SVENSK Urologi

Nr 2 • 2018

- DEBATT • TRE STEG SOM KORTADE LEDTIDER VID SVF
- FALLBESKRIVNING – ANDROLOGI • TESTIKELCANCER
- STUDIE MED PNP-KATETER • UROLOGIHISTORIA

Svensk Urologisk Förening

RSU Riksföreningen för Sjuksköterskor inom Urologi

UTF Uroterapeutisk Förening

SAF Svensk Andrologisk Förening

SVENSK
Urologi

Tidskrift för Svensk Urologisk Förening, Riksföreningen för Sjuksköterskor inom Urologi, Uroterapeutisk förening och Svensk Andrologisk 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 och SAF
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: Fruktträd i full blom
Foto: Marie-Louise Larsson

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

UTGIVNINGSPLAN 2018

	Manusstopp	Utgivningsdag
Nr. 1	5 februari	21 mars
Nr. 2	23 april	13 juni
Nr. 3	6 augusti	19 september
Nr. 4	22 oktober	5 december

Innehåll

nr. 2-2018

REDAKTÖRERNA FÖR SUF/SAF & RSU/UTF HAR ORDET 5
SUFs ORDFÖRANDE HAR ORDET 6
RSUs ORDFÖRANDE HAR ORDET 7
THE ING-BRITT AND STIG MÅRTENSSON STIFTELSE 7
UTFs ORDFÖRANDE HAR ORDET 8
SPUFs ORDFÖRANDE HAR ORDET 10
SAFs ORDFÖRANDE HAR ORDET 12
DEBATT:
- MISSFÖRSTÅND OCH FELAKTIGHETER 15
- REPLIK PÅ REPLIKEN "MISSFÖRSTÅND OCH FELAKTIGHETER" 16
- ÄR VÄNTETIDERNA I CANCERVÅRDEN ETT ADMINISTRATIVT PROBLEM? 17

UROLOGIDAGARNA 2018 18
ATT KOMMA HEM MED EN KATETER 19
STUDIE MED PNP-KATETER 20
TRE STEG SOM KORTADE LEDTIDER VID SVF 24
MINNESORD: JOHAN HANSSON 26
KVALITETSFORBEDRINGSPROSJEKT – NYRESTEIN 29
SVENSK SJUKVÅRD BEHÖVER OMVÅRDNAD 31
FALLBESKRIVNING – ANDROLOGI 32
TESTIKELCANCER 34
UROLOGIHISTORIA 37
FÖRETAGSNYHETER 40
PRESSRELEASE:
- 4,1 MILJONER KRONOR TILL FORSKNING OM PROSTATACANCER 41
- BRA REGISTER FÖRBÄTTRAR BEHANDLING VID PROSTATACANCER 43

KURSER:
- CYSTOSKOPIUTBILDNING FÖR SJUKSKÖTERSKOR, 30 HP 44
- UROLOGISK OMVÅRDNAD, 15 HP 44

NOMINERA TILL ÅRETS UROLOGISJUKSKÖTERSKA 45
SÖK MEDEL UR SUFs STIFTELSE 45
GE KNIVEN VIDARE 46
SUFs & RSUs STYRELSER 48
BUS, UTFs & SAFs STYRELSER 49
KALENDARIUM 50

Svensk Urologisk Förening
RSU Riksföreningen för Sjuksköterskor inom Urologi
UTF Uroterapeutisk Förening
SAF Svensk Andrologisk Förening

www.urologi.org • www.rsu.se • www.utfnordic.org • www.svenskandrologi.se

Annons

Varmt välkommen SAF!

En ny historisk händelse i Svensk Urologi's historia inträffar i detta nummer. Svensk Andrologisk Förening, SAF, kommer nu att ingå tillsammans med oss andra och hälsas varmt välkomna. Detta leder till att tidningen blir en i stort sett komplett tidning avseende urinvägarnas och manliga könsorgans sjukdomar, omvårdnad och behandlingsmetoder. Även om vi redan idag har ett osedvanligt bra interprofessionellt och interdisciplinärt samarbete ser jag framför mig ett ännu mer utökat samarbete och utbyte av erfarenhet och kunskap, vilket vi alla kommer att ha stor nytta av. I slutänden kommer detta att leda till bättre omhändertagande av våra patientgrupper. Fantastiskt roligt! Svensk Andrologisk Förenings ordförande, Mats Holmberg, berättar om införandet av andrologi i den svenska sjukvården. I detta nummer och framöver kommer vi också att få sätta fart på våra differentialdiagnostiska resonemang med kluriga fallbeskrivningar. Dessa behöver givetvis inte bara vara andrologiska utan kan vara ifrån vilken som helst av våra föreningar – allt för att bredda vårt ”tänk” som ju lätt har en tendens att bli alltmer begränsat om man inte breddar sina vyer.

I detta nummer fortsätter också debatten om hur vi ska göra det bästa för våra patienter. Det mesta handlar fortfarande om cancersjukdomarna men tro mig – det är bara en tidsfråga tills hela vår benigna del kommer att höja sina röster eftersom den delen av vår sjukvård nu fått stå tillbaka så pass att smärtgränsen kanske är nådd? Alla vet vi att man inte ska genomföra onödiga ingrepp, hade ni innan detta nummer trott att nefropyelostomi är ett i väsentliga drag okomplicerat behandlingsalternativ ska ni läsa artikeln skriven av läkarstuderande Klara Elfsten och vår kollega Pernilla Sundqvist i Örebro. Stort tack till er och att ni delar med er av er undersökning.

Bland allt intressant material bör ni verkligen inte heller missa professor emeritus Bengt Uvelius alltid så intressanta historia i slutet av tidningen, denna gång om lasarettsläkare Carl Adlercreutz försök att ersätta urinröret med en bit ven.

Ta med tidningen på semestern i sommar och njut!

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

Sommar, sommar, sommar…

Visst låter det härligt med sommar?! Själv tänker jag på salta bad, husvagnsliv och tid med familjen. Men jag tänker också på långa arbetsdagar, risk för övertid och att jag under sommarmånaderna är ensam kontaktsjuksköterska för blåscancerpatienter vilket ökar arbetsbelastningen. Jag har det ändå bra eftersom jag jobbar på mottagning. Värre är det på avdelningarna.

Larmen blir bara fler och fler från vården om underbemanning, överbeläggningar och brist på sjuksköterskor. Jag läste i Vårdfocus, som är vår facktidning, om avd 357 på Östra sjukhuset där man för ett år sedan larmade om hög arbetsbelastning och överbeläggningar. Nu har man gjort en anmälan till arbetsmiljöverket eftersom ingenting har hänt utan situationen är ännu värre. Vad man vänder sig mot är att ständiga överbeläggningar och undermålig vårdmiljö tillåts pågå månad efter månad. Trots olika insatser verkar vi inte få bukt med den sjuka vården! Vad skall vi göra? Viss hopplöshetskänsla smyger sig på...

Snart är det val i Sverige. Våra politiker kommer att återigen lova guld och gröna skogar till vård, skola och omsorg men vilken skillnad gör det för oss? SSF (Svensk Sjuksköterske Förening) har bestämt sig för att genom information försöka påverka våra makthavare inför valet. Synliggöra omvårdnaden och genom att ge rätt kunskap kunna påverka till bättre beslut. Ett bra grepp tycker jag och du kan läsa mer om SSF's krav och förslag på *omvårdnad.se* samt i annons här i tidningen.

En har slutat och en ny har tillkommit

Innan jag slutar vill jag passa på att tacka Eija Loutonen Emblem som nu valt att lämna sin plats i redaktionen. Under många år, och trots att hon sista åren varit pensionär, har hon rapporterat från Norge om vad som händer inom uroterapiområdet. Vi är väldigt tacksamma för allt arbete hon lagt ned på tidningen.

Som tur är har en ny uroterapeut från Haugesund i Norge, Eva Skogøy, tackat ja till att vara en del av redaktionen för UTFs räkning så att vi även fortsättningsvis får rapporter från Norge. Välkommen Eva!

MARIE-LOUISE LARSSON
Redaktör för RSU och UTF
marie-louise.e.larsson@vgregion.se

Kunskapsstyrning i samverkan

I förra numret av Svensk Urologi så skrev SUF-styrelsen ett uttalande kring det relativt nya konceptet *Kunskapsstyrning i samverkan* och där vi välkomnade ett framtida samarbete med Socialstyrelsen och SKL inom olika områden, där förbättrad hälso- och sjukvård för patienter med urologiska sjukdomar bör eftersträvas. Vi hade dock en del funderingar hur konceptet alls hade uppkommit och varför inte SUF hade blivit involverat på ett tidigare stadium (se nr 1/2018 sid 20 av *Svensk Urologi*).

Beslutet hade kommit efter ett utredningsarbete under 2016, varvid SKLs styrelse beslutade den 12 maj 2017 att skicka en rekommendation till Sveriges landsting och regioner.

Sen dess har utvecklingen lett till att två nationella företrädare för svensk urologisk verksamhet har blivit engagerade i den nationella gruppen, vilket vi finner tillfredsställande och något som måste både fortsätta och utvecklas under hela processen.

Vid det senaste urologiska chefsmötet i Göteborg, för några veckor sedan, dryftades frågan ingående, och två områden av ”benign” karaktär identifierades, där ett enigt chefsmöte fann att det finns god anledning att betona en ökande aktivitet med en tydlig målinriktning. Först i prioritetsordningen fann chefsmötet att **sten- och stensjukdomar** i urinvägarna är och därefter BPH och obstruktion som nr 2.

Man kan alltså ha en rad kritiska åsikter om formen för upplägget av ”Kunskapsstyrningsprocessen”, avsaknaden av kontakt både med SUF och de urologiska läroanstalterna samt att urologi har hamnat i samma grupp som njursjukdomar (av någon ännu oförklarlig anledning), men likväl finner vi att här gäller det nog för oss som specialitet att försöka medverka maximalt.

Jag har tidigare efterlyst en ökad och långsiktig investeringsutveckling just på så kallade ”benigna” och urologiska sjukdomar och tillstånd. Detta är det många fler som har gjort under årens lopp, inte minst inom professionen i hela landet - detta också med bakgrund av det inte finns några patientföreträdare för just dessa diagnosområden.

Jag kan inte nog betona det som jag har skrivit om tidigare, ***den ”benigna” urologiska verksamheten är vägen in till urologisk kirurgi/verksamhet för maligna tillstånd***. Man kan inte runda hörn och det finns inga omvägar om man har en långsiktig och seriös plan för sin urologiska yrkesverksamhet. En successiv uppbyggnad av kliniska och operativa kvaliteter och färdigheter vid ”benign” urologisk kirurgi är den primära vägen innan man går vidare med cancerkirurgisk verksamhet. Min personliga åsikt är att man ska skaffa sig en stabil ”benign” grund först (vilket inte sker i en handvändning och inte utan en hel del personliga uppoffringar och en stor andel personlig flexibilitet), för att sedan komma vidare med urologisk kirurgisk cancerverksamhet.

Sammanfattningsvis så är jag övertygad om att vi behöver engagera oss fullt ut i processen *Kunskapsstyrning i samverkan*, och då menar jag inte att detta är ett uppdrag som ska skötas av SUFs styrelse, utan av samtliga som är engagerade inom Svensk urologisk verksamhet - på ett eller annat sätt, stort som smått.

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

Appendix, Kunskapsstyrning i samverkan – hälso- och sjukvård. Matrismodell.

Från: https://skl.se/download/18.21b4e0115bf09bdc023a910/1494587567317/09-2017-WEBB-Rekommendation%20sammanhållen%20struktur%20för%20kunskapsstyrning.pdf

Bild från Svensk Urologi nr 1-2018.

Börja om från början, börja om på nytt…

Plötsligt händer det! Sommaren är här utan att passera vår. Efter tidernas kanske längsta vinter så står termometern på 19 grader, det är vindstilla och solen skiner från en klarblå himmel. Förväntansfull …

Ny på jobbet

I morgon sker det. Jag ska börja på nytt jobb! Det är första gången sedan min sjuksköterskeexamen som jag blir ny på jobbet. 18 år och 11 månader har Verksamhet Urologi på Sahlgrenska vart min arbetsplats. Hela mitt yrkesliv. För första gången sitter jag en söndag och har ingen aning om vad som väntar mig i morgon, eller nästa vecka. Med en nästintill tom almanacka. En relik från förr, överlevt 4 verksamhetschefer, kollegor som kommer och går, införande och utveckling av robotkirurgi, sammanslagningar, veckoavdelning, workshifting, värdebaserad vårds uppgång och fall, för att nämna något. Livet inom urologin har aldrig varit tråkigt, ständiga utmaningar omgiven av fantastiska kollegor. Men nu är det dags.

Efter 18 år och 11 månader på det stora sjukhuset och alla dess utmaningar, ska jag nu börja på ett litet sjukhus utan akuta flöden, nybyggda lokaler, och som befinner sig alldeles i uppstart.

Nu vänder jag blad

Nu ska jag få vara med att bygga upp nya processer utan massa gammalt traggel som sitter i väggarna, på ett sjukhus som inte har sjuksköterskebrist och kämpar med brandkårsutryckningar. Ett litet sjukhus med korta kommunikations- och beslutsvägar. Kanske har man chansen att göra rätt från början istället för det tröstlösa i att försöka ändra det som redan gått fel. Men vad vet jag …?

Jag lämnar dock inte urologin helt. Vi har numera elektiv stenverksamhet på sjukhuset. Ett sätt att ge utrymme för denna patientgrupp som fått stå tillbaka på det stora sjukhuset där SVF och akutkirurgi prioriterats och således konkurrerats ut.

Hejdå mitt gamla yrkesliv och välkommen till ett nytt

Så, hej då vinter, hej då Sahlgrenska, hejdå verksamhet Urologi och alla underbara kollegor. Nu välkomnar jag sommaren och min tomma almanacka som väntar på att fyllas med spännande, ännu okända uppdrag!

ANNELIE KHATAMI
Ordförande
Riksföreningen för
Sjuksköterskor inom Urologi

SPCG Clinical Research Grant

The Ing-Britt and Stig Mårtensson Stiftelse

Announces the 2018 Grant of 50 000 SEK
For clinical research in
prostate cancer in the Scandinavian countries.

Send your application with a short project description and CV to:
Doc Göran Ahlgren,
Dept of Urology
Skånes University Hospital
Jan Waldenströms gata 5
205 02 Malmö, Sweden

No later than 31-Nov-2018

Glöm inte skicka in
ditt bidrag till tidningen i tid!

Senast 6 augusti, vill redaktionen ha ditt material till nr 3-2018.

SUF/SAF: lars.henningsohn@ki.se
RSU/UTF: marie-louise.e.larsson@vgregion.se

Examen, kongress och traditioner

Bilden visar den fina lilla mässingspotta som alla examinerade får tillsammans med ett kursintyg. På våra kongresser bjuder traditionen att bära pottan runt halsen i det blågula bandet. Våra danska och norska kollegor har naturligtvis deras respektive flaggfärger på sina band. Vi vill passa på att gratulera kursledningen och årets nyexaminerade uroterapeuter som hade sin kursavslutning 24 april i år.

Uroterapeuternas förening, UTF, firade förra året 30-års jubileum i Malmö, även då en kylig vår men härliga dagar. Vi hyllade även uroterapiutbildningens initiativtagare, Birgitta Lindehall och Anna-Lena Hellström. Anna-Lena lämnade för några år sedan över stafettpinnen som kursansvarig till Gunnel Andersson från Örebro. Birgitta har nu åter tillsammans med Gunnel examinerat en ny grupp uroterapeuter. Kursdeltagare kommer till Göteborg från norr till söder, från Danmark, Norge och Sverige. Det är en fantastisk utbildning som samlar 35 deltagare med olika bakgrund till fem spännande kursveckor, många hemuppgifter och hospitering på olika enheter. Till sist, efter 1,5 år, en avslutande examensvecka med kursmiddag i april. Vi vill förstås framföra gratulationer och lyckönskningar till både kursledning och kursdeltagare.

Årets UTF-kongress i Luleå

När Ni läser detta har vi uroterapeuter åter haft kongress, årets plats var Luleå. Det är en bra tradition att träffas på olika platser i Norden. Tradition och planering med kongressen fungerar mycket tack vare stora individuella och ideella insatser. Det är ett viktigt avbrott i det dagliga arbetet att träffa kollegor och att fylla på med kunskap och energi.

Det är också ett tillfälle att presentera uroterapeuternas arbete på den plats där kongressen är. Det är viktigt att få dela med sig av sitt arbete och att skapa en dialog med ett flertal kollegor runt metoder och rutiner. Kongressens innehåll representerar bredden i uroterapeutens arbetsområde, barn, ungdomar, kvinnor och män i alla åldrar och förstås våra äldre. Uroterapeutens varierande bakgrund ger olika fokus på bäckenbotten exempelvis barnmorskans, fysioterapeutens, sjuksköterskans eller läkarens. Det ger alltid en stor variation på föredragen. Mer om detta kan Ni läsa i nästa nummer.

De många företagen bidrar också till den goda stämningen. Det presenteras behandlings-alternativ, hjälpmedel i stor variation och även nya innovationer som kan underlätta i vardagen. Kongressen är ett viktigt forum inom vårt kunskapsområde och även för att lyfta fram och stärka området uroterapi. Alltfler föredrag lyfter fram tarmdysfunktion, ordet tarmterapeut är kanske inte så glamoröst men beskriver ju arbetsområdet tydligt.

Sprida kunskap

Vi behöver väl alla påfyllning av kunskap och inspiration. Läste nyligen om Hans Roslings arbete med att sprida positiv kunskap i och om vår värld. Saknaden efter Hans är stor men glädjande är att hans arbete drivs vidare av son och sonhustru. Det är ett arbete som vi alla kan ta del av, att sprida kunskap. Att samlas runt nya och gamla traditioner, att ta del av nya och gamla kulturer. Att respektera nya ideér och gammal kunskap gör tillvaron så mycket mer intressant. En gemensam nämnare för alla våra hundraåringar sägs vara nyfikenhet...

Vänliga sommarhälsningar till Er alla!

EVA WESTLING
Ordförande
Uroterapeutisk Förening

Annons

Margretetorp.

Regntunga skyar låg över Västerås när jag anträdde bilfärden till Ängelholm tidigt fredag morgon, men som alltid sken solen vid slutdestinationen Margretetorp.

Jens Bäck från Mediahuset och vissa i styrelsen hade haft bråda dygn innan för att rodda programmet, men som alltid med stor grad av flexibilitet lyckades det. Stort tack Jens!

Föreläsare

Våra kära företagsdeltagare inledde med sina fina presentationer och under hela mötet hade vi stort utbyte av samtalen kring deras utställningar.

Lars Malmberg, chef för VO Urologi Skåne, pratade om upplägget med prostatacancer på flera ben och samarbetet med privata vårdgivare... framskymtade betydande problem med fyrkantiga regler etc. Till exempel får inte SPUFare med så kallad etablering bidra till SVF. Många av oss kände nog också att varför inte använda befintliga strukturer och ge alla bra förutsättningar.

Lars pratade också om BPH/LUTS och som alla kan konstatera har det skett en betydande undanträngning av benigna åkommor och deras behandling.

Magnus Grabe höll en övergripande mycket roande föredragning om prostatit ur ett både historiskt och vetenskapligt perspektiv; vad hade hänt om inte Napoleon hade haft sin prostatit vid slaget vid Borodino?

Stefan Arver skulle prata om erektionsproblem men det kom förstås att handla om hypogonadism; som alltid mycket hörvärt men alldeles uppenbart hur olika det ser ut över landet; vissa av deltagarna avvecklar denna diagnos och hänvisar till endokrinologerna (viss.nu) medan vissa urologer fortfarande ägnar sig åt detta endokrinologiska problem, där ju fetma är den största boven.

Den över hövan späckade fredagseftermiddagen rundades av

Caroline Elmér och Lars Grenabo.

Lars Malmberg.

Magnus Grabe.

Stefan Arver.

Wiking Månsson.

Sverker Hellsten.

med **Wiking Månsons** föreläsning betitlad ”Urologi i modern/samtida musik, litteratur och konst.” Wiking som är en internationellt erkänd och känd kraft berättade att han upplevde medicinstudierna så otroligt tråkiga så han passade på att läsa konstvetenskap 40 p; därav ett livslångt intresse! Det mest störande av musikstyckena var nog den ungerske kompositören **Ligetis** stråkkvintett efter en rak cystoskopi... det låter som om man långsamt stryper en katt! En klassiker är förstås **Zappas** gonnoroiska uretrit som besjungs med den klassiska frasen ”Why does it hurt when I pee?”.

Kvällsunderhållning

Under kvällen intogs en förträfflig trerättersmeny med alla urologer och våra företagsdeltagare.

Sverker Hellsten som varit aktiv i föreningen sedan starten och plikttroget och förtjänstfullt reviderat varje år, mottog från **Caroline Elmér** diplom och hedersmedlemskap!

Trots **Sonny Schelins** frånvaro blev middagen nästan som ”Har du hört den förut?”; många vitsar drogs och nivån var acceptabel! Bara **Fekadu Merdasa** kan dra en vits om Haile Sellasi, Muhammar Khadaffi och Anwar Sadat!

Dag 2

Lördag förmiddag rivstartade med SPUFs egen **Patrik Andius**, urolog och vd för Carlanderska, som gjorde en exposé över hur Sveriges mest kompletta privata urologklinik löser sina olika uppdrag. Iögonfallande är hur otroligt många avtalskonstruktioner det finns, men också hur snåla de olika landstingen är med ersättning; man klarar inte själv av vårdgarantin och vill ha hjälp... Framskymtade en mycket filantropisk och hedervärd policy av att privaturologin vill vara en stabil och pålitlig aktör och uppdraget att ta hand om både öppenvård och slutenvård är ett delat ansvar!

Årsmötet

Årsmötet avhölls och sammanfattningsvis kommer styrelse bestå av; Bosse Sjögren, Caroline Elmér, Ola Wahlberg, Björn Wullt, Niclas Lundin och **Mauritz Walldén** nyinvald. **Lars Grenabo** slutar i styrelsen, men knappast som urolog; Lars har ju varit ordförande i SUF, chef på Sahlgrenska, varit primus motor för vårdgarantiavtal och mycket stor verksamhet i Halland och på Carlanderska och är outslitlig med sitt engagemang!

Vi kommer bli övertydliga kring finansieringen via medlemsavgift och serviceavgift.

En intressant slutpunkt efter årsmötet var **Fred Helgesens** inlägg att privaturologin inte bara kan men bör ta ett stort utbildningsansvar nu och i framtiden. Det scenario som man klart kan skönja är att en mycket stor del av öppenvårdsurologin sköts av privata aktörer med stora volymer, stor erfarenhet. Detta kommer framhållas på chefmötena framöver.

Uppdrag för valberedningen

Ordförande har under det senaste halvåret flaggat för att ett skifte måste ske på ordförandeposten och att uppdraget med deltagande på SUFs styrelsemöten, chefsmöten och Urologidagarna måste delas upp inom styrelsen. Valberedningen med **Bengt-Erik Carbin** och **Klas Lindqvist** har uppdraget!

Västerås 2018-05-06

BOSSE SJÖGREN
Ordförande för SPUF

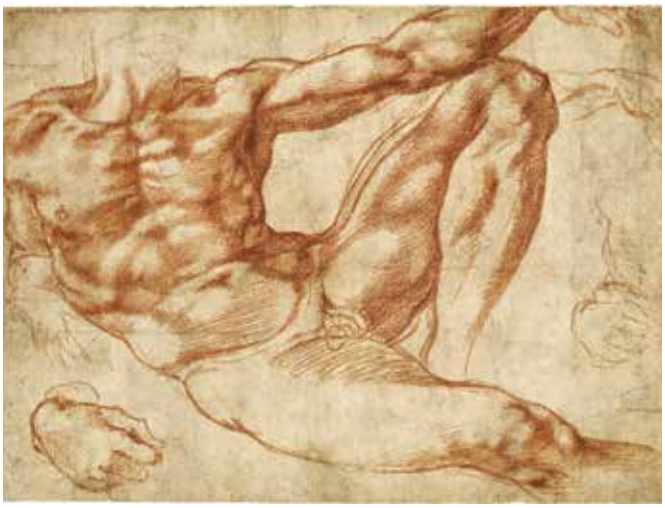
Nästa årsmöte kommer äga rum förhoppningsvis 17–18 maj 2019
på Villa Källhagen Stockholm och i vanlig ordning kommer vi informera i närtid kring detta.

Äntligen! Nu är vi också med

Hej på er alla läsare. Det här är första gången som vi är med i Svensk Urologi och det är lika bra att säga som det är: det är underbart! Vi i Svensk Andrologisk Förening har länge jobbat för att sprida kunskap om andrologi och vad kan då vara bättre än att vara med i denna utmärkta tidskrift.

Svensk Andrologisk Förening har funnits med ett tag, faktiskt sen år 1998. Och förutom att skriva i denna tidning arbetar vi med en mängd frågor som berör mannens reproduktiva och sexuella hälsa och även hälsa generellt.

Om vi tar det sista först så lever män kortare än kvinnor. I Sverige är det inte så stora skillnader men det räcker med en förflyttning över Östersjön för att skillnaderna ska bli mycket stora. Det finns förstås en mängd faktorer som påverkar detta och en av dem är sannolikt att män är mindre ”hälsomedvetna” än kvinnor. Detta resulterar bl.a. i att män inte söker vårdcentral i samma utsträckning som kvinnor och att män, när de väl blivit tillräckligt sjuka, dominerar inneliggande vård. Mäns hälsa och ohälsa är alltså något som bör uppmärksammas mer och i det arbetet försöker vi androloger bidra med kunskap och engagemang.



Michelangelo: Förstudie av takfreskmålningen ”Adams skapelse” i det Sixtinska Kapellet, målad med röd krita i början av 1500-talet.
Foto: *Brittiska museet, London*

Ny hemsida

Vi håller som bäst på att bygga upp en ny hemsida som ska vända sig till allmänheten i första hand och där vi ska tillhandahålla tillförlitlig information om just manlig hälsa. Vi drömmer i hemlighet om att någon gång få till en hemsida i stil med Andrology Australia el. dyl. för den som är nyfiken (andrologyaustralia.org).

Svensk certificering av androloger

Vi arbetar på att skapa en svensk certifiering av androloger, vi ordnar vetenskapliga möten och vi utbildar blivande urologer, endokrinologer, gynekologer och allmänmedicinare i andrologi.

Vårt mål är att andrologi ska bli en av socialstyrelsen godkänd specialitet och att andrologiska frågor och mannens hälsa ska bli en självklar del såväl i sjukvården som i männens egna liv.

En mycket kort historik

Svensk Andrologisk Förening bildades officiellt 1998 men har sitt ursprung i en nordisk intresseförening för andrologi som bildades på 1950-talet och som höll årliga möten där majoriteten deltagare var svenska läkare. Denna intresseförening formaliserades så småningom som Nordic Association for Andrology (NAFA) som idag är en del av International Society of Andrology (ISA). Ur NAFA bildades så Svensk Andrologisk Förening för att tillvarata intressen specifika för svenska androloger. Föreningen har sedan 1994 arrangerat årliga möten och har en stabil verksamhet med egna årliga vetenskapliga möten. Sedan 2002 utgör Svensk Andrologisk Förening en sektion inom Svenska Läkaresällskapet.

Vad är förresten en androlog?

Ja, till att börja med så betyder ordet andrologi läran om mannen och ska man vara lite mer specifik så handlar det huvudsakligen om mannens sexuella och reproduktiva förmåga. Typiska tillstånd som en androlog hanterar är t.ex. erektil dysfunktion, låg sexuell lust, manlig infertilitet och testosteronbrist. Som en liten avstickare från andrologers huvudsakliga uppgift så är det också vanligt att androloger behandlar könsdysfori både i Sverige och internationellt.

Vi som arbetar med andrologi i Sverige är än så länge relativt få, åtminstone om man tänker på de som är certifierade eller som arbetar på andrologiska specialistmottagningar. Men andrologiska frågeställningar berör samtidigt en mängd sjukvårdsområden som cancervård, urologi, gynekologi, endokrinologi, smärtvård, missbruk och många fler. Det är heller inte bara en fråga för läkare utan många andrologiska frågor berör och hanteras av sjuksköterskor, barnmorskor, uroterapeuter, psykologer, kuratorer m.fl.

Som ni säkert förstått av ovanstående så tycker vi att vi hamnat i precis rätt sällskap nu, då vi är med i tidningen Svensk Urologi.

MATS HOLMBERG
Ordförande
Svensk Andrologisk Förening

Annons

Annons

Replik på förra numrets debattartiklar om SVF

Missförstånd och felaktigheter

I förra numret av Svensk Urologi fanns ett öppet brev från Sonny Schelin adresserat till SUFs ordförande Amir Sherif med titeln *”Svensk urologi har fått en gökunge i boet utan extra resurser!”*. Under Debatt – kommenterar Amir sedan Sonny Schelins öppna brev. Sonny Schelin riktar skarp kritik mot SVF-prostatacancer vilket säkert i vissa hänseenden är berättigad. I den Nationella vårdprogramgruppen välkomnar vi naturligtvis en öppen debatt om SVF-prostatacancer, men både det öppna brevet och kommentarerna upplever vi innehåller en hel del missförstånd och felaktigheter som vi vill korrigera.

Sonny Schelin skriver ”Den aktuella gränsdragningen, med biopsier vid enbart PSA över normalvärdet, innebär en icke allmän men omfattande opportunistisk PSA-screening”. Här rör, enligt vår mening, skribenten ihop begreppen. SVF handlar inte om att man skall ta PSA-prov på män eller inte (ev. opportunistisk screening) utan hur man skall hantera män som tagit PSA-prov och där resultatet har visat ett, för åldern, förhöjt PSA-värde. Det vi kan konstatera är att Socialstyrelsen i screeningbeslutet från 2014 var ganska tydliga med att de män som önskar ta sitt PSA-prov efter muntlig och skriftlig information också har rätt att göra det. Detta leder i sin tur till att man på vårdcentraler och andra mottagningar kommer att ha en stor grupp män med förhöjda PSA-värden som måste hanteras. Vi tror att alla män som får information om att PSA-värdet ligger över gränsvärdet upplever stor oro för detta och att de av detta skäl har rätt att få träffa en specialist, som kan göra en bedömning och vid behov initiera vidare utredning.

Sonny Schelin skriver vidare ”Den aktuella gränsdragningen, med biopsier vid PSA över normalvärdet”. SVF säger på inget vis att alla män som kommer på en SVF-remiss skall biopseras. PSA-gränsvärdena för de olika ålderskategorierna i SVF anger enbart vilka män som skall beredas möjlighet att träffa en specialist för att diskutera sitt förhöjda PSA-värde. Det är sedan upp till patienten och specialisten att diskutera om man skall gå vidare och ta biopsier eller inte. I det nationella vårdprogrammet framgår också att vi försöker vägleda när man som urolog bör ta biopsier eller inte. Detta beslut grundas på faktorer som komorbiditet, PSA-densitet, PSA-kvot, ärftlighet etc. Enligt vår bedömning är det inte rimligt att förvänta sig att primärvården skall vara insatt i dessa frågor och därför har man bestämt att män med förhöjda PSA-värden bör ha rätt att få träffa en specialist.

Vidare handlar Sonny Schelins artikel mycket om överdiagnostik, vilket heller inte har något med själva SVF-förfarandet att göra, utan är kopplat till själva PSA-provtagningen och hur urologer följer de riktlinjer som finns gällande när biopsier bör tas.

När det gäller de undanträngningseffekter SVF förorsakat delar vi helt Sonny Schelins uppfattning att regeringens satsning på cancervård och SVF har bidragit till undanträngning av benigna åkommor. Denna effekt är inte enbart en följd av SVF-prostata utan det är ju även effekt av övriga fyra SVF inom urologin. Det diskuteras också om den förändring i SVF som gjordes, då vi tog bort PSA-gräns över 10 eller symtom, till att inkludera alla med, för åldern, förhöjda PSA-värden. Vi kan bara konstatera att båda gränsdragningarna har sina brister. Enligt de tidigare riktlinjerna riskerade en 55-årig man med ett PSA på 8 och kanske en potentiellt allvarlig cancer att få vänta betydligt längre än en 85 årig man med PSA 11, vilket ju inte heller förefaller rimligt. Allt detta, förutom resursbristen inom urologin, har lyfts fram i åtskilliga sammanhang där även olika patientgrupper har kommit att ställas mot varandra. Här bör man ha i minnet att i instruktionerna till utformningen av SVF så poängteras det mycket kraftfullt att man inte skall ta hänsyn till resurser utan endast till vad som är bäst för patienten. Med utgångspunkt från detta är vi i vårdprogramgruppen övertygade om att alla män som får information om att deras PSA-värde är förhöjt, vill träffa en urologspecialist så fort som möjligt. I motsats till både Sonny Schelins och Amirs uppfattning anser vi i vårdprogramgruppen att införandet av SVF ändå medfört något positivt för svensk urologi. Då 28% av samtliga SVF-diagnoser rör urologiska patienter, kan ansvariga politiker och tjänstemän inte längre blunda för bristerna och eftersattheten inom svensk urologi. Här är det också SVF-prostatacancer som får mest publicitet och där vi med hjälp av bl.a. patientföreningen äntligen fått igång en debatt om den eftersatta vården för män. Kan vi nu också med hjälp av det nya projektet runt kunskapsstyrning få fram bättre siffror på vad vi gör inom benign urologi med t.ex. BPH och stenar, så har vi stora möjligheter att lyfta fram argument varför det är nödvändigt att rusta svensk urologi. Utan de siffror som framkommit, via våra SVF, skulle vi ha avsevärt sämre möjligheter att få gehör för våra krav på ökade resurser till urologin.

NATIONELLA VÅRDPROGRAMGRUPPEN FÖR PROSTATACANCER

Replik på repliken

"Missförstånd och felaktigheter"

Hej alla!
I repliken från NATIONELLA VÅRDPROGRAMGRUPPEN FÖR PROSTATACANCER, i detta numret av Svensk Urologi (se sidan 15), så skriver man:

> *"I motsats till både Sonny Schelins och Amirs uppfattning anser vi i vårdprogramgruppen att införandet av SVF ändå medfört något positivt för svensk urologi."*

Jag förstår inte riktigt nämnda rader. Vad jag skrev var följande:

> *"Jag är **personligen** emot opportunistisk screening med hjälp av PSA och tycker att det kan finnas anledning att justera och uppgradera SVF-Prostata på några/ett antal av de punkter som nämns. Däremot, är det ändå så att jag som ordförande i SUF inte kan eller har mandatet att driva den specifika frågan och jag är tveksam till om ens SUF-styrelsen kan det ..."*

Jag är alltså *för* SVF-Prostata, samt *för* SVF-Blåscancer/Makrohematuri och *för* övriga SVFer som vi har, **men det finns alltid anledning att ständigt uppgradera och förbättra.**

Under tidig vår uppgraderad vi SVF-Blåscancer/Makrohematuri och jag med flera var drivande i den processen, det behövdes. Jag har svårt att tänka mig att ett SVF tidigt i processen kan finna alla sina fixa och färdiga detaljer, speciellt som utvecklingen nu går mycket snabbt fram – inte minst inom prostatacancer-området.

Principellt är jag alltså *för* SVF med i stora drag ***samma argument*** som NATIONELLA VÅRDPROGRAMGRUPPEN FÖR PROSTATACANCER framför i sin replik:

> *"... anser vi i vårdprogramgruppen att införandet av SVF ändå medfört något positivt för svensk urologi. Då 28% av samtliga SVF-diagnoser rör urologiska patienter, kan ansvariga politiker och tjänstemän inte längre blunda för bristerna och eftersattheten inom svensk urologi."*

Samt slutklämmen:

> *"Utan de siffror som framkommit, via våra SVF, skulle vi ha avsevärt sämre möjligheter att få gehör för våra krav på ökade resurser till urologin".*

Även just dessa fördelar av SVF har även jag framfört tidigare, både i Dagens Medicin samt i Svensk Urologi vid totalt 2-3 tillfällen. Vi är helt på samma linje.

DEBATT: AMIR SVARAR

Svar på frågor och tankegångar

DEBATT

k Urologi har fått en gök-
boet utan extra resurser!

Amir Sherifs och Sonny Schelins debattartiklar i förra numret av Svensk Urologi, som Nationella vårdprogramgruppen för prostatacancer reagerade på och som de skrivit en replik på i detta numret på sidan 15..

Detta framförs inte minst i just mitt repliksvar till Sonny Schelin där jag skriver (alltså i samma replik där jag förment skulle vara "emot" SVF-prostata ...)

> *"Krav på och tydliga önskemål om nyinvesteringar i urologi kan motiveras med bakgrund av just denna slagsida mot urologin som SVF-data nu åskådliggör. Min personliga åsikt är att via de faktiska behoven som åskådliggörs av SVF-data, kan vi arbeta för att få tillräckligt med resurser."*

Däremot, min ***personliga*** åsikt (inte nödvändigtvis SUF-styrelsens åsikt), är exempelvis frågan om antal PSA före biopsi. Jag finner att det skulle vara av värde med två förhöjda PSA-värden innan man bestämmer sig för TRUL och biopsi. Som ni noterade så var jag också tydlig med att hänvisa till den slutliga sakkunskapen till just NATIONELLA VÅRDPROGRAMGRUPPEN FÖR PROSTATACANCER, och det är glädjande att ni tog tillfället i akt att skriva ert svar redan i detta nummer av Svensk Urologi!

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

Är väntetiderna i cancervården ett administrativt problem?

Frågan är motiverad när vi nu går mot slutet av regeringens 4-åriga satsning på att minska väntetiderna i cancervården. Projektet kallas Standardiserade vårdförlopp, SVF. 2 miljarder fördelas till landsting och regioner för deras arbete med att minska väntetiderna mot tydligt uppsatta mål. Prostatacancervården hade ett väsentligt sämre utgångsläge än någon annan diagnos. Från remiss till operation var mediantiden över 170 dagar medan övriga diagnoser varierade från 60 och nedåt.

Redan från början beskrevs utgångsläget så här (citat ur rapporten Ingångsvärden, RCC 2016):

”Sammanfattningsvis är väntetiderna vid prostatacancer oacceptabelt långa, vilket har framförts och diskuterats av såväl patientföreträdare som profession. Måluppfyllelsen i relation till SVF är extremt låg. Införande av SVF kommer att innebära stora förbättringar för patientgruppen, samtidigt som det ställer stora krav på förändrade arbetssätt inom alla de specialiteter och professioner som är involverade i prostatacancervården.”

Vår första reaktion inför satsningen var: ”Det här kan bli det bästa som hänt prostatacancervården”. När nu mer än tre år har gått har förhoppningarna svalnat väsentligt. Redan från början reagerade många inom vården eftersom uppdraget att minska från 170 dagar i median till det uppsatta målet, högst 60 dagar, sågs som en fullkomligt omöjlig uppgift. Efter intensiva diskussioner i den Nationella vårdprogramgruppen bestämdes att man för att minska betinget bara skulle mäta tiden till behandling för högriskpatienter. Detta trots att regelverket tydligt säger att alla cancerpatienter ska omfattas. Från årsskiftet 16/17 fogade man sig och ändrade så att alla med diagnosen prostatacancer följs upp enligt SVF.

Artikeln på sidan 24 från Uddevalla beskriver hur ett systematiskt ”städarbete”, för att få bort så kallad icke värdeskapande väntetider, kan ge resultat. Men tyvärr är detta det enda exemplet. På andra håll har punktinsatser gjorts med viss positiv effekt, t.ex. inom patologin. Totalt i landet är dock resultatet mediokert. På vissa håll har väntetiderna t.o.m. förlängts, med förklaringar som vakanser, sjukdom, sköterskebrist, platsbrist, allmän resursbrist m.m. Inte i något fall har man tagit större tag i form av inledningsvis efterfrågade förändrade arbetssätt.

De uppenbara bristerna när det gäller resurser och organisation har utlöst en destruktiv konkurrens mellan olika aktörer, framför allt inom urologin som ska möta övermäktiga vårdbehov från såväl benigna som maligna sjukdomar. Patienterna drabbas av otillgänglig vård, lång väntan och ojämlik hantering. Det känns angeläget att lyfta diskussionen till en högre nivå, att profession och patientrörelsen tillsammans agerar för en nationell översyn av behov och resurser.

NPCR Nationella prostatacancerregistret

http://npcr.se/

Särskilt oroande är att det mycket påkostade uppföljningssystemet, Signedatabasen, fortfarande inte kan leverera användbara uppgifter, särskilt när det gäller prostatacancer. Vårt eget register, Nationella Prostatacancerregistret, NPCR, hade säkert klarat detta uppdrag bättre – och till en väsentligt lägre kostnad. I april/maj väntar vi registeruppgifterna från 2017. Men inte mycket talar för att några större förbättringar skett.

Sammantaget är bilden av SVF-projektet dyster. Landstingen har redan fått cirka 1,2 miljarder utan att på något håll ha gripit in för att bistå klinikerna i att identifiera och vidga flaskhalsar i vården. Merparten av pengarna har gått till nya administrativa tjänster, ett påkostat uppföljningssystem och förekommande svarta hål, medan grovjobbet utan förstärkning har överlåtits till klinikerna. Risken är nu uppenbar att när de statliga medlen upphör så har projektet ökat på administrationens andel av de totala vårdkostnaderna.

Fanns det verkligen någon som från början trodde att de långa väntetiderna inom cancervården berodde på att vården hade för få administratörer?

Foto: Anders Hansson

CALLE WALLER

UROLOGIDAGARNA 2018
Välkommen
till Umeå 3–5 oktober
Svensk Urologi i hela Sverige
Hålltider program
Onsdag 3 oktober
Förmiddag: diverse förmöten
Kl 12.00 Lunch
Kl 13.00 Mötet öppnas
Kl 18.10 Mötet avslutas
Kl 18.30 Mingel på Väven
Torsdag 4 oktober
07.40 Föreläsningar startar
17.40 Föreläsningar avslutar
19.30 Middag
Fredag 5 oktober
08.30 Föreläsningar startar
ca 12.00 Mötet avslutas & Take-Away lunch
RSU
UTF
UROTERAPEUTISK FÖRENING
Aktuell information om
Urologidagarna hittar du på:
www.trippus.net/urologidagarna2018

Att komma hem med en kateter

Marika hade kommit hem från en ryggoperation för tre dagar sedan. Hon hade en kateter och undrade om jag visste hur hon skulle förfara. Hon berättade att hon hade en stor påse med en slags upphängning, hon undrade om påsen behövde bytas. På frågan varför hon hade en kateter berättade hon, för mig som urologsjuksköterska, en skrämmande historia som jag tänkte dela med mig.

Marika genomgick en ryggoperation som kräver en epidural som i sin tur oftast kräver en kateterbehandling, men som höll på att sluta i katastrof. På kvällen när hon kom upp på avdelningen blev hon uppmanad att dricka mycket eftersom det rann så dåligt i kateterpåsen. Marika drack så gott hon kunde. Hon hade en obehagskänsla över buken men blev upplyst om att det kunde man ha efter en sådan operation. Flera gånger under natten ringde hon på personalen och klagade över denna obehagskänsla. Man uppmanade henne fortsatt att dricka mycket vilket hon gjorde. Framemot småtimmarna var det dags att tömma kateterpåsen och det var inte mycket att tömma varpå nattpersonalen ställde in en hel kanna med vatten med uppmaning att dricka igen. Marika fick mer och mer ont i magen och till slut fick hon en injektion morfin som gjorde att hon somnade.

Morgonen därpå när det var det avlösning av personalen uppmärksammade en sjuksköterska att det var dålig mängd i Marikas urinpåse och gjorde en bladderscan. Den scanningen visade att det var hög resurinmängd. Sjuksköterskan bytte kateter och det tömdes 1 900 ml urin.

Marika fick vara kvar några dagar på sjukhuset och när det blev dags att åka hem var katetern kvar men hon fick inte någon information om hur katetern skulle skötas alls. Hon uppfattade det som att hon skulle bli kontaktad av sjukvården när hon kom hem.

Efter några dagar hörde hon då alltså av sig till mig. Det hon fick åka hem med var en nattpåse som var förankrad i en hållare som man vanligtvis fäster på en säng. Ingen påse att byta med, ingen information om hur det skulle skötas, ingen återkoppling till vårdcentral eller distriktssköterska.

Nu löste det sig för Marika, efter att katetern var dragen kunde hon kissa naturligt men det kunde lika gärna gått så illa att hennes blåsfunktion hade förstörts så att hon hade blivit tvungen att utföra RIK.

För oss som arbetar inom sjukvården är vissa saker självklara och för oss som är inom urologin är några saker mer självklart än om man arbetar inom till exempel medicin eller ortopedi. Men om man aldrig arbetat inom vården är det inte alls så självklart. Hur skall man veta hur man skall sköta en kateter om man tidigare knappt vetat om att det finns. Det är därför viktigt att informera patienter noga så att de verkligen förstår det vi vill förmedla. Informationen bör vara både muntlig och skriftlig.

ELISABETH GUNNARSSON-BLOMQVIST
Urologkliniken Jönköping

Komplikationer till följd av nefropyelostomi

Resultat från en retrospektiv studie vid Urologiska kliniken, Örebro

Den första rapporten om insättandet av en perkutan nefropyelostomikateter (PNP-kateter) publicerades år 1955 [1]. Sedan dess har behandlingen blivit den primära för avlastning vid obstruktion i njurens samlingssystem [2]. Behandlingen kan vara direkt livräddande, t.ex. vid avstängd pyelit eller vid totalt postrenalt hinder. Emellertid ger behandlingen upphov till betydande morbiditet med påverkan på livskvalitet, och uppföljningen av dessa patienter är ofta eftersatt.

En PNP-kateter placeras med hjälp av ultraljudsledning i njurbäckenet, vanligen på röntgenavdelningen. Punktionen görs på ryggsidan och katetern fästs i njurbäckenet med en krok i änden av katetern. Insticksstället behöver läggas om regelbundet och sköts vanligen på vårdcentralen eller i hemvården. Urinen samlas i en påse som hänger på benet under kläderna.

Syftet med studien

Att kartlägga komplikationer och behandlingstid hos patienter som erhöll PNP-kateter under 2015 vid Universitetssjukhuset i Örebro (USÖ).

Material och metod

Studien utfördes retrospektivt. Under 2015 remitterades 197 patienter för PNP-kateterinläggning på USÖ. Vid genomgång av dessa remisser sorterades utomlänspatienter bort, personer som inte erhöll nefrostomi och patienter som fortfarande var bärare av PNP vid tillfället för journalgranskningen. Vid tre tillfällen misslyckades inläggningen och dessa patienter utgick ur studien. Journaler granskades för resterande 130 patienter.

Utifrån patienternas journaler samlades sedan demografisk information in, indikation för PNP-kateter, huruvida och om antibiotikaprofylax gavs. Akutbesök och planerade byten samt behandlingstiden registrerades. Antal dagar för sjukskrivning eller om patienten var pensionär noterades även.

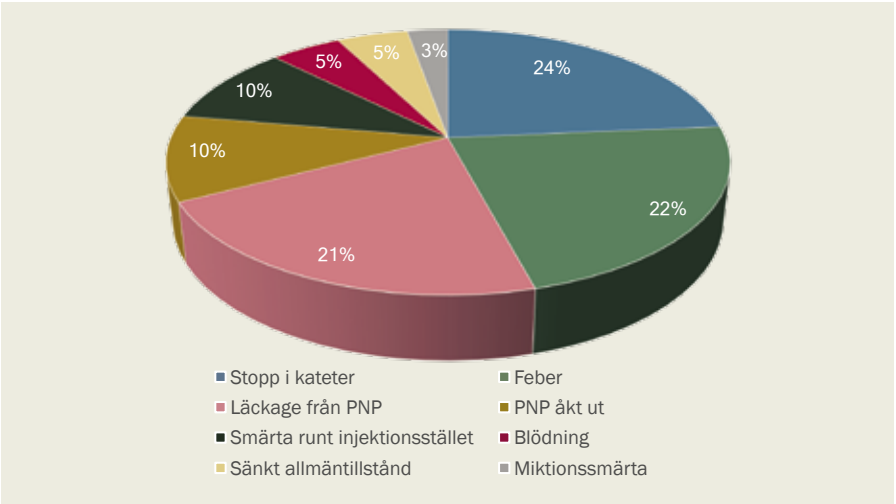
Studien är, inom ramen för en kandidatuppsats, kvalitetsuppföljning av den egna verksamheten. Godkännande har inhämtats av berörda verksamhetschefer, men är inte granskad av etisk kommitté.

Resultat

I studiepopulationen (n=130) var 60% män, 45% överviktiga (BMI > 25 kg/m2) och medianåldern var 68 år. Hydronefros var den vanligaste orsaken till att få behandling med PNP-kateter (95%). Andra anledningar till PNP-kateter var läckage från urinvägarna (5%), vanligen efter kirurgi, och som planerad diversion av urinen efter cystektomi (1%). De vanligaste orsakerna till hydronefros var sten i urinvägarna (50%) och tumörsjukdom (43%). Tumörerna som orsakade obstruktion av urinledaren var framför allt prostatacancer, gynekologisk cancer samt kolorektal cancer. Av alla PNP-insättningar var 37 (28%) planerade och 93 stycken (72%) akuta behandlingar. Inför insättningen hade 80% premedicinering med antibiotika. Behandlingstiden var i median 99 dagar. Under behandlingstiden var 27 patienter (21%) sjukskrivna, 15 (11%) hade ingen sjukskrivning och 88 (68%) var pensionerade.

Komplikationer

Varje kontakt med sjukvården (telefon eller akutbesök med eller utan inläggning) har registrerats som komplikation, liksom odlingar och antibiotikabehandling. Av 130 patienter drabbades 66 % av komplikationer. Under behandlingstiden



Figur 1: *Komplikationer till PNP-behandling.*

	Antibiotika N=104 N (%)	Ej antibiotika N=26 N (%)	P
Infektion			**0.003**[a]
Ja	28 (26.9)	15 (57.7)	
Nej	76 (73.1)	11 (42.3)	
Febril infektion			0.999[b]
Ja	23 (82.1)	11 (78.6)	
Nej	5 (38.5)	3 (21.4)	
Sepsis			0.124[b]
Ja	13 (12.5)	7 (26.9)	
Nej	91 (87.5)	19 (73.1)	
Blododling			0.331[a]
Pos	13 (32.5)	7 (46.7)	
Neg	27 (67.5)	8 (53.3)	

[a]Chi-2 test [b] Fishers exakta test

Tabell 1: *Korrelation mellan premedicinering med antibiotika och infektioner för patienter behandlade med PCN.*

uppsökte 91 patienter (70%) akutmottagningen och 38 patienter (29%) fick läggas in på sjukhus. De tre vanligaste komplikationerna var stopp i katetern (24%), feber (22%) och läckage från nefrostomin (21%) (Figur 1).

Antibiotika

Patienter med antibiotikaprofylax eller behandling med antibiotika visade sig ha lägre andel infektioner i jämförelse med dem utan (Tabell 1). Denna grupp hade även mindre risk för bakteremi. Totalt 20 patienter hade positiva blododlingar, 10 av dem (50%) hade *E. coli* vilket var den vanligaste bakterien följd av *Clostridium difficile* (15%), *Pseudomonas aeroguinosa* (10%) och *Staphylococci* (10%).

Insättning av nefrostomikateter sker med ultraljudsvägledning på radiologen. ***Foto:*** *Adobe Stock*

Riskfaktorer

Ålder var en riskfaktor för att drabbas av komplikationer med odds ratio 1.03 och p-värde 0.049, vilket betyder att för varje levnadsår ökade risken för komplikationer med 3%. Antibiotikaprofylax skyddade mot komplikationer (p = 0.035). Patienter som inte fick antibiotika inför behandlingen löpte 3.5 gånger större risk att få en komplikation under behandlingstiden. Behandlingstidens längd ökade risken för komplikationer, ju längre behandlingstid desto större risk för komplikationer (p = 0.001) och risk för infektioner (p = 0.002). (Tabell 2 - se nästa sida)

Diskussion

Målet med studien var att beskriva utfallet av behandlingen med perkutan nefropyelostomikateter för patienter vid USÖ under 2015. Komplikationsgraden nådde 66%. De tre vanligaste komplikationerna var stopp i katetern, feber och läckage från nefrostomin. Risken för komplikationer ökade med ålder och behandlingstid. Antibiotikaprofylax eller behandling med antibiotika hade en skyddande effekt och minskade risken för komplikationer.

I studien har vi använt en vid definition av komplikationer, och därmed är frekvensen högre i jämförelse med tidigare studier [3, 4]. Beträffande blododlingar, fynd i dessa samt infektionsrisk, stämmer det väl överens med andra studier [5, 6].

Nefropyelostomi är en effektiv behandling för att avhjälpa avstängd pyelit eller annat postrenalt hinder. Ingreppet kan vara livräddande. Samtidigt är behandlingen för många patienter dyrköpt i form av mycket besvär och obehag, men också i form av svåra infektionsepisoder. För de patienter som har en kronisk sjukdom med livslång nefropyelostomibehandling gäller det att minska besvären och bemöta komplikationer så snabbt som möjligt. Många av dessa patienter är svårt sjuka och har regelbunden kontakt med sjukvården eller hemvården. Här skulle undervisning eller stöd till distriktssköterskor etc. kunna minska antalet besök till akutsjukvården, eftersom det inte var ovanligt att patienten sökte för knick på slangen, eller felskruvade kopplingar. ➤

	Komplikation N=86 (66.2) N (%)	Ej komplikation N=44 (33.8) N (%)	Ojusterat OR (95% KI)	P	Justerat OR (95% KI)	P
BMI						
Medelvärde (SD)	25.70 (4.28)	25.01 (3.85)	1.04 (0.95-1.15)	0.404	1.04 (0.94-1.15)	0.468
Kön						
Kvinnor	33 (38.4)	19 (43.2)	1.00 (ref)		1.00 (ref)	
Män	53 (61.6)	25 (56.8)	1.22 (0.58-2.55)	0.597	0.89 (0.38-2.09)	0.782
Ålder						
Median (min-max)	70 (29-94)	73 (21-93)	1.01 (0.99-1.04)	0,257	**1.03 (1.00-1.06)**	**0.049**
Antibiotika						
Ja	64 (74.4)	40 (90.1)	1.00 (ref)		1.00 (ref)	
Nej	22 (25.6)	4 (9.1)	3.44 (1.1-10.71)	0.033	**3.55 (1.09-11.52)**	**0.035**

*: Justerat för BMI, kön, ålder, antibiotika

Tabell 2: *Odds ratio (OR) med 95% konfidensintervall (KI) för korrelation mellan BMI, kön, ålder, antibiotika och komplikationer.*

Den andra stora gruppen utgörs av patienter med avstängd pyelit. Dessa patienter är ofta unga, friska och i arbetsför ålder. Hos dem är det inte bara besvärligt och tröttsamt med återkommande besök på akutmottagningen. De är ofta sjukskrivna med PNP-katetern under lång tid i väntan på behandling av sten i urinvägarna. I vår studie var behandlingstiden med i median 99 dagar, samhällskostnaden blir därmed hög.

Patienter med nefropyelostomibehandling är en eftersatt patientgrupp. Sannolikt skulle enkla åtgärder inom den urologiska vården kunna göra stor skillnad. Ett exempel är att inrätta en funktion liknande kontaktsjuksköterskans, en sjuksköterska med kunskaper på området som kan svara på frågor från patienter och distriktssköterskor. På så vis skulle besök på akutmottagningen kanske kunna undvikas genom att instruera om enkla åtgärder som inte kräver akutsjukvård eller genomlysning med röntgenutrustning. En annan funktion som sjuksköterskan skulle kunna ha är att hålla ordning på vilka patienter som går med slang. I analogi med kontaktsköterskans roll att vara spindeln i nätet, kan nefrostomisköterskan se till att byten inte glöms bort, samt bevaka att patienter med nefrostomi kommer till åtgärd för sin sten så snart som möjligt.

KLARA ELFSTEN
Läkarstuderande
Örebro Universitet

PERNILLA SUNDQVIST
Urolog
Universitetssjukhuset Örebro

Källor:

1. Goodwin WE, Casey WC, Woolf W. Percutaneous trocar (needle) nephrostomy in hydronephrosis. JAMA. 1955;157(11):891-4.
2. Siddiqi NH. Percutaneous Nephrostomy [internet]. 2016 [updated date 2016 Nov 23, cited date 2017 Jan 10] Avalible from: http://emedicine.medscape.com/article/1821504-overview
3. Cochran ST, Barbaric ZL, Lee JJ, Kashfian P. Percutaneous nephrostomy tube placement: an outpatient procedure. Rasiology. 1991;179(3):843-7.
4. Carrafiello G, Langanà D, Mangini M, Lumia D, Recaldini C, Bacuzzi A, et al. Complications of percutaneous nephrostomy in the treatment of malignant ureteral obstructions: single-centre review. Radiol Med. 2006; 111(4):563-71
5. Aradhana M, Venkatesan AM, Kundu S, Sacks D, Wallace MJ, Wojac JC, et al. Practice Guideline for Adult Antibiotic Prophylaxis during Vascular and Interventional Radiology Procedures. J Vasc Interv Radiol. 2010;21(11):1611-30
6. Dyer RB, Regan JD, Kavanagh PV, Khatod EG, Chen MY, Zagoria RJ. Percutaneous Nephrostomy with Extensions of the Technique: Step by Step. Radiographics. 2002;22(3):503-25.

Annons

Tre steg som kortade ledtider vid standardiserat vårdförlopp (SVF)

Urologsektionen vid Uddevalla sjukhus i NU-sjukvården bestämde sig hösten 2015 för att försöka genomföra målen i SVF. Det ledde till att ledtiderna för prostatacancer mer än halverats de följande två åren. Överläkare Jesper Swärd berättar hur det gick till.

– Vi har bara gjort det som var tanken i SVF-införandet. Egentligen skulle det vara av intresse att man tittar på dem som inte alls har lyckats få ner ledtiderna, och se vad de har gjort. Eller rättare sagt inte har gjort, säger Jesper Swärd, sektionsansvarig läkare för urologen vid kirurgkliniken i Uddevalla.

– Tid till första besök, tid till biopsisvar och tid till operation. Det är de tre huvudtiderna vi har koncentrerat oss på. Vi har sett det som att vi ska jobba med de saker som är våra egna. Det är ju mycket enklare att ägna sig åt förbättringar där man äger alla komponenter, och det gör vi i nästan alla de här frågorna.

– Genom att fokusera på problemet har vi kortat den totala utredningstiden från remissankomst till operation som 2015 var 144 dagar till idag 61 dagar.

Mediantid från remissankomst till urologen till första besök hos urolog:
44 dagar 2015 – 15 dagar 2017

– Det kunde ta uppemot 90 dagar att komma till oss. Vi hade patienter med avancerad prostatacancer som frågade hur en utredning kunde ta så lång tid. Och det är klart att tre månader diagnostiktid, det kan ju inte vara bra. Men man vänjer ju sig av att ha det så.

– Ungefär 5 000 remisser får vi varje år till oss på urologen. Vår flaskhals var att mottagningen alltid var fullbokad två veckor framåt. Och det var vi ganska pressade av, framför allt för urinblåscancer som har ett ännu snabbare SVF-förlopp. Vi insåg att vi måste skapa ”tomma tider”, en speciell kö där vi bara bokade in SVF-patienter med misstänkt urologisk cancer, där det i princip alltid skulle finnas lediga tider.

– Vi hade en puckel med gamla remisser med oss när vi gick in i detta. Därför valde vi att börja om på nytt i september 2015 och tog oss an alla nya fall efter det enligt SVF, medan de fall vi hade med oss in i förändringen hanterades på det gamla sättet. Att möjliggöra SVF-tiderna är en prioriteringsfråga. På en urologisk enhet måste alltid den dyraste verksamheten, operation, prioriteras högst. Sedan har vi valt att prioritera en hög läkarbemanning på avdelningen; att klara att snurra runt många patienter på relativt få vårdplatser.

– Vår tredje prioritet har därefter varit att alltid bemanna våra SVF-mottagningar. De går före all annan mottagningsverksamhet. I ett förändringsskede måste man omprioritera, och SVF gav oss här en karta för arbetet, att vi skulle prioritera cancer. Jag tror det finns en allmän acceptans för det i samhället. Att man låter det gå före, när resurserna är oförändrade.

Mediantid från biopsitagning från prostata till PAD-besked (biopsisvar) till patienten:
21 dagar 2015 – 18 dagar 2017

– Vi skapade ett väldigt bra samarbete med patologen som gjorde att vi var garanterade att få biopsisvaren efter sju eller åtta dagar. Det innebar att redan när vi tog biopsierna och patienten var hos oss kunde vi direkt i handen ge dem en återbesökstid om tio dagar. Har man en sådan jämn process, och vet att vi får det där biopsisvaret snabbt, då kan du verkligen korta dina ledtider. Men det verkar vara ett koncept som inte många använder sig av.

– För att underlätta planeringen har vi

– Vi har bara gjort det som var tanken i SVF, säger överläkare Jesper Swärd vid urologsektionen på Uddevalla sjukhus om framgången med att sänka ledtiderna vid prostatacancer.

Foto: *Anders Hansson*

valt att acceptera att den läkare som tar vävnadsproverna inte behöver vara samma som sedan lämnar PAD-beskedet. Den som tar proverna kan vara vilken urolog som helst medan den som lämnar svaret ingår i vårt prostatacancerteam. Vi informerar om detta och upplever inte att patienter finner det negativt.

Mediantid från biopsisvar till operation (radikal prostatektomi):
82 dagar 2015 – 28 dagar 2017

– Det tog vi i två steg. Första steget var väntelistan för behandling där ingreppen prioriteras mot varandra. Och återigen så hade vi SVF som säger att mer eller mindre alla cancer operationer ska prioriteras inom fjorton dagar. Det har vi inte riktigt lyckats komma ner till, men vi närmar ju oss hela tiden.

– Det andra steget är en mycket klurigare fråga: vem som ska få operera och hur operationstid ska fördelas på kliniken. En ganska känslig faktor på en opererande klinik. Det finns låsningar beroende på olika inmutade operationsdagar, att det här teamet bara opererar på onsdagarna och den här överläkaren alltid på fredagar.

– Nu övergav vi ”rättviseprincipen” att alla doktorer ska få operera ungefär lika mycket och ha inmutad tillgång till operationsutrymme, till fördel för att det alltid är väntelistan som bestämmer vad vi ska göra först! Vi ändrar därför varje vecka i schemat utifrån hur väntelistan ser ut.

– Det kostar lite mer i schemaläggning att omfördela tider och skapa nya till dem som behöver operera, och det måste kontinuerligt revideras för att man inte skall fastna i missmatchning mellan operatör och operationsbehov. Men det var faktiskt inte så väldigt kontroversiellt när vi väl hade gjort det.

– När jag svarade på en fråga om detta vid Västsvenska Urologmötet i Uddevalla förra året, sa en åhörare att det gick som ett sus genom salen. Det var nog den stora snackisen för den kvällen. Och det kan man ju tycka är bisarrt 2018. Det är klart som tusan att sjukvården ska prioritera i medicinsk prioriteringsordning.

– Det kan låta som en löjligt enkel grej, men jag kan sätta en peng på att man vid väldigt många urologkliniker i Sverige inte gör så.

ANDERS HANSSON
Patientföreträdare och kansliansvarig vid prostatacancerföreningen PROLIV VÄST
Journalist och redaktör för föreningens tidning PROLIVNYTT

NU-sjukvården – största centret

- Cirka 800 remisser årligen om misstänkt prostatacancer
- 397 nydiagnostiserade fall av prostatacancer år 2017
- Landets största center för prostatacancerdiagnostik

Till minne av

Johan Hansson

Det är med stor sorg som vi tog emot beskedet att vår gode kollega, Johan Hansson, tragiskt förolyckades den 29 april i år – mitt i livet!

Johan var en mycket kompetent allmänkirurg och urolog, och ledde framgångsrikt den kirurgiska och urologiska länskliniken i Gävleborgs län fram till sin bortgång. Johan var mycket angelägen om hög kvalitet i arbetet och värnade starkt om länets urologiska patienter. Utöver detta var han en duktig urolog, både kirurgiskt och bedömningsmässigt och hade en mycket god förmåga att se både helheten och detaljerna i kliniska förlopp.

Jag hade den stora äran att få arbeta med Johan, som min verksamhetschef under sommaren 2012, innan jag fortsatte till Umeå enligt tidigare lagda planer. Det var en bra sommar, och vi hade många givande samtal utöver arbetssamtalen och de dagliga göromålen. Efter det hade vi tät kontakt fram till nu, då Johan var en av de första att entusiasmeras och aktivt medverka i de prospektiva translationella projekt som jag, med flera, driver kring avancerad urinblåsecancer, och där han och hans klinik har varit en viktig klinisk enhet i den nationella forskargruppen.

Johan var reko, klarsynt och mänsklig – men utöver dessa egenskaper och utöver hans yrkeskunnighet och nyfikenhet på forskning och vetenskap, så var han framförallt en mycket god kamrat och vän.

Farväl Johan! Jag och många med mig, kommer att sakna dig väldigt mycket och vi kommer att minnas dig!

AMIR SHERIF
Ordförande
i Svensk Urologisk Förening

Johan Hansson, som tragiskt gått bort i en olycka. ***Fotograf:*** *Anders Friberg/Region Gävleborg*

Annons

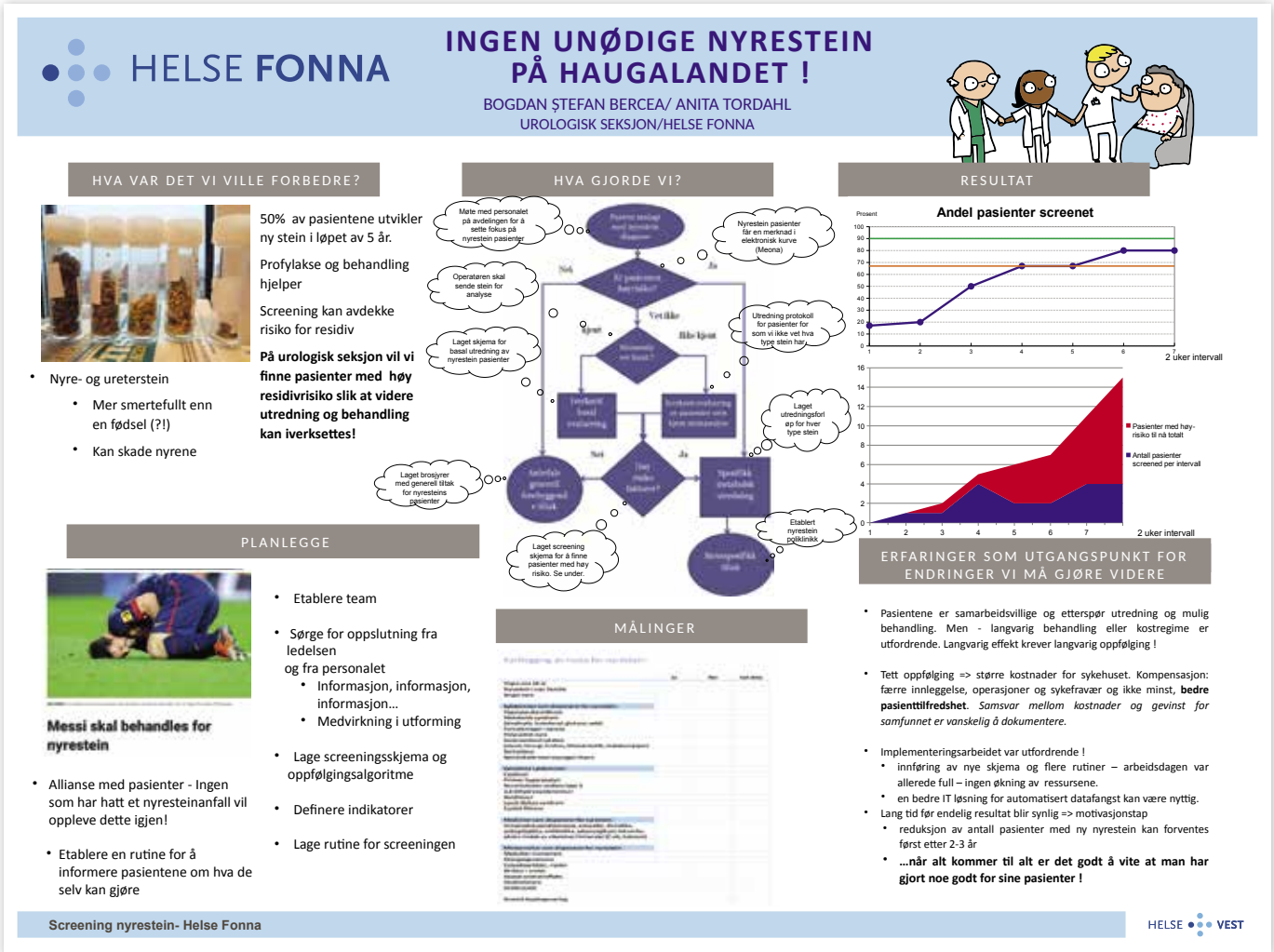
Annons

Kvalitetsforbedringsprosjekt skal gi færre nyrestein på urologisk sengepost på Haugesund sykehus

Nyrestein er vanlig, kan være svært smertefullt og gi behov for behandling, i og utenfor sykehuset, og noen ganger operasjon. Opptil 10% av alle menn og 5% av alle kvinner vil få nyrestein i løpet av livet. Under graviditet er forekomsten økt 2–3 ganger. Av de som får nyrestein, vil 50% få et nytt anfall innen 5 år og 70% innen 20 år. Enkelte har høyere risiko for å danne nyrestein. Komplisert steinsykdom brukes om tilfeller med nyrestein som skyldes at det foreligger ulike typer anlegg for å utvikle nyrestein.

Noen trenger sykehusinnleggelse på grunn av akutte smerter som vanskelig smertelindres i hjemmet. Andre trenger avlastning av nyren for å unngå fare for nyreskade. En del får behandling for nyrestein med operasjon.

Aldersgruppen 30–50 år rammes hyppigst. Denne gruppen karakteriseres også



Nyresteiner. ***Foto:*** *Adobe Stock*

ofte som ressurssterke fordi de interesserer seg for, og har lett for å tilegne seg kunnskaper om sykdommen sin. De etterspør ofte om det er noe de selv kan gjøre for å unngå å få det igjen. Mange pasienter er i jobb og det kan kreve lengre tids sykemelding i påvente av steinfrihet, ofte en nyresteinsoperasjon. Vi har snakket med en del pasienter som har vært innlagt på vår avdeling med nyrestein og de fleste er svært positive til videre oppfølging og forebygging.

EAU; European Assosiation of Urology, har evidensbaserte retningslinjer for utredning og behandling av bakenforliggende årsak til at det kan oppstå ny nyrestein hos pasienter med høy risiko for residiv (se oversikt).

Vi ønsket å implementere forskningsresultatene og internasjonale retningslinjer fra EAU og kvalitetssikre behandling vår. Dette vil gi en forbedret kvalitet på helsetjenesten samt redusere antall tilfeller og behov for behandling ved residiverende nyrestein.

Vi startet med å risikovurdere våre nyresteinspasienter og henter ut de som har høy risiko for å utvikle ny nyrestein for å kunne tilby individualisert utredning og forebyggende behandling ved den nystartede nyresteinspoliklinikken.

prosjektleder for prosjektet
BOGDAN BERCEA
Urolog
Helse Fonna HF

ANITA TORDAHL
Uroterapeut
Helse Fonna HF

Risikofaktorer for nyrestein
Yngre enn 16 år
Nyrestein i nær familie
Singel nyre

Sykdommer som disponerer for nyrestein:
Hyperparatyroidisme
Metabolsk syndrom (blodtrykk, kolesterol, glukose, vekt)
Forkalkninger i nyrene
Polycystisk nyre
Gastroenteral sykdom (stomi, kirurgi, Crohns, Ulcerøs kolitt, malabsorpsjon)
Sarkoidose
Spinalskade med nevrogen blære

Genetiske sykdommer:
Cystinuri
Primær hyperoxaluri
Renal tubulær acidose type 1
2,8-Dihydroxyadeneiniuri
Xanthinuri
Lesch-Nyhan syndrom
Cystisk fibrose
Medisiner som disponerer for nyrestein:
Urinproduksjonshemmere, antacider, diuretika, antiepileptika, antibiotika, adrenergikum, laksantia, ekstra inntak av vitaminer/mineraler (C-vit, kalsium)

Misdannelser som disponerer for nyrestein:
Medullær svampnyre
Overgangsstenose
Calyxdivertikler, -cyster
Striktur i ureter
Vesico-uretral refluks
Hesteskonyre
Ureterocele
Kronisk blyeksponering

SVENSK SJUKVÅRD BEHÖVER OMVÅRDNAD

BLI EN DEL AV VÅRDENS VIKTIGASTE FRÅGA!

Som sjuksköterska vet du vad god omvårdnad innebär och betyder. Det är vårt ansvarsområde och vår utgångspunkt.

Tyvärr saknar många av vårdens beslutsfattare den kunskapen. Och eftersom de inte vet vad omvårdnad är, känner de heller inte till vilken funktion vi sjuksköterskor fyller.

Bristen på kunskap resulterar i fler vårddagar, högre kostnader och sämre patientsäkerhet.

Det vill vi råda bot på.

Inför, under och efter valet 2018 ska vi påverka vårdens makthavare att ta bättre beslut. Beslut som grundar sig på rätt kunskap.

I tidningar och på nätet, i seminarier och debatter, via politikerträffar och personliga möten runt om i landet kommer vi att lyfta vårdens viktigaste fråga. Och vi vill att du är med!

På **omvårdnad.se** kan du redan nu ta del av våra krav och förslag. Inom kort fyller vi på med material som du kan dela vidare.

SVENSK SJUK- SKÖTERSKE FÖRENING 1910

En kommunikationsinsats på initiativ av Svensk sjuksköterskeförening för att lyfta omvårdnadens betydelse för kvalitet och patientsäkerhet i svensk hälso- och sjukvård.

Patientfall från en andrologisk mottagning

Storrökande och snusande 32-årig man från annat land som remitterats från urolog till min andrologiska mottagning på grund av barnönskan. Född med båda testiklarna i buken vilket man inte slösat någon tid på i mannens hemland. Patienten hade inte heller reflekterat över vilka konsekvenser detta skulle kunna ha. Patientens urolog i Sverige hade i sin tur tolkat situationen som ”vanishing testicles” trots ett testosteron som var synnerligen mätbart.

Försökt få barn i många år

Paret hade idogt försökt att bli gravida under 4 års tid med oskyddade samlag utan resultat. Den sexuella lusten var utmärkt och inga som helst erektionsproblem med samlag varannan dag. Vid försök att förklara för paret att spermieprovet som lämnats inför besöket inte uppvisade några spermier blir patienten irriterad då han klart och tydligt kan se en utlösning vilket han tar som bevis på spermieproduktion. Doktorns pedagogiska förmåga sätts nu på sin spets och papper och penna åker fram för att förklara biologiska fenomen.

Jakt på försvunna testiklar

Blodprov visar testosteron 8,8 nmol/L, LH 29 IE/L och FSH på 55 IE/L. Undertecknad tolkar detta som att testiklar finns och måste hittas. Kromosomanalys och analys för micro-Y-deletion är normala. Magnetröntgen påvisar mycket riktigt strukturer medialt om femoraliskärlen som kan utgöras av testiklar. Remiss utgår till urolog som ställer sig tveksam till operation då testiklarna är nåbara med ultraljud och uppenbarligen producerar testosteron om än på lite torftig nivå. Ihärdig androlog envisas med operativ åtgärd där PAD visar testikelcancer (seminom) i ena testikeln med inväxt i rete testis.

Summan av kardemumman är att män ska ha två testiklar i pungen och har de inte det så ska man leta efter dom.

KATARINA LINK
Reproduktionsmedicinskt Centrum,
Skånes universitetssjukhus

Fonden mot prostatacancer delar kontinuerligt ut stipendier för kompetensutveckling till vårdpersonal och patientföreträdare inom svensk prostatacancervård

Sök stipendium
Stipendier kan sökas året om och avser deltagande i kurser och konferenser där forskningsrön och behandlingsmetoder presenteras. Tanken är att bidra till att snabbt föra ut forskningsresultat till berörd personal för att på så vis förbättra vården av patienter med prostatacancer - och därmed höja livskvalitén för dem och deras anhöriga. En prioriterad målgrupp är de yrkesgrupper som befinner sig nära patienten i vården såsom sjuksköterskor och uroterapeuter.
http://www.prostatacancerforbundet.se/sok_stipendium_information

Kontakt vid administrativa frågor gällande stipendier:
Tiina Hallberg, administratör | 08-655 44 39 | tiina@prostatacancerforbundet.se

Annons

När jag var 16 år tog livet slut för en stund

Martin var 16 år, hade just börjat gymnasiet och hade en lovande karriär som fotbollsspelare. Som lovande menades i Martins fall att han precis hade debuterat i klubbens A-lag i division 4. Han hade flickvän och många kompisar och livet var som det är för många 16-åringar. Han hade inte så mycket framtidsplaner utan levde här och nu. Visst, skulle erbjudande komma från grannkommunens division 1-lag i fotboll hade han förstås satsat på det, men livet lekte och han hade ”kul” helt enkelt.

Men så en dag i duschen tyckte han att han kände nåt konstigt på pungen. Något han inte känt tidigare, en knöl som gjorde ont. Han blev helt iskall. Men vem skulle han prata med om det?

– Inte morsan!

Hon skulle bli helt hispig, tänkte han. Farsan bodde med en ny familj och de hade dålig kontakt. Flickvännen? Nja, så nära var de inte. Många kompisar fanns det, men vem skulle man prata med om en knöl på pungen? Sömnlösa nätter gjorde att han till slut tog kontakt med sin storebrors sambo som var sjuksköterska. Det var det enda han kunde komma på och det var tur för hon fattade direkt. Hon såg till att han bokade tid på vårdcentralen och hon var med när han berättade för sin mamma. Han skolkade den dagen han fick tid på vårdcentralen.

– Inte kunde jag berätta för ”Liman”, som han kallades klassföreståndaren, att jag skulle till doktorn och undersöka pungen.

Distriktsläkaren var ju förstås en ung kvinna och Martin berättar att han höll på att dö av skam.

– Jag har aldrig svettats så mycket och inte rodnat så mycket heller för den delen. Tänk dig själv att behöva dra ner byxorna inför en, visserligen äldre men otroligt snygg kvinna, som dessutom skulle titta och känna på dina ädlaste delar.

Men hon var snäll och behandlade honom med respekt. Hon berättade att hon skulle skriva en remiss till urologmottagningen och till röntgen för ett ultraljud. Då skulle han få ta ledigt en gång till, åka till grannkommunen och åka till sjukhuset, där han aldrig varit, och besöka urologen! Ja, humöret var inte på topp. Dessutom var han ju förstås väldigt orolig.

Martins mamma tjatade om att få följa med och tur var väl det. Urologen gjorde ett ultraljud på testikeln och talade om

att han misstänkte att det var en cancer i testikeln. Det var mycket information och det var tur att Martins mamma var med. Det var ju bara en liten detalj, han kunde, om han ville, få lämna ett spermaprov. Martin hade väl aldrig pratat med sin mamma om sådant. Det var så pinsamt. Då kändes det som om han ville försvinna genom ett svart hål. Att hans mamma skulle behöva veta att han skulle lämna spermaprov! Visste hon ens att han hade haft sex!? Ja, inte hade Martin talat om det i alla fall.

16 år och ha cancer

– Tja, vad säger man om det? 16 år och livet hade ju precis börjat! Jag som hade allt! Skulle jag dö nu? Hur kunde man ens få cancer när man inte ens hade börjat livet på riktigt.?

Martin berättar vidare att det skulle bli många prövningar för honom framöver. Han bestämde sig i alla fall för att lämna spermaprov, han valde att be sin storebror och hans flickvän om hjälp med skjuts. Det gjorde på något sätt att de kom närmare varandra. Det var en väldigt speciell upplevelse.

– Men personalen där var fantastiska. De tog verkligen hand om mig. Men det var en av de värsta upplevelserna jag varit med om. Alltså som 16-åring har man mycket drift och lust och man skulle ju kunna ha sex i princip hela tiden och vart som helst det erbjudits. Men att vara på en toalett med ett par porrtidningar, en mugg och vetskap om att alla vet vad man gör där inne, funkade inte så bra ens för en testosteronstinn tonåring.

Foto: Adobe Stock

– Men efter ett tag kunde jag gå därifrån med ”godkänt resultat” Nu kan man skratta åt det men då var det oerhört jobbigt, konstaterar Martin.

Två dagar senare var det så dags för operation. Martin berättar att han försökte tänka bort det och tänkte att det händer egentligen inte honom själv utan någon annan person.

– Det var mitt sätt att bearbeta det, förklarar han.

Efter operationen blev det cellgifter och det gjorde man för att vara säker på att det inte skulle sprida sig i kroppen. Det var galet tufft. Martin mådde oerhört illa, man fick avbryta en gång för att han mådde så dåligt. Som han minns det var det blodet som inte var ok.

Depression

Den här perioden var mitt under fotbollssäsongen och Martins debut i A-laget var förbi. Han var oerhört ledsen för det just då. Han missade ett träningsläger som han sett fram emot och som han jobbat ihop pengar för att kunna följa med på. Dessutom blev det slut med flickvännen. Han hamnade i en depression. Det var svårt att få hjälp med sådant på den tiden. Det var oerhört tufft att komma tillbaka till skolan, lärarna hade lite dålig koll. De skickade någon klasskamrat med några skolböcker och en handskriven lapp på vad han skulle plugga. Ingen som direkt följde upp hur det gick. Idag fungerar det som väl är mycket bättre.

Han hade inte så mycket hjälp av sin mamma heller tycker Martin.

– Hon gjorde så gott hon kunde, men hon hade det ganska tufft själv i sitt liv, så jag klandrar henne inte det minsta. Hon visste inte bättre helt enkelt.

Det som fick Martin tillbaka igen var när han, som var andretränare i klubbens A-lag, tog kontakt med honom. Han ringde på dörren en dag när Martin nyss var hemkommen från en cellgiftsbehandling, mådde skit och var allmänt nere.

Först ville han inte prata med honom men då tränaren berättade att han också haft cancer, inledde de en vänskaplig relation som de har kvar än idag.

Martin berättar:

– Han var den enda som visste vad jag gick igenom. Han kunde relatera till allt det jag sade och han lät mig vara ledsen. Mamma blev förtvivlad så fort jag visade att jag inte mådde bra, så därför höll jag allt sådant inne för henne. Men med min tränare blev det annorlunda, för han förstod. När jag var med honom kunde jag gråta, det är många tröjor jag snorat ner för honom, säger Martin och ler.

– Men han fick mig också att skratta mitt i allt elände, han fick mig att få framtidshopp igen. Han är fortfarande min allra bästa vän, trots 20 års åldersskillnad.

Livet blev bra

Att vara 16 år och få cancer är svårt. Man är ofta ensam om det i kompisgänget och att vara annorlunda i den åldern är inte lätt. Det finns ingen att prata med då det inte är någon som förstår. Idag finns ”ung cancer” som är en förening dit man kan vända sig. Där finns andra i samma situation som man kan prata med och de ordnar läger och aktiviteter för unga cancerdrabbade. Man kan även som ung anhörig till cancersjuk höra av sig hit för att få stöttning.

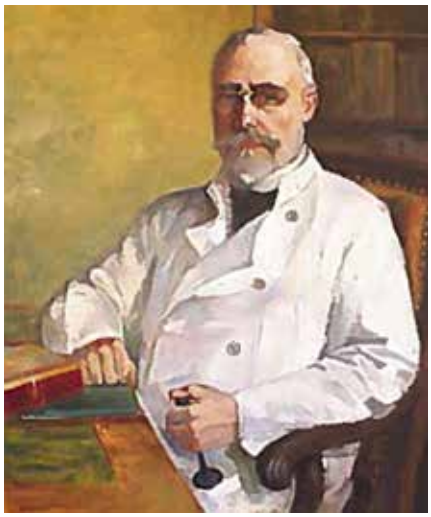
Idag är Martin vuxen, gift och har två barn. Han tycker att den perioden i livet, när han var sjuk, lärde honom mycket. Att vara tacksam och ödmjuk mot livet och de människor som finns runtomkring. Han har i vuxen ålder alltid varit öppen med att han har haft cancer och berättar gärna för de som vill lyssna. Han säger till och med att han kan känner en slags tacksamhet till den perioden i livet. Att den har gjort honom till den han är idag.

ELISABETH GUNNARSSON-BLOMQVIST
Urologkliniken Jönköping

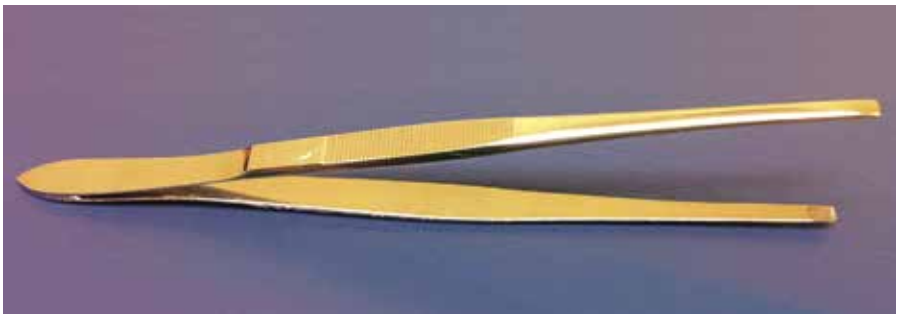
Annons

Lasarettsläkaren Carl Adlercreutz försökte ersätta urinröret med vena saphena magna år 1916 – hur gick det?

Vid slutet av artonhundratalet grundades ett stort antal länslasarett i Sverige. Man hade då en ensam lasarettsläkare på varje lasarett. Det var ett ensamt arbete och ett jättestort behov av sjukvård inom alla områden. Om man inte kunde erbjuda patienten behandling var möjligheterna att remittera patienterna till ett större sjukhus begränsade. Det gjorde att man exempelvis gav sig på komplicerade ingrepp utan egen erfarenhet, man läste en intressant artikel i en tysk tidskrift eller läste på ett kapitel i någon stor tysk operationslärobok och så försökte man. Idag hade man nog tyckt att det skulle vara oetiskt att göra så och inte vara enligt vetenskap och beprövad erfarenhet. Men vad skulle man göra? Intentionen att hjälpa kom i första hand.



Figur 1: *Carl Adlercreutz (1866-1937). Oljemålning från tiden som historien utspelade sig. Från sydsvenska medicinhistoriska sällskapets bildarkiv.*



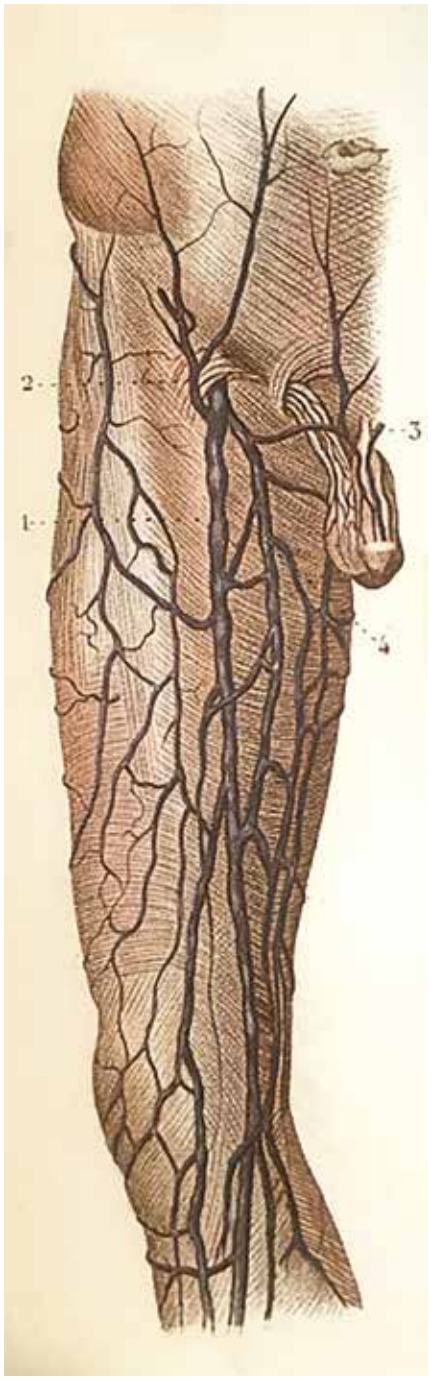
Figur 2: *Adlercreutz är nog mest ihågkommen för den så kallade Adlercreutzpincetten som är en klo-pincett där klorna är så små att man inte skadar vävnaderna när man nyper med den. När jag arbetade som kirurg i Ystad på 1980-talet var det den man använde när man sydde i tarm.*

Vi har i en tidigare artikel bekantat oss med lasarettsläkaren, torparsonen Anders Hansson som gjorde en uretraresektion med anastomos. Nu skall vi träffa adelsmannen Carl Adlercreutz (figur 1) som var lasarettsläkare i Ängelholm 1905 till 1931. Idag är han nog mest känd för sin pincett, ”Adlercreutz-pincetten” (figur 2) som är atraumatisk och skonsam.

I sin artikel som publicerades för 100 år sedan, 1918, berättar Adlercreutz att den aktuella patienten, 23 år gammal, sökt hjälp redan 1886 hos gynekologen (!) Mauritz Salin i Stockholm. Patienten hade sedan födseln en uttalad hypospadi med penis nedbunden på undersidan av kraftiga bindvävsstråk, en kluven pung och uretramynningen satt vid penisroten. Salin skrev en artikel om fallet som bedömdes som alltför komplicerat och han kunde inte erbjuda patienten någon hjälp, men utvecklingen gick ju naturligtvis vidare.

1915 träffade patienten en annan läkare på grund av att han hade svåra smärtor vid erektion då bindvävsstråken gjorde att penis kroknade nedåt. Han genomgick då en operation där man tog bort bindvävsstråken. Penis blev då rakare, men uretramynningen gled ytterligare bakåt i perineum och vattenkastningen blev ännu besvärligare. Patienten hade alltid behövt ta ned byxorna när han skulle kasta vatten.

1916 sökte han därför hjälp hos Carl Adlercreutz i Ängelholm. Efter litteraturstudier fattade Adlercreutz beslutet att ersätta det saknade uretrasegmentet med ett stycke vena saphena magna som fritt transplantat. Idag har denna lår-ven (se figur 3 på nästa sida) ofta använts vid coronar by-passkirurgi. Den 22 maj gjordes operationen. Patienten sövdes med eter, Adlercreutz resecerade 15 cm av höger saphena-magna-ven. Sedan klöv han huden på penis undersida och i perineum och den distala änden av venen anastomoserades till den frilagda uretramynningen (så att eventuella venklaffar inte skulle ge



Figur 3: *Här kan man se vena saphena magna som den stora venen på lårets framsida. Bilden är från Petit atlas complet d´anatomie av J-N Masse (1875).*

problem). Han drog sedan ut den andra kärländen genom glans och skapade en ny uretramynning på normal plats. Slutligen slöts huden över transplantatet. Patienten fick en blåsfistel, men ingen KAD. Adlercreutz anmärker att man inte kunde sondera uretra eftersom man fastnade i venklaffarna.

Den 9 juni fick patienten reopereras. Han hade fått perineala smärtor. Adlercreutz misstänkte att man perforerat den nya uretran vid sonderingarna. Han fann vid operationen en striktur i anastomosen mellan den gamla uretramynningen och vengraftet. Strikturen resecerades och denna gång fick patienten en KAD, som fick sitta i en vecka. Sedan kunde urinröret sonderas.

Den 14 juli kunde patienten kasta vatten för första gången. Det gjorde ont och redan den 15 juli hade patienten smärtor i perineum och svullen förhud. Sannolikt öppnades blåsfisteln och patienten sändes i alla fall hem. Sommaren blev besvärlig och han fick en perineal urinfistel. Någon gång under sommaren togs blåsfisteln bort och patienten fick börja sondera urinröret och spola blåsan med silversaltlösning. Den 19 oktober kom han tillbaka, han hade uttalade cystitbesvär, men både infektionen och fisteln läkte på blåssköljningar med bakteriedödande medel. Under vårdtiden fick han dock en ny urinfistel som var kvar när han den 20 november sändes hem.

Redan den 1 januari 1917 blev han inlagd, nu med cystit och vänstersidig epididymit. Efter utskrivningen den 21 februari 1917 sonderade patienten själv urinröret var femte dag. Han kunde kasta vatten genom urinröret. Fisteln kvarstod.

Bästa läsare! Tro inte att det är klart än. Den 2 juli togs patienten in igen eftersom den vänstersidiga epididymiten nu hade abscederat och brutit genom huden. Patenten fick nu vänster testikel och bitestikel bortopererade. I denna operation togs också en blåssten bort som innehöll en bit gammal frakturerad kateter. En vecka senare gick en kateter sönder igen och man fick plocka bort en bit även denna gång.

Han fick en ny suprapubisk kateter som senare byttes till en KAD. Katetern drogs och den 10 augusti kunde patienten för första gången i sitt liv kasta vatten med sådan kraft att han inte behövde ta av byxorna, det räckte att knäppa upp gylfen. Han skrevs ut den 24 augusti 1917 och här tar historien slut. Man kan undra hur det gick efteråt. Blev det ett fortsatt lidande med upprepade cystiter och elände eller var han botad för gott?

I slutet av sin artikel ger Adlercreutz en state-of the-art rapport kring vad som då användes vid hypospadioperationer. Han skriver att de första som använt vena saphena magna var tysken Stettiner (1908) och fransmannen Tanton (1909). Ett annat uretrasubstitut var patientens appendix. Man försökte också med uretär och vaginalslemhinna från annan patient. Man tycker att sådana transplantat borde stötas bort av kroppens immunförsvar men vävnadsavstötning var nog ett ganska okänt begrepp på den tiden. Ännu märkligare var försöken att använda urinrörsslemhinna från en oxe.

I en bisats nämner Adlercreutz också att man försökt med förhud och munslemhinna, men han ger inga referenser och man får känslan att han inte riktigt tror på dessa vävnadssubstitut vid urinrörskirurgi. Där hade han fel. I vår tid blev först förhud populärt som vävnadssubstitut för att sedan bli lätt omodernt och idag dominerar munslemhinna helt. Utvecklingen tar inte slut här. Sannolikt kommer man i framtiden med ”tissue engineering” kunna framställa uretror gjorda av odlad urinrörsslemhinna från patienten själv. Pilotstudier finns redan. Då kommer man att kunna beställa en sådan ”måttsydd” uretra i god tid inför ingreppet.

BENGT UVELIUS
Bengt.uvelius@skane.se

Referenser

- Adlercreutz C: Ein Fall von vollständiger Hypospadie. Die Vena saphena magna als Ersatz der Harnröhre frei transplantiert. Arkiv för Kirurgi (Nord. Med. Arkiv. Avd 1.) 51: 163-190, 1918.
- Salin M: Ein Fall von vollständiger Hypospadiasis . Hygiea 1886, sid. 151-153.

Annons

Vitaros ingår i högkostnadsskyddet med begränsning, nu utan uppföljningsvillkor!

Vitaros (alprostadil) som subventioneras till män över 18 år med oförmåga att upprätthålla erektion för tillfredställande sexuell aktivitet, så kallad erektil dysfunktion, ingår fortsatt i högkostnadsskyddet med begränsning, men utan uppföljningsvillkor från och med den 23 april 2018. Vitaros beviljades subvention med begränsning och villkor i april 2015. Subventionen begränsades till patienter med svår erektil dysfunktion när behandling med fosfodiesteras-5-hämmare inte är tillräcklig eller inte är medicinskt motiverad.

TLV beslutar att Vitaros fortsatt ska vara subventionerat och ingå i högkostnadsskyddet med begränsning, men utan uppföljningsvillkor.

Beslutet gäller från och med den 23 mars 2018.

TLV
TANDVÅRDS- OCH LÄKEMEDELSFÖRMÅNSVERKET

Beslut i helhet;
Ref; www.tlv.se/download/18.513bc0a61625c3aed9e396ff/1522143529602/bes180322_vitaros.pdf

Xiapex® (clostridium histolyticum kollagenas) ingår i högkostnadsskyddet med begränsad subvention

Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket, TLV, har beslutat att Xiapex® från Swedish Orphan Biovitrum AB (Sobi) ska ingå i högkostnadsskyddet med begränsad subvention och subventioneras vid behandling av Peyronies sjukdom då penis har en kurvdeformitet på minst 60 grader och graftingkirurgi är ett relevant behandlingsalternativ. Xiapex® består av en blandning av clostridiekollagenaser av klass I (AUX-I) och klass II (AUX-II) i en definierad masskvot. De två klasserna av kollagenaser har en likartad men kompletterande substratspecificitet. Båda kollagenaserna ger en effektiv klyvning av interstitiellt kollagen, men på olika delar av molekylen.

Beslutet gäller från och med den 23 mars 2018.

Beslut i helhet;
www.tlv.se/download/18.513bc0a61625c3aed9e3f680/1522161793573/bes180322_xiapex.pdf

4,1 miljoner kronor till forskning om prostatacancer

Varje år delar Prostatacancerförbundet ut medel till svensk prostatacancerforskning. Hittills i år har det beslutats om utdelning av 4,13 miljoner.

– I år har vi fått in många ansökningar av hög kvalitet. Vi tycker det är fantastiskt roligt att dela ut anslag till svensk prostatacancerforskning med inriktning på att hitta nya metoder för bättre diagnos och behandling. Det ska bli spännande att följa alla dessa projekt, säger Calle Waller, ordförande i Prostatacancerförbundets forskningsråd.

Dessa 13 forskare har tilldelats medel:

- *Amir Sherif*, enheten för urologi och andrologi, Umeå Universitet.
- *Yvonne Lundberg Giwercman*, Institutionen för Translationell Medicin, Lunds Universitet.
- *Firas Tarish*, Institutionen för klinisk forskning och utbildning, Södersjukhuset/Karolinska Institutet.
- *Per Fransson*, Institutionen för Omvårdnad, Umeå Universitet.
- *Neha Singh*, Institute of Clinical Sciences, Sahlgrenska Universitetssjukhus, Göteborg.
- *Andreas Forsvall*, Institutionen IKVL, Infektionsmedicin, Lund.
- *Mark Clements*, Institutet för medicinsk epidemiologi och biostatistik, Karolinska Institutet.
- *Yvonne Ceder*, Laboratoriemedicin, Lunds Universitet.
- *Karin Welén*, Institutet för Kliniska vetenskaper, Sahlgrenska Cancer Center/Göteborgs Universitet.
- *Agnieszka Krzyzanowska*, Institutionen för translationell medicin, Enh. för Urologisk Cancerforskning, Lunds Universitet.
- *Anders Bjartell*, Institutionen för translationell medicin, Enh. för Urologisk Cancerforskning, Lunds Universitet.
- *Oskar Vilhelmsson Timmermand*, Institutionen för Kliniska Vetenskaper, Lunds Universitet.
- *Andreas Josefsson*, Institutionen för Kliniska vetenskaper, Urologen, Göteborg.

Forskningsmedlen utlyses för ansökan i november varje år. Stöd ges främst till projekt om tidig och säker diagnostik, mer effektiva och skonsamma behandlingsmetoder samt rehabilitering. Projekten granskas av förbundets forskningsråd med expertis från urologi, onkologi och rehabilitering. Mer information finns på Prostatacancerförbundets hemsida:
www.prostatacancerforbundet.se

– Det är tack vare generösa gåvor från privatpersoner, företag och organisationer till Fonden mot prostatacancer som vi har möjlighet att erbjuda stöd till svensk prostatacancerforskning, säger Calle Waller.

PROSTATACANCER FÖRBUNDET

Annons

Bra register förbättrar behandling vid prostatacancer

Nationella prostatacancerregistret, NPCR, som registrerar alla män med prostatacancer i Sverige håller hög datakvalitet. Registret är därmed en tillförlitlig källa för förbättringsarbete inom vården och för forskning. Det visas i en ny avhandling vid Umeå universitet.

– Överlag var datakvalitén hög i NPCR och den har förbättrats kontinuerligt sedan registret grundades, säger Katarina Tomic som är urolog vid Norrlands universitetssjukhus och doktorand vid Institutionen för kirurgisk och perioperativ vetenskap.

I sin avhandling har Katarina Tomic studerat datakvalitet i det Nationella prostatacancerregistret, NPCR, utifrån en rad vedertagna kvalitetsmått. För att studera om registrerade data är korrekta jämfördes NPCR med andra sjukvårdsregister och slumpvis utvalda patientjournaler undersöktes. Dessutom undersöktes förändringar i täckningsgraden, det vill säga andelen fall som är registrerade i NPCR jämfört med Cancerregistret samt inrapporteringshastigheten.

Som en ytterligare aspekt av datakvalitet undersöktes även karakteristika hos män med prostatacancer som inte registrerats i NPCR men väl i Cancerregistret. Dessa män skiljde sig inte nämnvärt från varandra avseende diagnostik, behandling och överlevnad. På motsvarande sätt undersöktes män i NPCR för vilka riskkategorin hos prostatacancern var okänd, det vill säga inte kunde bedömas på grund av inkompletta data. Endast tre procent av män i NPCR hade okänd riskkategori. Män med okänd riskkategori hade högre samsjuklighet, speciellt blåscancer. De hade lägre dödlighet i prostatacancer men liknande överlevnad jämfört med män med känd riskkategori. Dessa studier visar att NPCR är generaliserbart för alla män med prostatacancer i Sverige.

I ett delarbete studerades sambandet mellan socioekonomisk status och diagnostik, behandling och överlevnad i prostatacancer. Män med hög socioekonomisk status hade högre sannolikhet att diagnostiseras till följd av en hälsoundersökning. De hade även kortare väntetider till behandling, högre sannolikhet att få kurativ behandling vid mellan- och högriskcancer, och lägre dödlighet vid högriskcancer. Dessa skillnader var starkast vid jämförelser av män med högst och lägst inkomst, men skillnaderna var statistiskt säkerställda även när högutbildade män jämfördes med lågutbildade.

– Orsakerna till dessa skillnader är okända. Ett sätt att minska skillnaderna är att följa det nationella vårdprogrammet för prostatacancer så att alla män med prostatacancer får god och jämlik vård, säger Katarina Tomic.

Prostatacancer är Sveriges vanligaste cancerform med ungefär 10 000 nya fall diagnostiserade varje år och 2 500 avlider årligen av sjukdomen. Sedan 1998 registreras alla nya fall av prostatacancer i NPCR, ett kvalitetsregister som möjliggör detaljerade studier av diagnostik, behandling och uppföljning av män med prostatacancer i Sverige. Idag finns mer än 150 000 fall av prostatacancer registrerade och NPCR är en flitigt använd källa för forskning och utvärdering, exempelvis jämförelser av olika behandlingar och undersökningar av biverkningar. För att korrekta slutsatser ska kunna dras i sådana studier krävs att uppgifter i registret är tillförlitliga, det vill säga att registret håller hög datakvalitet.

Källa; Umeå Universitet
free access

http://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:umu:diva-144553

Foto: Mattias Pettersson.

Katarina Tomic är född och uppvuxen i Umeå. Hon tog sin läkarexamen vid Umeå Universitet 2009 efter ett studieutbyte vid Institut Marie Curie i Paris. Katarina arbetar som ST-läkare vid urologkliniken vid Norrlands Universitetssjukhus, Umeå.

För mer information, kontakta gärna Katarina Tomic
Telefon: 070-309 41 62
E-post: katarina.tomic@umu.se

Cystoskopiutbildning för sjuksköterskor, 30 hp

för omhändertagande av patient med icke-invasiv blåscancer

Nästa kurs startar vårterminen 2019

Kursen vänder sig till sjuksköterskor inom urologisk vård och är en uppdragsutbildning och är uppdelad i en teoretisk (7,5 hp) och praktisk (22,5 hp) delkurs.

Kursstart: vecka 5 2019

Förkunskaper: Förkunskapskrav är minst två års erfarenhet inom urologisk vård. Sjuksköterskeprogrammet 120 p motsvarande kandidatexamen. Genomgången kurs i urologisk omvårdnad är meriterande.

Kursavgift: 20.000 kr exkl. moms. Därutöver tillkommer kostnad för resor och logi i samband med kursträffarna.

Ansökningsblanketter och info: www.rsu.se

Ansökan senast: 18-10-15

Upplysningar: Kursledare Matilda Fagerberg matilda.fagerberg@rjl.se eller Jenny Wanegård jenny.wanegard@skane.se

LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten
IKVM institutionen
Avdelning för Urologi

LUNDS UNIVERSITET
Medicinska fakulteten

UROLOGISK OMVÅRDNAD, 15 HP

Avdelningen för urologi | IKVM institutionen

Nästa kurs startar vårterminen 2019

Du sjuksköterska, som arbetar inom urologisk vård har möjlighet att få fördjupade kunskaper inom ämnesområdet oavsett var du bor i landet. Nätbaserad utbildning innebär ett interaktivt lärande med kursträffar i Göteborg respektive Uppsala.

Kursperiod: Vårterminen 2019
Kursstart med internat vecka 4 i Göteborg
Förkunskaper: Leg.sjuksköterska med minst 1 års erfarenhet av urologisk vård. Sjuksköterskeprogrammet 120 p motsvarande kandidatexamen inkl.15 hp uppsatsarbete.
Kursavgift: 16.000 kr exkl. moms. Därutöver tillkommer kostnad för resor och logi i samband med kursträffarna.
Ansökningsblanketter och info: www.rsu.se
Ansökan senast: 18-10-15
Upplysningar: Kursledare Anna-Karin Lind eller Linda Karlsson **urolomv@skane.se**

Årets Urologisjuksköterska 2018

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 2018.

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. Vem som helst kan nominera någon men de som nomineras 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 Umeå 2018. 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 2018.** Du skickar din motivering och kandidatens namn, arbetsplats, e-postadress och telefonnummer till annelie.khatami@vgregion.se.

Vinnaren utses av RSUs styrelse.

Sök medel ur

Svensk Urologisk Förenings Stiftelse

Svensk Urologisk Förening

Medlemmar i Svensk Urologisk Förening kan söka ekonomiska bidrag från vår stiftelse för forsknings och utbildningsändamål. Exempel på ändamål som stiftelsen den senaste åren har stöttat är FEBU examen och urologiska disputationer. För att få medel för sitt avhandlingsarbete krävs att man skriver en populärvetenskaplig artikel om sina resultat som publiceras i vår tidning Svensk Urologi. För att erhålla medel för FEBU examen måste hela examen ha avklarats. Kongressresor för att presentera sina forskningsresultat, utvecklingsarbeten och mindre forskningsprojekt har stiftelsen också möjlighet att stötta.

Välkommen med din ansökan!
http://urologi.org/suf/ansoknings-till-suf-stiftelsen/

Svensk Urologisk Förenings Stiftelses styrelse

Glöm inte att vidarebefordra dina erfarenheter till yngre kollegor!

"Ge kniven vidare" är ett projekt som drivs gemensamt av ST-läkare inom de kirurgiska specialitéerna. Syftet är att utarbeta en struktur för hur den kirurgiska träningen ska gå till.

Målet är en säkrare vård genom kompetenta specialister, idag, och i framtiden. Vägen dit kan göras mycket kortare än den är idag!

Varje deltagande klinik och operationsavdelning ska själv formulera och implementera den struktur som passar bäst. Projektet tillhandahåller förslag och material, liksom ett nationellt kontaktnät av arbetsplatser som jobbar med samma frågor.

Inför varje operativt ingrepp ska alla ställa sig frågorna: Vem kan, och ska, lära sig vad? Vem kan, och ska, lära ut vad?

Ta vara på de möjligheter som bjuds!

Annons

SUFs & RSUs STYRELSER

SUFs styrelse

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

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

JOHAN STYRKE
Vetenskaplig sekreterare
Kirurgiskt centrum / Urologi
Sundsvalls sjukhus
851 86 Sundsvall
johan.styrke@umu.se

PERNILLA SUNDQVIST
Kassör
Urologiska kliniken
Universitetssjukhuset Örebro
701 85 Örebro
pernilla.sundqvist@regionorebrolan.se

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

MARIANNA HREBENYUK
Ledamot /Utbildningsutskottet
PO Bäckencancer
Karolinska US, Stockholm
marianna.hrebenyuk@sll.se

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

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

JOHAN RUBENSON
Adjungerad ledamot /Representant BUS
Urologkliniken
Sahlgrenska US, Göteborg
johan.rubenson@vgregion.se

LARS HENNINGSOHN
Adjungerad ledamot /Chefredaktör för Svensk Urologi
lars.henningsohn@ki.se

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

RSUs styrelse

ANNELIE KHATAMI
Ordförande
FoU-enheten
Angereds Närsjukhus
0700-20 67 90
annelie.khatami@vgregion.se

GUN DANIELSSON
Vice Ordförande
Karolinska US K66-68
PO Bäckencancer/
urologisk vård
141 86 Stockholm
08-585 802 66
gun.danielsson@sll.se

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

ELISABETH GUNNARSSON-BLOMQVIST
Ekonomiansvarig
Urologmottagningen
Länssjukhuset Ryhov
551 85 Jönköping
036-241 00 00 vx
elisabeth.gunnarsson.blomqvist@rjl.se

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

HELENA THULIN
Vetenskaplig Sekreterare
Universitetssjuksköt.
Karolinska US K66-68
141 86 Stockholm
072-571 14 65
helena.k.thulin@sll.se

MATILDA FAGERBERG
Web-ansvarig
Urologmottagningen
Höglandssjukhuset
575 81 Eksjö
010-243 62 55
matilda.fagerberg@rjl.se

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

ANNA TRENT
Suppleant
Urologmottagningen
Skånes US, Malmö
040-33 10 00 vx
anna.trent@skane.se

BUS, UTFs & SAFs STYRELSER

BUS styrelse

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

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

ANNA LANDBERG
Kassör
Urologiska Kliniken,
US Örebro
anna.landberg@regionorebrolan.se

ALEXANDRU JULA
Representant för ESRU
Alingsås lasarett, Alingsås
alexandru.jula@vgregion.se

ANDREAS KERCSIK
Representant för ESRU
Sahlgrenska US Göteborg
andreas.kercsik@vgregion.se

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

CARLGUSTAV ARVIDSON
Ledamot
Urologsektionen, Falu Lasarett
carl_arvidson@hotmail.com

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

MARIA HERMANN
Ledamot
Karolinska US, Stockholm
msm.hermann@gmail.com

UTFs styrelse

EVA WESTLING
Ordförande
Centrum för cancerrehab.
Stockholms Läns Landsting
Sabbatsbergs sjukhus, Sthlm
0739-86 61 19
eva.westling@sll.se

CECILIA EDRI
Ledamot
Coloplast AB
Kungsbacka
0705-51 64 85
ciss.09@gamil.com

KATARINA GUNSÉUS
Vice Ordförande
Obstetrik-Gynekologi
Sunderby sjukhus, Luleå
0920-28 30 07
katarina.gunseus@norrbotten.se

ANNE TORINE LITHERLAND
Ledamot
Representant Norge
Polikklinikk for gynekologi
Sykehuset i Vestfold
3101 Tønsberg
+47 907 268 19
litheann@hotmail.com

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

LENA KURVITS
Kassör
Åsgränd 3, Uppsala
018-12 79 78
lena.kurvits@gmail.com

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

SARA LJUNGDAHL
Ledamot
Spec. i allmänmedicin
Närhälsan Ängabo VC,
Alingsås

HERIBERTO RODRIGUEZ MARTINEZ
Suppleant
Professor emeritus
Institutionen för Klinisk och Experimentell Medicin (IKE)/
BKH-Obst&Gyn Medicinska fakulteten, Linköpings universitet

SAFs styrelse

MATS HOLMBERG
Ordförande
Endokrinolog
ANOVA, Karolinska US
mats@xnet.se

KATARINA LINK
Sekreterare
Reproduktionsmedicinskt Centrum, Skånes US

ÅKE POUSETTE
Kassör
Professor Emeritus
070-497 00 39 privat

LARS HENNINGSOHN
Ledamot
/Chefredaktör för Svensk Urologi
lars.henningsohn@ki.se

GÖRAN WESTLANDER
Suppleant
Gynekolog
Livio Fertilitetscentrum, Göteborg

KALENDARIUM

13 JUNI
13–15 juni 2018
Nordic Conference in Nursing Research
Oslo

20 AUGUSTI
20–24 augusti 2018
Kirurgveckan
Helsingborg

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

3 OKTOBER
3–5 oktober 2018
Urologidagarna 2018
Umeå

26 NOVEMBER
26–27 november 2018
BAUN Annual conference & exhibition
Bournemouth

13 JANUARI
13–18 januari 2019
SURF-veckan
Storhogna

15 MARS
15–19 mars 2019
EAU/EAUN
Barcelona, Spanien

3 MAJ
3–6 maj 2019
AUA
Chicago, IL, USA

6 JUNI
6–9 juni 2019
NUF
Reykjavik, Island

3 SEPTEMBER
3–6 september 2019
ICS, International Continence Society
Göteborg

Kvartal 1 Kvartal 2 Kvartal 3 Kvartal 4