

VANDPOSTEN



Medlemsblad for urologisk interesserede sygeplejersker

FSUIS december 2022

ACTREEN® ENGANGSKATETER KLAR-TIL-BRUG



Vil du vide mere, så kontakt B. Braun's produktspecialiter, Maria Olga Tastrup eller Sandra Niemann, på:

Actreen Hotline ☎ 70 20 79 89



VANDPOSTEN DEC 2022

Indhold	Side
Fra formanden	4
Bestyrelsen	5
Redaktionen Vandposten	7
Skulle jeg vælge i dag, ville jeg vælge det samme	8
Optimering af kateterplejen i Aalborg Kommune	12
Transperineal bioptering af prostata	15
Transperineale MR-vejledte biopsier fra prostata er vejen frem	17
Peyronies sygdom – PhD projekt	20
Studieophold på REHPA-forløbet	23
Har du lyst til at blive medlem af bestyrelsen for FSUIS?	25
En minimalt invasiv behandling af benign prostatahyperplasi (BPH).	28
Vandpostens Klumme.	30
LEGAT FRA FSUIS/FS 29	31
NUF – konference fra den 8. – 11. juni 2022 i Helsinki, Finland	32
Lidt tanker på falderebet!	37
Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) Madrid	38
EAUN ønsker at sætte fokus på blærekræft!	40
Annual Int. Research Meeting 2023 Aarhus University Hospital	41
Referat generalforsamling FSUIS 2022, Kolding Fjord	42
Årets Urologisk Interesserede Sygeplejerske 2023	45
Vandposten anmelder	46
Aktivitetsskalender	48
EAUN september 2023	49
Billeder fra FSUIS Landsmøde i Kolding.	50
Kontinensforeningen – et støttende fællesskab	52

Forsidefoto: Henriette Jensen.

DEADLINE Vandposten juni 2023:
Artikler, breve, annoncer og andet skal være redaktionen
i hænde senest 15. maj 2023.
E-mail gerne til: vandposten@gmail.com



Fra formanden



Kære alle medlemmer

Efteråret er over os, årets folketingsvalg er lige overstået og nu bliver det så spændende at se, hvad det får af betydning for vores land – og ikke mindst for os som sygeplejersker, som i hvert fald i valgkampen ofte har været nævnt. Vi ved alle, at vi mangler kollegaer – og vi ved alle, at vores arbejdsmiljø er og har været presset igennem lang tid. Derfor er det også ekstra dejligt at kunne tænke tilbage på vores Landskursus i september måned – et landskursus med masser af engagerede deltagere, oplægsholdere og udstillere. Vi havde to gode dage på Hotel Kolding Fjord, to gode dage med masser af faglige input, to dage med masser af networking, to dage der forhåbentlig kan give lidt ekstra energi og lyst til fortsat at arbejde for dét, det hele handler om – den urologiske sygepleje i Danmark.

TAK til alle jer der deltog, TAK til udstillerne, TAK til oplægsholderne og TAK til Hotel Kolding Fjord. En ekstra stor tak til Mette Kliim, som efter mange års arbejde i bestyrelsen har valgt at trække sig fra dette arbejde. TAK til Mette, tak for din store indsats gennem rigtig mange år, vi håber alt det bedste for dig fremover og glæder os til at se dig som deltager på fremtidige landskurser.

Bestyrelsen har nu konstitueret sig, I kan se den endelige sammensætning forrest i denne udgave af Vandposten. Stort velkommen til Henriette Jensen, som er nyt medlem af bestyrelsen, vi glæder os til samarbejdet med dig. Som jeg fremlagde i min beretning til generalforsamlingen, så er strukturen for bestyrelsens

arbejde ikke ændret, vi arbejder stadigvæk som et team. Vi er ikke en lukket klub, vi vil stadig gerne have nye medlemmer i bestyrelsen. Vi er efterhånden en del medlemmer i bestyrelsen, der har nogle år på bagen ift. Bestyrelsesarbejdet og nogle nærmer sig også at de måske gerne vil noget andet – så hermed en lille opfordring til jer alle ift. at overveje om bestyrelsesarbejdet kunne være noget for jer i fremtiden. I kan se en lille reklame for dette i denne udgave af Vandposten.

Vi vil det næste års tid arbejde med vores faste aktiviteter, herunder planlægningen af næste års landskursus, et arbejde som allerede er gået i gang. Vi har læst alle jeres evalueringer fra dette års landskursus og tager input fra disse med i den videre planlægning. Udover vores faste aktiviteter, vil vi også arbejde med vores organisatoriske struktur, herunder vores vedtægter, som skal læses igennem og nok revideres en smule. Vi arbejder med funktionsbeskrivelser for det at være medlem af bestyrelsen, dette arbejde skal gerne sikre, at nye og fremtidige medlemmer af bestyrelsen bliver hjulpet godt fra start.

Næste år byder også velkommen til forskellige kongresser, temadage, fælles dage for alle de faglige selskaber osv. Se en oversigt over næste års aktiviteter i denne udgave af Vandposten. Vi vil i bestyrelsen deltage i det omfang det er muligt og vi håber at se nogle af medlemmer til de forskellige arrangementer det næste års tid.

De bedste hilsner med ønsket om en glædelig jul og et godt nytår til jer alle.

*På bestyrelsens vegne
Rikke Knudsen*

Bestyrelsen FSUIS



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



1. kasserer: 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



Bestyrelsesmedlem:
Henriette Jensen
Aalborg Universitetshospital
Klinik kirurgi og kræftbehandling
Urologisk Sengeafsnit 10, Urologisk akut
modtage- og dagkirurgisk afsnit 9,
9000 Aalborg, Tlf. 9766 3019
E-mail: Henriette.jensen@rn.dk



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



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



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



Pushing the
Boundaries
of Your
Urology
Practice



bkSpecto

salgdk@bkmedical.com

Redaktion

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



Camilla
Aakmann Jensen
Arbejder på
Urologisk- Senge, Dag,
og Akutmodtage Afsnit.
Tlf. 9766 0000
E-mail: C.aakmann@rn.dk



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



Mette Tranberg Sø
Kontinenssygeplejerske,
Varde Kommune,
Tlf.nr. 7994 6838
E-mail:
tran@varde.dk



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



Henriette Jensen
Sygeplejerske med
særlig klinisk funktion -
Undervisning og udvikling MKS
Aalborg Universitetshospital
Klinik kirurgi og kræftbehandling
Urologisk Sengeafsnit 10
Urologisk akut modtage- og dagkirurgisk
afsnit 9, 9000 Aalborg. Tlf. 9766 3019
E-mail: Henriette.jensen@rn.dk



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



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

"Skulle jeg vælge i dag, ville jeg vælge det samme"...

Artiklen er venligst udlånt af Kommunikationskonsulent Kristina Lind Mørkholm og Pressekonsulent Andreas Bennekou, Herlev Hospital.

I en tid hvor det er lidt af et særsyn at møde en sygeplejerske med 50-års jubilæum, er det ikke desto mindre, hvad sygeplejerske Annette Korsgaard kan bryste sig af – og så har hun ovenikøbet været på Herlev og Gentofte Hospital i alle årene. Selvom Annette snart fylder 71 år, brænder hun fortsat for faget, og sygeplejen er stadig en stor del af hendes liv.

Annette Korsgaard fylder snart 71 år. I 50 år har hun passet og plejet patienter på Herlev og Gentofte Hospital i fast aftenvagt og hver anden weekend.

-Det er bare sådan, det har passet ind i vores liv. Det kom sig oprindeligt af, at vores lille søn havde kolik, og jeg kunne jo ikke aflevere ham

i vuggestue, når han skreg så meget, så derfor blev løsningen, at jeg var hjemme med ham om dagen, og når jeg så tog i aftenvagt, kom min mand hjem og tog over, fortæller Annette Korsgaard.

En del af helheden

I dag arbejder Annette 30 timer om ugen på Afdeling for Urinvejsygdomme – en afdeling hun har været på de sidste 35 år. - Jeg er blevet tilbudt at gå ned i tid, men som jeg har sagt; hvis jeg skal være her – så skal jeg også være her. Man kan også komme til at arbejde så lidt, så man ikke længere føler, at man er en del af helheden. Det er jeg ikke interesseret i, for det betyder meget for mig at være en del af helheden her, siger Annette Korsgaard.

Frokost i skurvognen

Vi spoler tiden tilbage til marts 1972, hvor

Annette startede på det allerførste hold på Sygeplejeskolen på Herlev Hospital, hvor hun



Annette sammen med sin mand Poul Erik

også boede på sygeplejekollegiet. -Dengang var sygehuset jo slet ikke bygget færdigt, og det var én stor byggeplads. Vi vadede rundt i mudder. Hver dag spiste vi en skurvogn sammen med arbejderne. Der var ingen kantine, så det var bare sådan, det var. Men kosten var gratis, og det betød jo meget, for vi fik ikke løn på skolen, fortæller Annette Korsgaard. Annette husker særligt en episode, hvor personalet blev inviteret over for at se hospitalet, inden det var færdigt.

-Så hoppede vi ind i en fritstående elevator, som hang i nogle wirer på ydersiden af bygningen, som kun håndværkerne benyttede. Så holdt vi ind på hver etage og kunne se, hvordan det så ud. Dengang var der 16 etager, og jeg kan godt love for, at man holdt vejret, jo længere op man kom, lyder det fra Annette Korsgaard.

En hverdag med masser af oplevelser

Da hospitalet åbnede i 1976, flyttede Annette med Medicinsk Afdeling fra Gentofte til Herlev, hvor hun var frem til 1987, hvorefter hun startede i Afdeling for Urinvejsygdomme.

-Jeg brænder stadig for faget, og det er en kæmpe del af mit liv. Selvfølgelig er der også sure perioder, men det bliver opvejet af alt det

positive, der er. Jeg kan ærligt sige, at jeg aldrig har overvejet at stoppe i faget. Heller ikke da jeg fyldte 65 år. Hvorfor skulle jeg dog det, det har jeg jo slet ikke lyst til, siger Annette Korsgaard og fortsætter:

-Det er en hverdag, som giver så mange oplevelser. Jeg har jo mødt i titusindvis af mennesker både i form af personaler, patienter og pårørende. Hvad man ikke oplever på sådan en afdeling på en hel almindelig vagt – man kunne simpelthen lave en revy over det.



Ville vælge sygeplejefaget igen – "jeg er ikke skræmt væk"

Det var lidt af et tilfælde, at Annette i sin tid blev sygeplejerske – og så alligevel ikke.

-Min mor døde af brystkræft, da jeg var 15 år gammel. Vi passede hende derhjemme i mange år, det var selvfølgelig rigtig hårdt. Efter studentereksamen turde jeg ikke starte på sygeplejeskolen. Jeg tror, at min mors sygdomsforløb stadig sad så dybt i mig. I stedet startede jeg på Handelshøjskolen, hvor jeg begyndte at studere til tresproglig korrespondent. Det holdt et år. Det gad jeg ikke, det var spild af tid. Min far var selvfølgelig ikke tilfreds, men der var ikke noget, han kunne sige eller gøre ved det, forklarer Annette Korsgaard.

Kort efter søgte Annette så ind på sygeplejeskolen – og hun har aldrig fortrudt sit valg, fortæller hun:



Annette Korsgaard fejres i Store Auditorium med tale af bl.a. hospitalsdirektør Anne Jastrup



KEBOMED

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

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

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



Oruflow systemerne fungerer perfekt sammen med vores gennemprøvede blærescannere fra MCube, inklusiv den hånddføre håndholdte Biocon 900, og naturligvis også med Albyn urodynamik for videre udredning.

Kontakt os for yderligere information.

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

-Skulle jeg vælge i dag, ville jeg vælge det samme. Jeg er på ingen måder skræmt væk. Men jeg synes, det er trist, at vi mangler så mange kolleger, og at så mange falder fra. Jeg håber, at situationen vender, og at flere nye kommer til.

Du giver meget af dig selv – men du får meget mere igen

Spørger man Annette, hvad det kræver, hvis man gerne vil have en lang sygeplejekarriere, så lyder svaret:

-Du skal være indstillet på, at det kræver noget af dig selv, for du giver meget af dig selv. Men du får simpelthen så meget mere igen. Vi hører lidt for ofte om de utilfredse patienter, men det er jo langt størstedelen, som er enormt glade, tilfredse og taknemmelige og påskønner din indsats.

Hverdagen som sygeplejersker er i dag en anden, forklarer Annette, end da hun i sin tid begyndte i sygeplejefaget:

-Tempoet er et helt andet i dag, end det var for bare ti eller 20 år siden. Der er kommet mange nye arbejdsområder- og opgaver til. Vi løber

stærkt, det gør vi da. Derfor ved man også, at når man er der, så er man der. Du kan ikke blive skånet. Men det behøver jeg jo så heller ikke, så det gør jo ikke noget.

Alvorlig sygdom får heller ikke jubilaren til at drosle ned

Selvom Annette føler sig rask og rørig og både går til zumba og gymnastik i fritiden – og telefonen i lommen ofte viser 10.000 skridt på en vagt, så har Annette selv været syg af brystkræft af to omgange. Senest i 2021.

-Min mand har da også i den forbindelse prikket til mig, om det så ikke var på tide at drosle ned. Men jeg kommer mig heldigvis hurtigt, og nu er jeg på vej tilbage igen, så det ville være tosset at holde nu – det er jeg slet ikke klar til endnu.

Annette har da også lige købt en ny bil, så hun fortsat kan komme til og fra arbejde – den gamle kunne ikke mere.

-Ja, modsat mig, så havde min gamle, dejlige Hyundai altså en udløbsdato, slutter hun og griner.

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.



Optimering af kateterplejen i Aalborg Kommune

Tina Herrig Raasted, Karen Weinreich Christensen
Kontinenssygeplejersker, Aalborg kommune

Implementering af kateterpjecer og kateterkasse til borgere med permanent kateter

Tilblivelsen af en kateterpjecer og implementering af en kateterkasse er sket på baggrund af flere elementer, der påpegede en nødvendighed af at kigge nærmere på muligheden for at optimere og skabe et større fokus på plejen til borgere med permanent kateter:

- En oplevet overhyppighed af akutte kald til hjemmesygeplejen pga. kateterproblemer, tilstopning og lækage.
- Henvendelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed efter mange UTH'er på kateterdysfunktion (spaltet penis, tilstopning af kateter, lækage ved siden af kateter).
- Der findes ikke materiale i VAR (elektronisk instruksystem), som i praksis kan understøtte vigtigheden af fokus på korrekt kateterfiksering og rette valg af dræagesystem.

Vi påstod at over 50% af akutte kald til sygeplejen pga. kateterdysfunktion skyldes ukorrekt kateterfiksering. Mange af kateterproblemerne skyldes:

- plejepersonalet mangler viden om hvordan kateteret fikseres korrekt.
- plejepersonalet mangler fokus på vigtigheden og betydningen af korrekt kateterfiksering.

Formålet med udarbejdelse af kateterpjecen samt implementeringen af kateterkassen skulle være at, reducere tilfælde med kateterdysfunktion og skader på borger som følge her af og

dermed:

- Øge livskvaliteten for borger med kateter.
- Reducere de akutte kald til hjemmesygeplejen.

Kateterpjecen

Kateterpjecer til hhv. mand og kvinde med permanent uretralt kateter. Pjecen kan anvendes af borger, pårørende og plejepersonalet. Pjecen opbevares i en kateterkasse i borgerens hjem sammen med kateter og tilbehør. Hjemmesygeplejersken medbringer kateterkassen og pjecen ved første besøg hos borgeren.

Kateterkassen

Kateterkasse til alle borgere med permanent kateter. Kassen skal kun indeholde de kateterremedier, der skal anvendes til borgeren. I kateterkassen skal kateterpjecen findes i lamineret udgave.

Sygeplejersken medbringer kassen, ved første besøg i hjemmet efter kateteranlæggelsen. Det er sygeplejerskens opgave at sikre rette valg og korrekt fiksering af kateter og dræagesystem, før eventuel opgaveoverdragelse.

Sygeplejersken, der skifter kateter, har ansvar for, at sikre et ekstra kateter i kassen. Plejepersonale, der har den daglige kateterpleje og ugentlige poseskift, har ansvar for opfyldning af kassen.

Vi er lykkedes med indsatsen, når vores overordnede og ambitiøse vision er opfyldt.

I Aalborg Kommune har vi ingen uløste problemer med kateterdysfunktion hos borgere med permanent kateter, der modtager hjælp til kateterpleje.

Fiksering af kateter og urinpose på kvinder

Du har fået et blærekateter, som er nødvendigt for at kunne tømme din blære for urin. Kateteret er lavet af silikone og er cirka 40 cm langt. Det er lagt op i blæren gennem urinrøret.

Her bliver det holdt fast ved hjælp af en lille ballon, som er fyldt med væske. Kateteret er forsynet med en slange, der leder urinen ud i en pose, som du selv åbner og tømmer.

Korrekt placering

Kateter og urinpose fikseres i en blød bue let opad for at fungere optimalt og undgå træk, da det kan gøre skade på blære og urinrør.

Anvend tætsiddende elastisk trusse og/eller plaster for at holde kateteret i ro og på plads. Vær altid opmærksom på at undgå knæk og træk.

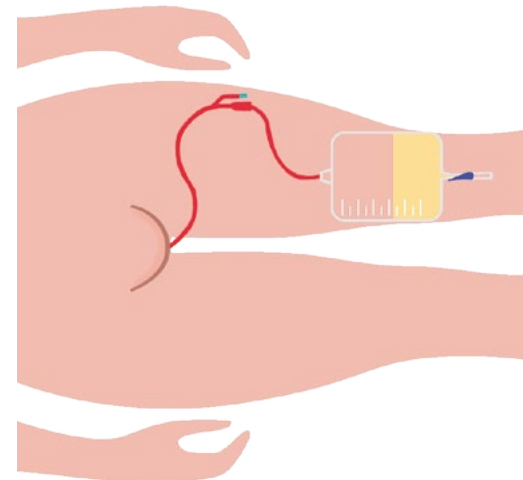
Placer posen, så den sidder under blæren, både når du står og ligger for at sikre optimal flow.

Om dagen kan du bruge en pose med kort slange og sætte posen fast på dit lår. Er du overvejende stillesiddende, er det en fordel at posen fikseres på læggen.

Når du sover, både om natten og ved eventuel middagslur, kan du koble kateteret til en pose med lang slange, så posen kan hænges på siden af sengen. Om natten kobles den store urinpose til silikonestudsen på lille urinpose.

Den lille urinpose er fortsat fikseret i urinposeholder på lår eller skinnerben og den store urinpose placeres i urinposeholder på sengekanten i fodenden. Slangen skal lejres under en evt. sengehest.

Husk at åbne ventilen på den lille urinpose.



Aalborg
Kommune



Fiksering af kateter og urinpose på mænd

Du har fået et blærekateter, som er nødvendigt for at kunne tømme din blære for urin. Kateteret er lavet af silikone og er cirka 40 cm langt. Det er lagt op i blæren gennem urinrøret.

Her bliver det holdt fast ved hjælp af en lille ballon, som er fyldt med væske. Kateteret er forsynet med en slange, der automatisk leder urinen ud i en pose, som du selv åbner og tømmer.

Korrekt placering

Kateter og urinpose fikseres i en blød bue opad for at fungere optimalt og undgå træk, da det kan gøre skade på blære og urinrør.

Anvend tætsiddende elastisk truse og/eller plaster for at holde kateteret i ro og på plads. Vær altid opmærksom på at undgå knæk og træk.

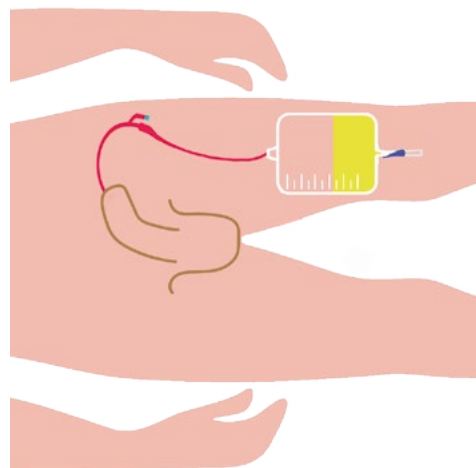
Placer posen, så den sidder under blæren, både når du står og ligger for at sikre optimal flow.

Om dagen kan du bruge en pose med kort slange og sætte posen fast på dit lår. Er du overvejende stillesiddende, er det en fordel at posen fikseres på læggen.

Når du sover, både om natten og ved eventuel middagslur, kan du koble kateteret til en pose med lang slange, så posen kan hænges på siden af sengen. Om natten kobles den store urinpose til silikonestudsens på lille urinpose.

Den lille urinpose er fortsat fikseret i urinposeholder på lår eller skinnerben og den store urinpose placeres i urinposeholder på sengekanten i fodenden. Slangen skal lejres under en evt. sengehest.

Husk at åbne ventilen på den lille urinpose.



**Aalborg
Kommune**



Transperineal bioptering af prostata

Af Stefan Tiessen, Overlæge Urinvejskirurgi
Afd. L, 5000 Odense C

I 2021 blev der udført mere end 7200 transrektale prostatabiopsier (TR-Biopsi) i Danmark. Til trods for bred antibiotisk profylaktisk dækning for at undgå alvorlig infektion viser statistikken, at op til 6% af patienter bliver indlagt efter biopsi med infektion/sepsis. Dette svarer til mere end 8 patienter om ugen med alvorlig komplikation efter TR-biopsi.

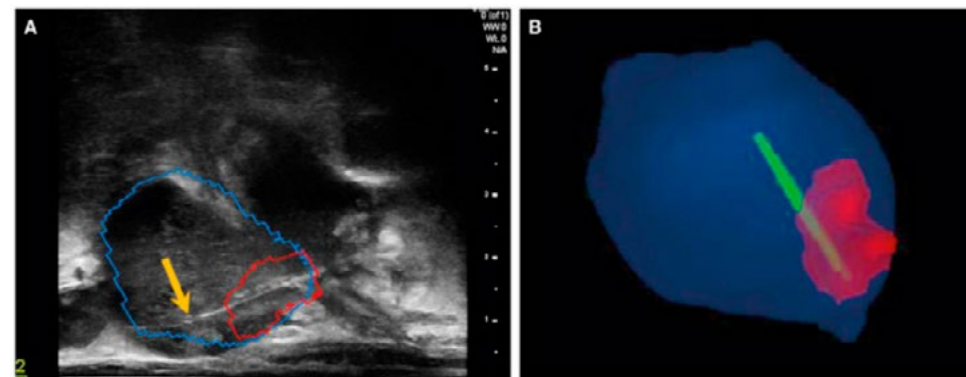
Anvendelse af bredspektrede antibiotika kan medvirke i resistensudvikling, og derudover klager ikke få patienter over diarré pga. antibiotikabehandling.

I januar 2022 startede vi i Urinvejskirurgisk Afdeling på OUH med trans-perineale biop-

sier (TP-biopsi). En speciel software, udviklet fra BK-Medical, har givet os muligheden for at anvende den nye teknik med sammen præcision som ved TR-biopsi.

Teknikken baserer på MR/UL-fusion, hvor patienten ligger i stensnit-leje og UL-transduceren indføres i endetarmen. I lokalbedøvelse indføres en metal-kanyle (coaxial-nål), som placeres igennem mellemkødet (perineum) foran prostata-kirtlen. Igennem metalrøret kan vi nå alle relevante områder i prostatakirtelen med en biopsi-nål. Da vi ikke anvender et fast styr, kaldes teknikken for fri-hånd.

Der kan tages målrettet biopsier lige som standardbiopsier, hvor man systematisk tager prøver fra definerede områder i prostata.



A Sagittalt transrektalt UL-billede med overlejret MR-scanning MR-kontur af prostata (blå linje) og den suspekta læsion markeret (rød linje). Biopsinålens bane er synligt som hypoekkotisk stribe (gul pil ved nålspids).

B Tredimensionel rekonstruktion af prostata (blå), MR-læsion markeret rød og biopsivejen (grøn. Siden januar 2022 har vi taget TP-biopsier på mere end 200 patienter. Detektionsraten for cancer var over 80%, detektion af klinisk signifikant cancer (\geq Gleason 3+4) var over 69 %.



Fordele ved TP-biopsi:

Proceduren er steril, hvilken medfører en markant reduktion for infektion.

Proceduren kan udføres ambulant, i lokalbedøvelse og uden antibiotisk profylakse.

Proceduren er smertefattig og bliver vel accepteret af patienter.

Patienter oplever få komplikationer (mest hæmopermi, kortvarig hæmaturi).

Præcisionen er på lige fod med (TR-biopsi) eller bedre

Langt de fleste patienter, som fik foretaget biopsier i begge teknikker (transrektalt og transperinealt), vil foretrække den nye måde at få taget biopsier.

Inden årsskiftet vil vi konvertere alle prostata-biopsi til TP-biopsi og betragter det som en triple-win situation:

- Præcis detektion af kræft i prostata
- Øget tolerabilitet med reduceret antal af gener for patienten
- Reducering i forbruget af antibiotika og færre henvendelse til sundhedssystemet efter biopsi.

Transperineale MR-vejledte biopsier fra prostata er vejen frem

Af Sygeplejerske Lene Madsen og klinisk sygeplejespecialist Lise Topholm, OUH, Urinvejskirurgisk afdeling, Odense Universitetshospital. Oktober 2022.

Vævsprøvetagning fra prostata gennem endetarmen har altid været forbundet med en vis risiko for infektion. På trods af at patienterne har fået antibiotika profylaktisk i dagene omkring vævsprøvetagningen, har biopsitagning i nogle tilfælde medført infektion i form af sepsis. Dette kan have stor betydning for patienten, som kan blive alvorligt syg og må indlægges til i.v. antibiotika, hvilket ifølge DaProCa gælder for op til 6% af patienterne. I enkelte tilfælde bliver patienten så dårlig, at det kan være med dødelig udgang.

I udlandet har man derfor flere steder indført transperineale biopsier for at eliminere risikoen for at påføre patienten infektion. Dette foregår typisk i GA, hvilket både er besværligt for patienten, men også noget mere omkostnings tungt, end hvis man kunne foretage biopsitagningen uden GA.

På OUH

På OUH tog vi udfordringen med transperineale prostatabiopsier op i januar 2022, som den første kliniske afdeling i Danmark. Overlæge Stefan Tiessen og afdelingslæge Torben Brøchner Pedersen indførte metoden, og sammen med sygeplejerske Lene Madsen er der løbende justeret i proceduren, for at få proceduren til at forløbe så enkelt som muligt og for patienten så behageligt og smertefrit som muligt. Næsten alle vores prostatapatienter får nu foretaget prostatabiopsier transperinealt

fremfor transrektalt, og dette foregår i lokalbedøvelse. I alt 200 patienter har vi i skrivende stund haft igennem og vi forventer fra januar 2023, at alle patienter skal kunne tilbydes at få foretaget biopsitagning transperinealt.

Udvikling af proceduren

I det følgende beskrives selve biopsitagningen. Det må nævnes her, at selve proceduren omkring det har været lidt et udviklingsarbejde, da vores sædvanlige procedure for biopsitagning skulle forandres en del både for patienten, men også for læge og sygeplejerske. Dels fordi patienten ligger anderledes, men også fordi proceduren udføres sterilt. I starten var både læge og sygeplejerske sterilt påklædt, men det viste sig ikke at være nødvendigt, hvis lægen selv stryger prøverne af på papir, hvorved sygeplejersken ikke behøver at være sterilt påklædt. Der blev afprøvet coaxialnåle i forskellige tykkelser til indføring af Lidokain og biopsikanyle. Ydermere blev der også konstrueret en holder til UL-proben. UL-proben er under prøvetagningen placeret i rektum og ved brug af holderen, er det ikke er nødvendigt at holde proben manuelt. Desuden er der anskaffet et nyt softwaresystem til biopsitagningen, og endelig blev der arbejdet med forskellige indstillinger af lejet - både for at patienten skal ligge godt, men også for at lægen både kan se skærmen (over patientens ben) og tage prøver samtidigt.

Selve proceduren starter med at patienten får hospitalstrusser (nettrusser) på, hvorefter han ligger sig på ryggen på lejet (GU-leje) med benene i GU-bøjler. Herefter klippes der et hul i nettrusserne ved perineum. På den måde kan



FSUIS er nu på Facebook!

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

Skriv til Vandposten

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

Indlægget sendes til vandposten@gmail.com

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

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

Indlæg på en A4 side eller derover honoreres med et gavekort

Deadline for juni nummeret er 15. maj.

Deadline for december nummeret er 15. november.



Hva kan patienter med nyresten selv gøre?

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

Lit-Control pH Balance



HVER KAPSEL INDEHOLDER:

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

Lit-Control pH Up



HVER KAPSEL INDEHOLDER:

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

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

For yderligere information - kontakt info@pharmaprim.com

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

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



LIT-C-2022-01-DK

nettrusserne holde scrotum oppe, og scrotum er ikke i vejen under prøvetagningen. Evt. hår på perineum raseres, og UL-proben placeres i rektum. Derefter lægges 1. lokalbedøvelse i huden. Imens lokalbedøvelsen får lov at virke, fusioneres de indtegnede områder fra MR-scanningen (udført på et tidligere tidspunkt) og UL-billedet, hvorved det kan ses, hvorfra prøverne skal tages. Det er sygeplejersken, der hjælper med justere billederne, mens lægen sterilt har hænderne på UL-proben. Herefter lægges 2. lokalbedøvelse længere inde ved prostata. Der placeres en coaxialnål og det er igen denne, at prøverne tages efterfølgende.

Der tages 4-6 biopsier med en biopsikanyle. Sygeplejerskens opgave her er at justere billedet på computeren, så lægen kan se, hvor han skal tage prøven. Sygeplejersken markerer også, hvor prøven blev taget og gemmer dette.

Det er som regel kliklyden ved selve biopsitagningen, som generer patienterne mest, og så synes flere patienter, at det at ligge i GU-leje er ret uvant. Selve prøvetagningen mærker de ikke. Patienter, som tidligere har prøvet at få taget biopsier transrektalt, fortæller at det slet ikke kan sammenlignes, da det ikke gør ondt på samme måde og dermed er langt mere behageligt.

Patienterne får ingen antibiotika, med mindre

man har været tæt på endetarmen under biopsitagningen. Vi har indtil videre haft en enkelt indlæggelse med infektion efter biopsitagning, hvilket er langt mindre, end da vi tog transrektale biopsier.

Da patienten ligger på ryggen, kan vi bedre både se patienten og have øjenkontakt ind imellem, hvilket også bedrer kommunikationen både verbalt og nonverbalt. Endvidere kan patienten bedre følge med i, hvad vi laver, end ved transrektal biopsitagning, hvor patienten ligger med ryggen til.

Proceduren virker også meget rolig for patienten, da lokalbedøvelsen skal have tid til at virke, mens vi har tid til at lave alle forberedelserne.

Fremtiden

Denne nye procedure reducerer således risiko for alvorlig infektion, og patientens oplevelse af biopsitagningen bedres betragteligt. Og det har vist sig, at det sagtens kan udføres i lokalbedøvelse.

Inden for de sidste måneder er vi også begyndt anvende den nye procedure til både at tage standardprøver (12 stk.) ved patienter, som ikke kan få foretaget MR-scanning (grundet kontraindikationer) samt at anlægge guldmærker forud for strålebehandling.

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".



Vandposten

December 2022



19

18

Peyronies sygdom – PhD projekt

Af Majken Witzborg, urolog, Master i Sexologi og Ph.D. studerende

Baggrund

Peyronies sygdom er en erhvervet tilstand, der rammer 5-9% af alle mænd, hvor penis bliver skæv og krummer ved rejsning. Det kan være smertefuldt og besværliggøre samleje. Udover de fysiske gener, så er der ofte betydelige psykiske gener. Undersøgelser viser at mændene oplever påvirkning af deres mandlighed og et studie viste, at op mod halvdelen af mændene oplevede depressive symptomer. Mændene er i gennemsnit i 50'erne, når de får den.

Sygdommen har to faser: en akut og en kronisk. For nogle mænd starter det med smertefuld rejsning, andre mærker en knude. Herefter udvikler der sig en krumning af penis. Krumningen kan udvikle sig langsomt over måneder, mens andre oplever, at den nærmest kommer henover en nat. Årsagen til sygdommen er ukendt. En gang mistænkte man, at det kunne være et traume i form af et slag eller spark mod penis, men det er de færreste, der har oplevet et sådant. I dag er der enighed om, at tilstanden muligvis skyldes mikrotraumer kombineret med, at mændene har en uhensigtsmæssig helingsproces, således arvævet bliver permanent og meget udtalt. Arvævet er lokaliseret til den elastiske hinde, tunica albuginea, der omkranser de to store svulmelegemer, corpora cavernosum. Hinden består af kollagene fibre, der er elastiske, så den kan give sig, når svulmelegemerne ved erektion bliver blodfyldte og øger omfang. Når et stykke af den elastiske hinde ikke kan give sig på grund af arvævet, opstår krumningen. Den akutte fase kan vare fra 6-18 måneder. Når krumningen har været

stabil gennem 4-6 måneder siger man at sygdommen er i den kroniske fase. Indtil da kan krumningen forværres, men hos op til 10% faktisk også bedres.

Behandling og forskning

Når sygdommen har nået den kroniske fase, kan man tilbyde behandling. Den består i Danmark af en operation, hvor man sætter nogle suturer i den elastiske hinde, for at afkorte den, så det svarer til den forkortning som arvævet medfører. Operationen kan give mændene smerter, føleforstyrrelser og rejsningsproblemer efterfølgende, og suturetrådene vil altid kunne mærkes. Det vil også altid medføre en forkortning af penis i erigeret tilstand.

Der pågår forskning på området, men trods at sygdommen har været kendt siden 1743, har der endnu ikke været så stor udvikling. Operationsteknikken kan variere lidt, og i udlandet anvender man også meget, at skære arvævet ud, for herefter at implantere nyt væv og en penisprotese. Det er en omfattende operation, som meget sjældent anvendes i Danmark.

Der er også lavet flere studier, hvor man har undersøgt, om chokbølger kan hjælpe mænd med Peyronies sygdom. Chokbølgerne laver mikrotraumer i arvævet og herved skulle immunforsvaret mobiliseres for at rette op på den forkerte helingsproces. Der har desværre ikke været nogen klare resultater fra disse studier, men praksis viser, at for nogle mænd hjælper det, så krumningen reduceres lidt og for andre gør det ingen forskel. Chokbølger har dog vist sig at være effektive i det akutte, hvis mændene har mange smerter ved erektion.

Andre studier har undersøgt, om man allerede i det akutte, hvor inflammationen er størst, kan

stoppe dannelsen af arvæv og derved mindske krumningen. Medikamenter som Tamoxifen og PDE5 hæmmere (Viagra, Cialis, Spedra, Levitra), har vist at dæmpe inflammation hos dyr, og nyt studie viser at det i det akutte kan stoppe krumningen, så det ikke bliver mere udtalt, men desværre ikke fjerne den.

Igennem nogle få år kunne mændene også tilbydes Xiapex, som er et kollagenase, der blev injiceret i arvævet på penis. Mændene skulle have op til 2x4 injektioner med 1 måneds mellemrum. Der var i gennemsnit 17 graders reduktion af krumningen, hvilket var acceptabelt ved en krumning på 40 grader, mens det ofte var for lidt, hvis man havde 90 graders krumning – og cirka halvdelen oplevede ingen effekt. Firmaet tog det af markedet i Europa i 2019.

To artikler fra 2019 viser også at strækbehandlinger kan have en effekt. Ulempen ved disse er at de kræver stor motivation. Man skal anvende et apparatur, man påmonterer penis på daglig basis, flere timer og i minimum 3-6 måneder. Fordelene er at mændene selv kan anvende den, også allerede i den akutte fase, samt at den er bivirkningsfri.

Seneste skud på stammen er undersøgelser af om stamcelle og PRP (platelet-rich-plasma) kan hjælpe efter det er injiceret i arvævet.

Ph.D. projekt om stamcelleinjektion

Jeg er i gang med en Ph.D. om Peyronies sygdom, fordi jeg, som speciallæge i urologi ofte mødte disse mænd. Nogle havde det fint med en operation og var glad for resultatet, men jeg



mødte også mange, der ikke ønskede en operation eller som selv efter en operation – som de følte sig nødsaget til som eneste mulighed – ikke var tilfredse. Mændene fravælger behandling på trods af, at det har stor betydning for dem selv og eventuelle partners livskvalitet. De føler ofte, at de ikke oplyses om noget alternativ til operationen og at de omfattende mentale følger, sygdommen har, heller ikke anerkendes.

Sidste år oversatte jeg sammen med mine forskerkolleger et amerikansk spørgeskema. Det var designet til mænd med Peyronies sygdom og adresserede både fysiske og psykiske gener ved tilstanden. Det er egentlig udviklet til at følge, om der er en effekt af en eventuel intervention, men vores håb er, at det også kan sætte fokus på andet end de fysiske symptomer og være et springbræt ved samtalen, når mændene møder sundhedsvæsenet.

Efter vi havde oversat spørgeskemaet, fik vi 41 mænd til at besvare det og ved efterfølgende interviews fik vi feedback på, hvad der var godt og mindre godt ved skemaet. Det er der kommet en artikel ud af, som vi venter på at få endelig godkendt i et internationalt tidsskrift og 2 abstrakts, der har været præsenteret på

NUF i Helsinki og til ISSM i Miami i 2022.

Efter at have læst flere artikler om effekten af stamceller udvundet fra fedt hos dyr med Peyronies sygdom, ønskede jeg at undersøge systematisk, om der var en effekt hos mændene. Der var et publiceret studie med 11 mænd, der havde fået stamceller udvundet fra fedt, men artiklen oplyste ikke om vinklen på krumningen, og resultatet blev præsenteret i form af, om mændene selv var tilfredse.

I september 2022 gik vi i gang, ét år forsinket på grund af verdens omstændigheder. Mændene får en lille fedtsugning og af fedtvævet udvinder man de stamceller, mændene får injiceret i arvævet på penis senere samme dag. Der skal indgå i alt 23 mænd. Alle mændene følges 1 år efter deres operation for at observere effekt og eventuelle bivirkninger. Resultater fra studiet forventes først i maj 2024, og vi er meget spændte på det. Uanset effekten skal resultaterne publiceres.

Selvom det skulle vise sig ikke at have en effekt, så har det været vigtigt for mig at øge fokus på denne invaliderende, omend godartede, sygdom som nogle mænd oplever.

Studieophold på REHPA-forløbet "Livsfortællingsforløb for mennesker med kronisk og/eller uhelbredelig kræft." Eksistentiel rehabilitering.

Af Sofie Vistoft, Sygeplejerske, Enhed for Lindrende Behandling Kræftafdelingen - Aarhus Universitetshospital, Palle Juul-Jensens Boulevard 99 8200 Aarhus N.

Et hold, på 10 kvinder med en kronisk kræftsygdom, indlogerer sig på Nyborg sygehus. De skal deltage på et eksistentiel rehabiliteringsforløb på REHPA. Vi er to sygeplejersker, som har fået lov til at deltage i kurset som fagprofessionelle ifm. et uddannelsesforløb.

Jeg har i de seneste 15 år arbejdet på urinvejskirurgisk afdeling på AUH og er nu i gang med "specialuddannelsen i kræftsyegepleje". Det er i den forbindelse jeg har ønsket og søgt om at deltage på REHPA-forløbet, da jeg i min dagligdag har møder rigtig mange mennesker med uhelbredelig kræft. Jeg oplever at den eksistentielle dimension i palliationen, ofte bliver nedprioriteret eller "glemt" - mere eller mindre bevidst - ofte under påskuddet om travlhed eller manglende viden om hvordan man griber det an.

Målet med kurset er at invitere deltagerne til at arbejde med nedslag i egen livsfortælling og dele elementer af denne med andre deltagere i samme situation for at støtte den enkeltes identitet og give mulighed for lindring.

Kurset var et fire dage langt kursus hvor deltagerne - først alene og efterfølgende i små grupper kunne beskrive, fortælle, lytte og reflektere over forskellige temaer som "vendepunkter i livet", "betydningsfulde relationer", "roller i livet" og "værdibaserede handlinger i fremtiden". Derudover var der mulighed for at lave fysisk aktivitet i naturen med fokus på både bevægelse og det sanselige i naturen omkring os.

Fortællinger er det "kit" der binder oplevelser, erfaringer og handlinger sammen. Via vores egne og andres fortællinger skabes både identitet – forståelsen af os selv, hvem vi er og hvad vi kan og gør - samt vores livshistorie – en mere eller mindre samlet historie om vores liv eller "kapitler" eller vigtige vilkår og hændelser i vores liv.

Afsættet for kurset var, at vi kan bruge vores egne (og andres) fortællinger til at blive klogere på os selv; på det liv vi har haft, det liv vi lever nu – og det liv vi gerne vil have i fremtiden, uanset hvor kort eller lang fremtiden måtte være. Ved at arbejde med vores egen livsfortælling kan vi få øje på hvad og hvem, der gennem livet har særlig betydning og hvilke værdier der har været, og er, de vigtigste og mest meningsfulde for os.

Mødet med de ti kvinder og brudstykker af deres livsfortælling, har sat dybe spor i min bevidsthed omkring det, at leve livet med en kronisk og uhelbredelig kræftsygdom. Fortællinger om et liv som pludselig bliver vendt på hovedet af en kræftsygdom. Fortællinger om hvordan bevidstheden om dødens nærvær og nærhed kan lyse på det betydningsfulde i livet. Fortællinger om liv der leves på trods af behandlinger, statusscanninger og nedslående beskeder. Fortællinger om de sundhedsprofessionelles aftryk, på godt og ondt, i en kvindes liv med et kræftbehandlingsforløb. For vi sætter aftryk i menneskers liv ved vores blotte tilstedeværelse i deres forløb. Det blev tydeligt i forløbet at som kræftpatient har det stor værdi at møde de samme sundhedsprofessionelle igennem hele forløbet da det giver en enorm trykthed, som betyder mere frihed til at leve livet.

Se hvordan du kan abonnere på nyheder

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

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

Log ind på dsr.dk

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

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

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



Nu skulle man tro at stemningen på kurset var præget af tristhed, nedtrykthed og sygdoms-snak... og det var der også noget af, men i overvejende grad var forløbet præget af grin, glæde, fællesskab og lange snakke om betydningsfulde relationer.

Nogle kvinder var i gang med at skrive fortællinger til dem selv, familiemedlemmer og andre betydningsfulde relationer mens andre blev inspireret til at gå i gang. Fortællinger kan formidles på mange måder så både små filmklip, malerier og skrevne fortællinger blev vist og delt med hinanden. Det var smukt, bevægende og helt igennem livsbekræftende.

Jeg vil slutte min fortælling med Løgstrups berømte citat da det summer oplevelsen af opholdet op for mig:

"Den enkelte har aldrig med et andet menneske at gøre, uden at han holder noget af dets liv i sin hånd. Det kan være meget lidt, en forbigående stemning, en oplagthed, man får til at visne, eller som man vækker, en lede man uddyber eller hæver. Men det kan også være forfærdende meget, så det simpelthen står til den enkelte, om den andens liv lykkes eller ej".

Tak til FSUIS for at yde mig økonomisk støtte til at kunne deltage i opholdet."

Kerneopgave

REHPA løser sin kerneopgave som nationalt videncenter ved at:

A) samle, skabe og dele forskningsbaseret viden om rehabilitering og palliation og

B) udvikle og gennemføre aktiviteter i rehabiliterende og palliativ praksis.

REHPAs rolle er at bidrage med relevant viden til fx myndigheder og fagprofessionelle, men herunder også at forholde sig nysgerrigt og kritisk analyserende til viden og dens grundlag.

Kilde: <https://www.rehpa.dk/om-rehpa/videncenter/>

Faktaboks:

Vision

REHPA bidrager med forsknings- og erfaringsbaseret viden om rehabilitering og palliation for at skabe bedst mulig livskvalitet for mennesker med livstruende sygdom og deres pårørende.

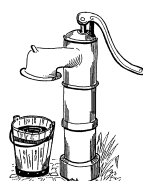
REHPAs forsknings-, udviklings- og dokumentationsaktiviteter bidrager til koordinering og sammentænkning af rehabiliterings- og palliationsindsatser af høj kvalitet på tværs af kommuner og regioner.

REHPAs kliniske aktiviteter bidrager til bedre kvalitet, koordinering og sammentænkning af rehabiliterings- og palliationsindsatser under ophold/forløb i REHPAs forskningsklinik, Nyborg og under forløb på tværs af kommuner og regioner.

REHPA er kendt, respekteret og anvendt som nationalt videncenter af alle relevante aktører inden for rehabilitering og palliation.

Mission

REHPA arbejder for at samle, skabe og dele viden om rehabilitering og palliation til gavn for mennesker med livstruende sygdomme. REHPA arbejder tillige for koordinering og sammenhæng mellem de to felter – i hele forløbet, under og efter sygdom og frem til mulig død samt for de efterlevende.



Vandposten



Har du lyst til at blive medlem af bestyrelsen for FSUIS?

Som medlem af bestyrelsen er du med til at:

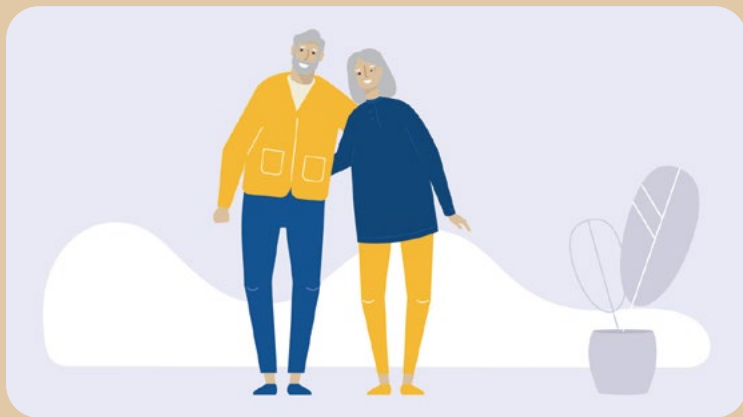
- Planlægge landskursus.
- Deltage i diverse møder.
- Sikre udviklingen af den urologiske sygepleje i Danmark.
- Medvirke til at vi har et godt, stærkt og veldrevet fagligt selskab.
- Og meget mere....vigtigst af alt, det er et sjovt, hyggeligt og spændende arbejde at være medlem af bestyrelsen for FSUIS.

Næste gang der er valg til bestyrelsen er i 2024. Hold øje med Vandposten, hold øje med jeres mail. Opstillingsblanketten der skal udfyldes og sendes til formanden bliver fremover en elektronisk blanket – det bliver dermed meget nemmere at melde sit kandidatur til bestyrelsen.



Ny hjemmeside til dig og dine patienter om blærekræft

blaerecancerinfo.dk



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

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

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

Terapeutiske indikationer: Mitomycin "medac" er indiceret til intravesikal administration til forebyggelse af recidiv hos voksne med overfladisk karcinom i urinblæren efter transuretral resektion. **Dosering og indgivelsesmåde:** Mitomycin "medac" skal administreres af lægen, 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, 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: 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. Anning, Perforering af blærevæggen og Cystitis. **Særlige advarsler og forsigtighedsregler vedrørende brugen:** Hvis der opstår cystitis, skal symptomerne behandles med lokale antiinflammatoriske lægemidler og smertestillende medicin. I de fleste tilfælde kan mitomycin-behandlingen fortsættes, om nødvendigt med en reduceret dosis. Der er rapporteret om isolerede tilfælde af allergisk (eosinofil) cystitis, hvor det var nødvendigt at seponere behandlingen. Ekstravasation efter intravesikal administration: Symptomer på ekstravasation efter intravesikal administration af mitomycin kan forekomme straks efter applikationen eller uger eller måneder senere. Det kan være uklart, om ekstravasationen fandt sted som følge af en ubemærket perforation, en muscularis propria, som er blevet tyndere, eller hvis lægemidlet ikke blev administreret korrekt. De første symptomer viser sig som smerter i bækkenet eller abdomen, som er refraktære til almindelige analgetika. Nekrose af (fedt)væv i den omgivende region som følge af ekstravasationen blev observeret i de fleste tilfælde. Der er også blevet rapporteret blæreperforation eller 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 mikturiation. 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. Knoglemarvsuppression kan typisk først mærkes efter et stykke tid og kraftigst efter 4-6 uger. Efter længerevarende behandling kan der forekomme kumulativ knoglemarvsuppression, 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; seversibelt 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 cytostatika, strålebehandling). Samtidig behandling med vinca-alkaloider eller bleomycin kan forvære leukotoksiciteten. Der er rapporteret om øget risiko for hæmolytisk-uræmisk syndrom hos patienter, der får intravenøs mitomycin samtidig med 5-fluorouracil eller tamoxifen. Dyrerforsøg tyder på, at virkningen af mitomycin går tabt, hvis det indgives samtidig med pyridoxinhydrochlorid (B6-vitamin). Der må ikke laves 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 allergisk hudreaktion i form af lokalt eksantem (f.eks. kontaktdermatitis, herunder palmoplantart erytem) og cystitis. Hud og subkutane væv: Almindelig: Allergisk hududslæt, kontaktdermatitis, palmoplantart erytem, pruritus. Sjælden: Generaliseret eksantem. Nyre og urinveje: Almindelig: Cystitis (evt. hæmorrhagisk cystitis), dysuri, nykturi, pollakisuri, hæmaturi, lokal irritation af blærevæggen. Meget sjælden eller ikke kendt: Nekrotiserende cystitis (eosinofil) cystitis, stenose af de frørende urinveje, reduceret blærekapacitet, kalcifikation af blærevæggen, blærevægsfibrose, 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 knoglemarvsuppression med leukopeni og som regel dominerende trombocytopeni. Knoglemarvsuppression 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: Knoglemarvsuppression, 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: Hjerterystigt efter tidligere behandling med antracykliner. 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 hepatisk funktion, øgede aminotransferaser, gulsot, venaokklusiv sygdom (VOD) i leveren. Hud og subkutane væv: Almindelig: Eksantem, allergisk hududslæt, kontaktdermatitis, palmoplantart 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 afrivelig aluminiumsforsøgling. Pakningsstørrelser: 1-5 hætteglas (50 ml), 1 pvc-pose med 40 ml natriumchloridopløsning 0,9 %, med eller uden katetre. Ikke alle pakningsstørrelser er nødvendigvis markedsført. **Se dagsaktuel pris på www.medicinpriser.dk.** **Tilskud: 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 DG 03. **SPC National version:** 02. januar 2021. **For yderligere produktinformation:** www.medicin.dk eller www.produktresume.dk.

En minimalt invasiv behandling af benign prostatahyperplasi (BPH)

Boston Scientific
Advancing science for life™

Hvad er BPH?

Benign prostatahyperplasi (BPH) er en forstørrelse af prostatakirtlen, som påvirker omkring 50 % af mænd efter 60-årsalderen og op til 90 % af mænd på 85 år og derover.¹ Denne forstørrelse kan presse urinrøret sammen, hvorved urinstrømmen fra blæren reduceres og til tiden helt blokeres.

Symptomerne på BPH omfatter:

- Hyppig vandladningstrang
- Uregelmæssig urinstrøm
- Trang-inkontinens
- Svag urinstrøm
- Anspændelse
- Natlig vandladning

Behandling af BPH

Ikke parat til en operation, men ønsker ikke at være på medicin? Vanddampbehandling er en mulighed, som er designet til at formindske BPH-symptomer hos mænd med forstørret prostata - uden bivirkningerne fra BPH-medicin.

En minimalt invasiv
behandling af benign
prostatahyperplasi (BPH)

Vaddampbehandling



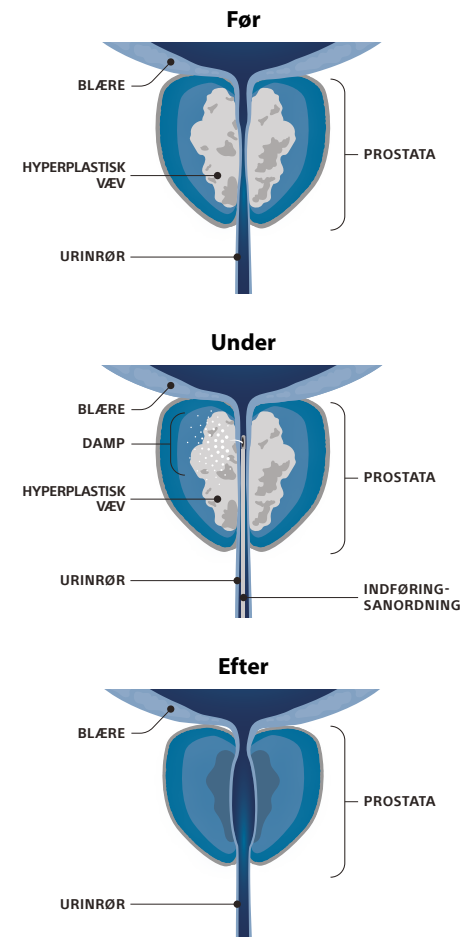
Se forskellen

Vaddampbehandling udnytter den naturlige energi, som er lagret i vaddamp. Kliniske undersøgelser viser en positiv sikkerhedsprofil med mulighed for at lindre symptomer, der er forbundet med BPH.²

I løbet af hver 9-sekunders behandling frigives steril vaddamp gennem det behandlede prostatavæv. Når dampen bliver til vand igen, udløses al den lagrede energi, hvilket får cellerne til at dø.

Med tiden fjerner kroppens naturlige helingsproces de døde celler, hvorved prostata skrumper. Når det ekstra væv fjernes, gendannes passagen i urinrøret, hvilket formindsker BPH-symptomerne.

De fleste patienter begynder at opleve symptomlindring efter to uger og det maksimale udbytte forekommer inden for tre måneder. Patientrespons vil variere.



Antallet af vaddampbehandlinger varierer afhængigt af størrelsen på prostata. Proceduren udføres under en enkelt konsultation. Billederne ovenfor er beregnet til at vise, hvordan proceduren fungerer, ikke til at give et nøjagtigt udtryk for patientresultater.



Vandpostens Klumme

Vi mangler et passende navn til Vandpostens Klumme! Hvis du har et godt forslag til, hvad denne klumme kan hedde, så send os dit forslag til vandposten@gmail.com. Det eneste kriterie vi har er, at navnet skal kunne relateres til den urologiske sygepleje. Præmien er en æske chokolade, og vinderen offentliggøres i Vandposten juni 2023.

Urologisk Interesserede Sygeplejersker på tværs af sektorer har en historie – en historie, som Vandposten gerne vil dele med FSUIS' medlemmer. Vi interesserer os for Vandpostens læsere og vil med denne klumme lade os inspirere hinanden.

Vandpostens Klumme dec. 2022 deler vi flg. sygeplejerskes historie:

Kontinenssygeplejerske Kirsten Buhl Povlsen, Hjemmesygeplejen Øst, Ålborg

Hvor og hvornår blev du uddannet?

Uddannet ved Sygeplejeskolen i Ålborg tilbage i 1991.

Hvad er dine arbejdsopgaver?

Jeg har arbejdet med urologiske borgere/patienter i ca. 25 år og sidder aktuelt i en stilling ved Ålborg Kommune, som **kontinenssygeplejerske**. Det er meget nyt, da jeg startede 1/11-22 efter 17 år i Urologisk Ambulatorie, Ålborg Universitetshospital.

Arbejdet i kommunen, er ikke helt nyt for mig, da jeg også har kørt 11 år som hjemmesygeplejerske i Ålborg. I de 11 år, blev der fra kommunens side, et ønske om, at blebevillinger skulle gennemses og gøres mere individu-

elt. Samtidig meldte Tena sig på banen med diverse kurser/korte uddannelser om bleer – Minimal Care principper - gode råd og ideer m.m. Det begyndte med, at kom nøglepersoner inden for inkontinensområdet og nærmere udredning blev muligt. Jeg var nøgleperson i denne opstartsfasen og var med til igangsætning af træningshold for kvinder omkring bækkenbundstræning i samarbejde med en fysioterapeut. Gode tiltag, for et meget **TABU-belagt emne**.

Hvad er dine største udfordringer i den urologiske sygepleje?

At den helt alm. benigne udredning for vandladningsgener minimeres på de urologiske afdelinger, hvor kræftpakkerne højnes og prioriteres. Det er selvfølgelig også okay – kan lyde forkert, men jeg synes udfordringen er stor, når der tales om alm. benigne vandladningsgener. Det er rigtig svært at have en godartet vandladningslidelse.

I Urologisk Amb. havde vi prævisit, år tilbage, hvor den enkelte kvinde/ mand, blev udredt med DAN-PSS / VVS/Dugabase skema og samtale med sygeplejerske. Der oplevede jeg, at urologisk sygepleje gjorde en forskel – følelsen af at være med til at rykke/hjælpe den enkelte patient var godt.

Hvad busker du som din bedste oplevelse i den urologiske sygepleje?

En af de første gange, hvor jeg var som kontinensnøgleperson i kommunen, var jeg ude og besøge en kvinde omkring hendes inkontinensproblematik. Husker tydeligt, hvordan jeg blev budt indenfor og tilbudt kaffe (hun vidste hvad sygeplejersker kan lide) og vi sidder og

små snakker. Da jeg berører emnet ”inkontinens” bliver hun meget grådlig, tårerne løber ned af kinderne og hun har svært ved at sige noget. Hun fortæller til sidst, at hun havde haft mange overvejelser i forhold til mit besøg – for det: ”**Var første gang, hun kunne fortælle det højt til en anden person**”.

Jeg var ikke i tvivl om at mit nærvær kunne gøre gavn – bare det at lytte til hendes problem.

Hvor lang tid har du arbejdet med urologiske patienter/borgere og hvor arbejder du nu?

Mine opgaver i nuværende stilling som kontinenssygeplejerske omhandler: bleer/kateter/

stomi produkter og PEG-sonde - udredning hos borger – vejlede/undervise plejepersonale – udføre bevilling – rette bevillinger. Erfagruppe med øvrige kontinensspl. i Ålborg Kommune, for at sparre med hinanden, men også, at ensrette bedst muligt, så borgeren får ensartet behandling, om han/hun bor i syd, nord, øst eller vest.

Hvad har du arbejdet særligt meget med?

Udredning – Urodynamiske undersøgelser – Kateter undervisning – Sakral Neuromodulation.

TAK til Kirsten

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.



NUF – konference fra den 8. – 11. juni 2022 i Helsinki, Finland

Af Lena Thomsen – medlem af bestyrelsen FSUIS

Som bestyrelsesmedlem i FSUIS (Fagligt selskab for urologisk interesserede sygeplejersker) deltog jeg i ovennævnte konference.

Jeg vil her gerne give et kort resume af oplæg-gene og gengive lidt af den viden jeg har bragt med mig tilbage.

Vi startede onsdag den 8/6-22 med et oplæg om Penis cancer v. Antti Kaipia fra Finland.

Hyppigste årsag er HPV eller ikke behandlet phimosis. Der er 80 % der bliver helbredt bl.a. fordi canceren ikke hyppigt metastaserer. Hvis det sker, er det lokaliseret til lymfeknuder. Behandlingen er operation med fjernelse af tumor efterfulgt af kemo- og/eller stråleterapi evt. transplantation. Ved stor udbredelse

af cancer (T3 og op efter) udføres penis amputation. Ved metastasering fjernes de angrebne lymfeknuder.

Konsekvenser: seksuelle problemer, urininkontinens, ødemer, depression m.m.

De mænd der er behandlet følges tæt de første 5 år.

Dette oplæg blev efter fulgt af oplæg om Mænds oplevelser efter behandling for penis cancer. Det var Minna Törnävä (Finland).

Som konsekvens af ovenstående, medfører de operative indgreb store ændringer af genitalia. Det kan medføre at patienterne bliver skamfulde, får ændret deres sociale liv (kan have stor indvirkning på Finske mænd fordi de ikke som ellers går i sauna (= stort socialt tab) og det er et tabu at tale om.



De temaer der er karakteristiske postoperativt er:

Canceren modificerer mig

Livet defineres af psykiske symptomer

Hvordan defineres det fremtidige sexliv

Hvordan genfindes mit liv?

Der arbejdes med mændenes seksualitet i forhold til både biologiske, psykologiske og sociale vinkler.

Oplægget herefter fortsatte i samme spor. Det var om hvordan seksuel terapi kan støtte patienter opereret for penis cancer? Oplæg ved Maia Pekki også fra Finland.

Hun oplyste at der er ca. 40 nye tilfælde af mænd med penis cancer i Finland pr. år.

Cancersygdommen har stor indflydelse både på patienten selv og evt. partneren. Det er vigtigt at finde ud af hvilken betydning seksualiteten havde før operationen for denne vil som udgangspunkt være den samme efter operationen. Denne individualitet er vigtig, men evt. partner er også utrolig vigtig at få medinddraget.

Udgangspunktet for terapien er at sex er bio-psyko- socialt og mere end penetration. Maia Pekki påpegede at patienten er den eneste der kan "hele sig selv", som professionel kan man støtte og bidrage med viden m.m. i denne helingsproces.

Det er vigtigt at være opmærksom på at den seksuelle følelse vil ændre sig efter fjernelse af glans penis.

Ensomhed viser sig at være et stort problem postoperative blandt mænd behandlet for penis cancer.

Dagens sidste oplæg var om medfødte urologiske lidelser ved Rikke Knudsen fra Danmark. Der er tre centre i Danmark der behandler medfødte urologiske lidelser. Århus, Odense og København.

Rikkens oplæg blev understøttet af billeder af de

forskellige lidelser bl.a. hypospadias som er den mest almindelige lidelse. Årsagen er ukendt, men der er måske en vis genetisk disposition.

Der er også blære ekstrofi som hyppigst rammer drenge.

Rikke havde en fortælling med om et barn der fik lavet Mitrofanoff.

Dagen sluttede af med Hospital besøg. Vi blev delt op i tre hold og vi besøgte et ambulatorium, operationsafsnit og hørte om hospitalet.



rum, operationsafsnit og hørte om hospitalet.

Torsdag den 9. juni

Blæreskytning i borgers eget hjem ved Erica Grainger Danmark.

Hvad er hjemmesygepleje med al sin kompleksitet? Der er behov for både generel og speciel viden.

Dette var et oplæg om hjemmesygeplejerskers udfordringer med kateter a demeure, suprapubis kateter m.m.

Erica efterlyste undervisning af det øvrige personale (hvilket er en del af det der er Ericas nuværende job). Der er behov for at få nemmere



og nærliggende måder at få viden på (app., video ol.). Specialistsygeplejersker kan se borgernes hele situation i helikopterperspektiv.

Herefter kom Mira Inkinen og Seija Salomaa begge fra Finland. De talte om guidning i forhold til selv-kateterisation i hjemmet.

Oplægget havde udgangspunkt i, at der er et "udskrivningsafsnit" der er etableret for at mindske skellet mellem hospital og hjemmesygeplejen. Afsnittet har døgnåbent. Patienterne overflyttes fra hospitalafsnit og er indlagt ca. 14 dage inden endelig udskrivelse. Proceduren med bl.a. bevilling blev gennemgået sammen med patienterne.

Patientens tilstand og ressourcer vurderes og der besluttet hvad der kan gøres, for at gøre patienten selvhjulpent. Det sikres at patienten kan kateterisere sig selv på sikker vis. Der planlægges med 2 – 3 hjemmebesøg efter oplæringen i udskrivningsafsnittet.

Det afsluttes med at referere til en case hvor det lykkedes at oplære en ældre mand på 94 år

og ægtefælle på 87 år.

Erica Grainger fra Danmark havde herefter et oplæg om Kateterproblemer i hjemmesygeplejen (i patienternes hjem).

Erica påpeger at det ofte er komplicerede forløb og den hjemmesygeplejerske der kommer ud til borgeren ofte ikke kender grunden til, at der er behov for at der er anlagt kateter a demeure.

Problematiserer at intermitterende kateter (SIK) ikke altid er det bedste.

Erica gennemgår forskellige problemstillinger med kateter a demeure:

Intermitterende kateter eller kateter a demeure?

Størrelse på kateter?

Forkert fiksering

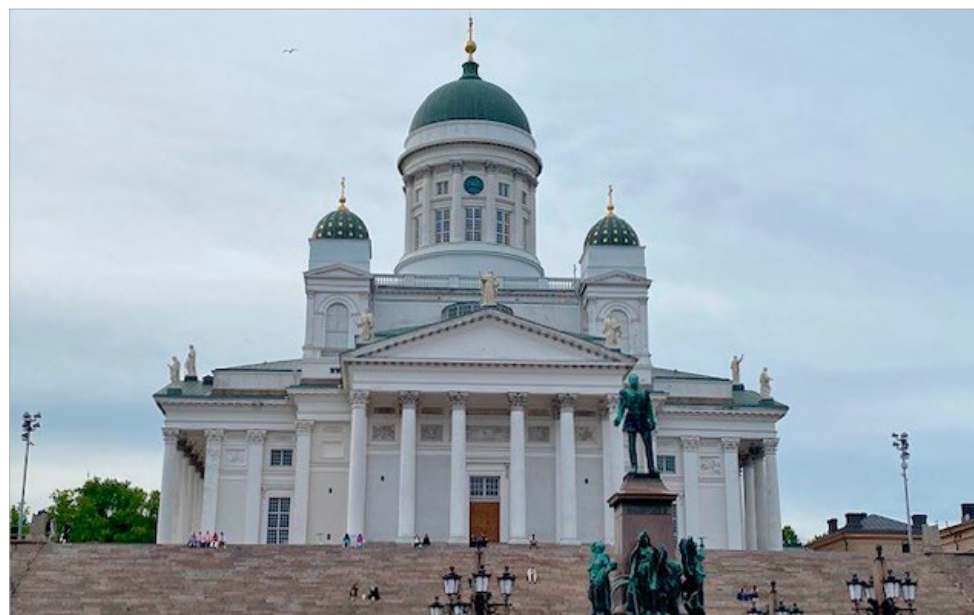
Vandmængde i ballon?

Sivning af urin ved siden af kateteret

Er kateteret stoppet eller?

Suprapubisk kateter

Seponering ved uheld – svært an at sætte igen



Korrekt placering af kateteret

Tilstopning og hvad så?

Nefrostomikatetre

Tilstopning og hvad så?

Korrekt fiksering?

Erica efterlyser bedre kommunikation (ens it-systemer) mellem hospital og hjemmesygeplejen.

Margareta Fransson fra Sverige havde næste oplæg om "Kvindens oplevelser i forhold til urininkontinens"

Refererer til undersøgelse (litteraturstudie) om kvindens oplevelse af at være inkontinente, for at få viden om hvor vi som professionelle kan sætte ind. Det er en meget normal lidelse specielt aldersbetinget.

Fandt 3 temaer:

1 Kommunikation, 2 mestringsstrategier, 3 møde med sundhedsvæsenet.

Ad 1: kvinderne ønsker at tale om lidelsen, men holder det hemmeligt fordi det er skamfuldt.

Ad 2: forsøge at få tilværelsen normaliseret, finde egne strategier for at skjule det i det daglige.

Ad 3: Der refereres både til positive og negative oplevelser med sundhedsvæsenet.

Generelt er der behov for at råbe op, bryde tabuerne så forholdene bliver bedre og kvindernes oplevelser bliver positive.

Kaisa Helin, Finland fortalte om pleje af patienter med fækal inkontinens, tabu om dette, retningslinjer og sacral neuromodulation.

Tiina Vaittinen også fra Finland fortalte om «The Pad Projekt» Der er noget vi kan gøre ved holistisk, acceptabel kontinens pleje. Uddyber hvad det er og problematiserer den manglende opmærksomhed der er på kontinens og inkon-

tinens. Der blev redegjort for "bleprojektet" Tiina Vaittinen et al. har udgivet en ?? Mangler?

Fredag den 10. juni

Overskriften for dagens oplæg var Patient-sikkerhed og kvaliteten af omsorg.

Sally Leskinen, Finland holdt et meget spændende og rørende oplæg med et vigtigt budskab. Det var om "The Second victims" – når personalet også bliver ofre.

Sally fortalte om sine egne oplevelser i forbindelse med sit arbejde som ung læge, hvor hun skulle tage sig af en ung, traumatiseret mand der var kørt galt på MC. Der skete en fejl, hvilket medførte følelse af skam, skyld, stor usikkerhed (også i fremtidigt arbejde), ensomhed, alle talte om det – "så jeg har ingen at tale med om det". Frygten for at det går galt igen forsvinder aldrig.

Budskabet var at der mangler opbakning og kollegaer der støtter den der har begået fejl. Spørg om: "Hvordan kunne det ske?" fremfor "Hvem har skylden?"

Få fokus på at ændre kulturen så der er nogle der lytter, støtter og hjælper vedkommende videre. Nogle der giver individuel støtte og rådgivning. En kultur hvor omgivelserne ikke er fordømmende.

Der er mange grunde til at der kan opstå fejl – travlhed, manglende informationer, afbrydelser m.m. Medierne er voldsomme til at hænge personale ud, der begår fejl.

"Der er nogle der skal tage byrden og ansvaret for "det andet offer".

Sally arbejder organisatorisk i Finland på at få ovennævnte kultur til at være en del af sundhedsvæsenet.



Eeva-Kaisa Hannelin fra Finland arbejdede med patienter med komorbide lidelser og misbrugere.

Gav en beskrivelse af hvorledes man med målrettet indsats kunne hjælpe disse mennesker i systemet så der blev større sammenhæng i deres liv.

De næste indlæg omhandlede Blære cancer Pyry Jämsä, Finland gennemgik symptomer, behandling, prognose og opfølgning. I Finland er der stigende incidens og derfor bruges også flere ressourcer på denne patientgruppe. Gennemsnitsalderen er 73 år.

Merja Jutila også fra Finland arbejder som operationssygeplejerske og gennemgår et forløb før, under og efter TURB. Refererer til WHO's checkliste om kirurgisk sikkerhed.

Dagens sidst indlæg var en urologisk patients fortælling

Et indlæg der beskrev et kompliceret, ikke patientcentreret forløb. Det beskrev en patients



reaktion på at have alarmerende symptomer (1. henvendelse juli 2019), der bare blev talt ned og bagatelliseret af lægerne han mødte, også selvom samme patient henvendte sig adskillige gange herefter. Der gik tæt på ½ år fra første henvendelse om blod i urinen til operationen for blærecancer (januar 2020). I Februar 2020, blev der konstateret indvækst. Patienten oplevede under hele forløbet at være utrolig dårlig forberedt på hvad der skulle ske og hvilke konsekvenser (bl.a. seksuelle problemer) sygdom og behandling kunne medføre. De psykiske reaktioner patienten oplevede blev først taget seriøst i april 2021 hvor han havde den 1. samtale med en psykolog.

Konferencen blev afsluttet med en hyggelig fest og vi var klar til at rejse tilbage til DK lørdag den 11. juni.

En helt igennem dejlig tur hvor mødet med kendte og ukendte kollegaer også skal fremhæves.

Lidt tanker på falderebet!



Efter et overstået FSUIS årsmøde på Koldingfjord Hotel, har jeg lyst til at udtrykke en tak og ikke mindst en taknemmelighed over, at have fået lov til at være med så længe. Da jeg

har besluttet at gå på pension, efter godt 37 år i den medikotekniske branche, var dette mit sidste SUIS møde og det var stærkt nostalgisk, må jeg sige!

Min taknemmelighed går på, at I som gruppe og som enkeltpersoner, altid har været i stand til at få én til at føle sig velkommen, selv om jeg jo var fra den anden side af "skrivebordet" så at sige.

Det har været meget både interessant og lærerigt, at have fulgt udviklingen fra de meget tidlige dage på Motel La Tour i Aarhus, før det overhovedet var på tale, at det skulle være en FS gruppe, over tiden på Fuglsøcentret, med morgengymnastik omkring flagstangen, 4-personers køjerum og egen sengeordning, til i dag på luksushotel med fjordudsigt.

Det har været mindst ligeså interessant og lærerigt at være med i udviklingen i branchen, med skiftende arbejdsgivere, store som små. Jeg har lavet et par "detours" men altid vendt tilbage til urologien. Fra starten med op til 60.000 kilometer på landevejen om året, ingen mobiltelefon eller computer, men til gengæld med masser af personlig kontakt og gode langtidrelationer. Selv om kommunikationen krævede, at man altid havde en rulle mønter i bilen, så man kunne ringe fra hospitalernes mønttelefoner i forhallen.

Til i dag, hvor næsten al kontakt foregår via telefon og e-mail og kørselsbehovet er reduceret til en tredjedel. Fra en tid, hvor det var muligt at sætte sig ned og snakke tingene igennem i kaffestuen til i dag en hverdag for jer, hvor dette sjældent kan presses ind og som oftest bliver afbrudt af akutte ventende ting. Fra en tid, hvor tilliden var ubetinget, til en tid hvor kontrol ofte er trådt i stedet, både på jeres og på mange af mine kollegers side af "skrivebordet". Fra en tid, hvor det var muligt at understøtte en

afdelings sociale personale tiltag til et gennemreguleret regelsæt, som højest tillader, at man har kuglepennene med i tasken. Jeg skal ikke begræde, at der er blevet strammet op, men samtidig kan jeg godt være lidt ærgerlig over, hvor restriktivt det er blevet, pga af dele af branchens mangel på mådehold i forgangne tider.

Samtidig kan jeg ikke lade være med at fundere over de ændringer, der i dag præger samarbejdet mellem brugere og industrien. Der var en gang (ja sådan begynder alle gode eventyr, ikke?) hvor brugeren havde magt som agt til at beslutte, hvad der var mest formålstjenligt at anvende i hverdagen. Til et marked i dag, som er mere og mere præget af udbud. Hvor mange beslutninger træffes på skrivebordet af et stigende antal administratorer. Magtfordelingen har ændret sig radikalt på de forløbne 37 år og de færreste brugere har i dag magt til at beslutte, at det vil jeg arbejde med. Hvorvidt dette er godt eller skidt skal jeg lade være usagt. Men "worst case" perspektivet ser vi jo, når samtlige regioner indgår en aftale og hermed potentielt slår konkurrencen i hjel for de næste 4-5 år! Det overlever kun de allerstørste leverandører og hvem sætter så prisen.

Dette lille hjertesuk til en side, så har det været spændende at være med på hele rejsen, at få lov til at deltage på den første kontinensuddannelse på Skejby sygehus, at være med fra stiftelsen af Urologisk Forum og til deltagelse på utallige nordiske og internationale møder. Men mest af alt i hverdagen at opleve og leve med en åben og imødekommende sygeplejerskegruppe indenfor urologien i Danmark. En varm tak til jer alle og alle de bedste ønsker for fremtiden indenfor urologien, både for hver enkelt af jer og for specialet.

Varmeste hilsner Ellis Bastian
(Astra Tech, EMS, Dantec, Medtronic og Synmed)



Enhanced Recovery after Surgery (ERAS) 8th. World Conference 2022 –Madrid

Af Bente Thoft Jensen, Fmd. Forskningsrådet
Susanne Vahr Lauridsen, Medl. af Forskningsrådet

For ottende gang blev der afholdt ERAS konference med deltagelse af 550 deltagere. De deltagere var repræsenteret ved sygeplejersker, diætister, fysioterapeuter, administratorer og kirurger, som alle har klinisk interesse for eller forsker i kirurgiske patientforløb.

ERAS Society blev etableret i 2010 år i forlængelse af Professor Henrik Kehleths banebrydende forskning og design af Fast-track patientforløb i midten af 1990'erne udgående fra Hvidovre Hospital med senere etablering af den Peri-operative Enhed på Rigshospitalet. Kehlet undrede sig over, hvorvidt vi rent faktisk gav patienterne den bedste behandling og pleje og i hvor høj grad var den evidensbaseret? Disse overvejelser var møntet på hele patientforløbet fra diagnose til udskrivelse og medførte et paradigme skifte i kirurgisk sygepleje og behandling.

Den grundlæggende teori var, at de patofysiologiske faktorer i postoperativ morbiditet og komplikationer var / er betinget af det kirurgiske stress respons udløst af det kirurgiske traume og det medfølgende pres på de vitale organer.

Det kirurgiske stressrespons er medieret af et "trauma" og udløser en kaskade af endokrine og metaboliske forandringer. For at forstå, hvorfor de store kirurgiske operationer medfører så mange komplikationer (i højere eller mindre grad) er det nødvendigt at undersøge og forstå, hvad der sker biologisk, når vi får et kirurgisk traume og hvorvidt det er muligt at forebygge følgerne heraf og dermed optimere rekonvalescensen, det kirurgiske outcome, re-

ducere omkostninger, optimere den patientoplevede kvalitet og bevare funktionel status. Dette var starten på 3 årtiers fokuseret forskning i betydningen af multimodale interventioner henholdsvis præ, per og postoperativt på rehabilitering, overlevelse, omkostninger og kvalitet. Endvidere forsøger / forsøgte man at finde specifikke rekommandationer for de kirurgiske procedurer.

Status ERAS

I dag er ERAS principperne velkendte i Danmark og øvrige Skandinavien og har mere eller mindre været standard behandling i mere end 20 år i modsætning til USA, Canada og Sydeuropa som først nu har tilegnet sig principperne, hvilket giver anledning til en fornyet interesse om ERAS, status på ERAS, diskussioner om de enkelte elementers relevans og vægtning samt udvikling i den per og postoperative smertebehandling på baggrund af opioidkrisen i USA.

Sygeplejen i ERAS

ERAS nurse koordinator og ERAS discharge nurse er nogle roller vi ikke helt kender i samme form herhjemme. Men der er stor bevågenhed for sygeplejerskens rolle i ERAS teamet og både patienter og ERAS teamet rapporterer at sygeplejersken er afgørende for kontinuitet og et effektivt forløb.

I Danmark har vi i de sidste 20 årtier arbejdet struktureret med ERAS i samarbejde med den perioperative enhed under ledelse af Dorte Hjort og Kirsten Rud. ERAS principper blev gennemgået og auditeret på samtlige kirurgiske afdelinger på tværs af specialer og ERAS komponenter og sygeplejen der relaterede sig

hertil var velkendt viden blandt sygeplejersker. Der er dog sket en afgang af sygeplejersker som har forladt faget og en tavs viden er gået tabt, hvilket er mærkbart på de kirurgiske afdelinger på tværs af landet. Mødet i Madrid gav anledning til refleksion og inspiration og kimene blev sået til en fælles opdatering og uddannelsesplan for kirurgisk sygepleje på tværs af landet.

Kirurgisk outcome

Efterhånden er der bred enighed om at patientrelateret outcome som f.eks. bevarelse af den fysiske og mentale kapacitet vægtes i større grad end reduceret indlæggelsestid, som ikke længere kan betragtes som en proxy for rekonvalescens og svært sammenligning mellem lande kulturer, sundhedsvæsen mv. Derfor er anbefalingerne i dag at fokus bør være på de faktorer, der relaterer sig til de funktioner, der sikrer den enkelte patient en tilbagevenden til dagliglivet. Indlæggelsestid henføres i dag til kun at være aktuel for den enkelte institution og lokal administrativ interesse.

Patientrelateret outcome

Det blev drøftet hvorvidt helbredsrelateret livskvalitet er relevant med de måleredskaber der er til rådighed (FACT, EORTC QLQ C30, 5EQL, SF-36) – budskabet er det er højst relevant, men man bør nok ikke måle hver 14 dag da de store ændringer sker i den præ vs postoperative fase og i den lange periode indtil til fuld restitution er opnået (ca 1 år).

Præhabilitering

Frailty, sarcopenia og f.eks. anaemi er tilstande som er justerbare forud for kirurgi, men som i høj grad kan påvirke patient-outcome, og er stærkt associeret med kirurgiske komplikationer og mortalitet. Derfor er der et nu et stærkt øget fokus på præhabilitering i større abdomi-

nale kirurgiske forløb i ERAS sammenhæng, hvor en proaktiv risiko reduktion af kendte faktorer som rygning, alkohol, ernæring og fysisk status samt medicinske tilstande, som f.eks. anæmi, har fået en skærpet opmærksomhed.

På den baggrund italesættes multimodal præhabilitering nu som et indsatsområde i ERAS protokoller, da der som førnævnt er en klar sammenhæng med den præoperative fysiske og cognitive status og postoperative komplikationer, mortalitet og funktionel kapacitet.

SV og undertegnede var i den forbindelse inviteret til at give flere præsentationer omkring præhabilitering, evidens, status og erfaringer.

Opdatering af ERAS- guideline

De fleste procedure specifikke ERAS- guidelines er af ældre dato og på baggrund af senere års forskning skal disse nu opdateres. Under tegnede og S. Vahr blev med baggrund i egen forskning i præhabilitering inviteret ind i den nye guidelinegruppe, som skal opdatere bl.a. den procedure specifikke guideline til radikal cystektomi sammen med urologer fra bl.a. USA, Canada og Schweiz.

Det bliver et spændende arbejde.



ERAS " danske faculty" fra venster bente Thoft, Henrik Kehlet, Dorte Hjort og Susanne Vahr.



EAUN ønsker at sætte fokus på blærekræft! Call for EAUN Bladder Cancer SIG-group

Kære kollegaer i FSUIS

På EAUN konferencerne har sygeplejersker med særlig interesse for blærekræft haft særlige sessioner allokeret på det videnskabelige program gennem de sidste år, og har kontinuerligt været blandt de mest populære sessioner.

Men vi vil gerne øge indsatsen for at samle sygeplejersker med særlig interesse i blærekræft og blærekræft forløb, og inviterer hermed alle sygeplejersker med særlig interesse i dette felt til at deltage i en international fokus gruppe omhandler blærekræft og blærekræft forløb.

Det betyder, at man vil blive inddraget eller opdateret om de seneste nyheder i dette særlige faglige felt og kan efter eget ønske bidrage til konferencer, webinar, EAUN kurser, artikler i EAUN-nyt eller bare holde sig fagligt ajour med ny evidens i pleje og behandling af blærekræft på alle stadier. Der er INGEN forpligtelse i at deltage i netværket!

Du får også en genvej til at "netværke" med internationale kollegaer, hvor vi gerne formid-

ler kontakt til kollegaer, som arbejder præcist med den niche, der interesserer dig nationalt som internationalt!

Kunne du tænke dig at være en del af et større fagligt fællesskab og være lidt på forkant i dit kliniske felt så send gerne en anmodning til mig og et mindre CV på engelsk til "Særlige interessegruppe for blærekræft" BC SIG Group under EAUN. Fortæl gerne hvad der særligt interesserer dig og dine særlige kompetencer inden for blærekræft så vi kan yde dig den bedste service og opdatering inden for dit felt! Vi glæder os til at høre fra dig

De bedste hilsner

Bente Thoft Jensen

Klinisk sygeplejespecialist, Ph.d. –FAAN

Chair EAUN BC SIG –group

Member of Patient Information Group- EAU

benjense@rm.dk

eaun SIG
Special Interest Group Bladder cancer

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.

1st Announcement



Annual Int. Research Meeting 2023 (EAUN)
Aarhus University Hospital
8th of June 10.00-16.00
for urological nurses and affiliates.



Referat generalforsamling FSUIS 2022

Kolding Fjord

1. Valg af dirigent

Marianne Midttun Herlev vælges.

2. Valg af stemmetællere

Mette T. Søb SVS Esbjerg og
Camilla Jensen Aalborg vælges.

3. Valg af referent

Karin Jansen vælges.

4. Valg af revisor

DSR's interne revision

5. Bestyrelsens beretning

Bestyrelsens beretning

Igen har jeg fornøjelsen af at skulle fremlægge bestyrelsens beretning for året der gik, i år har jeg igen glædet mig til det – ikke kun til at skulle fremlægge beretningen, men generelt til selve generalforsamlingen. Vi går som bestyrelse til generalforsamling med ”ro” i maven, en følelse der ikke altid har været til stede ved vores tidligere landskurser. Et år går stærkt – og nu er det tid til bestyrelsens beretning for det forgangne år.

A. BESTYRELSEN:

Strukturen for bestyrelsen er er stadigvæk at vi arbejder som et team. Vi er ikke en lukket klub – og selvom vi efterhånden er en del medlemmer af bestyrelsen der har nogle år på bagen ift. bestyrelsesarbejdet, og nogle nærmer sig også at de måske gerne vil noget andet – så hermed en lille opfordring til jer alle ift. at overveje om bestyrelsesarbejdet kunne være noget for jer i fremtiden.

B. MEDLEMSTAL:

Aktuelt 340 medlemmer. en nedgang, en forventet nedgang, både pga. en del medlemmer er gået på pension, men også pga. Corona der

stadig sættet sine spor. Vi er ikke bekymrede lige nu, men i kraft af, at der generelt mangler spl., nu men især også i fremtiden, så må vi også være proaktive ift. at få spl. til at melde sig ind i vores selskab. Så hermed en opfordring til jer alle – reklamer alt hvad i kan.

Vi er tilfredse, vi forventer ikke et øget deltagertal hvert år, og der vil altid være lidt udsving i vores medlemstal. Vi skal dog ikke hvile på laurbærene og som bestyrelse skal vi arbejde for at vi bliver et selskab som er interessant at være medlem af – både som helt ny spl men også til den erfarne spl.

DSR vil gerne de faglige selskaber, og DSR har igen igangsat endnu en proces for at se på hvordan de kan være medvirkende til at sikre de faglige selskaber kan bestå ud i fremtiden. Arbejdet er ikke så langt – i hører mere når vi ved noget mere. kan bestå ud i fremtiden. Her kan i se de andre faglige selskabers medlemstal – og som i se nederst i dokumentet er der et stort fald samlet set blandt alle de faglige selskaber og nogle selskaber er så små at de snart risikerer at måtte opløse sig.

C. SAMARBEJDSFLADER:

Vi har en række samarbejdsfaldere som jeg kort vil præsentere her:

DSR:

Vi er organiseret under DSR, og som jeg nævnte før er DSR opmærksomme på de faglige selskaber, så vi må se hvad der kommer til at ske i fremtiden.

Vores samarbejde med DSR indeholder:

- Som nævnt samarbejdet omkring de faglige selskaber, ca. 1 møde årligt hvor alle selskaber er inviteret
- Inviteres til møder i de lokale kredse

- Regnskabspakken, dvs. DSR håndterer vores regnskab og revision.

DASYS/Dansk Sygeplejeselskab

Her har vi repræsentanter i

Forskningsrådet – Bente Thoft Jensen, AUH

SUNDHEDSSTYRELSEN:

Aktuelle arbejdsgrupper

- DaSys/Sundhedsstyrelsen
- Varetagelse af forløb i urinvejene, herunder specialeplan/placering af funktioner i Danmark – igangværende
- Bente Thoft, AUH
- Louise Øbro, Vejle/Sygehus Lillebælt
- Revidering af NIR Infektionshygiejne og urinvejsdrænage, igangværende
- Beritt Petersen, Ålborg Universitets Hospital
- Rikke Knudsen, AUH

EAUN:

- Medlemskab af FSUIS pr. 1. dec = medlemskab af EAUN det efterfølgende år
- EAUN dag afholdes i Danmark en gang årligt, gratis at deltage. Det er i juni på AUH, dato følger og kan findes på hjemmesiden.

NUF:

NUF – den nordiske sammenslutning for læger og sygeplejersker indenfor urologien. Her deltog bestyrelsen i konferencen i Helsinki i juni måned i år.

D. FASTE AKTIVITETER:

Landskursus

Vandposten

2 x årligt, elektronisk

Hjemmesiden

Uddannelsesstøtte:

Der uddeles 10 portioner årligt af 2.000 kr.

2020 0 x 2.000 kr.

2021 1 x 2.000 kr.

2022 5 x 2.000 kr.

Udviklingsstøtte:

2018 1 x 5.000 kr.

2019 og 2020 – ingen ansøgere

2021 1 x 10.000 kr.

2022 0 kr. – ingen ansøgere.

Jeg vil ikke komme mere ind på det her omkring økonomisk støtte, da I har hørt det præsentert i det sidste indlæg inden generalforsamlingen – blot igen minde jer om, at der er midler i kan søge og vi bevilliger dem gerne. Forslaget til den nye bestyrelse er, at man måske skal se på beløbenes størrelse, dette gælder både det store legat og den lille økonomiske støtte, dette set i lyset af den inflation vi alle oplever i hverdagen, så hermed forslag givet videre til den nye bestyrelse efter dette Landskursus.

E. FREMTIDEN:

Fremtiden – vi arbejder videre med vores faste aktiviteter og hvad der ellers måtte komme til hen ad vejen. Hvad vi ved vi kommer til at arbejde med og måske deltage i er nedenstående aktiviteter:

- Landskursus
- Vandposten
- Hjemmesiden
- EAUN 2023 Milano
- NUF 2023 Norge (Bergen)
- FSUIS – kursus/EAUN Course
- Årets urologiske sygeplejerske

Som allerede nævnt er vi glade for at være på Kolding Fjord igen i år og vi har tegnet kontrakt med Kolding Fjord indtil 2023. 2024 ved vi ikke noget om endnu, men jeg kan fortælle jer at vi snart går i gang med planlægningen, for i 2024 har FSUIS nemlig 40-års jubilæum som fagligt selskab, og det skal da fejres.

Vandposten er gået elektronisk – vi skal arbejde videre med dette. Både i forhold til selve den elektroniske udgave i forhold til noget rent teknisk, men også i forhold til indholdet. Når jeg nævner indholdet, så vil vi – og nok mest



redaktionsgruppen rigtig gerne modtage input fra jer, det kan både være gode ideer til indhold, det kan være indlæg store som små, det kan være fortællinger fra hverdagen, rapportager fra div kongresser el lign. Redaktionsgruppen har en mailadresse, som i kan kontakte dem på – og ellers er de jo også her i dag.

EAUN – som nævnt er EAUN kongressen næste år i Milano.

NUF – der er kongres allerede næste år, som afholdes i Bergen i Norge.

Søg støtte, vi vil gerne have jer af sted
Vi har modtaget et forslag fra et medlem, et forslag vi tænker vi vil arbejde videre med – nemlig årets urologiske sygeplejerske.

F. OG SÅ TIL SIDST:

Så til sidst, som altid, samarbejdet mellem medlemmer og bestyrelsen

- I. Indlæg til vandposten – skriv endelig
- II. Gode ideer – skriv endelig
- III. Ris/Ros – skriv endelig
- IV. Kontingent – husk at betale
- V. Opdater egne oplysninger – husk at opdatere jeres oplysninger på DSR's hjemmeside.

Det var bestyrelsens beretning 2022, tak for opmærksomheden.

Formandens beretning godkendes.

1. Revideret regnskab fremlægges

Økonomien er god.

Årsresultat: Overskud

- primært genereret v. sidste Landskursus.

Regnskabet godkendes.

2. Fremlæggelse af budget

Der er budgetteret med et underskud idet der ikke er nogen, der ved, hvordan udgiftsniveauet udvikler sig.

Budget godkendes.

3. Fastsættelse af kontingent for det kommende år

Kontingent uændret.

4. Valg af 2 bestyrelsesmedlemmer og 1 suppleant

Jane Meinung (modtager genvalg)

Mette Kliim (annonceret til at modtage genvalg, har efterfølgende trukket sit kandidatur pga. sygdom)

Erica Grainger (modtager genvalg)

Henriette Jensen. Urologisk afd. Aalborg UH
NORD stiller op til Bestyrelsen FSUIS.

Kandidaterne holder valgtale og der afgives stemmer:

Jane Meinung: 20

Erica Grainger: 43

Henriette Jensen: 36

Bestyrelsen konstituerer sig i løbet af Landskurset.

5. Indkomne forslag fra bestyrelsen og medlemmer

Ingen forslag fra hverken bestyrelsen eller medlemmer.

6. Forslag til vedtægtsændringer

Der er ingen indkomne forslag.

7. Evt.

Intet under evt.



Vandposten



Fagligt Selskab for Urologisk Interesserede Sygeplejersker

Årets Urologisk Interesseret Sygeplejerske 2023

FSUIS har som en ny årlig tilbagevendende begivenhed besluttet at kåre **Årets Urologisk interesseret Sygeplejerske**. Der er alt for lidt fokus på og anerkendelse af den sygepleje, som sygeplejersker hver eneste dag udfører. Derfor har FSUIS besluttet at hylde én urologisk interesseret sygeplejerske hvert år i forbindelse med Generalforsamlingen ved **FSUIS Landskursus**. Præmien som Årets Urologisk Interesseret Sygeplejerske modtager er et flot diplom og gratis deltagelse i dette års landskursus med overnatning og middag på Hotel Koldingfjord.

Det er DIG og DIN kollega, der begge har været medlem af **FSUIS** i minimum 2 år, som kan indstille en kollega til prisen **Årets Urologiske Sygeplejerske 2023**. Kriterierne for at kunne indstille en kollega til prisen er, at jeres kollega har gjort noget ekstra for urologiske patienter/borgere eller for sygeplejen på Jeres arbejdsplads. Derudover skal den kollega der indstilles, have været medlem af **FSUIS** i minimum 2 år, og I skal være 2 kolleger, som skriver indstillingen. På indstillingen skal I skrive navn og mailadressen på den kollega, som I indstiller.

I skal sende indstillingen på mail til **FSUIS'** Formand Rikke Knudsen på rikkknud@rm.dk **SENEST** d. 1. april 2023. Hvis det er jeres kollega, der vinder prisen vil I og Jeres kollega få svar på mail inden tilmeldingen til **FSUIS Landskursus 2023** starter.

Vi glæder os til at læse jeres indstillinger
Bestyrelsen FSUIS.



Vandposten anmelder

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

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



Ingen har ordet – en pårørende fortælling
af Birte Kort
Forlaget Brændpunkt 2021

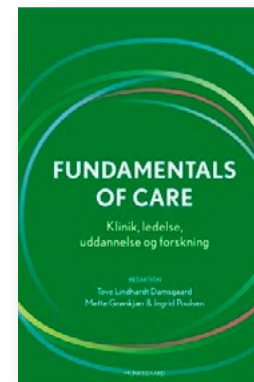


Birte Kort har i prosa skrevet en meget sigende fortælling om, hvad der er på spil, når man er pårørende til et sygt menneske. Bogen er skrevet, som skrev fortælleren sine tanker i en dagbog. Gennem bogen følges en kvindelig fortæller, som på sidelinjen følger sin mand gennem et sygdomsforløb med kræft fra diagnose til endt behandling. Bogen skildrer en pårørendes frustrationer, når man står på

sidelinjen og føler sig total magtesløs uden at vide, hvordan man hjælper sin ægtefælle bedst. Gennem læsningen af bogen kommer læseren nærmest ind i fortællerens tanker, hvilket kan være lidt forvirrende at læse. I modsætning giver fortællestilen et fantastisk billede af, hvordan det føles at blive afvist, når man gerne vil hjælpe og tale om sygdommen og den nye livssituation med sin ægtefælle. Bogen skildrer på fin vis afmægtigheden, som følger med, når den syge isolerer sig, og du står tilbage med afvisningen. Glimtvist skildres tosamheden, foreningen og håbet for 2 mennesker, som er havnet i en fortvivlende situation, som de ikke selv har valgt.

Fortællerens mand er læge på det hospital, hvor han får en kræftdiagnose og behandles. Denne profession bevirker, at fortælleren kobles helt af, når hun er med til samtaler på hospitalet, hvor hun heller ikke får lov til at ytre sine bekymringer. På hospitalet oplever fortælleren, hvordan sundhedsprofessionelle meget professionelt tager sig af ægtefællen, men totalt overser hende. Igennem ægtefælens sygdomsforløb oplever fortælleren kun ganske få gange, at sundhedsprofessionelle viser hende omsorg. Også i parrets omgangskreds er der også kun ganske få personer, som spørger ind til hende og viser hendes omsorg. Dette er en del af bogens budskaber og et wakeup call for alle - Sundhedsprofessionelle og mennesker i al almindelighed!

Bogen er hurtig læst og giver i sandhed stof til eftertanke!

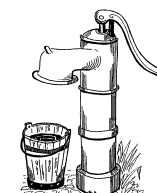


Fundamentals of Care – Klinik, ledelse, uddannelse og forskning
Af Redaktion Tove Lindhardt Damsgaard,
Mette Grønkjær & Ingrid Poulsen
Forlaget Munksgaard 2021



Bogen er den første samlede præsentation af begrebsrammen Fundamentals of Care, og redaktionen er på fin vis lykket med at samle begrebet, således at sygeplejersker i alle slags job kan bruge bogen som begrebsramme. Bogen beskriver Fundamentals of Care ud fra et teoretisk grundlag, men også ud fra eksempler fra klinisk praksis. Dette gør at den enkelte sygeplejerske let kan relatere Fundamentals of Care til egen praksis, som bevirker at begrebsrammen let at bruge i sygeplejerskens kliniske praksis. Bogen beskriver ganske simpelt essensen af sygeplejen og alle de områder, der direkte eller indirekte påvirker sygeplejen. Med bogen i hånden kan den enkelte sygeplejerske bruge begrebsrammen til at sætte fokus på eget praksisområde med ord og begreber, som vi allerede kender, men nu ud fra en samlet evidensbaseret begrebsramme. Bogen kan bruges som et opslagsværk, idet bogen beskriver begrebsrammen ud fra perspektiver fra sygeplejersken der arbejder med

uddannelse, til sygeplejersken der arbejder med ledelse og alle lag derimellem. Bogens forfattere er bevidste om de barrierer, der er for Fundamentals of Care i den kliniske praksis og behandler dette i et helt kapitel og ud fra etnografisk forskning. Det er et plus for bogen, at dette perspektiv er kritisk beskrevet. Bogen er skrevet i et let læseligt sprog, og hvert kapitel startes med et resumé, så man hurtigt for en fornemmelse af, hvad kapitlet leder læseren igennem, ligesom hvert kapitel afrundes med en kort opsummering. Har du brug for at beskrive sygeplejen i dit virksomhedsområde ud fra en evidensbaseret begrebsramme, så er denne bog helt klar din hjælpende hånd.



Aktivitetskalender 2023

KONFERENCER

11.-13. marts

23rd Annual EAUN Congress
Afholdes i Milano, Italien
www.uroweb.org

7.-10. juni

34 rd NUF Congress (Scandinavian Association of Urology)
Afholdes i Bergen, Norge
www.nuf2021.fi

8. juni

12. EAUN Satelite Research & educational meeting
for nurses with interest in uro-and oncology
Afholdes på Aarhus University Hospital
G206-142 (Auditorie B)
Registrering: www.rm.plan2learn.dk (søg efter EAUN)

21.-24. Juni

IUGA the 48 th Annual meeting
Afholdes i Haag, Holland

19.-20. september

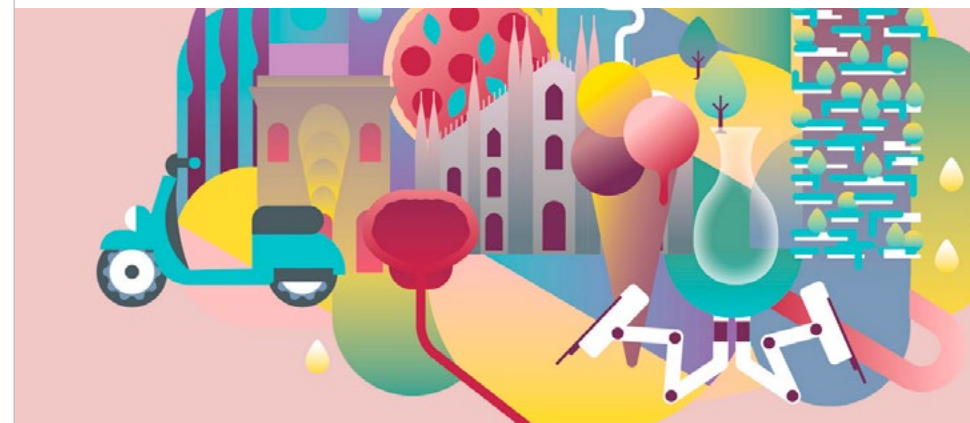
FSUIS Landskursus
Afholdes på Hotel Kolding Fjord
Fjordvej 154, 6000 Kolding

27.-30. september

ICS The 53th ICS Annual Meeting of the International Consultation on Incontinence
Afholdes i Toronto, Canada
www.ics.org

OBS

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



Welcome to the 23rd International EAUN Meeting!

EAUN23 provides a forum for presenting original unpublished data and sharing ideas for urological nursing innovation as well as disseminating (evidence-based) knowledge of primary clinical importance and of particular relevance to the role of the nurse.

The International EAUN Meeting provides a forum for urological nurses across Europe and globally to present their work, standardise practice and share ideas to innovate.

Join us at the 23rd EAUN Meeting and learn the most up to date nursing practice from the best experts in the field of urology nursing. We have also changed our evening dinner to Saturday night. Please get dressed up, come along and have a great time with friends and colleagues.

I am looking forward to see you in Milan!
- Paula Allchorne, EAUN Chair

**23rd International
EAUN Meeting**



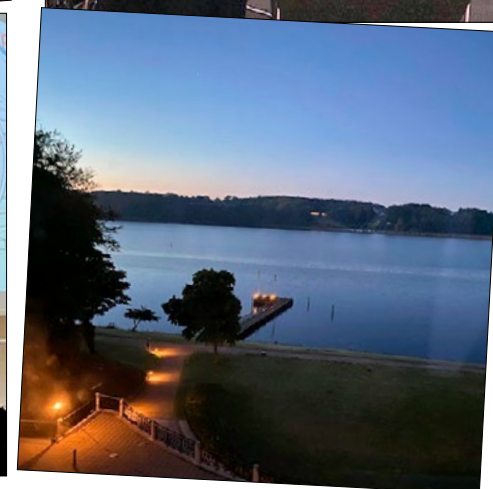
11.-13. marts

Afholdes i Milano, Italien
www.uroweb.org





Stemninger fra FSUIS landsmøde fortalt med billeder...



Kontinensforeningen

– et støttende fællesskab

Kontinensforeningen er en lille, landsdækkende patientforening. Vi blev stiftet i 1987. Vi er et støttende fællesskab for mennesker med inkontinens og fagpersoner. Samtidig arbejder vi målrettet på at udbrede viden om udredning og behandling af inkontinens, og bryde tabuet omkring lidelsen.

Lidt forenklet så arbejder vi på 3 fronter:

Vi laver løbende oplysningsarbejde rettet mod den brede befolkning. F.eks. podcasts, pjecer, film, postkort, SoMe kampagner, samarbejde med medier/ journalister etc. Vores hjemmeside er et informationsunivers om inkontinens, som alle kan benytte sig af.

Så hjælper vi også vores medlemmer i forhold til at leve med inkontinens. Det er desværre jo ikke alle, der slipper af med lidelsen, og det kan være hårdt at leve med en tabuiseret lidelse. Vi tilbyder et støttende fællesskab med bl.a. medlemsbreve, samtale-/støttegrupper, telefonrådgivning, webinarer, arrangementer og sommerhøjskole hvert år på Fyn.

Sidst, men ikke mindst, er der det politiske arbejde, som er af meget forskellig karakter. Det er f.eks. høringer, udbud, landsdækkende arbejdsgrupper m.v. Kontinensforeningen er bl.a. med i processen, når SKI (Staten og Kommunernes Indkøbsservice) laver udbud, og vi skriver til Folketingets Sundhedsudvalg, når noget ikke fungerer f.eks. i forhold til regionernes udlevering af hjælpemidler. På den måde er vi de inkontinentes stemme på en række niveauer.

Bestyrelsen er bredt sammensat af læger med forskellige specialer, kontinenssygeplejersker

fra sygehus og kommune, og mennesker med inkontinens. De arbejder alle frivilligt og ulønnet for Kontinensforeningen.

Vores arbejde er kun muligt, fordi vores medlemmer støtter os via deres kontingent. Vores medlemmer er både mennesker med inkontinens, fagpersoner i kommuner og regioner og andre. Så meld gerne dig selv eller din afdeling ind, hvis du har lyst til at støtte vores arbejde.

Har man som fagperson lidt ekstra overskud, så kan man også gøre en god gerning ved at lave frivilligt arbejde for Kontinensforeningen. F.eks. bestille vores bogmærker og lægge dem i et venterum, eller komme og holde et oplæg på vores sommerhøjskole eller noget helt tredje.

Du kan læse mere om Kontinensforeningen og vores arbejde på vores hjemmeside www.kontinens.org.

 **Kontinensforeningen**

Sekretariatet

Tlf: 53 80 07 08

Mail: info@kontinens.org

Vores telefonid er mandag til onsdag kl. 9.00 - 12.00. Ellers er du altid velkommen til at sende en mail.

Vi er en privat patientorganisation, der ikke modtager permanent offentlig støtte
CVR 12 52 79 85

