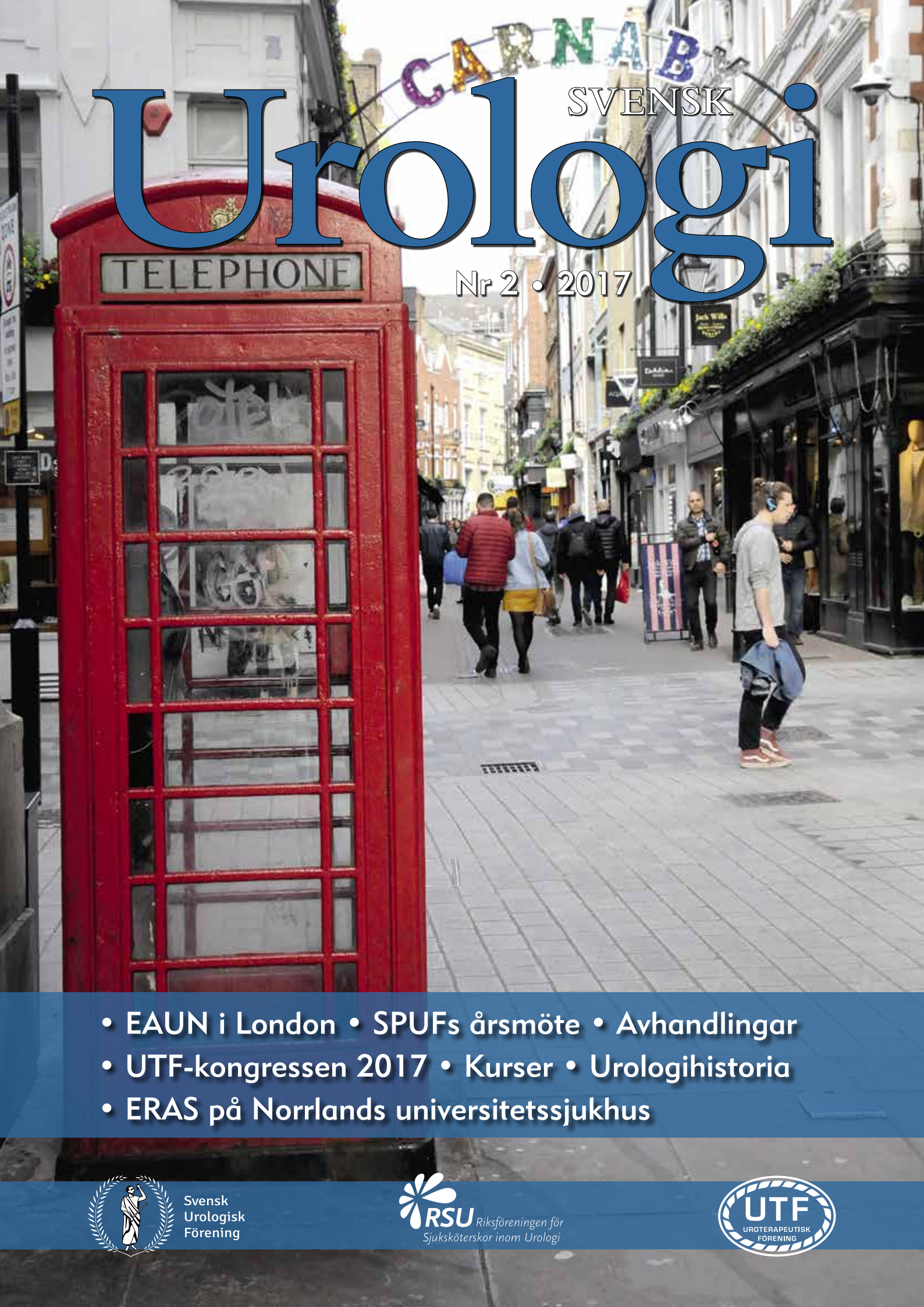


SVENSK Urologi

Nr 2 • 2017

• EAUN i London • SPUFs årsmöte • Avhandlingar
• UTF-kongressen 2017 • Kurser • Urologihistoria
• ERAS på Norrlands universitetssjukhus

Svensk Urologisk Förening

RSU Riksföreningen för Sjuksköterskor inom Urologi

UTF Uroterapeutisk Förening

Svensk Urologi

Tidskrift för Svensk Urologisk Förening,
Riksföreningen för Sjuksköterskor inom Urologi
och Uroterapeutisk förening.
Utkommer med fyra nummer per år.

ANSVARIG UTGIVARE
Lars Henningsohn
Urologiska kliniken
Karolinska Universitetssjukhuset
141 86 Huddinge
Tel: 08-585 800 00 vx
lars.henningsohn@ki.se

REDAKTÖR SUF
Lars Henningsohn
Urologiska kliniken
Karolinska Universitetssjukhuset
141 86 Huddinge
Tel: 08-585 800 00 vx
lars.henningsohn@ki.se

REDAKTÖR RSU och UTF
Marie-Louise Larsson
Urologmottagningen
Sahlgrenska US
413 45 Göteborg
Tel: 031-342 10 00 vx
marie-louise.e.larsson@vgregion.se

PRODUKTION
Mediahuset i Göteborg AB
Marieholmsgatan 10 C
415 02 Göteborg
Tel: 031-707 19 30
www.mediahuset.se

REDAKTION/ ANNONSER
Jean Lycke
jean@mediahuset.se

LAYOUT
Annika Cederlund
annika@mediahuset.se

TRYCK
Exakta Print, Malmö
www.exakta.se

MILJÖMÄRKT 3041 0417

Omslagsfoto: Carnaby street i London.
Foto: Marie-Louise Larsson

Distribueras som post- och webbtidning
ISSN 2001-6794 (Print)
ISSN 2001-8142 (Online)

UTGIVNINGSPLAN 2017

	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr. 1	1 februari	20 mars
Nr. 2	24 april	14 juni
Nr. 3	7 augusti	20 september
Nr. 4	23 oktober	6 december

Innehåll

nr. 2-2017

REDAKTÖRERNA HAR ORDET 5
SUFs ORDFÖRANDE HAR ORDET 6
BUS-BASENS RADER 7
RSUs ORDFÖRANDE HAR ORDET 8
UTFs ORDFÖRANDE HAR ORDET 10
SPUFs ORDFÖRANDE HAR ORDET 11
AVHANDLING: TAMMER HEMDAN 13
AVHANDLING: OLIVER HULTMAN PATSCHAN 14
ERAS PÅ NORRLANDS UNIVERSITETSSJUKHUS 17
NYTT FRÅN EAUN 18
4TH NORDIC COURSE ON RECONSTRUCTION OF THE URINARY TRACT 19
NJURCANCERKONFERENS I MÜNCHEN 20
EAUN I LONDON 2017:
- HOSTPITALVISIT: GUY'S HOSPITAL 22
- DET VETENSKAPLIGA SJUKSKÖTERSKEPROGRAMMET 26
- RSU-STIPENDIUM: ELIN ENGSTRAND 28
- RSU-STIPENDIUM: NINA HAGEMAN 31
- THE UROWALK 32

UTF-KONGRESSEN 2017 35
ÅRETS MOTTAGARE AV MAUD & BIRGER GUSTAVSSONS STIFTELSER 38
UROLITHIASIS GUIDE – UPPDATERAD VERSION 38
UROTERAPEUTENS ARBETE 39
KURS: BLADDER CANCER IN DEPTH 41
ANSÖK: MAUD & BIRGER GUSTAVSSONS STIFTELSER 41
ÅRETS UROLOGISJUKSKÖTERSKA 2017 43
PRESSRELEASE 43
UROLOGIHISTORIA 44
SSKR 8:E NATIONELLA KONGRESS 46
SUFs & RSUs STYRELSER 48
BUS & UTFs STYRELSER 49
KALENDARIUM 50

Svensk Urologisk Förening

RSU Riksföreningen för Sjuksköterskor inom Urologi

UTF Uroterapeutisk Förening

www.urologi.org • www.rsu.se

Annons

Glöm aldrig att titta i backspegeln

Visst känns det ändå fantastiskt skönt när vintern släppt sitt grepp om oss både avseende väder och natur samt på arbetssidan. I det här numret av Svensk Urologi kan man lära sig mycket om urinblåsecancer, och som vanligt har Bengt Uvelius gjort intressanta fynd att fundera över, denna gång om skillnaderna mellan dåtidens och nutiden ”operationsgaller” vilket leder till många tankar. Vi presenterar även referat från EAU 2017 i London och mycket mycket mer inom våra närliggande specialiteter. Kom nu ihåg att ta vara på Er, var försiktiga och njut av Er sommar och titta i backspegeln både på vägen och i jobbet.

LARS HENNINGSOHN
Redaktör för SUF
lars.henningsohn@ki.se

Nu är det vår!

När du läser detta är det snart midsommar och semestern kanske hägrar! I skrivande stund är det vår och solen och värmen är i antågande. Det fina med våren är att jag har fått börja orientera igen. Jag har vågat mig upp en nivå i svårighetsgrad på tävlingarna och även om jag bommar mer så finns det inget bättre än att hitta rätt kontroll tillslut.

Sista helgen i april hölls en stor tävling inom orienteringen, 10-mila, och den hölls bara ett stenkast från där jag bor. Jag fick den äran att vara sjuksköterska på arenan under söndagen tillsammans med två läkare och en annan sjuksköterska. För er som inte är så insatta i orientering kan jag berätta att 10-mila är en stafett. Ungdomarna och damerna sprang på lördagen medan männen startade kl 21:00 på lördag kväll och sprang hela natten. 10 män i varje lag springer var sin sträcka där den längsta sträckan är 16,7 km fågelvägen.

Arbetspasset bjöd på många sårskador och sargade fötter och jag fick ta fram mina gamla vårdcentralskunskaper igen. Inte mycket urologi, som tur var kanske! Två saker fascinerade mig och det var hur uthålliga dessa killar var. Skadorna kunde ha skett vid första kontrollen men trots det fullföljde de sin sträcka. Allt för laget! Det andra var hur snabbt vi fyra som arbetade som sjukvårdare fann varandra. Vi hade inte träffats innan men redan efter första patienten hade vi hittat våra roller och samarbetet fungerade utmärkt.

Dottern på väg in mot mål i Ungdomskavlen på 10-mila.

Jag på en av Londons tunnelbanestationer. Det blev många turer med “tuben” då vi bodde en bra bit från ExCel.

Ja det var en upplevelse att arbeta på fältet (i leran) och även om ”betalningen” bara var en tub Kalles kaviar och ett paket ägg så var det värt det.

Nog talat om orientering. I detta nummer kan ni läsa om min och Elisabeth Gunnarsson Blomqvists resa till EAUN i London. Vi fick förmånen att åka för RSU’s räkning och bevaka mötet. Höjdpunkten var en hospitalvisit på Guy’s Hospital. Detta kan du läsa om på sidan 22.

Vi får också en inblick i arbetet med ERAS på en urolog-kirurgisk avdelning i Umeå. Bengt Uvelius förgyller ännu en gång vår tidning med en historisk tillbakablick på operationsinstrumenten inom urologin.

Ja, så håll till godo och njut av vår fina tidning där i solstolen i sommar!

Marie-Louise Larsson
Redaktör RSU och UTF
marie-louise.e.larsson@vgregion.se

Urologkirurgisk verksamhet, Zlatanisering och propaganda

Den färgstarke krigshetsaren Napoleon Bonaparte som störtade Europa in i ett pärlband av krig och århundraden av revanschism och kontra-revanschism, samt offrade stora delar av Europas ungdom i ett jättelikt blodbad – allt för att få vara kontinentens Kejsare*, skrev följande:

Jag är ibland en räv och ibland ett lejon. Regerandets viktigaste hemlighet är att veta när man ska vara det ena eller det andra.

På ren Svenska: var hal som en ål, glid ur greppet när det behövs, hitta på nödlögner och vita lögner när det passar och hota och ta i med de hårda nyporna när just det passar. Något som många av oss skulle kunna uppfatta som falskhet, oärlighet samt även övervåld och maktmissbruk i skarpt läge.

Vi har de senaste åren matats med dåligt underbyggd och synnerligen onyanserad propaganda från centrala ”utredningar” där den enskilde fotbollshjälten har utmålats *som ett, för oss och vår verksamhet, passande ideal.*

En enskild och talangfull person som sparkar runt och ibland nickar en upp-pumpad läderboll ska vara rättesnöret och idealet för hur vi som högt skolade läkare och akademiker, många utav oss dessutom disputerade vetenskapare, ska bedriva urologkirurgisk sjukvård inbegripande en mängd viktiga och associerade processer i flera simultana komplexa led och dessutom, mitt i allt detta, utöva forskning och pedagogiskt arbete både med undervisning för kandidater, yngre kollegor, såväl som för patienter, anhöriga, allmänheten och med sjuksköterskor och undersköterskor.

Har världen blivit vettlös? Ja, det kan man fråga sig när gravt haltande jämförelser från högsta centrala nivå görs mellan vår komplexa, vetenskapligt baserade och organisatoriskt högt diversifierade verksamhet och *en bollsport*?

”Le tyran demasque”: Frankrike, personifierad, sliter av Napoléon den mänskliga masken från ansiktet. Arenenberg, Napoleon Museum

Samtidigt – något förvånande kanske med ovanstående bakgrund – så förses vi med en ändlös växande rad av (till stora delar välmotiverade) reformer i arbetssättet, snabbspår, samverkan, nationella lösningar och nya strategier. Samtliga dessa som kräver ***samarbete i grupp*** och **en *välfungerande laguppställning***, oavsett om det är på lokal, provinsiell, regional eller nationell nivå.

Inget för enmans-shower, inget för utvalda och hyllade hjältar och inget för en snabb spurt fram till mål-linjen och en välriktad spark.

Ett tanke-experiment: vi tar bort alla andra spelare i fotbollslaget, samt funktionärerna och även lagledningen, inklusive tränaren och dennes assistenter. Vi avvecklar personalen på fotbollsarenorna som sköter underhåll, fotbollsplanen, klipper gräset samt håller ordning på belysningen. Transporterna mellan olika arenor avskaffas – vill man spela internationell fotboll så får man ta häst och vagn mellan orterna! Publiken bort. TV-sändningarna bort. Sportradion avskaffas och publiken förbjuds tillträde till evenemangen, med följden att hela finansieringen går i kras.

Försök att göra några *fantastiska mål* nu, om det går!

En snabbt eskalerande demontering av urologisk sjukvård utanför de tre stora städerna kommer definitivt inte att leda till några mål överhuvudtaget – möjligen bara självmål, och dessa ser vi numera fler och fler utav.

Man kan alltså inte predika *extremindividualism* vid passande tillfälle i kontrast till *samarbete* och *laganda* när just den melodin låter som bäst. I längden håller det inte att tala med två tungor, speciellt inte då vi har ett ansvar mot patienterna och verksamheten, samt ett simultant ansvar för vetenskaplig utveckling och framåtskridande gentemot allmänheten och befolkningen i stort.

Uppenbarligen förefaller det också råda språkförbistring; beslutsfattare och makthavare har *ett språk* och vi som är nära verkligheten, samt interagerar med verksamheten dagligen – ja, vi har ett *annat språk*. Problemen tycks uppstå när våra ord översätts men inte når fram

* Högst personliga åsikter om Europeisk historia, och inget som SUF-styrelsen ska eller behöver stå bakom.

ändå, när budskapen är tydliga från vår sida – men där informationen inte passar in i den världsbild som skapats högst upp på toppen.

Men nej, det finns ingen språkförbistring, ***man förstår mycket väl*** våra klagomål över New Management, nya flöden, och beslut om strategier tagna på förhand. Man förstår också vår uttalade förvåning över grava misstolkningar av den kliniska verkligheten och över hur meningen *kvalitet i sjukvården*, av oss, uppfattas på ett helt annat sätt än vad som uppfattas centralt.

Problemet ligger på ett helt annat plan, nämligen att professionen *inte ska besvära sig att yttra sig* (den talar ju ändå bara "i egen sak"). Lärdom och kunskap kommer från de utvalda och de tillsatta – helst de som aldrig ser eller har sett det kliniska arbetet inifrån, än mindre förstår innebörden av klinisk verksamhet.

Hur får man då igenom alla världsfrånvända projekt, vare sig det rör sig om miljardbyggen utan behov, mål eller riktning eller helt oövertänkta och kontraproduktiva centraliseringar?

Jo, man använder sig av propaganda – och det görs helt medvetet enligt följande Napoleon-devis:

Om man önskar framgång i världen, lova allt – leverera inget

Vår uppgift blir nu och i framtiden att demaskera flosklerna, halvsanningarna, dumheterna och uppgörelserna i dunklet. Det är inte lätt och man får inga poäng för ett sådant arbete, snarare tvärtom – det är en negativ merit att sätta sig upp mot överheten. Men, vad för annat val har vi?

AMIR SHERIF
Ordförande
Svensk Urologisk Förening
amir.m.sherif@gmail.com

Hej alla vänner!

Som ordförande i BUS ägnar jag mycket tid åt ST-utbildningen i urologi och hur vi i BUS kan hjälpa våra blivande urologkollegor att bli kunniga och skickliga. Vi i BUS har organiserat Vårmötet 11-12 maj med temat "Barnurologi och överlämning till vuxenurolog". Kusen och mötet var välbesökt med över 20 BUSare. Kvällen avslutades med en härlig tävling i boule och därefter middag. Många ST-läkare är oroliga över hur ST-utbildningen kommer att se ut i Sverige framöver.

Många är frustrerade över hur mycket tid som går åt till att vara primärjourer, mottagning o.s.v. och att det blir väldigt lite tid för att operera. Vi i BUS arbetar för bra utbildningskvalitet och för utbildning där ST-läkaren alltid är i fokus. Det är mitt huvudmål som ordförande för BUS och jag kommer att skriva mer om det i nästkommande nummer.

Jag vill passa på att tacka några avgående ledamöter som har bidragit med mycket till BUS: Marianna Hrebenyuk, Jenny Magnusson, Katarzyna Zochowska och Hjalmar Svensson. Jag vill också som nya ledamöter välkomna Alexandru Jula, Andreas Kercsik och Anna Strand till styrelsen.

Till slut vill jag passa på att påminna om nästa BUS-möte, som anordnas i samband med Urologidagarna i Göteborg, 4 oktober kl. 9-12, med temat "Andrologi och mannens hormonella liv".

Vi ses snart!

MARWAN SHAREEF
BUS Ordförande

Utan sjuksköterskor som har helhetssyn riskerar vården att fragmentiseras

Samtidigt som jag ska skriva ner dessa rader i Svensk Urologi pågår en omfattande och snabb förändring i naturen. Det som varit grått och brunt håller på att förvandlas och förnyas till sköna och färgsprakande toner. Våren är här! Det är som om man inte längre känner igen den grå vardagen. Parallellt med våren pågår det förändringsarbeten överallt såsom omstrukturering, nya managementmodeller, nya arbetssätt, bemanningsmix m.m. Vi som har varit med ett tag kan ofta känna igen oss i tankegångarna och tycker att det var ju så vi gjorde förut, men nu har man ett annat namn. Som om björken skulle få ett nytt namn varje år den blir grön. Man förstår inte alltid logiken.

Vem ser helheten?

Det som ändå är ganska beständigt är de kunskaper och färdigheter som vi behöver ha för att utföra våra arbetsuppgifter. Men även här pågår det nya tankar och idéer. Även om uppgifterna och kompetenserna är ganska bestående kan kanske uppgiften göras av en annan yrkesgrupp. ”Utan sjuksköterskor som har en helhetssyn på personen som behöver vård blir vården uppgiftsorienterad och fragmentiserad, skriver fyra debattörer”, citatet är hämtat från en debattartikel i Dagens Medicin (Publicerad: 2017-05-03, skriven av: Ami Hommel, Anna Forsberg, Kerstin Segesten och Birgitta Milton). Författarna till debattartikeln oroar sig för en fragmentiserad vård där alla har en liten uppgift i patientens omvårdnad men ingen egentligen ansvarar för helheten. Jag håller med debattartikelförfattarna. I min farhåga är vi på väg emot en vård där man bara ska följa riktlinjer och checklistor. Vi ska notera mätvärden och göra Norton-bedömningar m.m. utan att reflektera. Jag kan känna igen mig från förr. Dropp-syster sätter PVK och ger dropp, rondsköterskan är med på ronden, den som ansvarar för något annat gör bara det som hen ska utföra enligt protokollet. Vem ser helheten? Jag trodde nog att det var det som är omvårdnad. Nu planerar också flera landsting för att anställa undersköterskor istället för sjuksköterskor. Den urologiska omvårdnaden är beroende av alla duktiga och erfarna undersköterskor, det är jag först med att skriva under på. Men, jag tror att vi även måste värna om sjuksköterskornas kompetenser. Inte minst behöver vi mer urologisk omvårdnadsforskning. Vi har så många obesvarade frågeställningar som är i behov av vetenskapligt strålkastarsken.

Därför tycker jag att det är tydligt. Vi behöver varandra i RSU! Där har vi ett gemensamt nätverk och där kan vi hjälpas åt – var vi än befinner oss i Sverige. Vi måste tillsammans förklara och värna om de urologiska omvårdnadskompetenserna. I RSU arbetar vi också flitigt med att stödja sjuksköterskor som är intresserade att belysa de outforskade ämnena och med att skapa nätverk. Skicka gärna in en kort sammanfattning och berätta om era arbeten på Urologidagarna.

Medicin

”Omvårdnad av hög kvalitet kräver hög kompetens”

Läs artikeln på: https://www.dagensmedicin.se/artiklar/2017/05/03/omvardnad-av-hog-kvalitet-kraver-hog-kompetens/

Urologidagarna 2017

Under Urologidagarna i Göteborg kommer RSU att ha årsmöte, alla medlemmar hälsas välkomna (även ni som inte deltar i Urologidagarna). Kallelse kommer att skickas via e-post så se till att RSU har tillgång till en aktuell adress.

Nominera “Årets Urologisjuksköterska”

Sist men inte minst – nominera en kollega till Årets Urologisjuksköterska 2017! För visst har du helt underbara kollegor som är värda att uppmärksammas. Läs mer om detta på sidan 43.

Ha det så gott och hoppas att alla får en härlig sommar!

HELENA THULIN
Ordförande
Riksföreningen för
Sjuksköterskor inom Urologi

Annons

UTFs 30-års jubileum 2017

Uroterapeutisk förening, UTF har nu firat 30 år vid en mycket välordnad kongress i Malmö. Inspirerande föreläsare täckte in bäckenbottens komplexitet med bland annat urologi, gynekologi, tarmfunktion, onkologi, sex och samlevnad samt psykologi med KBT. Många utställare fanns på plats med olika typer av behandling, diagnostik och hjälpmedel. Allt detta kombinerat med att träffa kollegor från hela landet, även Danmark och Norge är förstås mycket viktigt. Det är inspirerande fortbildning som ger energi till vårt fortsatta arbete.

Kongressen inleddes med Birgitta Lindehall och Anna-Lena Hellströms fantastiska berättelse om hur vår specialistkompetens initierades. För snart 40 år sedan reste de till USA för att samla kunskap om en ny metod kallad RIK och en målsättning att utveckla vården för barn med blåsdysfunktion. Deras arbete vid barnkliniken i Göteborg lockade många studiebesök. Behovet av utbildning blev alltmer påtagligt. Deras arbete med att starta en ny utbildning med en ny titel som dessutom berör flera yrkeskategorier (sjuksköterska, barnmorska, distriktssköterska, sjukgymnast/fysioterapeut och läkare) är fantastiskt. De anade nog inte det dolda behov som fanns och uroterapeutens arbetsområde har breddats enormt. Sedan länge finns uroterapeter på de flesta urolog- och kvinnokliniker, inom äldreomsorg och på senare tid även kirurgkliniker. Området blåsa och tarm omges fortfarande av mycket tabu men vi ser också en ökad efterfrågan av uroterapeutens kompetens inom både förlossningsvården och äldrevården. Fortfarande är ett av det största skälet till vårdbehov för de äldre, förutom demens, inkontinens. Ett värdigt och tryggt omhändertagande med kunskap och rutiner minskar behov av skydd. Det finns flera ekonomiska dimensioner i detta, förutom kostnad för skydd även minskad vårdtyngd vilket ökar trivsel även för de äldre, anhöriga och personal.

Borgmästare Kent Andersson och ordförande Eva Westling. ***Foto:*** *Meta Gylin*

Det finns ett stort engagemang i vår yrkeskår som Birgitta och Anna-Lena fortfarande inspirerar till. På kongressen presenterades kunskapskanaler för både allmänheten och vårdgivare, Sinoba.se, Nikola.nu, Kateter.nu, Riktlinjer vid analinkontinens och vår egen hemsida UTFNordic.org samt nystartade "Uroterapeuter på Facebook" för råd och kunskapsutbyte. Styrelsen har lagom till jubileet tagit fram en informationsbroschyr om uroterapeutens arbete. Broschyren delas ut på mottagningar och arbetsplatser men finns också att läsa på vår hemsida. Broschens material återfinns även i detta nummer på sidorna 39–40.

Avslutar med att tacka kongressgruppen i Malmö för en fantastisk kongress. En stor eloge och ett hjärtligt TACK också till Malmö kommun med kommun-fullmäktiges ordförande Kent Andersson, även titulerad Borgmästare som bjöd in till fest i Rådhusets vackra lokaler. Rådhuset och Malmö har en lång och spännande historia som vi fick ta del av. UTF's 30 år är i det perspektivet inte så lång men ändå ganska spännande eller hur?

Önskar er alla en skön och avkopplande sommar!

EVA WESTLING
Ordförande
Uroterapeutisk Förening

Glöm inte skicka in ditt bidrag till tidningen i tid!

Senast 7 augusti, vill redaktionen ha ditt material till nr 3-17.

SUF: lars.henningsohn@ki.se • RSU: marie-louise.e.larsson@vgregion.se

Rapport från

SPUFs årsmöte i Margretetorp maj -17

Vår fina lokal.

Patrik argumenterar.

Våren har varit ytterligt svårflörtad i stora delar av landet men **Ängelholm, Margretetorp** vid foten av Hallandsåsen bjöd på en kraftfull solinjektion! Drygt 20 privaturologer hade mött upp och till det kommer våra välvilliga samarbetspartners från industrin samt förstås föredragshållarna och **Jens Bäck** från Mediahuset. Från och med i år hjälper Mediahuset oss med arrangemangen, men framför allt tar man hand om kontakterna med industrin och sköter det administrativa.

Max van Eijk från Global Health Partner (GHP) gjorde en mycket intressant ” historisk” exposé över turerna i Vårdval Urologi Stockholm, vilka slutsatser man kan dra och vad man har lärt sig. Det var nog många i auditoriet som var milt imponerade och återigen bekräftas det vi alla vet; privaturologin behöver understundom stöd från duktiga ekonomer kring beräkningar och analys och det stödet skall man ha innan man sätter sig i skarpt läge i förhandlingar.

Sven Söderberg från SPLF och därmed Läkarförbundet gav oss en uppdatering kring vad som håller på att hända med Nationella taxan; NT fungerar fortfarande som en mall/matris för prissättning men har ju mycket liten verklighetsförankring. Diskussionens vågor gick höga och behovet av kraftfull revidering av taxan framkom... igen!! Självklart låg Reepalus utredning och SAP-kongressens beslut kring vinster i välfärden som ett rött skynke över oss alla men vi framhärdar i att privat entreprenörsdriven urologi är kostnadseffektiv och har oslagbar kontinuitet med samma höga kvalitet som i offentlig slutenvård. Ordförande har under åren givits uppfattningen att verksamhetschefer runt om i landet uppskattar ett privat öppenvårdsalternativ inom respektive landsting/region.

Läkemedelsindustrin gav oss en dryg timmes presentation och som vanligt hävdar SPUF att mötet oss emellan är mycket givande.... och det handlar verkligen inte bara om ”sponsring” utan fastmer om kunskapsutbyte.

SVF för prostatacancer och blåscancer har rullat över urologin senaste året och nu införs det även inom övriga urologiska cancrar.

Ulf Håkansson, Malmö/Lund, gav oss en bitvis mycket underhållande föredragning om det paradigmskifte som centralisering

Max van Eijk.

Sven Söderberg.

Ulf Håkansson.

Peter Elfving.

Bosse M kör Rezum.

av peniscancerbehandling inneburit. Veckovisa videokonferenser tillförsäkrar att alla patienter i vårt avlånga land får konservativ terapi eller mer avancerad kirurgi med multidisciplinärt engagemang. Det framgick också att de två stora centra som finns i världen (London, Amsterdam) är mycket intresserade av det svenska mycket stora peniscancerregistret. Bra många av oss relativt erfarna urologer fick dock hicka då vi demonstrerades en CIS som såg ut som en plasmacellsbalanit!! Oops! Ännu mera penisbiopsering!

Peter Elfving, Malmö/Lund, drog SVF för njurcancer och det är onekligen en smula annorlunda än andra urologiska cancrar man kan se eller ta på... allt handlar om vad DT uro visar! Peter gav också en intressant genomgång kring hur mycket nefronsparande kirurgi som görs idag och hur erfarenheten av robotkirurgin utvecklas.

Lotta från Janssen.

Förre ordförande (”former president” som han uttrycker det), **Lennart Wagrell,** gav oss chans att prova på Rezum dvs. ångbehandling av BPH med avflödeshinder.

Som vanligt i Margretetorp avnjöts en formidabel middag under kvällen och vi njöt av **Zalman Putermans** tidigare hörda Duck vits... måste höras!

Vid årsmötet under lördag förmiddag (som i hög grad måste betraktas som interaktivt!) diskuterades de prekära ekonomiska förutsättningarna som gäller; enda inkomsten för föreningen är numera medlemsavgifterna! Styrelsen och **Mauritz Walldén,** Karlstad, kommer undersöka möjligheten av en s.k. serviceavgift. Vi diskuterade också sponsring från företag. Det skattetekniska och juridiska gränssnittet behöver dock klargöras. Utskick kommer ske i december med avgift och information. Medlemskapet blir tydligare att se över året och årsmötet var rörande enig om betydelsen av en samlande kraft för privaturologer.

Ola Wahlberg, Lars Grenabo och Caroline Elmér.

Styrelsen omvaldes i sin helhet och består således av Bo Sjögren, Caroline Elmér, Ola Wahlberg, Björn Wullt, Lars Grenabo och Niklas Lundin. Under det kommande året måste vi rekrytera in minst tre nya styrelseledamöter.

Nästa möte/träff är under Urologidagarna i Göteborg i höst vid privaturologilunchen och nästa årsmöte i Margretetorp är 4–5 maj 2018!

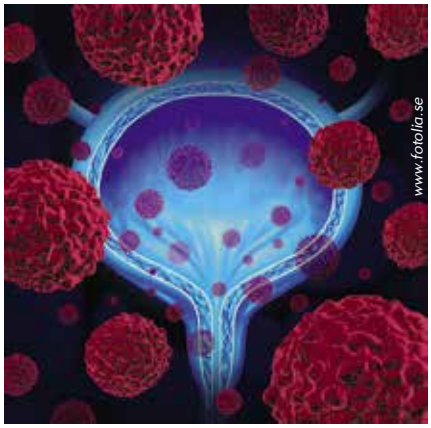
Vid pennan
BOSSE SJÖGREN
Ordförande för SPUF

Urinblåscancer och biomarkörer

Urinblåscancer är en sjukdom som påverkas av miljö och ålder. Det är den näst vanligaste cancerformen i urinvägarna och den mest kostsamma att behandla från och med att den upptäcks till att patienten slutligen avlider. Det finns två typer av urinblåscancer: en lindrigare form, som är koncentrerad till urinblåsans inre slemhinna - samt en mer aggressiv, som har trängt in i blåsans muskulatur. Tumörer i urinblåsan är oftast möjliga att bota, men en behandlingsplatå har uppnåtts för båda tumörtyperna. För att bidra med en effektiv behandling, och därigenom minska dödlighet, är det av stort värde att testa och förstå olika faktorer som kan påverkar behandlingen. Målet med denna avhandling är att försöka bringa en bättre förståelse för hur kliniska faktorer kan påverka terapisvar, genom att utvärdera nya läkemedelskombinationer och tumörmarkörer tillsammans med etablerade, kända riskkriterier.

Delarbete I

I delarbete I redogör vi resultatet av en långtidsuppföljning på fem år från en prospektiv, randomiserad studie som involverade flera sjukhus (Nordisk T1G2-3). I studien jämförs två så kallade sköljbehandlingar avseende risk för återfall, progression och cancerdöd. Första patientgruppen erhöll immunoterapi i form av ett levande vaccin Bacillus Calmette-Guerin (BCG), vilket är den allmänt etablerade behandlingsformen. Den andra gruppen gavs en kombination av kemoterapi i form av epirubicin och interferon-α2b. Kliniska variabler, som hur pass allvarliga tumören var och förekomst av förstadie till cancer (cancer in situ) i andra delar av blåsan, analyserades. Den längre uppföljningstiden möjliggjorde även utvärdering av risk för progression och cancerdöd. Här fann vi att kvarvarande tumör vid sekundär resektion medförde en ökad risk för progression. Den moderna handläggning med en sekundär resektion och underhållsbehandling bidrog till att motverka negativa riskfaktorer som cancer in situ.



Framtidens onkologiska behandling bygger på att matcha patient och terapi och därigenom uppnå en mer individuellt riktad behandling. Detta kan ske genom att använda sig av biomarkörer: särskilda indikatorer (i detta fall proteiner) som kan indikera svar på behandling. Blåscancer uppvisar en kraftig olikhet, inte bara patienter emellan, utan även inom den enskilda patienten. Den ena tumörceller är inte den andra lik. Med detta i åtanke är nuvarande prognostiska faktorer som härrör från kliniska, histopatologiska behandlingar och avbildningstekniker, inte tillräckliga att skilja patienter som kan tänkas svara på behandling (så kallade ”responders") från de som inte kommer göra det ("icke- responders"). Användning av biomarkörer för att tidigt kunna fatta viktiga terapeutiska beslut tidigt kan minska tidsåtgång och öka sannolikheten för klinisk framgång och överlevnad.

Delarbete II och III

I delarbete II & III analyserade vi proteinyttrycket i tumörvävnad från totalt 250 patienter med aggressiv blåscancer. Patienterna delades upp i två randomiserade grupper. I dessa jämförde vi effekten mellan grupperna: de som fick preoperativ kemoterapi, mot den andra gruppens cystektomi (borttagning av urinblåsan) och fann att två proteiner (emmprin och CCTα) var av värde som prediktiva faktorer för patienter som får denna kombinationsbehandling.

Delarbete IV

I delarbete IV analyserade vi proteinet STMN1 som länge varit en känd prognosindikation i andra cancerformer. I vårt material av matchande primärtumörer och metastaser var överrepresentationen av STMN1 kopplat till sämre prognos och överlevnad. Vi undersökte även möjligheten att använda detta som terapeutisk mål genom att se hur blåscancertumörceller reagerade när man stängde av produktionen av det specifika proteinet.

Framtida forskning kommer att styras in mot att främja vår förståelse av den molekylära grunden för blåscancer tillsammans med utvecklingen av riskprognosmodeller som integrerar med genetiska och miljömässiga faktorer för att förutsäga individuell sannolikhet för cancer i urinblåsan.

TAMMER HEMDAN
Specialistläkare VO urologi
Akademiska sjukhuset, Uppsala
tammer.hemdan@surgsci.uu.se

Pubmed-länkar till artiklarna:

1. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24231843
2. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26119672
3. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25072257

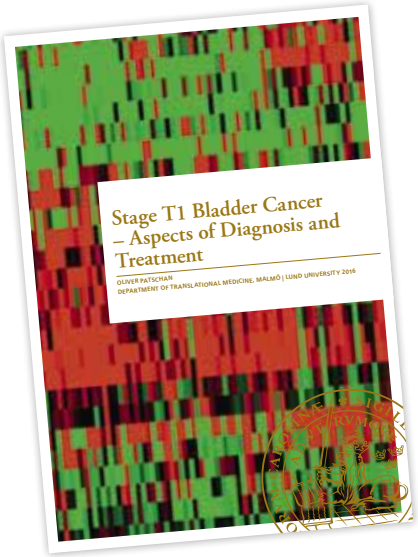
Stage T1 Bladder Cancer

– Aspects of Diagnosis and Treatment (2016)

Populärvetenskapligt autoreferat avhandling

Urinblåsecancer är den vanligaste cancerformen i urinvägarna. Den kan ha väldigt olika förlopp: I de flesta fall växer urinblåsecancer inte igenom basalmembranen (tumörstadium Ta) och kan behandlas med transuretral resektion av blåsan (TURB). I en fjärde del av fallen växer urinblåsecancer dock in i blåsmuskeln (tumörstadium T2-4). Då måste den behandlas med radikal cystektomi, vilket ofta kombineras med cellgiftsbehandling. När tumören vuxit igenom basalmembran men inte nått blåsmuskeln (tumörstadium T1), är det oftast svårt att avgöra hur sjukdomen kommer att utvecklas och hur man bäst ska behandla urinblåsecancer. För att vara säker på att man opererat bort tumören i sin helhet rekommenderas en s.k. "second-look" resektion. I syfte att förhindra återfall ska man också ge upprepade behandlingar direkt i blåsan med bacillus Calmette-Guérin (BCG). Denna avhandling belyste olika aspekter på diagnos och behandling av urinblåsecancer.

För att kunna förutse sjukdomsförloppet, bedömer man idag tumörens utseende och uppbyggnad i mikroskop, närmare bestämt tittar man på tumörstadium, tumörgrad och histologi. Dessutom bedömer man kliniska faktorer, såsom antal och storlek av tumörer, återfallsfrekvens och patientens ålder. Dessa faktorer är dock otillräckliga för att kunna ge en säker prognos. Tidigare forskning har visat att man med molekylär klassificering, dvs. genom att analysera tumörens arvsmassa, kan dela in urinblåscancer tumörer i fem olika undergrupper. Dessa undergrupper har olika biologiska och kliniska egenskaper som ger mer information avseende prognos än ovan nämnda faktorer. Dock är molekylär klassificering f.n. för dyr och för komplicerad för att kunna användas i klinisk vardag. Immunhistokemiska analysmetoder, dvs. att man gör infärgningar av vävnadssnitt inför mikroskopi, är däremot utbredda och relativt enkla att genomföra.



Länk till avhandlingen:
http://portal.research.lu.se/portal/files/16526427/e_spik_oliver_patschan.pdf

Delarbete ett och två

I det första arbetet av avhandlingen utvecklades en modell som skulle kunna göra molekylär klassificering lättare att använda i kliniken. Modellen använder sig av immunhistokemi för att kunna avgöra vilken molekylär undergrupp en tumör tillhör (Figur 1). I de undersökta 237 blåscancerfallen kunde man med denna immunhistokemiska modell återfinna de molekylära undergrupperna i 88% av fallen, vilket talar för att modellen fungerar bra. Detta arbete lade grunden till det andra delarbetet, där det studerades om immunhistokemisk klassning kunde ge bättre information avseende sjukdomsförloppet hos patienter med urinblåsecancer i stadium T1, än befintliga kliniska och mikroskopiska faktorer. I de studerade 167 fall med nyupptäckt urinblåsecancer med stadium T1 kunde man klassa tumörerna i de beskrivna undergrupperna. Patienternas sjukdomsförlopp var beroende av undergrupp. Ännu bättre kunde sjukdomsförloppet förutsägas om man kombinerade

undergrupp med kliniska data eller information avseende immunsystemets svar på tumörväxten.

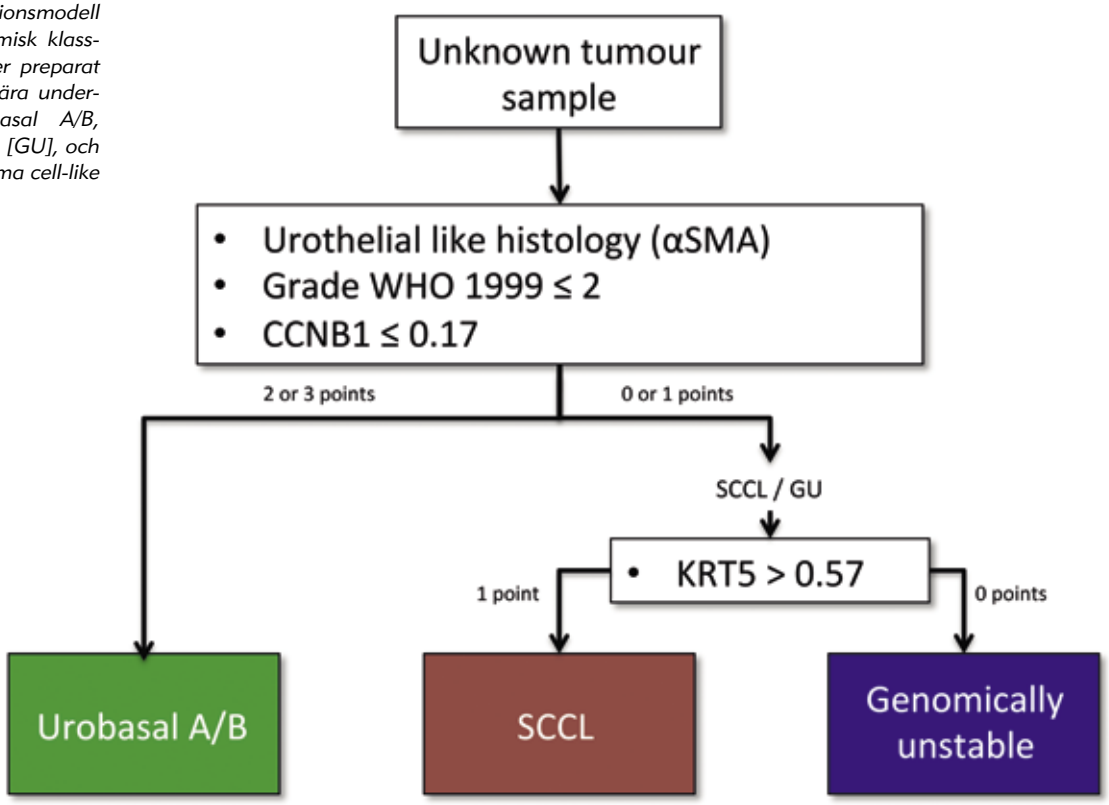
Delarbete tre

I det tredje arbetet undersöktes användandet av second-look resektion hos alla 910 patienter som fick diagnos urinblåsecancer med tumörstadium T1 i Sverige 2008-2009. Det visade sig att second-look resektion används i cirka hälften av alla fall med nyupptäckt blåscancer stadium T1, och att användandet skiljer sig mycket åt i de olika sjukvårdsregionerna i landet, från 16 till 78%. Patienter som hade kvarvarande T1 tumörvävnad i preparaten från second-look operationen hade lägre 5-års blåscancerspecifik överlevnad än de som inte hade kvarvarande tumörvävnad (82% vs. 88%). Men patienter som inte genomgick en second-look resektion hade ännu lägre 5-års blåscancerspecifik överlevnad (76%). Studien visade också att second-look resektion gjordes oftare hos patienter som var yngre än 74 år, hos de som hade tumörgrad 3, som fick behandling med BCG eller cellgift i blåsan, hos patienter som diskuterades på en tumörkonferens och hos patienter som behandlades på ett hög-volym sjukhus. Det fanns skillnader i blåscancerdödlighet mellan sjukvårdsregionerna som dock inte enbart kunde förklaras med skillnader i användande av second-look resektion.

Delarbete fyra

I det fjärde delarbetet undersöktes behandling med BCG hos alla 3.758 patienter med nyupptäckt urinblåsecancer med tumörstadium T1 i Sverige som var diagnosticerade 1997-2006. Studien visade att BCG användandet ökade i Sverige under observationstiden från 18% till 31%. Patienter yngre än 75 år, de som behandlades på hög-volym sjukhus, som hade grad 3 tumörer och som behandlades i norra, södra och Uppsala/Örebro sjukvårdsregionen fick BCG i större omfattning än patienter från de övriga regionerna. Patienter som behandlades med BCG hade bättre överlevnad, medan patienter äldre än 75 år och patienter med grad 3 tumörer hade kortare cancerspecifik och allmän överlevnad. Ur ett populationsbaserat perspektiv användes således BCG behandling för lite i Sverige, framförallt hos patienter äldre 75 år och hos patienter som behandlas på låg-volym sjukhus.

OLIVER HULTMAN PATSCHAN
MD, PhD, FEBU, verksamhetschef
Klinik für Urologie und Kinderurologie
Klinikum Wilhelmshaven
Institutionen för Translationell Medicin
Lunds Universitet
oliver.patschan@med.lu.se



Figur 1: *Stratifikationsmodell för immunhistokemisk klassning av blåscancer preparat i de olika molekylära undergrupperna (Urobasal A/B, genomisk instabila [GU], och squamous carcinoma cell-like [SCCL]).*

Annons

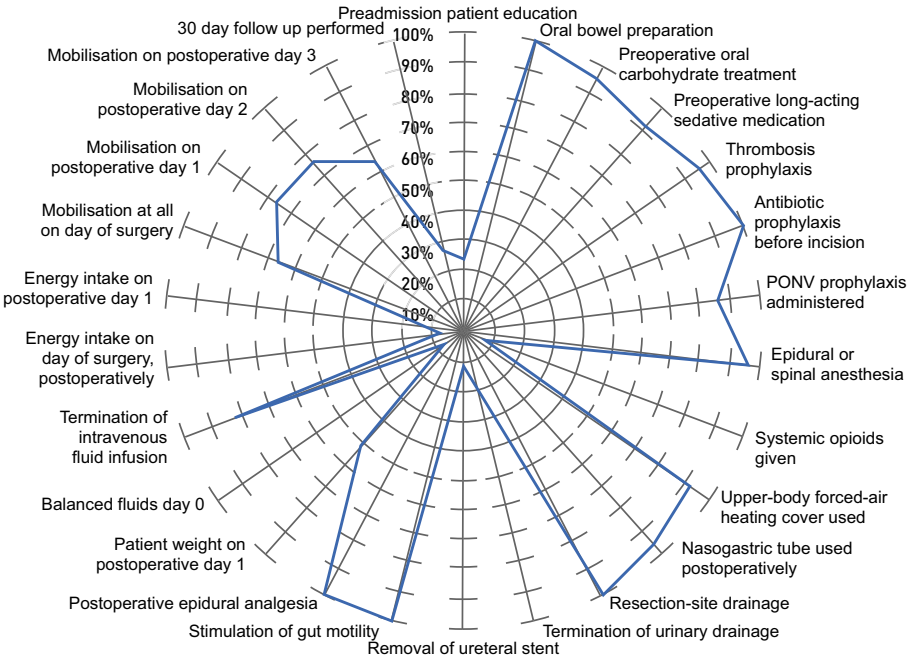
ERAS – ett vårdprogram som innebär en lättare återhämtning för patienten efter sin operation

Vad är ERAS?

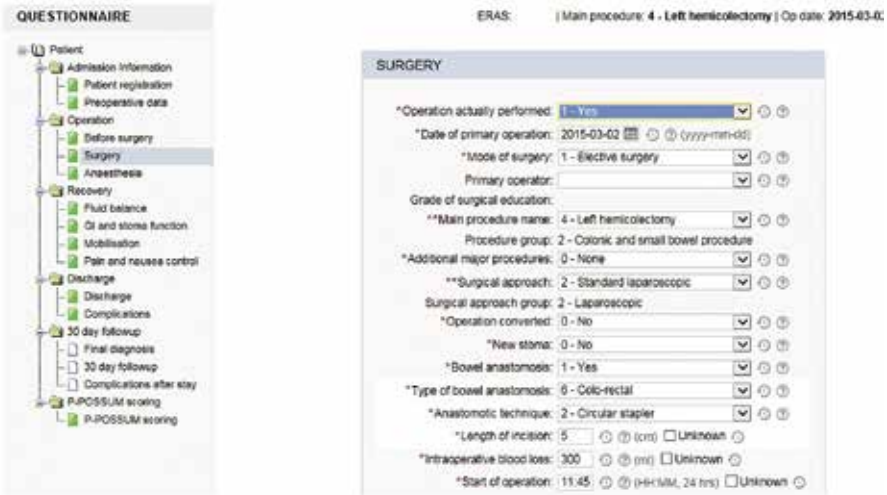
Jo, ett multimodalt vårdprogram som står för att lättare kunna återhämta sig efter större kirurgi (*Enhanced Recovery After Surgery*). Faktorerna som mestadels håller kvar patienterna på sjukhuset idag är behovet av parenteral smärtlindring, intravenös droppbehandling på grund av förstoppning och att de inte tagit sig ur sängen. Genom att använda detta vårdprogram kan komplikationerna minska drastiskt, (ERAS Society.org). ERAS introducerades inom kolon – och rektalsektionen men idag finns den också inom gynekologi och urologi. Vårdprogrammet är stort internationellt där ÖGI -kirurgi nu också ingår.

Mitt namn är Frida Karlsson och jag är sjuksköterska på en urolog-kirurgisk avdelning på Norrlands universitetssjukhus i Umeå. Jag tog examen januari 2012 och började på urologavdelningen, som idag kan ha en väldig variation av olika patienter bl.a. Urologi, ÖGI samt akuta bukobservationer och trauma. Efter ett par års erfarenhet fick jag mer och mer intresse för urologin, så hösten 2015 fick jag möjlighet att läsa en nätbaserad urologikurs för sjuksköterskor på 15 hp.

Vi har en verksamhet som bland annat har stora operationer och därför behövs det en snabb återhämtning för våra patienter. År 2012 på hösten startade vi upp ERAS för cystektomipatienterna, som är en av de större operationerna inom urologi. Jag hade inte blivit riktigt varm i kläderna men plötsligt fick jag huvudansvaret som ERAS-sjuksköterska på urologen.



Riktlinjerna som ingår i ERAS och hur följsamheten visar sig på vårdavdelningen.



En del av formuläret för registreringen i EIAS.

Vad gör jag som ERAS-sjuksköterska?

I början blev det mestadels administrativt arbete för att lära sig databasen EIAS och lära sig registreringen för att sedan samla ihop material inför kommande resultat. Därefter ska det nya arbetssättet introduceras för all vårdpersonal i patientens vårdförlopp, allt från narkospersonal, avdelningsläkare, sjukgymnast, dietist, sjuksköterskor och undersköterskor. Vi utgår utifrån en checklista dagligen där allt står som ska göras i den postoperativa vården.

Jag för därefter in uppgifterna från checklistan i databasen och sammanställer ett resultat. Checklistan följer med varje patient under hela vårdtillfället, preoperativt till att operationen är klar och patienten hamnar på uppvakningsavdelningen samt till den postoperativa delen. All vårdpersonal har ansvar för att den blir ifylld. Innan patienten går hem lämnas en patientenkät ut där de ska kryssa i hur de upplevt helheten kring vårdtiden. Patientenkäten innehåller frågor om deras egna upplevelser och reflektioner. Vi får en bra överblick över den totala vårdtiden och eventuella komplikationer. Dessutom tillhör det mitt arbete med ERAS att jag informerar nya kollegor på avdelningen och berättar de specifika punkterna som ingår i ERAS.

Hur arbetet med ERAS fungerar?

När jag efter en tid fått in tillräckligt med data och ”det riktiga” arbetet kunde börja, blev det tyvärr en trög start. Det visade sig att en del inte ville samarbeta som vi bestämt och därför behövde jag påminna och nästan tjata på grejer som att fylla i checklistan och hålla sig till den. Arbetet kom därför ordentligt igång år 2014 och vi har ett flertal år att se tillbaka på och jämföra med, se vad som behöver förbättras och hur vi ska fortsätta bibehålla rutinerna.

På dessa år som jag har arbetat med ERAS har jag verkligen fått kämpa med att få personalen att förstå att det är så här vi arbetar idag. Jag tror att för många är det en stor omställning att lära sig något nytt. Men då gäller det att vi har god kommunikation med varandra och blir påminda om hur arbetet ska fungera. År 2014 hade vi ett blandat resultat efter att vi introducerat ERAS hos oss eftersom det innehöll mer komplikationer i form av till exempel sårrupturer. Men till nästa år har vi diskuterat detta och varför det skett och till kommande år hade vi ett bättre resultat.

Alla har vi nog ett mindre bra år bakom oss, men huvudsaken är att vi inte ger upp utan kämpar på enligt de riktlinjer vi har. Plötsligt så ser vi ljuspunkten som i slutändan är en kortare vårdtid för patienten eftersom det blir mindre komplikationer som sårrupturer, v-sondsättning och tarmparalys.

FRIDA KARLSSON
ERAS-sjuksköterska
Urologkirurgisk avdelning
Norrlands Universitetssjukhus, Umeå

Nytt från EAUN

I september erbjuder EAUN för första gången ett specialutformat program för dig som är verksam inom robotassisterad urologisk kirurgi med fokus på prostata-, njur-, och blåscancer. Kongressen sker i samarbete med ERUS och löper parallellt med denna och äger rum i **Brügge, Belgien 25–27 september 2017**.

ERUS-EAUN Robotic Urology Nursing Meeting riktar sig till både erfarna och nyutexaminerade operationssjuksköterskor eller har tankar på att börja assistera som RNFA och till de som är intresserade av att arbeta i ett multidisciplinärt robotkirurgiskt team inom urologi.

Som medlem i RSU och därmed EAUN registrerar du dig för en lägre avgift och kan välja mellan 1 eller 3 dagarsregistrering.

Nytt för i år är möjligheten att anmäla sig till de hands-on kurser EAUN erbjuder tillsammans med expert tränare inom da Vinci robotsystem, simulatorträning och kommunikationsövningar i högriskmiljö som på en operationssal.
Du hittar mer information på **erus2017.uroweb.org**.

Vi ses i Brügge!

LINDA SÖDERKVIST
Styrelsemedlem, EAUN

HUS

4th Nordic course on Reconstruction of the Urinary Tract after Radical Cystectomy 22.11 – 23.11.2017

Venue:
Peijas Hospital, Helsinki University Hospital

Organizers:
Department of Urology, Helsinki University Hospital in co-operation with NUF working groups.

Preliminary program:
Both course days start at 8.30.
Days include Live surgery with interposed Lectures on urothelial cancer and reconstructive urology.
Course dinner on Wednesday evening.

Final program and further information will be published on the website of the course (www.hus.fi/nuf) 18.5. Registration is opened in the web at the same time. Accommodation can be booked through a link in the website. Return transportation from the hotel to Peijas Hospital is complimentary.

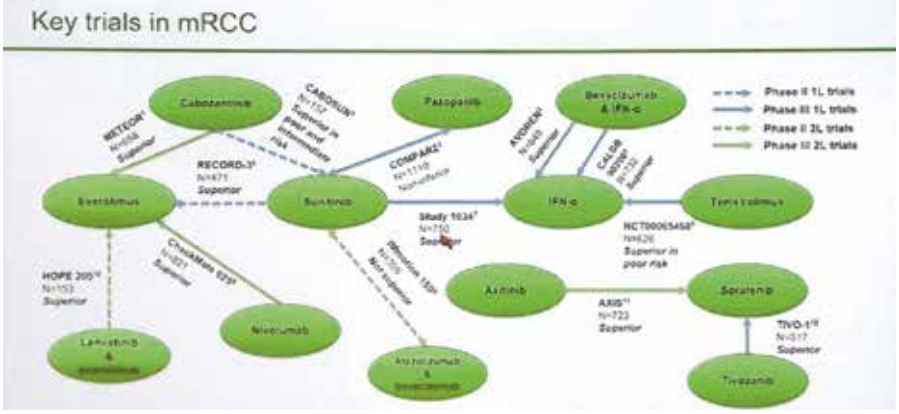
On behalf of the organizing committee:
Jukka Sairanen, course manager
Pauliina Vatanen, course coordinator (pauliina.vatanen@hus.fi)

International Kidney Cancer Symposium i München 21-22 april

Vi hade förmånen att få åka till njurcancerkonferensen i München. Pengar söktes och erhölls från en fond som finns på Sahlgrenska Universitetssjukhuset för kongressavgift, resa och logi. Efter en halv dag på jobbet lämnade vi ett gråkallt Göteborg och flög till München via Frankfurt. Vår förhoppning var att möta våren. Tyvärr möttes vi av samma väder som när vi lämnade Göteborg.

Vi anslöt till ett sällskap med läkare från Stockholm, Göteborg och Örebro på Hofbräuhaus vilket är en av Münchens stora turistattraktioner. Där var det traditionell tysk underhållning, mat och öl.

Kongressen startade nästkommande morgon. Det var en lång dag med många intressanta föreläsningar. Mycket kretsade kring alla nya onkologiska behandlingar för njurcancer. Man redovisade många pågående studier i fas 1, 2 och 3 från skilda delar av världen. I dagsläget pratar man mycket om olika kombinationsbehandlingar. Det har skett en explosionsartad utveckling på området. Ett annat stort område är biomarkörer. Man försöker hitta sätt att skräddarsy behandlingar.



Studier inom metastaserad njurcancer.

På kvällen var vi ett större sällskap som gick ut och åt en härlig middag på Rathauskeller. Vi utbytte erfarenheter från våra olika arbetsplatser och umgicks innan vi stupade i säng efter en lång dag.

Lördagens föreläsningar började kl. 8:00 och mycket gick i samma spår som dagen innan. Vi hade hoppats på lite mer kirurgisk inriktning men anser ändå att vi fick stor behållning av föreläsningarna. I patientarbetet är det väldigt bra att vara uppdaterad vad gäller de onkologiska behandlingarna. Framförallt då en del patienter progredierar i sin sjukdom och kommer att behöva onkologisk behandling.

Resan var givande och vi hade trevligt tillsammans med kollegor från övriga Sverige.

EVA LUNDGREN
MIA BERGQVIST
Urologmottagningen, SU/Sahlgrenska

Eva och Mia vid entrén till kongressen.

Rådhuset i München.

Mia i gamla stan i centrala München.

Annons

Hospitalvisit på Guy's Hospital i London

Den 24:e mars flög vi till EAUN's möte i London som representanter för RSU. Vid varje möte brukar EAUN erbjuda en "hospitalvisit". Platserna är få men denna gång lyckades vi komma med. Det var med stor förväntan som vi tog tunnelbanan till London Bridge Station. Sjukhuset låg alldeles nära stationen och vi var i god tid så vi hann med en kort promenad till London Bridge där vi fick utsikt över Themsen, Tower of London och Tower Bridge.

Klockan 13:00 var det samling i entrén på Guy's Hospital. En sjuksköterska kom och hämtade oss och sedan bar det av i vindlande korridorer upp till urologsektionen och ett konferensrum.

Fem sjuksköterskor, med olika roller, berättade under cirka två timmar om sitt arbete på Guy's hospital. Sjukhuset ingår tillsammans med St Thomas hospital i samma NHS Trust.

Louisa Fleure

Louise Fleure, som presenterade sig som "Lead Urology Clinical Nurse Specialist", inledde med att berätta om Guy's och St Thomas historia. St Thomas Hospital grundades på 1100-talet medan Guy's Hospital grundades 1721. Till en början var Guy's hospital ett sjukhus som fick ta emot de "obotbara" som hade skrivits ut från St Thomas. Idag har båda dessa sjukhus 1.240 sängplatser och cirka 13.500 anställda.

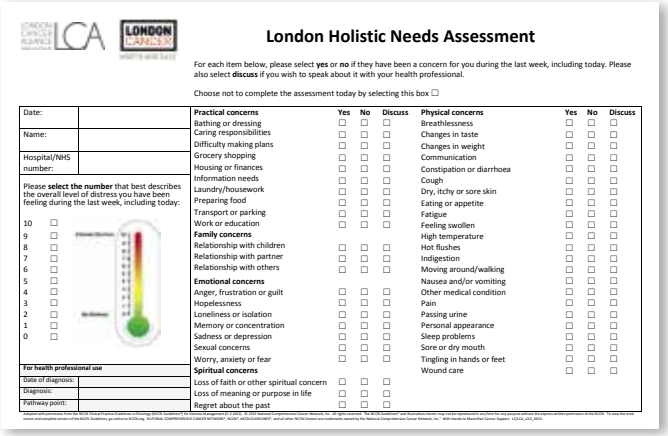
Världens första sjuksköterskeskola låg vid St Thomas hospital och grundades av Florence Nightingale. Det var hit Emily Carolina Rappe kom 1866 för att utbilda sig till sjuksköterska och ta med sig kunskap och vikten av utbildning för sjuksköterskor till Sverige. Det var således hon som förde utbildningen till Sverige.

Vi var alltså på väldigt historisk mark för sjuksköterskor!

Louisa fortsatte med att berätta hur Urologkliniken var uppbyggd och vilken roll hon hade som Clinical Nurse Specialist (CNS). Louisa jobbade med prostatacancerpatienter, framförallt metastaserad prostatacancer. Andra CNS arbetade med lokaliserad prostatacancer. Det är alltid svårt att jämföra med våra svenska förhållanden men Louisa arbetar som vi kontaktsjuksköterskor gör med det tillägg att hon utför fysiska undersökningar och ställer diagnos (ex ger PAD-besked). Hon tar beslut om behandling men även om en behandling skall fortsätta eller ej. Förskrivning av mediciner ingår också i rollen liksom TRUL, biopsi och remittering av patienter till andra specialister om så behövs.

Louisa såg många fördelar med sjuksköterskeledda mottagningar. CNS är experter på sitt område. Vissa tillstånd hanteras

Louisa Fleure pekar ut på kartan hur centralt både Guy's och St Thomas ligger.



London Holistic Needs Assessment

For each item below, please select **yes** or **no** if they have been a concern for you during the last week, including today. Please also select **discuss** if you wish to speak about it with your health professional.

Choose not to complete the assessment today by selecting this box ☐

Date:	
Name:	
Hospital/NHS number:	

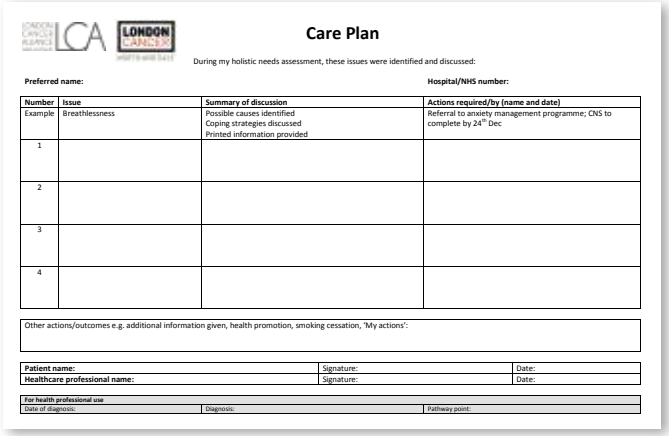
Please **select the number** that best describes the overall level of distress you have been feeling during the last week, including today:

10 ☐
9 ☐
8 ☐
7 ☐
6 ☐
5 ☐
4 ☐
3 ☐
2 ☐
1 ☐
0 ☐

For health professional use	
Date of diagnosis:	
Diagnosis:	
Pathway point:	

Practical concerns	Yes	No	Discuss
Bathing or dressing	☐	☐	☐
Caring responsibilities	☐	☐	☐
Difficulty making plans	☐	☐	☐
Grocery shopping	☐	☐	☐
Housing or finances	☐	☐	☐
Information needs	☐	☐	☐
Laundry/housework	☐	☐	☐
Preparing food	☐	☐	☐
Transport or parking	☐	☐	☐
Work or education	☐	☐	☐
Family concerns			
Relationship with children	☐	☐	☐
Relationship with partner	☐	☐	☐
Relationship with others	☐	☐	☐
Emotional concerns			
Anger, frustration or guilt	☐	☐	☐
Hopelessness	☐	☐	☐
Loneliness or isolation	☐	☐	☐
Memory or concentration	☐	☐	☐
Sadness or depression	☐	☐	☐
Sexual concerns	☐	☐	☐
Worry, anxiety or fear	☐	☐	☐
Spiritual concerns			
Loss of faith or other spiritual concern	☐	☐	☐
Loss of meaning or purpose in life	☐	☐	☐
Regret about the past	☐	☐	☐

Physical concerns	Yes	No	Discuss
Breathlessness	☐	☐	☐
Changes in taste	☐	☐	☐
Changes in weight	☐	☐	☐
Communication	☐	☐	☐
Constipation or diarrhoea	☐	☐	☐
Cough	☐	☐	☐
Dry, itchy or sore skin	☐	☐	☐
Eating or appetite	☐	☐	☐
Fatigue	☐	☐	☐
Feeling swollen	☐	☐	☐
High temperature	☐	☐	☐
Hot flushes	☐	☐	☐
Indigestion	☐	☐	☐
Moving around/walking	☐	☐	☐
Nausea and/or vomiting	☐	☐	☐
Other medical condition	☐	☐	☐
Pain	☐	☐	☐
Passing urine	☐	☐	☐
Personal appearance	☐	☐	☐
Sleep problems	☐	☐	☐
Sore or dry mouth	☐	☐	☐
Tingling in hands or feet	☐	☐	☐
Wound care	☐	☐	☐



Care Plan

During my holistic needs assessment, these issues were identified and discussed:

Preferred name: **Hospital/NHS number:**

Number	Issue	Summary of discussion	Actions required/by (name and date)
Example	Breathlessness	Possible causes identified Coping strategies discussed Printed information provided	Referral to anxiety management programme; CNS to complete by 24th Dec
1			
2			
3			
4			

Other actions/outcomes e.g. additional information given, health promotion, smoking cessation, 'My actions':

Patient name:	Signature:	Date:
Healthcare professional name:	Signature:	Date:

For health professional use		
Date of diagnosis:	Diagnosis:	Pathway point:

Bild 1: Holistic Needs Assessment

bättre från ett sjuksköterskeperspektiv med en helhetssyn på patienten och goda kunskaper i kommunikation. En viktig fördel är givetvis att det sparar tid för läkaren vilket gör att resurserna kan utnyttjas mer effektivt.

Louisa berättade också om det stora arbete de gör med överlevarna dvs. de som lever med eller efter cancer. De använder sig mycket av ett verktyg som kallas Holistic Needs Assessment (se bild nr 1) för att screena vilka behov patienterna har. De ordnar

Elisabeth Gunnarsson Blomqvist utanför Guy's hospital.

även gruppmöten ”seminarier” som patienterna är välkomna att delta i och de brukar vara väldigt välbesökta. Innan behandling erbjuds patienterna ett ”pre treatment seminar” beroende vilken behandling de skall genomgå. RALP seminarierna hålls varannan vecka medan Brachy och strålbehandlings seminarierna hålls 1 ggr/månad. Aktiv monitorerings seminarier hålls var tredje månad.

Efter behandling erbjuds ”post treatment seminars” i form av ED och inkontinens seminarium för RALP patienter. De har även ett allmänt ”post treatment seminar” där frågor som är vanliga efter behandling tas upp, liksom kost och motion, ED och kontinens.

Patienter i Aktiv surveillance har ett eget seminarium där olika behandlingar diskuteras, vilka risker som finns med prostatacancer samt de metoder man använder för att hålla ett öga på sjukdomen (biopsier och MR).

Slutligen så fanns det även ett seminarium inför utskrivning från kliniken, när det var dags att fortsätta med kontrollerna hos husläkaren.

De hade väldigt fina utvärderingar att visa där 97–99% av patienterna var nöjda med seminarierna i grupp. Bara 1.4% av patienterna hade föredragit individuella möten.

Kathryn Chatterton

Kathryn Chatterton presenterade sig som ”Enhanced Recovery Bladder Cancer CNS”. Hon arbetar med flexibel cystoskopi, intravesikal kemoterapi, stödjande arbete kring den cystectomerade patientens återhämtning och stödgrupper för blåscancer patienter.

Kathryn beskrev sin väg till att bli självständig cystoskopist. Förutom teori och studier av guidelines hade hon varit med vid 10 cystoskopier innan hon själv, under handledning, genomfört minst 50 cystoskopier. Sedan gick hon vidare med 30 självständiga cystoskopier som filmades och sedan utvärderades tillsammans med handledaren. För varje patient använde hon sig av ett rapportblad för att inte missa något och få struktur. Hon hade

Kathryn Chatterton i förgrunden med Geraint Jones till höger.

utvärderat sitt arbete och även här var patienterna mycket nöjda med att ha träffat en sjuksköterska.

På den s.k. ”Chemotherapy clinic” hade de cirka 30 patienter/vecka. Där gavs BCG och Mitomycin men även en kombination av både BCG och Mitomycin.

Arbetet kring den cystectomerade patienten innbär många olika delar. Dels har de en multidiciplinär konferens där CNS, sjukgymnast, dietist och stomiteamet ingår. Om jag förstod det hela rätt så var detta redan innan hemgång. Innan hemgång ser Kathryn även till att patienten har de telefonnummer som behövs och att de kan hantera stomi eller sin ortotopa blåsa. En till två veckor efter hemgång kallas patienten åter för stomikontroll samt svar på PAD. Uretärstentar och agraffer tas bort under antibiotikaskydd.

En gång per månad träffas blåscancergruppen (Bladder Cancer Patient group) där patienterna får träffa andra i samma situation samt sjuksköterskor specialiserade på området.

Geraint Jones

Geraint Jones presenterade sig som ”Advanced Nurse Practitioner”(ANP) och berättade om sin roll på vårdavdelningen. Geraint inledde med att berätta vad en ANP gör på avdelningen. I ANP’s arbete ingår att ta emot patienter med odiagnostiserade problem och göra en utvärdering av deras hälso-behov, genom att använda sig av sjuksköterskans kunskap och skicklighet men också genom att använda sig av fysiologiska undersökningar. ANP kan beställa nödvändiga undersökningar och ordinera behandlingar, dels självständigt men även som del i ett team eller att remittera till andra instanser. De har auktoritet att skriva ut eller skriva in patienter men också att överföra patienter till andra enheter om det är passande. ANP screenar patienter för att tidigt upptäcka riskfaktorer eller tidiga tecken på sjukdom. Tillsammans med patienten arbetar de fram en hälsoplan med tyngdpunkt på utbildning och förebyggande åtgärder. En viktig roll är att vara ledare och konsult för övriga sjuksköterskor på avdelningen.

Just nu fanns det fyra stycken ANP på två vårdavdelningar.

Geraint avslutade med att poängtera att ANP kan vara en viktig länk mellan läkare och sjuksköterskor. Han menade att med sin kunskap och kännedom om sjukhuset kan ANP vara en kommunikations- och informationskälla för all personal, oberoende av grad. En risk med ANP på vårdavdelningen kan vara att övriga sjuksköterskor inte arbetar lika hårt för att ta egna initiativ eller utveckla sina egna färdigheter.

Francesca Matthews

Franscesca Matthews presenterade sig som ”Surgical Care Practitioner”. Detta var en helt ny roll på Guy’s hospital. Franscesca har läst en tvåårig master och nu när hon är klar arbetar hon med att assistera kirurgen i roboten. Hon kan även göra mindre operationer på egen hand som tex fimosis och hydrocelen. Hon berättade att den nya rollen är speciell då hon fortfarande är sjuksköterska men gör en underläkares arbete. Till och med hennes chef var dåligt insatt i hennes exakta arbetsuppgifter men var nöjd så länge hon fick goda vitsord från övrig personal.

Francesca Matthews.

Fee Cahill.

På en vägg i Guy's Cancer fanns detta träd. Där kunde patienter eller anhöriga skriva lappar och fästa på bladen.

Fee Cahill

Till sist presenterade Fee Cahill sitt arbete som "Academic Research Nurse". Hon arbetar med studier, på samma sätt som våra forskningssjuksköterskor gör i Sverige.

Rundvandring på sjukhuset

De brittiska sjuksköterskorna har en längre "karriärstege" än vad vi har här i Sverige och man ser på färgen på deras klänningar hur långt de kommit i sin karriär. När vi vandrade runt på sjukhuset med CSN märktes det att de är högt respekterade av alla vi mötte i korridorerna.

Vi var och tittade på urologmottagningen där det var annorlunda än vad vi är vana vid här i Sverige. Urologläkaren hämtade patienten i dagrummet, tog anamnes och fattade beslut om vilka undersökningar som behövde göras. Därefter tog sjuksköterskan över och gjorde de ordinerade undersökningarna, som cystoskopi och TRUL biopsi. Om patienten behövde opereras visades de raka vägen in till operationskoordinatorn som gav dem en operationstid och sedan gick de vidare till preopcenter.

Vi fick även besöka operationsavdelningen - med civila kläder och skor - och stolt visades da Vinci-roboten.

På Guy's hospital finns ett nybyggt cancercentrum. Här är patienten verkligen i centrum. Som patient kom man oftast hit på remiss från primärvården. Man kunde få undersökning, CT-undersökning, provtagning, svar på prov och ibland även behandling på en och samma dag. Här fanns kuratorer, psykologer, sjukgymnaster, sjuksköterskor, läkare och all annan nödvändig personal. Vid entrén fanns ett café och här kändes det inte konstigt att vara "en skallig cancerpatient" för här var alla i samma situation. Det fanns ett modernt gym och ett träningsrum där man kunde få ett personligt träningsprogram utfärdat efter individens förmåga men man kunde även få massage och avslappning.

På en av våningarna har man byggt en stor terrass med mycket grönska och många bänkar att vila på. Här ute kunde patienter träffa läkaren på sitt besök om så önskades. Enda nackdelen med den terrassen var att det låg en pub precis nedanför.

Sammanfattningsvis kan vi säga att besöket på Guy's hospital var mycket givande och åker ni på EAUN i Köpenhamn 2018 kan vi varmt rekommendera att satsa på hospitalvisit!

ELISABETH GUNNARSSON BLOMQVIST
RSUs styrelse

MARIE-LOUISE LARSSON
RSUs styrelse

Det vetenskapliga sjuksköterskeprogrammet

Man blir lite lätt förvirrad då man åker på en stor kongress, dels är kongresshallarna otroligt stora, dels är det massor med olika program parallellt och det är svårt att välja vad man skall lyssna på då det mesta är mycket intressant. Vi valde att koncentrera oss på sjuksköterskeprogrammet men det var inte alltid lätt att välja här heller då det sker olika föreläsningar/sessioner samtidigt. Ett tips är att vara förberedd och bestämma sig innan vilka sessioner man vill koncentrera sig på annars blir det lätt att man inte hinner med något av det man egentligen hade tänkt sig.

Excel var ändå ganska lätt att hitta i och det fanns mycket olika mat- och fikamöjligheter, vilket är ganska viktigt när man är på kongress.

En föreläsning handlade om sjuksköterskestöd efter testikelcancer. Sjuksköterskan som föreläste var från London. Där hade man börjat med en sjuksköterskeledd uppföljning av patienter med testikelcancer. Det hade uppmärksammats att patienterna, som ofta är unga och mitt i livet, hade svårt att uttrycka hur de mådde efter att de fått sin diagnos. Dessa patienter blir oftast botade från sin sjukdom men hur mådde de psykiskt? Hur kunde man hjälpa dessa män att komma vidare efter sin sjukdom och behandling?

De startade grupper där man kallade till träffar på kvällarna där man tog upp olika ämnen och hade tid för diskussioner. Det var två träffar per år tre till sex månader efter behandling och ett stort antal patienter deltog.

Det var olika ämnen som diskuterades och det var sjuksköterskorna som stod för agendan. Dessa träffar uppskattades av patienterna. Tyvärr hade sjuksköterskorna inte fått mer resurser, det gjordes på kvällstid och man fick ingen tid för att planera.

I Aarhus i Danmark var man i startgroparna att starta upp en multidisciplinär enhet för alla patienter med cancer inom gyn, colorectal och urologi. Förhoppningen var att denna enhet skulle bestå av de professioner som patienterna hade behov av, urolog, kirurg, onkolog, uroterapeut, stomiterapeut, smärtsköterska, dietist och sexolog. En specialistsjuksköterska skulle följa upp patienterna på enheten och bedöma vilken profession individen hade behov av att träffa och remittera patienten till rätt instans.

En postersession handlade om vad det gjorde för skillnad i hur mycket natriumklorid man spolade in i urinblåsan vid kateterdragning. Man hade gjort en studie på hur mycket längre tid patienten behövde vara på sjukhus om man spolade in 200 ml istället för 300–500 ml. Enligt studien minskade tiden på sjukhus med 40 minuter med de större mängderna natriumklorid.

Marie-Louise och Elisabeth testar 3D-glasögon på mässan.

Till höger: *Elisabeth vid stationen vid ExCel.*

I USA hade man gjort en studie på patienter som utförde RIK, Ren Intermittent Kateterisering. Man ville jämföra om patienterna föredrog hydrofil kateter före kateter som användes flera gånger. Många patienter fick exkluderas då ingen fick äta antibiotika. Man upptäckte under inklusionstiden att så gott som alla patienter som utförde RIK stod på kontinuerlig antibiotikabehandling. Anledningen tros vara att det i USA inte är fritt med hydrofila tappningskatetrar utan det är något man får betala för själv. Återanvändning förordas vilket kan innebära att man återanvänder engångs katetrarna så länge de fungerar, upp till ett år, vilket ju förståeligt ger en och annan urinvägsinfektion. Studien visade att patienterna föredrog de hydrofila katetrarna.

ELISABETH GUNNARSSON BLOMQVIST
RSUs styrelse

MARIE-LOUISE LARSSON
RSUs styrelse

RSU-stipendium: EAUN 25-27 mars i London

Det var ljumma vårvindar och ett blommande London som mötte oss när jag och min tidigare kollega, Jenny Fernström, kom upp från tunnelbanan. Samtidigt märkte man de ökade säkerhetsåtgärderna, då London dagarna innan kongressen skakats av ett terrordåd på årsdagen av attentaten i Bryssel.

Sedan jag tilldelades stipendiet har jag bytt arbetsplats från Sahlgrenskas till Kungsbacka urologimottagning. Jag har gått från att arbeta som forskningssjuksköterska med inriktning på prostatacancer till att arbeta på ett litet sjukhus där jag möter alla diagnosgrupper inom urologin.

Ett försök till att piffa till en annars tråkig stadsmiljö i London. Marie-Louse Larsson

Föreläsningar

Första föreläsningen på EAU:n handlande om att undersöka och utvärdera huruvida patienter med misstänkt prostatacancer kan träffa en sjuksköterska istället för en urolog vid första besöket. Basingstoke, sjuksköterska från Storbritannien, pratade om risker och fördelar med att ha sjuksköterskemottagningar för dessa patienter. Den specialutbildade sjuksköterskan (CNS), utförde även biopsier och lämnade PAD-besked.

En annan givande föreläsning belyste svåra patientfall utifrån ett omvårdnadsperspektiv. Det var intressant att höra hur sjuksköterskor i andra länder i Europa arbetar och hur det skiljer sig åt jämfört med Sverige. De fall som diskuterades var bland annat patienter som genomgått radikal prostatektomi och drabbats av svåra postoperativa komplikationer.

Jag gick även på EAU-föreläsningar och posterföredrag där tidigare kollegor på Sahlgrenska (Rebecka Godtman, Sigrid Carlsson) pratade om prostatacancer, screening och aktiv monitorering.

Utställning

En annan viktig del under kongressen utgjordes av utställningen där det visades nya och etablerade läkemedel samt medicintekniska produkter. Säljare från hela världen visade de senaste katetrarna, bladderscans och robotar m.m.

Det blev några mycket givande dagar i London med mestadels föreläsningar. Vi hann även med några sevärdheter. Jag vill tacka för att jag fått möjlighet att delta på denna kongress. Min ambition är att dela med mig av mina nya erfarenheter till mina nya kollegor.

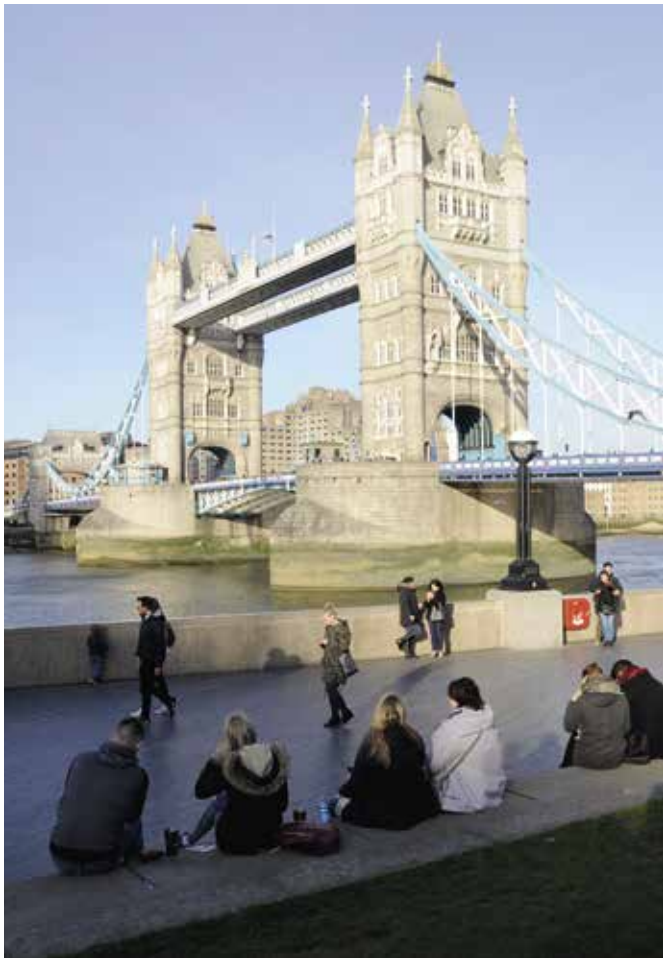
ELIN ENGSTRAND
Sjuksköterska
Urologimottagningen Kungsbacka

Annons

Annons

RSU-stipendium: EAUN London mars 2017

Jag, tillsammans med min kollega Helena Thulin från Karolinska Universitetssjukhuset, har författat en helt ny nationell riktlinje om vård och behandling vid makroskopisk hematuri vilken publicerades i Vårdhandboken i oktober 2016. Jag ville åka till EAUN för att sprida budskapet om denna riktlinje och samtidigt inhämta åsikter och synpunkter från våra europeiska kollegor kring detta ämne. Målet är att riktlinjen ska kunna översättas till engelska och användas som en europeisk guideline runt om i Europa för att säkerställa att patienten får bästa möjliga vård i detta ämne. För att möjliggöra denna resa sökte jag stipendie hos RSU tillsammans med att jag skickade in ett abstract till kommittén.



Tower Bridge. *Foto: Marie-Louise Larsson*

Abstractet refuserades men ett par veckor innan kongressen fick jag det glädjande erbjudande att inkludera en poster kring ämnet under ”unmoderate posters”.

Sjuksköterskornas program sträckte sig från lördag morgon till och med måndag eftermiddag med möjligheten att besöka Guys Hospital alternativt St Bartholomew’s hospital i centrala London. I programpunkterna ingick det poster sessioner och diverse föreläsningar inom omvårdnadsområdena kring cystektomi, urininkontinens, urinvägsinfektioner kopplat till intermittent kateterisering, blåsfyllnad i samband med resturinmätning. Föreläsarna och posterutställarna representerade inte bara de europeiska länderna utan även länder såsom USA, Kanada och Hongkong. Den ”unmoderate postersessionen” på söndagen blev tyvärr en blek föreställning då lokalen var placerad längst bort i kongresshallen och med liten genomströmning av folk. De få personer som fanns på plats var dock intresserade och entusiastiska över möjligheten att arbeta utefter riktlinjer för makroskopisk hematuri.

Min bedömning av kongressen

Det var med stor förväntan jag åkte iväg med mina kollegor från Södersjukhuset till London och det var med besvikelse jag lämnade kongressen. Jag hade hoppats på ett mer sammansvetsat program mellan urologer och sjuksköterskor där innehållet byggde på teamwork mellan urologer och sjuksköterskor både ur forskningssynpunkt men också ur en klinisk synvinkel. Min tolkning är att vi fortfarande saknar helhetsbilden i tvärprofessionellt arbeta mer i processer för att höja patientens kvalité i vården.

Det som var mest värdefullt under denna kongressen var chansen att få nätverka med andra nationella och internationella kollegor samt utställare för att höra om vad som är på gång. Dessutom var London helt underbart med strålande sol, utslagna magnolior och vårblommor. Stort tack RSU för att jag fick möjligheten att åka på denna kongress.

NINA HAGEMAN
Sjuksköterska
Södersjukhuset

The Urowalk

På söndagkvällen klockan 19:00 hade vi anmält oss till en guidad tur som EAUN ordnat. Vi åkte från hotellet i Earls court i god tid innan samlingen vid London Eye. Tur var väl det för vi lyckades med bedriften att gå på fel tunnelbanetåg. Vi insåg inte det förren vi var i Paddington!!! Snabbt fick vi hoppat av District Line och kastat oss på Bakerloo Line som kunde ta oss hela vägen till Waterloo. Vi kom fram till London Eye en minut innan 19 med andan i halsen!

Vår guide Viviann tog oss med på vandring genom ett skymmande London. Vi passerade St Thomas Hospital som vi hört så mycket om på vår Hospitalvisit.

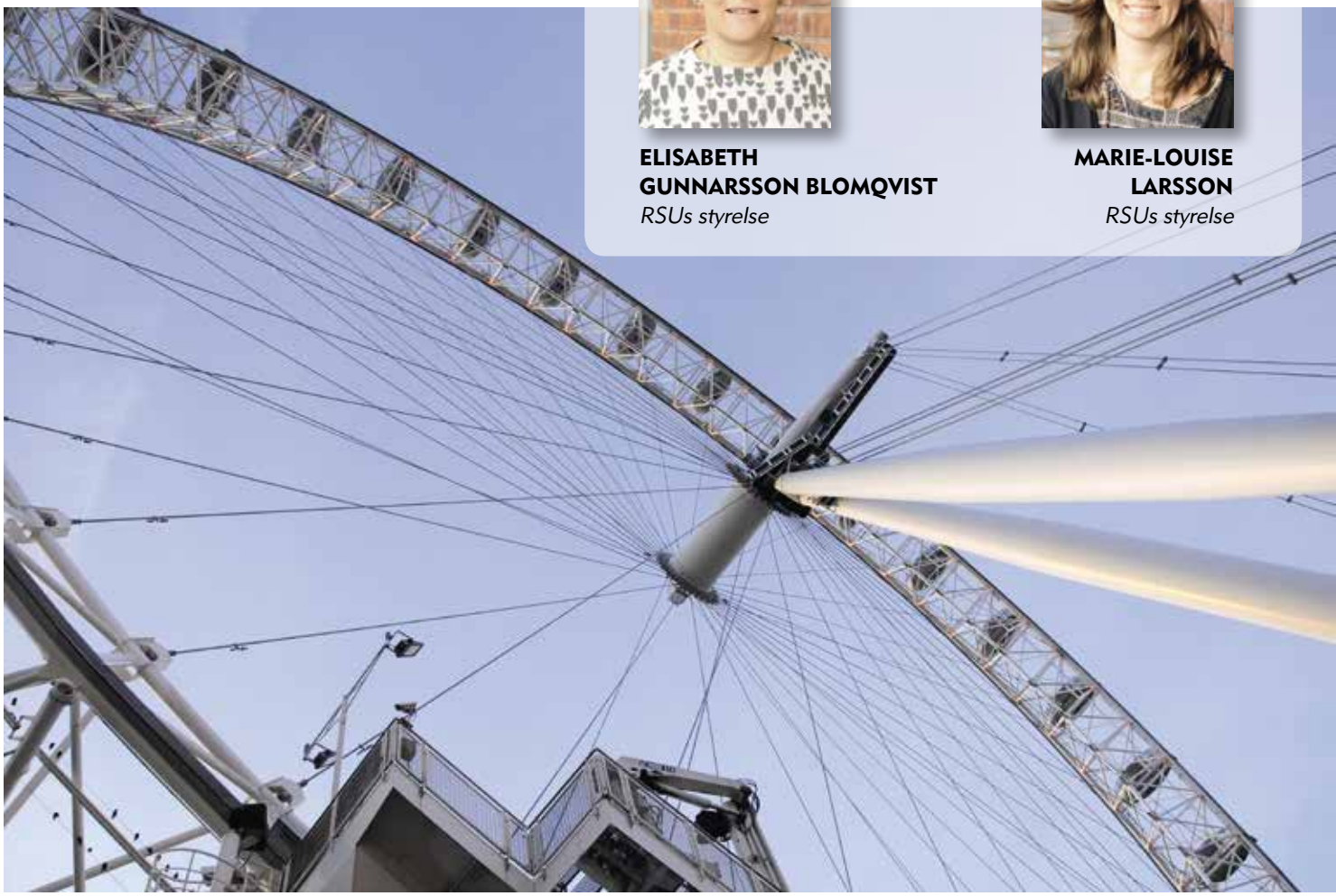
När vi passerade Westminster Bridge kunde vi inte annat än tänka på det fasansfulla som utspelat sig där några dagar tidigare. Blommor satt instuckna i väggen både på bron och runt Houses of Parliament.

Vi fortsatte ner till Westminster Abbey. Big Ben fotograferades både i motljus och kvällsljus! Vivian berättade om historiska händelser och statyer på vägen. Vi kom till Trafalgar Square och Viviann pekade ut Londons mittpunkt. Det är härifrån alla avstånd mäts.

Till sist gick vi genom "Teaterlandet" innan vi kom fram till nattklubben Tiger Tiger mitt emellan Picadilly och Leicester Square där vi skulle delta i Nurses Dinner. Tyvärr motsvarade det inte våra förväntningar. Vi placerades i olika rum och vissa av oss fick inte ens plats i de avsatta rummen. Tur att vi hann nätverka lite under "Urowalken". Efter att vi fått mat drog vi oss tillbaka och försökte ta igen den förlorade timmen då det blev sommartid!

ELISABETH GUNNARSSON BLOMQVIST
RSUs styrelse

MARIE-LOUISE LARSSON
RSUs styrelse



London Eye.

Alla foto: Marie-Louise Larsson

St Thomas Hospital.

Vivianne, vår guide, utanför Westminster Abbey.

Blommor instuckna i väggen efter attentatet på Westminster Bridge tidigare i veckan.

Big Ben i kvällsljuset.

Annons

Foto: *Gunilla Tibbelin*

UTF-KONGRESSEN 2017

Malmö 10–12 maj

Skånsk snålblåst och duggregn mötte Nordens uroterapeuter när vi kom till Malmö och trots att vi skrev den 10 maj var det kallt om fingrarna utan vantar. Men vad gjorde väl det. Vi var ändå upptagna inomhus på Skånes universitetssjukhus. UTF firade 30 år och ur(o)mödrarna och de eviga ungdomarna Anna-Lena och Birgitta inledde kongressen med att berätta om hur det hela började. De träffades på en kurs på Göteborgs universitet och för att lära sig mer om RIK for de på en månads studieresa till USA. Väl hemma igen ville många komma på studiebesök och då föddes tanken på att anordna en kurs och så var uroterapin född. Resten

Foto: *Gunilla Tibbelin*

Foto: *Gunilla Tibbelin*

är historia. Till dags dato har 575 uroterapeuter utbildats vid Göteborgs universitet och nu finns utbildning i uroterapi även i Bergen och Bremen.

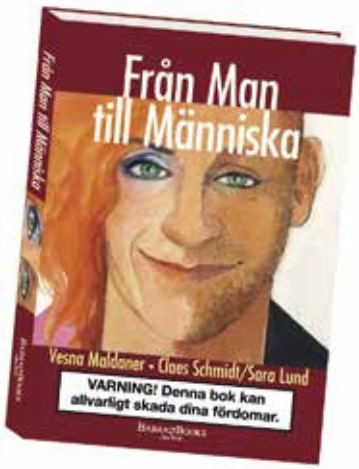
Kort om kongressen

Malmös uroterapeuter hade satt samman ett intressant och omväxlande program. Vi bjöds på föreläsningar i sexologi, bäckenbottensmärtor hos män, alternativa behandlingar vid UVI, övertänjd urinblåsa, KBT vid inkontinens och miktionsmönster hos unga friska kvinnor. Vi fick en inblick i aktuell forskning om tarmflorans koppling till olika sjukdomar och Ida Björkman från Göteborg satte genuspersperspektiv på tarmsjukdomar. Ett delvis parallellt program för barnuroterapeuterna innehöll bl a föreläsningar om enures och ADHD och blåsfunktion hos njurtransplanterade barn.

Blir ni nyfikna? Då ska ni gå in på hemsidan där abstracten från årets kongress kommer att läggas ut. I nästa nummer av den här tidningen kan ni läsa referat av några av föreläsningarna.

Demensboendet Hattstugan

”Kan man boka plats?” var frågan Jane Lindell Ljunggren fick när hon berättade om demensboendet Hattstugan på Gotland. Alla blev varma om hjärtat när hon visade bilder från ett litet idylliskt boende där de gamla får fortsätta att vara de personer de var som friska. Hon konstaterade att alla har rätt att få gå på toa, en självklar sak kan det tyckas, men vi vet ju att det inte ser ut så överallt i äldrevården. På Hattstugan har man en liten förbrukning av inkontinensskydd, tarmreglerade medel och lugnande läkemedel. Finns det äldrevård som den som bedrivs på Hattstugan så finns det hopp!



Föreläsning av Clas Schmit/Sara Lund

Under rubriken ”Från man till människa” höll Clas Schmit/Sara Lund en rolig och tänkvärd föreläsning där underrubriken varnade för att föreläsningen ”allvarligt kan skada dina fördomar”. Mycket klokskap och många skratt fick vi oss till livs när han berättade om sitt liv där han växlar mellan sin manliga och kvinnliga identitet.

Foto: *Gunilla Tibbelin*

Foto: *Gunilla Tibbelin*

Foto: *Karin Ärlemyr*

Foto: *Gunilla Tibbelin*

Behövlig paus

Malmöfysioterapeuterna ledde den obligatoriska pausgympan och fick alla på benen. Vi var lite ringrostiga i början men snart dansade vi Fågeldansen som om vi aldrig hade gjort något annat

Mingel

Som alltid på UTF-kongresser roade vi oss efter bästa förmåga på kvällarna. Malmö stad bjöd på get together mingel med buffé i anrika Malmö rådhus där borgmästaren med fru tog emot. Anna-Lena uppvaktades med blommor då hon jubilerat.

Galamiddag och stipendieutdelning

Galamiddagen intogs på restaurang Glasklart. Där delade UTF och företagen ut stipendier för fortbildning till 25 uroterapeuter. Efter maten underhölls vi med musik och quiz och de kvällspigga dansade till klockan slog midnatt.

Stort tack till Malmö för en välordnad kongress med lärorika och trevliga dagar!

KARIN ÄRLEMYR

Foto: *Gunilla Tibbelin*

Årets mottagare av
Maud & Birger Gustavssons Stiftelser

Det är med glädje vi har kunnat tilldela Pernilla Sundqvist, Urologiska Kliniken, Universitetssjukhuset Örebro det sökta medlet för "Tumörassocierade makrofager (TAMs) som prognostiska markörer vid njursjukdom" med 53.750 kronor.

CHRISTRE EK OCH LARS BARVAEUS

Inskickat ansökningsbrev för Urologisk kirurgi

Njurcancer är den mest dödliga av urologins cancersjukdomar, samtidigt som en hel del njurcancrar upptäcks i tidigt skede och kan botas. Det finns en forskningsplan (bifogad stipendieansökan) avseende en större grupp njurcancerpatienter där vi tittar på makrofager i tumörvävnaden.

Vi förväntar oss att se en förekomst av både M1 och M2 makrofager hos individer med njurcancer men att individer med en sämre prognos har en högre andel M2 makrofager i sin njurvävnad.

Med denna studie vill vi studera om identifiering av tumörassocierade makrofager (TAMs) av fenotyp M1 och M2 kan användas som prognostiska markörer vid njurcancer, vilket har betydelse för att vi i framtiden kan ge ett bättre underlag för prognos och därmed för val av rätt uppföljning och behandling av patienter med njurancer.

Vid Urologiska Kliniken på Universitetssjukhuset i Örebro har vi en aktiv forskningsverksamhet med bred klinisk och preklinisk forskning. På så sätt kan vi försörja behovt av både urologer och forskare inom området även i framtiden. Även detta projekt kommer att utföras rent praktiskt av blivande doktorand och urolog Anja Hadzic.

PERNILLA SUNDQVIST
Urolog, överläkare, Med Dr
Urologiska Kliniken
Universitetssjukhuset Örebro

Urolithiasis guide
– nu i en uppdaterad version

Sedan januari 2017 finns Urolithiasis guide på svenska och en engelsk version beräknas komma under augusti månad i år.

Guiden finns sedan tidigare på danska, norska och finska.

Hemsidan är även anpassad för plattformar som smartphone och iPad.

www.urolithiasisguide.com

Materialet på denna sida kommer från en ny broschyr som är reviderad av styrelsen och utbildningsutskottet i UTF 2017

UTF
UROTERAPEUTISK FÖRENING

Uroterapeut - en viktig resurs i vården

www.utfnordic.org

UroTerapeutisk Förening – UTF

UTF är en nordisk förening som bildades 1987. Föreningen bedriver fortbildning samt främjar forskning och utveckling inom uroterapi.

Utbildning till uroterapeut (40 hp) startade vid Göteborgs Universitet, Sverige och finns även vid Högskolan i Bergen, Norge samt vid Klinikum Links der Weser i Bremen, Tyskland.

Uroterapeuten…

- har grundutbildning och legitimation som sjuksköterska/barnmorska, sjukgymnast/fysioterapeut eller läkare
- utreder och behandlar blås- och tarmdysfunktion, det vill säga problem med läckage, trängningar och/eller tömning, oavsett ålder och kön
- arbetar självständigt och i samarbete med andra specialister
- skapar förståelse för sammanhang mellan orsak och symtom och kartlägger blås-, tarm- och sexualfunktion, tillika patientens egen förmåga och önskemål
- motiverar till och instruerar i egenvård som t.ex. självkateterisering och olika träningsprogram (uroterapeutisk behandling)
- har professionella kunskaper när det gäller utprovning, förskrivning och utvärdering av hjälpmedel inom området för blås- och tarmfunktion
- undervisar och utbildar om blåsans och tarmens funktion och dysfunktion, men även forskning och utveckling ingår ofta i arbetet
- finns på de flesta större sjukhus, men kan också finnas inom primärvård, gerontologi, rehabiliteringskliniker samt privata mottagningar

INFORMATION OM UROTERAPEUTENS ARBETE

Materialet på denna sida kommer från en ny broschyr som är reviderad av styrelsen och utbildningsutskottet i UTF 2017

Termen uroterapi är sammansatt av ”uro” – som kommer från urologi och betyder läran om sjukdomar i urinorganen – och av ”terapi” – som betyder behandling av sjukdom eller skada. En uroterapeut utför alltså uroterapi.

Uroterapins viktigaste mål är att utifrån patientens egna resurser och de krav som det dagliga livet ställer, arbeta för en adekvat blås- och tarmfunktion som innefattar en god blås- och tarmtömning och kontinens utan störande trängningar.

Mål

- Kontinens
- Normaliserad eller förbättrad blås- och tarmfunktion
- Individuellt anpassade hjälpmedel
- Ökad livskvalitet

Exempel på BLÅS-, TARM- och BÄCKENBOTTENDYSFUNKTION

Analinkontinens: Svårighet att viljemässigt kontrollera gas och/eller avföring

Ansträngningsinkontinens: Urinläckage vid t.ex. hosta, lyft, hopp eller löpning

Avföringsinkontinens: Oförmåga att hålla tillbaka tarmtömning helt eller delvis

Blandinkontinens: Urinläckage som orsakas av både ansträngning och trängning

Blåstömningsproblem: Obehag/smärta eller känsla av ofullständig tömning

Enures: Blåstömning under sömn

Funktionell blåsstörning: Störd kontroll av urinblåsfunktion, vanligast hos barn och vid demens

Förstoppning/Obstipation: Hård avföring med glesa tömningar.

Neurogen blåsstörning: Svårighet att tömma urinblåsan och/eller urinläckage p.g.a. nervskada

Smärttillstånd: Smärta i urinblåsa, ändtarm eller bäckenbotten.

Tarmtömningssvårighet: Obehag/smärta eller känsla av ofullständig tarmtömning

Urinretention: Oförmåga att tömma urinblåsan, helt eller delvis

Överaktiv urinblåsa: Täta brådskande trängningar med eller utan urinläckage

Överrinningsinkontinens: Urinläckage vid uttalade svårigheter att tömma blåsan helt eller delvis, d.v.s. blåsan tömmer sig spontant utan förvarning

Exempel på BEHANDLINGAR

Akupunktur: Behandling främst vid överaktiv urinblåsa och/eller smärta

Blåsinstillationer: Införande/instillation av preparat i urinblåsan vid inflammatoriska och smärtsamma tillstånd

Blåsträning och blåsregim: Förbättra blåskontroll och normalisera urinblåsans kapacitet.

Bäckenbottenmuskelträning: Förstärka och förbättra kontroll av muskulatur och nerver i bäckenbotten

Elektrostimulering/Tibialisstimulering: Stimulering av nervimpulser till urinblåsa, tarm och bäckenbottenmuskulatur för att uppnå förbättrad kontroll och funktion

Enureslarm: Hjälpmedel vid behandling av sängvätning för barn och ungdomar

Hjälpmedel: Utprovning och utvärdering av inkontinensskydd, katetrar, erektionshjälpmedel, vaginala stöd och andra förbrukningsartiklar

Rådgivning och undervisning: Genomgång av anatomi, fysiologi och kroppskännedom, kost och vätskeintag, toalettvanor, hygien och hudvård, ergonomi och fysisk aktivitet

Självkateterisering, Ren Intermittent Kateterisering RIK: En metod att tömma urinblåsan när det inte fungerar på vanligt sätt

Tarmregim: Reglering av konsistens och frekvens med kost, vätskeintag, fysisk aktivitet, läkemedel, lavemangsteknik och rutiner

Toaletträning/assistans: Anpassning av toalettvanor, tömningsteknik och rutiner

Återkopplingsträning/Biofeedback: Träning av medvetandet om urinblåsans eller tarmens signaler för att bättre kunna påverka dessa, exempelvis kan särskild biofeedbackapparatur med visuell eller audiell återkoppling användas

Bladder cancer in depth

3rd Course of the European School of Urology Nursing

27-28 October 2017
Amsterdam
the Netherlands

Join us at the 3rd ESUN course in Amsterdam

Are you looking for an update in the field of bladder cancer? Do you appreciate a state-of-the-art lectures and applicable recommendations from Europe's top experts? Are you an experienced practising nurse specialist who treats bladder cancer patients and teaches other health care professionals to treat them?

50 places available

If so, you will most certainly want to join us at the 3rd ESUN Course in **Amsterdam 27-28 October 2017**.
This course combines all the best features of an educational event – interaction, group work, latest updates and established evidence-based recommendations. We have invited renowned experts in the field, from a theoretical and practical point of view, who will train you with the purpose to help you spread the latest insights in the field.

The preliminary programme consist of the following modules:

Module 1 - Principles of treatment of non-muscle invasive bladder cancer
Module 2 - Principles of treatment of muscle-invasive and metastatic bladder cancer
Module 3a - Neoadjuvant chemotherapy & chemoradiotherapy
Module 3b - Immunotherapy
Module 4 - Intravesical therapy
Module 5 - Patient's perspective and unmet needs in bladder cancer
Module 6 - Group work – Part 1
Module 7 - Adherence to treatment
Module 8 - Prevention of bladder cancer
Module 9 - Nursing role from haematuria to cancer
Module 10 - Group work – Part 2

Registration fee for the full course is €100 for EAUN members and €130 for non-EAUN members.

The EAUN covers your hotel arrangement for one night and reimburses your flight or train ticket.

Please send an email to eaun@uroweb.org before 26 June to receive an application form, the application deadline is 30 June 2017. A selection will take place based on experience, work environment and educational background.
An accreditation application in The Netherlands is pending.
For more info please visit eaun.uroweb.org.
We are looking forward to receiving your application!

The Organising Committee:
Willem De Blok (NL)
Bente Thoft Jensen (DK)
Susanne Vahr (DK)

This course is supported with an educational grant from Medac and Bristol-Myers Squibb

European Association of Urology Nurses

Maud & Birger Gustavssons Stiftelser

Medicine hedersdoktorn, direktör Birger Gustavsson och hans hustru Maud bildade under sin levnad två allmännyttiga stiftelser, Maud och Birger Gustavssons Stiftelser nr 1 och 2. Stiftelsernas angelägenheter hanteras av en styrelse bestående av sex ledamöter. Ordföranden jämte två av ledamöterna utses inom den Gustavssonska familjekretsen medan övriga ledamöter utses av styrelsen. Stiftelsernas förmögenhet förvaltas av Erik Penser Bank AB. Överskottet från kapitalförvaltningen delas ut en gång per år, vanligen i mars månad.

Ändamål för stiftelsen:
Forskning och utbildning inom olika områden av medicinen och i första hand inom ämnesområdet urologisk kirurgi

Verksamhet som avser utbildning, forskning och utvecklingsarbete för att förebygga och lindra sjukdom bland barn i utvecklingsländer.

Till ansökan bifogar du följande:
Bil.1 - Forskningsprogram (ska alltid bifogas)
Bil.2 - Budgetplan (ska alltid bifogas)
Bil.3 - Eventuella övriga handlingar

Ansökan skickas till:
Maud & Birger Gustavssons Stiftelser
Box 3272
103 65 Stockholm

Har ni frågor vänder ni er med dessa till:
Christer Ek – difeken@gmail.com eller
Lars Barvaeus – lars.barvaeus@gmail.com

Ansökningar skall ha inkommit före den 31 december året innan.

www.gustavssonstiftelser.se

Annons

Årets Urologisjuksköterska 2017

Se hit alla sjuksköterskor!
Har du en kollega som genom ett stort engagemang och genom sin kompetens, sitt kunnande och agerande bidrar till utveckling av urologisk omvårdnad? RSU ger dig nu möjlighet att nominera någon av dina fantastiska kollegor till utmärkelsen årets sjuksköterska inom urologi 2017.

Kriterier för nomineringen är en sjuksköterska i klinisk verksamhet som kollegorna upplever ha gjort en särskilt värdefull insats i omvårdnaden av patienterna, de närstående eller i klinikens arbete. Du som nominerar och den nominerade ska vara medlemmar i RSU.

Årets sjuksköterska inom urologi får ta emot utmärkelsen och ett stipendium på 5.000 kronor i samband med Urologidagarna i Göteborg 4-6 oktober 2017. Ett reportage om stipendiaten kommer också att presenteras i Svensk Urologi under hösten.

Skicka in ½-1 A4-sida som motivering + foto av den nominerade sjuksköterskan, som också kan publiceras i Svensk Urologi. **Nomineringen vill vi ha senast den 31 augusti 2017.** Du skickar din motivering och kandidatens namn, arbetsplats, e-postadress och telefonnummer till annelie.khatami@vgregion.se.

Vinnaren utses av RSUs styrelse.

Invicorp, godkänt och subventionerat i Sverige, Finland och Danmark!

Invicorp (Fentolaminmesilat/Aviptadil injektionsvätska, lösning) är ett injektionsläkemedel för behandling av erektil dysfunktion (ED)[1]. Preparatet har varit godkänt i Norden, England samt Tyskland sedan maj 2015 och har beviljats subvention sedan dess. I Sverige och Danmark subventioneras Invicorp sedan något år och Finland är det senaste landet där subvention beviljats från och med första maj 2017.

Invicorp innehåller de aktiva substanserna fentolamin och aviptadil som ökar arteriellt inflöde respektive reglerar venöst utflöde i penis och därmed ger god erektion till patienter med svår och medelsvår erektil dysfunktion och som inte svarar på perorala mediciner. Läkemedlet har god effekt och god tolerabilitet[2,3]. kliniska studier visar att cirka 74% av patienterna svarar på behandlingen[2,3]. Penil smärta och obehag, vilket är vanligt förekommande hos injektionsläkemedel som innehåller alprostadil, är sällan förekommande vid behandling med Invicorp[2,3]. Priapism är mycket sällsynt med Invicorp och förekommer enbart vid 5 av 10 000 injektioner[2,3]!

En vanligt förekommande biverkan är flushing (ansiktsrodnad) vilket är en bieffekt av den aktiva substansen aviptadil[2,3]. Invicorp finns i färdigblandade glasampuller och har ett endosförfarande vilket förenklar behandlingen för både patienter och sjukvårdspersonal i och med att man slipper dostitrering.

I Sverige har Landstinget i Stockholms och Västra Götalandsregionen infört Invicorp på listan över rekommenderade läkemedel.

För mer information, vänligen kontakta Saffa Zandian,
Produktchef Evolan Pharma AB, Mobil; +46706711023
Mail; saffa.zandian@evolan.se

Referenser:
1. Produktresumé, maj 2015
2. VP 004, D. Sanhdu et al, 1999
3. VP 005, W.W. Dinsmore et al, 1999

Operationsinstrumenten vid öppen njurkirurgi för 80 år sedan – och nu

För ett par år sedan hittade jag en bok på loppis i Lund. Den hette Berta Kaboth: Lehrbuch der Instrumentenkunde für die Operationspraxis, dvs lärobok i instrumentkunskap för operationsverksamheten. Den var tryckt 1938 och kostade 5 kr. Jag köpte den omedelbart. Boken visar operationsgaller för ett stort antal operationer. Med galler menar man det som dukas upp av operationsinstrument inför olika operationer. Jag har nu gjort en liten jämförelse mellan vad man dukade upp inför en nefrektomi då och nu. Det är förvånansvärt lite som skiljer, både vad avser de instrument man anses behöva och hur de ser ut. Naturligtvis har det hänt mycket inom områden som inte existerade då och som är nästan vardagsmat idag, t.ex. robotkirurgi, men det är en annan historia.

Om man jämför bild 1 från 1938 med bild 3 från idag ser man att utrustningen i princip är detsamma. Saxar, pincetter, hakar, skaftade torkar och kompresser. De skiljer sig en del i utseende men det är allt. Om man tittar på nefrektomigallret från 1938 (bild 2) finns en del utrustning vi inte dukar fram idag, såsom sprutor, sonder och stenfattnings-tänger. Det beror på att man använde samma galler för njurstenskirurgin. Idag opereras nästan inga stenar öppet och därför dukar man inte. Den endoskopiska stenkirurgin har utvecklats enormt under de gångna 80 åren och dessutom har ESVL (extrakor-

Bild 1: *Här är ett laparotomigaller från 1938. Från höger nedtill kommer ett par nålförare modell Hegar, sådana används fortfarande, se bild 3. Därefter kommer ett slags nålförsett instrument, Dechamps, sådana har jag aldrig sett i verkligheten. Sedan en skalpell med fast blad. Därefter ett antal pincetter, saxar och peanger. Peangerna till vänster heter Miculicz, är ganska grova och används idag möjligen av gynekologer som tycker om grova grejor. Sedan kommer 2 skaftade torkar och längst till vänster en samling hakar. I mitten på tvären ligger en skalpell, pincetter och några hakar och peanger, omgivna av ett antal oträdda nålar. Sådana finns inte idag. Uppe till höger och vänster finns dukar i olika storlekar, precis som idag (se bild. 3).*

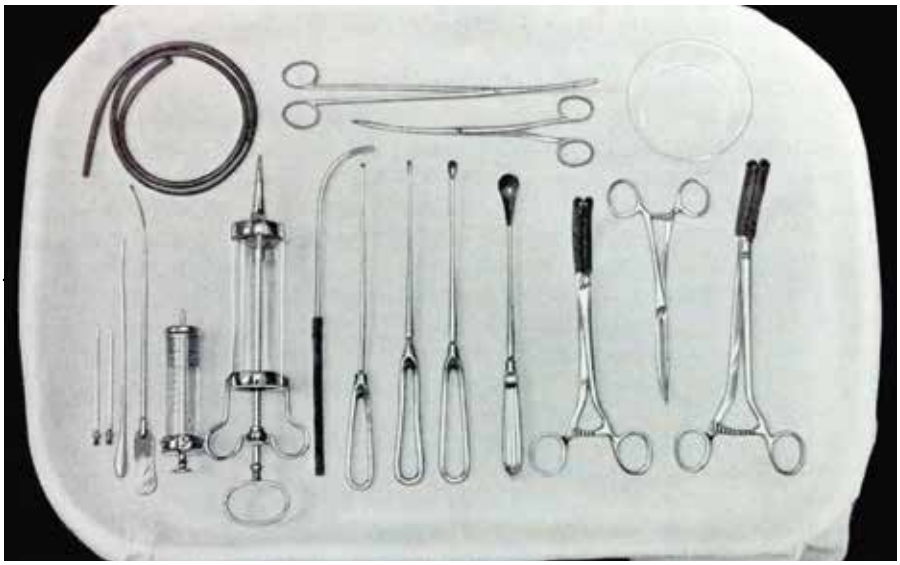


Bild 2: *Här är nefrektomigallret som användes 1938 samtidigt med gallret i bild 1. Det innehåller ett antal sonder, sprutor, stenfattnings-tänger och slevar. Detta berodde på att gallret även användes vid njurstenskirurgi. Finns inte idag, stenar opereras inte öppet. Längst till höger ligger 2 peanger, klädda med gummislang och som sattes över njurkärlen under operationen. De motsvarar de Satinski-klämmor som finns i bild. 4.*

Bild 3: *Här är ett assistentgaller från 2016. Det är det som operationssköterskan har framför sig och plockar ur när man behöver instrument. Om vi nu börjar nere från höger så ligger först en skalpell där engångsknivbladet ännu inte är påsatt. Sedan kommer saxar, pincetter och skaftade torkar. Längst till höger ligger ett antal skålar och ett bäcken (det är i denna vi brukar lägga njuren när den "kommit ut"). Ovanför detta ligger (uppe till vänster) ett antal dukar, precis som 1938. Om man nu går mot höger kommer först 5 korta breda peanger (som vi kallar bönder, vad det nu beror på) och slutligen peanger i olika storlek och grovhetsgrad, de 5 gracila längst till höger kallas backfish. Inte mycket har ändrats sedan 1938!*

poreal shockvågslitortripsi) tillkommit. I Kaboths bok står också hur patienterna lades på operationsbordet för de olika ingreppet. Då var sidoläge standard för en nefrektomi och operationen gjordes extraperitonealt. Idag görs de flesta nefrektomierna transabdominellt och patienten ligger i ryggläge.

Det finns några intressanta skillnader. Om man tittar på bild 1 ser man att det dukades fram ett betydande antal nålar. På den tiden trädde man nålarna, det har helt försvunnit. De togs dessutom tillvara efter operationen och återanvändes. Kaboth skriver att de suturmaterial man använde var catgut, silke, ståltråd, och för gomkirurgi även trådar gjorda av hästhår. Det fanns också andra suturmaterial. Man har berättat för mig att Gösta Jönsson, den första urologiprofessorn i Lund ligerade njurartären med linnetråd så sent som på 1960-talet. Dessa suturmaterial har efterhand försvunnit, jag har dock varit med om både ståltråd, catgut och kromcatgut (som absorberades långsammare och därför höll längre). Idag använder man syntetiska suturmaterial serverade i små kuvert med vidhängande nål.

En annan intressant skillnad är att det inte finns någon diatermiutrustning nämnd överhuvudtaget i Kaboths bok. Idag är det självklart (se bild. 4) att man har tillgång till både bipolär diatermi, för att koagulera kärl, och monopolär diatermi som kan användas både för att skära och koagulera. Monopolär diatermi fanns att tillgå 1938. Det verkar som om denna diatermityp utvecklades i USA under 1920-talet och började användas vid hjärnkirurgi av Harvey Cushing 1926. Den svenske neurokirurgipionjären Herbert Olivecrona skriver i en publikation från 1930 att han var först i Europa och redan hade använt diatermi vid ett 50-tal operationer. Men i Kaboths bok är det omstick-

Bild 4: *Nefrektomigaller från 2016. Bordet står bakom operationssköterskan och här finns de instrument som används mindre frekvent. Uppe till vänster ligger några hakar och sedan, liggande på varandra, 2 stycken kärlpeanger, Satinski. De motsvarar dem som fanns i bild 2. Nere till höger ligger diatermisaxar och bipolära diatermipincetter och uppe till höger deras sterila sladdar. Av denna utrustning fanns inte ett spår 1938. Jag tackar operationssköterskan Marianne Johansson, C-Op. i Malmö, som dukade fram så att jag kunde ta bild 3 och 4.*

ning och ligering som gäller vid blödning. Den bipolära diatermin verkar vara något som kom först under 1950-talet.

Dagens skalpeller har engångsblad. Dåtidens skalpeller återanvändes. När de blev slöa skickades de till omslipning. Kaboth skriver också att man noggrant tog hand om operationshandskarna efter operationen. Man tvättade och autoklaverade dem. Sedan talkades de och återanvändes. Idag är handskarna talkfria eftersom talk kan ge kroniska inflammationer i såret. Dessutom går de direkt i slasken när operationen är klar.

Det som inte fanns framdukat vare sig då eller nu är självhållande hakar. Det fanns sådana redan på 1930-talet och de såg ut som idag. Omnitract-hakar är dock ett senare påfund.

Jag tror inte att man skulle känna sig helt borta om man hamnade i en operationssal från 1938. Däremot skulle en operatör från 1938 behöva en lång inskolningstid inför dagens operationer. Risken är stor att han inte skulle hamna på en ”öppen sal” utan på endoskopisal, en laparoskopisal eller en sal för robotkirurgi. Mycket av det vi gör idag skulle verka som ren science fiction.

BENGT UVELIUS
bengt.uvelius@skane.se

Referenser
- Berta Kaboth: Lehrbuch der Instrumentekunde für die Operationspraxis. 1938
- Herbert Olivecrona: Erfarenheter om elektrokoagulation som tekniskt hjälpmedel inom hjärnkirurgien. Hygiea 1930, sid 417ff.
- Bulsara K, et al. History of bipolar coagulation. Neurosurg. Rev. 29: 93-96, 2006.

SSKR 8:e Nationella kongress

Jag är ledamot i SSKR (Sektionen för Stomiterapeuter och sjuksköterskor inom kolorektal omvårdnad) styrelse och vi arrangerade i år den nationella kongressen 5-6 april, i Göteborg.

Över 200 deltagare från hela landet fick förutom att träffa varandra även ta del av intressanta, lärorika och spännande föreläsningar inom urologisk- och kolorektal omvårdnad. Vi fick bl.a. inspirerande föreläsningar om funktionella besvär efter cancer i lilla bäckenet som påverkar kvinnors sexualitet av Karin Bergmak och Lisen Heden vilket gör en ökad förståelse av vilka problem som vi som stomiterapeuter kan vara uppmärksamma på. Martin Hyleborg berättade på ett medryckande vis om sina erfarenheter från mottagning där fokus är sexuell dysfunktion hos män. Han menade bl.a. att träna potensen är sjukgymnastik – och alla vet ju hur viktigt det är med sjukgymnastik! En annan uppskattad föreläsning var när Helena Thulin, sjuksköterska och ordförande inom RSU, berättade om vardagen hos den cystektomerade patienten. Vi hann också med en intressant föreläsning om stomikomplikationer av Adiela C Marinez och Eva Carlsson.

www.fotolia.se

Dag två stod hälsoekonomi högt på programmet. Något som är viktigt för oss som förskriver mycket hjälpmedel. Mötet avslutades med rapporter från andra länder och andra inspirerande föreläsningar. Sammanfattningsvis hade vi trevliga dagar i Göteborg och reste hem med en känsla av att det var ett lyckat möte.

IOANA FOGHEANU
Ledamot i SSKR
Stomiterapeut
Uro-Stomienheten
Karolinska Universitetssjukhuset

Annons

SUFs & RSUs STYRELSER

SUFs styrelse

AMIR SHERIF
Ordförande
Urologiska kliniken
Universitetssjukhuset Umeå
Mobil: 0705-22 91 04
amir.m.sherif@gmail.com

FIRAS TARISH
Facklig sekreterare
Urologkliniken
Södersjukhuset
118 83 Stockholm
firas.tarish@gmail.com

MARWAN SHAREEF
Ledamot/BUS
Urologkliniken
Västerås sjukhus
marwan.shareef@ltv.se

MAGNUS WIJKSTRÖM
Vice Ordförande
Urologiska kliniken
Södersjukhuset
118 83 Stockholm
magnus.wijkstrom@sodersjukhuset.se

EDVARD LEKÅS
Adjungerad
Facklig sekreterare
Urologiska kliniken
Centrallasarettet,
351 85 Växjö
edvard.lekas@ltkronoberg.se

BO SJÖGREN
Ledamot/SPUF
Specialistmottagningen
Västerås
bo.sjogren@specialistmottagningen.com

HENRIK KJÖLHEDE
Vetenskaplig sekreterare
Kirurgkliniken
Centrallasarettet
351 85 Växjö
henrik@kjolhede.se

KERSTIN ÅSLUND
Ledamot & sammankallande i utbildningsutskottet
Urologiska kliniken
Länssjukhuset
Sundsvall-Härnösand
kerstin.aslund@lvn.se

MARI LINDSTRÖM
Ordförandesekreterare
Medicinsk sekreterare
Urologiska kliniken/
Kirurgcentrum
Norrlands US, Umeå
Tel: 090-785 13 81
mari.lindstrom@vll.se

PERNILLA SUNDQVIST
Skattmästare
Urologiska kliniken
Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro
pernilla.sundqvist@orebroll.se

ANNE SÖRENBY
Ledamot
Urologiska Kliniken
Jan Waldenströms g. 5
Skånes US
214 28 Malmö
anne.sorenby@skane.se

RSUs styrelse

HELENA THULIN
Ordförande
Universitetssjuksköt.
Karolinska US K66-68
141 86 Stockholm
Mobil: 072-571 14 65
helena.thulin@karolinska.se

ELISABETH GUNNARSSON-BLOMQVIST
Ekonomiansvarig
Urologmottagningen
Länssjukhuset Ryhov
551 85 Jönköping
Tel: 036-32 10 00 vx
elisabeth.gunnarsson-blomqvist@rjl.se

MATILDA FAGERBERG
Web-ansvarig
Urologmottagningen
Höglandssjukhuset
575 81 Eksjö
Tel: 0381-33 62 55
matilda.fagerberg@rjl.se

ANNELI KHATAMI
Vice Ordförande
Verksamhet Urologi
Sahlgrenska US
413 45 Göteborg
Tel: 031-342 23 50
annelie.khatami@vgregion.se

LENA KLERFORS
Sekreterare
Urologavdelning 17/30
Sahlgrenska US
413 45 Göteborg
Tel: 031-342 69 12
lena.klerfors@vgregion.se

LOVISA STRÅLÖGA
Suppleant
Urologmottagningen
US, Örebro
701 85 Örebro
lovisa.straloga@regionorebrolan.se

MARIE-LOUISE LARSSON
Redaktör
Urologmottagningen
Sahlgrenska US
413 45 Göteborg
Tel: 031-342 10 00 vx
marie-louise.e.larsson@vgregion.se

KARIN STENZELIUS
Vetenskaplig sekreterare
Urologmottagningen
Skånes US, Malmö
205 02 Malmö
Tel: 040-331000 vx
karin.stenzelius@skane.se

GUN DANIELSSON
Suppleant
Urol. dagvårdsenheten K68
Karolinska US
141 86 Stockholm
Tel: 08-585 877 58
gun.danielsson@karolinska.se

BUS & UTFs STYRELSER

BUS styrelse

MARWAN SHAREEF
Ordförande
Hemsidesansvarig
Urologkliniken
Västerås sjukhus
marwan.shareef@ltv.se

JOHAN RUBENSON
Representant i utbildningsutskottet
Urologkliniken
Sahlgrenska US
Göteborg
johan.rubenson@vgregion.se

ÅSA OXELBARK
Representant i utbildningsutskottet
Urologiska kliniken
Universitetssjukhuset Örebro
asa.oxelbark@regionorebrolan.se

MARIA HERMANN
Sekreterare
Karolinska
Universitetssjukhuset
Stockholm
msm.hermann@gmail.com

KATARINA TOMIC
NUF-representant
Urologiska kliniken
Norrlands US
Umeå
katarina.tomic@umu.se

EMIL JÄRBUR
Ledamot
Urologmottagningen
Uddevalla Sjukhus
emil.jarbur@vgregion.se

ANDREAS KERCSIK
Ledamot
Sahlgrenska US
Göteborg
andreas.kercsik@vgregion.se

ANNA STRAND
Ledamot
Urologiska Kliniken
Örebro Universitetssjukhus
anna.strand2@regionorebrolan.se

CARLGUSTAV ARVIDSON
Ledamot
Urologsektionen
Falu Lasarett
carl_arvidson@hotmail.com

ALEXANDRU JULA
Ledamot
Sahlgrenska US
Göteborg
alexandru.jula@vgregion.se

UTFs styrelse

EVA WESTLING
Ordförande
Stockholms urogynmottagn.
Mobil: 0739-86 61 19
eva.westling@urogyn.se

LENA KURVITS
Kassör
Åsgränd 3
753 10 Uppsala
Tel: 018-12 79 78
lena.kurvits@gmail.com

KATARINA GUNSÉUS
Ledamot
Urologmottagningen
Norrlands US
901 85 Umeå
Tel: 090-785 13 92
katarina.gunseus@vll.se

ANNE TORINE LITHERLAND
Vice Ordförande
Polikklinikk for gynekologi
Sykehuset i Vestfold
3101 Tønsberg
litheann@hotmail.com

KARIN HOLEN
Ledamot
Bäckenbottencentrum
Kvinnokliniken, SUS Malmö
Tel: 040-33 32 53
karin.holen@skane.se

CECILIA EDRI
Ledamot
Coloplast AB
Box 10171
434 22 Kungsbacka
Tel: 046-0705-51 64 85
ciss.09@gamil.com

MARI DAHLBERG
Sekreterare
Bäckenbottencentrum
Kirurgmottagningen
SUS, Malmö
Tel: 040-33 81 28
mari.dahlberg@skane.se

KALENDARIUM

14 JUNI
14–16 juni 2017
NUF Congress
Odense, Danmark

4 JULI
4–5 juli 2017
The 2017 European Conference in Nursing and Nursing Research
Malmö

21 AUGUSTI
21–25 augusti 2017
Kirurgveckan
Jönköping

12 SEPTEMBER
12–15 september 2017
ICS, International Continence Society
Florens

25 SEPTEMBER
25–27 september 2017
14th Meeting of the EAU Robotic Urology Section
Belgien, www.erus2017.uroweb.org

25 SEPTEMBER
25–27 september 2017
EAUN
Belgien, www.erus2017.uroweb.org

4 OKTOBER
4–6 oktober 2017
Urologidagarna
Göteborg

19 OKTOBER
19–20 oktober 2017
Konferens: VFU
Stockholm

27 OKTOBER
27–28 oktober 2017
3rd Course of the European School of Urology Nursing
Amsterdam

22 NOVEMBER
22–23 november 2017
Nordisk kurs: Reconstruction of the urinary tract after cystectomy
Helsingfors

14 JANUARI
14–19 januari 2018
SURF-veckan – kurs i urogenital radiologi
Storhogna, Vemdalen
www.surf-veckan.se

16 MARS
16–20 mars 2018
EAU European Association of Urology
Köpenhamn

4 MAJ
4–5 maj 2018
SPUFs årsmöte
Margretetorp

18 MAJ
18–22 maj 2018
AUA American Urological Association
San Francisco

20 AUGUSTI
20–24 augusti 2018
Kirurgveckan
Helsingborg

28 AUGUSTI
28–31 augusti 2018
ICS, International Continence Society
Philadelphia