

# URO

# INFO

Nr. 3 - oktober 2012 - 23. årg.  
ISSN 1891-5116

s.10 Kateterjungelen

s.14 Akupunktur som behandling av UVI?

s.18 Kultursensitivitet

s.20 Urinavledning

s.26 Er du en sykepleier som tenker på å ta en videreutdanning?

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

# Hei til alle FSU'ere!

Nå har Bergen hatt sitt FSU. Og jeg tror (med fare for at dette oppfattes som selvskrift) at de aller fleste som deltok var fornøyd med det de opplevde. Vi i Bergen er i hvert fall fornøyd! Inhabiliteten min hindrer meg ikke i å skryte over variasjonen i programmet. Ei heller over lokale foredragsholdere! Jeg er utrolig glad for at vi har slike flinke folk rundt oss!

Stafettputen ble levert videre til Tromsø som med stor stil presenterte sitt FSU-kurs! PÅ SOMMERØYA!

Det gleder jeg meg til!! Mulig jeg klarer å snike inn en fisketur om jeg kommer en dag tidligere? Men det betyr at noen barmhjertige sjeler må ta meg med ut på havet og låne meg en fiskestang☺

I 2013 er det også NUF Nordisk FSU konferanse i Sandefjord! Håper virkelig at vi klarer å mobilisere her også! Jeg vet at det er en utfordring med to Urologiske konferanser så tett – men noen ganger må det bare bli slik... Begynn å jobbe med arbeidsgiverene nå...kanskje de kan sette av pengene i tide? Det er viktig at begge konferansene får nok deltakere!

Ellers har det vært sommer rundt i landet og noen har startet på videreutdanning og andre er i tenkeboksen. For den siste gruppen er det bare til å slutte med tenkingen! Det er på tide å handle! Nå gjøres det et nytt forsøk på å få startet et kull med UROTERAPEUT ER i Bergen! Meld dere på!! **Søknadsfrist 15.10...**

<http://www.hib.no/studier/studie.asp?studieID=B60URO>

Det er ikke mer enn «tid og vei». Jeg vet at arbeidsgiverene er litt tilbakeholdne med å dekke utgiftene... Men det er før de får vite den potensielle økonomiske, samfunnsmessige og miljømessige gevinsten av å la uroterapeutene utfolde seg med sin kunnskap. Litt svulstig skrevet – men smak litt på dette....



Tone Hestad Storebø

Det er mye sant i det! Ikke minst er det mange pasienter «der ute» som uten at de vet det, lengter etter en uroterapeut. Til og med NAV burde glede seg over denne utdanningen. De burde egentlig sponset en uroterapeut i hver kommune – og utgiften hadde de lett dekket inn mange ganger i besparelsene på inkontinensutstyr! Det er nemlig noen vanvittige summer vi snakker om i den sammenheng!

NSF har dessuten 100-årsjubileum i år! FSU har 25 års jubileum!! Jeg syns vi skal klappe oss selv på ryggen og si godt jobbet! Meeen... Vi må ikke slutte å jobbe! Hele tiden må vi søke å øke kunnskapen og medlemsmassen, og spre deg glade (urologiske) budskap! Ikke noe er vel viktigere enn det? Det er viktig for de som trenger oss – nemlig pasientene! Vi må fortsette å være deres advokater!

Med dette håper jeg dere alle får en fin høst fylt med flotte farger og opplevelser! Hva er vel bedre enn en kveldstund i sofakroken med godt i glasset eller koppen, stearinlys og fyr i peisen etter en flott tur ute i naturen?

GOD HØST FOLKENS!

Tone Hestad Storebø

Leder FSU

**Layout og trykk:**

ZignMedia - www.zign.no

**Omslagsfoto:**

Fotograf: Kjersti Lund Olsen

Nr. 3 - 2012 - Årgang 23 - Utgivelse nr. 90

Opplag 450 eks.

ISSN 1891-5116

**Neste nr:**

Februar 2013. Frist for manus 15. januar 2013.

**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
Sjef i eget liv .....	6
UTF-25 års jubileum .....	8
Nyheter fra Mali .....	9
Kateterjungelen .....	10
Akupunktur som behandling av UVI? .....	14
Kultursesitivitet .....	18
Urinavledning .....	20
Er du en sykepleier som tenker på å ta en videreutdanning? .....	26
Faktahjørnet .....	28
Lokale gruppeledere.....	30
Styret i FSU .....	31

# REDAKSJONEN

## Gode sommerminner

Endelig kommer en ny utgave av URO INFO. Det er oktober måned og kanskje den fineste årstida, nemlig høsten. Det er godt med klar ren luft og vakre farger i naturen. De fleste av oss er ferdige med sommerferien, og forhåpentligvis har vi mange gode sommerminner som vi kan plukke frem når det blir vinter og kaldt.

## Romfolket – nederst på rangstigen

I sommer er det romfolket som har preget mye av nyhetsbildet. Mange har tatt til orde for at de må få ordnede toalettforhold. Det er godt at noen engasjerer seg, slik at mennesker som kommer hit får en viss verdighet. I Trondheim kommune tok man tak i dette problemet ved å utvide tilbudet på Veita dagsenter, som egentlig er et senter for rusmisbrukere. Tre ganger i uka får romfolket varm mat, tilgang til dusj og mulighet til å vaske klær.

## FSU, UTF og EAUN

I denne utgaven av bladet kan dere lese referater fra FSU-kurs i Bergen og UTF-konferanse og jubileum i Gøteborg. Anne Torine Litherland er nyvalgt leder i UTF. Vi gratulerer og ønsker henne lykke til. I Norge varierer det nok om uroterapeuter er medlem i FSU eller i UTF. Noen er med i begge foreningene. Dette er noe hver enkelt må finne ut av selv og hva som passer best for dem. Det viktigste er engasjementet for faget, noe som vil komme fagmiljøene og pasientene til gode.



Kjersti Lund Olsen

Det finnes også enda en organisasjon for urologiske sykepleiere, nemlig EAUN. Her er det få norske medlemmer sammenlignet med andre land i Europa. For noen er det kanskje begrenset hva man har tid til å være med på.

## Urologifeltet sliter- vanskelig å rekruttere nok leger

Eldrebolgen og et økende antall menn med prostatakreft vil skape en stor utfordring for helsevesenet i Norge. Allerede i dag er det mangel på urologer. Man sliter med å få utdannet nok urologer, og helsedirektoratet ser med bekymring på situasjonen. Det er viktig å ta tak i dette nå, slik at flere leger kan rekrutteres til yrket. I et tv-program sist vinter kom det frem at norske kvinnelige medisinstudenter hadde liten interesse for å ta en videreutdanning i urologi. Etter min mening bør det også utdannes flere uroterapeuter som kan arbeide både i spesialisthelsetjenesten og i primærhelsetjenesten. Det bør ikke være slik at økonomien er det som avgjør om utdanningen i Norge skal fortsette eller ikke. Denne utfordringen innenfor fagfeltet bør politikerne ta på alvor. Ellers vil ventetiden til utredning og behandling bli enda lengre i fremtiden

Kjersti

! **FSU HAR NÅ 278 MEDLEMMER.**

! **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](mailto: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](mailto:kjersti1964@hotmail.com)



# HVA SKJER?

## FSU KALENDER 2012 / 2013

Husk å søke stipend!  
- skjema og betingelser på FSU nettside under  
[www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)



Sidsel Alvheim Dubrefjord

Akershus Universitetssykehus  
Symposium 23. november 2012  
[Ahussymposium2012@ahjus.no](mailto:Ahussymposium2012@ahjus.no)

FSU 2013 Tromsø, Sommerøya  
23.-24. mai 2013

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



EAU's kongresskalender  
[www.uroweb.org](http://www.uroweb.org) (eau og eaun)

EAU events  
[info@congressconsultants.com](mailto:info@congressconsultants.com)

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

[www.espu.org](http://www.espu.org)  
kontakt: [nurses@espu.org](mailto:nurses@espu.org)

[www.interstitialcystitis.co.uk](http://www.interstitialcystitis.co.uk)

[www.prostatitis.org](http://www.prostatitis.org)

<http://kongress.no/kongresser>

FSU konferanse:  
2013 Tromsø

Mai 2013

# Sjef i eget liv

Foredrag av Ingvard Wilhelmsen // Referent Kjersti Lund Olsen

*Ingvard Wilhelmsen holdt et morsomt foredrag om å være sjef i eget liv.*

*Historiene kom på løpende bånd, så dette referatet bærer nok preg av å være i stikkordsform!*

*Ingvard Wilhelmsen er lege og professor med hypokondri som spesialfelt.*

Wilhelmsen er spesialist i indremedisin, fordøyelsessykdommer og psykiatri. Han har siden 1995 drevet Norges eneste klinikk for hypokondere. Han behandler cirka 100 pasienter i året. Klinikken er en liten seksjon av Medisinsk Poliklinikk ved Haraldsplass Diakonale Sykehus i Bergen. Fra 2005 har han blant annet arbeidet med å finne ut hvorfor norske arbeidstakere har så stort sykefravær.

Wilhelmsen fortalte i sitt foredrag at når han snakker med pasientene, vil han at folk skal tenke selv. Wilhelmsen er interessert i folks holdninger. Hvordan mennesker takler selve livet, for eksempel angst eller konflikter de står i; med andre ord ekte ting. Mange mennesker har svære ekte problemer, men de går ikke til terapeut, for de har holdninger på plass.

Wilhelmsen fortalte en historie om en kvinnelig pasient på 27 år. Hun fortalte om sin søster som hadde fått celleforandringer på livmorhalsen.

I samtalen kom det frem at nå var det hennes tur. Wilhelmsen svarte med å si at dette var han ikke klar over. - Dette må du fortelle meg mer om. Kvinnen måtte forklare hvorfor det var slik. Det var utrolig vanskelig og hun ble flau da hun begynte å snakke. Hun skjønte selv hvor sykt det hørtes ut!

Flaks er veldig undervurdert. Det meste kan vi ikke gjøre noe med! Holdningene våre, de kan vi gjøre noe med. - Er det faktisk din tur? Nei, ikke mer din tur nå enn det var for 3 mnd siden!  
- Kan du ikke ta deg av søsteren din? - Jo, det kan jeg, men hun tar det egentlig ganske greit!

Wilhelmsen viste til boka "Thinking fast and slow" av Daniel Kahneman. Det finnes haugevis med eksempler i boken. Hvordan man tar beslutninger under usikkerhet.

Standard spørsmål.

- Er du god til å tenke på katastrofespørsmål? Mange er utholdende; kan ikke gi seg for lett. Står løpet.

- Da må du bekymre deg mye?

- Hvor mye skal du bekymre deg for ting du ikke kan gjøre noe med?

De sier det selv, det kan bli litt for mye. - Hva er ditt tema nå da? Hva er din greie? Mange er bekymret for ungene.

Hva er et stort hypokondertema? Mange er redd for å dø.

- Hvorfor passer det ikke å dø?

- Vet du hva du skal dø av?

Wilhelmsen møter pasientene med

humor. Får folk til å tenke. Noen er opptatt av hva folk tenker om seg.

De skal være sikker på at flyet ikke faller ned. De kan ikke komme seg ut. - Det er jo en grei ordning! Hva skal du gjøre der ute?

Angst er en fin greie! Det bygger på en misforståelse! Lytter etter lyder!

## Hvor mange sorger skal vi ta på forskudd?

- Jeg vil være klar, forberedt.

- Meningsløst.

- Du er ikke litt redd for å få transversmyelitt da? Det har de ikke hørt om.

- Det er ikke så lett å tippe hva du skal få. Bedre å ta det som det kommer.

- Jeg tør ikke å la være å bekymre meg. Jeg må være forberedt.

- Hvem slår til?

- Mange holder tilbake på gleden!

- Dette skal vi få svi for! Overskrift i Harstad avis. Sol, fint vær. Skal vi tørre å sette ut stolene? Snøen kan komme tilbake.

- Hvor mange sorger skal vi ta på forskudd?

- Bedre å ta ekte ting etter hvert som de kommer.

- Synsinger, antagelser, tolkninger, tanker.

- Vi må holde oss til sannheten.

Katastrofetanker. Å, den var fæl, den må vi ta ned å gruble på!

- Tenk om! La tankene sveve forbi!

- Man må finne en teknikk, ikke gi tankene næring.

BARE LA TANKENE KOMME OG GÅ.

- Ikke vits i å gruble for mye!





Foredragholder Ingvard Wilhelmsen

Kongen er fin, han er en morsom type. En politiker sa til han. Mye dere skal gjøre, dere er mye på forsiden av aviser. Kongen svarte journalisten: Vi i kongefamilien gjør så godt vi kan for å avlaste dere.

På spørsmål om kong Harald ikke er redd for terrorangrep. "Jeg sover så godt jeg kan hele natten. Hvis det skjer noe, skal jeg i alle fall være uthvilt. Sikkerhetstjenesten får ta seg av katastrofetenkningen!" Nå tar vi ting etter hvert som de skjer! Er ikke det bedre?

Da kongen fikk kreft ble han spurt om han var redd for tilbakefall. "Jeg er frisk til det motsatte er bevist". Det er fint å ta avgjørelser under tvil!

Viktig å ta avgjørelser under tvil! Øve på å kontrollere angsten sin. Jeg velger å tro at jeg er frisk inntil videre.

Wilhelmsen avsluttet sitt foredrag med å si at Kong Harald er konge i livet sitt!

Welcome to the 29th Congress of the

## Scandinavian Association of Urology and Urological Nurses



NSFs FAGGRUPPE AV SYKEPLEIERE I UROLOGI

Mark your calendar **August 21<sup>st</sup>-23<sup>rd</sup> 2013**  
Park Hotel Sandefjord, Vestfold, Norway

Visit our website at [www.nuf2013.no](http://www.nuf2013.no)



### HOLD AV 21. TIL 23. AUGUST 2013!

Vi holder i skrivende stund på å få frem et spennende program for både sykepleiere og leger. Det vil bli både felles- og parallelsesjoner. Da dette er et nordisk møte ønsker vi gode tips og ideer vedrørende faglig innhold velkommen fra hele vårt langstrakt land.

**Ta kontakt på mail:** [karin.sebakk@siv.no](mailto:karin.sebakk@siv.no) • Håper vi ser dere alle i Sandefjord neste høst. **NB!** Følg med på websiden ang. frister for posters/abstrakt.

# UTF - 25 års jubileum

Referent Kari Helene Andersen, uroterapeut i Tønsberg

*En forventningsfull uroterapeut fra Sandefjord reiste til Göteborg for å delta på jubileumskonferansen. Vi var to uroterapeuter som reiste i bil sammen ned til Göteborg onsdag morgen, først ferje fra Sandefjord til Strømstad i 2, 5 timer og deretter i bil i ca 2 timer.*

Konferansen har allerede kommet i gang, men vi får med oss første foredraget, "Från den siste dansen i högklackat, till den första inkontinensbindan" ved Carin Mannheimer. En inspirerende foredragsholder, forfatter og regissør som referer fra teaterstykket "Siste dansen". Her tar hun frem mennesket fysiske skrøpeligheit og dødsangst når den "gamle" har fått plass på sykehjem. En tankevekker for oss alle.

Videre snakket Eva Nilsson-Bågenholm "Hur kan man forbedra vård och omsorg for de mest sjuke eldre?". Den samme problemstillingen kan overføres til alle nordiske land.

Tilslutt var det en paneldebatt, der det satt flere ulike fagpersoner fra politikere til fagpersonen i daglig arbeid.

Dagen fortsatte med Urologi gjennom 40 år, utviklingen som har skjedd i alle disse årene -en odysse av Magnus Fall, urolog.

Videre var det årsmøte for UTF. Uroterapeut Anne Torine Litherland fra Tønsberg, ble valgt til ny leder.

På kvelden kl 1900 møtte ca 200 deltagere forventningsfulle til båttur i kanalen i et fantastisk sommervær.



## **Torsdag 24. mai fortsatte konferansen med flere interessante forelesninger.**

Her kommer et utdrag fra, foredraget om "Botox vid neurogen blåsrubbing" av Yr Logadottir Marianne Fehring.

Denne pasientgruppen har ofte store vannlatingsproblemer. Etter behandling med Botox føler mange de får et nytt liv. Disse pasienten må læres opp i RIK på forhånd. Selv om de må gjøre RIK, føles det bedre, enn lekkasje.

Utvelgelse av de riktige pasienter er viktig. Alle andre behandlingsmetoder bør være utprøvd.

God anamnese, cystoscopi us. urodynamisk utredning

med cystometri og trykk/flow, urethratrykkprofil gjøres på kvinner.

## **Hvem kan få Botox behandling?**

Pasienter med nevrogen blære med og uten lekkasje.

**Ikke behandle** gravide/ammede, høye spinal skadde, pasienter med aktive infeksjoner, lavtrykkblære med stressinkontinens, pasienter som ikke behersker RIK.

Før behandlingen: fyller ut miksjonsliste og svare på spørsmål. 5-6 uker etter behandling kontroll med flow/rest us. miksjonsliste og svare på spørsmål.

Effekten av behandlingen kommer etter ca 2- 7 dager.

En pasient som var hos meg til kontroll, forteller det var som å skru på en bryter, etter 7 dager fikk hun et nytt liv, sier hun.

Forberedelser behandlingsdagen:

- Miksjonsliste og spørsmål.
- Urinprøve.
- Antibiotika-samme dag.
- Lokalbedøvelse.
- Urinblæren skal være tom.
- 40-60 ml 2% Xylocain.
- Det gis Botox å 100 eller 200 E amp. 20-30 ml Nacl, (ikke rist,men rulle rundt på bordet for blanding).
- Cystoscopi gjøres og samtidig sprøytes inn Botox på ca 20-30 ulike steder i blæren.

NB. Viktig å være rask for å unngå blødning/ koagler.

Effekten varer ca 3-6 mnd. varierer, kan gjentas så lenge man ønsker.





Undertegnede jobber som uroterapeut på kirurgisk poliklinikk i Tønsberg. Jeg tok uroterapiutdanningen i Bergen i 1999/2000, det første kullet i Norge.

Pasientgruppen jeg jobber med er både kvinner og menn. Utreddes for vannlatingsproblemer av forskjellige årsaker. Gjør cystometri med trykk/flow, RIK- opplæring på menn og kvinner. Veileder IC – pasienter, har egne kurs årlig på lærings og mestringsenter. LUTS- utredninger og kontroller etter TURP –opr. mm.

Takker for stipendet jeg fikk fra UTF og FSU, slik at jeg fikk mulighet til å reise på denne konferansen 23.-25. mai 2012.

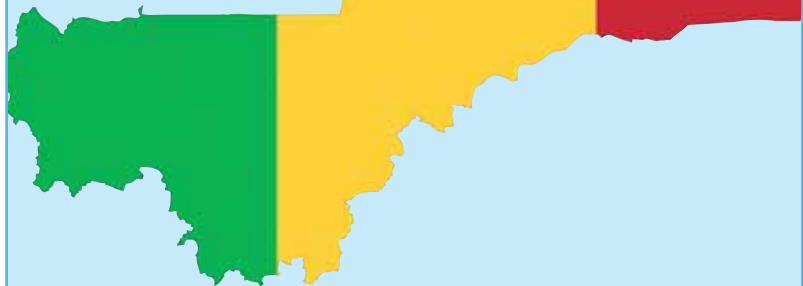
Tilslutt en et bilde fra en feststemt gjeng uroterapeuter fra Norge.



Vennlig hilsen  
Kari Helene Andersen, uroterapeut  
i Tønsberg

# Nyheter fra Mali

Ved Kjersti Lund Olsen



## Litt fra Vanntanken:

Som dere sikkert er kjent med, er det alvorlige uroligheter i deler av Mali, i / eller i nærheten av områder hvor vi har bygget brønner. Hjelpeorganisasjonene har trukket sine medarbeidere ut av de mest farefylte delene av landet. Uteblivelse av hjelpearbeid går dessverre i første omgang utover de svakeste; barn og kvinner.

Vanntanken har gjennom sommeren diskutert hvordan vi skal forholde oss i nåværende situasjon. Så langt har vi besluttet å forholde oss rolig, dvs at vi avventer situasjonen før vi setter i gang bygging av nye brønner. Dette av sikkerhetshensyn.

Vi har pr. i dag innestående i bank ca. kr. 200.000 som vi gjerne skulle ha brukt, men som vi nå altså avventer.

Dette til din informasjon.

# Kateterjungelen

Foredrag av Jannicke Frugård // Referent Katrin Valaas

*Jannicke Frugård er sykepleier, uroterapeut og har mastergrad i helsefag, og hun har jobbet innen urologi siden 1985. Hun jobber til daglig ved kirurgisk/urologisk poliklinikk ved Haukeland Universitetssykehus. Under FSU konferansen i Bergen i mai holdt hun et meget interessant og informativt foredrag om «Kateterjungelen», hvor hun ledet oss gjennom hvordan retningslinjene om intermitterende kateterisering ble utarbeidet, samt guidet tilhørerne gjennom bruken av både uretrakateter, suprapubiske kateter og percutan pyelostomikateter.*

FSU er en av få faggrupper i NSF som har utarbeidet evidensbaserte retningslinjer. Arbeidet med utarbeidelse av «Bruk av intermitterende kateterisering – IK, Nasjonale retningslinjer for helsepersonell» ble startet høsten 2000, og ble initiert av FSU, etter at evidensbaserte retningslinjer hadde vært på dagsorden i sentralt fagråd, NSF våren 2000. Det var J. Frugård og Eija Emblem fra FSU som i samarbeid med Norsk urologisk forening (NUF) stod for dette arbeidet, og retningslinjene ble utgitt høsten 2005. De er tverrfaglige, og rettet

mot helsepersonell på alle nivå i helsetjenesten, noe som igjen sikrer likhet i pasienttilbudet. Det foreligger også nå Europeiske retningslinjer, utarbeidet av EAUN (European Association of Urology Nurses).

Frugård informerte videre om normal vannlatning og normal blærefunksjon. Vannlatningen styres av det sentralnervøse nervesystemet, og vannlatning er ikke viljestyrt. Blæren tømmer seg normalt 5 – 7 ganger pr døgn, ca 250 – 400 ml pr gang. Varierende faktorer for volum og frekvens, er alder, væskeinntak og normal fysiologi. Hos en del mennesker fungerer ikke vannlatningen normalt, noe som skyldes ulike blæretømmingsforstyrrelser. Dette kan være Svekket detrusor (nevrologiske sykdommer, muskel-sykdommer, diabetes, idiopatisk) eller pga Avløpshinder (Benign prostatahyperplasi, for kraftig lukkemuskel, urethra-strictur) Frugård presiserte også viten om retensjonsinkontinens (overflow) Dette er en tilstand som kan forveksles med anstrengelseslekkasje (stressinkontinens) Når blæren blir veldig full, «renner det over» - et medisinsk problem som kan påvises med å måle resturin.

Videre gikk Frugård grundig gjennom ulike typer kateter og indikasjoner for bruk av de ulike typene.

## URETHRAKATETER

Det finnes ulike typer urethrakateter, både engangs- og langtidskatetre (KAD). Av typen engang finnes det i hovedsak to typer produkter på markedet, begge typer er laget av PVC eller PVC lignende materiale. Forskjellen er om de har et hydrofilt belegg eller ikke. Førstnevnte blir glatt og nærmest friksjonsfritt ved innføring når det fuktes med vann, mens sistnevnte må smøres med gel for å redusere friksjon. Anbefalinger gitt i nasjonale retningslinjer sier at hydrofile engangskatetre er å foretrekke framfor plastkatetre med gel ved IK».

**Bruk av engangskateter kalles** Intermitterende kateterisering (IK). Ren IK (RIK) – når terapien blir utført av bruker, eller av personale i primærhelsetjenesten. Steril IK (SIK)- når terapien blir utført av sykehuspersonell.

Det er forskjellige indikasjoner som kan ligge til grunn for bruk av IK. Det kan være Nevrogene blæredysfunksjoner som spinale skader, MS, MMC, diverse nevropatier eller andre nevrologiske tilstander som affiserer blærens perifere-/sentrale nerveforsyning. Eller det kan være Ikke-nevrogene blæredysfunksjoner som postoperativ urinretensjon, infravesical obstruksjon, residiverende UVI med påvist residualurin, urinlekkasje med påvist residualurin eller blæredysfunksjoner av ukjent årsak.



Foredragsholder  
Jannicke Frugård

**Målet** med intermitterende kateterisering er å bevare øvre urinveier, ivareta en evt normal blærefunksjon og å sikre en kontrollert tømming – mtp å redusere, evt forhindre urinlekkasje og å ha en naturlig rytme, samt å fjerne residualurin (hindre infeksjon) og redusere fare for traumatisering.

I forbindelse med opplæring av pasienter til å utføre selvkateterisering, er det viktig å ha en god prosedyre! Prosedyren skal være enkel, og det er viktig med god informasjon – både skriftlig og muntlig. Man må i forkant vurdere ulike faktorer som kan ha betydning for om terapien blir vellykket. Pasienten må være egnet

– det forutsetter både kognitiv forståelse og motorisk funksjon, slik at han kan motta opplæring og gjennomføre terapien.

Aktuelt utstyr må være tilgjengelig, iberegnet evt. hjelpemidler som speil, pose, flaske, puter og håndtak. Et nøkkelord her er KREATIVITET!! Jannicke Frugård understreket viktigheten av å sende med pasienten «hjemsendelsessett». Hvor ofte man bør tappe blæren er individuelt, men blærevolumet bør ikke overstige 400 ml hos voksne. En hovedregel er Minst 4 ganger pr dag.

I forhold til kateterstørrelse viste Frugård til de nasjonale retningslinjene, som sier at «det

ikke finnes randomiserte studier på hva som er den riktige tykkelse på katetre for barn, kvinner og menn». **Hovedregelen er at man ikke skal bruke for tynt kateter.**

**Anbefalingen er:**

- **Nyfødte 0-1 år** ch 6 - 8
- **Barn 1-3 år** ch 8 - 10
- **Barn 4-6 år** ch 8 - 12
- **Større barn, ungdom og voksne** ch10 - 16

Nelatonkatetre er alltid førstevalg, også på menn, men Tiemannkatetre må i noen tilfeller brukes der innføring av kateteret vanskeliggjøres av striktur, via falsa eller infravesical obstruksjon. Tiemannkateter bør spesielt ordineres av lege.



**Fordeler** med RIK/SIK i forhold til langtidskateter er at det er mer behagelig og naturlig. Man kan alltså forsøke med spontan vannlatning først. I tillegg er det redusert risiko for kateterkomplikasjoner.

Av typen langtidskateter finnes det ulike definisjoner og mange forskjellige typer på markedet. Man snakker om korttidskateter (short – terme), som kan ligge i inntil 14 dager, langtidskateter (long – terme), som kan ligge i over 14 dager og KAD – kateter à demeure. Betegnelsen Foleykateter forteller oss at det er et ballongkateter, Nelaton betegner at kateteret er rett og Tiemann betegner at kateteret har en bøy på tuppen (brukes ved vanskelig kateterisering på menn).

**Av katetermateriale finnes:**

- **Silikon**, skiftes hver 3 måned.
- **Silikon** - elastomert/hydrogel - elastomert/ sølv - elastomert, skiftes innen 3 uker.
- **Latex**, skiftes innen kort tid (max 14 dager).

Betegnelsen Charrière sier noe om kateterets størrelse, og angir den eksterne diameter på kateteret. 1mm= 3 Ch. Man bør bruke minst mulig kateter, og det er vanligst å bruke Ch 14 – 16 på voksne. Ved innleggelse brukes gjeldende prosedyre ved din arbeidsplass Jannicke Frugård poengterer her at langtidskateter kun skal brukes på strenge indikasjoner pga komplikasjonsfarer. Dette kan være UVI (ca. 40 % av alle nosokomiale infeksjoner er relatert til urinveiene), sepsis, steindannelse og stricturer. Indikasjoner for innleggelse av permanent kateter er måling av timediuress/overvåkning, kontinuerlig gjennomskyll, operasjoner i nedre urinveier/ behov for tom blære, samling av urin til analyse hos inkontinente pasienter eller der RIK er umulig. Videre poengterer foredragsholderen viktigheten av god sykepleie-dokumentasjon. Her bør man ta med indikasjon, ordinasjon, hvem legger inn kateteret, tidspunkt, katertype/ størrelse, ukomplisert/ komplisert prosedyre, planlagt tidspunkt for skiftefjerning av

kateter, samt resturinmåling etter at kateteret er fjernet.

**Sykepleietiltak ved permanente kateter:**

- Infeksjonsprofylakse: Aseptisk prosedyre ved innleggelse av kateter, god håndhygiene ved stell av kateter (hansker), lukket drenasjesystem (forsegle koblingen), unngå skifte av pose første 14 dager, kontinuerlig drenasje/ åpent kateter, rikelig væsketilførsel (urinproduksjonen bør være 50 – 100 ml/t)
- Forebygge steindannelse: Bruk silikonkateter, kontinuerlig drenasje, rikelig væsketilførsel
- Forhindre strictur: Fiksere kateteret ved å plastre det opp mot magen
- Unngå vakum ved fjerning av kateter: Dette kan gjøres ved at man første drar ut væsken og kontrollerer mengden, setter væsken inn igjen – og så lar væsken komme ut i sprøyten uten at man aspirerer. Denne fremgangsmåten sikrer at man ikke lager en kant på ballongen, som kan gi ubehag/smerter for pasienten.

## Trengende sjåfører i Trondheim

NYHETER

I Adresseavisen den 25.08 kunne vi lese om "dølose" bussjåfører i Trondheim. Problemet var mangel på toaletter på enkelte bussruter i Trondheim. I verste fall kunne sjåfører risikere å kjøre flere timer i strekk uten mulighet for å gå på toalettet. Mens mannlige sjåfører kunne slå lens ved et busskur, var dette verre for kvinnelige bussjåfører.

*"De dagene jeg vet at jeg skal kjøre linjer som ikke har pauserom med toalett for sjåførene må jeg planlegge nøye hva jeg spiser og drikker slik at jeg unngår behov for toalettbesøk under vekten min".*

Busselskapet i Trondheim uttaler at de skal sette opp midlertidige toaletter. I løpet av kort tid blir det derfor en løsning for trengende sjåfører. På sikt skal det også bygges hvileboder med toaletter og pauserom.









# Akupunktur som behandling av UVI?

Foredrag av Dr. Terje Alræk // Referent Katrin Valaas

*Dr Terje Alræk har doktorgrad i akupunktur og jobber ved Bergen Akupunkturklinikk, og er i tillegg knyttet til Nasjonalt Forskningscenter innen komplementær og alternativ medisin, som er en egen enhet ved Det medisinske fakultet ved Universitetet i Tromsø. Han har blant annet skrevet avhandlingen: "Acupuncture in the prevention of recurrent uncomplicated lower urinary tract infection in adult women".*

Sentralt i tradisjonell kinesisk medisin er å se sammenhenger mellom tegn og symptomer som pasienten presenterer. Målet er å se et mønster i de symptomene pasienten viser, og de tegn legen observerer bl.a. via tunge og puls.

Ukomplisert UVI er en vanlig sykdom, tilbakevendende UVI forekommer hos 27 – 48% hos friske kvinner. I USA er det registrert over 8 millioner episoder av UVI årlig, og behandlingskostnadene er mer enn 1 milliard \$. Dokumenterte profylaktiske strategier så langt, inkluderer alltid hyppig bruk av antibiotika. Dette gir grunn til bekymring pga fare for utvikling av resistente bakterier.

I studiet som Alræk har publisert var det rekruttert 100 kvinner mellom 18 – 60 år. 2 klarte ikke

å oppfylle inklusjonskriteriene, slik at 98 kvinner ble inkludert og randomisert til akupunkturbehandling/ ingen behandling. I løpet av studiet droppet 4 av disse av. Studiet baserte seg på basismålinger og resturin.

Etter 6 mnd behandling hadde kvinner i akupunkturgruppen en 50 % reduksjon i resturin i forhold til utgangsmålinger: 35,4 ml vs 18,2 ml. Kvinner i ubehandlet gruppe hadde ingen endring i resturin etter 6 mnd; 35,5 ml vs 38,8 ml.

Resultatet viser at akupunktur kan være effektiv behandling for å forebygge tilbakevendende ukomplisert nedre UVI hos friske voksne kvinner. Studiet er en kvalitativ studie da den studerte opplevde helseforandringer etter akupunkturbehandlinger hos kvinner med hyppig tilbakevendende UVI, de ble rapportert i fritekst, i alt 46 kvinner rapporterte tilbake.

### Konklusjon:

“Akupunktur (TCM) er en effektiv behandling for å forebygge tilbakevendende UVI hos friske voksne kvinner. Vår forskning viser, og understreket behovet for å vurdere ulike TCM diagnostiske kategorier i akupunktur forskning. Vår forskning viser også betydningen av å inkludere en vurdering av pasientenes erfaring med/



Foredragsholder Dr. Terje Alræk

av behandlingen. Fremtidig forskning bør også inkludere biologiske, objektive mål, som muligens kan forklare effekten av akupunkturbehandlingen”.





# 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**



[www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)



Lofric®

## Wellspect HealthCare, det nye navnet til Astra Tech HealthCare

I forbindelse med at virksomheten har fått nye eiere, har vi også fått nytt navn. Vi er stolte av det nye navnet, Wellspect HealthCare, som gir assosiasjoner til livskvalitet og velvære, respekt for brukere og et bredt spekter av produkter. Vi leverer de samme veldokumenterte kvalitetsprodukter, høy faglig kompetanse og god service. Vi ser frem til et fortsatt godt samarbeid.

Wellspect HealthCare, Karihaugveien 89, 1086 Oslo.  
Tlf: 815 59 118. [www.lofric.no](http://www.lofric.no)

wellspect  
HEALTHCARE

# LoFric®

LoFric er et engangs urin kateter

Besøk oss på nye [www.lofric.no](http://www.lofric.no)!  
Her finner du filmene  
Tips & Tricks om kateterisering





# Kultursensitivitet

Foredrag av Edith Blåsternes, høyskolelektor // Referent Kjersti Lund Olsen

*Kultursensitivitet handler om vår holdning, vår kunnskap og vår rolle som fagpersoner i møte med mennesker fra andre kulturer.*

Edith Blåsternes har jobbet i Faglig etisk råd i mange år og i den sammenhengen har hun vært nødt til å ta stilling til mange viktige saker. Hun har jobbet i utdanningen i 30 år. Man forsøker å rekruttere fra andre kulturer. Det er spesielt mange i kommunehelsetjenesten.

## PERSPEKTIVER

Kultur og makt er knyttet opp til det som har med helse å gjøre. Hva skjer når helsen svikter og sykdom rammer? Verdier, holdninger og fordommer preger oss i alle situasjoner, både på jobb og hjemme. Hva er det så vi forbinder med kultur? Innvandring, sykdom og helse utfordrer oss på ulike måter. Vi har en ulik forståelse av verden. Hva er det som preger oss mennesker? Kultur er trygghet og forankring. Kultur er meg, det preger min selvpåfatning, min identitet og derved min måte å forstå og fortolke omgivelsene.

**Kultur er den komplekse helhet som omfatter blant annet kunnskap, tro, kunst, moral, lovverk, skikker og andre evner og vaner et menneske har.**

## KOMMUNIKASJON - enkelt og vanskelig

- Språk er et nøkkelord
- Hvem definerer språkets betydning?
- Hvilke begreper og ord benytter vi i beskrivelser av de følelser og tanker som beveger seg i dette området?
- Hva er det som utfordrer oss?

## VI MÅ TENKE HVEM SOM DEFINERER SPRÅKETS BETYDNING

Motsetninger	- likheter
Samhandling	- avstand
Likheter	- ulikheter
Samkvem	- isolasjon
Forståelse	- frykt
Fordommer	- åpenhet
Forskjellighet	- konformitet
Mangfold	- ensporethet

## HOLDNINGENE VÅRE PÅVIRKER OSS I DAGLIGLIVET

De påvirker læring, oppfatning og tolkning av virkeligheten. Hva slags påvirkning vi velger å utsette oss for, preger vårt møte med andre mennesker.

### Kjennetegn ved holdninger:

Holdninger er stabile, rettes mot noe. Hva betyr holdningene våre? Vi feilvurderer stadig situasjoner - noen ganger fordi vi tolker, ser og forholder oss bare til deler av

virkeligheten og helheten. Bevisst og ubevisst.

### Debatten om kunnskap er viktig! Vi trenger å forberede oss på en type ydmykhet overfor andre mennesker.

Vi må kjenne til hva som er normalt og unormalt. Kulturer utvikler ritualer. Sykdom og helse er en utfordring. Ritualer knyttes til hendelser som fødsel, hverdagshendelser, familie-hendelser, men også lidelse, sykdom og død.

Når vi møter andre kulturer kan vi føle usikkerhet og utrygghet. Vi må ha mot til å være tydelige. At en annen er prisgitt meg, utfordrer min moral. Hva er det jeg ser? Hvordan kan jeg forstå et uttrykk? Hvis jeg ikke har kunnskap, blir jeg uttrygg. Ved sykdom, kan jeg kjenne på hjelpeløsheten. Fordommer, tro og meninger preger oss. Vi setter ofte likhetstegn mellom innvandrere og folk fra andre kulturer.

Noen sykepleiere tar mastergrad innenfor samfunnsfagene, antropologi og sosiologi. Beskrivelser fra hverdagen, så få man gjenkjenning. Statistiske data bidrar med informasjon og bekreftelse. Hva trekker de inn i kultur? Kultur er det tillært, en prosess. Et multivokalt fenomen, dvs det taler med mange tunger. Kultur forteller hvordan folk bør leve.



Foredragholder Edith Blåsternes

Makt er et aspekt ved kultur. Vi må verdsette likhet på samme tid som vi må respektere alder og livsvisdom.

Vi kan skape trygghet ved å gi informasjon, skape valgmuligheter og bruke fantasien. I sykehusene

møter vi sårbarheten og spørsmålene er: Tåler vi den? Vil vi ha den? Vil vi ha sensitiviteten?

Blåsternes holdt et svært aktuelt og interessant foredrag som skapte rom for ettertanke. Kultursensitivitet er et viktig etisk tema. Det forteller

oss at kommunikasjon og åpenhet er viktig i møte med andre kulturer. Kunnskap, større bevissthet og åpenhet kan bidra til bedre relasjoner mellom oss som helsepersonell og mennesker fra andre kulturer.



# CYSTISTAT®

Steril natrium hyaluronate oppløsning

## Til behandling av bakteriell og Interstitiel Cystitis

Uprøvinger viser at 85 % av pasientene har god effekt av I.C.-behandlingen.

Produktet bestilles direkte fra:

**Azanta**

Azanta AS • Postboks 39, Tveita • 0617 Oslo • Norge

TLF 21 55 59 90 • FAX 21 55 59 94

[www.azanta.no](http://www.azanta.no)

# Urinavledning

Foredrag av Thomas Davidson, urolog ved Haukeland universitetssykehus // Referent Margrete Ronge, Ole-Johnny Kornbak og Bernhard Ng

*I 1851 ble urinavledning beskrevet i litteraturen for første gang. Pasienten døde av infeksjon i etterkant, men det var begynnelsen på arbeidet med å lage funksjonell urinavledning kirurgisk.*

Det er ulike indikasjoner for at pasienter nå får urinavledning. Det kan være kreft, medfødte misdannelser, nevrogene blæreskader eller traumer.

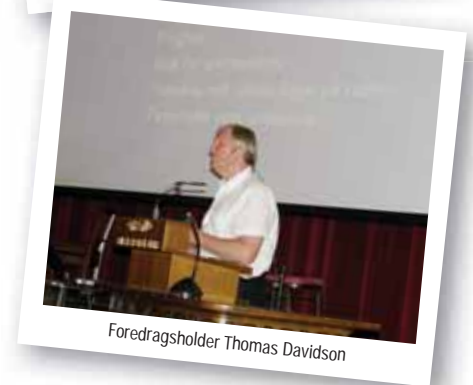
Hvilken urinavledning man tilbyr pasienter kommer an på flere faktorer slik som pasientens alder, helsetilstand, nyrefunksjon, diagnose, prognose, toleranse for nattlig lekkasje og selvsagt pasientens ønske. Før valget tas er det viktig at det blir satt av god tid til å diskutere ulike metoder med pasienten preoperativt. 20 minutter på poliklinikken er erfaringsmessig ikke nok sier Davidson.

Det er ulike metoder som kan velges og Thomas Davidson gikk igjennom noen av disse. Det finnes inkontinente og kontinente urinavledninger. Av inkontinente løsninger nevnte han Bricker avledning. I Norge kaller vi det Bricker blære med dette er noe misvisende fordi det ikke konstrueres ny blære men en urinavledning med stomi. Av kontinente reservoar snakket Davidson om Kochs reservoar. Det stilles noen krav til slik urinavledning.

Det er for eksempel at det skal være en sikker og enkel konstruksjon, kontinent utløp, tilstrekkelig kapasitet (fra 0,6 til 1,2 liter) og at det sjelden oppstår problemer med den.

Thomas Davidson sier at om det brukes tynntarm eller tykktarm i konstruksjonen ikke betyr noe hvis nyrefunksjonen er bra. Ved dårlig nyrefunksjon skal urostomi velges fremfor kontinent urinavledning.

Tilslutt snakket Thomas Davidson om ortotopisk blæresubstitutt. Denne løsningen har flere navn for eksempel, Hautman eller studerblære.



De pasientene som tilbys dette bør ikke være over 65-70 år, ikke ha tumor i prostatisk urethra, ingen tumor i blærehals v/kaldbiopsi (kvinner), skal kunne utføre RIK/SIK og være motivert. Kvinner skal ikke ha stressinkontinens før operasjonen.

Den postoperative oppfølgingen består i å følge nyrefunksjon, ta venøs syre-base status, kontrollere grunnsykdommen. Det er viktig med livslang oppfølging etter inngrepet. En del pasienter må også få B12 injeksjoner resten av livet.



SpeediCath® Compact

VURDERT  
DISKRET AV  
96%<sup>1</sup>

“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](http://www.coloplast.no)



<sup>1</sup> 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](http://www.torrhelenatten.no)



En nettside for allmennheten og helsepersonell

Besøk [www.torrhelenatten.no](http://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/ending 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:

BCG-medac

Lukket instillasjonssystem  
Ready-to-use



Vi har hjelpemidler for personal og pasient



BCG-medac  
Pasientbrosjyre



Blæreblokk  
TNM klassifisering av blærekraft

Behandlingsanbefalinger ved NMIBC  
(Non Muscle Invasive Bladder Cancer)

**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 blærekraft (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 akkvrerte 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, millær 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, benmarginfeksjon, 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 illebefinnende, feber, frysninger, generelt ubehag). Svært sjeldne (< 1/10 000): Overfølsomhetsreaksjoner (f. eks. ødem i øyelokk, hoste), øyesykdommer Svært sjeldne (< 1/10 000): Kororetinititt, konjunktivitt, uveitt. **Karsykdommer** Svært sjeldne (< 1/10 000): Vaskulær fistel. **Sykdommer i respirasjonsorganer, thorax og medistinum** 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 brytsykdommer** 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](http://www.legemiddelverket.no) / [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no)

# Er du en sykepleier som tenker på å ta en videreutdanning?

Nå har du sjansen til å bli uroterapeut, og dermed en viktig ressurs i helsevesenet!

## HVORFOR ER UROTERAPEUTER EN VIKTIG RESSURS I HELSEVESENET?

Økonomi. Inkontinensprodukter på blå resept koster Norge mange penger. HELFO opplyser at summen for 2010 var: 520 millioner til inkontinensmateriell og 239 millioner til kateter og tilhørende produkter. Dersom en større andel av pasientene med behov for slike produkter blir utredet og behandlet av uroterapeut, vil behovet, og dermed forbruket, av inkontinensprodukter kunne bli redusert.

Livskvalitet. Mange studier viser at personer med urin og/eller analinkontinens har betydelig redusert livskvalitet. Det er grunn til å tro at en reduksjon i lekkasjen vil øke livskvaliteten.

## HVA GJØR EN UROTERAPEUT?

Uroterapeuter utreder og behandler barn, kvinner og menn som har problemer med urinveiene, urinlekkasje, vansker med blæretømming, nattevæting, ereksjonsproblemer hos menn.

Noen uroterapeuter jobber også med tarmproblematikk og anallekkasje. Uroterapeuten har profesjonelle kunnskaper når det gjelder veiledning og utprøving av utstyr og hjelpemidler i de ovenfor nevnte problemområdene.

## Utredning og behandling hos uroterapeut kan for eksempel bestå av:

- Kartlegging/utredning: Ved hjelp av samtale og enkle undersøkelser kartlegges den enkelte pasients problem.
- Rådgivning og undervisning på bakgrunn av den enkelte pasients behov og problem: kost- og væskeinntak, toalettvaner, hygiene, påkledning.
- Blæretrening: en metode for å øke blærekontroll og blærens kapasitet
- Bekkenbunnstrening: styrker muskulatur og forbedrer blodsirkulasjonen i bekkenet.
- Elektrostimulering: Stimulering av nerver og muskulatur i bekkenet for å bedre funksjonen.
- Enuresealarm: Et hjelpemiddel for barn som er sengevætere.
- Selvkateterisering: Den beste måten å tømme blæren når blæren ikke gjør tømmejobben bra nok på egen hånd.

- Selvblokkering: En behandling som forebygger tilbakefall av innsnevring i urinrøret.
- Toalett-trening: Gjenopprette normale toalettvaner og kontinens.
- Biofeedbacktrening: En treningsmåte som hjelper til å bevisstgjøre om kroppens arbeid og signaler.

## HVOR JOBBER EN UROTERAPEUT?

I Norge i dag arbeider de aller fleste uroterapeutene i spesialisthelsetjenesten, og svært mange er knyttet til poliklinikker (barn, gynekologi, nevrologi, urologi, rehabilitering). Spesielt etter at samhandlingsreformen ble iverksatt vil det bli et økende behov for uroterapeutkompetanse i primærhelsetjenesten.

## Søknadsskjema og mer informasjon finner du her:

<http://www.hib.no/studier/studie.asp?studieID=B60URO>

Skrevet av Anne Torine Litherland



Som uroterapeut blir du også populær i India.



På Glittertind. Det finnes ikke grenser for hva du kan oppnå som uroterapeut.



# 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](mailto: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](mailto:infono@vitaflo.net)  
[www.vitaflo.se](http://www.vitaflo.se)

  
**VITAFLO**  
Part of the Navamedic Group



*Prostatakreft er den hyppigste kreftformen blant menn. Av de mer enn 4000 tilfeller som diagnostiseres årlig, blir de fleste helt friske. Det er fremdeles ingen klar årsaks-sammenhenger i forhold til prostatakreft. Alder, arv, hormoner, miljø og livsstil ser imidlertid ut til å være av betydning for utviklingen av sykdommen.*

*For at behandlingen skal lykkes er det viktig at undersøkelser og behandlinger starter så raskt som mulig.*

### SYMPTOMER, DIAGNOSE OG BEHANDLING VED PROSTATAKREFT

Lokal prostatakreft er ofte symptomfri, men kan gi opphav til vannlatingproblemer, impotens, blod i urinen, samt bekken-, hofte og ryggsmertor. Ingen av disse symptomene er spesifikke for kreft, de kan eksempelvis være en infeksjon. Symptomene krever imidlertid alltid nærmere undersøkelser.

### DIAGNOSE

Ideelt sett oppdages kreften før den har rukket å vokse seg så stor at den gir årsak til noen av de ovennevnte symptomene. Prostatakreft oppdages ofte mens den er symptomfri dersom en blodprøve viser forhøyet nivå av PSA-verdien (prostata-spesifikt antigen). En PSA-test kan gi tidlig påvisning av kreft og behandling kan settes i gang raskt.

### PSA-screening

Helsedirektoratets retningslinjer

anbefaler i dag ikke et organisert screeningprogram for prostatakreft hos symptomfrie menn. Diskusjonen i fagmiljøene i forhold til screening vil likevel fortsette, og det er en viss uenighet både i Europa og USA om bruk av PSA-screening.

### Hva viser PSA?

PSA (prostata-spesifikt antigen) er et enzym som har til oppgave å holde sædvæsken flytende. PSA er karakteristisk for prostata. Med andre ord den skiller ikke ut fra andre kjertler, men den produseres i både godarta og ondarta prostataceller. Derfor er ikke PSA-verdien alene en sikker pekepinne om prostatakreft.

Ved bedømmelse av betydningen av PSA-verdier, må det alltid relateres til størrelsen på prostata. En større prostata gir høyere PSA-verdi. En prostata som er 30-40 millimeter stor forhøyer PSA-verdien til 3-4ug/l.

Prostatakreft kan forekomme allerede ved lave PSA-verdier.

Spesielt viktig er det å legge merke til dersom PSA-verdien forhøyes i forbindelse med vanlig infeksjoner og spesielt urinveisinfeksjoner, titalls ganger. Først 2-3 mnd. etter infeksjonen får man den rette verdien på PSA prøven. Også en mild prostatainfeksjon eller et samleie kvelden før kan gi forhøyet PSA-verdi.

### SYMPTOMER

- Tynn og svak stråle
- Hyppig vannlating
- Vanskelig å tømme urinblæra
- Blod i urinen
- Smerter i rygg og skjelett

I mange tilfeller kan det være vanskelig å skille symptomer fra godarta sykdommer, men rådet er at ved symptomer som varer lengre enn tre uker bør en oppsøke lege.

Prostatakreft diagnostiseres ved hjelp av en vevsprøve under ultralydsveiledning. Vanligvis tas åtte vevsprøver fra venstre og høyre side via endetarmen. Dersom verdiene er høye er en avbildning av skjelettet nødvendig. MR er den beste undersøkelsen for å utrede lokal spredning av prostatakreft.

### BEHANDLING

Kirurgi, strålebehandling, hormonbehandling benyttes og i noen sammenhenger cellegift.

Behandlingen har enten helbredende eller lindrende hensikter, det kommer an på sykdommens utbredelse og når diagnosen ble oppdaget.

Behandlings muligheter bestemmes ut i fra enkelte faktorer som

- Kreftcellens aggressivitet, vekst hastighet.
  - Om svulsten er begrenset til selve prostatakjertelen eller har spredt seg
  - Alder og allmenntilstand
  - Andre tilleggsykdommer
- Kirurgi, strålebehandling og hormonell behandling gir bivirkning i forskjellig grad.

Vannlatningsproblemer, ereksjonsproblemer og hetetokter.

Vannlatningsproblemer og ereksjonsproblemer kan ha hjelp av bekkebunnstrening.

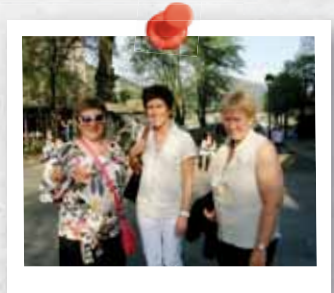
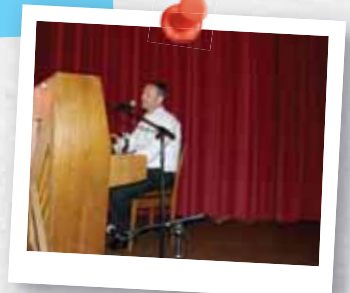
### Kilder

Nasjonalt handlingsprogram for prostatakreft fra helsedirektoratet Kreftforenings brosjyre "prostatakreft" Tidsskrift Norske legeförening.  
Tidsskriftet.no/article/1694590  
www.docrates.com/nb/docrates-kreftbehandling



# FSU 2012 BERGEN

## KONFERANSEMIDDAG & INNTRYKK





# 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

