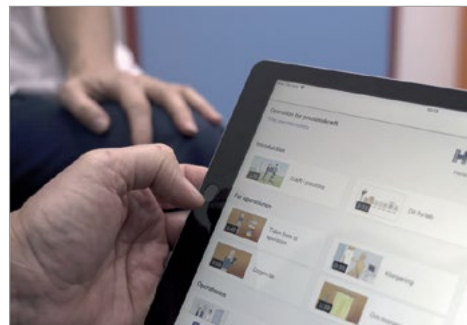
Mit Forløb er et koncept udarbejdet af et firma ved navn Visikon, som har specialiseret sig i audiovisuel kommunikation og er udviklet til patienter, som skal gennemgå en procedure på hospitalet. Forud for udviklingen af Mit Forløb har Visikon selv udarbejdet studier, som bekræfter at animerede videoer kan nedsætte præoperativ stress.

Den digitale platform, som er tilknyttet forløbet for radikal prostatektomi, består af 17 animerede narrativer. Disse forbereder patienten og de pårørende på forløbet før, under og efter operationen. Dette inkluderer hvilke psykologiske reaktioner, som kan opleves ved at få en cancerdiagnose, vigtigheden ved bevægelse og ernæring både før og efter en radikal prostatektomi, samt håndtering af forstoppelse og

smerter. De animerede narrativer introducerer og guider desuden patienten til håndteringen af blærekateterer hjemme, hvornår de skal kontakte hospitalet med komplikationer og den psykologiske og seksuelle rehabilitering hjemme. Ydermere indeholder den digitale platform en dagbog, symptomguide, ofte stillede spørgsmål og afdelingens pjecer omkring indgrebet.

¹ [https://patientoplevelser.dk/sites/patientoplevelser.dk/files/_zip_/982/field_zipfiler_2/1/herlev%20og%20gentofte%20hospital/Urologisk%20afdeling%20\(HEH\)/2.%20AMB%20Tabelrapport%202018%20\(Urologisk%20afdeling%20\(HEH\)\).pdf](https://patientoplevelser.dk/sites/patientoplevelser.dk/files/_zip_/982/field_zipfiler_2/1/herlev%20og%20gentofte%20hospital/Urologisk%20afdeling%20(HEH)/2.%20AMB%20Tabelrapport%202018%20(Urologisk%20afdeling%20(HEH)).pdf)

² Høybye M et al. Producing patient-avatar identification in animation video information on spinal anesthesia by different narrative strategies. Health Informatics Journal 23 dec. 2014. 1460-4582



I ambulatoriet udleveres en unik kode, som er tilknyttet patientens indgreb. De informeres herefter om at kunne tilgå Mit Forløb fra mobiltelefon eller tablet, enten via en app eller website, samt muligheden for at dele forløbet med pårørende.

Efter introduktionen af Mit Forløb til patienterne, møder plejepersonalet bedre forberedte og uddannede patienter, både i ambulatoriet og på sengeafdelingen. I sengeafdelingen anvendes Mit Forløb som et supplement til udskrivelsesamtalen, og der er særligt fokus på videoen omhandlende håndteringen af kateteret hjemme, hvilket vi oplever som noget, der fylder meget hos patienterne.

Tilbagemeldingerne fra patienterne har været meget positive, og de føler sig godt forberedte på operationen og finder Mit Forløb overskueligt samt nemt at anvende.



I forbindelse med implementeringen af Mit Forløb gennemførte vi en spørgeskemaundersøgelse af 94 konsekutive patienter. Der blev indsamlet 36 fulde spørgeskemaer fra patienter før implementeringen og 58 efter. Målet var at undersøge om implementering af webbaserede animerede narrativer øger patienternes informationsniveau og oplevelse af medinddragelse i behandlingsforløbet.

I spørgeskemaerne blev patienterne adspurgt om, hvor godt informerede de var før operationen, hvor involverede de var i beslutningen af behandling, deres viden om kateteret, viden om hvornår det er nødvendigt at kontakte hospitalet, og hvilken type information de foretrækker. Resultaterne heraf viste at informationsniveauet

er steget fra 89-93%, at involveringen i beslutning af behandling er steget fra 83-96%, viden om deres kateter er steget fra 97-100% og viden om hvornår hospitalet skal kontaktes er steget fra 78-87%.

Resultaterne af hvilken type information patienterne foretrækker viser, at de stadig foretrækker den personlige mundtlige samtale med en læge og sundhedspersonale (98%). Resultaterne viser dog at Mit Forløb er et bedre supplement til den mundtlige dialog end de skriftlige materialer alene.

Konklusionen på denne undersøgelse viste derfor, at vores patienter generelt er og har været godt informerede, men at de efter implementeringen Mit Forløb har fået større viden og dermed bedre mulighed for at gå i dialog med sundhedspersonalet omkring eventuelle bekymringer. De føler sig desuden bedre inddraget i beslutningen om valg af behandling.

Fremadrettet skal Mit Forløb også implementeres til de øvrige urologiske forløb. I øjeblikket arbejdes på stenforløbene, og indenfor en overskuelig fremtid skal blære samt nyreforløbene også med.





Mitomycin medac

Til installationsbehandling

Postoperativt • Induktion • Adjuverende

For yderligere produktinformation: www.medicin.dk eller www.produktresumee.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 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 kun beregnet til intravesikal anvendelse efter rekonstitution. **Dosering:** Til én blæreinstillation bruges indholdet af ét hætteglas. Der er mange intravesikale mitomycin-regimer – de varierer med hensyn til mitomycindosis, instillationshyppighed og behandlingsvarighed. Medmindre andet er angivet, er mitomycin-dosen 40 mg, der instilleres i blæren én gang om ugen. Regimer med instillation én gang hver 2. uge, én gang om måneden eller hver 3. måned kan også anvendes. Speciallægen afgør, hvilket regime, hvilken hyppighed og hvilken behandlingsvarighed der passer bedst til den enkelte patient. Særlige populationer: **Ældre:** Der foreligger ikke tilstrækkelige data fra kliniske forsøg vedrørende brugen af mitomycin hos patienter i alderen 65 år eller derover. **Nedsat nyre- eller leverfunktion:** Lægemedlet skal anvendes med forsigtighed til patienter med nedsat nyre- eller leverfunktion. **Pædiatrisk population:** Sikkerheden og virkningen af Mitomycin "medac" hos børn er ikke klarlagt. Der foreligger ingen data. **Administration:** Mitomycin "medac" er kun beregnet til intravesikal instillation, når det er blevet opløst. For instruktioner om rekonstitution og fortynding af lægemidlet for administration, se pkt. 6.6. **Kontraindikationer:** Overfølsomhed over for det (de) aktive stoffer) eller over for et eller flere af hjælpestofferne Anning, Perforering af blære væggen, Cystitis. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Hvis der opstår cystitis, skal symptomerne behandles med lokale antiinflammatoriske lægemidler og smertestilende 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. 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. 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. Mitomycin er et mutagen og potentielt carcinogent stof for mennesker. Kontakt med hud og slimhinder skal undgås. 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 (MAHA). Tæt overvågning af nyrefunktionen anbefales. Der er hidtil ikke observeret nogen tilfælde af MAHA efter intravesikal anvendelse af mitomycin. Nyre 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 immunadsorption med stafylokokprotein A-kolonner. 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. **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-alkaloïder eller bleomycin kan forvære lungetoksiciteten. Der er rapporteret om øget risiko for hæmolytisk-uræmisk syndrom hos patienter, der får intravenøs mitomycin samtidig med 5-fluorouracil eller tamoxifen. Dyreforsøg tyder på, at virkningen af mitomycin går tabt, hvis det indgives samtidig med pyridoxinhydrochlorid (B6-vitamin). Der må ikke foretages injektion med levende vacciner i forbindelse med mitomycin-behandling, da mitomycin-behandlingen kan øge risikoen for, at en levende vaccine medfører infektion. Doxorubicins kardiotoxicitet kan forstærkes af mitomycin. **Graviditet og amning:** Fertilitet: Kønsmodne patienter skal anvende sikker kontraception eller være seksuelt afholdende under kemoterapien 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. Anning: Det formodes, at mitomycin udskilles i human mælk. Da det er dokumenteret, at mitomycin har mutagene, teratogene og carcinogene virkninger, skal amning ophøre under behandling med Mitomycin "medac". **Bivirkninger:** Bivirkninger er anført nedenfor efter systemorganklasse og hyppighed. Anning: Det formodes, at mitomycin udskilles i human mælk. Da det er dokumenteret, at mitomycin har mutagene, teratogene og carcinogene virkninger, skal amning ophøre under behandling med Mitomycin "medac". **Bivirkninger:** Bivirkninger er anført nedenfor efter systemorganklasse og hyppighed. **Hjerte:** Sjælden (≥ 1/10), 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 forhåndsindværende data). Mulige bivirkninger ved intravesikal behandling: Opløsningen til intravesikal instillation eller den dybe resektion kan medføre bivirkninger. De mest almindelige bivirkninger ved intravesikal administreret mitomycin er allergiske hudreaktioner i form af lokalt eksantem (f.eks. kontaktdermatitis, herunder palmo-plantar erytem) og cystitis. Hud og subkutane væv: Almindelig: Allergisk hududslæt, kontaktdermatitis, palmo-plantar erytem, pruritus. Sjælden: Generaliseret eksantem. Nyre og urinveje: Almindelig: Cystitis (evt. hæmorragisk cystitis), dysuri, nykturi, pollakisuri, hæmaturi, lokal irritation af blære væggen. Meget sjælden eller ikke kendt: Nekrotiserende cystitis, allergisk (eosinofil) cystitis, stenose af de frøfødende urinveje, reduceret blærekapacitet, calcifikation af blære væggen, blære vægssvulst, perforeret blære. Efter intravesikal administration er det kun mindre mængder mitomycin, der når det systemiske kredsløb. I meget sjældne tilfælde er følgende systemiske virkninger godt blevet indberettet: Mulige systemiske bivirkninger, der **meget sjældent** forekommer efter intravesikal administration: Blod og lymfesystem: Leukocytopeni, trombocytopeni. Luftveje, thorax og mediastinum: Interstitiel lungesygdom. Mave-tarm-kanalen: Kvalme, opkastning, diarré. Lever og galdeveje: Forhøjede aminotransferaser. Hud og subkutane væv: Alopeci. Nyre og urinveje: Nyredysfunktion. Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet: Feber. Mulige bivirkninger ved systemisk behandling: De mest almindelige bivirkninger ved systemisk administreret mitomycin er gastrointestinale symptomer som kvalme og opkastning samt knoglemarvssuppression med leukopeni og som regel dominerende trombocytopeni. Knoglemarvssuppression forekommer hos op til 65 % af patienterne. Hos op til 10 % af patienterne må alvorlig organotoksicitet i form af interstitiel lungebetændelse eller nefrotoksicitet forventes. Mitomycin er potentielt hepatotoksisk. Blod og lymfesystem: Meget almindelig: Knoglemarvssuppression, leukopeni, trombocytopeni. Sjælden: Livstruende infektion, sepsis, hæmolytisk anæmi, trombotisk mikroangiopati (TMA) med trombotisk trombocytopenisk purpura (TTP). Immunsystemet: Meget sjælden: Alvorlig allergisk reaktion. Hjerte: Sjælden: Hjertervigt efter tidligere behandling med antracyclin. Luftveje, thorax og mediastinum: Almindelig: Interstitiel lungebetændelse, dyspnø, hoste, åndenød. Sjælden: Pulmonal hypertension, pulmonal venaokklusiv sygdom (PVO). Mave-tarm-kanalen: Meget almindelig: Kvalme, opkastning. Ikke almindelig: Mucositis, stomatitis, diarré, anoreksi. Lever og galdeveje: Sjælden: Nedsat leverfunktion, øgede aminotransferaser, gulsot, venaokklusiv sygdom (VOD) i leveren. Hud og subkutane væv: Almindelig: Eksantem, allergisk hududslæt, kontaktdermatitis, palmo-plantar erytem. Ikke almindelig: Alopeci. Sjælden: Generaliseret eksantem. Nyre og urinveje: Almindelig: Nedsat nyrefunktion, øget serumkreatinin, glomerulopati, nefrotoksicitet. Sjælden: Hæmolytisk-uræmisk syndrom (HUS) (almindeligvis dødeligt), mikroangiopatisk hæmolytisk anæmi (MAHA-syndrom). Almene symptomer og reaktioner på administrationsstedet: Almindelig: Ved ekstravasation: Cellulitis, 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: Lægemedelstyrelsen, Axel Heides Gade 1, DK-2300 København S. Websted: www.meldenbivirkning.dk. **Udlevering: A. Emballagetyper og pakningsstørrelser:** Klart hætteglas (type I) med fluoropolymer-belagt brombutylgummiprop og afrivelig aluminiumsforsegling. Pakningsstørrelser: 1 hætteglas (50 ml), 1 pvc-pose med 40 ml natriumchloridopløsning 0,9 %, katetre. 4 hætteglas (50 ml), 4 pvc-poser med 40 ml natriumchloridopløsning 0,9 %, katetre. 5 hætteglas (50 ml), 5 pvc-poser med 40 ml natriumchloridopløsning 0,9 %, katetre. Ikke alle pakningsstørrelser er nødvendigvis markedsført. **Se dagsaktuel pris på www.medicinpris.dk. Tilskud: O. Lægemedelform:** 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. oktober 2019. For yderligere produktinformation: www.medicin.dk eller www.produktresumee.dk.

Fra kassererne

Kære Medlemmer

Hermed en lille forklaring fra de to kasserer. Regnskabsafdelingen i DSR har haft mange udfordringer med deres nye økonomisystem de sidste måneder.

Det betyder at vi unødigt er kommet til at sende rykkere ud til en del af jer, hvor alting faktisk har været i den skønneste orden og håndteret korrekt fra jeres side. Men desværre har DSR-regnskab ikke fulgt op på vores indmeldinger og vi har stolet på deres udmeldinger. Mette Kliim og undertegnede har lige brug for at oplyse jer om dette da vi helst ikke vil stå som

to inkompetente kasserer i jeres forening. Vi har rettet skarp kritik til DSR og håber på bedre samarbejde fremadrettet.

Ang. udmeldelse:

Vi oplever at medlemmer henvender sig til os mhp. at blive udmeldt af FSUIS. Her kommer en lille vejledning – for proceduren er ikke helt intuitiv.

Gå ind på DSR's hjemmeside under faglige sammenslutninger og vælg urologisk interesse-rede – det første i møder på vores side er:

Nyheder Se alle nyheder

> Aflysning

man, 11/05/2020 - 12:54

Aflysning af Landskursus 2020

Bliv medlem

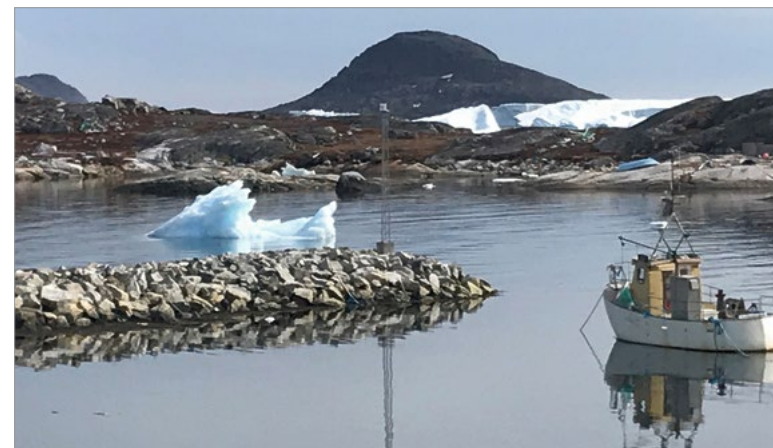
Klik på Bliv Medlem og så ser det sådan ud...

Udmeldelse

FAGLIGT SELSKAB	MEDELSNUMMER
Urologiske Sygeplejersker	66298
JEG ØNSKER AT UDMELDelsen TRÆDER I KRAFT FRA: *	
19-05-2020	
Føds. 19-05-2020	
<input type="checkbox"/> Bekræft venligst at ovenstående oplysninger er korrekte ved at krydse feltet af. *	
<input type="checkbox"/>	
<input type="button" value="Send"/>	

Så anfører du datoen for din udmeldelse og klikker send.

Med venlig hilsen Mette Kliim og Jane Meinung.
Kasserer i FSUIS



Forårstemning i
Nanortalik
Sydgrønland

Fotos:
Annette Hjuler



Vandposten



Juni 2020

Pushing the
Boundaries
of Your
Urology
Practice



bkSpecto

salgdk@bkmedical.com

AKTIVITETSKALENDER

18.-20. juli 2020 - AFLYST

The 21st Annual EAUN Congress (EAUN)
Afholdes i Amsterdam.
www.uroweb.org

26.-29. august 2020

The 50th ICS Annual Meeting and
7th International Consultation on Incontinence (ICI)
Afholdes i Las Vegas
www.ics.org

2.-5. september 2020

IUGA 45th Annual Meeting
The International Urogynecological Association
Afholdes i Haag, Holland
www.iuga.org

3.-6. september AFLYST

FSUIS Landskursus
Kolding Fjord, Fjordvej 154, 6000 Kolding

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/>

OBS:

På grund af Covid-19 kan der forekomme aflysninger. Hold jer opdateret om evt. ændringer i kurser/programmer via kongressernes hjemmesider.

In Vitro



Er dine test resultater korrekte?

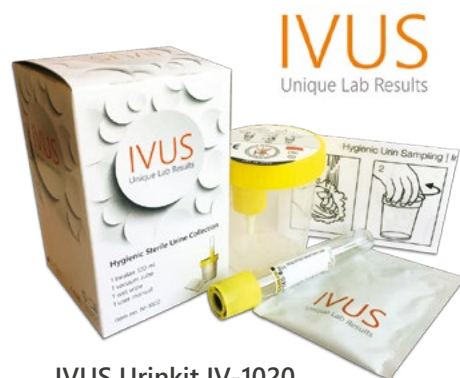
Op til 42% af alle dine urinprøver er kontamineret og giver falsk positive resultater. Steril prøvetagning kan reducere dette med op til 77%

(LaRocco et al. 2016).

Unik steril urinprøvetagning

På opfordring fra hospitalspersonale har IVUS, i samarbejde med læger og sygeplejersker, udviklet et nyt steril 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 | info@in-vitro.dk



Urologisk Forum

Efteruddannelse for læger og sygeplejersker

UROLOGISK FORUM 2020

Allerførst tak til alle jer, som tilmeldte jer vores kursus, der skulle være løbet af stabelen i starten af marts.

Som Corona-landet ligger, må vi nok se i øjnene, at vi er nødsaget til at udsætte til næste forår og så håbe, at vi kan gennemføre i marts 2021.

Og ikke mindst tak for jeres tålmodighed m.h.t. en reaktion fra os som arrangører.

Vi håber meget, at vi vil se jer alle igen næste forår, og for de, der ikke allerede har modtaget indbetalt deltagergebyr retur, kan vi sige, at de er på vej.

PÅ GENSYN I MARTS 2021 ... HÅBER VI PAS PÅ JER SELV DERUDE

wellspect
HEALTHCARE

Medtronic
Further. Together



THE
BLADDER CANCER
COMPANY™

bk
medical

medac

SYNMED





Infobokse

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.

www.ssi.dk

Statens Serum Institut.

Her finder du relevant og aktuelt viden om infektionshygiejne ex.

Om Håndhygiejne

www.ssi.dk/NIRhaandhygiejne

Nu kan du abonnere på nyheder

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

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

Log ind på dsr.dk

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

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

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

