

URO

INFO

Nr. 3 - oktober 2013 - 24. årg.
ISSN 1891-5116

8 Presentasjon av lærings- og mestringskurs

12 Seksualitet etter kirurgi

16 Hverdagsliv med prostatakreft

30 Pasientbequemmelighet under intravesical kjemoterapi

31 God livskvalitet handler om å ta vare på seksuell helse

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

Jobb: 72 82 91 76 / 72 82 91 90

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 Isaksen

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

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

LEDER

Hei alle sammen!

Vel overstått sommer og velkommen til høsten! Er ikke dette også en nydelig tid? Mørke kvelder, stearinlys, fyr i ovnen, teppe på, god bok, varm te, SUKK! Kan ikke si annet enn at jeg gleder meg til litt vær også ☺ Innevær...

I skrivende stund er komiteen i Sandefjord i gang oppsummering etter NUF. De jobbet på spreng til alle døgnets tider og lurte på om det ville bli en bra kongress; Deltakere, mat, program.. osv... Jeg gledet meg i hvert fall til litt faglig oppdatering, nye bekjentskaper og ikke minst de sosiale sidene av en slik kongress!!

Konferansen er vel overstått når dere leser dette. Tusen takk til komiteen for en kjempeflott kongress og et flott program! Mange har fått mye med seg hjem i form av ny kunnskap, nye venner og et utvidet sosialt og faglig nettverk. Og mange deltakere sitter nå og lager referat til sine kolleger. Det er nemlig fordelen med slike konferanser. Alle i faget får noe igjen om noen reiser. Sånn er det bare. ... Eller jeg håper at det er slik. Vi må jo dele dette med hverandre!

Slike sosiale «happenings» er nesten like viktige som det faglige programmet, for det er der vi kan diskutere det vi holder på med, med likesinnede... Drive brobygging, Få litt feedback og kanskje til og med litt skryt... Det er jo oftest slik at vi ikke selv ser helt hvor flinke vi er... Vi trenger alle litt skryt. Det er bare det at det er så vanskelig å motta det... og det kan vi jo bare øve på når vi får skryt. Derfor oppfordrer jeg dere alle: Ser eller hører dere noe bra – si det! Høyt! Skryt! La kollegaer skinne i glansen av kunnskap og dyktighet! Åi... det ble visst nok litt «halleluja» over dette ...men det ER viktig!

I disse valgtider kommer den ene debatten etter den andre... Klart vi skal få bedre tider!... Politikerne lover og lyger om flere sykepleiere på post og bedre lønn... Men tror vi på dem? Hvem har påvirket dem om noen i det hele tatt? Husk: Disse politikerne er egentlig bare helt vanlige mennesker. De er venner av oss eller venner av vennene våre... Det er ikke sikkert at de er kjent med forholdene vi har rundt om... Snakker DU noen gang i et viktig fora, til kolleger, til sjefen eller til vennene dine om at du får for lav lønn i forhold til innsats? Neida selvfølgelig ikke... det ville vært selvskryt og det er jo veldig flaut... dessuten er det vel de tillitsvalgte som skal snakke om slikt... Eller er det det?

Eller hva med faglige oppgaver i avdelingen eller på posten... Engasjerer du deg? Eller er det ledelsen og tillitsvalgte som skal si noe om det også? Jeg vil ikke lage uro – jeg vil få dere engasjert! Ta tak i sykepleierfaget og for oss urologisk sykepleie. Du må MENE noe om det! Vær med å forme fremtiden!!



Tone Hestad Storebø

Som en kuriositet: Jonas Gahr Støre mente noe om oss etter bare 12 timer som helse og omsorgsminister... På sykepleierkongressen. Slå den du! Etter 12 timer!? Fra å være utenriksminister til å være helse og omsorgsminister- på 12 timer!! Han skulle ordne vet du! Jeg er ikke veldig imponert over det han har ordnet... Men en fin tale holdt han jo... Alle klippet i vill begeistring! Jeg også ☺ Men ikke noe har skjedd. Slik er det bare. Vi MÅ engasjere oss for at noe skal skje! Eller for å si det på en annen måte... Sykepleietjenesten kommer til å endre seg enten vi er med å bestemme i hvilken retning eller ikke...

Puh! Det var litt moralprat som bare måtte ut!

Til slutt vil jeg igjen oppfordre dere til å skrive litt om «ett og hitt» til bladet. Vi liker å lese om det dere gjør rundt i landet. Skryt litt av dere selv! Ha en flott høst. Bygg nye sosiale og faglige broer og husk: Ikke brenn lysene i begge ender!

Askøybroen. Min utsikt. Skulle ønske jeg hadde en fjernkontroll på disse lysene. Det hadde vært moro ☺ Da kunne jeg lagt i hengekøyen (stativ i forgrunnen) og trykket av og på...av og på... ☺



Hilsen Tone

Layout og trykk:

ZignMedia - www.zign.no

Omslagsfoto:

"Sommerøya" - Fotograf: Kjersti Lund Olsen

Nr. 3 - 2013 - Årgang 24 - Utgivelse nr. 93
Opplag 450 eks.

ISSN 1891-5116

Neste nr:

Februar 2014. Frist for manus 15. januar 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 web-side.

INNHold

Redaksjonen	4
Hva skjer	5
Kunstterapi	6
Vil en klinikk for behandling av erektil dysfunksjon eller RPR utført av sykepleiere utgjøre en forskjell?	7
Presentasjon av Lærings- og mestringskurs	8
Forebygging av urinveisinfeksjoner i Norge- er det noe nytt?	10
Seksualitet etter kirurgi	12
Jordmor fra Malawi	14
Hverdagsliv med proststakreft- menn og ektefellers erfaring	16
KIB - Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom	20
En velfungerende mann- ikke bare en funksjonell penis	24
Cystectomi hos eldre	26
Kast skjorta - årets FSU ko nferanse er på Sommarøy!	28
Pasientbekvemmelighet under intravesical kjemoterap	30
God livskvalitet handler om å ta vare på seksuell helse	31
Oss medlemmer i mellom	32
Minireferat fra møtet vi hadde med de nordiske lederne på NUF i Sandefjord	33

REDAKSJONEN

Til alle nye og gamle medlemmer av FSU!

Kurs i vårt langstrakt land

I slutten av mai var mange av oss på FSU kurs på Sommarøya utenfor Tromsø. Det ble en suksess! Gratulerer til komiteen for et godt gjennomført kurs. Takk for at dere tok på oppgaven som arrangør. Det ble noen fantastiske dager med godt faglig innhold i svært vakre omgivelser.

I august var det NUF i Sandefjord. Det var et veldig interessant kurs og komiteen fortjener ros for en fantastiske jobb.

Jeg vil også gi ros til utstillerne på begge kursene som bidro med nyttig informasjon og oppdateringer.

Neste år er det Namsos som skal arrangere FSU. Det tror jeg kan bli spennende.

Mangel på tid har blitt en moralsk utfordring

Etter noen år i helsevesenet er det interessant å tenke tilbake på det vi lærte under utdanningen vår og hvordan det har preget oss som fagpersoner senere. Begrepet helhetlig omsorg er helt grunnleggende i faget vårt. Dette er verdier som vi har med oss i hverdagen uten at vi nødvendigvis prater om det til enhver tid.

I et travelt samfunn hvor det er knapt med tid, kan vi oppleve en frustrasjon i forhold til å utøve helhetlig omsorg. Henrik Syse sa i sitt foredrag i Sandefjord at mangel på tid har blitt en moralsk utfordring. Dette tror jeg alle sykepleiere kan kjenne på i sitt arbeide.

Jeg tror at kunnskap om god kommunikasjon er viktigere enn noen gang og kan hjelpe oss som fagpersoner. Vi må være bevisste på hva vi sier og hvordan vi sier ting. Det er viktig at vi utnytter den tida vi har til rådighet, for det er mye å hente på god kommunikasjon.



Kjersti Lund Olsen

Det finnes allikevel en grense. Er tidspresset for stort, er vi pliktig å si fra til leder. Vi skal ha tid nok til å drive forsvarlig sykepleie tilpasset hver enkelt pasient.

Det finnes dessverre utallige eksempler på pasienter som klager på helsevesenet. Hovedårsaken til at klagesaker oppstår, er dårlig kommunikasjon. Derfor er det så viktig å ha fokus på kommunikasjon, både i forhold til pasienter og kollegaer.

Jeg vil ønske dere alle en fin høst! Takk til alle bidragsytere til bladet vårt.

Kjersti



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



HVA SKJER?

FSU KALENDER 2013/2014

Husk å søke stipend!

- skjema og betingelser på FSU nettside under www.sykepleierforbundet.no



Sidsel Alvheim Dubrefjord

2nd Arctic Pelvic Floor Meeting

7.-8. november 2013 - Trondheim
www.apfm2013.no

2nd Arctic Pelvic Floor Meeting 2013



EAU Stockholm

12-14 April 2014
15 th international
EAUN Meeting
Abstract deadline 1. Des 2013

FSU-konferanse

Namsos 21.-23. mai 2014

EAU's kongresskalender

www.uroweb.org (eau og eaun)

EAU events

info@congressconsultants.com

DUS kalender

<http://www.urologi.dk>

www.espu.org

kontakt: nurses@espu.org

www.interstitialcystitis.co.uk

www.prostatitis.org

<http://kongress.no/kongresser>

FSU konferanse:
2014 **Namsos**
21.-23. mai



Arr.: Ragnhild Omli, Høgskolen i Nord-Trøndelag (Hint)
og Liv Heidi Skotnes, Sykehuset Namsos

Kunstterapi

Av Tone H. Storebø



Foredragsholdere: Åsa Pahlberg og Inger Marie Magnussen

ÅSA PAHLBERG Sykepleier og kunstterapeut

Åsa forteller at hun fikk sin interesse for kunst da hun var barn. Hele tiden hadde hun dette med seg, også da hun tok sykepleierutdannelsen sin. Hun fant etter denne at et menneskets ytre ikke er «hele mennesket». Hun tvert imot at *lite av oss som menneske befinner seg i overflaten. Det meste av oss syns ikke!*

Det er ikke alltid at ord strekker til. Ofte kommer man lenger ved bruk «blanke ark og fargestifter». En trenger ikke ha kunnskap om farger og forskjellige typer maling. Det er bare å skrable i vei. Et uttrykk er et uttrykk. Det er situasjonen og «verket» sammen som forteller.

Det er i de fleste tilfeller lurt å bruke store ark / lerret da dette lettere vil gjøre det mulig for personen og «speile» seg i uttrykket som kommer frem i malingen/tegningen. Lettere å si at «slik har jeg det i dag».

Hun ga oss en tankefull setning:
«Forsvaret som var viktig for oss som barn ofte blir et hinder når vi er voksen».

Når vi bruker høyre hjernehalvdel, vår kreative side. På den måten når en raskere den følelsesmessige siden og kan lettere nå det som er problematisk.

Vi har alle positive og negative sider. Ved maling så kan en ikke gjøre feil. Alt pasienten maler er rett. Man kan jo male over og gjøre ting bedre... kan brukes i overført betydning...

Vi streber alltid etter balanse og akseptanse. Det gjør oss til tryggere mennesker.



INGER MARIE MAGNUSSEN Sykepleier og kunstterapeut

I sitt virke i rehabiliteringsklinikken har hun følt på dette at ord ikke

alltid er nok. Hun jobber med MS, kreft og pasienter med hjerneskader (traumer/slag).

Hun brukte maling og tegning som et naturlig tilleggsverktøy i samtalen. Hadde alltid med seg blanke ark og fargestifter til pasientene. Dette gav alltid en annen dimensjon i pasient-samtalene.

Dette gir et tydeligere felles språk og følelsene kommer ofte til uttrykk via bildene som tegnes. Hun ser på bildene sammen med pasientene og leter etter sammenhenger: Muligheter og ressurser i tillegg til vanskelige ting.

Tegninger / malerier kan føles som en avlastning for både pasienter og pårørende. Det kan være en hjelp til å rydde og bidra til helbred med tanke på å finne balansen igjen.

Kan brukes i flere møtepunkter: Innen somatikk, geriatri, psykiatri, skole... Ja bokstavelig talt er det bare fantasien som setter grenser...

Les mer om dette på:

http://www.kunstterapi.org/sider.ekstern/anvendelse_o.l.html



Billigere å være med i FSU etter fylte 65 år! Hvis du ønsker å fortsette medlemskapet ditt i FSU etter at du har fylt 65 år, vil det bli redusert pris fra neste år. Høres dette interessant ut; ta kontakt med kasserer Gunn Bøyum Dæhli. Adresse finner du bakerst i bladet. Prisen vil være 200 kroner.

Vil en klinikk for behandling av erektil dysfunksjon etter RRP utført av sykepleiere utgjøre en forskjell?

Av Gunn Bøyum Dæhli

INNFØRING OG MÅL

I oktober 2009 ble det etablert et Prostata Senter ved Vestfold sykehus. I oktober 2010 ble det etablert en klinikk for behandling av erektil dysfunksjon (ED) etter Radikal Prostatectomi som en integrert del av Prostata senteret.

ED klinikken blir drevet av sykepleiere. Det ble undersøkt om pasienten oppfattet ulemper i forhold til deres ED problemer over en gitt periode før og etter etableringen av ED klinikken.

METODER

Utdrag av spørsmål fra 2008 NUGG-VII-studiet ble sendt til alle pasientene. Da bivirkninger pleier å forbedre seg over tid, ble spørreskjemaene gitt ett år etter operasjonen. I spørreskjemaene var det også plass for pasientens egne kommentarer.

Data fra 2008, året før etableringen av Prostata Senteret, ble sammenlignet med 2010 og 2011. I 2008 var 49 pasienter behandlet med RRP (4 døde), i 2010 -54 pasienter og 2011 - 67 pasienter. Svarprosenten var 88 % for alle tre årene. Gjennomsnittsalderen for respondentene var 65 år (47-76 år).

RESULTAT

I 2008 beskrev 48,3 % av respondentene at deres seksualfunksjon var et stort problem. I 2010 og 2011 var disse tallene redusert til henholdsvis 30,6 og 31,1 %. Tallet på pasienter som med hell har brukt intra carvernosal injeksjoner har økt fra 11,1 % i 2008 til 33,3 % i 2011 (samleie var alltid mulig). Totalt var det 40 pasienter som brukte injeksjoner. Relevansen av seksuell funksjon for respondentene er ganske lik gjennom alle tre årene. For 25 % av respondentene var seksualfunksjon uten interesse og de svarte derfor ikke



Foredragsholder: Karin Sebak ved Vestfold sykehus

på resten av spørsmålene. 50 % svarte at den seksuelle funksjonen var viktig og 25 % at den var veldig viktig. Pasientenes generelle tilfredshet viser seg å være relatert til deres seksuelle funksjon. Blant pasientene som selv ikke opplevde å ha seksualproblemer, var 100 % fornøyd. På den andre siden var bare hhv 21,4, 30 og 35,7 % av pasientene med store selvopplevde seksuelle problemer, fornøyd. Vi kan ikke finne samme korrelasjon mellom inkontinens/bruk av pads (innlegg) og generell tilfredshet. Pasienter som bruker to eller flere pads er enten fornøyd eller veldig fornøyd og hadde høyere tilfredshetsscore enn pasienter som bruker færre pads. I spørreskjemaets kommentarfelt, har flere av pasientene uttrykt behov for mer informasjon om ED og behandlingsalternativer. Flere har også foreslått repeterte instruksjoner på intrakavernøs injeksjoner og bruken av vakum pumpe på et senere tidspunkt.

KONKLUSJON

Etablering av et Prostata Senter med en klinikk for ED, gir pasientene bedre informasjon om bivirkninger og utfordringer. Dette ser ut til å gjøre pasientene mer fornøyd, selv om det ikke er funnet betydelig forbedring i pasientens postoperative seksualfunksjon.

Presentasjon av Lærings- og

Av Kjersti Lund Olsen

Hege Dekkerhus, Kristin Lernes, Marit Hveding Sørensen og Unn-Renate Hermansen presenterte de ulike kurstilbudene som finnes ved avdeling for gynekologi, urologi og endokrinologisk kirurgisk avdeling. Det å arrangere LMS kurs er en sentral oppgave.

Spesialisthelsetjenesten slår fast at opplæring av pasienter og pårørende er en av sykehusenes fire oppgaver. Opplæringstilbudet til kronisk syke ved sykehusene baserer seg på tverrfaglig kunnskap og innsats hos personell fra ulike faggrupper, ansatte i kommuneheletjenesten og brukerne selv. Kurstilbudet som foredragsholderne presenterte for oss, er gruppebasert opplæring som har til hensikt å bidra til økt mestring. Dagens kursilbud skal snart økes fra fire til fem ulike kurs innenfor avdelingen.

Hege Dekkerhus, avdelingssykepleier på generell poliklinikk, fortalte om kurstilbudet **for kvinner behandlet for underlivskreft og deres pårørende**. Dette tilbudet startet første gang i 2006. Etter en pause begynte de på igjen i 2011. Temaet har vært det samme hele tiden og man har hele tiden hatt et

sterkt fokus på brukermedvirkning. Kurset er et samarbeidsprosjekt i klinikken hvor det blant annet er med sykepleier fra sengepost og en sekretær. En viktig oppgave er å fange opp pasienter i det polikliniske systemet.

Det legges opp til et samarbeid med gynekologisk kreftforening, Tromsø lokallag. Før man begynte med dette kurset, ble det tatt kontakt med kreftforeningen for å høre hva som var viktig å vektlegge på et slikt kurs. Kreftforeningen hadde mange gode forslag. Deres innspill ble tatt med videre til foredragsholderne, slik at de igjen kunne spisse sine foredrag inn på ønsket tema.

Kursene holdes for grupper på 10-12 kvinner og er et to dagers kurs. Det kan være forskjellig hva som feiler den enkelte. På første dag blir derfor kvinnene spurt om hva de ønsker og har behov for å høre om.

Dekkerhus kunne vise til en spennende timeplan med aktuelle tema som seksualitet og samliv, fysisk funksjon i hverdagen og utmattelse/tretthet. På kursets andre dag var det blant annet lagt opp til besøk på Vardesenteret.

LMS for blærekreftopererte ble startet høsten 2012. Marit Hveding Sørensen som er sykepleier/uroterapeut, kunne fortelle at dette er det første kurset i Norge til denne pasientgruppen. Når de

skulle starte opp, gikk de tilbake til 2010 for å finne pasienter som de i neste omgang ringte opp for å informere/invitere til kurs. Ulike yrkesgrupper som urolog, fysioterapeut, ernæringsfysiolog og sykepleier er med og bidrar. Mange pasienter sliter med dårlig matlyst etter en slik operasjon, og det er derfor viktig at en ernæringsfysiolog kan være med å snakke om ernæring. Det er også bandasjist/sykepleier til stede som gjennomgår praktiske hjelpemidler. På dette kurset er det også informasjon og lunsj på Vardesenteret. Hveding Sørensen kunne vise til et variert program med mange aktuelle tema som for eksempel samliv, seksualitet og selvbilde, hjelpemidler ved erektil dysfunksjon og fysisk aktivitet etter operasjon med praktiske øvelser.

LMS-kurs for pasienter som har eller har hatt prostatakreft og deres partner ble presentert ved sykepleier/uroterapeut Kristin Lernes. Dette er et tre dagers kurs og arrangeres to ganger i året. Som regel er det 15-16 deltagere på disse dagene. Overskrift på timeplanen første dag er: "Veien videre etter prostatakreftbehandling." På kurset er både PROFO og kreftforeningen til stede og informerer. I tillegg kommer en brukerrepresentant og forteller sin historie.

Det er mange problemstillinger og utfordringer man møter som pasient og pårørende. Av den

mestringskurs (LMS)

grunn er det forståelig at det behøves tre dager på et slikt kurs. Det er mange tema på timeplanen:

- Prostatakraft – behandling og oppfølging
- Utmattelse/tretthet etter kreftbehandling
- Urininkontinens, demonstrasjon av hjelpemidler
- Informasjon og demonstrasjon av ereksjonsfremmende hjelpemidler
- Stråle- og hormonbehandling
- Forebygging av lymfødem
- Sakral nervemodulering
- Vannlatingsforstyrrelser
- Bekkenbunnstrening - teori og trening i grupper
- Hverdagsliv ved kreftsykepleier
- Seksualitet etter operasjon

I løpet av kurset var det også satt av tid til gruppesamtaler og på kvelden var det sosialt samvær for de som ønsket det.

LMS for pasienter som har hatt eller har brystkreft.

Dette kurstilbudet har eksistert siden 2005 og arrangeres to ganger i året.



Foredragsholdere: Hege Dekkerhus, Kristin Lernes, Marit Hveding Sørensen og Unn-Renate Hermansen

Kreftsykepleier Unn-Renate Hermansen var foredragsholder på dette innlegget. Hun kunne fortelle at antall kursdeltagere varierer, men 12 kvinner er egentlig nok på en gruppe. Det kan være stor aldersspredning, fra 20 år og helt opp til 80 år.

For noen kan det ta en tid etter operasjon og behandling, før de er

klar for et slikt kurs. Programmet er variert og tar for seg aktuelle ting. En brukerrepresentant kommer og forteller om sine erfaringer. Selve informasjonen om brystkreftbehandlinga er det en overlege som snakker om.

Tretthetsfølelse er vanlig etter gjennomgått behandling og er ett av temaene på kurset.



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

Forebygging av urinveisinfeksjoner i Norge - er det noe nytt?

Av Kjersti Lund Olsen

"Vi kan gjøre noe, vi kan gjøre en forskjell." Med disse ordne innledet Marianne Haug Pedersen sitt foredrag om sykehusinfeksjoner.

En sykehusinfeksjon er en infeksjon som man får på sykehus eller som oppstår etter at man har vært på sykehuset.

I registrering av sykehusinfeksjoner medregnes fire typer: Urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, infeksjoner i operasjonssår og blodforgiftninger. For å få en oversikt over dette er det vanlig å ha systematiske undersøkelser; enten ved å telle antall infeksjoner (forekomst) gjennom hele året eller ved prevalensundersøkelser som gir et øyeblikksbilde av hvor mange pasienter som har en sykehusinfeksjon på en bestemt dag.

På mange sykehus er det vanlig å ha prevalensundersøkelser 2 til 4 ganger i året.



Foredragsholder: Marianne Haug Pedersen, hygiene-sykepleier ved sykehuset i Vestfold

I Norge har det vært størst forekomst av urinveisinfeksjoner de siste årene. Målet i helseregionen er at forekomsten av sykehusinfeksjoner skal være <3.

Marianne Haug Pedersen fortalte at man kunne ha et innsatsområde; for eksempel forebygging av urinveisinfeksjoner i forbindelse med kateter. Pasientsikkerhetskampanjen er viktig for å forbedre pasientsikkerheten i Norge. Et av innsatsområdene her er forebygging av urinveisinfeksjoner.

Når det gjelder permanent kateter viste hygiene-sykepleieren til nye retningslinjer. Mer om dette finner du på www.fhi.no

SYKEPLEIERNE I ARRANGEMENTSKOMITEEN I NUF



*FSU overrekte
blomster for det
flotte arbeidet
de hadde gjort!*

NYHET!

2013
YEAR
OF THE
OVERACTIVE
BLADDER

ET HELT NYTT BEHANDLINGS- PRINSIPP INNEN OVERAKTIV BLÆRE

- Ny virkningsmekanisme^{1,2}
- Effekt på alle grunnleggende OAB-symptomer^{1,2}
- Munntørrhet på placebonivå^{1,2}

 **Betmiga™ 50 mg**
mirabegron

Den første β₃-agonisten godkjent for
behandling av OAB

PÅ BLÅ RESEPT

Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urginkontinens).

Refusjonskoden:

Kode	Tekst	Vilkår	ICD	Kode	Tekst	Vilkår
U04	Urinkontinens	Ingen spesifisert	N39.4	Annens spesifisert urinkontinens	Ingen spesifisert	
Vilkår: Ingen						

Referanser: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295. 2. Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395. **Betmiga Urologisk spasmolytikum**, ATC-nr.: G04BD1 **DEPOTTABLETTER, filmdrasjerte 25 mg og 50 mg:** Hver tablett inneh. Mirabegron 25 mg, resp. 50 mg, hjelpestoffer. Fargestoff: 25 mg: Gul og rødt jernoksid (E 172). 50 mg: Gul jernoksid (E 172). **Indikasjoner:** Symptomatisk behandling av «urgency», økt vannlatingsfrekvens og urginkontinens hos voksne med overaktiv blæresyndrom (OAB). **Dosering: Voksne inkl. eldre:** Anbefalt dose er 50 mg daglig. **Spesielle pasientgrupper:** **Nedsatt lever- eller nyrefunksjon:** Preparatet er ikke studert hos pasienter med terminal nyresykdom (GFR <15 ml/minutt/1,73 m² eller pasienter som trenger hemodialyse) eller ved alvorlig nedsatt leverfunksjon («Child-Pugh» klasse C), og anbefales ikke til disse pasientgruppene. Det foreligger begrensede data fra pasienter med alvorlig nedsatt nyrefunksjon (GFR 15-29 ml/minutt/1,73 m²) og det anbefales en dosereduksjon til 25 mg for denne pasientgruppen. Tabellen viser anbefalt daglig dose for pasienter med nedsatt lever- eller nyrefunksjon ved fravær og tilstedeværelse av sterke CYP 3A-hemmere.

		Sterke CYP3A-hemmere	
		Uten hemmer	Med hemmer
Nedsatt nyrefunksjon ¹	Lett	50 mg	25 mg
	Moderat	50 mg	25 mg
	Alvorlig	25 mg	ikke anbefalt
Nedsatt leverfunksjon ²	Lett	50 mg	25 mg
	Moderat	25 mg	ikke anbefalt

¹Lett: GFR 60–89 ml/minutt/1,73 m². Moderat: GFR 30–59 ml/minutt/1,73 m². Alvorlig: GFR 15–29 ml/minutt/1,73 m².

²Lett: «Child-Pugh» klasse A. Moderat: «Child-Pugh» klasse B.

Barn og ungdom: Bør ikke brukes, da effekt og sikkerhet ikke er tilstrekkelig dokumentert. **Administrering:** Tas 1 gang daglig. Kan tas med eller uten mat. Svelges hele med væske. Skal ikke tygges. Skal ikke deles eller knuses. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. **Forsiktighetsregler:** **Nedsatt lever- og nyrefunksjon:** Se Dosering. **Hypertensjon:** Preparatet er ikke evaluert hos pasienter med alvorlig, ukontrollert hypertensjon (systolisk blodtrykk ≥180 mm Hg og/eller diastolisk blodtrykk ≥110 mm Hg), og anbefales ikke til denne pasientgruppen. Det foreligger begrensede data fra pasienter med hypertensjon tinn 2 (systolisk blodtrykk ≥160 mm Hg eller diastolisk blodtrykk ≥100 mm Hg). **Kongenital eller ervervet QT-forlengelse:** Ved terapeutiske doser i kliniske studier, har mirabegron ikke gitt klinisk relevant QT-forlengelse. Pasienter med tidligere kjent QT-forlengelse eller

pasienter som bruker legemidler som er kjent for å gi forlenget QT-intervall er imidlertid ikke inkludert i studiene, og effekten er ukjent. Varsomhet må utvises ved bruk til disse pasientene. **Interaksjoner:** Hos pasienter med lett til moderat nedsatt nyrefunksjon (GFR 30–89 ml/minutt/1,73 m²) eller lett nedsatt leverfunksjon (Child-Pugh klasse A), som samtidig får behandling med sterke CYP 3A-hemmere (f.eks. itraconazol, ketokonazol, ritonavir og klantrromycin), er anbefalt dosering 25 mg/dag. Det bør utvises forsiktighet ved samtidig bruk av legemidler med smal terapeutisk indeks som metaboliseres signifikant via CYP 2D6, slik som biondazin, antiarytmika type IC (f.eks. flekanid, propafenon) og trykkløse antidepressiver (f.eks. imipramin, desipramin). Det bør også utvises forsiktighet ved samtidig bruk av CYP 2D6-substrater, der dosen titreres individuelt. For pasienter som skal starte behandling med en kombinasjon av Betmiga og digoksin, bør laveste dose digoksin forskrives i starten. Digoksinkonsentrasjonen i serum bør overvåkes og brukes til titrering av digoksin-dosen for å oppnå ønsket klinisk effekt. Det bør tas hensyn til muligheten for at mirabegron kan virke hemmende på P-gp ved kombinasjon med sensitive P-gp-substrater, som f.eks. dabigatran. Økt eksponering for mirabegron forårsaket av interaksjoner kan være forbundet med forhøyet puls. **Graviditet, amming og fertilitet:** **Graviditet:** Forsiktighet må utvises ved forskrivning til gravide eller til fertile kvinner som prøver å bli gravide. **Amming:** Bruk under amming bør unngås. **Bivirkninger:** Vanlige (1/100 til <1/10): Hjerte/kar: Takykardi. Infeksjoner: Urinveisinfeksjon. **Mindre vanlige (1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Dyspepsi, gastritt. Hjerte/kar: Palpasjon, Atrieflimmer. Hud: Urticaria, utslett, inkl. makuløst og papuløst utslett, pruritus. Infeksjoner: Vaginal infeksjon, cystitt. Kjønnorganer/bryst: Vulvovaginal pruritus. Muskel-skjelettsystemet: Hovne ledd. Undersaker: Forhøyet blodtrykk, forhøyet GGT, forhøyet ASAT, forhøyet ALAT. **Sjeldne (1/10 000 til <1/1000):** Gastrointestinale: Leppeødem. Hud: Leukocytoklastisk vaskulitt, purpura. Øye: Øyelokksødem. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Opptil 300 mg daglig i 10 dager, ga økt puls og økt systolisk blodtrykk ved administrering til friske. **Behandling:** Symptomatisk og støttende. **Monitoring av puls, blodtrykk og EKG anbefales.** **Pakninger og priser (pr. 3.9.2013):** **25 mg:** 30 stk. (blister) kr. 369,40. 90 stk. (blister) kr. 1038,30. **50 mg:** 30 stk. (blister) kr. 369,40. 90 stk. (blister) kr. 1038,30. **Refusjon:** Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktiv neurogen blære med lekkasje (urginkontinens). **Refusjonskode:** ICPC: U04 Urinkontinens ICD: N39.4 Annen spesifisert urinkontinens **Vilkår:** Ingen spesifisert. **Innehaver av markedsføringstillatelse:** Astellas Pharma Europe B.V. Basert på preparatomtale godkjent av Statens Legemiddelverk d. 20.12.2012. **Full preparatomtale kan rekvireres hos Astellas Pharma. Sist endret:** 19.04.2013



Astellas Pharma | Solbråveien 47 | 1383 Asker
Telefon 66 76 46 00 | Faks 66 90 35 20 | kontakt.no@astellas.com
www.astellas.no | www.betmiga.no

Seksualitet etter kirurgi

Av Margrete Ronge



Foredragsholder: Jan Due

All kirurgi kan ha påvirkning på seksualitet, men spesielt radikal prostatectomi og cystectomi. Innen urologien er det to viktige aspekter som må ivaretas og det er vannlating og seksualitet ifølge Jan Due.

Jan Due tok oss med tilbake i historien og snakket om seksualitet opp igjennom tidene. Han trakk frem at fra å være ganske åpne om seksualitet har man igjen skjøvet den litt inn i hemmelige rom igjen. Dette til tross for at seksualitet er mye eksponert i aviser og presse.

”Mange opplever en bråstopp i seksuallivet etter operasjonen”

Dette er en påstand Jan Due legger frem.

Seksuallivet kan endre seg med alderen:

- lengre tid på å bli opphisset
- lengre tid på lubrikasjon
- lengre til reising. Svakere og mer kortvarig reising.

Hva bør en ta opp med pasientene før operasjon angående seksualitet:

- evnen til ereksjon blir ikke bedre enn før operasjonen
- mye avhenger av forventninger (hos begge)
- avhenger av forventning og avklaring av hva som skjer etter/ under operasjonen
- seksualitet er ikke avhengig av reising. Nærhet og intimitet
- hvorfor blir det skade etter operasjonen. Informere om valg av behandling og bivirkninger
- seksuallivet kan endre seg før operasjonen også (stress, gruer seg etc)

Etter operasjonen kan det være vanskelig å komme i gang igjen.

Hva kan man gjøre:

- forbli seksuelt aktive (parets oppgave)
- være attraktive for hverandre
- benytte hjelpemidler
- seksualitet er ikke bare reising
- nærhet er viktig
- kan stimuleringen gjøres annerledes- visuell stimulering, verbal stimulering, medikamenter
- medikamentellbehandling: orale preparater, injeksjonsbehandling, intraurethral applikasjon
- lyst og anledning

Mange kan få orgasme uten reising.

MELD DEG INN I FSU

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

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.**

BLI MEDLEM:
www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/urologi
Medlemskontakt: Katrin Valaas Isaksen
katrinv@online.no



Som fagbevisst urologisk sykepleier
er FSU din samarbeidspartner

SpeediCath® Compact

VURDERT
DISKRET AV
96%¹

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

Mike, SpeediCath® Compact Mann bruker, Tyskland

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

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

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



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

Jordmor fra Malawi

Av Ann Fauskanger

Helena Ross Haagensen har vært i Malawi i 6 mnd og arbeidet som jordmor. På FSU konferansen i Tromsø gav hun oss et interessant innblikk i livet som jordmor i et Afrikansk land som er rangert som et av de 10 fattigste land i verden. Landet har 15 millioner innbyggere og innbyggerne lever hovedsakelig av jordbruk og fiske.

I Malawi dør årlig 500 kvinner pr 100000 fødte barn og 92 av 1000 barn under 5 år.

Av fødte barn er 18 % av barna premature, 11 % av barna er HIV smittet.

Til sammenligning dør 7 kvinner pr 100000 fødte barn og 3.4 barn av 1000 under 5 år i Norge i løpet av 1 år.

Helena Ross Haagensen arbeidet ved Ethel Maturika Maternity Wing som er et "high risk referral hospital". Hospitalet har 2000 fødsler pr år. Det var 4 jordmødre og 1 overlege på vakt. 30 % av fødslene var sectio fødsler. Kvinnene har ofte lang vei til sykehus og venter til fødselen nærmer seg, mange av kvinnene hadde født før de kom til hospitalet.

Haagensen arbeidet også ved Bwaila Maternity Hospital hvor det var 14000 fødsler pr år.

Her var det 10 jordmødre på dagvakt. Her opplevde hun å ha 11 fødsler i løpet av 1 natt. I Norge regner en at å ta imot 40 barn på et år er et bra antall. Hospitalet har 10 enkeltrom. Å ha flere fødsler pågående på samme rom er vanlig. Det er også vanlig med gulvfødsler pga plassmangel. Det er 2 operasjonsstuer på sykehuset med 1 anestesilege, det fører til mye venting. Det er mangel på medisinsk utstyr og intravenøs væske og blod til blodoverføring. Medisinsk utstyr vaskes og brukes igjen, også engangsutstyr, det er ikke vanlig med sterilisering av utstyret.

Mitunder Rural Hospital har 200 fødsler pr år. Der er 2 jordmødre på vakt, vanligvis ingen lege og ofte manglende utstyr. Her var det ingen dusj eller toaletter. Det var flere kvinner på hvert rom og ingen forheng mellom sengene.

Kvinnene dør i forbindelse med fødsel fordi de venter med å komme til sykehuset eller pga ventetid på sykehuset. Kvinnen er i fødsel over lang tid, noe som kan medføre komplikasjoner som blir dødelige pga mangel på bla blod og iv væske. Uterusruptur er ikke uvanlig, det fører også til at barnet dør. Dødsårsak er ofte blødning, uterusruptur, HIV eller underernæring.

Barna dør av asfyksi, prematur fødsel, infeksjoner. Det foregår en studie nå for å kartlegge og

endrerutiner for å forbedre barns overlevelse.

Til fødsel i Malawi hadde kvinnene med en plastsekk, gamle og nye kleder. De har med seg "gardiens", som kan være mor, søster, bestemor. Kvinnen må vente til fødselen er i gang, ha 4 cm eller mer åpning før hun vurderes til å komme inn på fødestuen. Kvinnen ligger flatt på ryggen på plastsekken med kledet over. Hun presser barnet ut, barnet blir avnavlet. Assistenten på fødestuen pakker barnet inn i et nytt klede, viser mor barnet og tar barnet med ut for veiing.

Det var en stor overgang for Haagensen å komme fra en norsk fødeavdeling til Malawi. Det var i starten skummelt å ikke ha medisinsk tekniske hjelpemidler tilgjengelig men være avhengig av erfaring og å lytte, kjenne. Det hun savnet mest var likevel såpe, toalett-papir, engangshansker, sterile hansker, suturtråd av god kvalitet og iv væske.

I Norge er svangerskapsomsorgen velfungerende med oppfølging av jordmor 1 legekonsultasjon. UL undersøkelse, oppfølging av den gravides blodtrykk, evt diabetes, gir god forberedelse til fødsel. 92 % av gravide kvinner gjennomfører standard oppfølging.

I Malawi har kvinnene ofte lang vei å gå for å komme til svangerskpskontroll. Kvinnene samles i en gruppe på ca 40 stk til



Foredragsholder: Helena Ross Haagensen

Malawis kvinnelige president er opptatt av kvinner og barns velferd, noe som er viktig i forhold til helsearbeidet som utføres og utviklingen videre

“Joyce Banda, President of Malawi”
Foto: Lindsay Mjoberg/Department for International Development

felles informasjon om svangerskap og fødsel. Kvinnen blir veiet, Bt kontroll, mageomkrets blir målt. Det er ingen rutine for UL undersøkelse, det er derfor liten oversikt over forventede tvillingfødsler.

På landsbygda er folkemedisinen fortsatt sterkt levende med

tradisjonelle hjelpekoner selv om det nå er ulovlig. I folkemedisinen er det tradisjon for bruk av urter for å sette fødselen i gang, det kan gi sterke rier uten at kvinnen kommer i fødsel, noe som kan forårsake uterusruptur.

Erfaringen fra Malawi var at både kollegaer og pasienter var svært

takknemlig for den hjelp og støtte utenlandske helsearbeidere bidrar med. Både når det gikk fint med mor og barn men også når det ikke gikk bra. Dette var veldig sterkt å få oppleve.



CYSTISTAT®

Steril natrium hyaluronate oppløsning

Til behandling av bakteriell og Interstitiel Cystitis

Utprøvinger 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

www.bioniche.no

Hverdagsliv med prostatakraft - menn

Av Ann Fauskanger

Bente Ervik er kreftsykepleier ved kreftavdelingen, UNN-Tromsø. Hun presenterer sitt doktorgrads arbeid med tar utgangspunkt i "Hvordan opplever menn med prostatakraft sykdommen, og hvilken innvirkning har prostatakraft i hverdagslivet for menn og deres ektefeller?"

BAKGRUNN FOR ARBEIDET ER Å KARTLEGGE OPPFØLGING ETTER KREFTBEHANDLING

- å leve med sykdom
- bosetningsmønster og avstander i Nord-Norge
- korte møter i sykehus, oppfølging i primærhelsetjenesten
- pårørendes rolle

FAKTA PROSTATAKRAFT

- hyppigste kreftform hos menn med 4210 nye tilfeller pr år
- utgjør ca 29 % av alle krefttilfeller hos menn
- relativ overlevelse 88,5 %

VANLIGSTE BEHANDLINGSFORM

- kurativ behandling, kirurgi/strålebehandling
- hormonbehandling som eneste behandling, holde sykdommen i sjakk/hindre plagsomme symptomer
- aktiv oppfølging

FØLGER AV BEHANDLING

- kirurgi/strålebehandling:
- urinlekkasje
- erektil dysfunksjon
- proktitt (strålebehandling)
- hormonbehandling
- impotens, manglende lyst, hettebølger, osteoporose, tretthet, gynomasti

MENN OG HELSE, FAKTA

- når det ikke er livstruende er menns plager lite kjent
- menn "lider i stillhet" når de blir syke, det er knyttet en følelsesmessig selvbeherskelse til den mannlige kjønnsrollen
- menn tar i mindre grad kontakt med helsevesenet

MYTER OM MENN

- menn har ikke så lett for å snakke om følelser, har et distansert forhold til sykdom
- en studie fra 2006 viser imidlertid at menn gjerne snakker om sykdom bare han gis anledning til det

Ervik gjennomfører intervjustudie i 3 deler:

1. Menn med lokalisert eller lokal avansert prostatakraft. Hormonbehandling eller aktiv oppfølging. 10 stk.
2. Menn som kun får hormon-

behandling eller hormonbehandling som hovedbehandling. 10 stk.

3. Ektefeller til menn med prostatakraft som har gjennomgått radikal prostatektomi. 9 stk.

Studie 1. Innsikt i menns erfaring av å leve med prostatakraft når potensiell kurativ behandling ikke er aktuell ved diagnositidspunktet.

"Hvordan opplever menn med prostatakraft sykdommen, og hvilken innvirkning har prostatakraft i hverdagslivet for menn og deres ektefeller?"

Funnene beskriver opplevelsen av å få kreft, truet maskulinitet, å bli overlatt til seg selv – taushet, og at ektefellen er den sentrale støttepersonen. Funnene er presentert i artikkelen "Hit by Waves-Living With Local Advanced or Localized Prostate Cancer Treated With Endocrine Therapy or Under Active Surveillance" (Ervik, B. 2010 Cancer Nursing).

Oppsummert studie 1:

- å få kreft var en overveldende opplevelse, å leve med prostatakraft i hverdagen betydde å leve med usikkerhet i forhold til fremtid og bivirkninger av behandling
- mennene ønsket å leve så vanlig som mulig men bivirkningene av behandling var tydelige i hver-

og ektefellers erfaring



Foredragsholder: Bente Ervik

- dagen, nye kroppslige endringer skapte uro og redsel for progresjon av sykdom
- de levde i en form for beredskap for hva som kunne oppstå

Studie 2. Innsikt i menns erfaringer av kroppslige endringer gjennom sykdomsforløpet ved hormonbehandling.

Artikkelen "Dealing with a troublesome body: a qualitative interview study of men's experiences living with prostate cancer treated with endocrine therapy". (Ervik.B. 2012, European Journal of Oncology Nursing).

Det er et sjokk å ha en så alvorlig sykdom med så få symptomer. Sykdommen blir tydelig gjennom bivirkninger. Refleksjoner over:

- maskulinitet
- hva betyr det å være syk
- klare mindre fysisk

Hvordan snakke om prostatakreft.

Oppsummert studie 2:

- mennenes erfaring med kroppslige endringer ved

- prostatakreft og hormonbehandling kan forstås som en reise fra å ha et ureflektert forhold til kroppen før diagnosen til at kroppen ble tydelig gjennom behandlingen
- sto på for å klare å forholde seg til sykdommen i det daglige
 - de fysiske endringene hadde betydning for identitet på eksistensielt nivå

Studie 3. Innsikt i betydningen av prostatakreft i hverdagen for ektefeller og for ekteskapet – ektefellers perspektiv.

Artikkelen "In the Middel and on the Sideline: The Experience of Spouses of Men With Prostate Cancer. (Ervik.B. 2013, Cancer Nursing).

Kvinnene beskriver å være sterk og optimistisk vs sårbar og "forstrukket". De prøver å opprettholde ektefellens opplevelse av manndom. Opplever å være på sidelinjen. Etter hvert kan de fortelle og tillate seg å fokusere på seg selv og sine egne behov.

For noen har sykdommen ført til sterkere nærhet.

Oppsummert studie 3:

- prostatakreft har stor innvirkning på ektefellers hverdagsliv, praktisk, emosjonelt og eksistensielt
- ektefellene prøvde å balansere mellom egne behov og ektefellenes behov for hjelp og støtte
- for dem som hadde vært pårørende over tid ble det skifte i fokus fra mennenes behov til også å ta hensyn til egne behov

UTFORDRINGER FOR HELSEVESENET

- informasjon-kommunikasjon
- organisering av pasientoppfølging
- støtte opp om ressurser
- ektefelle må inkluderes

"Som mannlig kreftsyk trenger du humor, mot og en kjerring som presser på".

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 22. november 2013
Auditoriet Bærum sykehus

LoFric[®]
origo™

Vær
deg selv med NYE
LoFric Origo

LoFric Origo - Sikker kateterisering – smart pakning, gjør livet enklere

- Klart til bruk - aktiveres umiddelbart.
- **Lav friksjon.** LoFric[®] Origo™ har et glatt kateterbelegg som kalles Urotonic™ Surface Technology. Dette belegget gjør at friksjonen blir lav når kateteret føres inn og trekkes ut, noe som gjør det svært komfortabelt å bruke.
- **Innføringshylse.** Den unike og justerbare innføringshylsen gjør at du ikke trenger å berøre selve kateteret når du bruker det. Dette gjør kateteriseringen mer hygienisk.
- **Diskret.** LoFric Origo leveres i en smart og lite iøynefallende pakning som kan brettes sammen og får plass i lommen. Pakningen er derfor enkel å ta med seg, og den kan brukes for å kvitte seg med kateteret på en hygienisk måte når du er ferdig.

Kontakt oss og motta gratis vareprøver: Tlf. kundeservice 815 59 118 eller lofric.no@wellspect-healthcare.com

Wellspect HealthCare, Karihaugveien 89, 1086 Oslo.
Tlf: 815 59 118. Fax: 67 92 05 60. www.lofric.no

wellspect
HEALTHCARE



LoFric[®]
Sense

Vær
deg selv med
LoFric Sense

LoFric Sense - Designet for deg som kvinne

- Klart til bruk - aktiveres umiddelbart.
- Lav friksjon. LoFric[®] Sense har et glatt kateterbelegg som kalles Urotonic™ Surface Technology. Dette belegget gjør at friksjonen blir lav når kateteret føres inn og trekkes ut, noe som gjør det svært komfortabelt å bruke.
- Brukervennlig håndtak. Håndtaket gir godt grep som gir bedre kontroll og kan brukes uten å berøre kateteret. Kan kobles til standard urinposer.
- Diskret. LoFric Sense leveres i en brukervennlig feminin og diskret pakning. Pakningen er liten nok til å få plass i lommen eller i vesken og den kan benyttes som en diskret og hygienisk avfallspose.

Kontakt oss og motta gratis vareprøver: Tlf. kundeservice 815 59 118 eller lofric.no@wellspect-healthcare.com

Wellspect HealthCare, Karihaugveien 89, 1086 Oslo.
Tlf: 815 59 118. Fax: 67 92 05 60. www.lofric.no

wellspect
HEALTHCARE

KIB - Nasjonal kompetansetjeneste

Ved Marianne Nicolaisen, senterkonsulent, Sp/uroterapeut – KIB

Hvem er vi,
og hva gjør vi?

KIB var invitert til FSU-kurset på Sommarøya, 30. og 31. mai, for å gi informasjon om tjenesten. Vi har nå blitt spurt om å skrive om KIB i URO INFO. Vi setter stor pris på denne muligheten til å informere alle FSU medlemmene om hvem vi er, hva vi gjør og hvordan vi kan være et tilbud til helsepersonell over hele landet!

KIB fikk nasjonal status som kompetansetjeneste i 2012 og 7. desember i fjor ble dette offisielt markert. Til vår store glede var Katrin Valaas Isaksen fra FSU styret gjest hos oss den dagen! På vegne av FSU overrekte hun oss et nydelig bilde i gave, tusen takk! I forrige nummer av URO INFO skrev Katrin en flott artikkel fra markeringen. Jeg skal nå gå nærmere inn på noen områder vi tror kan være av interesse for urologiske sykepleiere og uroterapeuter.

Kort oppsummert ble KIB etablert i 2006. Vi har et tverrfaglig team bestående av gastroenterologisk-, urologisk-, gynekologisk-, nevrologisk-, radiologisk- og fysioterapiavdeling og Lærings- og mestringscenteret ved Universitetssykehuset Nord-Norge, Tromsø. I tillegg deltar andre avdelinger ved behov, som for eksempel barneavdelingen og plastikkirurgisk avdeling. Vi har også KIB-satelitter ved UNN

i Harstad og Narvik. Foruten faste tverrfaglige møter er det et tverrfaglig samarbeid mellom avdelingene i pasientbehandling og utredning. Pasienter som har behov for tverrfaglig tilnærming får pasient- og behandlingsansvarlig lege i teamet. KIB Jobber i forhold til følgende satsningsområder:

- Pasientbehandling
- Kvalitet
- Utdanning
- Fagutvikling og forskning
- Formidling og nettverk

PASIENTBEHANDLING

Med mål om at pasientene skal få rett behandling, til rett tid, på rett sted har KIB har jobbet med å forenkle utrednings- og behandlingslinjer. Pasienter som henvises for plager, som f.eks ulike vannlatingsplager, analinkontinens eller tømmevansker og smerter i bekkenbunnen, får henvisningen vurdert av en KIB tilhørende lege. Legen avgjør om pasienten kan settes direkte opp på time, eller om tilstanden krever en tverrfaglig vurdering først.

Vi får også ofte henvendelser fra andre sykehus som enten ber om råd i pasientbehandling, ber om second opinion eller at de henviser pasient til tverrfaglig vurdering/ behandling. Systemet fungerer godt. Tidligere kunne pasienter oppleve å bli henvist fra den ene avdelingen til den andre da problemene ofte falt innenfor områdene til ulike

faggrupper. Dette medførte at pasientene stod i lang tid på ulike ventelister, og det var liten eller ingen kommunikasjon mellom fagfolkene ved de ulike avdelingene vedrørende behandlingen. Med dagens system får pasienten all utredning utført ved ett besøk og reiser hjem med plan for videre behandling.

Som hovedregel starter man alltid med konservativ behandling først. Også det konservative teamet er tverrfaglige og består av erfarne sykepleiere, uroterapeuter og fysioterapeuter. Om et tilsvarende tilbud eksisterer nær pasientenes bosted får de behandling og oppfølging der. Dersom konservative tiltak innen en gitt tid ikke gir tilstrekkelig resultat, blir det ny tverrfaglig vurdering. Selv om pasienten får tilbud om kirurgisk behandling, oppfordrer vi til å fortsette med de konservative tiltakene. Dette kan optimalisere kirurgisk resultat og forebygge nye plager. Alle pasienter som får tilbud via tverrfaglig team vurderes av teamet før, under og etter behandling ved hjelp av et skjema kalt "Clinical audit". Dermed vet man når en behandling bør fortsette, om den bør endres eller om det er tid for å avslutte den.

KVALITET

Helsetjenester til befolkningen skal ha høy kvalitet, og pasienter skal være trygge på at det tilbudet de får er riktig for deres tilstand. Derfor

for inkontinens og bekkebunnsykdom

er det flere sykehus som evaluerer egne behandlingsresultater, for dermed å kunne utvikle, øke og sikre kvaliteten på pasienttilbudet. Det finnes også ulike norske og nasjonale kvalitetsregistre der norske sykehus leverer inn data på sine behandlingsresultater. Fordelen med dette er, foruten å få kunnskap om egen tjeneste, å se hvordan man ligger i forhold til de andre sykehusene. Dette knytter fagmiljøene ved de ulike sykehusene tettere og forenkler samarbeid mellom fagfolk ved de ulike sykehusene. Man får et felles språk/enighet og benytter de samme skåringsverktøyene.

Kvalitetsregistre kan også danne grunnlag for å utarbeide interne- og, ikke minst, nasjonale faglige retningslinjer og pasientforløp. KIB har i flere år ført kvalitetsregister for vår konservative inkontinenspoliklinikk for analinkontinens. Resultatene fra dette har fortalt oss hvilke tiltak som virker godt ved ulike tilstander, og hvilke tilstander som ikke har hatt like god effekt, men krever andre tiltak. Dermed vet vi hva vi trygt bør fortsette med, og hvilke områder vi må endre tilnærming til. Et stadig pågående kvalitetsutviklingsarbeid. Resultatene vil bli kunngjort i artikkel i nærmeste fremtid. Forutsetningen for å få gode lokale- og landsdekkende kvalitetsregistre er at man bruker de vedtatte skårings skjema og at disse alltid og lojalt benyttes av de som driver pasientbehandling.

KIB har også tatt initiativ til et landsomfattende kvalitetsregister for kirurgisk behandling av analinkontinens. Dette omfatter sakralnervestimulering og kirurgisk korreksjon/sfinkterplastikk. Registeret er utviklet i et samarbeid med nesten alle sykehusene i Norge som gir slike tilbud og ble webbasert våren 2013. I disse dager pågår dessuten et arbeid med å utarbeide pasientforløp/retningslinjer for sakralnervemodulering. Også dette arbeidet vil inkludere aktuelle fagpersoner fra andre sykehus.

UTDANNING

KIB tilbyr kurs for helsepersonell, nasjonale og internasjonale fagmøter/symposium og lærings- og mestringskurs for pasienter. Vi har årlige kurs for leger og fysioterapeuter og for sykepleiere og andre på etterspørsel. Våre tjenester er landsdekkende og kurs arrangeres ofte i samarbeid med fagfolk fra andre steder i landet. For eksempel arrangerer vi Arctic Pelvic Floor Meeting – 2013 i Trondheim, 7. og 8. november, i samarbeid med Bekkensenteret på AHUS og St. Olavs Hospital (internettadr: www.apfm2013.no). Vi har også en nyopprettet E-læringsportal (<http://www.helsekompetanse.no/kib>) som er under utvikling. I første omgang har vi informasjon til pasienter og publikum om avføringslekkasje og arbeider nå med informasjon om urinlekkasje. Innhold i siden vil bli lagt ut

fortløpende og det vil etter hvert også komme informasjon til helsepersonell og E-læringskurs, også tellende kurs for helsepersonell. Vi bidrar gjerne til å arrangere kurs i samarbeid med kommune- og spesialisthelsetjenesten rundt om i landet. Sykepleiere og uroterapeuter som savner kurs, eller som ønsker vår hjelp til å arrangere kurs, kan kontakte oss på e-post: kib@unn.no

UTVIKLING OG FORSKNING

Fagutvikling og forskning er viktig for å skaffe ny kunnskap og høyne kvalitet på pasienttilbudet. KIB har interne kvalitetsprosjekter. Foruten det tidligere nevnte evalueringsprosjektet for konservativ behandling av analinkontinens, planlegger vi et lignende arbeid for urininkontinens. Vi har også en fysioterapeut og en sykepleier som har gjennomført mastergrad innen tema inkontinens og bekkenbunnsykdom og har en sykepleier i masterforløp. Dessuten utgår to doktorgrader fra KIB der den ene disputerer innen kort tid. Disse forskningsprosjektene dreier seg om revning av lukkemuskel under fødsel og behandling av analinkontinens. Videre bidrar KIB i sykehusinterne forskningsprosjekter ved UNN og ved eksterne prosjekter ved andre helseinstitusjoner. Vi planlegger også et prosjekt med utgangspunkt i samhandlingsreformen. Dette vil i større grad rette fokuset mot helsetjenester i kommune-



helsetjenesten og kan bidra til økt samarbeid mellom spesialist- og kommunehelsetjeneste.

FORMIDLING OG NETTVERK

KIB har som mål å formidle kunnskap og aktuell informasjon til både pasienter, pårørende og helsepersonell. Mye skjer i fagmiljøene rundt om i landet som andre kunne ha interesse av. Det være seg forskning, resultater fra kvalitetsutviklingsarbeid, kurs som arrangeres med mer. Dersom noen har noe de tenker andre kan ha interesse av, kan de kontakte oss så vi kan bidra med å formidle. Vi kan kontaktes per e-post eller facebook siden vår.

Vi formidler informasjon både på facebook (<http://www.facebook.com/unnkib>) og på websiden vår (www.unn.no/kib). På Websiden legger vi ut informasjon om kommende kurs/symposier og har en del annen informasjon som både pasienter og helsepersonell

kan finne nyttig. Man finner også temabaserte informasjonshefter der. I vår sendte vi ut 200 skjema til aktuelle avdelinger ved norske sykehus. Skjemaet har til hensikt å samle informasjon om hvilken pasientbehandling man finner ved ulike sykehus i hele landet. Vi får fortsatt inn svar. Det blir etter hvert lagt ut en samlet oversikt på vår webside slik at både pasienter og helsepersonell kan finne nærmeste sted som utfører aktuell behandling. I tillegg kan helsepersonell som har behov for å hospitere, få undervisning eller ønsker samarbeid med andre, enkelt finne ut hvem de kan kontakte.

Foruten nasjonal nettverksbygging samarbeider vi med fagfolk internasjonalt. Vi har blant annet en gjensidig hospiteringsavtale med St. Marks Hospital i London og Al Shifa sykehuset i Gaza. Våre medarbeidere hospiterer dessuten ved behov både i Norge og ved internasjonale sykehus.

Avdelingene som er representert i tverrfaglig team tar også i mot hospitanter fra hele landet og studenter som er under videreutdanning, blant annet uroterapistudenter.

Målet med KIB's arbeid som nasjonal kompetansetjeneste er at alle pasienter med inkontinens og bekkebunnsykdom skal få rett behandling, på rett sted, til rett tid. Uansett hvor i landet de bor. Dette kan vi ikke oppnå alene! Vær velkommen til å delta i et tverrfaglig nettverk på tvers av hele landet, enten du jobber i spesialist- eller kommunehelsetjenesten.

kib@unn.no
Internett: www.unn.no/kib
Facebook:
<http://www.facebook.com/unnkib>
E-læringsportal:
<http://www.helsekompetanse.no/kib>
Se også hjemmesiden for The 2nd Arctic Pelvic Floor Meeting - APFM 2013:
<http://apfm2013.no/>

**VERV
&
VINN!**

VERVEKONKURRANSE

Frist: 30.04.14

FSU kjører ny vervekampanje frem til FSU i Namsos neste år.

Verv minst tre personer å få gratis konferanseavgift.

BCG-medac

Lukket instillasjonssystem
Ready-to-use

Vi har hjelpemidler for personal og pasient



BCG-medac
Pasientbrosjyre



Blæreblock
TNM klassifisering av blærekreft

Stadium	Behandling	Behandlingsalternativ
Ta G1	Observasjon	Observasjon eller TUR
Ta G2	TUR	TUR eller TUR + BCG
Ta G3	TUR + BCG	TUR + BCG eller TUR + TUR + BCG
T1	TUR + BCG	TUR + BCG eller TUR + TUR + BCG
T2a	TUR + BCG	TUR + BCG eller TUR + TUR + BCG
T2b	TUR + BCG	TUR + BCG eller TUR + TUR + BCG
T3a	TUR + BCG	TUR + BCG eller TUR + TUR + BCG
T3b	TUR + BCG	TUR + BCG eller TUR + TUR + BCG

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 blærekreft (karsinom): kurativ behandling av karsinom in situ, profylaktisk behandling av rekurrens av: urotelial karsinom begrenset til mucosa: Ta G1-G2 hvis multifokal og/eller rekurrent tumor, Ta G3, urotelial karsinom i lamina propria, men ikke i blærens muskulatur (T1), karsinom in situ. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor innholdsstoffer. BCG-medac skal ikke brukes av pasienter med immunosuppresjon, eller av personer med kongenitale eller 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, milær 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): Koroiretinitt, 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 galleveier** Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Hepatitt. **Hud- og underhudsykdommer** 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 anses ut fra tilgjengelige data): Lidelser i kjønnsorganer (f. eks. vaginalsmerte, dyspareuni). **Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonssteder** 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 / www.felleskatalogen.no

En velfungerende mann, ikke bare en funksjonell penis

Prostatakreft

Hyppigste kreftsykdommen blant menn i Norge med 4299 nye tilfeller i 2009.

Nesten dødeligste kreftsykdommen for menn med 1067 dødsfall i 2009, etter 5 år opp mot 100 %.

SYKDOMSPLAGER ETTER BEHANDLING

Resultat hentet fra litteratur. Sykdomsplager etter behandling avhenger av type behandling:

Kirurgi

Uvi og seksualfunksjonsproblemer er mest fremtredende med de største plagene rett etter operasjon. Gradvis bedring i løpet av det første året, men likevel stor grad av vedvarende symptomer flere år etter behandling.

Strålebehandling

Akutte reaksjoner, korttidssymptomer som blødning, hyppig evt. Sterkavføringstrang, cystitt, uretritt, hyppig vannlating, dysuri, urgency forurin og avføring. Nedsatt kraft på strålen og strikturer.

HVORDAN PÅVIRKER SYKDOMSPLAGENE LIVSKVALITETEN?

Det er avhenger av:

Grad av plager, begrensning i dagliglivet, frykt for lukt ved inkontinens, frykt for lekkasje under seksuell

aktivitet, påvirkning av følelse av maskulinitet og funksjon til rollen som mann.

Resultat: beskrivelse av utvalg

143 menn besvarte (81 %)

Tre behandlingsgrupper: kirurgi (38), bestråling (59) og kirurgi + bestråling (46)

Snitt 69,5 år

20,4 fikk tilbakefall/residiv.

Hovedsakelig oppfølningstid 3-4 år.

Kirurgi signifikant yngre enn de som er bestrålt (66,5-71,5).

36,6 % fikk postoperativ bestråling, sammenlignet med tidligere forskning (33-34 %) er tallet noe høyere.

Det er ulike kriterier for hvem som får tilbud til kirurgi.

Sykdomsplager: 100 best

Når gruppene sammenlignes er det kun innen enkeltområder signifikante forskjeller fremkommer. De som har fått kun bestråling har signifikant bedre skår enn begge de andre gruppene innen delskårene urininkontinens og innen urinfunksjon. Lavest skår finner en innen seksualfunksjon og seksualfunksjonsplager, noe som gjenspeiler at innen disse områdene er livskvaliteten mest negativt påvirket for alle.

OPPFØLGNING OG PASIENTINFORMASJON ETTER BEHANDLING

- Retningslinjer
- Lovpålagte oppgaver
- Pasientrettighetsloven

- Helsepersonelloven
- Spesialisthelsetjenesteloven

OPPFØLGNING VED UNN

Kirurgi - strukturert oppfølging rettet mot konkrete helseplager og individuell oppfølging ved behov.

Pasienten får her skriftlig, muntlig og pasientopplæring.

Urolog, sykepleier/uroterapeut

Bestråling - ikke strukturert oppfølging rettet mot helseplager.

Ingen skriftlig informasjon, men individuelle samtaler og konkret oppfølging ved store strålerelaterte helseplager.

Onkolog, sykepleier

Resultat: tilfredshet med informasjon

Deltagerne som har gjennomgått kun kirurgi skårer høyest på alle spørsmål, og skårer signifikant bedre på den additive indeksen for informasjon og kommunikasjon.

Det er innen spørsmålene hvor fornøyde de er med informasjon om hva de kan gjøre selv, og om muligheter for rehabilitering de skiller seg signifikant fra de andre gruppene.

Tilfredshet med den skriftlige informasjonen får totalt høyest skår.

Det er 72 menn (50 % av deltagerne)

Utdrag fra Marianne Nicolaisen
sin masteroppgave ved Universitets
sykehuset Nord-Norge



som skrev kommentarer på siden for fritekst.

Overveiende antall kommentarer angående seksualfunksjon og angående oppfølging og informasjon. Det er flest kommentarer angående seksualitet fra kirurgi-gruppen og færrest fra bestrålt-gruppen. I kirurgi-gruppen er det flest kommentarer som omfatter redusert ereksjonsevne, mens det fra gruppen begge-behandlinger er flere kommentarer om redusert livskvalitet som følge av redusert seksualfunksjon.

Angående tarmfunksjon er det flest i gruppen for begge-behandlinger som har irritative tarmsymptomer med urgency, urgeinkontinens og blodig avføring.

Angående oppfølging er det flest kommentarer fra bestråltgruppen på å føle seg avglemt, eller føle seg

utrygge ved kreftresidiv hvis de ikke får komme til oppfølging ved UNN. Totalt er det flere i kirurgi-gruppen som angir å være fornøyd med pre- eller postop info, samt med oppholdet ved UNN, mens bestrålt-gruppen spesielt kommenterer oppholdet og personalet positivt. I gruppen for begge behandlinger er det flere som savner oppfølging og hjelp angående seksualfunksjonen. Det er i den gruppen også kommentarer om dårlig kommunikasjon mellom UNN og enten pasienten eller fastlegen vedr. Videre oppfølging.

OPPSUMERING:

Kirurgi-gruppen fikk et strukturert opplegg og var også mest fornøyd med informasjonen.

Mange savnet informasjon knyttet til helseplager, usikkerhet/utrygghet relatert til oppfølging.

Høy alder, kardiovaskulære sykdommer, diabetes og nedsatt ereksjonsevne før behandling kan forsterke kreftbehandlingens negative effekt.

Seksualfunksjonen dårligst skår:

Målet bør være ikke bare en funksjonell penis, men også en funksjonell mann, inkludert hans partner.

Anbefalinger etter resultater:

- Gode pasientforløp
- Oppfølgings rutiner
- Skriftlig og muntlig informasjon
- Pasient veiledning/opplæring
- Kartlegging av vannlatingsfunksjon og seksualfunksjon før og etter behandling.

Cystectomi hos eldre

Av Margrete Ronge

Utfordringen for urologer nå er at det er en økende incidens av blærekreft hos eldre pasienter. Cystectomi er en risikofyllt operasjon og det er mange komplikasjoner. For eksempel ville en pasient over 70 år aldri blitt vurdert til operasjon i 1980.

Det er også vanskelig å vurdere hvem er eldre. I helsevesenet er pasientene regnet som eldre når de er over 65 år.

For radikal cystectomi er det eldre regnet som 75 år eller eldre. 31 % av tilfellene av blærekreft er hos personer over 75 år ifølge Wahlqvist.

Uansett skal man alltid ta forventet levetid med i vurderingen for om pasienten skal opereres. Men det er en bekymring rundt dødelighet og komplikasjonsrater hos eldre

pasienter. Noen studier viser økt dødelighet hos eldre men ifølge Wahlqvist er det akseptable tall sammenlignet med yngre pasientgrupper. Nå er det slik at fremskritt er gjort også i perioperativ behandling for eksempel anestesi noe som også må tas med i betraktningen.

En studie i Norge der 172 pasienter var inkludert viste en dødelighet etter 30 dager på 4,1 % hos pasientene over 75 år og 2 % hos pasientene under 75 år.

Wahlqvist viste til tall som sier at kun 1/3 av pasientene som er cystectomert er i livet etter 5 år. Mange dør av andre sykdommer ifølge han. I tillegg er det færre av disse pasientene som får neoadjuvant og adjuvant cytostatika.

Wahlqvist henviser også til at sykepleiere er viktig i forløpet. Erfarne



Foredragsholder: Rolf Wahlqvist

sykepleiere som kjenner pasientgruppen godt kan tidligere oppdage komplikasjoner. Mengden pasienter er viktig både for kirurgen og sykepleierne.

Ifølge Wahlqvist kan ikke alder alene utelukke radikal cystectomi men utvelgelse av pasienter er viktige for å få akseptable resultater. De stedene hvor disse blir operert bør ha et høyt volum av pasienter

FSU har pr 31.08.2013: 283 medlemmer

Vi har mistet noen medlemmer siden sist blad, men har hele 16 nyinnmeldinger!!

Nye medlemmer er: Kristine H. Bøås, Marlene Dahle, Henriette Kalvø, Torill Anette Gauslaa, Marianne L. Hestad, Guro Høidal, Marie Loeng, Aira Liisa Maikkula, Heide L. Andersen, Mina Therese Ovanger, Lotte M. E. Reggestad, Hege R. Skjæveland, Tanja Surdal, Cathrine Teigen, Linda H. Vatland, Åse Karoline Wormstad

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 BJUJ

"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

Distributor
Vitaflo Scandinavia AB NUF

Ved bestilling
send mail til: info@vitaflo.net



På forespørsel sendes produktark og pasientveiledning.

Navamedic ASA
Postboks 107, 1325 Lysaker
Tel: +47 67 11 25 45
E-post: info@navamedic.com
www.navamedic.com

 **Navamedic**



Kast skjorta - årets FSU ko

Av Tom Moe Ringvoll

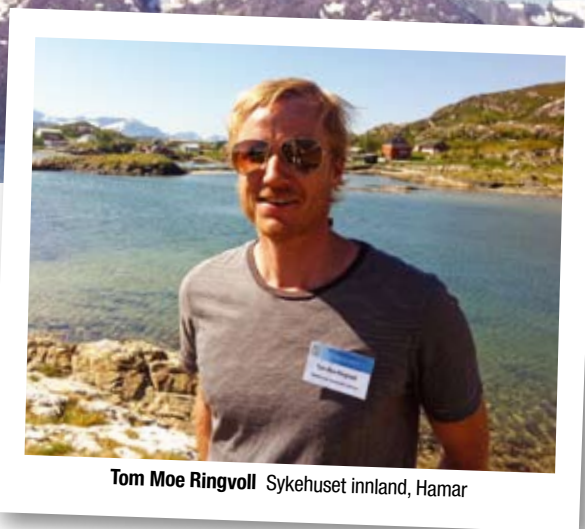
På radioen mandag, to dager før avreise Tromsø, blir jeg fortalt at dagens hovedoverskrift i Nordlys er «Kast skjorta, Troms og Finnmark - Nå blir det enda varmere».

Dette lovet jo meget godt da årets FSU-konferanse var lagt til

Sommarøy ytterst i havgapet utenfor Tromsø. Tema for konferansen er «sykdom og seksualitet» og ut i fra programmet kunne vi glede oss til noen lærerike og interessante dager.

Ved ankomst Tromsø lufthavn onsdag ettermiddag slår varmen imot oss og det er tydelig at Nordlys er en avis det går an å stole på. Etter noen timers sightseeing i Tromsø by går turen videre via buss til Sommarøy hvor vi blir innlosjer i fargerike rorbuer. Det er høye fjell og hav på alle kanter og for en «søring» som kommer fra mjøsas bredder oppleves dette som meget eksotisk.

Vi blir tatt imot av en sprudlende, stolt og tydelig engasjert arrangementskomite som består av sykepleiere og uroterapeuter fra avdeling for gynekologi, urologi og endokrin kirurgi ved UNN/ Tromsø. Uroterapeut Kristin Lernes åpner konferansen torsdag morgen med en sang om Sommarøy (fritt etter Halvdan Sivertsen) og Jan Bakkevoll, som er vokst opp på øya, guider oss gjennom litt av øyas



Tom Moe Ringvoll Sykehuset innland, Hamar

historie. Vi får så en fyldig meny over aktiviteter vi kan delta på i tiden imellom kurs og festmiddag. Vi kan velge mellom ørnesafari med båt, fisketur med båt, badestamp med varmtvann, bading i hav med kaldtvann, fjelltopptur med fantastisk utsikt eller et besøk hos det lokale kunstverksted/husflidlag.

Før vi kan begi oss ut på en av disse fristende utfluktene er det duket for et fullspekket program. Oversykepleier Ann Harriet Konradsen presenterer avdelingen til arrangementskomiteen og vi får innblikk i en avdeling som virker meget velfungerende og som personalet er stolte av. Etter dette gis mikrofonen til urolog Jan Due som har fremlegget "seksualitet etter kirurgi". Han hadde et inspirerende og vittig foredrag hvor han blant annet peker på viktigheten av at man må legge forholdene til rette for sex, også etter kirurgi. Han mener at en tablett eller en sprøyte i penis sjelden løser noen problemer alene, men trekker frem viktige aspekter som åpenhet, tid og ikke minst en interessert og stimulerende partner som mulige suksessfaktor for et godt sexliv. Videre tar uroterapeut Marianne Nicolaisen

oss med oss inn i hennes masteroppgave hvor hun har samlet mange og meget nyttige synspunkter på hva menn tenker rundt oppfølging etter prostatakirurgi eller stråling. Tittelen på foredraget er "en funksjonell mann, ikke bare en velfungerende penis" og det er nok mange av oss kursdeltagere som får noen tanker om hvordan vi kan forbedre pre operativ informasjon og oppfølging i etterkant av kirurgi/stråling.

Etter en deilig lunsj tar kunstterapeutene Åsa Pahlberg og Inger Marie Magnussen oss med inn i en litt annerledes terapiform og forteller oss om interessante aspekter ved kunstterapi og om hvilke oppdagelser pasienter kan gjøre ved hjelp av å uttrykke følelser med maling og pensel. Jordmor Helena Ross Haagensen avslutter kursdagen med sin fortelling fra Malawi hvor hun jobbet som jordmor i 6 mnd. Historien hennes fikk nok de fleste av oss til å se vårt eget helsevesen i et litt annet lys.

Når vi så møtes til festmiddag noen timer senere viser det seg at både ørn er observert og fisk er fanget. Stemningen er god etter at vi har

konferanse er på Sommarøy!



fått oppleve noe av det beste nord Norge har å by på i et godvær som er i ferd med å slå alle rekorder. Under middagen ble vi servert nydelig boknafisk, korsang og ikke minst får vi introdusert rockebyen Namsos som neste års arena for FSU-konferansen.

Etter middag blir vi geleidet til en nydelig sandstrand på øya hvor det er tent bål og det er servering av tørrfisk og tilhørende drikke. En nydelig midnattssol skinte sterkt på oss rundt leierbålet og den gode stemningen holdt seg til langt ut i de små timer, men til

presentasjonen av LMS – kursene kl 0845 fredag morgen var samtlige kursdeltagere på plass. Vi blir så servert lystige trubadurtoner av hotellets eier som har skrevet en sang om sin opplevelse og forståelse av de urologirelaterte produktene han har funnet på standsene i hotellets lobby. Kreftsykepleier Bente Ervik viser deretter til funn i sin doktorgradsavhandling om hvordan det er å leve med prostatakreft. Marianne Nicolaisen stepper så inn for en syk foredragsholder og gir oss en god innsikt i arbeidet til nasjonalt kompetansesenter for inkontinens

og bekkenbunnssykdommer (KIB). Tone Haugan Løvli avslutter konferansen med en sterk og inspirerende historie om prosessen rundt det å få en kreftdiagnose.

Etter to fantastiske døgn har vi fått både gode faglige og sosiale påfyll. Vi er alle inspirert av denne vakre øya når vi sitter på bussen tilbake til flyplassen og ser nydelige Sommarøy forsvinne bak fjellene. En stor takk må rettes til alle de som har vært med på å gjøre dette til kanskje tidenes FSU-konferanse.



Arrangementskomiteen i Tromsø, FSU 2013

Pasient bekvemmelighet under intravesical kjemoterapi - en randomisert test som sammenligner to instillasjonsmetoder

Av Gunn Bøyum Dæhli

INNFØRING OG MÅL

Pasienter som har gjennomgått Transurethral resisering av blæren (TUR-B) for behandling av tumor som ikke er invasiv og med lav risiko, gjennomgår postoperativt en enkelt behandling med intravesika installasjon av kjemoterapisk Mitomycin (MC). Behandlingen foregår innen 24 timer etter TUR-B. Pasienter opplever flere ubehag under MC behandlingen, blant annet blærespasmer, smerter og vannlatingstrang som fører til lekkasje og redusert gjennomføring. Dette resulterer i prematur tømning av instillert MC. Hensikten med studiet er å øke pasientens behag for så å sammenligne det subjektive ubehaget og sammenligne to instillasjonsmetoder.



Foredragsholder: Birgit Bonfils ved Urology, Herlev Hospital, Copenhagen University Hospital, Denmark

METODER

Prosjektet var en "open-label prospective" kontrollert studie, randomisert 1:1 med 100 kontrollerte pasienter. Pasientene ble inndelt i to grupper. En aktiv gruppe (A) med kateter med klemme på slangen og en aktiv gruppe B med et åpent kateter tilknyttet en pose som henger høyt. Hypotesen var at en høythengende urin pose ville tillate blærekontraksjoner uten stor motstand og samtidig holde MC i blæren med hydrostatisk press. Dette skulle potensielt redusere pasientens ubehag sammenlignet med økt trykk i blæren ved bruk av kateter med klemme på slangen. Gjennom den planlagte behandlingen, dokumenterte pasientene hvert 15 minutt sitt subjektive ubehag på en skala fra 0-10. 0 var ingen ubehag og 10 var maksimalt ubehag. Pasientene undergikk 2 timer postoperativ intravesical MC instillasjon.

RESULTAT

Av pasientenes opplevde ubehag, var vannlatingstrangen betydelig lavere i gruppe B og antall pasienter som gjennomførte behandlingen, økte med 14% i samme gruppe.

KONKLUSJON

Pasientene i gruppen med kateter tilknyttet høyt-hengende pose, opplevde mindre ubehag og høyere andel fullførte behandlingen. Behandlingen ga pasienten mindre subjektivt vannlatingstrang enn med metoden med kateter med klemme og gav færre premature behandlingsavbrudd. En liten nedgang i inkontines ble også observert i kateter til pose gruppen.



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

God livskvalitet handler om å ta vare på seksuell helse

Av Kjersti Lund Olsen

Vi har møtt Olaug Gimse Storrø fra Melhus i Sør-Trøndelag. Hun arbeider ved St. Olavs Hospital HF som uro-sykepleier og spesialist i sexologisk rådgivning/NACS. I tillegg til 80 prosent stilling på Kvinneklinikken, driver hun også egen praksis i Trondheim en dag og en kveld i uka. Utdanningen innenfor sexologi tok Olaug i København. Det var et deltidsstudium som startet høsten 2001 og varte i 2,5 år. På den tiden fantes ikke en slik utdanning i Norge. Nå i dag har en tilsvarende utdanning i Norge som ligger ved Universitetet i Agder.

Olaug er medlem i Norsk forening for klinisk sexologi. Det er en medlemsgruppe med faggrupper i flere fylker. NACS som står for Nordic Association for Clinical Sexology er en godkjenning sinstitusjon som godkjenner alle sexologer i hele Norden. Man skiller mellom spesialist i sexologisk rådgivning og spesialist i klinisk sexologi. Sexolog er dessverre ikke en beskyttet tittel i Norge. Det betyr at alle som føler for det kan titulere seg som sexolog. Det arbeides med å få en beskyttet tittel.

Olaug begynte tidlig i sin yrkeskarriere å interessere seg for sexologi. Som urologisk sykepleier på gamle

Røde Kors møtte hun kvinner med ulike seksuelle problemer. Hun så at det var et behov for profesjonell hjelp og etter hvert kom tanken om en videreutdanning. Da hun fortalte ledelsen ved sykehuset om sitt ønske om videreutdanning innenfor sexologi, møtte hun entusiasme og velvilje. St. Olavs Hospital var svært interessert i å ha et tilbud innenfor sexologien.

- Det er flott at sykehuset erkjenner at noe heter seksuell helse. Det er også fint at NAV godkjenner seksualtekniske hjelpemidler. Heldigvis er systemet slik at det går fort å få tilsendt avtalefestede hjelpemiddel.

Olaug nevner at hun har brukere med dårlig seksuell funksjonsevne pga sykdom eller skade. Det hender man må lage tilpasninger til den enkelte bruker. Olaug berømmer det gode samarbeidet hun har med en del Hjelpemiddelsentraler i Trondheimsområdet. Etter først å kartlegge pasientens behov, kan de lage utstyr som tilpasses brukeren. Hun forteller og viser bilde av en innretning som en bruker betjener bare ved hjelp av tåa.

Det er ulike pasientkategorier man kommer borti som sexolog. I hovedsak er det kvinner med underlivssmerter og manglende lyst, menn med ereksjonssvikt og manglende lyst samt mennesker med alle typer sykdommer som for eksempel



Olaug Gimse Storrø

revmatisme, kreft, hudlidelser osv. Olaug sier at alle sykdommer har en konsekvens for menneskers seksualitet i større eller mindre grad, ikke nødvendigvis hele tida, men det kan være i perioder.

Kvinner som har opplevd overgrep møter hun også i sin praksis. Det kan manifestere seg som underlivssmerter. Det er ofte at slike ting kan komme frem under den første kartleggingssamtalen som ofte varer i 1-2 timer. Den første tida i møte med en ny pasient har et ganske intensivt forløp. Olaug forteller at hun har pasienter fra Vestlandet, Midt-Norge og Nord-Norge.

For å holde seg oppdatert har Olaug beholdt kontakten med fagmiljøet i København. Der går hun i veiledningsgruppe hos en psykolog fra Rikshospitalet.

Det er flere som har samme utdanning i Trondheim, men de jobber også innenfor andre felt. Hun nevner både familievern, habilitering og privat praksis. Det er positivt at vi etter hvert blir flere sexologer da vi alle er gode på forskjellige områder.

OSS MEDLEMMER IMELLOM

Ved
Katrin Valaas
Isaksen

Heia

Mitt navn er Heidi Nikolaisen og er fra Stokmarknes i Vesterålen, Nordland fylke.

Jeg er utdannet sykepleier og jobber for tiden ved Nordlandssykehuset Vesterålen. Jeg er i gang med videreutdanningen i uroterapi ved Høgskolen i Bergen. Uroterapeututdanningen går over 3.semester, og er ferdig våren 2014. Vi er en gruppe på 24 studenter som er startet utdanningen, et stort kull som blir godt ivaretatt av 2 flotte engasjerte faglærere. Vi har på kort tid rukket å blitt godt kjent, og trives sammen når vi møtes på ukessamlingene i Bergen. Vi studentene har også en egen Facebook side hvor vi kommuniserer med hverandre, der deler vi vår kunnskap, gode råd og sprer gleder i form av bilder og kommenterer.

Etter studieoppstart har jeg fått reist på flere kurs innenfor faget urologi, og jeg var også deltager ved Urologisk kongress i Sandefjord, aug 2013. Kjempespennende og lærerikt !! Jeg har lært mye bra faglig på kort tid og føler at jeg har gjort et rett og bra valg i forhold til videreutdanningen. Ved studieoppstart valgte jeg å bli medlem av FSU, og er kjempefornøyd med det faglige innholdet/fagbladet URO.

Her i Stokmarknes bygges det nå nytt sykehus. Etter mange års planlegging er det endelig, og våren 2014 flytter vi ansatte og pasientene inn i et helt nytt moderne sykehus, vi gledes over det.



Heidi Nikolaisen

I forbindelse med nytt sykehus jobbes det med å etablere en urologisk/uroterapeutisk sykepleievirksomhet knyttet til kirurgisk/ortopedisk/gynekologisk avdeling. Dette vil bli et helt nytt tilbud i sykehuset, som må bygges opp gradvis. Når jeg er ferdigutdannet Uroterapeut blir min oppgave å følge opp pasienter med sykdom/problemer i urinveiene og spre kunnskap om forebygging av urologiske komplikasjoner i forbindelse med sykdom og innleggelse i sykehuset. Videre er det tenkt at jeg skal være et bindeledd mot urologisk fagmiljø for på den måten å sikre at sykehuset i Vesterålen til enhver tid har rutiner og praksis som er i tråd med anbefalingene.

Jeg er så heldig at jeg har en positiv og engasjert arbeidsleder som tilrettelegger for at jeg skal kunne ta utdanningen og få årlig kompetanseheving i form av kurs/seminarer og hospitering.

Kan det bli bedre ☺

Mvh Heidi

Mini-referat fra møtet vi hadde med de nordiske lederne på NUF i Sandefjord

Av Tone H. Storebø, leder FSU

Det er alltid spennende å se hva slike møter blir til. Alle representantene fra de andre landene kommer, mer eller mindre forberedt. Jeg hadde som seg hør og bør sent ut innkalling til møtet i god tid, med samarbeid med legene og kateterskift (SPK) som agenda.

Det viste seg imidlertid at de mailadressene som innkallingen til møtet var sendt til, ikke var rett. Disse var hentet fra de respektive faggruppene sine nettsider. Heldigvis hadde alle sett at møtet skulle finne sted. Det sto i programmet. Det viser at det ikke alltid er like lett å nå alle. Ergo måtte dette også bli en sak på møtet.

Vi startet å snakke om samarbeidet med legene. Det viser seg at styret i NUF (Nordisk urologisk forening) bestemmer hvor de vil arrangere NUF og kontakter sykepleiere lokalt for et samarbeid. Det blir litt uoversiktlig når FSU logo brukes sammen med NUF logo i promotering av arrangementet og det er litt uoversiktlig i forhold til økonomien rundt et slikt møte. Det virket ikke mulig for sykepleierne/komiteen å få noen innsikt i noe som hadde med økonomi å gjøre. Det er noenlunde det samme i alle de nordiske landene bortsett fra Danmark. Der har de fått dette litt bedre til med tanke på at sykepleierfaggruppen helt fra starten av planleggingen er med på styring av økonomi, program og lignende. I hvert fall forstod jeg det slik.

Vi ble enige i at vi skal lage en Nordisk sammenlutning av sykepleierne. Dette for å gjøre et samarbeid oss imellom og med legene lettere. Kanskje denne gruppen skal hete NUFN (NUFnurses)? Samtidig ble det også foreslått fra Rikke Knudsen fra Danmark å lage faggrupper i faggruppen. Kanskje en «nyregruppe», en «prostatagruppe» osv... Alt dette skal vi ha et møte på kanskje allerede nå i høst. Rikke Knudsen har ansvar for å kalle oss inn. Vi har i hvert fall kommet et lite stykke på vei i forhold til at alle landene ønsker et bedre og mer strukturert samarbeid med legene.



I forhold til å få rette mailadresser og oppdaterte hjemmesider ligger ansvaret på den enkelte faggruppe. Dette vil nok bli lettere om vi får en nordisk arena som kanskje har et eller to møter i året... Struktur er viktig for gode samarbeidsarena.

I forhold til skifting av suprapubisk kateter viser det seg at det er svært forskjellig hvordan vi løser dette rundt om. Noen skifter dette konsekvent på sykehus/ poliklinikk mens andre skifter første gang på sykehus og deretter foregår alle skift ute i kommunene. Hjemmesykepleiere er lært opp eller det løses med ambulerende «kateterteam». Det er flere varianter i hele Norden. Vanskelige skift foregår på sykehus alle steder. Noen skifter ned guidewire og andre ikke...

Som referent har jeg her en mulighet til å kommentere litt:

Jeg håper at alle ser at det er lite samfunnsøkonomisk at det kommer ambulanser fra distriktene med pasienter som bare skal skifte kateter. Dette gjør noe med akuttberedskapen «ute» og det er en stor belastning for pasienten med en slik reise. Slik praksis bør endres om ikke det er noe spesielt med pasienten. Vi snakker om samhandling.

Det er spennende å være med på dette! Kan anbefale alle å prøve seg i styret! Det er bare å melde seg som interessert! En får jammen være med på mye!!

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

* Marit Halvorsen
marit.johanne.halvorsen@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

* Ann Fauskanger, ann.fauskanger@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. Niilsensvei 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,
Haukeland universitetssykehus,
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 56 70 / 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



STYRET 2013

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

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: 456 67 999 / Jobb: 72 82 91 76 / 72 82 91 90

Styremedlem/kasserer:

Gunn Bøyum Dæhli

Alvøveien 22B

5179 Godvik

Gunn.dahli@bkkfiber.no

Tlf: 415 08 556

Medlemskontakt:

Katrin Valaas Isaksen

Vikagata 65, 6010 Ålesund

katrinv@online.no

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

1. varamedlem:

Ann Fauskanger

Broveien 18

4620 Kristiansand

Ann.fauskanger@sshf.no

Tlf: 918 70 144

2. varamedlem og webansvarlig:

Margrete Ronge

Bjørnefare 1e, 2014 Blystadlia

Margrete.ronge@hotmail.com

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

B ØKONOMI
ÉCONOMIQUE

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



INNTRYKK FRA FSU SOMMERØYA 2013

Foto: Kjersti Lund Olsen

