

VANDPOSTEN

FSUIS



Medlemsblad for urologisk interesserede sygeplejersker

FSUIS juni 2021

DIVEEN® – friheden til at leve et aktivt liv



Diveen® er et diskret hjælpemiddel til kvinder

Diveen® anvendes som en almindelig tampon

Diveen® reducerer risikoen for urinlækage



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

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE

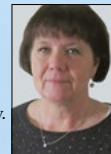
B. Braun Medical A/S | Dirch Passers Allé 27, 3.sal | 2000 Frederiksberg | Tlf.: 33 31 31 41

Redaktion

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



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



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



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



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

Indhold

Side

Fra formanden	4
Bestyrelsen	5
Kateterseponering efter TUR-P	7
Urinhjulet - urinens farver og betydning	11
FSUIS infobokse	14
FSUIS Landsmøde 2021.	15
FSUIS Landsmøde 2021 program	16-17
FSUIS Generalforsamling	18
Den Uro-geriatrike patient	21
Aktivitetskalender	24-25
Bandagering, soignering og fiksering ved nefrostomikateter -Pigtail og ballon	26
Vandposten redaktionsgruppen - har du lyst til at være med	30
Urologisk Forum 2022	31
FSUIS infobokse	34
Tak til Annette Hjuler for lang og tro tjeneste	35

Forsidefoto er af stentøjsfigurer – Det Grønne Folk.

Det Grønne folk er skabt af Freddy Sejer Østergaard, der bor i Middelfart sammen med min kone, Ann, og hele Det Grønne Folk.

Det grønne folk kom til verden i 2008 og de er lavet med den hensigt at skulle give liv til haven, især i vintermånederne.

Freddy Sejer: Jeg er imponeret af menneskers forskellige udseender og spekulerer tit på, hvad folk ser, når de ser sig selv i spejlet. Figurerne ligner almindelige mennesker - på godt og ondt - og foretager sig de samme ting.

Behovet for at udsmykke, farve og forme vores udseende kender mange til, men vi er i bund og grund os selv.

Det er netop figurerens nøgne sandhed der ofte får smilet frem.

DEADLINE Vandposten december 2021:

Artikler, breve, annoncer og andet skal være redaktionen i hænde senest 15. november 2021.

E-mail gerne til: vandposten@gmail.com



Fra formanden



Kære alle medlemmer

Vi er nu halvvejs igennem året, og selvom Corona stadig præger vores hverdag i stor stil, er der lys for enden af tunnelen.

Vi har afholdt en del bestyrelsesmøder det sidste halve år, de er alle foregået online på nær et enkelt, hvor vi var så heldige, at vi endelig kunne samles fysisk på Hotel Kolding Fjord. Her fik vi de sidste detaljer på plads i forhold til vore kommende landskurser – og vi glæder os til, at vi kan byde jer velkommen til dette års landskursus til september (se senere i bladet).

Vi håber at dette års landskursus kan blive afviklet uden alt for mange restriktioner, men både vi i bestyrelsen og personalet på Hotel Kolding Fjord efterlever selvfølgelig de restriktioner, der evt. måtte være til september. Jeg håber, at mange af jer får lov til at deltage på dette års landskursus – efter den lange periode med Corona, er jeg sikker på, at vi alle trænger til at mødes - vi trænger til at snakke faglighed, vi trænger til at grine, vi trænger til at være sammen og vi trænger til at FSUIS Landskursus igen bliver en succes.

Vi har en del små projekter i støbeskeen. I kommer til at høre mere i løbet af efteråret, både hvis I deltager på landkurset, men også

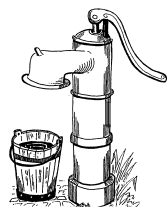
på hjemmesiden og i det næste nummer af Vandposten vil der komme lidt information.

Jeg vil ønske jer alle en god og dejlig sommer – og glæder mig, til at se mange af jer til september på Hotel Kolding Fjord.

På bestyrelsens vegne

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@rn.dk



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



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



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



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



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



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



Juni 2021

KEBOMED

Vi er landets førende forhandler af blærescannere, og har solgt de populære Biocon scannere i Danmark i 15 år nu. Det er derfor med meget stor glæde at vi igen kan introducere en NY Biocon scanner, Biocon 1100. Vi glæder os meget til at vise nuværende og kommende kunder denne nye model, samtidig med at vi fortsætter med vores eksisterende Biocon portefølje.

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



Biocon 1100 er den nyeste model, hurtigere, med større skærm, flere funktioner og med mulighed for tilslutning til hospitalets netværk.

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

Biocon 900 /900S er de kompakte modeller, ledningsfri og med integreret skærm og live-view funktion.



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

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

Kateterseponering efter TUR-P

Af Mette Saaugaard Olesen, cand.cur. og udviklingssygeplejerske, Urinvejskirurgisk Afdeling, Regionshospitalet Holstebro.

Baggrund

I HEV er det besluttet, at TUR-P operationer (transuretral resektion af prostata), pga. benign prostatahypertrofi, stiv blærehals eller svær hæmaturi med udgangspunkt fra prostata, skal foregå i dagkirurgisk regi, såfremt patientens prostata er $< 80 \text{ cm}^3$ og såfremt patientens almentilstand er egnet til et dagkirurgisk indgreb.

Inden operationen informeres patienten om at bestille tid til kateterseponering hos egen læge den 1. hverdag efter operationen. Dog er det vores erfaring, at der blandt de sundhedsprofessionelle ikke er konsensus om, hvorvidt kateteret kan blive seponeret den 1. postoperative dag efter en TUR-P operation.

Formål

På baggrund af ovenstående var formålet med undersøgelsen derfor at sammenligne to metoder til postoperativt kateterseponering efter TUR-P operation, herunder kateterseponering 1. postoperative dag efter operationen og kateterseponering 3. postoperative dag efter operationen, med henblik på at kvalitetssikre retningslinjerne for TUR-P forløbene.

Metode

Undersøgelsen bestod af et interventionsstudie i november og december 2020 på Regionshospitalet Holstebro.

Alle patienter der var planlagt til en TUR-P operation fra november til december 2020 på Regionshospitalet Holstebro, var inviteret til at

deltage i undersøgelsen. I løbet af denne tid fik i alt 39 patienter foretaget en TUR-P operation. Undersøgelsen ekskluderede patienter med en prostata $> 80 \text{ cm}^3$ og patienter der ikke kunne forstå dansk. Ud af de i alt 39 patienter blev 7 patienter ekskluderet pga. en prostata $> 80 \text{ cm}^3$, 3 patienter kunne ikke forstå dansk og 10 patienter takkede nej til deltagelse pga. stor geografisk afstand til hospitalet. På baggrund heraf blev i alt 19 patienter inkluderet i undersøgelsen.

Patienterne blev inddelt i to grupper, alt efter hvornår deres planlagte operation var. Patienter der blev opereret om mandagen, fik seponeret kateteret den 1. postoperative dag efter operationen (kontrolgruppen), mens patienter der blev opereret om fredagen, fik seponeret kateteret den 3. postoperative dag efter operationen (interventionsgruppen). Således blev den oprindelige plan for kateterseponering hos egen læge ikke påvirket.

Alle TUR-P operationer foregik i generel anæstesi og blev udført med et resectoskop, hvor der blev anlagt et hæmaturikateter i slutningen af proceduren. Patienterne blev udskrevet samme dag som operationen, hvor skyllekanalen blev proppet til og patienterne blev bedt om at komme til kateterseponering på Urinvejskirurgisk afd., henholdsvis den 1. og 3. postoperative dag.

I forbindelse med kateterseponeringen blev følgende variabler undersøgt og noteret: antal dage fra operation til kateterseponering, vægt af resekeret prostatavæv, urinens farve, urinstitix, spontan vandladning efter katetersepo-



nering, måling af residualurin samt eventuelt behov for oplæring i double voiding og re-kateterisering.

Dataene blev indtastet i RedCAP og al statistisk analyse blev udført ved hjælp af STATA 16.1. Beskrivende data blev udtrykt i gennemsnit \pm standardafvigelse, frekvensfordeling og procentdel. Pearson's chi-square test blev brugt til kategoriske variabler med henblik på at sammenligne de to forskellige grupper. P-værdi $\leq 0,05$ blev betragtet som statistisk signifikant.

Resultater

Studiet inkluderede 19 patienter fordelt i to grupper: kontrolgruppen med kateterseponering den 1. postoperative dag (n = 10) og interventionsgruppen med kateterseponering den 3. postoperative dag (n = 9). Gennemsnitsalderen for begge grupper var 71.4 (\pm 7.4) år.

Gennemsnitlig vægt på resekeret prostata-væv i kontrolgruppen var 43.6 (\pm 19.8) gram og 51.8 (\pm 16.0) gram i interventionsgruppen. Der var ingen signifikant forskel mellem de to grupper.

De proceduremæssige data er beskrevet nedenstående og fremgår i tabel 1.

Spontan vandladning efter kateterseponering blev opnået hos 9 ud af 10 patienter i kontrolgruppen og hos 8 ud af 9 patienter i interventionsgruppen (p = 0.937).

4 patienter i kontrolgruppen og 7 patienter i interventionsgruppen havde en acceptabel residualurin < 150 ml. eller < operatørens krav (p = 0.096). For de patienter der ikke havde en acceptabel residualurin efter kateterseponering, blev de resterende 6 patienter i kontrolgruppen og de resterende 2 patienter i interventionsgruppen instrueret i double voiding (p = 0.096). Her blev de instrueret i at lade van-

det i to omgange, hvor de skulle vente nogle få minutter mellem hvert forsøg. Efter instrueringen opnåede 1 patient i hver gruppe ikke en acceptabel residualurin, hvorfor 1 patient i kontrolgruppen fik genanlagt et kateter á demeure og fik en ny tid til kateterseponering, mens 1 patient i interventionsgruppen blev hjemsendt med informationen om at udøve RIK (Ren Intermitterende Kateterisation), som patienten også havde foretaget inden operationen.

Hos alle patienter i kontrol- og interventionsgruppen blev der taget en urinstix med henblik på at opdage en potentiel urinvejsinfektion (UVI). En sådan potentiel UVI blev i undersøgelsen målt som tilstedeværelsen af nitrit og/eller tilstedeværelsen af > 2 leukocytter. Hos 1 patient i kontrolgruppen og hos 2 patienter i interventionsgruppen blev der målt 3 leukocytter (p = 0.466).

Ingen større komplikationer såsom blødning eller frisk blod i urinen blev noteret i de to grupper.

Som det fremgår i tabel 2 var der endvidere ikke statistisk signifikant forskel på urinens farve ved kateterseponering, eftersom størstedelen af patienterne i både kontrol- og interventionsgruppen havde klar urin (p = 0.598).

Diskussion og konklusion

Patienter med en prostata < 80 cm³ og hvis almentilstand er egnet til et dagkirurgisk indgreb, skal have seponeret kateteret hos egen læge den 1. hverdag efter operationen. Til trods for denne standardpraksis, varierer tidspunktet for kateterseponeringen betydeligt, da der ikke er konsensus om, hvorvidt kateteret kan blive seponeret den 1. postoperative dag.

Ovenstående undersøgelse viser, at kateterseponering den 1. postoperative dag efter transuretral resektion af prostata hos patienter med

< 80 cm³ resekeret prostatavæv ikke øger risikoen for postoperative komplikationer. Ydermere er der ikke signifikant forskel på, hvorvidt patienter får seponeret kateteret den 1. eller 3. postoperative dag efter operationen.

På baggrund heraf fastholder vi retningslinjen om, at patienterne får seponeret kateteret den 1. hverdag efter TUR-P operationen. Eftersom 6 patienter i kontrolgruppen opnåede acceptabel residualurin efter oplæring i double voiding, kan det diskuteres, hvorvidt retnings-

linjerne for TUR-P forløbene skal justeres ift. at patienterne bør informeres om, at det anbefales, at de skal gøre brug af double voiding ved vandladning.

¹Operatørens krav om acceptabel residualurin var maksimalt 200 ml.

Tabel 1: Proceduremæssige data

	Kontrolgruppen N = 10		Interventionsgruppen N = 9		P-værdi
	N	%	N	%	
Spontan vandladning efter kateterseponering	9	90,0	8	88,9	> 0,05
Acceptabel residualurin < 150 ml. eller under kirurgens ordination	4	40,0	7	77,8	> 0,05
Instruktion i double voiding	6	60,0	2	22,2	> 0,05
Re-kateterisering	1	10,0	0	0	> 0,05
Hjemsendt med RIK	0	0	1	11,1	> 0,05
Potentiel urinvejsinfektion	1	10,0	2	22,2	> 0,05

Kontrolgruppen = kateterseponering 1. postoperative dag, Interventionsgruppen = kateterseponering 3. postoperative dag

Tabel 2: Urinens farve efter kateterseponering

	Kontrolgruppen N = 10		Interventionsgruppen N = 9		P-værdi
	N	%	N	%	
Urinens farve					
Klar urin	6	60,0	7	77,8	> 0,05
Lys gennemsigtig friskblodig urin	3	30,0	1	11,1	> 0,05
Lys gammelblodig urin	1	10,0	1	11,1	> 0,05

Kontrolgruppen = kateterseponering 1. postoperative dag, Interventionsgruppen = kateterseponering 3. postoperative dag

Cystodrain® integral,
suprapubisk silikone kateter
med integreret ballon:
For patientvenlig anlæggelse
og seponering



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



Cystodrain®

Coloplast logo er et registreret varemærke ejet af Coloplast A/S. © 2021-04. Alle rettigheder forbeholdes Coloplast A/S.

Urinhjulet - urinens farver og betydning

*Af Jannie Eiskjær, Kontinenssygeplejerske,
Aalborg Kommune, Område Øst.*

Urinen kan have forskellige farver som følge af sygdom og infektion, efter indtagelse af medicin og fødevarer. Det er sikkert kendt for de fleste, at hæmaturi og indtagelse af rødbeder farver urinen rød. Men hvad med blålig eller sort urin?

Kendskab til de forskellige urinfarver og evt. årsager er relevant for det sundhedsfaglige personale såvel i primær som sekundær sektor. En anderledes urinfarve bør altid føre til undring og evt. også dokumentation af observationen med et billede af urinen i urinpose eller -slange. Observation og rapportering af patientens urinfarve kan være et vigtigt bidrag til diagnosticering og den tilhørende udredning udover urinmængde og – undersøgelse. I statusartiklen Urinhjulet – diagnostisk lom-

mefolder af Jan Kampmann & Ann-Kathrine Teglgaard får man et godt overblik over urinfarverne, deres årsager og tilhørende udredning.

Med tilladelse fra Jan Kampmann (forfatter) og Ugeskrift for læger har vi fået mulighed for at gengive figur 1 og tabel 1.

Urinhjulet kan, som figur 1 viser, klippes ud, foldes og opbevares i brystlommen og ikke kun på en læge (som figuren viser), men også på andre sundhedsfaglige personaler.

For yderligere interesse for urinfarver og deres betydning vil opfordre jer til at læse den fulde artikel i Ugeskrift for læger (søg på dette: ugeskrift for læger 2018;180:V69986)

Læs også reference nr 2 : Viswanathan S. Urine bag as a modern day matula.

Artiklen viser fine billeder af forskellige urinfarver.

Se skemaer på side 12 og 13

Information fra bestyrelsen

Når du indmelder dig i FSUIS har vi følgende regler.

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

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

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





**FSUIS er nu på
Facebook!**

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

Opfordring til alle medlemmer af FSUIS

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

Dette gøres på DSR's hjemmesiden under jeres profiloplysninger.

FSUIS trækker medlemsoplysninger fra DSR's medlemsregister.

Skriv til Vandposten

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

Indlægget sendes til vandposten@gmail.com

Husk at skrive dit navn, titel og arbejdssted. Gerne telefonnummer og/eller e-mail efter overskriften eller efter indlægget.

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

Indlæg på en A4 side eller derover honoreres med et gavekort
Deadline for juni nummeret er 15. maj.
Deadline for december nummeret er 15. november.

FSUIS Landskursus 2021

Velkommen til
Kolding Fjord
Fjordvej 154, 6000 Kolding



den 21. og 22. september 2021

Tilmelding til Landskurset administreres af personalet
på Hotel Kolding Fjord.

Alle medlemmer af FSUIS vil modtage en mail
med tilmeldingslink.

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



Fagligt Selskab for Urologisk Interesserede Sygeplejersker



Kursusdag tirsdag den 21. september 2021

- 09.00 - 09.30 **Ankomst, registrering og kaffe**
- 09.30 - 09.45 **Velkomst**, ved *formand Rikke Knudsen, formand FSUIS.*
- 09.45 - 10.30 **Etikken i fremtidens sygepleje**,
ved Jacob Birkler, etiker, ph.d. fhv. formand, etisk råd.
- 10.30 - 11.15 **Arbejds miljø i en presset hverdag**,
ved Anni Pilgaard, næstformand DSR.
- 11.15 - 12.00 **Kaffe og standbesøg.**
- 12.00 -12.15 **En historie fra det virkelige liv**, ved Sofie Vistoft,
specialeansvarlig sygeplejerske, urinvejskirurgisk afdeling, AUH
- 12.15 – 13.00 **Paneldiskussion med udgangspunkt i spørgsmål fra salen**, ved Jacob Birkler, Anni Pilgaard og Sofie Vistoft.
- 13.00 – 14.00 **Frokost og standbesøg**
- 14.00 – 14.45 **Den perfekte uperfekte krop**, ved Christian Graugaard, læge, professor
- 14.45 – 15.30 **Det perfekte menneske og den perfekte penis - Skræk eksempler i jagten på det perfekte**,
ved Christian Fuglsang, læge, Urologisk afdeling, Herlev Hospital.
- 15.30 – 16.00 **Kaffe og standbesøg**
- 16.00 – 16.45 **Sexologi og sexologens rolle**,
ved Birgitte Tingskov, sygeplejerske, Master i sexologi.
- 16.45 – 17.00 **Medac Legat**, ved formand Rikke Knudsen,
Rikke Kristensen (Medac Legat 2017),
Beritt Kristensen, (Medac Legat 2018) og
Susanne Vahr (Medac Legat 2019).
- 17.10 – 18.00 **General forsamling.**
- 19.30 **Middag**



Kursusdag onsdag den 22. september 2021

- 07.30 - 08.30 **Morgenmad**
- 08.30 – 08.35 **Godmorgen og velkommen til dagens program**,
ved Rikke Knudsen, formand FSUIS.
- 08.35 – 08.45 **Dagens omdrejningspunkt – den urogeriatiske patient, en case historie**, ved Jane Meinung, afdelingssygeplejerske,
urologisk afdeling, Herlev Hospital.
- 08.45 -09.30 **Den urogeriatiske patient**, ved Lisbeth Rygaard Jensen,
læge, geriater, Herlev Hospital.
- 09.30-10.00 **”Følge hjem team”**, ved Merete Quvang, Herlev Hospital.
- 10.00-10.30 **Kaffe og standbesøg**
- 10.30-11.00 **Skift af kateter og samspil mellem primær og sekundær Sektor**,
ved Led. Oversygeplejerske Kirsten Rud, Herlev Hospital.
- 11.00 -11.30 **Borgernær sygepleje – den nye specialuddannelse for sygeplejersker ansat i kommunen**, ved Camilla Bruun Højhus, sygeplejerske,
Videbæk Kommune.
- 11.30 – 12.30 **Frokost og standbesøg**
- 12.30 – 13.30 **Urologiske blandede bolcher - Den gode indlæggelse og nefrostomikatetre**
1. Den gode indlæggelse, ved Tina Herring Raasted og
Karen Weinrich Christensen, sygeplejersker Aalborg Kommune
2. Nefrostomi guide/e-learning program, ved Henriette Jensen,
sygeplejerske med særlig klinisk funktion, MKS, Urologisk afdeling,
Aalborg Universitetshospital
3. Nefrostomikatetre – hvorfor gør vi det så forskelligt
ved Rikke Knudsen, specialeansvarlig sygeplejerske,
Urinvejskirurgisk afdeling, AUH.
- 13.30 – 14.00 **Kaffe og standbesøg**
- 14.00 – 16.00 **Samarbejde og kommunikation**, ved Allan René Olesen, Addfocus

Ret til ændringer i programmet forbeholdes.



Ordinær Generalforsamling

i Fagligt Selskab for Urologisk Interesserede Sygeplejersker

Sted: Hotel Kolding Fjord, Fjordvej 154, 6000 Kolding

Tirsdag den 21. september 2021 kl. 17.00-18.00

Dagsorden ifølge vedtægterne:

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

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

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

På vegne af selskabets bestyrelse

Rikke Knudsen

Forslag til kandidater til bestyrelsen i



På valg er: Beritt Pedersen (modtager genvalg), Rikke Knudsen (modtager genvalg), Marianne Lind (modtager genvalg).

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

Navn: _____

Privat adresse: _____

Tlf.: _____

Medlemsnr. i DSR: _____

E-mailadresse: _____

Arbejdssted: _____

Underskrift: _____

Sedlen skal være formanden Rikke Nygaard Knudsen i hænde senest den 24. august 2021

Se i øvrigt dagsorden til generalforsamling den 21. september 2021 kl. 17.00 på side 18.



Pushing the Boundaries of Your Urology Practice



bkSpecto

salgdk@bkmedical.com

Den Uro-geriatriiske patient

*Af Jane Meinung, Afdelingssygeplejerske.
Afdelingen for Urinvejs sygdomme afsnit 1.
Herlev Hospital.*

I de sidste mange år har vi talt meget om den stigende ældrepopulation og hvordan man skulle i imødekomme udfordringen i sundhedsvæsenet.

I december 2019 skrev Klinisk Sygeplejespecialist Kathrine Strømvig her i Vandposten om sin afsluttende Master-opgave. En opgave der beskrev ældrepopulationen og den stigning der fremadrettet vil være i den aldersgruppe. En ældrepopulation som har behov for en multimodal tilgang.

Har vi i Sundhedsvæsenet oplevet at denne problematik er forsøgt løftet?
Har vi oplevet tiltag til at favne denne gruppe?
Nej vel.

Vi satte os for endnu engang at søge om hjælp til denne gruppe patienter og første prioritet var et ønske om Geriatrik -stuegang. Vi havde hørt fra vores Ortopædkirurgiske afdeling på Herlev at de havde utrolig stor gavn af dette tiltag til deres hoftenære fractur patienter.

Hvis vi skulle gøre denne Urologiske patientgruppe som ikke havde brug for kirurgisk intervention spændende i afdelingen så skulle vi tænke ud af boksen.

Hvis den ældre multisyge patient skulle være spændende så havde vi brug for at patienten blev set som en helhed og at alle aspekter blev undersøgt og behandlet således at det blev en fyldestgørende behandling og ikke en hurtig symptombehandling.

Kom hæmaturien af urinvejsinfektioner – af fald i hjemmet – manglende kateter-kompliance, cancer eller af AK-behandling.?

Kom urinvejsinfektionen af dehydrering – manglende kateterhygiejne?

Mange indlæggelser blev forlænget af at patienten blev delirøs, fik respiratoriske problemer eller havde en uholdbar hjemmesituation. Når patienten behandlingsmæssigt var klar til udskrivning, så havde vi ofte ikke godt nok styr på patientens færdigheder. Kunne patienten gå og stå, tja.

Vi oplevede en patient blev indlagt tre gange på fjorten dage med hæmaturi. Hver gang blev AK-behandlingen pauseret og når urinen var klaret op, blev patienten udskrevet.

I flere omgange har vi i Urologisk afdeling forsøgt at få vores Afdelingsledelse til at se gevinsten ved at få Geriaterne til at hjælpe os med stuegang/behandling til specielt denne gruppe patienter og denne gang blev lykkens gang. Geriatrien havde på projektbasis fået penge til at søge nye udfordringer indenfor deres speciale.

Kathrine Strømvig og undertegnede fik et møde med den adm. Overlæge og endnu en Specialeansvarlig overlæge for geriatrien og her fremlagde vi alle vores ønsker og frustrationer. De undrede sig da vi i Urologien ikke var kendt for at bestille tilsyn fra Geriatrien og de havde en klar forståelse af at vi jo havde operationspatienter.

Heldigvis kom der en hurtig aftale om en tre måneders projektperiode i stand, omhandlende den Urogeriatriiske patient.

Formål

Afklare i hvilket omfang der i Urologisk sengeafsnit findes indlagte patienter med problemstillinger, som med fordel kan håndteres af Geriatrik speciallæge/R1?

Om der i så fald kan laves en rationel organisering af Urogeriatrik samarbejdsmodel?

Om geriatrien på HEH kan bidrage til kompetenceløft i Urologisk afd. i fht indlagte, skrøbelige ældre med konkurrerende problemstillinger? Vi i plejegruppen begyndte at geriatri-screene vores patienter for at finde de patienter med den største udfordring. Vi havde mange.

Geriatrik konklusion af pilotprojektet

"Mange urologiske patienter er komplekse, multi-

morbide ældre patienter med tilstødt urologisk lidelse. Derudover har mange af patienterne en underliggende cancerdiagnose. Ud over den urologiske problemstilling buser patienterne således medicinsk komorbiditet, polyfarmaci, tilstødende medicinske komplikationer, funktionstab, ernæringsudfordringer samt ofte en skrøbelig hjemlig situation. Et større fokus på en multimodal tilgang til denne patientgruppe er nødvendig for at behandle patienterne bedst muligt.

En grundig medicingenmængning er en af de faste geriatrike interventioner. Herudover bydes der ind med erfaring i tværfagligt og tværsektorielt samarbejde og bidrag til planlægning af trygge udskrivelser mhp på at undgå genindlæggelser.

Igennem de sidste 3 måneder har Urologisk- og Medicinsk afdeling O afprøvet et nyt samarbejdskoncept

omkring de meste skrøbelige patienter indlagt på Afdeling H. Dette efter aftale med direktionen.

2 gange ugentligt har en geriatrik læge (1.reservelæge eller speciallæge) gået stuegang i Urologisk afdeling H122 fra kl.9-12. I samarbejde med urologisk personale er nogle af de mest komplekse multisyge patienter blevet tværfagligt vurderet. Efter de først 3 måneder står det klart, at alle parter finder, at dette samarbejde har været så givtigt, at det bør fortsætte og formentligt siden videre udbygges. Tiltaget er det første af sin art – og dermed banebrydende i Danmark."

Referat af Specialeansvarlig Overlæge Trine Sander Pedersen, Geriatrik afdeling, Herlev Hospital.

På baggrund af dette projekt har Urologisk afdeling nu arrangeret sig med Geriatrik afdeling således at vores afdeling nu har 18 timers ugentlig stuegang og undervisning ved Geriater.

Samarbejdet er velfungerende og udbygges støt og roligt.

Plejepersonalet føler tryghed ved at medicin, hjemlige forhold, samtaler om hjerte-/lunge- redning og fremtid bliver løftet. Gode udskrivelser.

De Urologiske læger og Geriateren sparrer og lærer af hinanden. Specielt Geriaterens ekspertise indenfor medicinområdet værdsættes højt. Vores utilsigtede hændelser pga. medicinlister der ikke stemmer overens med FMK er faldet betragteligt.

Flere patienter har fået seponeret deres AK-behandling da Geriaterne vurderer livskvalitet og komplikationer til andre sygdomme op mod hæmaturi, blodtransfusioner og hyppige indlæggelser.

Vi har lært at mange af vores urologiske antikolinerge medikamenter ikke harmonerer godt med den ældre skrøbelige patient – de giver bl.a. svimmelhed.

For at optimere plejen til denne komplekse patientgruppe, har vi nu ansat en sygeplejerske

som udskrivningskoordinator. Hun har erhvervet sig en grundig viden om de regler der er for en god udskrivning og hun løfter denne store og tunge problematik ud af hænderne af den enkelte sygeplejerske. Det giver ro til selve plejen.

Desuden har vi ansat en Fysioterapeut som sørger for at alle vores ældre kommer ud af sengen for at sidde op og spise deres mad. Hvor tit har man ikke set den ældre patient glide ned i sengen og morgenmaden lige på dynen. Fysioterapeuten har så samtidig mulighed for at observere patientens ADL-færdigheder. Hun vurderer og træner den enkelte patient ved behov. Fysioterapeuten udfærdiger et genoptræningsprogram hvor dette er påkrævet mhp korrekt udskrivelse.

Ovenstående har gjort os bevidste om at det tværfaglige samarbejde er en gevinst for patienten og ikke alle områder behøver at være håndteret af sygeplejersker.

Vi har fået øjnene op for værdien af de andres faglighed i samspil med sygeplejen.

Vores næste skridt bliver ansættelse af en køkkenmedhjælp med ernæringserfaring som skal hjælpe os med ernæringscreening, kostregistrering, madservering og andet forefaldende arbejde på afdelingen.

Geriatrisk screening

Domæne	Spørgsmål	Svar
Fysisk evne	Har du problemer med at gå en lang tur? Er din gang blevet dårligere de sidste 6 måneder?	{ja/nej/ved ikke:23853} {ja/nej/ved ikke:23853}
Kognitiv	Er din hukommelse blevet dårligere?	{ja/nej/ved ikke:23853} Ja Nej
Depression	Føler du dig deprimeret?	{ja/nej/ved ikke:23853} Ved ikke
Funktionstab	Har du hjemmepleje eller behov for hjemmepleje?	{ja/nej/ved ikke:23853}
Ernæring	Har du tabt > 3 kg over de sidste 3 måneder? BMI < 23?	{ja/nej/ved ikke:23853} {ja/nej/ved ikke:23853}
Polyfarmaci	Får du > end 5 lægemidler hver dag?	{ja/nej/ved ikke:23853}
Fald	Har du været faldet indenfor de sidste 6 måneder? Lider du af svimmelhed eller balanceusikkerhed?	{ja/nej/ved ikke:23853} {ja/nej/ved ikke:23853}
Alder	Er du 75 år eller der over	{ja/nej/ved ikke:23853}
Total Ja-svar		

Ved ≥2 Ja-svar fra forskellige domæner: Bør tilbydes henvisning til geriatrisk vurdering



AKTIVITETSKALENDER

KONFERENCER

3.-4. september

The 22st Annual EAUN Congress (EAUN)
EAUN kongres afholdes virtuelt
www.uroweb.org

21.-22. september

FSUIS Landskursus
Hotel Kolding Fjord, Fjordvej 154, 6000 Kolding

12.-15. oktober

ICS (International Incontinence Society)
The 51th ICS Annual Meeting and
7th International Consultation on Incontinence (ICI)
Afholdes online <https://www.ics.org/2021>

3.-6. september AFLYST

FSUIS Landskursus
Kolding Fjord, Fjordvej 154, 6000 Kolding

8.-11. december

IUGA 46th annual meeting
The International Urogynecological Association
Afholdes i Singapore / hybrid (virtuelt og med fysisk fremmødte)
www.iuga.org

3.-5. februar 2022

32nd Bi-Annual Meeting of the Nordic Urogynecological Association
(NUGA) Afholdes i Oslo, Norge
<http://nuga-meeting.com/>

8.-11. juni 2022

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

AKTIVITETSKALENDER

WEBINARER OG PODCASTS

Her gives nogle forslag til webinarer og med urologiske emner.
Der vil være links til kommende webinarer, men også optagelser
af tidligere afholdte.
I vil kunne finde flere forslag, hvis i søger på selskabernes hjemmeside
under uddannelse og events.

WEBINARER

Husk at du som medlem FSUIS automatisk er medlem af EAUN
og kan tilgå flere gratis webinarer og E-kurser.

EAUN

“The ins and outs of indwelling catheterisation and patient assessment
for pelvic floor rehabilitation”

“The effects of androgen deprivation therapy (ADT), the role of nurses
and exercise in prostate cancer patient care”
“COVID-19 pandemic and bladder cancer care”

E-learning kursus

FPigtail Nephrostomy catheter

IUGA (The International Urogynecological Association)

Sti: www.iuga.com – events – webinarer

ICS (International Incontinence Society)

Sti: www.ics.org/2021 - education - calendar

PODCASTS

Kontinensforeningen

Eks. Bækkenbundstræning, urge-inkontinens,
stress-inkontinens, børneinkontinens.
<https://kontinens.org/podcasts/>



Bandagering, soignering og fiksering ved nefrostomikateter - Pigtail og ballon

Af Henriette Jensen, MKS, Sygeplejerske med særlig klinisk funktion i udvikling og undervisning, Urologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital


Soignering, bandagering, og fiksering af et nefrostomikateter, pigtail såvel som ballon, er en væsentlig sygeplejefaglig intervention. Det er afgørende for infektionsprofylaksen, at soigneringen omkring et nefrostomikateter er udført rettidigt og med rette teknik. Samtidig er bandageringen og fikseringen af nefrostomikatetret vigtig, således at risikoen for eventuelle komplikationer såsom displacering forebygges. I Danmark findes der på tværs af sektorer og regioner forskelligartede instrukser for soignering, bandagering og fiksering af et nefrostomikateter, der er således ikke en enslydende evidensbaseret instruks for sygeplejen til patienten med et pigtail og ballon nefrostomikateter. Videre er der ved gentagne systematiske litteratursøgninger i forbindelse med det sygeplejefaglige forskningsprojekt "Pigtail nefrostomikateter – en klinisk intervention" ikke fundet videnskabelige artikler, der beskriver retningslinjer om soignering og bandagering ved et nefrostomikateter. Heller ikke i den Nationale Infektionshygiejniske retningslinje "Forebyggelse af urinvejsinfektion i forbindelsen med urinvejsdrænage og inkontinenshjælpemidler" foreligger der ikke en klar beskrivelse af, hvordan der soignes omkring et nefrostomikateter (1, 2). Lokale instrukser omkring soignering ved et nefrostomikateter må således bygge på en kombination af evidens- og erfaringsbaseret viden. Dette kan være et problem, da specielt et pigtail nefrostomikateter

er forbundet med en høj frekvens af komplikationer, såsom UVI, pyelonefritis og urosepsis. I forbindelse med førnævnte forskningsprojekt er der ved en lokal journalgennemgang for 2013, 2014 og oktober 2018 – oktober 2019 fundet, at den største andel af patienter der behandles med et pigtail nefrostomikateter, er patienter med dissemineret cancer. Ved netop disse patienter kan det pga. patientens almene tilstand forventes, at rehabiliteringen efter en urosepsis må strække sig over længere tid end hos patienten, der har nefrostomikateter pga. en uretersten. Derfor må det anses at være afgørende, at der anvendes en forskningsbaseret instruks for soignering og bandagering.

På Aalborg Universitetshospital anbefaler Infektionshygiejnisk Afdeling, at huden omkring et nefrostomikateter desinficeres med klorhexidinsprit 0,5% (3). Ud fra det perspektiv, at et nefrostomikateter går direkte ind i nyrebækkenet, og ofte er snavset af sekret fra kateterkanalen og af klister fra forbindelser, da anbefaler Urologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital, at kateter såvel som huden desinficeres med klorhexidinsprit 5%.

Forbindingen ved et nefrostomikateter skiftes, når den er løs, fugtig eller forurenset, dog mindst én gang ugentlig (1,3). Der anvendes aseptisk non touch teknik og rene handsker. Nedenfor ses en step by step vejledning til soignering af et pigtail nefrostomikateter. Samme metode gør sig gældende ved et ballon nefrostomikateter. Det er en fordel, at forbindingen er vandafvisende, så patienten kan gå i bad uden yderligere foranstaltninger (1).

Guide til bandagering og fiksering - til pigtail nefrostomikateter

- 1 Der udføres håndhygiejne.
- 2 Følgende remedier findes frem og gøres klar.

Vådserviet Y-kompres Gaze kompres Tegaderm/ Filmforbinding
- 3 Forbindingen tages forsigtigt af med rene handsker og indstiksstedet inspiceres for irritation, trykmærker og infektion. Purulent sekretion langs katetret er almindeligt og kræver IKKE specifik behandling.
- 4 Det kontrolleres om der er knæk på slangen, samt om katetret synes at være intakt og placeret korrekt.
- 5 Pigtailkatetret renses med Klorhexidin sprit 0,5% indefra og ud. Såfremt der er synlig forurening fortsættes rensningen til dette er fjernet.
- 6 Huden omkring indstiksstedet renses med klorhexidin sprit 0,5%. Såfremt der er synlig forurening fortsættes rensningen til dette er fjernet.
- 7 Der skiftes til nye rene handsker forudgået af håndhygiejne.
- 8 Steril Y-kompres lægges på huden omkring katetret med aseptisk non-touch teknik.
- 9 Steril kompres 5x5 cm lægges over Y-kompres og katetret med aseptisk non-touch teknik, således at tegadermen ikke kan klistre fast på den første del af katetret tættest på indstiksstedet. Dermed kan tegadermen fjernes uden at trække i katetret.
- 10 Steril Tegaderm sættes på, samtidig med at katetret forsigtigt placeres, hvor det ligger mest optimalt ved den enkelte patient med aseptisk non-touch teknik.

AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
- gode hænder

Forbindingen ved et Pigtail nefrostomikateter ser således ud:



Et pigtail nefrostomikateter har et konnektorstykke med luer, som forbinder katetret med urinposen. Dette konnektorstykke desinficeres og skiftes ugentlig i forbindelse med skiftning af katetret, da der dannes en biofilm ved luer lock'en, som kan forårsage infektioner. Konnektorstykket desinficeres med klorhexidinsprit 5% og der anvendes aseptisk non touch teknik. Også ved konnektorstykker er der forskellige i anbefalingerne rundt om i

Danmark, da konnektorstykket i nogle regioner anses, som en del af nefrostomikatetret og dermed skiftes sammen med katetret. Urinposen skiftes ved langtidsbehandling én gang ugentlig og kan med fordel skiftes i samme omgang som forbindningen og konnektorstykket. Nedenfor ses en step by step vejledning til skiftning af konnektorstykket og urinpose.

Guide til skift af urinpose og konnektorstykke

- til pigtail nefrostomikateter

- 1 Der udføres håndhygiejne.
- 2 Følgende remedier findes frem og gøres klar.



Urinpose



Konnektorstykke



Vådserviet



Plaster til kateterfiksering
- 3 Sterilt konnektorstykke pakkes ud og sættes sammen med den rene urinpose med aseptisk non-touch teknik.
- 4 Det gamle konnektorstykke skrues af lige under pigtailkatetret.
- 5 Hunstykket på pigtail katetret sprittes af med klorhexidin sprit 0,5% med aseptisk non-touch teknik.
- 6 Det sterile konnektorstykke med monteret urinpose skrues fast med aseptisk non-touch teknik.
- 7 Konnektorstykket fikseres med fx. Flexi Trak (plaster til kateterfiksering).
- 8 Posen fikseres på låret og altid under blæreniveau.
- 9 Proceduren gennemføres én gang om ugen og ved behov.

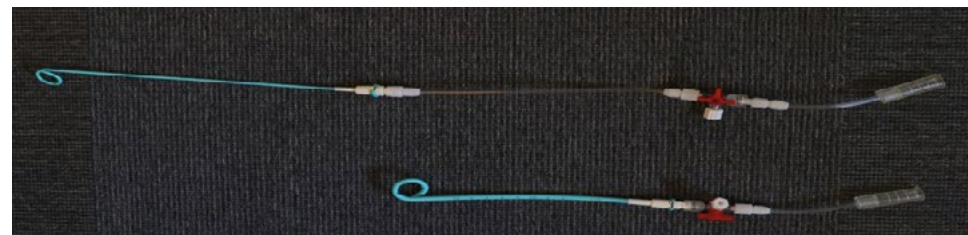
Urologisk akut modtage- og dagafsnit
Åben alle hverdage kl. 7:00-20:00
97663318

ELLER

Urologisk sengeafsnit
Hverdage kl. 20:00-07:00,
samt helligdage og weekender
97663315

©Copyright | Henriette Jensen (henriette.jensen@rn.dk) - Berit Pedersen (berit.pedersen@rn.dk) - Helle Haaland (hha@rn.dk)

Konnektorstykker findes med og uden 3-vejsbane og i 3 forskellige længder henholdsvis 30, 15 og 6 cm. På nedenstående billede vises et pigtail nefrostomikateter med et 30 cm og et 15 cm konnektorstykke.



Det er en fordel at anvende det konnektorstykke, som passer til patientens krop, således at patienten ikke kommer til at trække i konnektorstykke og kateter fx i forbindelse med toiletbesøg. Dette da selv et let træk i konnektorstykke og nefrostomikateter kan bevirke placering af katetret, hvormed der ikke er sufficiens urindrænage og nyrefunktionen belastes. Ved længere tids manglende urindrænage fra et nefrostomikateter kan patientens nyrefunktion trues. Det kræver således særlig opmærksomhed, hvis patienten er funktionel énnuret.

Hvis der ikke er behov for at skylle nefrostomikatetret, da kan konnektorstykket skiftes til et uden 3-vejsbane, som er langt mere behageligt for patienten.

Urologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital anbefaler, at nefrostomikateter fikseres med et flexitrak og leggy fix på låret på samme side, hvorpå nefrostomikatetret sidder. Dette for at mindske længden af kateterslanger og for at nedsætte risikoen for træk på katetret. Nefrostomikateter, konnektorstykke og urinpose skal fikseres således, at der ikke kommer knæk, træk og tryk på katetret og fri

urindrænage er sikret ved liggende, siddende og stående stilling (1). Også i forbindelse med fiksering af et nefrostomikateter er der i Danmark forskel på anbefalingerne. Nogle hospitaler anbefaler, at nefrostomikatetret, konnektorstykke og urinpose krydser over patientens abdomen og fikseres på modsatte lår for at opnå optimal urindrænage. Ved systematisk litteratursøgning i forbindelse med tidligere nævnte forskningsprojekt er der ikke fundet evidens for at denne fikseringsmetode er bedre, end hvis nefrostomikatetret fikseres på samme lår som katetret, eller omvendt. Det er heller ikke i praksis oplevet, at urindrængen ikke er optimal ved fiksering på samme side som katetret. Begge anbefalinger for fiksering af nefrostomikatetret synes derfor at være baseret på overleveret erfaringsbaseret viden.

Der mangler fortsat forskning på området, således at vi i højere grad kan ensrette instrukserne i Danmark.

Reference:

1. National Infektionshygiejniske Retningslinjer, Forebyggelse af urinvejsinfektioner i forbindelse med urinvejsdrænage og inkontinenshjælpemidler. 1.2 udg. 2019, Statens Serum Institut <https://bygiejne.ssi.dk/-/media/arkiv/subsites/infektionshygiejne/retningslinjer/nir/nir-urinvejsinfektion.pdf?la=da>



Vandposten - redaktionsgruppen

Er du fyldt med gode ideer, der skal deles blandt urologiske sygeplejersker?
Har du lyst til at være en del af redaktionsgruppen?

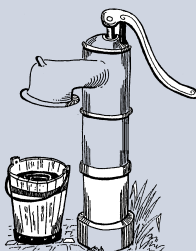
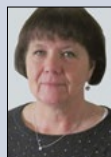
Vi laver opøgende arbejde for at få spændende og udviklende viden ud til alle medlemmer af FSUIS, samt informationer om kongresser og urologiske møder.

Vi mødes 2 gange om året, for at forberede bladet. Vi skriver sammen for at koordinere de forskellige indlæg. Der tages kontakt til industrien og patientforeninger så de har mulighed for at annoncere i bladet.

Kunne du have lyst til at bidrage til dette vigtige arbejde, kan du kontakte os på vandposten@gmail.com eller ringe til en fra redaktionsgruppen og høre mere. Kontakter står i Vandposten.

Vi ser frem til at høre fra dig

Hilsen Redaktionsgruppen



Urologisk Forum

Efteruddannelse for læger og sygeplejersker

Nu lysner det....tror vi på!

I overbevisning om at alt er vel, håber vi at byde jer velkommen til Urologisk Forum igen i marts 2022.

wellspect
HEALTHCARE

Medtronic
Further. Together

bk
medical

PHOTOCURE®
THE
BLADDER CANCER
COMPANY™

medac

SYNMED





Mitomycin medac

Interesseret i at modtage medac's nyhedsbrev?

Registrer dig på www.medac.dk

Mitomycin medac

Til installationsbehandling

Postoperativt • Induktion • Adjuverende



DK 1169/042021

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

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

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

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

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".

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.

Tak til Annette Hjuler - for lang og tro tjeneste i Redaktionsgruppen Vandposten

Af Karin N. Jansen, redaktionen



Jeg lærte Annette at kende først i 90-erne - dengang der var 3-dages Landskursus på Fuglsøcentret i Knebel på Mols. Tove Tækker Jepsen var den, der svang taktstokken i foreningen, der på det tidspunkt hed SUIS.

Atmosfæren var afslappet, tonen var fri og der var plads til lidt af hvert – og det passede rigtig godt til Annette og ut., der selvfølgelig altid havde seriøsitet som 1. prioritet, mens fest og farver var sikker 2. prioritet.

Vi startede i Redaktionsgruppen sammen med Hanne Fisker, der dengang var sygeplejerske på Urologisk afd. i Aalborg. Hanne havde sidet alene med ansvaret for det redaktionelle arbejde med Vandposten gennem flere år og var derfor særdeles begejstret for at få to nye redaktionsgruppe-søstre!

Efter en tid stoppede Hanne Fisker. Det redaktionelle i forb. m. udgivelse af Vandposten havde i en længere periode udelukkende været på jyske hænder, men nu kom Marianne Midttun og Jane Meinung ind i billedet og gav bladet en drejning mod øst.

Blandt meget andet har arbejde med Vandposten været med til at bringe Annette vidt omkring i det urologiske landskab. Det har bl.a. været medvirkende årsag til flere studiebesøg med vidensdeling hos Jane og Marianne i urologisk regi i Herlev.

Interessen for urologi startede, da Annette var primærsygeplejerske i Langå Kommune. Der skulle tages vare på hjælpemiddeldepot og blebudgetter. Annette var deltager på det første hold kontinenssygeplejersker, der blev uddannet i DK. Herefter gik det over stok og sten fra hjemmeplejen til urologisk afd. i Randers som specialeansvarlig og videre til Skejby, hvor Annette nu laver urodynamiske undersøgelser i Center for Vandladningsforstyrrelser. Specialet har også sendt Annette til Grønland, hvor Annettes erfaring og ekspertise har været med til at give hende helt unikke oplevelser.

Det har været en fornøjelse sammen med Annette at være med til at forme Vandposten og en særlig fornøjelse sammen at være selvskrevet til deltagelse i det årlige Landskursus, hvor urologisk interesserede sygeplejersker fra både primær- og sekundær sektor kommer med input.

Annette har i FSUIS-regi bidraget med mange interessante indlæg både på skrift og i tale. Disse har altid været krydret med den for hende kendte randrusianske humor – tak for det Annette.





BLÆRESMERTER 24 TIMER I DØGNET TOILETBESØG 40 GANGE I DØGNET

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

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

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

I foreningen kan de:

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

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

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

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



IC foreningen
Bladder Pain Syndrome



Vandposten