

# URO

# INFO

Nr. 2 - Juni 2014 - 25. årg.  
ISSN 1891-5116

8 Åpning av EAUN

10 Overvekt og svangerskap

14 Testikkelkreft - "Hitting below the belt"

24 Urinretensjon eller overaktiv blære?

28 En pasienthistorie

NSFs Faggruppe av Sykepleiere i Urologi



**Redaksjonsgruppe:**

Styret i NSF's Faggruppe av Sykepleiere i Urologi

**Ansvarlig redaktør:**

Katrin Valaas Isaksen, tlf. priv.: 988 21 447 / jobb: 70 10 56 70

**Ansvarlig utgiver:**

NSF's Faggruppe av Sykepleiere i Urologi

**Henvendelser til bladet:**

Katrin Valaas Isaksen, Vikagata 65, 6010 Ålesund

Tlf. priv.: 988 21 447 / jobb: 70 10 56 70

katrinv@online.no

**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 Isaksen

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

Tlf. priv.: 98 82 14 47, jobb: 70 10 56 70

**LEDER**

# God sommer godt folk!

**Jeg værer forandring!**

Det er godt å kjenne sommeren komme. Alt spirer og gror – ingenting av tidligere års rusk og rask går til spille. Det er blitt og skal bli gjødsel til det som skal komme.

Slik er det også med alt vi gjør. «Som man reder ligger man» er et ordtak man ikke skal kimsse av. Vi har så lett for å klage over ting vi ikke er enig i. Men gjør vi noe for å endre på det, eller følger vi bare gamle oppskrifter på vårt liv og levnad? Jeg skulle ønske at mange flere reiste seg og «sto litt mer på krava» og ikke minst undret seg litt mer. Ikke godta alt som om det er formet i fjell! Vi kan gjøre noe med det om vi vill! Alle monner drar og mange bekker små gjør en stor Å!

I år er det kommet ut 7 politiske plattformer fra NSF sentralt. En av disse handler om sykepleierutdanning. Meningen med en slik plattform er å løfte frem og gi en retning til sykepleierutdanningen i Norge. Den skal være et verktøy den nødvendige kan bruke for å formidle NSF's politikk overfor politiske myndigheter, arbeidsgivere, samarbeidspartnere og media. Utdanningen vår er i utgangspunktet god. Meget god sett med europeiske øyner. I tillegg tar 60% av oss en videreutdanning som er eller er i ferd med å bli innpasset i masterstrukturer og noen flere enn tidligere tar Phd grad. Dette skal vi være stolte av. Det er et ønske i Europa at alle høyere utdanninger skal ha et sammenlignbart grads-system med bachelorgrads-, mastergrads-, og Phd-nivå. Dette fordrer en viss standardisering der målsettingen er at utdanningen gir høy klinisk kompetanse, danner grunnlag for forskning og fagutvikling og øker bruk av kunnskapsbasert praksis i helsetjenesten.

Ikke alle av våre arbeidsgivere er, enn så lenge, helt med på at «alle må ha en master». Holder det ikke med en vanlig videreutdanning da? Dette er forståelig på en kortsiktig måte: Dette vil ta dyktige, engasjerte folk midlertidig ut av avdelinger og det er en antatt fare for at høyere utdannet personale ikke ønsker å jobbe nær pasienten. Ikke forståelig med tanke på alt arbeidsgiver får igjen når sykepleierne kommer tilbake etter endt studie. De fleste sykepleierne ønsker nemlig å jobbe med pasienter. Om arbeidsgiver evner å gjøre seg nytte av denne økte kunnskapen vil jo bare tiden vise. Tenk om alle arbeidsgivere spurte seg: Er det vi gjør godt nok? Er det muligheter for forbedringer? Har vi en sykepleier i avdelingen som kunne sett litt med analytiske øyner på dette?

Drømmen er at noen sykepleiere hadde fått avsatt tid til å se litt nøye på rutiner og systemer. Stille spørsmål ved dagens praksis...Og at den sykepleieren som jobber nærpasienten kan spørre seg selv om det en

gjør er «det rette» for pasienten...sett med analytiske øyner... eller kritiske øyner om en velger å bruke et mer «allment» ord....

Hva med 60% i avdeling og 40% som forsker .... Legene har slike stillinger. Hvorfor skal ikke vi? Alt vi gjør bedre er til det beste for vår målgruppe: Pasientene! Det er dem vi jobber for!!

Alt dette er en faktor i det jeg begynte med i denne lederen: Mange bekker små gjør en stor Å! Det er ikke slik at slikt arbeid ikke gjøres i dag. Mange jobber i det små, med og i sin egen avdeling. Jeg mener at om alle hadde brukt velkjente metoder og systemer for forskning innen sykepleie, ville vi kunne sammenlignet resultater. Da kunne utvikle faget vårt til noe enda bedre på nasjonalt og internasjonalt nivå.

Det er forresten satt opp en ny runde med uroterapiutdanning som skal starte til høsten. Spennende å se om det blir påmeldt nok studenter til at det kan settes i gang. Videre fremover er det spennende å se om høyskolesystemet og alle de respektive videreutdanningsansvarlige etter hvert finner inn i en masterstruktur som alle kan enes om.

Vel vel, nok om det. Dagens oppfordring til dere er å lese alle de 7 politiske plattformene. De finnes på nett/NSF, men husk og logg inn med medlemsnummeret ditt. Da får du større glede og mer informasjon ut av både NSF sentralt og FSU's nettside. (Husker du ikke medlemsnummeret ditt er det lurt å lime en lapp på datamaskinen 😊)

I skrivende stund tenker jeg på Namsos damene som stiller i stand en flott FSU konferanse for oss! Det gleder jeg meg til! Rock City topper listen med fine foredrag!! Etter hva jeg har forstått er det bra påmelding også! Dette gjør mine ord over litt svake... Dere er engasjerte – og dere viser det! Jeg gleder meg til å treffe dere!!

Og når dere leser dette har dere hodet fullt av gode minner fra Namsos. Kanskje har vi klart å få med noe herfra i bladet? Om ikke får det komme i neste nummer 😊

Ha en riktig god sommer folkens!!

Hilsen Jone  
Leder FSU



Sa du engasjert? Det skal bli godt med ferie!

**Layout og trykk:**

ZignMedia - www.zign.no

**Omslagsfoto:**

"Telemark" - Foto: Kristine Hellefoss Helgen

Nr. 2 - 2014 - Årgang 25 - Utgivelse nr. 95  
Opplag 450 eks.

ISSN 1891-5116

**Neste nr:**

Oktober 2014. Frist for manus 15. september 2014.

**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 godkjent 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 webside.

# INNHold

Redaksjonen .....	4
Hva skjer? .....	5
Oppslagstavlen .....	6
Åpning av EAUN.....	8
EAUN Forskningskonkurranse .....	9
Overvekt og svangerskap .....	10
Testikkelkreft - "Hitting below the belt" .....	12
Urinlatingsplager hos gamle.....	14
Komiteen i Namsos .....	16
Nursing in robotics .....	22
How is urology nursing evolving in a european perspective .....	22
Urinretensjon eller overaktiv blære? .....	24
Pasient utvelgelse for behandling av muskelinvasiv blærekreft fra et onkologisk og kirurgisk perspektiv .....	26
En pasienthistorie .....	28
Siste nytt om Vanntanken .....	29
Lokale gruppeledere .....	30
Styret i FSU .....	31

# REDAKSJONEN

Kjære alle FSU medlemmer

## Nytt styre

I sist nummer av URO INFO takket Kjersti Lund Olsen for seg som mangeårig styremedlem i FSU, hvor hun de siste årene har vært redaktør av URO INFO. Hun har gjort en kjempejobb, og vil bli sterkt savnet i styret!!

Et nytt styre skal velges på generalforsamlingen under årets FSU konferanse i Namsos, og det ligger an til at jeg skal ta over jobben som redaktør. En spennende utfordring som jeg ser frem til å ta fatt på!

## Videreutdanningen

Jeg er nå snart ferdig utdannet uroterapeut, sammen med 23 andre dyktige kvinner og menn. Utdanningen har vært utrolig givende – spennende fag, gode forelesninger og utfordringer som vi har jobbet oss gjennom. I praksisfeltet har vi møtt dyktige fagfolk med et stort engasjement for urologifaget, som har inspirert og delt av sin kunnskap. Det har vært travle tider, med kombinasjon av studier og vanlig jobb, men nå er vi i mål – og det har vært verdt slitet!! Jeg gleder meg til å begynne å praktisere som uroterapeut, og det vet jeg de andre i kullet mitt også gjør.

I skrivende stund er fristen for å søke til neste års uroterapi-studie gått ut. Jeg håper mange har søkt! Og til dere som skal begynne: Lykke til, dere har mye å se frem til!!

## Fagutvikling

Nettopp det å dele av sin kunnskap, er et budskap jeg vil bringe videre til alle leserne av URO INFO. Det finnes mange dyktige sykepleiere «der ute» som sitter inne med mye kompetanse innen fagfeltet urologi. I de senere årene med stadig nedskjæringer i helsevesenet, blir det satt av mindre og mindre tid og midler til fagutvikling.



Katrin Valaas Isaksen

Det er vanskeligere å få støtte til å arrangere fagdager, og enda vanskeligere å få støtte til å reise på kurs. Men faglig oppdatering er viktig, og vi er hver og en selv ansvarlig for å holde oss oppdatert.

Vi er en relativt liten faggruppe på landsbasis, og mitt budskap blir således at vi kan hjelpe hverandre til kompetanseheving ved å dele av den kunnskapen vi sitter inne med. Dette kan gjøres på arbeidsplassene, på kurs og konferanser, og ikke minst gjennom fagbladet vårt URO INFO! Om du arbeider med et spennende prosjekt, eller har et interessant case – del det med leserne av bladet, slik at andre også kan lære av det du kan.

De nyutdannede uroterapeutene har nettopp levert sine fordypningsoppgaver. Interessante oppgaver som forteller hva nyere forskning sier om ulike tema. Jeg håper at mange vil dele, og vise fram, sitt arbeid med resten av medlemmene i FSU!

Jeg ser frem til å kunne formidle interessant og nyttig fagstoff i URO INFO fremover. Til slutt vil jeg ønske alle leseren en riktig god sommer!!!

Katrin



**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](mailto:katrinv@online.no)

# HVA SKJER?

## FSU KALENDER 2014/2015

### Husk å søke stipend!

- skjema og betingelser på FSU nettside under [www.sykepleierforbundet.no](http://www.sykepleierforbundet.no)



Sidsel Alvheim Dubrefjord

### FSU-konferanse 2015

FSU Telemark  
21.05.15- 22.05.15

## FSU konferanse: 2015 Telemark



Foto: Hans-Dieter Fieger

### NSF

<https://www.nsf.no/kurs-og-konferanser>

### Nasjonalt kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom

[www.unn.no/kib](http://www.unn.no/kib)

### 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://www.unn.no/inkontinens/category16736.html>

<http://kongress.no/kongresser>

# OPPSLAGSTAVLE

## TUSEN TAKK!

Bykommunen Namsos har ikke bare fostret mange store rockeartister. De har også fostret flere doktorgradsstipendiater. På årets FSU kurs fikk vi bekreftet det vi allerede visste; nemlig at det er høy kompetanse i Namsos, kanskje spesielt innenfor fagområdet geriatri og vannlatingsplager hos eldre. Kurset hadde en folkelig tilnærming som gjorde inntrykk. Komiteen hadde gjort en god jobb på forhånd og de hadde til og med laget en film: Lyden av urinlekkasje. Den var genial og morsom! Mellom foredragene var det flott underholdning av lokale krefter. Inntrykket man sitter igjen med er at det finnes et ekte og varmt engasjement både for den yngre og eldre garde i Namsos. Vi gir komiteen toppkarakter! Tusen takk til alle som gjorde dette til en stor opplevelse for oss!

FSU har pr **01.05.2014:**  
**281 medlemmer!**  
**17 NYE MEDLEMMER**  
**SIDEN NYTTÅR!!**

**BILLIGERE Å VÆRE MED**  
**I FSU ETTER FYLTE 65 ÅR**  
**Høres dette interessant ut?**

Ta kontakt med Sidsel Dubrefjord  
[sidseldub@hotmail.com](mailto:sidseldub@hotmail.com) eller  
tlf. 92 29 96 70

**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 Katrin Valaas Isaksen: [katrinv@online.no](mailto:katrinv@online.no)

## SI FRA OM ADRESSEENDRING!

Hver enkelt medlem har ansvar selv for å endre adresse hvis dette er nødvendig. Det gjør man ved å logge seg inn på min side på sykepleierforbundets hjemmeside: [www.nsf.no](http://www.nsf.no)

På den måten vil bladet komme frem dit det skal! Ved eventuelle spørsmål: **Ta kontakt med oss i styret!**



**"Urologiske sykepleiere - NSF"**

[www.facebook.com/pages/  
Urologiske-sykepleiere-NSF/  
145885312127662](http://www.facebook.com/pages/Urologiske-sykepleiere-NSF/145885312127662)

# LoFric®

## En god start med LoFric Sense og LoFric Origo

Riktig lengde og størrelse (CH)

Håndtak og innføringshylse gir bedre kontroll

Diskret design

LoFric® Sense™ for henne



LoFric® Origo™ for han



Kontakt oss for gratis  
vareprøver, brosjyrer  
og informasjon  
Tlf.: 815 59 118  
ordre.no@wellspect.com  
LoFric.no

Lørdag  
12. april 2014

# Åpning av EAUN

av Per Anders Abrahamsson, Lund Universitet, Malmö

Av Ann Fauskanger

*Urologi som fag står overfor både muligheter og utfordringer. For å ivareta urologiske pasienter best mulig i fremtiden er det viktig med spesialiserte sykepleiere i urologi. Spesialsykepleieren er en naturlig samarbeidspartner i teamet rundt pasienten, et team som består av urologer, gynekologer, medisinere, kirurger, radiologer, onkologer og fysioterapeuter. Abrahamsson refererer til eget sykehus hvor behandling i stor grad utføres av spesialiserte sykepleiere, eksempelvis Botox og transuretral microwave behandling og blære cancer team.*

Etter Abrahamssons åpning fikk vi en presentasjon av utdanning og muligheter for urologiske sykepleiere i Frankrike, Tyskland, Østerrike og Sverige. Sverige har en formell, akademisk videreutdanning i uroterapi mens de andre landene legger til grunn kurser og praktisk arbeidserfaring for å jobbe innen fagfeltet.

Det er et felles ønske om tettere samarbeid i videreutdanning for urologisk sykepleiere i Europa for å få en sertifisering av spesialiserte sykepleiere i urologi. Dette for å sikre at kvalifikasjonene til spesialiserte sykepleierne skal være sammenlignbare fra land til land. Dette kan bli gi spesialiserte sykepleierne større mulighet for mobilitet i arbeidsmarkedet.

Vi har i løpet av de senere år sett en forskyvning i arbeidsoppgaver fra lege til spesialiserte sykepleiere. Det er utfordrende, utviklende og positivt med nye arbeidsoppgaver. Samtidig må vi ikke se bort fra at leger og sykepleiere er to forskjellige profesjoner, at utviklingen innenfor sykepleie må være faglig begrunnet og ikke hovedsakelig tvinges fram pga manglende legedekning.

Den økende andelen eldre mennesker i befolkningen vil føre med seg flere pasienter med behov for helsehjelp både i og utenfor sykehus. Det må derfor ikke sees ensidig på utvikling av spesialisthelsetjenesten men også være fokus på 1. linjetjenesten når en ser på fremtidig behov for sykepleiere og utdanningsnivå.



**European  
Association of  
Urology  
Nurses**

**FSU har vedtatt at FSU skal være medlem i EAUN. Organisasjonen har som mål å føre sammen urologiske sykepleiere fra Europa. Målet er å bedre standarden på urologisk sykepleie.**

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

- Årlige møter sammen med EAU. Frem til nå har det vært arrangert 15 slike møter/kongresser. I april i år var det i Stockholm og neste år vil EAUN være i Madrid.
- Evidensbasert Guidelines/retningslinjer. Dette er en viktig oppgave for EAUN.
- Europeisk skole for urologiske sykepleiere. EAUN arbeider for å sette opp et program som skal gi studiepoeng
- 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.

<http://www.uroweb.org/nurses/european-association-of-urology-nurses-eaun/>

Kjersti Lund Olsen



# EAUN Forskningskonkurranse

Av Margrete Ronge

*Det var en 20 minutters presentasjon for planlagte og gjennomførte prosjekt i regi av EAUNs forskningskonkurranse. Dessverre var det ingen norske bidrag med. Danmark var godt representert med tre bidrag.*

Vinneren av forskningsprisen ifra EAUN 2011 presenterte sitt prosjekt. "Can postoperative nutritional therapy influence the convalescent for patients who have undergone radicalcystectomy" av L.Lyndon Danmark.

Hun hadde sammenlignet to grupper. Den ene fulgte den tradisjonelle planen med faste preoperativt og spise etter operasjonen. Den andre gruppen fikk parenteral ernæring post operativt i tillegg til å spise selv. De fulgte pasientene i 12 uker. De så blant annet på vekt,

magefunksjonen, og lengde på opphold. Dette i tillegg til at blodprøver ble evaluert 6 dager, 6 uker og 12 uker etter operasjonen. Det var ingen signifikant forskjell på de to pasientgruppene underveis.

Vinneren av forskningskonkurransen 2012 J.G.L. Cobussen-Boekhorst fra Nederland, presenterte sitt prosjekt. "Wich factors make clean intermittent(self) catheterisation successful". Hun fortalte om kriteriene for studien. Studien er ikke ferdig enda. Til nå har de sett at det er vanskelig å forutse hvem av pasientene som trenger RIK over 3 måneder. Det var overraskende at 20 pasienter sluttet med RIK fordi blæren hadde fått tilbake normal funksjon. Mulig årsak er at de fikk gode råd om toalettvaner, obstipasjon etc.

E.Grainger vant pris i 2013. Hennes prosjekt ble referert til i URO INFO

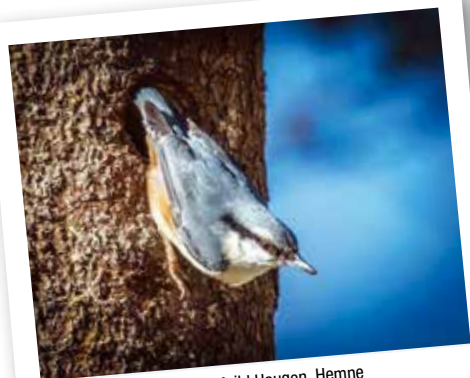
etter NUF så derfor går jeg ikke igjennom det nå. "Optimizing the implementation of fast-track neprecthomy pathways"

## De prosjektene som var med i konkurransen i år var:

"Needs and expectations of patients with prostate cancer and their partners- development of an innovative and comprehensive nurse consulting in Switzerland" av F.Geese, Sveits

"Kinect exercise for men receiving androgen deprivation therapy for prostate cancer" av B.R Villumsen, Danmark.

*FSU håper at det vil være noen norske forskningsprosjekter som blir presentert neste gang.*



Fotograf: Arild Haugen, Hemne



Fotograf: Natalia Mysnyk

# Overvekt og svangerskap

v/gynekolog/førstemanuensis Tina B. Eilertsen

Av Kjersti Lund Olsen

*Tina B. Eilertsen tok sin doktorgrad i 2013. I sitt foredrag i Namsos, fortalte hun om sitt doktorgradsarbeide. Temaet var overvekt og fedme, og hvilke konsekvenser det har for oppfølging i svangerskap og betydning for fødsel. I de siste 10-15 årene har man fått ny kunnskap om emnet.*



Tina B. Eilertsen sammen med sexolog/sykepleier Victor Valderaune

I sitt foredrag kom hun inn på forekomst og definisjon av overvekt og fedme. Sykelig fedme er KMI (kroppsmasseindeks) på 40 eller høyere. KMI på 35 eller høyere med tilleggslidelser er også sykelig fedme. På livsmål til kvinner sier man at det er moderat forhøyd ved 80-87 cm. Betydelig forhøyd er 88 cm eller mer.

Grad av overvekt, fysisk form, glukosetoleranse, dyslipidemi og hypertoni påvirker risikoen for svangerskapskomplikasjoner.

Konsekvenser på kort sikt er høyere forekomst av svangerskaps-, fødsels- og neonatale komplikasjoner. Konsekvenser på lang sikt er varig endring av fremtidig helserisiko for mor og barn.

MFR (medisinsk fødselsregister) rapporterte at det har vært en fordobling av svangerskapsdiabetes fra 1988 til 2002. Så mange som hver femte kvinne i fertil alder kan lide av fedme.

Overvekt og fedme i svangerskapet medfører økt risiko for mor og barn.

## Ved fedme og overvekt øker risikoen for:

- svangerskapsdiabetes
- hypertoni
- preeklampsi
- makrosomi
- medfødte misdannelser
- intrauterin forsterdød
- neonatal død
- spontanaborter
- preterm fødsel

Eilertsen viste til flere studier. En norsk studie viste at blant annet at overvekt og fedme gir en økt risiko for keisersnitt.

Det var også flere ting man måtte tenke på når det gjaldt kvinner med fedme i fødsel:

Overvåkning, anestesi, komplikasjoner ved keisersnitt (økt operasjonstid, økt infeksjonsfare, økt trombose-risiko og økt risiko for sårruptur) og økte ressurskrav.

Avslutningsvis kom hun inn på råd og aktuelle tiltak. Hva sier så norske helsemyndigheter og hva sier forskningen? Det finnes en Nasjonal veileder som heter Retningslinjer for svangerskapsomsorgen. Hun viste også til en aktivitetshåndbok fra 2008. I 2012 kom kosthåndboken og i 2010 kom boka: Et trygt fødetilbud. Veileder i fødselshjelp fra mai i år har met et eget kapittel om fødsel og overvekt. Å oppnå livsstilsendringer er ressurskrevende. Tina B. Eilertsen avsluttet med å si at forebygging er en viktig innfallsvinkel.

# Comfort® Shield barriereklut

Behandler og beskytter sår hud



**Comfort® Shield barriereklut er godkjent på blå resept.**

**Inkontinens: Fra 01.10.2013 begrenset uttak pr. år  
(Leveres kun i 8 pk).**

**Stomi: Ingen begrensning. (Leveres både i 8 pk og 3 pk).**

**Comfort® Shield barriereklut anbefales ved inkontinens,  
hudirritasjon og hudskade.**

Pakning	Varenummer
3 stk kluter pr. pakning	7453-x
8 stk kluter pr. pakning	7905-x

# Testikkelkreft - "Hitting below the belt"

Av Sidsel Alvheim Dubrefjord

*Spennende forelesning med 3 leger fra England (W. Ansell), Tyskland (P. Albers) og Spania (J. Palou).*

- **Medfødte utviklingsdefekter**
  - 2–4 % av alle guttebarn vil senere i livet utvikle testikkelkreft. Risikoen tiltar kraftig hvis tilstanden ikke blir kirurgisk korrigert innen puberteten. I 5–20 % av tilfellene utvikler tumoren seg i den normalt descenderte testikkelen.
  - Gonadal dysgenesi. Ulike typer av feil i fordelingen av kjønnskromosomene, med og uten intersex-tilstander, gir økt risiko for utvikling av tumorer fra germinalcellene og fra kjønnsstreng/stromacellene.
- **Arvelig disposisjon**
  - Familiær opphopning forekommer. Risikoen for testikkelkreft er økt 4-6 ganger ved testikkelkreft hos far, 8–10 ganger dersom bror har sykdommen.
- **Infertilitet**
- **HIV-infeksjon**
  - Det har også i den senere tid har blitt rapportert flere tilfeller av testikkelkreft hos menn som er infisert med dette viruset.
- **Miljø**
  - Geografiske forskjeller i fore-

komst, med kraftig økning i de siste decennier, gjør at man mistenker miljømessige faktorer som medvirkende årsak til testikkelkreft. Den miljømessige påvirkningen skjer tidlig i fosterlivet. Hormonelle faktorer har vært mistenkt, men årsakssammenhengen er sannsynligvis kompleks og ikke endelig avklart.

## SYMPTOMER

- Smertefri hevelse, tyngde fornemmelse i testikkelen eller uregelmessig flate.
- 90% oppdager det selv eller av partner.
- Rygg smerter hos unge menn.
- 95% testikkelkreft er ondartet bakerie celle kreft.

## DIAGNOSTIKK

- Amnese, klinisk undersøkelse, blodprøver, biopsi og spermieprøver.
- Klinisk- undersøkelse av testikkel, lymfeknuter i lysken, hals og palpere bryst med tanke på gynekomasti.
- Blodprøver, hormonprøver, rtg thorax, CT thorax, abdomen og bekken. Ultralyd av testikkel.

## BEHANDLING

- Kirurgi- orkiektomi ved sikker malignitetsdiagnose

- Medikamentell behandling- cytotatika
- Stråleterapi- anbefales ikke i dag som standard behandling, men kan være aktuell ved seminom klinisk i stadium 1 og 2A.

## PROGNOSER

- Ca 98% av norske pasienter med testikkelkreft blir helbredet i dag. Norge og Sverige har de beste overlevelsresultater i Europa.
- Prognosen er avhengig av histologi, metastaser og sykdomsutbredelse.



Kongresshallen med ca 16000 deltagere



Middag med den norske delegasjonen



Sykepleiermiddag på Junibakken

# Det er ikke uten grunn at det er SpeediCath® katetre de fleste europeere foretrekker\*



Første kateter  
som var klart  
til bruk



Første kompakte  
kateter

SpeediCath® var først ute til å tilby et klart til bruk kateter, og vi var også først ute til å tilby et kompakt kateter. Faktum er at det er SpeediCath® som har satt standarden for kateterdesign og brukervennlighet i nesten 15 år. Selv om vi aldri vil forstå alle utfordringene brukerne våre møter i hverdagen, vil vi aldri gi opp å hjelpe dem.

For mer informasjon, se: [www.coloplast.no](http://www.coloplast.no)

**SpeediCath®**

\*SpeediCath is the most sold catheter brand in Europe. Coloplast sales data. GERS, IMS-Assotiomedica, Netinvest, PCA, 2012/13



Coloplast Norge AS  
Postboks 167 Mangroveit  
0612 Oslo

Coloplast er et registrert varemerke av Coloplast A/S. ©1-2014. Alle rettigheter er forbeholdt Coloplast A/S, 3050 Humlebæk, Danmark.

# Urinlatingsplager hos gamle

Av Tone H. Storebø

*Overskriften er valgt av foredrags- holder Dr. Filos. Liv Heidi Skotnes. Det er jo en spesiell tittel da vi som regel snakker om vannlatingsplager. I tillegg benevner hun omtalte pasient- gruppe som «gamle» mens jeg velger å skrive «eldre» i referatet. Dette er strålende modig gjort av Liv Heidi da vi oftest liker å briljere med fine flotte ord og vendinger i våre kretser. Valgte ordbruk er imidlertid meget beskrivende med tanke på problemstilling og pasientgruppe.*

Skotnes har gjort sitt doktorgrads- arbeid i forhold til problemstillingen.

Det viser seg at det er høy forekomst av vannlatingsplager hos eldre hjemmeboende og 70% hos insti- tusjonsboende (muligens enda høy- ere). Høyest % hos kvinner. Over 80 år overtar imidlertid mennene. Da er de de som skårer høyest.

#### Årsakene til dette er flere:

- Vi blir stadig eldre og mer skrøp- elig ved innleggelse i institusjon
- Institusjonalisering – det tar sjelden lang tid før en innehar problemer med vannlatingen etter

at en er innlagt i institusjon.

En får på bleier og er oftere «uheldig», det er langt til toalett og det er ukjent plass og kanskje vanskelig å orientere seg.

- Aldersbetingede forandringer i kroppen som slappere bekken- bunn og hormonelle forandringer er av betydning på kvinner. Hos menn er det hovedsakelig prostata- problematikk som gir nevnte plager. Hos begge kjønn vil gener- elt alderssvekket blære (strukket, slapp, overaktiv...) eller andre systemiske sykdommer (parkinson, MS, demens, diabetes) også med- virke eller være direkte årsak til vannlatingsproblemer. For eks- empel kan en dement person ha flere tilleggs-sykdommer eller problemer som forsterker vann- latingsproblemet.

Vannlatingsplager fører til ned- satt livskvalitet, økt sykkelighet og mortalitet. I tillegg ser en tidligere innleggelse i institusjon, pårørende orker ikke mer pga mye tisselukt, økt pleietyngde i institusjonen og økte kostnader. Problemer i denne kategori er også med å senke aktivi- tetsnivået slik at en kommer inn i en vond nedadgående sirkel.

De har startet en «KART- LEGGINGS- AVDELING». 18 senger. Denne dekker et område

på 42 753 personer (geriatri, medisin, slag). I forhold til nevro- logiske pasienter (MS, parkinson) dekker den et område med 148 572 personer. Dette er et internt prosjekt ledet av Dr Filos. Liv Heidi Skotnes. De har 4 syke- pleiere som er dedikert dette arbeidet. Ikke tatt ut av vanlig turnus i avdelingen. De har utarbeidet er digitalt kartleggings- skjema som de prøver ut i disse dager. Pasientene er over 65 år, i stabil fase. Pasienten må ønske å bli utredet. Der er stor grad av tverrfaglighet i avdelingen.

Resultat av dette interne pro- sjektet er ikke klart. Dette blir utrolig spennende å følge med på da det etter hvert vil inne- holde utrolig mange data. Disse kan i følge Skotnes nyttes til for- skjellige studier og forsknings- prosjekter. Et spennende prosjekt!

**KONKLUSJON:** *Det er viktig å kartlegge alle plager hos eldre som medvirker til forverring av funksjonsnivå. Da først kan en finne løsning på vannlatings- problem noe som bedrer livskvalitet og muligheten til aktivitet. Tverr- faglig tilnærming er avgjørende i forhold til om en lykkes i dette.*



Foredragsholder Dr. Filis. Liv Heidi Skotnes



# 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)

# KOMITEEN I NAMSOS



**Håvard Hagen,**  
geriater Namsos

**Ragnhild Omli,**  
sykepleier/førsteamanuensis V/HINT

**Hege Derås,**  
sykepleier mlvidereutdanning i geriatri,  
Geriatrisk poliklinikk, Sykehuset Namsos

**Anne M. Sandberg,**  
etterutdanningsnettverket i Namdalen/  
Høgskolen i Nord-Trøndelag

**Rose Mari Olsen,**  
sykepleier/førsteamanuensis v/HINT

**Liv Heidi Skotnes,**  
sykepleier/forskningssykepleier  
sykehuset Namsos

*Årets konferanse i Namsos hadde fokus på geriatriske, nevrologiske og sammensatte problemstillinger.*

*Disse temaene har stor relevans for sykepleiere i sykehus og primærhelsetjeneste.*



# INNTRYKK FRA FSU NAMSOS 2014

Foto: Kjersti Lund Olsen



Fire pils og en pizza...



178 cm høy gassstatue av Åge Aleksandersen



Anne Guttormsen Vinnes



Besøk hos utstillere



Rock City



Rock City



Det kom besøk utpå kvelden!



Blomster til en flott gjeng



FSU Namsos mai 2014



FSU benytter anledningen å vise seg frem



God stemning



Kult på Rock City



Konferansesmiddag



Kulturpatruljen



FSU Namsos



Liv Heidi Skotnes og Ragnhild Oml



Rock City



Flotte utstillinger



Flott gospelmusikk

# 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 Isaksen - Vikagata 65, 6010 Ålesund



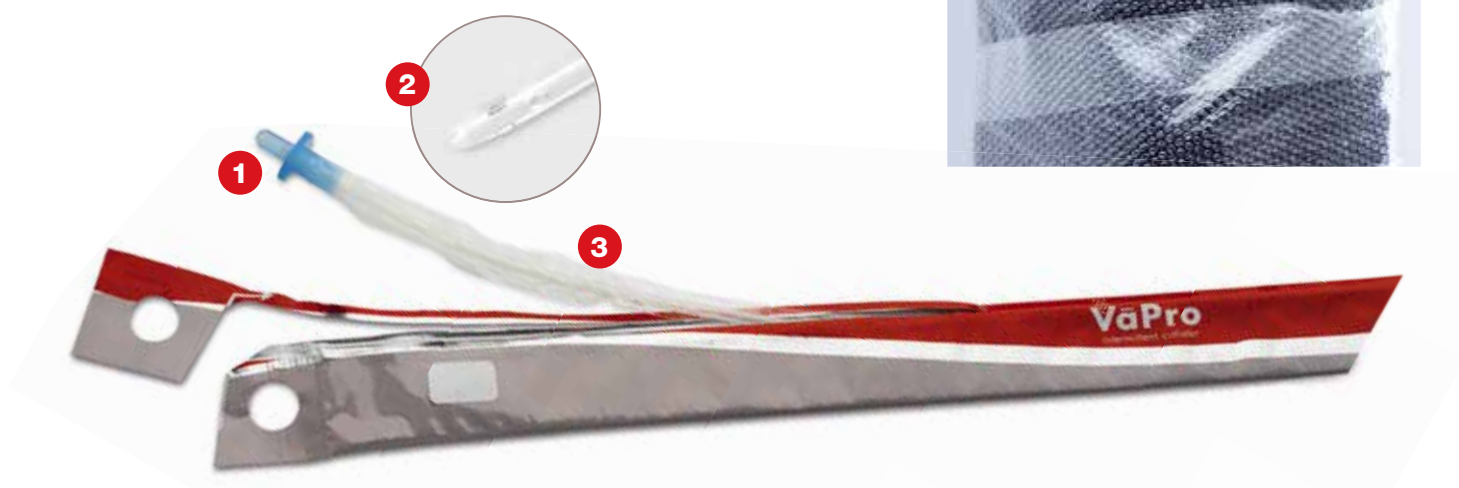
## VaPro

Berøringsfritt, hydrofilt og intermitterende VaPro-kateter

## Ekstra hygienisk beskyttelse

Det hydrofile og intermitterende VaPro-kateteret gir brukerne en følelse av sikkerhet, brukervennlighet og velvære, takket være en unik design og eksepsjonelle egenskaper.

- 1 En beskyttende blå tupp** bidrar til å unngå at kateteret kommer i kontakt med bakterier i det distale urinrøret. Dette reduserer risikoen for å føre bakterier videre inn i urinveiene — **og reduserer risikoen for kontaminering.**
- 2 Ultraglatte kateterøyne** gir **mer komfort** hos brukeren ved å sikre en problemfri innsetting og uttrekking.
- 3 En berøringsfri beskyttelseshylse** sikrer **trygg håndtering**. Den sørger for en berøringsfri innsetting ved å skape en barriere som reduserer risikoen for mulig bakteriekontaminering under kateteriseringen. Hylsen gjør at hele kateterets lengde er enkelt å holde i, og dermed er praktisk i bruk.



### SVARSLIPP

klippes og sendes direkte i posten

Ja takk, jeg ønsker å bli kontaktet for en nærmere presentasjon av VaPro

Ja takk, jeg ønsker å få tilsendt nærmere informasjon om VaPro

Navn: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

E-post: \_\_\_\_\_

Telefon nr.: \_\_\_\_\_

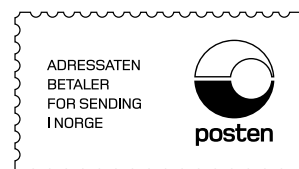
VaPro produktnr Farma produktnr	Tupp	Str. lengde	Str. diameter	Eske Ant. kateter stk
72102/ 951430	Nelaton	F (20 cm)	Ch 10	30
72122/ 845753	Nelaton	F (20 cm)	Ch 12	30
72142/ 974146	Nelaton	F (20 cm)	Ch 14	30
72104/ 817446	Nelaton	M (40 cm)	Ch 10	30
72124/ 965906	Nelaton	M (40 cm)	Ch 12	30
72144/ 889255	Nelaton	M (40 cm)	Ch 14	30
72164/ 847093	Nelaton	M (40 cm)	Ch 16	30
73124/ 984449	Tiemann	M (40 cm)	Ch 12	30
73144/ 849601	Tiemann	M (40 cm)	Ch 14	30
73164/ 863281	Tiemann	M (40 cm)	Ch 16	30

### Vaporphilic-teknologi:

Det er ikke nødvendig å bruke mer vann. VaPro-katetrene er utstyrt med Vaporphilic-teknologi, som er en ren og avansert teknikk for forhåndshydrering av kateteret. Dette fungerer som følger:

**Sterile vanndampmolekyler befinner seg allerede inne i folieemballasjen. De aktiverer kateterets hydrofile overflate og lubrikerer kateteret, slik at det er glatt og klart til bruk når det tas ut av pakken.**

VaPro kan ikke bestilles elektronisk, men manuelt i Farmapro. Bestillingen kan faxes/sendes på epost: [+47 66 77 66 51/kundeservice.norge@hollister.com](mailto:kundeservice.norge@hollister.com)



# Søknadskjema for stipend



Etternavn .....

Fornavn .....

Personnummer (11 siffer) .....

Medlem i FSU fra .....

Adresse .....

Postnr./sted .....

Telefon jobb/privat .....

Mailadresse .....

Nåværende arbeidssted .....

Avdeling .....

Stilling .....

Kontonr. ....

Privat/arbeidsted (stryk det som ikke passer)

## Hilken type stipend søker du om?

Reisetipend     Utdanningstipend

Annet (spesifiser) .....

Tidligere søkt FSU's reisetipend?     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 reisen 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:

# Nursing in robotics

Av Margrete Ronge



Det var en times sesjon om dette. Først var det K.Ghani fra USA som snakket om fremtiden for robotkirurgi. Her ble steinkirurgi tatt frem som eksempel. Han snakket om at de som i dag må gjennom flere operasjoner og behandlinger for å bli stenfri, kan bli det med en behandling med robot. Han viste flere filmer fra operasjoner. Ifølge han trenger ikke disse pasientene stent og kan reise neste dag.

For sykepleierne vil oppfølgingen være stort sett den samme som etter nefrectomi m/robot. For oss vil det vel si som etter laparoskopi. Tidlig utreise ble tatt frem som en fordel. Diskusjonen rundt dette kan jo gå på om det er kostnadseffektivt å bruke robot kontra PCN som er en god og anerkjent metode.

Sykepleier J.E.Kinsella fra England snakket om bruk av simulator for opplæring i robotkirurgi. Dette for å unngå at pasientene ble prøvekaniner. Man ønsker å øve trygt men ikke på pasientene. Hun snakket om viktigheten av at hele operasjonsteamet trente sammen, slik at det ikke bare var kirurgene som ble drillet. Det er viktig at hele teamet jobber godt sammen. De følger WHO sjekkliste for trygg kirurgi, men det snakkes om å lage en som er tilpasset robotkirurgi. Urologene har egen online trening og kurs for dette men til nå er det ingenting laget spesielt for sykepleiere. I følge Kinsella var dette noe å jobbe for.

Tilslutt holdt A.Gavazzi fra Italia et foredrag der han snakket om det

å være pasientens advokat i forhold til "live operasjoner". Det er mange som ønsker å se på operasjoner live for å lære. Hvordan unngå at operasjonsstuen ble et teater. Han nevnte også at det kan bli en etisk konflikt når firmaet som selger utstyr ønsker å vise det frem "live". Et problem kan være at all kommunikasjon på operasjonsstuen må foregå på engelsk. De brukte en erfaren urolog utenfra som alltid var tilstede og vurderte om det er forsvarlig. Eller om tilskuerne måtte gå ut. Gavazzi tok frem opptak fra operasjoner som et godt alternativ til å se på operasjoner live.

Denne seksjonen var interessant og viste noen nye perspektiver i forhold til robotkirurgi.

## How is urology nursing evolving in a european perspective

Referent Margrete Ronge

Det var paneldebatt om hvordan urologisk sykepleie utvikler seg i et europeisk perspektiv. Deltakerne var fra Tyskland, Frankrike, Østerrike, Sverige og Danmark. Først gikk de gjennom hvilke utdanning det var for sykepleiere i de ulike landene. I Tyskland kan du begynne på sykepleierutdanning når du er 16 år. De andre landene varierte opp til 19 år som startår.

Det er kun i Sverige det finnes et webbasert kurs for urosykepleie. Utover dette er det "learning-by-doing". Sykepleierne kan ta klinisk master innen urologi. Det er utdanning i uroterapi i alle de nevnte landene. I Tyskland, Sverige og Danmark finnes det egne kurs for sykepleiere som skal gjøre cystoskopi.

Det var enighet om at spesialiserte urosykepleiere er fremtiden. Urologi krever et tverrfaglig samarbeid. Eksempler på dette var "bladder cancer team", opplæring i sphinkterproteser og "in home nursing teams".

Det var også enighet om at politikerne måtte på banen angående finansiering og utvikling av spesialiteten.

BCG-medac

## BCG-medac Lukket instillasjonssystem

- Instillasjonen kan forberedes umiddelbart før bruk av sykepleier
- Unngår kassasjon av ubrukt, ferdigblandet medisin dersom planlagt behandling ikke kan gjennomføres
- Lukket system, ingen risiko for kontaminering eller lekkasje etter blanding
- Tilbud om opplæring og informasjonsmateriell

I henhold til EAU retningslinjer anses de ulike BCG preparatene som likeverdige mht effekt og bivirkninger.\*

\*Referanse: [www.uroweb.org](http://www.uroweb.org)

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

Virkestoff: Tuberkulosebakterier levende Bacillus Calmette-Guérin (BCG) bakterier stamme BIVM fra stamme 1173-F2

**Indikasjoner:** Behandling av ikke-invasiv urotelial blærekreft (karsinom): kurativ behandling av karsinom in situ, profylaktisk behandling av rekurrens av: urotelial karsinom begrenset til mucosa: T<sub>1</sub> G<sub>1</sub>-G<sub>2</sub> hvis multifokal og/eller rekurrent tumor, T<sub>1</sub> G<sub>3</sub>, urotelial karsinom i lamina propria, men ikke i blærens muskulatur (T<sub>1</sub>), 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. **Infeksiøse 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, miliar 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, hoft- eller kneartroplastikk), lymfadenitt i livmorhals, lokal betennelse i lymfeknuter, osteomyelitt, benmargsinfeksjon, psoas abscess, infeksjon i perinehodet, 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. adem 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 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, blæreertraksjon, 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 ut fra 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 (hettglass + 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)

# Urinretensjon eller overaktiv blære?

Av Kjerst Lund Olsen

*Fra tid til annen hender det at pasienter får behandling for overaktiv blære, mens de i virkeligheten har utviklet en urinretensjon. Årsaken til dette er nok at man ofte finner noen av de samme symptomene ved overaktiv blære som ved kronisk urinretensjon.*

**Derfor er det viktig å gjøre en god undersøkelse på forhånd og ikke minst spørre de rette spørsmålene knyttet til pasientens vannlating.**

Hvis pasienter med etablert urinretensjon får kun medikamentell behandling mot overaktiv blære, kan vannlatingsproblemet utvikle seg i negativ retning. Noen pasienter kan ha både urinretensjon og overaktiv blære. I slike tilfeller kan pasienter få medikamentell behandling mot overaktiv blære, men da må de bruke engangskateter samtidig. Ved for eksempel MS kan pasienter få både tømmings og lekkasjep problemer. Det skyldes skade på nervebanene som leder impulser til og fra blæren og urinrøret. Nervebanene er isolert av et stoff som heter myelin. Ved MS skades denne isoleringen.

## DET ER TO TYPER URINRETENSJON:

### **Akutt urinretensjon og kronisk urinretensjon.**

Ved akutt urinretensjon oppstår en plutselig manglende evne til å tømme blæra. Det er en smertefull tilstand og blæra blir stadig mer utvidet. I slike situasjoner er det viktig å oppsøke lege/helsepersonell for å tømme blæra.

Kronisk eller langvarig urinretensjon er noe som skjer gradvis over måneder eller år og pasienten kan være uvitende om det som skjer. Pasienten kan utvikle symptomer som å måtte tisse ofte, anstrenge seg for å late vannet, svak urinstråle og følelsen av ufullstendig tømming.

For å late vannet på normal måte, må blæra trekke seg sammen slik at all urin tømmes ut. Samtidig må lukkemuskelen slappe av og urinrøret åpnes. Hvis en av disse tingene ikke skjer, blir det vanskelig å tømme blæra godt nok.

En fullstendig vannlating er avhengig av et komplisert samspill mellom det somatiske, parasympatiske og det sympatiske nervesystemet.

Ved både nevrogene og ikke-nevrogene blæredysfunksjoner kan det være behov for intermitterende kateterisering.



**Kilde:** [www.continenceproductadvisor.org/people/urinaryretention](http://www.continenceproductadvisor.org/people/urinaryretention)  
Fredriksen, A. (2002) *Kateterisering av de nedre urinveiene*, Akribe Forlag.



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

# NKIR-FORUM

## Norsk kvinnelig inkontinensforum Fredag 7. november 2014 - Auditoriet Bærum sykehus

*Møteleder Rune Svenningsen ønsker velkommen*

11.00	Inkontinens før, under og etter graviditet	Langeland Wesnes
11.20	"What do patients expect from SUI treatment?"	Dudley Robinson (UK)
11.55	Kirurgisk behandling av lavtrykks uretra – hva bør vi velge?	Sigurd Kulseng-Hanssen
12.20	Diskusjonsforum: <ul style="list-style-type: none"><li>Lærerrike kasuistikker vil bli presentert og diskutert med fokus på komplikasjonshåndtering og metodevalg.</li></ul>	Rune Svenningsen
13.15	Lunch	

*Møteleder Anita Vanvik*

14.10	Interstitiell cystitt viktig differensialdiagnose til OAB – fokus på indikasjoner for cystoskopi og cystoskopifunn	Ole Jacob Nilsen
14.35	Ulike instillasjonsbehandlinger og kostråd/diett ved interstitiell cystitt	Yngvil Ytrehus
15.00	Fistler som differensialdiagnose ved urininkontinens og som komplikasjon til inkontinenskirurgi	Jone Trovik
15.25	Kaffepause	

*Møteleder Yngvild Hannestad*

15.45	Selective $\beta$ 3-adrenoreceptor agonist in the treatment of OAB	Dudley Robinson (UK)
16.10	Kan vaginal UL være nyttig i den postoperative kontrollen etter kirurgi med midturetra slynger?	I Volløyhaug
16.35	Blæretrening	A Vanvik
17.00	Møteslutt	

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](mailto:bjorg.tove.johansen@vestreviken.no) - tlf 67809452

# Pasientutvelgelse for behandling av muskelinvasiv blærekreft fra et onkologisk og kirurgisk perspektiv

Av Margrete Ronge

O'Brien nevner at resultatene fra cystectomi sammenlignet med strålebehandling blir bedre fordi de som tilbys cystectomi er yngre og i bedre form.

Dødeligheten er 25 for pasienter som gjennomgår radikal cystectomi. Det store spørsmålet er hvordan velge pasientene som bør og kan gjennomgå operasjonen.

Ved Guys hospital i London gjennomgår alle pasientene en "cardio-pulmonary exercise test" preoperativt. Det gjelder å finne den anaerobe terskelen for kroppen (når kroppen begynner å jobbe anaerobt). God anaerob terskel (god form) ga gode resultater. Kun 1 av 32 pasienter fikk komplika-

sjoner etter radikal cystectomi. Dårlig anaerob terskel (dårlig form) ga høy risiko for komplikasjoner. 33 av 37 pasienter fikk komplikasjoner forteller O'Brien.

Han gikk igjennom utvelgelsen av pasienter og hvilke kriterier de brukte. For blærekreft har kureringsraten forandret seg lite på de siste 30 årene. Neoadjuvant kjemoterapi øker overlevelse, men god nyrefunksjon er nødvendig. De har brukt PET scanning før operasjon men dette utgjør lite forskjell i overlevelsen. Det finnes pr nå ingen gode nok tester for micrometastaser. Han nevner også partiell cystectomi som et alternativ hvis pasienten ikke vil tåle radikal cystectomi.



Foredragsholder: T.S. O'Brien, London

Det siste han nevner er at til sist er det pasienten som velger enten kirugen er enig eller ikke. Viktig å gi god informasjon slik at pasientene kan ta et valg.

## NYTTIG PÅ NETT

Ved Kjerst Lund Olsen

På Helsedirektoratets nettside, **[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)**, finnes til enhver tid oppdatert informasjon om tobakksnyheter. Det er mulig å laste ned publikasjoner som for eksempel: "Dette skjer i kroppen når du slutter å røyke." Det finnes mye nyttig materiell som vi kan bruke aktivt i kontakt med pasienter som vil ha hjelp og informasjon. WHO har beregnet at halvparten av røykerne dør tidligere enn de ville gjort som ikke-røykere. Tobakk er en risikofaktor for seks av de av åtte ledende dødsårsaker i verden i dag.

**Kilde:** Helsedirektoratet (2014) Hentet den 4.mai 2014 fra:  
<http://helsedirektoratet.no/folkehelse/tobakk/royking/sykdommer/Sider/default.aspx>



Cigarette smoker. Foto: Hendrike 2006-03-24

# 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 BJU

**”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** 4 x 20 ml  
**Varenummer** 451459

**Distributor**  
Navamedic ASA

**Ved bestilling**  
send mail til: [bestilling@navamedic.com](mailto:bestilling@navamedic.com)



På forespørsel sendes produktark og pasientveiledning.

Navamedic ASA  
Postboks 107, 1325 Lynaker  
Tel: +47 67 11 25 45  
E-post: [info@navamedic.com](mailto:info@navamedic.com)  
[www.navamedic.com](http://www.navamedic.com)

 **Navamedic**



# En pasienthistorie

Jeg er oppfordret til å skrive noen ord om mine pasienterfaringer med sykdommen som på norsk heter blæresmertesyndrom (etter engelsk Bladder Pain Syndrome). For korthets skyld bruker jeg i det følgende betegnelsen BPS. Tidligere var sykdommen ofte betegnet interstitiell cystitt.

La meg først få gjøre rede for en del nødvendige data. Jeg har hatt smertefullt blæresyndrom i ca 20/25 år med smerter og hyppig vannlating som de mest typiske symptomene. I mitt tilfelle var situasjonen så vanskelig at jeg måtte pensjonere meg før jeg var 60 år. Dersom denne beretningen skal ha sannhetens tyngde er jeg også nødt til å si noen ord om innsatsen fra fastleger og urologer: Gjennom år med sterke smerter er jeg stort sett blitt ignorert, ikke tatt på alvor, trolig ikke trodd og sannsynligvis mistenkt for massiv hypokondri osv.

Jeg er litt i tvil om hvordan jeg skal vinkle denne fremstillingen. Det burde være naturlig å følge overskriften – en pasienthistorie. Imidlertid: Siden kunnskapsnivået ser ut til å være på et minimum i helsevesenet synes det nødvendig å se litt på hva som finnes internasjonalt.

For et par år siden kom jeg ved et tilfelle over et medlemsblad fra NOFUS (Norsk forening for personer med urologiske sykdommer). Der var smertefullt blæresyndrom nevnt i en artikkel. Jeg ble fortalt at dersom jeg leste engelsk fantes det god og grundig informasjon om sykdommen. De anbefalte spesielt INTERNATIONAL PAINFUL BLADDER FOUNDATION (heretter IPBF), som finnes på adressen:

<http://painful-ladder.org/pdf/IPBF%20Publ%2004%20UK.pdf>

Informasjonen på IPBF er som man forstår på engelsk, **og en god tanke burde være å få den oversatt til norsk - til glede for både pasienter og behandlere.** Elektronisk Legehåndbok er ikke imponerende når det gjelder BPS.

Uten den kunnskapen jeg har skaffet meg de siste to årene hadde jeg neppe kommet noen vei med helsevesenet med hensyn på å få behandling, og jeg mener et godt spørsmål er: Når en pasient gang etter gang gjennom flere år forteller om sterke smerter, burde det ikke ofres en tanke eller to på sammenhenger som ikke avdekkes på laben? Svaret på det spørsmålet ser ut til å ha vært nei.

Jeg er nå i ferd med å gjennomføre tilgjengelig behandling. Dette dreier seg om fysioterapi med strekkøvelser

over bekkenpartiet, Uracyst for direkte instillasjon i blæren, og nå senest TENS (transkutan elektrisk nervestimulering). Når det gjelder fysioterapi spesielt har jeg erfart en viss bedring av fordøyelsesbesvær (følgetilstander – se: IC/BPS and Associated Disorders under). Dessuten forsøker jeg å finne en best mulig diett. Det vil føre for langt å gå i detalj her, men kaffe, alkohol, sterkt krydret mat samt en del matvarer har vist seg å øke smertene. Jeg har videre funnet at psykisk/mental belastning har en tendens til å gi smerteøkning; etter hva man kan lese i IPBF er dette ganske vanlig for mange BPS-pasienter.

Jeg vil også feste oppmerksomhet på følgende: Å gå i årevis med sterke smerter og andre symptomer **uten å vite hva de skyldes og om de noensinne vil ta slutt er en voldsom belastning.** Når jeg nå har brakt på det rene hvilken sykdom jeg lider av, så er dette også en årsak til at jeg har fått en noe bedre situasjon.

Over er nevnt IPBF; jeg vil avslutte med å se litt på hva de har å bidra med. I en ca 60 siders orientering finner man først disse overskriftene/temaene:

- § What is Interstitial Cystitis/Bladder Pain Syndrome?
- § Impact on Life
- § Historical Overview
- § Diagnosis
- § Treatment
- § IC/BPS and Associated Disorders
- § Fatigue and IC/BPS
- § Coping with IC/BPS
- § References and further reading

Jeg finner grunn til å peke på § Treatment (behandling), og vise til at det her gjøres rede for en rekke behandlingsmuligheter som så vidt jeg vet som ikke er brukt i Norge. Videre ville det eksempelvis være en vesentlig fordel om behandlere hadde kjennskap til det som sies om følgetilstander, altså § IC/BPS and Associated Disorders. Her gjøres det rede for en rekke tilstander/lidelser som **forekommer oftere hos personer med BPS** enn i den øvrige befolkningen. **Atter en gang: Få oversatt redegjørelsen på IPBF til norsk!**

Jeg tror jeg tør oppsummere med å si at jeg uttaler meg med en viss tyngde; sykdommen som i detalj gjøres rede for på INTERNATIONAL PAINFUL BLADDER FOUNDATION **har jeg levd med i et kvart århundre.**

# Siste nytt om Vanntanken

Ved Kjersti Lund Olsen



Bildene er hentet fra [www.vanntanken.no](http://www.vanntanken.no)

Vanntanken er en organisasjon som gjennom lokalt engasjement over tid vil gi folk tilbake troen på at vi kan skape en bedre verden. Barnehager, skoler, familier, organisasjoner og næringsliv går sammen for å bidra der det trengs mest. Medlemmene i URO...har vært gode og stødige medspillere i dette arbeidet. Vi har siden oppstarten i 2006 samlet inn tilsammen 1,9 mill. kroner som gjennom hjelpeorganisasjonen Care er brukt til å bygge til sammen 17 brønner i Mali. På grunn av urolighetene i landet, har vi i en periode ikke brukt innsamlede midler til ytterligere brønnbygging. Vanntanken har etter dialog med flere hjelpeorganisasjoner funnet tiden inne for å skifte målområde.

Gjennom et samarbeid med Plan Norge vil vi skaffe vann og bedre sanitære forhold for 100.000 mennesker i en region i Sierra Leone. Vanntanken forplikter seg til å bidra med ca 1,8 mill. kroner over 3 år. Vi har overfor Plan understreket at det er viktig for Vanntanken at prosjektene er konkrete og at vi kan informere givne om status. Vi har stor tro på at Plan Norge vil hjelpe oss til å klare dette. Det er Vanntanken i Hemne, Skaun og Skatval og vi satser på å starte opp på flere steder etter hvert. Vi ønsker dere glade givere en riktig god sommer og igjen takk for god støtte til vårt arbeid!

Per Arne Kaarstad / Vanntanken

# LOKALE GRUPPELEDERE

## **Akershus Universitetssykehus HF**

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

## **Aker sykehus**

Urologisk sengepost B, Oslo  
Tlf: 99109283  
\* Susan Bakke, susbak@ous-hf.no

## **Sørlandet sykehus Arendal**

Kirurgisk/urologisk poliklinikk  
Postboks 605, 4809 Arendal  
Tlf: 37 01 40 00 / 37 01 48 67  
\* Gunbjørg Bjørneboe  
gunbjorg.bjorneboe@sshf.no

## **Ringerike Sykehus HF**

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

## **Sørlandet sykehus Kristiansand**

Kirurgisk poliklinikk – postboks 416  
4604 Kristiansand  
Tlf: 38073938  
\*Anne Kristin Madland  
anne.kristin.madland@sshf.no

## **Sykehuset i Vestfold HF**

Poliklinikken 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 9166  
\* Anita Hatlelid, haid@sus.no

## **Haukeland Universitetssykehus**

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

## **Helse Førde**

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

## **Helse Møre og Romsdal, Ålesund Sjukehus**

Vikagata 65, 6010 Ålesund  
Tlf: 70 10 52 26 / mob: 98821447  
\* Katrin Valaas Isaksen  
katrin.valaas@helse-mr.no, katrinv@online.no

## **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**

Kirurgisk sengepost/utredningspoliklinikken  
9038 Tromsø  
Tlf: 77 62 66 33  
\* Kristin Lernes, kristin.lernes@unn.no

\* Disse har lokallag

# STYRET I FSU

## KOMMER...

DET NYE STYRET BLIR  
PRESENTERT I SIN  
HELHET I NESTE NUMMER!

STYRET 2014

### Leder:

#### **Tone Hestad Storebø**

Florvågøen/ 5305 Florvåg  
tohesto@hotmail.com

Priv: 416 01 114 / Jobb: 55 97 28 47

### Redaktør:

#### **Katrin Valaas Isaksen**

Vikagata 65, 6010 Ålesund  
katrinv@online.no

Priv: 988 21 447 / Jobb: 70 10 56 70

### Kasserer:

#### **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

### 2. varamedlem og webansvarlig:

#### **Margrete Ronge**

Bjørnefare 1e, 2014 Blystadlia  
Margrete.ronge@hotmail.com

Priv: 917 89 901 / Jobb: 67 92 84 79

### Heidi Nikolaisen

8450 Stokmarknes  
hei-niko@online.no  
Telefon: 90 92 22 70

### Kristin Lernes

9024 Tomasjord  
kristinsoergaard@hotmail.com  
Telefon: 974 29 951

### Mette Sjøvik Vatnan

8665 Mosjøen  
mette.vatnan@helgelandssykehuset.no  
Telefon: 97182010

**B** ØKONOMI  
ÉCONOMIQUE

Returadresse:  
**FSU** v/Katrin Valaas Isaksen  
Vikagata 65, 6010 Ålesund



# MELD DEG INN I FSU

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

## Fokus:

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

**Innmeldings-  
skjema på  
side 18**

**FSU deler ut  
10 reisestipend pr. år  
maks kroner 2000. FSU kan  
dele ut 2 utdanningsstipend pr.  
år a maks 10 000 kroner.**

**Søknadsfrist er 1.mai og  
1. november for reisestipend og  
1. februar og 1. september for  
utdanningsstipend.**

## 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

**BLI MEDLEM:**  
[www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/urologi](http://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/urologi)

**Medlemskontakt:**  
Katrin Valaas Isaksen  
katrinv@online.no



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



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