

URO

INFO

Nr. 2 - juni 2012 - 23. årg.
ISSN 1891-5116

s. 6 Urinveisinfeksjoner

s. 6 Misbruke av Ketamine

s. 10 Kongress og sykehusbesøk i Paris

s. 18 Oppdatering om diagnose og behandling av blærekreft

s. 28 Faktahjørnet og nyheter

NSFs Faggruppe av Sykepleiere i Urologi



Redaksjonsgruppe:

Styret i NSF's Faggruppe av Sykepleiere i Urologi

Ansvarlig redaktør:

Kjersti Lund Olsen, Mob: 456 67 999

Ansvarlig utgiver:

NSF's Faggruppe av Sykepleiere i Urologi

Henvendelser til bladet:

Kjersti Lund Olsen, Tlf. priv: 456 67 999/72 48 20 52

Jobb: 72 47 01 65

Kjersti.lund.olsen@stolav.no, Kjersti1964@hotmail.com

Nestleder, annonsesalg og ansvarlig for "Hva skjer siden":

Sidsel Alvheim Dubrefjord

sidsel.dubrefjord@sthf.no, sidseldub@hotmail.com

Tlf. Priv: 92 29 96 70 / 35 01 01 82, Jobb: 35 02 11 50

Webansvarlig: Margrete Ronge

Margrete.ronge@hotmail.com

Tlf. priv: 917 89 901, Jobb: 67 92 84 79

Abonnement, medlemskap og ansvarlig for "Oss medlemmer imellom":

Katrin Valaas

katrin.valaas@helse-mr.no, katrinv@online.no

Tlf. Priv.: 98 82 14 47, Jobb: 70 10 56 70

LEDER

KJÆRE LESERE

Vi skriver mai 2012, det er vår og snart sommer. De fleste av oss lengter etter sommer og sol. Det gjør i hvert fall jeg. Våren har hos oss på Haukeland Universitetssykehus vært preget av stadig økende mengde pasienter og stadig mer fokus på kreft etter regjeringsløftet om «20 dagers fristen»... Dette mener jeg er vel og bra for denne gruppen, men hva med de som ikke har en kreftdiagnose? De med plagsomme nyresteiner, lekkasjepproblem eller overaktive blærer? Hva med de som stadig planlegger sine gjøremål etter hvor det er tilgjengelige toaletter? Eller de som reiser på helgetur med en koffert full i bleier? Disse er en taus gruppe som vi heller ikke må glemme! Men nok om det. Alle skjønner vel at jeg syns dette ikke er helt rett. Men hvem vil vel prioritere en nyresteinspasient foran en kreftpasient og sette navnet sitt under avgjørelsen i all offentlighet? Som sagt...NOK om det...

Vi er to fra styret som har vært i Paris på EAUN. Det var veldig kjekt og lærerikt for oss som reiste OG helt nødvendig for FSU. Jeg fikk litt sjokk da styret i EAUN trodde at FSU var svenske urologiske sykepleiere!!!... HER var det bare å fortelle dem at NORGE er FSU. Det tror jeg at de vet nå ☺ EAUN er en flott organisasjon som det kan anbefales et medlemskap i. Det er ikke dyrt. Dette muliggjør blant annet hospitering i mange sykehus i mange land. I tillegg jobbes det stort med forskjellige nettbaserte løsninger for utdanning av urologiske sykepleiere.. Det anbefales å sjekke nettsiden(European Assosiation for Urological Nurses). Det er litt betenkelig at mens de i for eksempel Nederland, Tyskland, England og Sverige er hundredevis av medlemmer i EAUN mens vi i Norge var 10. Nå er vi 12...Jeg og Kjersti har meldt oss inn.... Dette handler om å delta i Europeisk samarbeid med



Tone Hestad Storebø

tanke på fagutvikling og SYNLIGHET!!! Vi MÅ bli mer synlig om vi skal fortsette som en faggruppe av betydning både innenfor Norges grenser og internasjonalt.

En helt annen ting er at vi i Bergen i disse tider planlegger en FSU konferanse! Det er både spennende og gøy. Men her vil jeg si at det er litt mer spennende enn nødvendig. Påmeldingen går tregt ...heelt frem til noen få uker før konferansen! Ikke bra for «nervene» til de som skal arrangere konferanse! Her skal det ordnes med hotellrom og middager... En kan ikke «holde på» for eksempel rom uten at det koster penger. Moralen her er at om en tenker å melde seg på så gjør det. Ikke vent!

Når dette kommer i bladet vårt håper jeg at vi har gjennomført vår FSU konferanse i Bergen med «20 i stil» og at vi med god samvittighet kan levere stafettpinnen (pynte-navne-puten og «den forfylte urinflaske) videre til neste lokalgruppe. Litt spesielt er det i 2013 at vi skal ha Nordisk Urologisk Konferanse (NUF) i Sandefjord og FSU i Tromsø. Det blir flott! Håper at vi kan klare å mobilisere til høy deltakelse begge plasser!

Med dette ønsker jeg dere en flott og deilig sommer og ferie!

Tone Hestad Storebø, Leder FSU

Layout og trykk:

ZignMedia - www.zign.no

Omslagsfoto:

Fotograf: Marit Johanne Øien Eiksund

Nr. 2 - 2012 - Årgang 23 - Utgivelse nr. 89

Opplag 450 eks.

ISSN 1891-5116

Neste nr:

Oktober 2012. Frist for manus 15. september 2012.

Presiseringer:

1. Innhold i trykte artikler, meningsutvekslinger, annonser etc. behøver ikke å være sammenfallende med FSU's syn. Derav har forfatter eget ansvar for anonymisering.
2. Redaksjonen betinger seg retten til å forkorte innlegg.
3. Gjengivelse av stoff er ikke tillatt uten at det er god kjent av redaksjonen.
4. FSU står ikke ansvarlig for innholdet i annonser.
5. Vi forbeholder oss retten til å utgi bladet i elektronisk versjon på vår web-side.

INNHold

Redaksjonen	4
Hva skjer	5
Urinveisinfeksjoner	6
Misbruk av Ketamine	6
Litt om den europeiske foreningen for urologiske sykepleiere	8
Kongress og sykehusbesøk i Paris	10
Velkommen til FSU- konferanse i Tromsø 2013	12
Cystectomi og blærerekonstruksjon, sykepleiernes rolle i Frankrike og spesielt ved FOCH sykehus	14
Hvordan skrive et abstrakt	15
Hvordan skrive en poster	15
Oppdatering om diagnose og behandling av blærekreft	18
Blærekreft/cancer vesicae	19
Nyheter fra Mali	20
FSU 25 ÅR	25
Virkningsmekanismene for TENS, elektrodeplassing, indikasjon	26
Faktahjørnet og nyheter	28
Nyttig på nett	29
Lokale gruppeledere	30
Styret i FSU	31

REDAKSJONEN

FSU har et ønske om å få flere medlemmer fra primærhelsetjenesten. Med samhandlingsreformen vil det bli store endringer i helsevesenet. Ett av målene er et bedre samarbeide mellom sykehusene og kommunene. Et godt samarbeid vil på sikt oppleves bedre for pasientene. Derfor er det gledelig når vi registrerer at sykepleiere fra hjemmesykepleie og sykehjem også blir medlemmer i FSU og kommer på kurs. Vi ønsker alle nye medlemmer hjertelig velkommen. For oss i FSU er det viktig å ha et stort fokus på faget. Styrking av kompetanse innenfor urologi vil sikre en bedre pasientbehandling.

Når dette bladet går i trykken, er vårens FSU-kurs akkurat ferdig. All honnør til sykepleierne ved Haukeland som har stått på og arrangert en slik konferanse! Programmet ser i alle fall fint ut og det er absolutt matnyttig i vår urologiske hverdag! Referat fra vårens FSU vil dere kunne lese i neste utgave av bladet.

I februar var Tone Hestad Storebø og undertegnede i Paris på EAUN, en stor kongress som arrangeres hvert år. I denne utgaven av URO INFO kan du lese om hva EAUN er og vi har også noen referater fra foredragene. Vi er takknemlige for at vi fikk muligheten til å dra. Det var både lærerikt og morsomt!



Kjersti Lund Olsen

2013 vil jeg nesten kalle urologiens år. Jeg oppfordrer hver og en av dere til å sette av tid allerede nå til å dra på kurs. Tromsø arrangerer et svært spennende kurs våren 2013. I slutten av august samme år braker det løs i Sandefjord. Da går nemlig NUF av stabelen. Dette skal dere få høre mer om til høsten! Husk at dere kan søke om støtte for å dra på kurs. Her kan jeg tipse om FSUs reisestipend samt kurs- og konferansestøtte gjennom NSF.

Inntil videre vil jeg ønske dere alle sammen en fin sommer og velfortjent ferie!

Kjersti

VELKOMMEN TIL NYE MEDLEMMER!

FSU har pr 12/5 280 medlemmer. Vi ønsker nye medlemmer hjertelig velkommen:

Annlaug Bakken, Kristin Leknes, Solgunn Rogne Nedrelid, Sissel Alstad Berg, Venke Lise Vikdal, Ann Helen Søgner, Ingvild Noreng Nes, Stine Elise B. Lundekvam.

SI FRA OM ADRESSEENDRING!

En del blader kommer i retur pga ukjent adresse. Oppfordrer alle til å melde fra om adresseendring. Det sparer oss for en del arbeid og bladet kommer frem dit det skal! Beskjed kan sendes til Kjersti Lund Olsen, Myra 16, 7300 Orkanger eller kjersti1964@hotmail.com

ER DU "LITT" FOTOGRAF?

Vi har lyst til å invitere medlemmer av FSU til å sende inn bilder som kan være aktuelle som omslagsfoto. Tradisjonelt har det vært vannmotiver, men har du annet som kan være aktuelt er det bare å sende inn. **Benytter vi ditt bilde vil vi kunngjøre dette på side 2!** Skriv derfor ditt navn og tittel på bildet. Bidrag sendes til Kjersti Lund Olsen: kjersti1964@hotmail.com

HVA SKJER?

FSU KALENDER 2012 / 2013

Husk å søke stipend!
- skjema og betingelser på FSU nettside under
www.sykepleierforbundet.no



Sidsel Alvheim Dubrefjord

NUF 2013 21.-23. august
<http://www.scaur.org/NUF2011/sandefjord.pdf>



EAU's kongresskalender
www.uroweb.org (eau og eaun)

EAU events
info@congressconsultants.com

DUS kalender
<http://www.urologi.dk/menu/DUS.htm>

www.espu.org
kontakt: nurses@espu.org

www.interstitialcystitis.co.uk

www.prostatitis.org

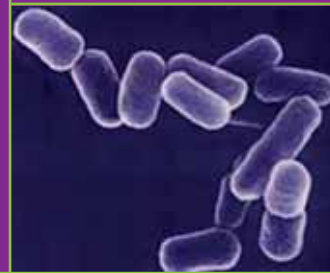
<http://kongress.no/kongresser>



FSU • konferanse:
2013 • Tromsø

•
Mai 2013

Urinveisinfeksjoner



Ved Kjersti Lund Olsen

Her kommer noen utdrag fra en forelesning om urinveisinfeksjoner og mikrobiologi. Foreleser var F.M.E. Wagenlehner.

Klassifikasjon av bakterier i urin:
Gram positive og gram negative bakterier.

Celleveggen på grampositive bakterier har et tykkere peptidoglykanlag og mangler den ytre membranen. Grampositive bakterier farges lettere og i mikroskopet blir de blå eller fiolette. Et eksempel på en slik bakterie er *Enterococcus faecalis*.

Under mikroskopet blir gram negative bakterier rød eller rosa ved gramfarging. Et eksempel på dette er *Pseudomonas aeruginosa*, en gram negativ bakterie.

Man skiller mellom gode/normale bakterier, dårlige bakterier og stygge/farlige bakterier.

Gode bakterier, Commensals, e.g. lever på overflaten av kroppen. Eksempel på slike er *Koagulase-Staphylococci*, *Streptococci* og *Corynebakterier*.

Eksempel på dårlige bakterier er *Enterobakterier*- *E-coli*, *Pseudomonas spp.*, *Enterococci*, *S.aureus*.

Stygge eller farlige bakterier er multi-resistente bakterier. FQ resistant, ESBL, *Pseudomonas spp.*, VRE, MRSA.

Utvikling av antibiotikaresistens er et alvorlig og økende problem i verden. Det er en klar sammenheng mellom antibiotikabruk og utvikling av antibiotikaresistens.

Med få nye antibiotika i sikte, er forsvarlig antibiotikaforbruk eneste alternativ for å forsinke utviklingen av resistens.

Strategier mot økt antibiotikaresistens er redusert antibiotika forbruk, bruke antibiotika som gjør minst mulig skade, grunnleggende hygiene.

Misbruk av Ketamine

Foredrag av P. SAU-Kwan, Hong Kong - EAUN, Paris 27.02.2012 // Referent Kjersti Lund Olsen

I Asia har misbruk av Ketamine blitt et stort medisinsk og sosialt problem. Misbruk av Ketamine kan føre til forandringer i urinblæra og nyrene. Det kan også oppstå andre helseproblemer/alvorlige bivirkninger, bl.a skade på leveren.

De først ti tilfellene av skade på urinveiene pga Ketamine ble rapportert i Hong Kong i 2007. De unge pasientene rapporterte om blæreproblemer som dysuri, hyppig vannlating, urgency inkontinens og smertefull hematuri. Den funksjonelle blærekapasiteten kunne være redusert til 15 ml,



noe som ofte gjorde misbrukerne avhengige av bleier.

I Asia fokuseres det på forebygging og folkeopplysning, slik at de kan lære om de alvorlige bivirkningene av Ketamine.

Nye

Uracyst®

– 2% løsning kondroitinsulfat 400mg



Smertefull Blære Syndrom/ Interstitiell Cystitt (PBS/IC) er en kronisk inflammasjon i blæreveggen av ukjent årsak. Uracyst® er et sterilt kondroitinsulfat for effektiv behandling av PBS/IC via urinkateter. Uracyst® har i tillegg dokumentert effekt ved:

- Strålingsindusert cystitt
- Kjemisk indusert cystitt
- Overaktiv blære som ikke svarer på konvensjonell terapi
- Pasienter som lider av kroniske urinveisinfeksjoner

”47 % respondere etter 6 instillasjoner, 60 % etter 10 instillasjoner”

”96 % av pasientene opplevde noen form av forbedring”

Ref. study: J. Curtis Nickel et. al. 2008 BJUI

”85 % av pasientene og legene vurderte effekten som moderat, god eller utmerket, og behandlingen ble godt tolerert”

Ref. study: Prof. Jørgen Nordling (Studie av 223 pasienter)

Pakninger **Varenummer**
4 x 20 ml 451459

Distributør
VitaFlo Scandinavia AB NUF

Ved bestilling
send mail til: infono@vitaflo.net



På forespørsel sendes produktark og pasientveiledning.

VitaFlo Scandinavia AB NUF
Postboks 107, 1325 Lysaker
Tel: +47 67 11 25 45
E-post: infono@vitaflo.net
www.vitaflo.se


VITAFLO
Part of the Navamedic Group



Litt om den europeiske foreningen for urologiske sykepleiere

Av Kjersti Lund Olsen

EAUN hadde sin første sykepleierkongress i 2000. Det ble arrangert under "vingene" til EAU, dvs den europeiske foreningen for urologer.

EAUN har som mål å føre sammen urologiske sykepleiere fra Europa. Man ønsker å bedre standarden på urologisk sykepleie.

Siden oppstarten har antall deltakere økt. I 2011 var det 2500 medlemmer, de fleste av dem fra Europa.

Her er noen av EAUNs aktiviteter og fremtidsplaner:

- Årlige møter sammen med EAU. Frem til nå har det vært arrangert 13 slike møter/kongresser. Neste år vil EAUN være i Milano.
- Evidensbasert Guidelines/retningslinjer. Dette er en viktig oppgave for EAUN. Under årets kongress fikk vi for første gang se de nye retningslinjene om kateterisering
- Innlagte kateter hos voksne.
- Europeisk skole for urologiske sykepleiere. EAUN arbeider for å sette opp et program som skal gi studiepoeng



EAUN koordinator Ms. Hanneke Lurvink

- Europeisk fellesskap; EAUN gir sykepleiere fra hele verden anledning til å tilbringe 1-2 uker på et europeisk sykehus.
- EAUN webside gir medlemmer mange muligheter til å kommunisere med andre medlemmer samt få tilgang på mye informasjon osv. Her er web sidens adresse: www.eaun.uroweb.org

Noen land har mange medlemmer i EAUN, for eksempel Nederland. Det er dessverre ikke så mange fra Norge som er medlemmer. Har du lyst til å vite mer om EAUN, kan du kontakte organisasjonens koordinator som heter Ms. Hanneke Lurvink. eaun@uroweb.org.



Vet du om en FSU-sykepleier som har utmerket seg og som du vil vi skal skrive noen ord om i URO INFO? Send en e-post til Katrin: katrinv@online.no

Vi kommer gjerne til deres arbeidssted for å vise og diskutere våre produkter og håndteringen av dem.

BCG-medac

Lukket instillasjonssystem Ready-to-use



BCG-medac (Bacillus Calmette-Guérin), pulver og væske til suspensjon til intravesikal bruk, suspensjon.

Virkestoff: Tuberkulosebakterier levende Bacillus Calmette-Guérin (BCG) bakterier stamme RIVM fra stamme 1173-P2.

Indikasjoner: Behandling av ikke-invasiv urotelial blærekreft (karsinom); kurativ behandling av karsinom in situ, profylaktisk behandling av rekurrens av; urotelial karsinom begrenset til mucosa; Ta G1-G2 hvis multifokal og/eller rekurrent tumor, Ta G3, urotelial karsinom i lamina propria, men ikke i blærens muskulatur (T1), karsinom in situ. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor innholdsstoffer. BCG-medac skal ikke brukes av pasienter med immunosuppresjon, eller av personer med kongenitale eller akvirerte immundefekter, enten forårsaket av sykdom (f. eks. positiv HIV serologi, leukemi, lymfom), kreftbehandling (f. eks. cytostatiske medisiner, strålebehandling) eller immunterapi (f. eks. kortikosteroider). BCG-medac skal ikke administreres til personer med aktiv tuberkulose. Mulighet for aktiv tuberkulose må utelukkes ved grundig anamnese og, hvis indisert ved diagnostiske tester, i samsvar med lokale retningslinjer. Tidligere strålebehandling av blæren. Behandling med BCG-medac er kontraindisert for ammende kvinner. BCG-medac skal ikke instilleres før 2 til 3 uker etter TUR, blærebiopsi eller katetertraumatisering. Blæreperforasjon, akutt urinveisinfeksjon. **Advarsler og forsiktighetsregler:** BCG-medac skal ikke brukes til subkutan, intradermal, intramuskulær eller intravenøs administrasjon eller vaksinasjon. **Bivirkninger:** Lokale eller systemiske symptomer under behandling med BCG-medac kan påvirke evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner. Innenfor hver frekvensgruppering er bivirkninger presentert etter synkende alvorlighetsgrad. **Infeksjoner og parasittære sykdommer** Svært vanlige (> 1/10): Cystitt og betennelse (granulomata) i blæren. Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Urinveisinfeksjon, orkitt, alvorlig systemisk BCG-reaksjon/infeksjon, BCG-sepsis, miliær pneumonitt, hudabscess, Reiters syndrom (konjunktivitt, asymmetrisk oligoartritt, og cystitt). Sjeldne (> 1/10 000, < 1/1 000): Vaskulær infeksjon (f. eks. betent aneurisme), renal abscess. Svært sjeldne (< 1/10 000): BCG-infeksjon av implantat og omliggende vev (f. eks. infeksjon ved operasjon av aorta, kardial defibrillator, hofte- eller kneartroplastikk), lymfadenitt i livmorhals, lokal betennelse i lymfeknuter, osteomyelitt, benmargsinfeksjon, psoas abscess, infeksjon i penishodet, orkitt eller epididymitt resistent overfor tuberkulostatisk behandling. **Sykdommer i blod og lymfatiske organer** Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Cytopeni, anemi. **Forstyrrelser i immunsystemet** Svært vanlige (> 1/10): Forbigående systemisk BCG-reaksjon (feber < 38,5 °C, influensalignende symptomer, inkludert illebeefinnende, feber, frysninger, generelt ubehag). Svært sjeldne (< 1/10 000): Overfølsomhetsreaksjoner (f. eks. ødem i øyelokk, hoste). **Øyesykdommer** Svært sjeldne (< 1/10 000): Karoierittitt, konjunktivitt, uveitt. **Karsykdommer** Svært sjeldne (< 1/10 000): Vaskulær fistel. **Sykdommer i respirasjonsorganer, thorax og mediastinum** Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Pulmonal granuloma. **Gastrointestinale sykdommer** Svært vanlige (> 1/10): Kvalme. Svært sjeldne (< 1/10 000): Oppkast, intestinal fistel, peritonitt. **Sykdommer i lever og galleverier** Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Hepatitt. **Hud- og underhudssykdommer** Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Utslett. **Sykdommer i muskler, bindevev og skjelett** Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Artritt, artralgi. **Sykdommer i urinveier** Svært vanlige (> 1/10): Hyppig vannlating med ubehag og smerte. Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Makroskopisk hematuri, blæreretraksjon, urinveisobstruksjon, blærekontraktur. **Lidelser i kjønnsorganer og brystsykdommer** Svært vanlige (> 1/10): Asymptomatisk granulomatøs prostatitt. Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Epididymitt, symptomatisk granulomatøs prostatitt. Ikke kjent (kan ikke anslås utifra tilgjengelige data): Lidelser i kjønnsorganer (f.eks. vaginalsmerte, dyspareuni). **Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonsstedet** Vanlige (> 1/100, < 1/10): Feber > 38,5 °C. Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Hypotensjon. Bivirkninger ved BCG-behandling er hyppige, men generelt milde og forbigående. Bivirkningene øker vanligvis med antallet BCG-instillasjoner.

National version, SPC: 07.02.2011

Pakninger og priser: 3 sett (hetteglass + pose) NOK 3135,40 (AUP)

Utlevering: Reseptpliktig legemiddel, Reseptgruppe C

ATC-Kode: L03AX03

For fullstendig produktinformasjon: www.legemiddelverket.no / www.felleskatalogen.no

Kongress og sykehusbesøk i Paris

Ved Kjersti Lund Olsen

Tone Hestad Storebø og undertegnede reiste i februar som FSUs representanter til EAUN. Vi kom til Paris dagen før kongressen skulle begynne. EAUN arrangeres hvert år sammen med urologenes EAU.

Takket være Tones gode stedssans og interesse for kartlesning, kom vi ganske raskt frem til hotellet vi skulle bo. Det viste seg at hotellet var ganske sentralt, og på ettermiddagen var vi både på Champ Elyses og ved Triumfbuen! Sannelig fant vi ikke kongressenteret også. Forresten ikke så rart, Le Palais des Congres de Paris ruver godt over den andre bebyggelsen med sine mange etasjer. Vi ble skikkelig imponert over det flotte kongressenteret med sin spennende arkitektur. Første kvelden hadde vi litt god tid og da benyttet vi anledningen å trave rundt i Paris gater; en spennende by som man bare må like!

Dagen etter var vi tidlig oppe og dro for å registrere oss. Vi fant fort ut at var det bare å smøre seg med tålmodighet. Køen var lang for å si det mildt! Men endelig ble det vår tur! Da var det bare å finne ut hva vi ville være med på av dagens program.

Foch sykehus

Etter en liten forelesning om nyrestein, ble vi med på en omvisning ved Foch sykehus,

opprinnelig et lite sykehus bygd i 1926, men nå et av de største sykehusene i Paris med 54 senger ved den urologiske enheten.

Den urologiske enheten var fordelt på to etasjer og hadde et bredt behandlingstilbud. Frem til 1970 hadde den urologiske enheten 15 senger og tre faste urologer. I dag telte den urologiske enheten 14 urologer, 2 intensivsykepleiere, 2 avdelingssykepleiere, 22 utøvende sykepleiere, 10 sykepleieassistenter, 2 spesialsykepleiere i urodynamikk og 7 sekretærer.

Urolog Henry Botto ønsket oss velkommen. Deretter fikk vi en orientering ved avdelingsleder for den urologiske enheten, Abir Daif. Hun tok seg god tid og fortalte hvordan de organiserte arbeidet ved sin avdeling. Vi som var der presenterte oss for hverandre og foruten norske sykepleiere var det representanter fra Nederland, Finland og Danmark. Det var noen grupper som dro til andre sykehus på omvisning.



Vi fikk servert lunsj og kaker og rakk å bli litt kjent med hverandre og utvekslet erfaringer.



Før omvisningen startet var vi på taket av sykehuset hvor vi så utover byen; det var en fantastisk utsikt med blant annet Eiffeltårnet på den ene siden og et gravsted for amerikanske soldater som falt under andre verdenskrig på den andre siden. Selve sykehuset var en testamentarisk gave og den eldste bygningen sto der fremdeles, en bygning de ikke hadde lov å rive. Siden den var bygd, var mye renoveret og naturlig nok forandret. Vi fikk vi omvisning på den urologiske enheten og var innom både undersøkelses- og behandlingsrom samt pasientrom og recovery. På behandlingsrommene vi fikk se, utførte de urodynamikk, steinknusing og cystoskopi for å nevne noe.

Den urologiske enheten behandlet følgende problemstillinger; urologisk cancer, robot- og laparoskopiske operasjoner, rekonstruksjoner og traumer, steinknusing, "kvinneurologi", dvs



behandling av urininkontinens og prolapser, mannlig inkontinens, nyretransplantasjoner. Det ble utført 92 cystectomier, 230 prostatectomier og 1500 endoskopiske prosedyrer. Slik jeg forsto det ble cancer prostata operasjoner for det meste utført med robotkirurgi. Siden de begynte med robotkirurgi, hadde det blitt kortere liggetid og mer effektivitet. Amir fortalte at de hadde høy turnover og det at de hadde samlet mye av sin aktivitet på to etasjer, gjorde arbeidet mer effektivt. De fortalte at de kansellerte aldri en

operasjon, noe som jeg tror gjorde et inntrykk på de fremmøtte. Hvis en pasienten fikk diagnosen cancer prostata og skulle opereres, ble vedkommende satt på operasjon etter 7 til 10 dager.

Når det gjaldt de som skulle til cystektomi og blærerekonstruksjon hadde de et spesielt opplegg for å gi god informasjon til pasientene. Dette var tema på en av forelesningene ved EAUN. Ellers var arbeidsdagen deres ganske lang sammenlignet med vår; 12 timers

vakter men ikke mer enn 35 timer hver uke. Dette var de fornøyd med og de syntes det var fint å få samlet opp fridager.

Midt i dagen hadde de ansatte en times lunsjpause. Sykehuset hadde egen barnehage som var åpen til de var ferdige på jobb om kvelden. Vi som var med på dette besøket følte at vi hadde en fin dag på Foch Sykehus. Jeg sitter igjen med et inntrykk av at de gjorde det de kunne for å ivareta pasientene på best mulig måte.



VELKOMMEN TIL FSU-KONFERANSE I TROMSØ 2013!



Selv om det ennå er en stund til, er vi stolt over å kunne fortelle at neste års FSU konferanse vil bli arrangert i Tromsø, nærmere bestemt på Sommarøy. Det er vi som jobber på avdeling for urologi, gynekologi og endokrin kirurgi på UNN, Tromsø som er så heldig å få lov til å promotere faget vårt og ikke minst vise fram vår fantastiske landsdel. For øyeblikket er vi helt i starten av planleggingsarbeidet, men ser allerede nå at dette kommer til å bli en spennende konferanse med mye aktuelt og interessant stoff. Vi er en svært engasjert gjeng som har tatt fatt på denne utfordringen det er å arrangere en slik konferanse, og vi gleder oss til å se mange av dere flotte kollegaer fra hele Norge i Tromsø i mai 2013.

Med dette vil vi ønske velkommen til oss og vi ser fram til å komme til Bergen i mai for å delta på årets konferanse.

På vegne av hele arrangementskomiteen UNN, Tromsø, Jan Bakkevoll og Marit Hveding Sørensen.

LoFric[®]
Hydro-Kit™

Sol, sommer og ferietid

LoFric Hydro-Kit - reisekateteret som inkluderer kateter, vannbeholder og urinoppsamlingspose

Kontakt oss og motta vareprøver:

Tlf. kundeservice: 815 59 118

E-post: lofric.no@astratech.com

www.lofric.no



ASTRA
ASTRATECH

Astra Tech AS, Karihaugveien 89, 1086 Oslo.
Tlf.: 815 59 118. www.lofric.no

Cystectomi og blærerekonstruksjon, sykepleiernes rolle i Frankrike og spesielt ved FOCH sykehus

Foredrag av A. Daif og N. Kouzmina, sykepleiere ved Foch Sykehus i Paris // Referent Kjersti Lund Olsen

Innledningsvis fortalte en urolog ved avdelingen kort om de ulike operasjonene, før sykepleierne hadde hver sitt innlegg om sin rolle overfor pasienter som skulle til cystectomi/ blærerekonstruksjon.

I Frankrike har de noe som heter Chirac's cancerplan 2003-2007 som blant annet skal sikre at pasienter får den informasjon de har krav på.

Sykepleiere ved Foch Sykehus startet opp en spesialisert sykepleierklinikk i 2010 som skulle drives av de mest trent sykepleierne. En dag i uka hadde de et opplegg med denne klinikken. Det ble satt av god tid til hver pasient, for hensikten var å få velinformerte pasienter slik at de skulle bli mest mulig forberedt til operasjon. Her gikk man gjennom informasjonen de hadde fått tidligere og dermed fikk de kontrollert om pasientene hadde forstått det legen hadde snakket med dem om. Pasientene skulle få anledning til å spørre og prate om det som bekymret dem. Under konsultasjonen til sykepleier fikk de informasjon om det som skulle skje og de fikk også omvisning på avdelingen. På den måten ble sykepleier og pasient kjent med hverandre.

De viste blant annet til en spørreundersøkelse de hadde hatt med 50 spørsmål som gjaldt pasienttilfredshet.

Den viste at 100 prosent syntes tilbudet var viktig og 93 prosent følte at de fikk snakke om det de ville. 96 prosent var fornøyde med sykehusoppholdet. Ellers ble det under konsultasjonen ordnet så de snakke med anestesilege, og det ble informert om ulike postoperative forberedelser og pasientene fikk grundig informasjon om det som hadde med stomi å gjøre.

Etter operasjonen var det opphold på recovery hvor det ventet en ganske omfattende overvåking, før de etter hvert fikk komme til avdelingen. Mye av det de hadde lært før de ble operert ble nå gjennomgått på nytt. Pasientene måtte regne med en liggetid på cirka to uker. Før utreise fikk de skriftlig informasjonsbrosjyre og telefonnummer til avdelingen.

Målet for behandlingen var at den skulle være så human som mulig og samtidig sikre en høy faglig kvalitet.



Foredragsholder Amir Dahif,
sykepleier ved Foch Sykehus, Paris

Hvordan skrive et abstrakt

Forelesning av Dr. Nazareno Suardi, Milan, Italy // Referent Kjersti Lund Olsen

Et abstrakt er en kort oppsummering av en for eksempel en forskningsartikkel, avhandling, gjennomgang eller annen dybdeanalyse av et spesielt emne eller disiplin. Det er ofte laget for å hjelpe leseren til hurtig å fastslå tekstens formål.

Typer abstrakter

- Strukturerte: En logisk oversikt med noen av følgende overskrifter; bakgrunn, metode, resultat og konklusjon.
- Ustrukturerte: Et abstrakt som omfatter et avsnitt kalles ofte et ustrukturert abstrakt av utgiveren. De passer ofte som oversiktsartikler.

Det perfekte abstraktet må ta for seg en aktuell og interessant hypotese. Det må ha et tema som ikke er for spesifikt og det må være basert på god metodikk. Et abstrakt må gi resultater som kan endre praksis

Hvordan lage en poster

Forelesning av Jeremoe Marley, Northern Ireland // Referent Kjersti Lund Olsen

En poster er et stykke vitenskapelig arbeid som du presenterer på en plakat. Husk! Hva du har å si kan være veldig viktig. Konstruere plakaten med omhu.

Temaet skal være sykepleierrelatert. Innsenderen og den som presenterer posteren må være sykepleier. Posteren må ikke ha vært publisert eller presentert på en internasjonal kongress på forhånd.

En poster bør bruke bilder, figurer og tabeller for å fortelle historien om studiet. Det er lurt å presentere posteren i en sekvens som er lett å følge. Det gjør det også lettere å presentere.

Bruk informasjon av abstraktet som basis for din poster. Den skal være slik at den raskt kan orientere publikum om emne og formål.

EAUN har viktig informasjon om dette på sin webside.

GRATULERER!

Vinner av vervekonkurransen er Oddny Følling, Førde Sentralsjukehus. FSU betaler hennes konferanseavgift på årets FSU kurs!

MELD DEG INN I FSU

FSU ble dannet i 1986. Faggruppen har medlemmer og lokalgrupper/kontaktpersoner i de fleste fylker.

Innmeldings-
skjema på
side 22

Fokus:

- styrke anseelsen til urologiske sykepleiere
- påvirke utviklingen av urologisk sykepleie
- tilbud om undervisning om forebyggende tiltak, pleie og behandling



Medlemsbladet UROINFO

FSU gir flere medlemsfordeler:

- ✓ Medlemsbladet UROINFO x 3 per år
- ✓ Gode stipendordninger
- ✓ Aktivt styre
- ✓ Årlige kurs
- ✓ Redusert kursavgift for medlemmer
- ✓ Fagutvikling
- ✓ Lokalgrupper
- ✓ Nordisk og europeisk samarbeid



**Som fagbevisst urologisk sykepleier
er FSU din samarbeidspartner**



Oppdatering om diagnose og behandling av blærekreft

Ved Kjersti Lund Olsen

En tredjedel av alle svulster innenfor urologien er urotelial blærekreft. I en felles presentasjon av EAUs retningslinjer på ikke-muskel-invasiv blærekreft og muskel-invasiv og metastatisk blærekreft, ble de viktigste og nyeste retningslinjer for diagnostisering og behandling av blærekreft presentert med praktiske case presentasjoner på siste EAU i Paris.

DIAGNOSE OG INNLEDENDE BEHANDLINGSOPPLEGG

Cystoskopi er fortsatt den beste måten å oppdage så vel som å overvåke svulster i blæren og kan ikke erstattes av cytologi, tumormarkører eller andre tekniske undersøkelser. Hvis en svulst blir funnet er det anbefalt å utføre TUR-B i ett stykke i svulster <1 cm eller i egne fraksjoner i lesjoner > 1 cm. I primære svulster, må detrusor muskulaturen alltid være til stede i prøven. Dersom utstyret er tilgjengelig, bør fluorescens veiledet biopsi utføres når CIS er mistenkt.

Hos pasienter med NMIBC (ikke muskel invasiv blærekreft), bør en ny reseksjon utføres innen 2-6 uker hvis den første reseksjonen var ufullstendig eller i tilfelle av en T1 eller G3 tumor.

BEHANDLING

Risiko vurdering og en individuell skreddersydd adjuvant behandling i NMIBC etter fullstendig TUR-B bør utføres med hjelp av EORTC risikotabeller (EORTC er en europeisk organisasjon for forskning og behandling av kreft). Hos pasienter med tumorer med høy risiko for progresjon, er BCG intravesikal behandling anbefalt, hos pasienter med høyere risiko kan man sågar tilby cystektomi.

For muskel-infiltrerende svulster anbefales enten MR med rask dynamisk kontrast-forsterkning eller CT med kontrast hvis pasienten anses egnet for radikal behandling. I retningslinjene på muskel-invasiv og metastatisk blærekreft beskrives "radikal cystektomi" som den anbefalte behandlingen i T2, T4a, N0 M0 og høy risiko ikke-muskel-invasive blæretumorer. Dette inkluderer en standard lymfeknute disseksjon og fullstendig fjerning av blæren, prostata, og sædblære hos menn, og blære og fremre skjeden hos kvinner.

Preoperativ tarm-preparering (tømming etc.) er ikke absolutt nødvendig/obligatorisk, "fast-track" målinger kan redusere tiden tarmen trenger på å bli som før/komme seg". En orthotopic blære-erstatning bør definitivt tas

med både mannlige og kvinnelige pasienter, med mindre det er noen kontraindikasjoner. Neoadjuvant kjemoterapi anbefales hos pasienter egnet for Cisplatinum og hos pasienter hvor sykdommen ikke er begrenset til organet. Adjuvant kjemoterapi anbefales innenfor kliniske studier, og ikke rutinemessig som et terapeutisk alternativ.

OPPFØLGING

Oppfølging av ikke-muskel-invasiv sykdom avhenger av EORTC-risiko vurdering for tilbakefall og progresjon. En liste over oppfølgingsrutiner for muskel-invasiv sykdom, kan bli funnet i den utvidede versjonen av retningslinjene.

I metastatisk sykdom anbefales sterkt Cisplatinum-holdig kombinasjonsbehandling. Hos pasienter uegnet for Cisplatinum, skal Karboplatin kombinasjonsbehandling eller single-midler brukes. Pasienter som går etter platina-basert kombinasjon kjemoterapi for metastatisk sykdom bør tilbys Vinflunin. Zoledronsyre og Denosumab anbefales som støttende behandling for bein metastasering.

Kilde: Arnulf Stenzl og Marko Babjuk, EAU Newsletter, 16.03.12



Blærekreft/cancer vesicae

Årsaker/risikofaktorer

Årsakene til blærekreft er stort sett ukjente, men det finnes en del faktorer som påvirker risikoen for å utvikle sykdommen.

- Røyking gir økt risiko for blærekreft, og hos storryktere forekommer aggressiv sykdom hyppigere.
- Yrkesmessig eksponering for bestemte kjemiske stoffer (aromatiske aminer)
- Langvarig irritasjon av blæreslimhinnen på grunn av blærestein (konkrementer), og kroniske infeksjoner kan føre til utvikling av kreft.
- Pasienter som i ung alder har fått strålebehandling mot blæreregionen og/eller enkelte typer cellegift som ledd i en

behandling av annen krefttype, har økt risiko for utvikling av blærekreft på sikt.

Forekomst

Antall tilfeller av blærekreft er økende blant kvinner. Dette antas å ha sammenheng med røykevaner. I 2009 fikk 1335 mennesker i Norge blærekreft, henholdsvis 977 menn og 358 kvinner. Det er den fjerde vanligste kreftformen blant norske menn, etter prostata-, lunge-, og tykktarmskreft. Sykdommen forekommer sjelden før 50-årsalderen og er mest vanlig i 60-80-årsalderen. De fleste med kreft i urinblæren har en form som vokser i blærens slimhinne.

Kilde: www.kreftforeningen.no, 17.03.12

"UROWALK" OG MIDDAG FOR DELTAGERE PÅ EAUN



Her er noen bilder fra Urowalk og middag som vi hadde i Latin kvarteret i Paris. Det ble en interessant og hyggelig kveld.



Nyheter fra Mali

Ved Kjersti Lund Olsen

URO INFO har tidligere skrevet om Mali som er en republikk i Vest- Afrika. FSU har bidratt med penger slik at det bygges brønner i landet. Det har vi gjort via Vanntanken, en frittstående interesseorganisasjon som samler inn penger til humanitære formål, primært vannbrønner.

Mali har i den siste tiden opplevd en dyp krise. Før krisen var befolkningen rammet av tørke og matmangel. Etter at sikkerheten og den politiske situasjonen har forverret seg, har det vært vanskelig for hjelpeorganisasjoner å nå frem med nødhjelp.

I april krysset i gjennomsnitt 400 mennesker hver dag grensene mellom Mali og nabolandene Mauritania og Burkina Faso. Det har økt trykket på nabolandene som også lider av matmangel og tørke.

Mange skal ha blitt fratrukket penger og personlige eiendeler mens de var på flukt.

– Vi trapper opp vår støtte til flyktninger fra Mali i hele Sahel-regionen. Disse menneskene lider under akutt mangel på drikkevann og mat, fastslår FNs høykommissær for flyktninger.

Dyp krise

Mali, som lenge var blant de mest stabile demokratiene i regionen, er blitt kastet inn i en dyp krise som følge av kuppet 22. mars. Den ustabile situasjonen etter kuppet åpnet for at tuaregopprørere kunne ta kontroll over nordlige deler av landet.

Det gjøres nå forsøk på å løse krisen fra flere hold. Den afrikanske union (AU) innførte sanksjoner mot militærjuntaen i Mali i form av reiseforbud og fryste midler i utenlandske banker. Det ble også innført sanksjoner mot ledere av væpnede grupper nord i Mali. Fra før har den vestafrikanske samarbeidsorganisasjonen ECOWAS vedtatt omfattende sanksjoner mot militærjuntaen og stanset all handel med det kupprammede landet.

Kilde: Haugesund avis og Adresseavisen.

Hvis dere vil lese mer om Vanntanken Hemne, gå inn på deres hjemmeside:
<http://www.vanntanken.no/hemne>

SpeediCath® Compact

VURDERT
DISKRET AV
96%¹

“Det å ha muligheten til å ha de samme hobbyene som før, er veldig viktig for meg.”

Mike, SpeediCath® Compact Mann bruker, Tyskland

Det å ha muligheten til å gjøre mer, forandrer livet til SpeediCath Compact Mann brukere over hele verden

For brukere som Mike er SpeediCath Compact Mann med på å gi han muligheten til å gjøre mer. Kateteret har et diskret design og er enkelt i bruk. Det gir menn muligheter til å gjøre mer i hverdagen.

Se hele historien om Mike på våre nettsider www.coloplast.no



¹ Results from SpeediCath Compact Male pre-evaluation, Nov. 2010 to Dec. 2010.

Innmeldingsskjema



Ja, jeg vil gjerne melde meg inn i FSU

Navn:

Født:

Adresse:

Postnummer:

Sted:

Telefon jobb/ privat:

Arbeidsplass:

Stilling:

Annen utdanning (skole/ år):

Medlemsnummer NSF:

Navn på evt. verver:

Adresse på verver:

Postnummer:

Sted:

.....
Dato/ underskrift

Returadresse: NSF's faggruppe av sykepleiere i urologi - Katrin Valaas, Vikagata 65, 6010 Ålesund

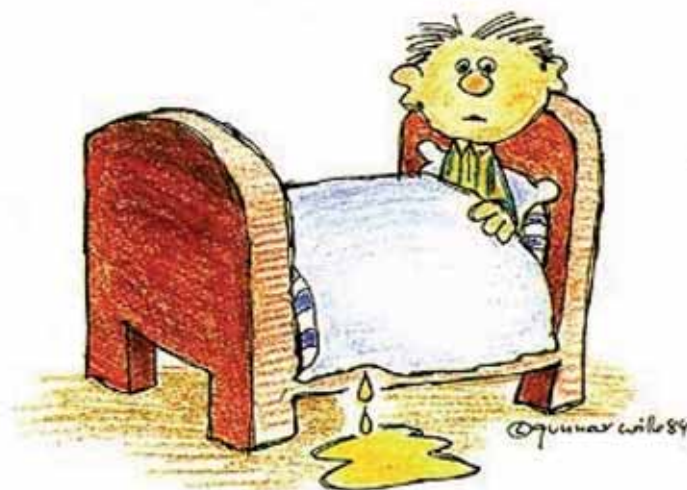
Oppdatert nettside om sengevæting

www.torrhelenatten.no



En nettside for allmennheten og helsepersonell

Besøk www.torrhelenatten.no



Ferring Legemidler AS, Postboks 4445 Nydalen, 0403 Oslo
Telefon: 22 02 08 80 - Telefaks: 22 02 08 81



MIN/002/01/2012

Søknadskjema for stipend



Etternavn

Fornavn

Personnummer (11 siffer)

Medlem i FSU fra

Adresse

Postnr./sted

Telefon jobb/privat

Mailadresse

Nåværende arbeidssted

Avdeling

Stilling

Kontonnr.

Privat/arbeidsted (stryk det som ikke passer)

Hilken type stipend søker du om?

Reisestipend Utdanningstipend

Annet (spesifiser)

Tidligere søkt FSU's reisestipend? Ja Nei

Hvis ja, når?

Reisens/utdanningens formål og varighet. Dersom kurs el. kongress spesifiser korrekt navn, sted, målgruppe og arrangør.

Begrunnelse for søknaden:

.....

.....

Avreisedato: Aktuelle reiseutgifter:

Returdato: Oppholdsutgifter:

Kursavgift:

Reiseutgifter:

Totalt:

Oppgi informasjon om evt. søkt/innvilget stønad fra andre

.....

.....

.....

Du må ha vært medlem i minimum 2 år for å kunne søke stipend. I tillegg må det være minst 4 år siden du sist ble tildelt stipend. Evt innvilget stipend kan utbetales enten via din private konto eller arbeidsgivers konto. Dersom utbetalingen skjer via arbeidsgivers konto slipper du å levere kvitteringer for innvilget beløp til kasserer i NSF FSU. Utbetalt beløp til privat konto som det ikke er levert kvitteringer for, blir av skattemyndighetene vurdert som inntekt og dermed beregnet skatt av.

Avlyst reise/endring av reiseplan

Jeg er klar over at jeg skal melde fra til FSU's styre i så god tid som mulig om evt. avlyst reise eller andre endringer i reiseplanen, slik at stipendmidler innvilget meg til dette formål kan overføres til annen søker.

Dato

Underskrift

Tilbakemeldingsrapport

Jeg erkjenner min plikt til innen tre uker å levere skriftlig innlegg der jeg gir sammendrag av reisens faglige innhold. Evt. skrive sammendrag fra egen presentasjon. Dette kan fritt benyttes i medlemsbladet URO INFO.

De som ønsker det må gjerne i tillegg sende et reisebrev. Det kan bli aktuelt at de andre nordiske medlemsbladene for urologiske sykepleiere ber om å få trykket ditt bidrag. Vennligst gi beskjed dersom du ønsker å reservere deg mot dette.

Dato

Underskrift

Søknad sendes til:

Tone Hestad Storebø

Florvågøen

5305 Florvåg

Innstilling: Innvilget/avslag. Begrunnelse:

Bekreftelse på utbetaling sendt NSF av kasserer, dato/underskrift:

FSU 25 år

FSU kan i år markere sitt 25-årsjubileum. Takket være noen ildsjeler ble en slik gruppe en realitet i 1987. Dette har hatt stor betydning for det urologiske fagmiljøet i Norge. Dette fikk vi høre mer om da leder i FSU, Tone Hestad Storebø, holdt velkomsttale på FSUs konferanse i Bergen nå i mai. Tone tok oss med på en spennende "reise" med tilbakeblikk både når det gjaldt NSF og FSUs historie. Mange av de som var på FSU kurset satte stor pris på den flotte talen Tone hadde og vi følte vel alle at NSF's slagord, TYDELIG, MODIG OG STOLT, passet godt akkurat da. NSF har 100 års jubileum i år, noe som markeres på flere steder og på ulike måter i landet. I september reiser flere fra FSU for å være med på NSF's jubileumsmarkering.

FSU konferansen i Bergen ble på en måte en verdig markering, selv om dette i utgangspunktet ikke var planlagt slik. Vi i FSU ønsker gjennom URO INFO å rette en takk til de ildsjelene som tok initiativet til å danne faggruppen vår. Spesialisering blant sykepleiere førte til at spesialistgruppene dannet ulike interessefora, etter hvert landsgrupper eller faggrupper. Den første landsgruppen som ble dannet i Norge, var helsesøstrene i 1955.

Vår faggruppe begynte som en ren interessegruppe. Jørn Granne fra Astra Tech og urolog August Bakke ved Haukeland regnes som pådrivere i denne prosessen, og inviterte blant annet til en samling på Sundvollen og fikk i stand en interessegruppe av sykepleiere.

Den 28. april i 1987 ble den første generalforsamlingen holdt i Bergen. Ildsjelene som sto i bresjen for møtet var Astri Gjeland, Jannicke Frugård, Anny Aune og Hilde Christensen. Gudny Aase Skjær var også med i starten.

Det er mange som fortjener en takk for sitt store engasjement innenfor urologi. Både firmaer og fagpersoner har bidratt til at vi i dag har en aktiv faggruppe med spennende kurs.

Virkningsmekanismene for TENS elektrodeplassing indikasjon



HVA ER TENS

TENS er en anerkjent behandling for å redusere akutte og langvarige smerter og ble utviklet på 70-tallet etter at Melzack&Wall beskrev "gate control" teorien i 1965. TENS er et lite og bærbart batteridrevet apparat som kan benyttes i helsesituasjoner eller utføres av pasient selv i eget hjem. 1- 4 elektrodesett plasseres i eller ved smertefullt område, i dermatom eller over triggerpunkt.

Basalforskningen av TENS har påvist signifikant positiv korrelasjon mellom redusert smerte og økt endorfinnivå i cerebrospinalvæsken og sentrale forandringer i de endorfinerge, serotonerge og muligens substans p- systemer (Almay et al 1985). TENS er sannsynlig mest effektiv dersom den er integrert i en omfattende og helhetlig terapeutisk sammenheng (Lampl 1998) og trinnsvis rehabiliteringsplan som inkluderer mange tiltak er beste strategi (Khadijkar 2005). TENS anbefales som smertelindring for å fremme effekten av aktiv behandling og fysisk aktivitet!

VIRKNINGSMEKANISMENE FOR TENS

Virkningsmekanismene kan deles inn i fire kategorier:

- Smertehemming på ryggmargsnivå. Presynaptisk hemning av afferente smerteimpulser i ryggmargens dorsalthorn (gatecontrol)
- Smertehemming på hjernestammenivå. Endorgen smertekontroll. Frisetting av endorfiner

og enkefalin.

- Direkte inhibering av unormal nerveaktivitet (neuropati)
- Kortikal hemning via psykologiske mekanismer som forventninger, tillit og tro på behandlingen, noe som igjen aktiverer de smertehemmende systemene, placeboeffekten.

HØYFREKVENT ELLER LAVFREKVENT STIMULERING

Hvilke muligheter finnes i apparatene:

- Lavfrekvent TENS = 2-10 Hz stim
- Høyfrekvent TENS = 80-100 Hz stim
- Burst /ALTENS = LF med korte burst (utbrudd) av HF pulstog
- Modulert TENS = pulsbredde og frekvens endres under behandling
- Blandet frekvens gir mulighet til ulik stimulering på Kanal 1 og Kanal 2

HØYFREKVENT STIMULERING (HF)70-100HZ

Gate control, smertelindring på ryggmargsnivå.

Ved høyfrekvent (HF) TENS sendes elektriske impulser til nervesystemets egne smertehemmende mekanismer som blokkerer den opprinnelige smerten.

Grunnregelen ved HF stimulering skal gi parestesier i det smertefulle området (Johnson M et al., 1991). Kjennes som prikking og stikking under elektrodene.

Jo sterkere strøm, jo bedre effekt – men under smertegrensen. HF stimulering gir en gate control og derfor en rask men kortvarig effekt. Aktiverer berøringsfibre. Ved hypo- eller hypersensibilitet kan elektrodene flyttes til dermatom med normal sensibilitet. Eks. Hud, skjelett, neurogene- og post operative smerter, angina og menstruasjonsmerter.

LAVFREKVENT STIMULERING (LF)2-10HZ

Endorgen smertekontroll, smertelindring på hjernestammeivå.

Gjennom denne typen lavfrekvent (LF) TENS frigjøres kroppens egne morfinlignende stoffer, endorfin og enkefalin. Stimuleringen skal gi synlige kontraksjoner i muskulaturen (M. Johnson 1998). Dette gir en frisetting av endorfiner og enkefalin. Kan virke smertestillende på hele kroppen og gi en større sirkulatorisk effekt. Tregere effekt enn HF, men kan vare i timer. Endorfin og enkefalin produksjonen starter ca 20 min etter begynt stimulering. Smertelindring i dypere strukturer som muskulatur og sener. Bedre ved endret sensibilitet og dyp verkende smerte. Aktiverer motoriske fibre. Brukes ved endret sensibilitet.

Husk: TENS virker ikke smerteforebyggende, så stimulering må testes ut når pasienten har vondt!

Velg gjerne et modulert program der en både får smertelindring via gate control teorien og endorfin og enkefalin frigjøring.

Norsk kvinnelig inkontinens register inviterer leger, uroterapeuter, sykepleiere, fysioterapeuter og sekretærer som er interessert i utredning og behandling av urininkontinens til

NKIR-FORUM

FREDAG 9. NOVEMBER 2012

Møteleder Rune Svenningsen

- 11:00** **NKIRrapporten datakvalitet og konklusjon**
(Sigurd Kulseng-Hanssen)
- 11:20** **Metodevalg for reoperasjon etter mislykket inkontinenskirurgi**
Behandlingsstrategi ved fiksert uretra
(Carl Gustaf Nilsson)
- 11:55** **Bekkenbunnstrening, kritisk litteratur gjennomgang av langtidsresultater**
Nytte av obligatorisk bekkenbunnstrening før kirurgi
(Clara Karoliussen)
- 12:20** **Urodynamikk fra forskjellige synsvinkler**
(Ellen Borstad, Sigurd Kulseng-Hanssen)
- 13:15** **Lunch**
Møteleder Yngvild Skåtun Hannestad
- 14:10** **Den gamle blære**
(Renate Pettersen)
- 14:35** **TVT 10 år**
(Rune Svenningsen)
- 15:00** **Minirin**
(Mats Ola Kallgraf)
- 15:25** **Kaffepause**
Møteleder Anita Vanvik
- 15:45** **Botox til hvem og hvilken effekt**
(Anette Grinde Andersen)
- 16:10** **Periurethral injeksjonsbehandling**
(Carl Gustaf Nilsson)
- 16:35** **Reservetid**
- 17:00** **Møteslutt**

KONTRAINDIKASJONER

- Pacemaker
- Halsens fremside
- Tidlig graviditet (første trimester) og gravid uterus

Forsiktighet

- Demente
- Redde / engstelig for strøm
- Pasienten må kunne samarbeide om behandlingen.
- Skadet lymfesystem?

Bivirkninger

- Hud irritasjon
- Allergisk reaksjon
- Økt smerte
- Brannskade

ELEKTRODEPLASSERING

Høyfrekvent stimulering (HF)

- I og rundt smerteområdet, også ved refererte og projiserte smerter
- I dermatom eller nabodermatom
- Over perifer nerve som forsyner smerteområdet
- Paravertebralt eller kontralateralt
- Over triggerpunkt
- På hver side av ledd
- Behandlingstid fra 40-60 minutter opptil flere ganger daglig eller kontinuerlig.

Lavfrekvent stimulering (LF)

- På muskel i det smertefulle området
- Over trigger- eller akupunkturpunkter
- Annen muskel i tilsvarende myotom
- Behandlingstid 45 min flere ganger daglig
- Obs! Kan gi treningsverk

Deltagelse, mat ved ankomst, lunch og kaffe i pausene er kostnadsfritt. Ingen begrensning på antall deltagere fra hver avdeling. Vi ber om påmelding til møtet innen 15. september. Bindende påmelding med navn og profesjon på deltagerne skjer til Bjørg Tove Johansen, Kvinneklinikken, Bærum sykehus, bjorg.tove.johansen@vestreviken.no tlf 67809452

Flere menn enn antatt lider av overaktiv blære

En ny nordisk opplysningskampanje setter for første gang fokus på inkontinens i Norge, Sverige, Danmark og Finland. Målet med kampanjen er å bryte ned noen tabuer og belyse fakta rundt dette private problemet som mange lever med i skjul. Over 350 000 mennesker i Norge lider av inkontinens, viser den største undersøkelsen blant inkontinente i Norden noensinne. Sykdommen rammer ikke bare middelaldrende kvinner, men også menn i ulike aldre. Kun 10 prosent får behandling.

Mange skammer seg over lidelsen og svært mange unngår derfor å oppsøke lege for å gjøre noe med problemet. Kun hver 10. normann med inkontinens snakker åpent om sine vannlatingsproblemer sier Sissel Overn, Norges første kvinnelige urolog og spesialist på inkontinens.

En ny europeisk rapport viser at 25 prosent av alle menn som opplever urinlekkasje, vurderer hjelpen de mottar fra legen sin som dårlig til middels.

I Europa lider ca 17 % av alle over 40 år av overaktiv blære og det er like mange menn som kvinner med dette problemet. Sykdommen blir noe vanligere hos menn i takt med stigende alder.

Overaktiv blære er et problem som påvirker vår livskvalitet i meget stor grad.

Overaktiv blære er ingen farlig tilstand, men symptomene er irriterende og fører til store problemer i hverdagen. Symptomene er plutselig vannlatingstrang, urininkontinens og nattlig vannlating. Å ha overaktiv blære fører ofte til sosial isolering, depresjoner og et dårlig sexliv. Problemet påvirker altså ikke bare pasienten, men også personene i pasientens omgivelser.

HVA ER ÅRSAKEN TIL OVERAKTIV BLÆRE?

Symptomene på overaktiv blære tilskrives ikke viljestyrte sammen trekninger i blæremuskelen. Normalt skal disse sammentrekningene komme når urinblæren begynner å bli full, men hos pasienter med overaktiv blære skjer dette når blæren bare er delvis fylt. Hvorfor det skjer, vet vi ikke. Teorier er om både kroppslig og psykiske årsaker.

Overaktiv blære regnes som en underrapportert tilstand. Mange har plager men de søker ikke lege for det. Av den grunn er oppgaver over forekomst litt usikker.

Alder eller dårlig helse har ingen direkte innvirkning på at problemet oppstår, selv om det er vanligere jo eldre man blir.

RISIKOFAKTORER FOR MANNLIG INKONTINENS:

- Forstørret prostata
- Urinveisinfeksjoner
- Kirurgiske inngrep i bekkenet, operasjon på tarm eller prostata
- Nevrologiske sykdommer: MS, diabetes eller slag.

PÅVIRKER SEXLIVET

Undersøkelsen, som er gjennomført av de nordiske inkontinensforeningene, i samarbeid med danske Kompas Kommunikasjon, viser følgende:

- 21 prosent svarer at de har fått dårligere selvbilde og 18 prosent har følt seg deprimert som følge av inkontinens
- 61 prosent snakker ikke med sin kjæreste/ektefelle om problemet og hele 51 prosent snakker ikke engang med legen
- 26 prosent mener at sexlivet deres er påvirket negativt og 19 prosent har problemer med å være intime med sin partner

BEHANDLING:

Behandlingsmetodene som anvendes er livsstilsendringer, blære- og bekkenbunnstrening, kirurgi, elektrostimulering, akupunktur og behandling med legemidler.

Kilder:

Runar Nørstad hentet den 20. april fra <http://www.side2.no/helse/article3346480.ece>
Ifølge studien Milsom et al. BJU, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, Sverige <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2006.01081.x/abstract>

NYTTIG PÅ NETT

www.sykepleierforbundet.no

www.icsnurses.org

www.urotoday.com

www.utfnordic.com

www.helsebiblioteket.no

www.cam-cancer.org

www.roykfritt.no

www.helsedirektoratet.no

www.ms.no

http://sykepleier.net

www.helse-bergen.no/avd/ms

www.oncolex.no

www.prostatakreft.no

http://quintetbloggen.wordpress.com



VISSTE DU AT ...

- ved å gå inn på hjemmesiden til Norsk Sykepleierforbund kan du bestille mye gratis informasjonsmateriell? Et eksempel på dette er heftet "Bruk av intermitterende kateterisering - IK- Nasjonale retningslinjer for helsepersonell."

Klikk deg inn der det står Fordelsbutikk for NSF's medlemmer. Her finner du mye spennende og nyttig materiell!

FSU FINNES PÅ FACEBOOK



Der heter vi "Urologiske sykepleiere - NSF"

<http://www.facebook.com/pages/Urologiske-sykepleiere-NSF/145885312127662>

LOKALE GRUPPELEDERE

Det Norske Radiumhospitalet
Montebello avd. A5 - 0031 Oslo
Tlf: 22 93 46 32, Vibeke Sando

Rikshospitalet
Kirurgisk avd. uro/gastro
Sognsvn. 20 - 0027 Oslo, Tlf: 23 07 07 03
* Bente Mikkelsen
bente.h.mikkelsen@rikshospitalet.no

Aker sykehus
Urologisk pol., * Turid Hansen Hoel
turid.hansen.hoel@akersykehus.no

Akershus Universitetssykehus HF
S104 urologisk avd. -1478 Lørenskog
Tlf: 67 92 91 40 / 67 92 91 47
* Tone Aasen, tone.aasen@ahus.no

Sørlandet sykehus Arendal
Kirurgisk/urologisk poliklinikk
Postboks 605 - 4809 Arendal
Tlf: 37 01 40 00 / 37 01 48 67
* Marit Halvorsen
marit.johanne.halvorsen@sshf.no

Sykehuset Buskerud HF
Kirurgisk poliklinikk - 3004 Drammen
Tlf: 32 80 33 34, Kari Sæther, setk@sb-hf.no

Ringerike Sykehus HF
Poliklinikk - 3511 Hønefoss, Turid Hauglien
turid.hauglien@ringerike-sykehus.no

Sørlandet sykehus Kristiansand
Kirurgisk poliklinikk - Postboks 416,
4604 Kristiansand, Tlf: 38 07 39 38
* Ann Fauskanger, ann.fauskanger@sshf.no

Sykehuset i Vestfold HF
Poliklinikk for kvinnesykdommer
Postboks 2168 postterminalen - 3103 Tønsberg
* Anne Torine Litherland
anne.torine.litherland@siv.no

Sykehuset i Østfold, Avd. A7,
Tlf: 69 86 09 11
Priv.adr. Dr. Nilsensvei 6 - 1651 Sellebakk
* Nina Rosten, nina.rosten@so-hf.no

Haugesund Sjukehus, 4 Vest
Postboks 2170 - 5504 Haugesund
Tlf: 52 73 24 30, Hilde Saltvedt Wathne

Stavanger Universitetssjukehus
Urologisk sengepost 5D
Postboks 8100 - 4068 Stavanger
Tlf: 51 51 91 66, * Anita Hatlelid, haid@sus.no

Haukeland Universitetssykehus
Nevrologisk avdeling post 4,
5021 Bergen. Tlf: 97535377
* Kirsti Gytre Lund, kirsti.lund@helse-bergen.no

Førde Sentralsjukehus
Kirurgisk poliklinikk - 6800 Førde
Tlf: 57 83 92 80, Reidun Mjell
reidun.mjell@helse-forde.no

Helse Midt Norge, Ålesund Sykehus
Kirurgisk avd. post 1
Tlf: 70 10 56 70 (jobb) / 98 82 14 47 (privat)
* Katrin Valaas, Vikagata 65 - 6010 Ålesund
katrin.valaas@helse-mr.no
katrinv@online.no (privat)

Sykehuset Innlandet, Hamar
Kirurgisk poliklinikk, Skolevegen 32 - 2326 Hamar
Tlf: 62 53 75 76, * Vera Harstad Jensen
vera.harstad.jensen@sykehuset-innlandet.no

St. Olavs Hospital
Gynekologisk poliklinikk - 7006 Trondheim
Tlf: 72 57 47 17, * Anita Vanvik, anita.vanvik@stolav.no

Norlandssykehuset, Somatikk Bodø (NLSH)
Kirurgisk avd. B, 8000 Bodø, Tlf: 75 53 43 70
* Sølvi Antonsen, solvi.antonsen@nlsh.no

Helgelandssykehuset
Avd. Sandnessjøen, Kirurgisk poliklinikk
8800 Sandnessjøen, Tlf: 75 06 52 00
Inger Alnes, inger.alnes@sasyk.nl.no

Stokmarknes Sykehus
Kirurgisk poliklinikk - 8450 Stokmarknes
Tlf: 75 42 40 00, Sidsel Gjerde
sidsel.gjerde@nlsh.no

Universitetssykehuset Nord-Norge HF
Urologisk sengepost - 9038 Tromsø
Tlf: 77 62 66 33, * May Tove Ludvigsen
may.tove.ludvigsen@unn.no

* Disse har lokallag

STYRET I FSU



STYRET 2012

F.v.: Katrin Valaas, Sidsel Alvheim Dubrefjord, Ann Fauskanger, Gunn Bøyum Dæhli, Margrete Ronge, Tone Hestad Storebø og Kjersti Lund Olsen

Leder:

Tone Hestad Storebø
Florvågøen/ 5305 Florvåg
tohesto@hotmail.com
Priv: 416 01 114 / Jobb: 55 97 28 47

Nestleder:

Sidsel Alvheim Dubrefjord
M.thranesgt 17, 3675 Notodden
sidsel.dubrefjord@sthf.no / sidseldub@hotmail.com
Priv: 922 99 670 / 35 01 01 82 / Jobb: 35 02 11 50

Redaktør:

Kjersti Lund Olsen
Myra 16, 7300 Orkanger
Kjersti.lund.olsen@stolav.no / Kjersti1964@hotmail.com
Priv: 72 48 20 52 / 456 67 999 / Jobb: 72 47 01 65

Styremedlem/kasserer:

Gunn Bøyum Dæhli
Alvøveien 22B
5179 Godvik
Gunn.dahli@bkkfiber.no
Tlf: 415 08 556

Medlemskontakt:

Katrin Valaas
Vikagata 65, 6010 Ålesund
katrinv@online.no
Priv: 988 21 447 / Jobb: 70 10 56 70

1. varamedlem:

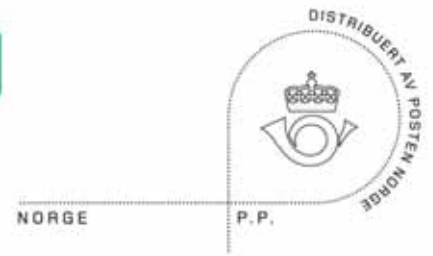
Ann Fauskanger
Broveien 18
4620 Kristiansand
Ann.fauskanger@sshf.no
Tlf: 918 70 144

2. varamedlem og webansvarlig:

Margrete Ronge
Bjørnefare 1e, 2014 Blystadlia
Margrete.ronge@hotmail.com
Priv: 917 89 901 / Jobb: 67 92 84 79

B ØKONOMI
ÉCONOMIQUE

Returadresse:
FSU v/Kjersti Lund Olsen
Myra 16, 7300 Orkanger



Kameratene slutter nok snart å ringe.

Vesicare reduserer antallet episoder med urgency hos pasienter med overaktiv blære. De klarer å holde seg lenger og antallet inkontinensepisoder reduseres.¹ Riktig behandling kan forenkle hverdagen for disse pasientene og en enkel aktivitet som å ta seg en motorsykkeltur kan fortsatt være enkel.

C Vesicare Urologisk spasmolytikum. ATC-nr.: G04B D08 TABLETTER, filmdrasjerte 5 mg og 10 mg: Hver tablett inneholder Solifenacin suksinat 5 mg, resp. 10 mg tilsv. solifenacin 3,8 mg, resp. 7,5 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoffer. Fargestoff: 5 mg: Gult jernoksid (E 172), titandioksid (E 171), 10 mg: Rødt jernoksid (E 172), titandioksid (E 171). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av urgeinkontinens og/eller hyppig vannlating og økt vannlatingstrang som kan forekomme hos pasienter med overaktiv blære. **Dosering: Voksne inkl. eldre:** 5 mg 1 gang daglig. Dosen kan økes til 10 mg 1 gang daglig etter behov. **Barn og unge:** Sikkerhet og effekt er foreløpig ikke tilstrekkelig dokumentert. Bør derfor ikke brukes til barn. **Nedsatt nyrefunksjon:** Pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (kreatininclearance ≤ 30 ml/minutt) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. **Nedsatt leverfunksjon:** Pasienter med moderat nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» grad 7-9) må behandles med forsiktighet, maks. 5 mg 1 gang daglig. Tablettenes bruk er uavhengig av mat og bør svelges hele med vann. **Kontraindikasjoner:** Urinretensjon, alvorlige gastrointestinale sykdommer (inkl. toksisk megacolon), myasthenia gravis eller trangvinklet glaukom og hos pasienter som står i fare for å utvikle disse sykdommene. Overfølsomhet for virkestoffet eller et eller flere av hjelpestoffene. Hemodialysebehandling. Alvorlig nedsatt leverfunksjon. Alvorlig nedsatt nyrefunksjon eller moderat nedsatt leverfunksjon som behandles med en potent CYP 3A4-hemmer, f.eks. ketokonazol. **Forsiktighetsregler:** Andre årsaker til hyppig vannlating (hjertesvikt eller nyresykdommer) bør vurderes før behandling med Vesicare innledes. Ved urinveisinfeksjon bør egnet antibakteriell behandling innledes. Brukes med forsiktighet av pasienter med klinisk betydelig blæreobstruksjon med risiko for urinretensjon, gastrointestinale obstruktive sykdommer, risiko for nedsatt gastrointestinal motilitet, alvorlig nedsatt nyrefunksjon, moderat nedsatt leverfunksjon, hiatushernie/gastrosofageal refluks og/eller pasienter som behandles med legemidler (som f.eks. bisfosfonater) som kan forårsake eller føre til en forverring av esofagitt, autonom nevropati. Brukes med forsiktighet ved samtidig bruk av en potent CYP 3A4-hemmer. Sikkerhet og effekt er ennå ikke undersøkt hos pasienter med en nevrogen årsak til detrusor-overaktivitet. Pasienter med sjeldne arvelige problemer med galaktoseintoleranse, en spesiell form for hereditær laktasemangel (Lapp lactase deficiency) eller glukose-galaktosemalabsorpsjon bør ikke ta dette legemidlet. Solifenacin kan forårsake tåkesyn, og mer sjeldent, somnolens og tretthet, og evnen til å kjøre bil eller bruke maskiner kan påvirkes negativt. **Interaksjoner:** Samtidig behandling med andre legemidler som har antikolinerge egenskaper, kan føre til mer uttalt terapeutisk effekt og flere bivirkninger. Det bør gå ca. 1 uke mellom avsluttet behandling med solifenacin for en annen antikolinerg behandling innledes. Solifenacins terapeutiske effekt kan bli redusert ved samtidig administrering av kolinerge reseptoragonister. Solifenacin kan redusere virkningen av midler som stimulerer den gastrointestinale motiliteten, f.eks. metoklopramid og cisaprid. Solifenacin metaboliseres av CYP 3A4. Derfor bør maks. solifenacindose begrenses til 5 mg ved samtidig behandling med ketokonazol eller terapeutiske doser av andre potente CYP 3A4-hemmere (f.eks. ritonavir, nefinavir, itraconazol). **Graviditet/Amning:** Overgang i placenta: Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide. Overgang i morsmelk: Bruk under amning bør unngås. **Bivirkninger:** Klassespesifikke, antikolinerge bivirkninger av (vanligvis) mild eller moderat grad. Hyppigheten er doserelatert. Munntørhet er sett hos 11% behandlet med 5 mg 1 gang daglig og hos 22% behandlet med 10 mg 1 gang daglig. **Svært vanlige ($\geq 1/10$):** Gastrointestinale: Munntørhet. **Vanlige ($\geq 1/100$ til $<1/10$):** Gastrointestinale: Forstoppelse, kvalme, dyspepsi, abdominalsmerter. **Syn:** Tåkesyn. **Mindre vanlige ($\geq 1/1000$ til $<1/100$):** Gastrointestinale: Gastrosofageale refluksykdommer, tørr hals. **Hud:** Tørr hud. **Infeksjoner:** Urinveisinfeksjon, cystitt. **Luftveier:** Nasal tørrhet. **Neurologiske:** Somnolens, dysgeusi. **Syn:** Tørr øyne. **Urogenitale:** Vannlatingsbesvær. **Øvrige:** Tretthet, perifere ødemer. **Sjeldne ($\geq 1/10000$ til $<1/1000$):** Gastrointestinale: Obstruksjon i colon, fekal impaksjon. **Urogenitale:** Urinretensjon. **Svært sjeldne ($<1/10000$):** Gastrointestinale: Oppkast. **Hud:** Erythema multiforme, kløe, utslett, urticaria. **Neurologiske:** Svimmelhet, hodepine. **Psykiske:** Hallusinasjoner, forvirringstilstand. Etter markedsføring: QT-forlengelse, «torsades de pointes». **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Overdosering kan potensielt føre til alvorlige antikolinerge effekter. Høyeste dose som ved et uhell ble gitt til en pasient, var 280 mg i løpet av 5 timer. Det førte til mentale endringer som ikke krevde sykehusinnleggelse. **Behandling:** Ved overdosering bør aktivt kull gis. Ventrikkelskylling kan være nyttig dersom den gjennomføres innen 1 time, men det bør ikke fremkalles brekninger. Symptomatisk behandling. En bør ved overdosering være spesielt oppmerksom på pasienter med kjent risiko for QT-forlengelse (f.eks. hypokalemi, bradykardi og samtidig administrering av legemidler som er kjent for å forlenge QT-intervall) og relevante eksisterende hjertesykdommer (f.eks. myokardiskemi, arytmi, kongestiv hjertesvikt). Se Giftinformasjonens anbefalinger G04B D08 side d. **Pakninger og priser** (pr. 26.04.2012): **5 mg:** 30 stk. 359,20 kr., 90 stk. 1007,70 kr., 100 stk. 1115,80 kr., **10 mg:** 30 stk. 441,50 kr., 90 stk. 1254,60 kr., 100 stk. 1390,10 kr. **T: Refusjonsberettiget bruk:** Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens). **Refusjonskode: ICPC:** U04 Urininkontinens **ICD:** N39.4 Annen spesifisert urininkontinens **Vikår:** Ingen spesifisert. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk 21.02.2012. **Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 23.03.2012. Astellas Pharma, Solbråveien 47, N-1383 Asker, Tlf: +47 66 76 46 00. Faks: +47 66 90 35 20. kontakt@no.astellas.com. www.astellas.no. **Referanse:** 1. Karram et al, Urology 2009; 73(1):14-18.

 **Vesicare**
Solifenacin

Legemiddel mot overaktiv blære