

URO

INFO

Nr. 1 - februar 2012 - 23. årg.
ISSN 1891-5116

s. 7 Livet som sykehusprest

s. 10 Trygghet ved livets slutt - det gode møtet

s. 12 FSU konferansen i Bergen - program

s. 18 Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom i Tromsø

s. 24 Onkologisk behandling ved prostata- og nyrekreft

Redaksjonsgruppe:

Styret i NSF's Faggruppe av Sykepleiere i Urologi

Ansvarlig redaktør:

Kjersti Lund Olsen, Mob: 456 67 999

Ansvarlig utgiver:

NSF's Faggruppe av Sykepleiere i Urologi

Henvendelser til bladet:

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

Jobb: 72 47 01 65

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

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

Sidsel Alvheim Dubrefjord

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

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

Webansvarlig: Margrete Ronge

Margrete.ronge@hotmail.com

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

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

Katrin Valaas

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

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

LEDER

KJÆRE LESERE

Jaja, midt i smørkrisen og julestriden ble jeg leder i FSU. Egentlig syns jeg dette er kjekt, men akkurat nå er det litt skremmende med alt det nye jeg skal sette meg inn i i tillegg til at vi skal lage til FSU møte i Bergen i mai! Men dette har andre gjort med glans før meg og det kan ikke være så gale fatt med meg at jeg ikke skal kunne bidra med noe her.

Jeg tar over etter Margrethe Ronge som har gjort en glimrende jobb blant annet med pengene våre. Hun sier selv hun har følt seg som en "gnitalus" i fire år. Dette har imidlertid vært en nødvendig snuoperasjon da vi hadde større utgifter enn inntekter og vi hadde mindre og mindre på konto. Fremdeles er det nødvendig å være litt tilbakeholden med penger, men det er ikke dermed sagt at vi ikke skal gi ut støtte til kurs og lignende. Dette er viktig å få frem her fordi det i inneværende år ikke er kommet inn så mange søkere til stipend Selv om det er et begrenset antall stipender er det viktig å prøve likevel. Oftest er det muligheter for litt støtte i alle fall. Men nok om det....

Som nyvalgt leder har jeg egentlig bare ETT jule og nyttårs - ØNSKE: Det er at alle medlemmene ser sitt ansvar i å verve nye medlemmer! Det vil bli en verve-kampanje med flotte premier!! Medlemstallet er på vei nedover og den eneste måten å stoppe dette på er å verve nye og å beholde de "gamle". Jeg skal selv forsøke å nå ut til sykehjemmene og hjemmesykepleien der jeg bor, arrangere små kurs for dem og lignende. De setter pris på denne oppdateringen i faget. Og det er en yndet arena for verving av nye medlemmer. Fremdeles har jeg det hårete målet at vi skal klare å få en UROSYKE- PLEIER PÅ ALLE SYKEHJEM!! Så gjenstår det å se om vi får dette til.



Tone Hestad Storebø

En annen sak som jeg ikke kan unngå å skrive noe om er det triste budskap at ikke UROTERAPI-UTDANNINGEN i Bergen kom i gang i år heller. Ikke bra. Det var jo nok søkere!? Saken er den at de ikke fikk bekreftelse fra arbeidsgiver om økonomisk støtte til utdanningen!! Ergo ble hele utdanningen stoppet. Men er dette et PUNKTUM for utdanningen? Forhåpentligvis ikke. Her må det sammen med aktuelle faggrupper jobbes oppover i systemet. Kanskje er også sentralt fagforum stedet for denne debatten? For dette er en videre problemstilling enn hva det ser ut som.

Jeg har med dette i hvert fall to viktige saker å jobbe med som leder.

Men nå tror jeg at jeg vil ønske alle godt nyttår, og så hiver vi oss rundt på det nye året og tar vervingen fatt!

Vennlig hilsen
Tone Hestad Storebø
Leder FSU

Layout og trykk:

ZignMedia - www.zign.no

Omslagsfoto:

Fotograf: Kjersti Lund Olsen

Nr. 1 - 2012 - Årgang 23 - Utgivelse nr. 88
Opplag 450 eks.

ISSN 1891-5116

Neste nr:

Juni 2012. Frist for manus 15. mai 2012.

Presiseringer:

1. Innhold i trykte artikler, meningsutvekslinger, annonser etc. behøver ikke å være sammenfallende med FSU's syn. Derav har forfatter eget ansvar for anonymisering.
2. Redaksjonen betinger seg retten til å forkorte innlegg.
3. Gjengivelse av stoff er ikke tillatt uten at det er 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 |
| Kunnskap danner muligheten for innovasjon | 6 |
| Livet som sykehusprest | 7 |
| Presentasjon av lærings- og mestringskurs for prostatakreftpasienter og deres pårørende | 8 |
| Trygghet ved livets slutt – Det gode møtet | 10 |
| Program FSU-konferansen i Bergen | 12 |
| Bivirkninger av bekkenbunnskirurgi/stråling med fokus på lekkasje og seksualitet | 14 |
| Skopi versus tomi / ca renis | 15 |
| Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom i Tromsø | 18 |
| Onkologisk behandling ved prostata- og nyrekreft | 24 |
| Om medlemmer imellom..... | 26 |
| Lokalgruppeledersamling | 28 |
| Lokale gruppeledere | 30 |
| Styret | 31 |

REDAKSJONEN

Jeg ønsker dere alle et riktig godt nyttår. Nå har sola snudd og vi går lysere tider i møte. For mange ble jula 2011 en spesiell jul. Tragedien på Utøya vil prege oss i mange år fremover. Når unge, engasjerte mennesker blir angrepet på en slik måte, gjør det noe med oss alle.

I desember arrangerte sykepleiere fra A-hus et flott FSU kurs. Arrangementskomiteen og foredragsholderne fortjener ros for en godt gjennomført landskonferanse! Det viser seg at det er vanskelig å få noen til å ta på seg et slikt arrangement. Det er travle tider rundt omkring, og mange føler ikke at de har tid nok til å ta på seg noe ekstra. URO INFO denne gangen har flere referater fra kurset.

På generalforsamlingen i Oslo ble det valgt nytt styre i FSU. Det nye styret presenteres nærmere i bladet. Vi hadde vårt første møte i Bergen i midten av januar. I mai blir det Bergens- tur igjen, for da arrangerer sykepleiere fra Haukeland neste FSU- kurs. Vi håper mange av dere får anledning til å reise! Programmet for kurset kan du lese om i denne utgaven av URO INFO. Vi i FSU ønsker dere hjertelig velkommen. Vi ønsker også neste arrangementskomité lykke til.

2012 blir et spennende år i Helse Norge. Den nye helsereformen, samhandlingsreformen, har trådt i kraft. Fra nå av skal det bli lettere å få helsehjelp lokalt.



Kjersti Lund Olsen

Tilbudet i kommunene skal bli bredere og oppfølgingen av personer med kroniske lidelser skal bli bedre. Det skal også bli flere tilbud til dem som ønsker hjelp til å legge om levevaner.

Helsedirektoratet har i disse dager en stor antirøyke-kampanje hvor de tar sterke virkemidler i bruk. Mitt ønske er at kampanjen kan virke avskrekkende slik at ungdom ikke begynner å røyke. Vi vet at barn og ungdom er ekstra sårbare for tobakk, derfor er det viktig at vi klarer å forhindre rekruttering av nye røykere!

Til slutt vil jeg nok en gang oppfordre dere medlemmer til å ta kontakt. Vi tar gjerne i mot stoff, det kan være alt fra fagartikler til referat fra kurs dere har vært på. Det er også spennende å lese om hverandres arbeidsplasser. Så kom igjen; ta penna fatt!

Ha en fortsatt fin vinter!

Kjersti

VELKOMMEN TIL NYE MEDLEMMER! FSU hadde pr 31/12-11 282 medlemmer.

Nye medlemmer: Eili Regstad, Tove Monclair Kolsrud, Ingvild Gurskevik Rogne, Kjerstin Olaussen, Beate Etim, Linda Frøyen, Iselin Indrevær, Øystein Ulven, Silje Katrine Vaaga, Trude Hagen Opseth, Susan Bakke og Henrikke Ulstein.

SI FRA OM ADRESSEENDRING! En del blader kommer i retur pga ukjent adresse.

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

ER DU "LITT" FOTOGRAF? Vi har lyst til å invitere medlemmer av FSU til å sende inn bilder som kan være aktuelle som omslagsfoto. Tradisjonelt har det vært vannmotiver,

men har du annet som kan være aktuelt er det bare å sende inn. **Benytter vi ditt bilde vil vi kunngjøre dette på side 2!** Skriv derfor ditt navn og tittel på bildet. Bidrag sendes til Kjersti Lund Olsen: kjersti1964@hotmail.com

HVA SKJER?

FSU KALENDER 2012

Husk å søke stipend!

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



Sidsel Alvheim Dubrefjord

FSU Konferanse 2012

Bergen 24.-25. mai

EAUN

25.-27. februar 2012 Paris, France
13th International EAUN Meeting

“Helt - ikke stykkevis og delt” Vårkonferanse 12. og 13. april

Radisson Blu Caledonien Hotel, Kristiansand
For mer informasjon, program og påmelding:
www.sykepleierforbundet.no
kurs@sykepleierforbundet.no

UTF

Jubileumskonferanse 23.-25. mai
Mer informasjon kommer på denne
siden i februar: www.utf2012.org



EAU's kongresskalender

www.uroweb.org (eau og eaun)

EAU events

info@congressconsultants.com

DUS kalender

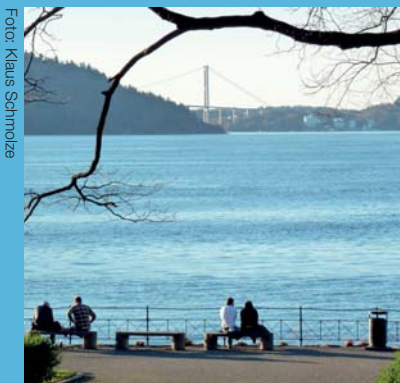
<http://www.urologi.dk/menu/DUS.htm>

www.espu.org

kontakt: nurses@espu.org

www.interstitialcystitis.co.uk

www.prostatitis.org



FSU konferanse:
2012 **Bergen**

24.-25. mai 2012

Kunnskap danner muligheten for innovasjon

Av Kjersti Lund Olsen

På konferansens første dag fikk vi et spennende foredrag av Bjørn Grønli, innovasjonssjef ved avdeling Forskning og Innovasjon, Helse Sør-Øst. Avdelingen for forskning og innovasjon koordinerer og administrerer forskningen i regionen.

Han ga oss et lite innblikk i hvordan innovasjon er en del av forskningsstrategien i deres helseforetak. Kunnskap står sentralt og danner grunnlag for virksomheten. Avdelingen jobber med å fornye helsetjenesten.

Han kom inn på sentrale tema:

- Hvordan utnytte kunnskapsbasen?
- Hvordan tar vi forskningen til praktisk anvendelse?
- Innovasjon som virkemiddel.

I Norge stiller myndighetene styringskrav til de regionale helseforetakene.



Innovasjonssjef avd. Forskning og Innovasjon, Bjørn Grønli

Oppdragene blir nedfelt i oppdragsdokumenter. Det er mange aktører, og for å få mest mulig slagkraft må man samordne disse. Helselederne må tenke innovasjon, dvs nytenkning.

Det gjøres en betydelig forskningsinnsats i Norge, og store midler settes av til ulike prosjekter. Grønli fortalte at man i fremtiden vil ha helt andre måter å jobbe på.

Det skal jobbes tett med norsk industri. Dette er en føring man skal ha. Et godt eksempel på dette er en ny kreftvaksine man har utviklet basert på forskning fra Oslo universitetssykehus og Universitetet i Oslo. Her har forretningsmannen og investoren Bjørn Rune Gjelsten gått inn som hovedinvestor. Dette innovasjonsarbeidet vil ha stor betydning for pasientbehandling.

PRESENTASJON



Jeg arbeider på Urologisk avdeling ved Haukeland universitetssykehus i Bergen. Har vært på urologen i snart 6 år. Har i det siste halvannet året jobbet 80 % på poliklinikken og 20 % på sengeposten. Trives veldig godt med dette. Er 48 år, gift og har tre voksne barn og et barnebarn. Min store hobby er sykling. Reiser sjeldent på ferie utenlands uten å ha landeveisstykkelen med. Har ingen erfaring fra styreverv fra tidligere, ser nå frem til nye utfordringer som styremedlem i FSU.

Hilsen
Gunn B. Dæhli

Livet som sykehusprest

Av Kjersti Lund Olsen

Sykehusprest ved Akershus universitetssykehus, Erik Mathisen, holdt et interessant foredrag på landskonferansens andre dag. Mathisen er med i en rådgivningsgruppe for alvorlig syke og døende samt i etnisk ressursteam. Han er også nært knyttet opp til det palliative teamet.

Erik Mathisen brukte fire metaforer for å beskrive noe av den jobben han gjør som sykehusprest; en los, en medvandrer, en libro og en container. Rollen som los kan være krevende og vanskelig; kartet kan bevege seg. Som medvandrer handler det om å gå et stykke på veien sammen og dele tanker og erfaringer. Som libro har man en mer uavhengig rolle, mens en container "tar imot og tar i mot."

Arbeidet som sykehusprest handler om forsoning på flere områder. Mathisen siterte hva Gunnar Stålsett en gang hadde sagt til han: "Når du er sykehusprest står du i forsoningens tjeneste."



Sykehusprest ved Akershus universitetssykehus, Erik Mathisen

Arbeidet handler ofte om å gjenopplage, finne tilbake til helheten, se linjene og ikke minst; våge å snakke sant. Ved alvorlig sykdom endres livsperspektivet; livet kommer på en måte under et forstørrelsesglass. Det å få en kreftdiagnose sammenlignet Mathisen med et jordskjelv med kaos og uoversiktighet.

I en krise kan det reise seg eksistensielle spørsmål som for eksempel meningen med livet, og det kan ofte være vanskelig å få tryggheten tilbake. Når sykdom rammer blir hele mennesket sykt, det berører menneskets sårbarhet. Mathisen la frem en case om alenemoren som var alvorlig syk og døende og hennes kamp for å overleve, ingenting skulle være uprøvd. Midt oppi denne kampen ble relasjonen mellom henne og sønnen skadelidende. Det ble etter hvert nødvendig å si noe, da mor og sønn mistet muligheten for den gode samtalen. Her måtte man våge å fastholde sannheten.

- Når man våger å takle sannheten, da kan man ta reelle grep inn i situasjonen. Etter hvert finner man ord.

Med modning og erkjennelse fant mor og sønn veien tilbake. Håpet fikk etter hvert nytt innhold. I denne historien var sannsynligvis presten alle fire metaforer; en los, en medvandrer, en libro og en container.

PRESENTASJON



Jeg heter Ann Fauskanger, er vararepresentant til styret i FSU. Jeg er utdannet uroterapeut fra Bergen, var ferdig i 2008. Jeg arbeider i 100 % stilling som uroterapeut, 50 % med egne pasienter og resten av stillingen generelt i kirurgisk poliklinikk på sykehuset i Kristiansand. Jeg samarbeider med gynekologisk og bameavdelingen ved sykehuset.

Jeg er opprinnelig fra Bergen og har jobbet på Haukeland, en periode på sykehuset i Stavanger før jeg kom til Kristiansand for vel 20 år siden. Jeg har jobbet med urologi i 20 år, først på sengepost og siden 2005 poliklinisk. Jeg opplever urologifaget som utfordrende og spennende og synes jeg jobber med en kjempefin pasientgruppe.

Presentasjon av lærings- og mestringskurs for prostatakreftpasienter og deres pårørende

Av Margrete Ronge

Ahus har hatt lærings- og mestringsenter siden 2003. Som bakgrunn for oppstart av lærings og mestrings kurs er blant annet Odelstingproposisjon nr 10 fra 98-99 brukt. Der står det blant annet "Mangel på opplæring er like alvorlig som mangel på medisiner og gode behandlingsformer. Opplæring er en forutsetning for mestring av livet som kronisk syk og for å hindre forverring av sykdommen og utvikling av alvorlige komplikasjoner". I tillegg sier lov om spesialisthelsetjenesten noe om opplæring av pasienter og pårørende. Paragraf 3.8 sykehusenes oppgaver.

Vi begynte med "prostataskole" i 2007 og holder to kurs i året. Kursene går over 4 ganger og varer tre timer pr gang. Det blir rekruttert pasienter fra hele Ahus opptaksområde. Dette kan være utfordrende siden en del pasienter behandles på andre sykehus. De som deltar på kursene kan ha alle stadier av prostatakreft. Noen går på kurs før behandling mens andre har

langtkommet sykdom. Vi har satt en øvre aldersgrense på 75 år, men denne er ikke absolutt. Det anbefales at de som deltar tar med pårørende. Det er ulike grunner til at noen velger å delta alene.

Målet med kurset er at deltakerne skal oppnå kunnskap og møte likesinnede. Vi prøver å legge inn gode pauser og mye tid for at deltakerne kan snakke sammen og dele erfaringer.

PROGRAM

- 1: Presentasjon av hverandre. Undervisning om ca. prost og behandling v/urolog og onkolog.
- 2: Krise, mestring og fatigue v/ kreftsykepleier. Bekkenbunnstrening v/fysioterapeut.
- 3: Seksualitet- selvbilde, samliv og hjelpemidler v/ kreftsykepleier og sykepleier. Presentasjon av Profo v/ Profo.
- 4: Oppsummering. Onkolog og urolog deltar.



Foredragsholderne

Evalueringene er stort sett positive. Det fremheves blant annet at de får økt kunnskap, møte andre i samme situasjon, mulighet til dialog med lege og onkolog.

Våre erfaringer som leder av kurset er også positive. Vi får mulighet til dialog med pasienter og pårørende i rolige omgivelser, lærer mye selv. Pasientene har i hovedsak mange spørsmål til lege og onkolog. Det har fått oss til å stille spørsmål om informasjonen før, under og etter innleggelse er god nok. Pasientene har i noen tilfeller følt at de må velge behandling uten tilstrekkelig informasjon på forhånd.

Som ledere på lærings og mestringskurs på Ahus har vi veiledning hver 8 uke. Der møter vi de andre kurslederne på Ahus og utveksler erfaringer.



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

BCG-medac

Lukket instillasjonssystem Ready-to-use



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

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

Indikasjoner: Behandling av ikke-invasiv urotelial blærekreft (karsinom): kurativ behandling av karsinom in situ, profylaktisk behandling av rekurrens av: urotelial karsinom begrenset til mucosa: Ta G1-G2 hvis multifokal og/eller rekurrent tumor, Ta G3, urotelial karsinom i lamina propria, men ikke i blærens muskulatur (T1), karsinom in situ. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet overfor innholdsstoffer. BCG-medac skal ikke brukes av pasienter med immunsuppresjon, 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 lymfeknuder, osteomyelitt, benmargsinfeksjon, psoas abscess, infeksjon i penishodet, orkitt eller epididymitt resistent overfor tuberkulostatisk behandling. **Sykdommer i blod og lymfatiske organer** Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Cytopeni, anemi. **Forstyrrelser i immunsystemet** Svært vanlige (> 1/10): Forbigående systemisk BCG-reaksjon (feber < 38,5 °C, influensalignende symptomer, inkludert illebefinnende, feber, frysninger, generelt ubehag). Svært sjeldne (< 1/10 000): Overfølsomhetsreaksjoner (f. eks. ødem i øyelokk, hoste). **Øyesykdommer** Svært sjeldne (< 1/10 000): Koroiretinititt, 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 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 brystsykdommer** Svært vanlige (> 1/10): Asymptomatisk granulomatøs prostatitt. Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Epididymitt, symptomatisk granulomatøs prostatitt. Ikke kjent (kan ikke anslås utifra tilgjengelige data): Lidelser i kjønnsorganer (f.eks. vaginalsmerte, dyspareuni). **Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonsstedet** Vanlige (> 1/100, < 1/10): Feber > 38,5 °C. Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Hypotensjon. Bivirkninger ved BCG-behandling er hyppige, men generelt milde og forbigående. Bivirkningene øker vanligvis med antallet BCG-instillasjoner.

National version, SPC: 07.02.2011

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

Utlevering: Reseptpliktig legemiddel, Reseptgruppe C

ATC-Kode: L03AX03

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

TRYGGHET VED LIVETS SLUTT – Det gode møtet

Av Katrin Valaas



Heidi Skuttlberg Wiig får blomster av Margrete Ronge

Heidi S. Wiig jobber i palliativt team ved Akershus Universitetssykehus, et av de største palliative teamene i Norge. Hun holdt et fantastisk foredrag om det å snakke med mennesker som er i den siste fasen av livet, og gav oss tilhørerne mange sterke og gode eksempler på gode samtaler, samtidig som hun gav oss mye god faktakunnskap om emnet.

WHO's har definert krav til palliasjon og terminal pleie med at pasienten skal: - være informert om sin tilstand, - ha enerom, -få lindring av smerter og andre symptomer og – *gis anledning til å snakke om åndelige og eksistensielle spørsmål.* Målet med det gode møtet er i følge H.S. Wiig å møte pasienten der han er akkurat her og nå. Vi må ikke gi falske håp – hjelpen ligger i erkjennelse og forståelsen.

Dette gir helsepersonell en stor utfordring i møtet med det syke mennesket. For hva krever det av meg som hjelper? I følge Heidi S. Wiig krever det mye mot; vi må tåle pasientens lidelse og være tilstede. Vi må bruke blikket og være direkte – ikke stirre eller flakke. Blikket må være fylt med godhet og ro. Og vi må være ekte, det er viktig å være den du er, og vise at vi bryr oss og er interessert i pasientens historie. Vi må gi forventninger og innfri dem. Vi må f.eks gi litt slakk – for vi vet at vi bruker tid på å lage til

medisiner, hente utstyr og ordne i papirer. Så om vi sier at vi «kommer om 5 min», da må vi holde denne avtalen.

På denne måten bygger vi tillit. Iflg Wiig handler tillit om å se, å høre og å ta på alvor. Det er viktig å være «varsomt direkte» - det vil for eksempel være respektløst å ikke nevne døden for et menneske som skal dø. Vi må huske at pasienten tenker på det hele tiden! I tillegg er det viktig å bruke tid, og ha mot til å være hos. Vi skal hjelpe pasienten til å leve et liv med god kvalitet til tross for sykdom.

Men på veien til den gode samtalen må vi også bevisstgjøre oss på hva som kan hindre oss i gjennom-



Heidi Skuttlberg Wiig

føringen. Det er viktig å ha lov til å skjerme seg selv, for vi har behov for å beskytte oss mot andres lidelse. Har vi selv et avklart forhold til temaet som bør tas opp?

I tillegg kan vi være redd for å gå den andre for nær – trå over grenser, for vi ønsker ikke å påføre mer lidelse. Samtidig må vi være klar over at pasienten og pårørende ikke alltid er på samme sted, og vi må også ha mot til å tåle pårørendes lidelser. For pasientens nære personer lider også! Samtidig er de også pasientens beste og viktigste støtte – og de trenger veiledning på hvordan de kan takle situasjonen. Det er viktig at vi inngår gode relasjoner og allianser. Vi må bekrefte de pårørendes roller for den døende og for hverandre, og ikke minst må vi huske å se barna og høre på deres stemmer. Heidi S. Wiig presiserer også at vi er bevisste på vår evne til å lytte, og at det finnes flere nivåer for lytting. På Nivå 1 har vi det hun kaller Indre lytting; Her relaterer vi det den andre sier til oss selv, og på den måten overtar vi fokus, og pasientens budskap når ikke frem. Nivå 2 er det hun kaller Fokusert lytting; Her er vi nysgjerrig på den andres vegne, stiller spørsmål og er aktiv med på det pasienten forteller. På Nivå 3 har vi det Wiig beskriver som Global lytting; En videreføring av aktiv lytting hvor vi lytter til mer enn ord – også undertekster og kroppsspråk, intuisjon og følelser. Hun forteller om den siste tiden. Det er en tid for alt, og for pasient og pårørende blir det viktig å fokusere på det som er

Å SKAPE KONTAKT

Den største gaven jeg kan tenke meg å få av et annet menneske er at de ser meg, hører meg, forstår meg og tar på meg....

Den største gaven jeg kan gi er at jeg ser, hører, forstår og tar på et annet menneske....

Når dette har skjedd føler jeg at vi har skapt kontakt.

Virginia Satir 1980

riktig for dem. Det er en tid for å «rydde boet», en tid for forsoning og tilgivelse, en tid for å leve, en tid til å vise takknemlighet, en tid til å minnes og en tid til å ta farvel.

På veien til å nå inn til pasienten gir foreleseren oss tips til gode spørsmål, og poengterer viktigheten av direkte spørsmål som for eksempel; «Hva tenker du om den situasjonen du/dere er i nå?» «Hvordan har livet vært for deg?» «Har du noen bekymringer?» I samtalen er det viktig å ta grep i pasientens fokus – «Kan du si noe mer om det? Hva mener du når du sier det?» På den måten får pasienten utdypet det han mener. «Er du redd?» Her er det viktig å finne ut hva pasienten er redd for – er det smerter, selve dødsøyeblikket eller livet etter døden? Her må vi reflektere sammen med pasienten og la den produktive stillheten jobbe for dere. Lær pasienten hva som finnes av lindring ved død, og forbered han på hva som kommer. «Er det noe jeg kan gjøre for deg?» Her må vi være kreativ og fleksibel! Vi må hjelpe til med å oppfylle ønsker. H.S.Wiig forteller om egne erfaringer i sin praksis – om den gangen en kreftsyk, døende kvinne hadde et siste ønske om å få møte foreldrene, som begge var gamle og bodde på sykehjem i Molde. Palliativt team på Ahus fikk da organisert syketransport fra Oslo, og i samarbeid med sykehjemmet fikk den døende damen komme til sine foreldre.

Hun fikk en seng som ble plassert mellom foreldrene, og de hadde der et døgn sammen. Kvinnen døde tre døgn etter at hun kom tilbake til Oslo. En meget sterk og rørende historie!!

Men hva skal til for å nå målet med det gode møtet? H.S.Wiig forteller om viktigheten av et tverrfaglig samarbeid – mellom fastlege, hjemmesykepleie, sykehjem, sykehus, palliativt team, skoler/barnehager/barnevern, frivillighetstjenester og NAV.

Man må sette ned ansvarsgrupper og ha jevnlig nettverksmøter for å finne ut hvilke ressurser pasienten har selv, og hvilke tjenester må til for at pasient og familien skal få en god prosess i veien mot døden. Så ved hjelp av kompetanse og profesjonalitet kan vi skape en prosess med kontinuitet og kvalitet. Ved å bruke vennlighet, humor, entusiasme og intuisjon kan vi klare å skape kontakt med pasienten og hans pårørende, og på denne måten hjelpe dem til å nå målet om trygghet den siste tiden.

NYHETER

Det svir på pungen å late vannet på offentlig sted!

På Dampskipsbrygga tok han oppstilling ved en politibil (!) mens han lettet på trykket.

30-åringen støt seg mot bilen mens han latet vannet. Han måtte tilbringe resten av lørdagsnatten i arrest, for han søndag ble ilagt et forelegg på 4.000 kroner.

Kilde: Fredrikstad blad

FSU KONFERANSEN I BERGEN

24. og 25. mai 2012
Grand Selskapslokaler



Foto: Klaus Schmolze



PROGRAM

TORS DAG 24. MAI

- 09:00-09:45 Registrering, kaffe og besøk hos utstillere
09:45-10:00 Velkommen og åpning av konferansen
v/ Tone Hestad Storebø, leder FSU og
.....
10:00-10:30 Kultursensitivitet. Vi møter forskjellige
kulturer i vårt arbeid. Hvordan bør vi
møte dette? (jobber med foreleser).
10:30-11:00 Kaffe og besøk hos utstillere
11:00-12:00 Urinavledning v/ Thomas Davidson,
Urolog v/ HUS
12:00-13:00 Lunch og besøk hos utstillere
13:00-14:30 «Kateterjungelen». Urethrateter,
Ureterkateter, Suprapubiskateter,
Pyelostomikateter, RIK / SIK, Blæreskylling?
Hva er det med disse kateterene og hvordan
stelles et kateter? v/ Jannicke Frugård,
uroterapeut v/ HUS
14:30-15:00 Kaffe og besøk hos utstillere
15:00-16:00 Generalforsamling
18:30 Vi møtes på Fløyen Restaurant
19:00 Konferansemiddag

FREDAG 25. MAI

- 08:30-08:45 God morgen, Kaffe og besøk hos utstillere
08:45-09:00 Rolig start? Musikterapi v/ Geir Olve Skjeie,
nevrolog v/ HUS
09:15-09:00 Presentasjon av neste FSU
09:15-10:00 Positiv tenkning v/ Gjertrud Mortensen
10:00-10:30 Kaffe og besøk hos utstillere
10:30-11:00 Uronevrologi. MMC-uke er et begrep på HUS.
V/ Olfrid Amanda Kloster, uroterapeut v/ HUS
11:00-11:30 Botoxbehandling. V/ Karin Hjelle,
urolog v/ HUS
11:30-12:30 Lunch og besøk hos utstillere
12:30-13:30 Akupunktur som behandling av UVI?
V/ Dr Terje Alrek, PhD, Akupunkturklinikken
i Bergen.
13:30-14:00 Kaffe og besøk hos utstillere
14:00-15:00 Sjef i eget liv. V/ Ingvard Wilhelmsen,
prof dr med. Hypokonderklinikken i Bergen.
15:00-15:00 Avslutning og evaluering

Med forbehold om endringer.

**Påmelding kan skje ved å gå inn på Norsk Sykepleierforbunds hjemmeside: www.sykepleierforbundet.no
Gå inn på kurs og konferanser eller på link via FSUs hjemmeside. Vi håper mange har anledning til å komme på
kurset som vi tror er matnyttig for alle, både de som jobber i spesialisthelsetjenesten eller primærhelsetjenesten.**

LoFric®

Omsorg til minste detalj

LoFric PVC-fritt tappekaterer – nå i enda bedre materiale

Omsorg for brukeren

- Sikkert hele livet
- Enkelt å håndtere
- Mykere og mer smidig
- Skånsomt for slimhinnene

Omsorg for miljøet

- Beste miljøvalg*
- PVC-fritt uten ftalater



www.lofric.no

* Journal of Cleaner Production, Strippel et al.

ASTRATHECH
HEALTHCARE

ASTRA
ASTRATHECH

Bivirkninger av bekkenbunnskirurgi/stråling med fokus på lekkasje og seksualitet

Av Sidsel Alvheim Dubrefjord

- *Hva er lekkasje/seksualitet?*
- *Negative konsekvenser av behandling av kreft i bekkenregionen hos kvinner og menn.*
- *Negative sosiale og psykologiske konsekvenser av diagnose og behandling.*
- *Hvordan snakke om seksualitet?*
- *Seksuelle hjelpemidler.*

URININKONTINENS SYMPTOM

Enhver ufrivillig avgang av urin.

11 typer inkontinens, 3 av stress. Seksualitet (WHO) energi som søker kjærlighet, varme og nærhet. Arbeid innen urologi er viktig å ha en bred definisjon av seksualitet. Det er viktig å tenke på den du har fremfor deg.

- kulturelet betinget –forlantning
- behov for å oppfylle en sosial rolle
- behov for spenning og avspenning
- behov for intimitet og nærhet
- behov for seksuelle traneopplevelser
- behov for kjærlighet

HVA PÅVIRKER KONTINENS/SEKSUALITET?

Blodomløp, fantasier, stimulering, hormoner, nervestystem og muskulatur.

Kvinner har flere erogene sener på kroppen, menn har det nedentil.

WHO SEKSUELL HELSE

60-75 år ingen alder for sex. Veldig forskjellig hos alle mennesker. Selvbildet er mere svekket ved vannlatning i sengen enn ikke å få reisning.

SEKSUELLE DYSFUNKSJON

Funksjonsvikt av organisk, psykologisk eller blandet karakter som på en negativ, ubehagelig og / eller smertefull måte kommer i veien for individers eller pars seksuelle motiver. (Benstad,Almås)

Strålebehandling, kirurgi, cytotatika, hormonbehandling og andre behandlingsformer kan medføre store konsekvenser for seksualiteten.

Fysiske bivirkninger blandt menn etter cystectomi:

ereksjonsvikt 86% , 52% av disse pasientene forsøkte Viagra men bare 9% hadde effekt av det. Ingen sædvæske ved utløsning Lysten var intakt.

Fysiske bivirkninger blandt kvinner etter cystectomi:

orgasmeproblemer 45%, nedsatt fuktighet i skjeden 41%, lystproblemer 37%, smerter ved samleiet 52%.



Kreftsykepleier/sexologisk rådgiver NACS, Tore Borge

BEHANDLING AV PROSTATAKREFT

Radikal prostatectomi, kurativ strålebehandling og hormonell behandling- gir størst problemer med seksualivet etterpå.

Ereksjonsvikt, urininkontinens opp til 1 år etter operasjon, penis blir også kortere. Pasientene bør informeres om dette.

Strålebehandling:

- hyppig vannlatning, smerter ved orgasme, inkontinens, ereksjonsvikt
- stråling kan gi tarmtømmingsproblemer
- tretthet og svakhet

Psykologiske faktorer:

Kvinner skammer seg mer enn menn - menn har større problemer med inkontinens enn ereksjon. Sykepleiers forankring i sin profesjon - La pasienten snakke! Vær oppmerksom på hva pasienten mener om sin kropp, ikke hva vi ser.

Skopi versus tomi / ca renis

Av Tone Hestad Storebø

Informasjon til pasientene:

Sette seg godt inn i problematikken, hva er livskvalitet for pasienten!

Gi råd: Bekkenbunnstrening ekstremt viktig å gir kjempe gode resultater på inkontinens. Fysisk aktivitet meget viktig, selv om de ikke har testosteron.

Medikamenter: Levitra, Viagra og Cialis. Kan gi bivirkninger som hodepine og nesetetthet. Lite hjelpemidler for kvinner. Diltor til bruk mot sammen- vokstninger.

Vacumpumpe og dilator fåes gratis av folketrygden som hjelpemiddel.



FOREKOMST

Ca renis er ikke den vanligste kreftformen i urinveiene. Det er flere menn enn kvinner.

DISPOSISJON

- Overvekt
- Høyt blodtrykk
- Røyking

SYMPTOMER

- Vondt i flanken.
- Blod i urinen.
- Majoriteten har ikke symptomer.
- ¼ har metastaser på diagnose- tidspunkt.

DIAGNOSE

Oftest tilfeldige funn ved billedundersøkelse av annen sykdom.

HVA SKAL EN VELGE...

V lapratomi er det viktig å gjøre angiografi for å kartlegge karanatomi.

Det brukes et klassifiseringssystem alt etter størrelsen på tumor. Ved svulster under 4 cm kan en vurdere nefronsparende kirurgi, enten åpen- eller kikkeshullskirurgi.

1862 ble den første nefrectomien utført og i 1990 ble den første lapraskopiske nefrectomien utført.



Ola Christiansen, urolog ved Sykehuset Innlandet HF Hamar

Det er viktig å gjøre nefronsparende om det er mulig.

Dr Beisland på Haukeland universitetssykehus nevnes spesielt som en foregangsmann i denne sammenheng. Fra et onkologisk aspekt er partiell nefrectomi likeverdig med total nefrectomi.

Det er teknisk vanskeligere å gjøre reseksjon en å fjerne hele nyren. Lapraskopisk metode er standard helt opp til 15 cm tumor ved nefrectomi. Disse pasientene kommer seg vanligvis raskere og de totale komplikasjoner er færre og mindre, enn ved åpen kirurgi. Åpen kirurgi er en gullstandard ved nefronsparende kirurgi.

Søknadskjema for stipend



Etternavn

Fornavn

Personnummer (11 siffer)

Medlem i FSU fra

Adresse

Postnr./sted

Telefon jobb/privat

Mailadresse

Nåværende arbeidssted

Avdeling

Stilling

Kontor:

Privat/arbeidsted (stryk det som ikke passer)

Hilken type stipend søker du om?

Reisestipend Utdanningstipend

Annet (spesifiser)

Tidligere søkt FSU's reisestipend? Ja Nei

Hvis ja, når?

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

Begrunnelse for søknaden:

.....

.....

Avreisedato: Aktuelle reiseutgifter:

Returdato: Oppholdsutgifter:

Kursavgift:

Reiseutgifter:

Totalt:

Oppgi informasjon om evt. søkt/innvilget stønad fra andre

.....

.....

.....

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

Avlyst reise/endring av reiseplan

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

Dato

Underskrift

Tilbakemeldingsrapport

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

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

Dato

Underskrift

Søknad sendes til:

Tone Hestad Storebø

Florvågøen

5305 Florvåg

Innstilling: Innvilget/avslag. Begrunnelse:

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

Nye

Uracyst®

– 2% løsning kondroitinsulfat 400mg



Smertefull Blære Syndrom/ Interstitiell Cystitt (PBS/IC) er en kronisk inflammasjon i blærevæggen 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

Distributør
Vitaflo Scandinavia AB NUF

Ved bestilling
send mail til: infono@vitaflo.net



På forespørsel sendes produktark og pasientveiledning.

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


VITAFLO
Part of the Navamedic Group



Nasjonalt kompetansetjeneste for inkontinens

Av Marianne Nicolaisen

Kompetansesenter for inkontinens og bekkenbunnsykdom – KIB, har fått status som nasjonalt kompetansetjeneste fra 2012. Dette ble markert med fagkveld 17 november 2011. Det var en meget bra sammensetning av tema for kvelden, og foreleserne utfylte hverandre godt.

Første foreleser var Tor-Erik Sand, overlege ved Urologisk avdeling og Bekkensenteret, AHUS. Hans foredrag om smertefullt blæresyndrom / interstitiell cystitt (PBS / IC) ga tilhørerne oversikt over de ulike definisjonene av IC, patogenese, prevalens, utredning og behandling. I definisjonene heter det blant annet at Hunnerske sår skal være tilstede, og legger man dette til grunn når man stiller diagnose er det mange med IC-symptomer som ikke får diagnosen. Man finner ofte en eller flere av følgende hos disse pasientene; urinveisinfeksjoner, inflammasjon, defekt GAG-lag og Hunnerske sår. I tilfelle Hunnerske sår vil man også kunne finne mastceller.

Prevalens av IC er 0,3-2% og det er 10 ganger flere kvinner enn menn som får diagnosen. Dette kan komme av at mange menn med samme type symptomer som IC blir diagnostisert med prostatitt. Ca 5-10 av de som blir diagnostisert med klassisk IC har Hunnerske sår.

Under utredningen er anamneseopptak veldig viktig. Vannlatingsdagbok, flowmetri med resturinberegning, status lokalis, urinstix/bact, urincytt hvis pasienten røyker, samt eventuelt smerteskåring. Utover dette kan det gjøres billeddiagnostikk, for eksempel MR-bekken/ileosakralcolumna, cystoscopi, eventuelt med biopsi, urodynamikk og eventuelt laparoscopi. Under cystoscopi kan det utføres blæredistensjon for å vurdere blærekapasitet og for å se etter blødninger i slimhinnen når trykket lettes.

Når det gjelder behandling starter man alltid med konservativ behandling først, unntatt hvis en skal behandle Hunnerske sår. Kirurgi utføres kun hvis alt annet har feilet. Det er viktig å lytte til pasienten; ønsker og symptomer, deretter starter behandling etter behandlerens kliniske skjønn. En starter ofte med multipl behandling. For eksempel blæreinstillasjoner og Sarotex. Det er viktig å avslutte behandling som ikke virker. Smertebehandling er viktig for å øke livskvalitet. Som ved andre kroniske smertetilstander kan det være lurt med multidisiplinær eller tverrfaglig tilnærming. Hvis effekt av multimodal behandling uteblir bør diagnosen PBS/IC revurderes.

Han fortalte at mange kan oppleve større smerteplager når de gjør bekkenbunnsøvelser, øvelsene bør i så fall unngås. Diett og væske-

restriksjoner for å unngå surgjøring av urinen kan ha effekt. Andre konservative tiltak er avslapningsøvelser, blæretrening, behandling av treg avføring og stressmestring. Ellers kan mestringskurs og smerteklinikk være alternativer en kan prøve. Ved AHUS har de tilbud om lærings- og mestringskurs. I Tromsø har vi ennå ikke kommet i gang med mestringskurs for denne pasientgruppen og han tilbød at de kan bidra med hjelp når vi skal komme i gang med dette ved UNN.

2 linjebehandling:

Sarotex P.O. 25-100 mg, Atarax 25-75 mg (virker kun ved Hunnerske sår og mastceller), Elmiron 300 (600) mg. Det må søkes fritak for Elmiron. Dette er et meget kostbart medikament som pasientene må betale selv. Blæreinstillasjoner med Gepan eller Uracyst (80-400 mg/uke), medikamentet bør holdes i blæra i ca 30 minutter. Blæreinstillasjon med DMSO 50 ml. Dette medikamentet kan bestilles fra Haukeland. *OBS! informer pasienten om at det vil lukte løk i behandlingsperioden.*

3 linjebehandling:

Blæredistensjon i narkose kan gi symptomlindring for en periode, men kan gjentas ved behov.

4 linjebehandling:

Sakral Nerve Modulering (SNM). 17 av 25 pasienter som har fått dette ved AHUS har rapportert 50% reduksjon av vannlatingsfrekvens og

ns og bekkenbunnsykdom i Tromsø

nocturi, > 5% økning av volum og > 60% reduksjon av smerter.

5 linjebehandling:

Kirurgiske tiltak kan være ileumavledning eller cystectomi.

Deretter foreleste Berit Nordli Evensen, likemann i NOFUS (Norsk Forening For Pasienter Med Urologiske Sykdommer Og Inkontinens), om det å være pasient med IC. Hun fortalte om møter med helsevesenet, der det å bli møtt som et menneske – å bli sett – oppleves som utrolig viktig når man kommer for å få hjelp.

Hun fortalte om en hverdag der alt styres av smerter og hyppig vannlating. Dette får stor innvirkning på så vel privatliv og arbeidsliv og kan føre til sosiale konsekvenser. Bare det å gå i butikken kan bli for utfordrende hvis en ikke vet hvor toalettene befinner seg.

Hun fortalte at det kan være lurt å prøve seg frem med kostholdet. Man kan finne kostholdsråd, men disse angir så mange ting man skal unngå at de kan være vanskelig å følge. Hennes erfaring har vært å kutte ut enkelt-matvarer/drikke for en periode. Dersom dette fører til bedring av symptomer unngår hun så disse, eventuelt kan man prøve å innta matvaren igjen senere. Skulle det føre til forverring av plagene igjen er det bare å kutte det ut igjen.



Marianne Nicolaisen

For hennes del har det hjulpet å unngå for eksempel pære, melon og banan.

Hun hadde også med seg et kort på størrelse med et minibankkort som NOFUS har laget. Der står det at kortholder har sykdomstilstand som kan medføre behov for meget hurtig tilgang til toalett. Dette er det flere som bruker når de for eksempel ikke har tid til å stå i kø for å komme seg på toalettet. For nærmere informasjon anbefaler vi at man tar kontakt med NOFUS direkte. Deres hjemmeside på internett har adresse; <http://www.nofus.no/>

Etter henne foreleste Kari Agledal med tittelen; ”Pasienten – et medisinsk objekt?”. Hun har disputert på sitt doktorgradsarbeid innen medisinsk etikk om temaet ”Den tause dimensjon i medisinsk praksis”. Dette var en observasjonsstudie der hun fulgte leger under pasientkonsultasjoner.

Studien hun foreleste fra var første studie i doktorgradsarbeidet og hadde temaet: Hvordan håndterer leger den verdimesige siden av medisinsk arbeid?

Hun observerte at pasienter fortalte om vanskeligheter, plager og problemer i livssituasjonen, men at legen ikke tok vanskelige tema videre. Ofte merket legen seg medisinske ”stikkord” i samtalen, og disse ble gjerne tema videre. Pasienten ble på en måte avvist på tema som ikke direkte hadde medisinsk relevans, selv om det er rimelig å anta at temaet var av stor betydning for pasienten.

Hun understreket at det er leger hun har gjort sin studie på, men utelukker ikke at hun ville sett liknende resultater dersom hun hadde undersøkt andre yrkesgrupper med helsepersonell. Hun ønsket ikke å komme med kritikk av legene, men sa at det er viktig at vi tenker over hvordan vi møter/samtaler med pasienter.



Hun sa også at hun tror tidsrammen for hver pasientkonsultasjon er med å styre hva legen skal legge vekt på. Hvis legen skal finne ut hva pasienten trenger hjelp til, og kunne tilby behandlingstiltak, må vedkommende nødvendigvis "luke ut" det som antas medisinsk relevant.

Til slutt hadde Mona Stedenfeldt, leder for Kompetansesenter for inkontinens og bekkenbunnsykdom (KIB), et innlegg om senterets arbeid og visjoner. Det at vi har fått status som nasjonal kompetansetjeneste gjør at vi nå får større – både muligheter, men også ansvar – for å bidra til videreutvikling og kvalitetssikring av

tilbudet til pasienter med inkontinens og bekkenbunnsykdom.

KIB ble etablert som prosjekt i 2006 av Barthold Vonen. Vi har tverrfaglig samarbeid på tvers av syv avdelinger. Det gjøres utredning og behandling av pasienter med anal- og urininkontinens, sykdommer og smertetilstander i bekkenbunnen/bekkenområdet. Nytt er også at vi har ansvar for nasjonalt kvalitetsregister for behandling av analinkontinens. Videre bidrar vi i utdanning av helsepersonell og holder tre årlige kurs for både leger og annet helsepersonell. Vi har tverrfaglig hospiteringsordning, utfører kvalitetsarbeid og forskning. Blant annet er det tre stipendiater tilknyttet senteret. I tillegg har vi bidratt til oppstart

av lærings- og mestringstilbud til pasienter og pårørende.

KIB's tverrfaglige arbeidsgruppe består av 15 personer, og vi har ukentlige tverrfaglige møter/fagdager. Vi tar i mot alle henvisninger for urin- og analinkontinens ved UNN. Pasientene utredes og behandles ved en eller flere av fem poliklinikker som er tilknyttet KIB. Det gis også tilbud om smerteskoole og hvert halvår holdes kurs for bekkenbunns-treningsgrupper. Vi kan nås per e-post: kib@unn.no (*NB! Send aldri personopplysninger per e-post*). Vi er også å finne på internett: www.unn.no/inkontinens Her ligger blant annet utredningsmaler, henvisningsrutiner, informasjon om kommende kurs med mer.

**VERV
&
VINN!**

VERVEKONKURRANSE

Frist: 15.04.12

Den som verver flest medlemmer frem til 15. april vil få dekket konferanseavgift for neste FSU-konferanse i Bergen i mai 2012.

SpeediCath® Compact



SpeediCath® Compact gjør selvkateteriseringen enklere

Våre diskrete og kompakte katetre gir kvinner og menn muligheter til å gjøre mer i hverdagen

Vi introduserte SpeediCath® Compact for kvinner i 2003. Tidligere var katetrene vanskelige å skjule, oppbevare og kvitte seg med etter bruk. Med brukernes behov i fokus, designet vi det første kompakte kateteret.

Våre diskrete og kompakte løsninger hjelper brukere å tenke annerledes om kateteriseringen. SpeediCath® Compact er helt klart til bruk og er enkelt å ha med seg. Det gir brukerne mulighet til å gjøre mer i hverdagen.

Besøk vår hjemmeside www.coloplast.no og les mer om SpeediCath® Compact sortimentet.

Innmeldingsskjema



Ja, jeg vil gjerne melde meg inn i FSU

Navn:

Født:

Adresse:

Postnummer:

Sted:

Telefon jobb/ privat:

Arbeidsplass:

Stilling:

Annen utdanning (skole/ år):

Medlemsnummer NSF:

Navn på evt. verver:

Adresse på verver:

Postnummer:

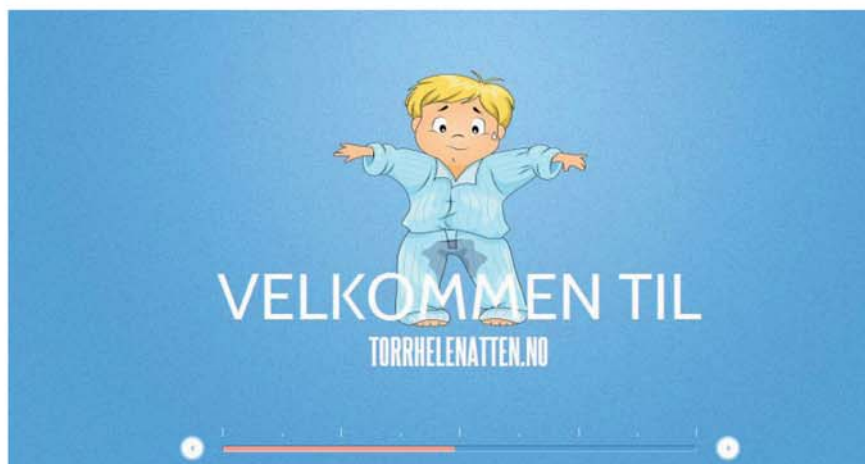
Sted:

.....
Dato/ underskrift

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

Oppdatert nettside om sengevæting

www.torrhelenatten.no



En nettside for allmennheten og helsepersonell

Besøk www.torrhelenatten.no



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



MIN/002/01/2012

Onkologisk behandling ved prostata- og nyrekreft

Av Katrin Valaas

Daniel Heinrich er onkolog ved Akershus Universitetssykehus, og ga oss en lærerik forelesning om kreftbehandling til pasienter med prostata- og nyrekreft.

Han snakket først om hvilke oppgaver en onkolog har, og understreket viktigheten av å spesialisere seg innenfor få felt pga den rivende utviklingen det er innen kreftforskning og kreftbehandling, og at det derfor kan være vanskelig å holde seg oppdatert.

En onkolog er spesialist innen kreftbehandling, og arbeider med cellegiftbehandling, strålebehandling, hormonbehandling og smertebehandling. En av de største utfordringene er at det kommer stadig flere, nye og fancy medikamenter. Det blir mange medikamenter å velge mellom, og med det faktum at de også er meget dyre, gjør jobben for onkologene utfordrende. Samtidig er pasientene blitt mer bevisst, og undersøker gjerne på internett hvilke medikamenter og behandlingsmuligheter som finnes. Heinrich understreker viktigheten av å snakke med pasientene. Han mener det må settes av minimum 1 times samtaler i forkant av oppstart av behandling, slik at pasienten er godt informert om behandlingsalternativer, og er godt informert og forberedt på hva behandlingen går ut på.

BEHANDLINGSMULIGHETER V/ PROSTATA-CANCER

Behandling av cancer prostata vurderes ut i fra hvilket stadium kreften er i. I tidlige stadium er det viktig med observasjonsbehandling (activ surveillance). I de seinere år er det økt diagnostikk av prostatakreft, mens det er stabil mortalitet. Det betyr at det er mange som får diagnosen som er tjent med aktiv observasjon av sykdommen. Behandling kan gi mange bivirkninger, og ved observasjon kan man unngå disse bivirkningene.

Andre behandlingsformer er kirurgi, strålebehandling, hormonbehandling, cellegift og nye medikamenter. Strålebehandling er iflg Heinrich en viktig behandlingsform, og brukes ofte samtidig/parallelt med andre behandlingsformer.

Han mener det ligger store muligheter i denne behandlingsformen. Hormonbehandling (hormonblokkade) gir også store utfordringer. Kreftcellene trenger hormoner for å vokse, og ved å blokkere dannelse av testosteron, kan man stoppe veksten av kreftceller i prostata. Testosteronproduksjon styres av en meget komplisert mekanisme og involverer flere organer og hormoner. Produksjonen av testosteron foregår i testiklene (<95%) og binyrene. Den har en rekke virkninger som inkluderer sexlyst, evnen til å få reising og vekst av prostata. I tillegg virker den inn på produksjon av muskelmasse og –styrke, produksjon av røde blodceller, hårvekst, beinstruktur og sinnelag. Så bruk av hormonblokkade behandling gir store bivirkninger.

Prostatacancer i seinere stadium gir ofte metastaser, først og fremst til lymfeknuter og skjelett, seinere til lunge, lever og mer og mer til hjerne. Heinrich viste oss skjematisk fremstilt behandlingsalgoritmer for behandling av metastatisk prostatacancer;

| | |
|---|--------------------------------------|
| LHRH analog (el. Antiandrogen) monoterapi | (Zoladex, Eligard, Enanton, Procren) |
| LHRH analog +antiandrogen | (Casodex, Eulexin, Flutamid) |
| LHRH analog + steroider | (Prednisolon, Dexamethason) |
| Doxecatel (cellegift) | (Taxotere) |

Han understreket viktigheten av å hele tiden vurdere tilleggsbehandling med stråleterapi, og mente at det pr i dag er underbehandling. Det er, iflg Heinrich, ca 90 % av alle med metastastisk prostatacancer trenger palliativ strålebehandling, dette kan være som smertebehandling, for å minske tumorstørrelse eller som behandling av truende eller etablert tverrsnittslesjon.

I tillegg til disse behandlingsformene er det nå en nye medisiner på trappene som vil bedre behandlingen for denne pasientgruppen, medikamenter som vil gi mye mindre bivirkninger.

BEHANDLINGSMULIGHETER V/NYRECANCER

Førstevalget for behandling av nyrecancer er kirurgi. Radikal nefrektomi eller nyrereseksjon (kurativ behandling), cytoreduktiv eller metastasektomi.

En annen behandlingsform kalles Målrettet behandling. Det finnes en rekke medikamenter som virker på kreftcellenes vekst, stoffskifte og utbredelse. Blant disse midlene finnes målrettet medisinsk kreftbehandling, cellegift og immunbehandling, som virker ved å blokkere veksten av nyrekreft helt spesifikt. Målrettet behandling gjør at selv pasienter med langt kommet nyrekreft får mindre risiko for tilbakefall.



Daniel Heinrich

Dette har foreløpig vært brukt som palliativ behandling, men behandlingen har vært en revolusjon. Stadig nye medikamenter gir økt overlevelse på 200 – 300 %. Medikamentene er dyre, men med så stor bedring i prognosen, mener Heinrich at medikamentene bør brukes – til tross for kostnadene.

Med de stadig nye medikamentene innen kreftbehandling mener Heinrich at det er svært viktig at slik behandling sentraliseres, slik at de som jobber med det får tilstrekkelig trening/erfaring med hvert eneste medikament.



Foto: Klaus Schmolze "Ved Lille Lungegårdsavnet (Bergen)"



Ereksjonspumpe

Med ereksjonspumpe kan man få hjelp med ereksjonsproblemer som skyldes lidelser eller sykdommer som f. eks. diabetes eller hjerteproblemer.



Ereksjonspumpen er et godkjent seksualteknisk hjelpemiddel som er prisforhandlet gjennom NAV. Rekvisisjon kan gis av alle leger.

For mer informasjon om produktet kontakt vår kundeservice på **tlf. 24 05 66 10**.

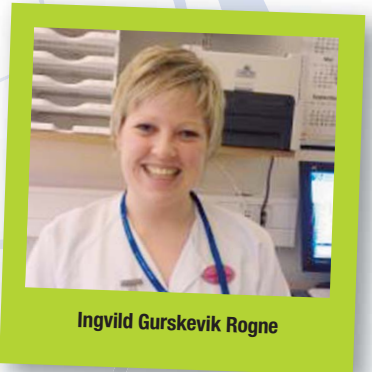
For informasjon om andre godkjente seksualtekniske hjelpemidler og søknadskjema, besøk oss på **www.medinor.no**



Verdiskapende produkter og tjenester til helsesektoren

OSS MEDLEMMER IMELLOM

For omtrent et år siden flyttet jeg fra Bergen og hjem til Ålesund. Jeg hadde sagt opp en fast 100 % stilling på nevrologisk avdeling på Haukeland sykehus, og var veldig spent på hvordan jobb-framtiden ville bli. Jeg hadde vært i kontakt med flere avdelinger angående jobb, men hadde ikke fått noen avtale før jeg flyttet.



Ingvild Gurskevik Rogne

Jeg oppsøkte avdelingssykepleier på kirurgen 1 på Ålesund sykehus, og fikk meg jobb på dagen som sykevikar i 80 % stilling i tre måneder. Det kom litt brått på, men jeg tenkte det var like greit å bli kastet ut i det. Mer eller mindre tilfeldig ble jeg tilknyttet den urologiske delen av avdelinga, og tenkte det var spennende og utfordrende og prøve noe nytt. Og nå, et år og flere vikariat senere har jeg meldt meg inn i FSU, og har allerede vært med på FSU-konferanse i Oslo. Målet er 100 % stilling og fast jobb i framtiden.

Det er mange utfordringer med å jobbe på urologisk avdeling. Utenom utfordringer som gjentatte nedskjæringer, lav bemanning, mange pasienter og økonomiske begrensninger, trives jeg veldig godt. Jeg ble tatt imot med åpne armer, og har fått mange dyktige og hyggelige kolleger som gjør jobbhverdagen god.

Jeg har lært mye det siste året, og møter mennesker i forskjellige faser av livet. Noen har langtkommen cancer, mens andre skal for eksempel inn å fjerne en nyrestein. En del av nyresteinpasientene kommer stadig tilbake med nye anfall, og har store smerter. En av utfordringene er å smertelindre de på en best mulig måte, og å motivere de som re-innlegges gang på gang med nye anfall, til å takle hverdagen. En annen utfordring i hverdagen er tiden. Ofte har en ikke tid til å sette seg ned å snakke så mye med pasientene på grunn av alt arbeidet som venter. Vi må generelt bli flinkere til å bruke tiden når det er roligere dager til å sette seg ned å snakke med pasientene og få et innblikk i deres sykdomshistorie og hverdag.

Urologi er et spennende tema, og jeg lærer nye ting hver dag. Jeg gleder meg til å sette meg mer inni temaet og de utfordringene som møter oss i hverdagen.

Ingvild Gurskevik Rogne, kir 1, Ålesund sykehus.



Den daglige dosen av nærhet.

Cialis® Daglig Dosering er en nyere måte å behandle erektil dysfunksjon (ED) på. Det gir pasienten mulighet for ereksjon når som helst i døgnet – alle dager.^{1,2}

Takket være den lave og jevne doseringen (5 mg) gjør Cialis® Daglig Dosering det mulig for pasientene å slippe all ventingen og planleggingen av sexlivet. **Naturligvis finnes Cialis® 20 mg fortsatt, som gir mulighet for samleie etter en halvtime – med virkning i opptil 36 timer³ for ED-pasienter som vil ha tilbake muligheten for et fungerende samliv. Cialis Daglig Dosering kan være et alternativ for menn som i dag tar en PDE 5-hemmer minst to ganger i uken, og som vil ha frihet til å ha seksuell aktivitet når de ønsker det. Akkurat slik som livet var før.**

Cialis Lilly Legemiddel mot erektil dysfunksjon. ATC-nt.: G04B E08
TABLETTER, filmrasjerte 2,5 mg, 5 mg, 10 mg og 20 mg: Hver tablett inneholder:
Tadalafil 2,5 mg, resp. 5 mg, 10 mg og 20 mg, laktosemonohydrat, hjelpestoff: Fargestoff: Jernoksid (E 172), Titanoksid (E 171).
Indikasjoner: Behandling av erektil dysfunksjon hos voksne menn. Seksuell stimulering er nødvendig for effekt. Ikke indisert for bruk hos kvinner.
Dosering: Anbefalt dose er 10 mg minst 30 minutter før forventet seksuell aktivitet. Hos pasienter hvor tadalafil 10 mg ikke gir tilstrekkelig effekt, kan 20 mg forsøkes. Tas med eller uten mat. Maks. dosering er 1 gang daglig. Tadalafil 10 og 20 mg er beregnet til bruk for forent seksuell aktivitet, og er ikke anbefalt til kontinuerlig daglig bruk. For pasienter som forventer regelmessig bruk (f.eks. minst 2 x uentlig), kan daglig dosering med laveste tadalafildose være hensiktsmessig, avhengig av pasientens valg og legens vurdering. Hos disse pasientene er anbefalt dose 5 mg 1 gang daglig til omtrent samme tid. Basert på individuell tolerabilitet kan dosen reduseres til 2,5 mg daglig. Hensiktsmessigheten av vedvarende daglig doseringsregime bør vurderes regelmessig. **Nedsatt nyrefunksjon:** Dosering er ikke nødvendig med mild til moderat nedsatt nyrefunksjon. Ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon er 10 mg maks. anbefalt dose. Daglig doseringsregime er ikke anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. **Nedsatt leverfunksjon:** Anbefalt dose er 10 mg tatt før forventet seksuell aktivitet. Det foreligger begrenset data vedrørende alvorlig leversvikt (Child-Pugh grad C). Forskrivning bør baseres på grundig individuell vurdering av nytte-risiko. Det foreligger ikke data for administrering av høyere doser enn 10 mg. Daglig doseringsregime er ikke undersøkt ved nedsatt leverfunksjon, og ev. forskrivning bør baseres på grundig individuell vurdering av nytte-risiko. **Eldre eller diabetikere:** Dosering er ikke påvirket. **Pasienter med nedsatt funksjon:** Bar ikke brukes av personer <18 år. **Kontraindikasjoner:** Overfølsomhet for noen av innholdstoffene. Kan forsterke den blodtrykkssenkende effekten av nitrat, og er derfor kontraindisert hos pasienter som behandles med alle former for organisk nitrat. Skal ikke brukes ved hjerteledelse eller seksuell aktivitet ikke tilrådes. Legen skal vurdere potensiell risiko for hjerteproblemer som følge av seksuell aktivitet hos pasienter med kjent kardiovaskulær lidelse. Følgende pasientgrupper med kardiovaskulære lidelser er ikke inkl. i kliniske utprøvinger og bruk av tadalafil er derfor kontraindisert: Pasienter med hjerteflukt i løpet av de siste 90 dager, pasienter med ustabil angina eller angina som har oppstått under samleie, pasienter med hypertensiv NYHA klasse II eller høyere i løpet av de siste 6 måneder, pasienter med ukontrollerte arytmi, hypotensjon (<90/50 mm Hg), eller ukontrollert hypertensjon, pasienter som har hatt slag i løpet av de siste 6 måneder. Pasienter som har mistet synet på ett øye pga. non-arteriell iskemisk fremre optikusnevropati (NAION), uansett om de denne hendelsen var forbundet med tidligere bruk av en PDE5-hemmer eller ikke. **Forsiktighetsregler:** Anamnese og fysisk undersøkelse skal gjennomføres for å diagnostisere erektil dysfunksjon og mulige underliggende årsaker. Før oppstart skal kardiovaskulær status vurderes ettersom det er knyttet en viss risiko for hjerteproblemer til seksuell aktivitet. Tadalafil har vasodilaterende egenskaper som gir svak og forbigående blodtrykkstall, og potensielt dermed hypotensiv effekt av nitrat. Tadalafil kan inducere blodtrykkfall ved samtidig bruk av antihypertensiver. Ved oppstart av daglig tadalafilbehandling bør henningsmessig klinisk vurdering ta hensyn til mulig dosejustering av blodtrykkbehandling. Alvorlige kardiovaskulære episoder, inkl. hjerteanfall, plutselig hjerstdø, ustabil angina pectoris, ventrikulær arytm, slag og transitoriske iskemiske anfalle, brystmerter, palpitasjoner og takykardi er rapportert ved bruk av tadalafil. De fleste av disse pasientene hadde preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer. En kan ikke definitivt fastslå om disse episodene er direkte relatert til disse risikofaktorene, til tadalafil, seksuell aktivitet eller en kombinasjon av disse eller andre faktorer. Synsforsyning og tilfelle av NAION er rapportert. Pasienter bør rådes til å respondere tadalafil og kontakte lege umiddelbart ved plutselige synsforsyninger. Økt tadalafilkonsentrasjon (AUC), begrenset klinisk erfaring og manglende mulighet til å påvirke clearance via dialyse medfører at daglig tadalafilbehandling ikke er anbefalt ved alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Pasienter som tar ereksjon som varer i >4 timer bør tilrådes å oppsøke medisinsk hjelp omgående. Bør brukes med forsiktighet av pasienter med anatomisk deformasjon av penis (f.eks. vinkning, kavertose fibrose eller Peyronies sykdom) eller ved tilstander som gjør dem disponert for priapisme (f.eks. sigmoidcolonemi, multiple myelomer

eller leukemi). Ukjent om tadalafil har effekt hos pasienter som har gjennomgått bekkenkirurgi eller radikal ikke nervebevarende prostatektomi. Bør ikke brukes ved alvorlig galaktoseintoleranse, lapp-laktasemangel eller glukose-galaktosemalabsorpsjon. Samtidig bruk av alle, inkludert med lavere doser, av CYP3A4-inhibitorer kan øke risikoen for doksosazon eller ikke anbefalt. Forsiktighet bør utvises ved forkingning av tadalafil til pasienter som anvender potente CYP3A4-inhibitorer (ritonavir, sakvinavir, ketokonazol, itraconazol og erytromycin), da det er observert økt AUC for tadalafil ved kombinasjon av disse legemidlene. Sikkerhet og effekt ved kombinasjon av tadalafil med annen behandling av erektil dysfunksjon er ikke undersøkt og anbefales derfor ikke. **Interaksjoner:** I intrakogestudier der kun tadalafil 10 mg er benyttet, kan interaksjoner ved høyere doser ikke utelukkes. Effekter av andre legemidler på tadalafil: Tadalafil metaboiseres hovedsakelig av CYP3A4. En selektiv hemmer av CYP3A4, ketokonazol (200 mg), doblet tadalafil (10 mg) AUC og øker C_{max} med 15%. Ketokonazol (400 mg) fordoblet tadalafil (20 mg) AUC og øker C_{max} med 22%. Ritonavir (200 mg x 2) doblet tadalafil (20 mg) AUC uten endringer i C_{max}. Forsiktighet ved samtidig administrering av andre proteasehemmere, som sakvinavir, og andre CYP3A4-hemmere, som erytromycin, klaritromycin, itraconazol og grapefruktjuice, fordi disse forventes å øke plasma-konsentrasjonen av tadalafil. Potensielle legemiddelinteraksjoner foreligger ved mulig inhibering av transportproteiner. CYP3A4-induserende, rifampicin, reduserer tadalafil (10 mg) AUC med 88%, og det kan forventes redusert effekt av tadalafil. Det kan forventes at samtidig administrering av andre CYP3A4-induserende som fenobarbital, fenofenon og karbamazepin også vil senke plasma-konsentrasjonen av tadalafil. **Effekter av tadalafil på andre legemidler:** Tadalafil (vist for 5, 10 og 20 mg) forsterker den hypotensive effekten av nitrat. Interaksjonen varer i >24 timer og er ikke doseforhengende eller 48 timer. Ved ev. behov for livreddende behandling med nitrat, bør det ha gått minst 48 timer fra inntak av tadalafil til nitratbehandling igangsettes. Ved slike tilfeller bør nitrat kun administreres under tett medisinsk oppfølging og henningsmessig hemodynamisk monitoring. Tadalafil øker oral biotilgjengelighet av etylenestradiol. En lignende økning kan ventes ved oral administrering av terbutalin. Det er usikkert omkring klinisk betydning. Tadalafil (10 mg) administrert samtidig med teofyllin, gir en liten økning i hjertefrekvens (3,5 slag pr. minutt). Effekten er liten og uten klinisk betydning, men bør vurderes når legemidlene administreres samtidig. Tadalafil (10 og 20 mg) er brukt samtidig med warfarin og acetylsalisylsyre uten interaksjoner. Tadalafil (20 mg) er brukt samtidig med angiotensin II reseptorblokkere (forskellige typer og doseringer, alene eller i kombinasjon med lisin, kalsiumantagonister, betablokkere og/eller alfablokkere) og andolipin uten interaksjoner. Tadalafil (10 mg) er brukt samtidig med enalapril, metoprolol og bendroflumazin uten interaksjoner. Tadalafil (20 mg) er undersøkt i kombinasjon med inntil 4 klasser antihypertensiver. Hos pasienter som tar multiple antihypertensiver synes det som om endringer målt ved ambulatorisk blodtrykkmåling relaterte seg til graden av blodtrykkstall. Hos pasienter med godt kontrollert blodtrykk er reduksjonen tilsvarende den sett hos friske. Hos pasienter med ukontrollert blodtrykk er reduksjonen større, men reduksjonen er hos alle flertall av pasientene ikke forbundet med hypotensive symptomer. Hos pasienter som samtidig får antihypertensiver kan tadalafil 20 mg inducere blodtrykkfall, som (med unntak for alfablokkere) vanligvis er mildt og sannsynligvis ikke av klinisk betydning. Relevant klinisk rådgivning om mulig blodtrykkfall skal likevel gis til pasienter når de behandles med antihypertensiver. Samtidig administrering av doksosazon (4 og 8 mg daglig) og tadalafil (5 mg daglig og 20 mg som enkeltdose) øker signifikant blodtrykkreduserende effekt av alfablokkere. Effekten varer i 12 timer og kan gi symptomer som inntil synkope. Kombinasjonen anbefales derfor ikke. Slik effekt er ikke rapportert med alfuzosin eller tamsulosin. Forsiktighet skal imidlertid utvises hos pasienter som behandles med alfablokkere, spesielt eldre. Behandling skal startes med minimal dose med gradvis økende dose. Tadalafil (10 eller 20 mg) er brukt samtidig med alkohol (0,08%) uten endringer i alkohol- eller tadalafilkonsentrasjon. Tadalafil (20 mg) forsterker ikke gjennomsnitt blodtrykkfall forårsaket av alkohol (0,7 g/kg), men det er observert postural svimmelhet og ortostatisk hypotensjon hos enkeltdosider. Lavere alkoholdoser (0,6 g/kg) ga ikke økt hypotensjon og svimmelhet. Virkningen av alkohol på kognitiv funksjon forsterkes ikke av tadalafil (10 mg). **Graviditet/Amning:** Ikke indisert til bruk hos kvinner. Det foreligger begrenset data for bruk av tadalafil til gravide. Det er ikke funnet holdpunkter for direkte

eller indirekte skadelige effekter mhp. graviditet, embryo-/fosterutvikling, fødsel eller postnatal utvikling. Anbefales ikke ved graviditet eller amning. **Bivirkninger:** Forbigående og generell milde eller moderate. Bivirkningsdata for pasienter >75 år er begrenset. **Svært vanlige (>10%):** Nevrologiske: Hodesmer, Vanlige (>1/100 til <1/10). Gastrointestinale: Dyrpepi, Hjerterkar: Rødme, Luftveier: Nesetetthet, Muskel-skjelettsystemet: Ryggmerter, myalgia, Nevrologiske: Svimmelhet, **Mindre vanlige (>1/1000 til <1/100):** Gastrointestinale: Abdominale smerter, gastroesofageal refluks, Hjerterkar: Takykardi, palpitasjoner, hypotensjon (mer vanlig ved kombinasjon med antihypertensiver), hypertensjon, ustabil angina pectoris, ventrikulær arytm. Hud: Utslett, hyperhidros. Immunsystemet: Hypersensitivitetsreaksjoner. Øye: Uklart syn, følelse av kroppslig ubehag, Øyregner, Øymerter, Sjeldne (>1/10 000 til <1/1000): Hjerterkar: Myokardinfarkt. Hud: Urticaria, Stevens-Johnsons syndrom, eksfoliativ dermatitt. Kjønnsorganer/bryst: Forlenget ereksjon, priapisme, Luftveier: Neselblødder. Nevrologiske: Synkope, slag (inkl. hemorragiske hendelser) og transitoriske iskemiske anfalle (vanligst for pasienter med preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer), migræne, krampeanfalle, forbigående amnesi. Øre: Plutselig hørselstap (plutselig nedsatt eller tap av hørsel er rapportert i et lite antall tilfeller ved bruk av samtlige PDE5-hemmere). Øye: Synsforsyning, hevelse av øydelokkene, koronær lukket hyperemi, NAION, retinal væsker akkumulering, Øyregner, Anaksademet, plutselig hjerstdø (vanligst for pasienter med preeksisterende kardiovaskulære risikofaktorer). **Svært sjeldne (<1/10 000), ukjent:** Det er rapportert en lett forhøyet insidens av EKG-forandring, primært sinusbradykardi, hos pasienter behandlet med daglig tadalafilbehandling. De fleste av EKG-forandringene er ikke forbundet med bivirkninger. **Overdosering/Forgiftning:** Symptomer: Enkeltdoser >500 mg er gitt til friske, og multiple daglige doser i 100 mg er gitt til pasienter. Observert bivirkninger tilsvarende dem som ble sett ved lavere doser. **Behandling:** Symptomatisk behandling etter behov. Hemodialyse bidrar ubetydelig til tadalafilrensning. Se Giftinformasjonen anbefalinger G04B E08. **Egenskaper:** **Klassifisering:** Middel mot erektil dysfunksjon. **Virkingamekanisme:** Selektiv, reversibel hemmer av cGMP-spesifikk fosfodiesterase type 5 (PDE5). Når seksuell stimulering forårsaker lokal frigjøring av nitrogrenad, vil tadalafil hemme av PDE5 forårsake forhøyede nivåer av cGMP i corpus cavernosum. Dette resulterer i relaxering av glatt muskulatur og blodflåttøring til penis, som igjen frembringer ereksjon. Bedring av erektil funksjon og evnen til å ha et vellykket samleie er vist i 36 timer etter dosering, og evnen til å oppnå og beholde ereksjon er å gjennomføre samleie er vist 16 minutter etter dosering. Det er ikke observert nedsatt evne til fargediskriminering (blå/grønn). Denne observasjonen er overensstemmende med tadalafil sine affinitet til PDE5 sammenlignet med PDE5. Ingen klinisk relevant nedgang i spermato-cy-antall og -konsentrasjon. Det er ikke påvist endringer på morfologi, morfologi og follikkelstimulerende hormon. **Absorpsjon/Raskt:** Gjennomsnittlig C_{max} nås etter en median tid på 2 timer. Absorpsjonen påvirkes ikke av matinntak. **Proteinbinding:** Ved terapeutiske konsentrasjoner er 94% bundet til proteiner. Påvirkes ikke av nedsatt nyrefunksjon. **Fordeling:** Gjennomsnittlig distribusjonsvolum er 63 liter, som tilsier at tadalafil fordeles i vev. <0,0005% av administrert dose fremkommer i sæden hos friske forsøkspersoner. **Halveringstid:** Ca. 17,5 time. Linær farmakokinetikk mhp. tid og dose. Over et doseringsområde på 2,5-20 mg øker eksponeringen (AUC) proporsjonalt med dosen. Steady state-plasmakonsentrasjon nås innen 5 døgnet med dosering 1 gang daglig. **Metabolisme:** Hovedsakelig via CYP3A4. Hovedmetabolitten er metylketoglikuronid, som ikke forventes å være klinisk aktiv. **Utskillelse:** Gjennomsnittlig clearance for tadalafil er 2,5 liter/time. Utskillelse hovedsakelig som inaktive metabolitter, først og fremst i feces (61%) og i mindre grad i urin (36%). **Nyresvikt:** Ved mild (Cl_{cr} 31-50 ml/minutt), moderat nedsatt nyrefunksjon (Cl_{cr} 15-30 ml/minutt) og hos pasienter med terminal nyresvikt er pågående dialyse, er tadalafilkonsentrasjonen omtrent doblet etter administrering av 1 enkeltdose tadalafil (5-20 mg). Hos pasienter med pågående hemodialyse var C_{max} 41% høyere enn hos friske. **Oppbevaring og holdbarhet:** Oppbevares i originalpakningen for å beskytte mot fuktighet. **Pakninger og priser:** 2,5 mg: 28 stk. (blister) kr 682,60. 5 mg: 28 stk. (blister) kr 682,60. 10 mg: 4 stk. (blister) kr 370,00. 20 mg: 4 stk. (blister) kr 370,00. 8 stk. (blister) kr 704,90. 12 stk. (blister) kr 1039,90. **Sist endret:** 21.03.2017 | Priser oppdateres hver 14. dag, ev. reduksjon hver måned

Lokalgruppeledersamling

Av Katrin Valaas

Tema for årets lokalgruppeledersamling var Positivt arbeidsmiljø. Vi var så heldige å ha besøk av Gjertrud Mortensen som foreleser, en dame det virkelig oste positivitet av! Med bakgrunn som spesialpedagog i skoleverket, hvor hun har jobbet som lærer i 39 år, har hun utviklet en metode som danner grunnlag for vekst, trygghet og trivsel i skolehverdagen. Metoden hun bruker, passer ikke bare inn i skoleklasser, men i alle arenaer der mennesker skal samhandle.

Gjertrud Mortensen presenterte seg som en dame som var født sint, og alltid engasjert i ting som ikke fungerer. Hun var alltid der hvor det var mulig å protestere mot noe. Hun var en BERSERKER. Hun var kjent som en streng lærer, og mange elever hadde en overdreven respekt for henne. En elev i en vikar klasse beskrev henne en gang som en lærer som kaster elever ut av vinduet – selv om det er fra andre etasje!! Så tidlig på 90 – tallet gjorde hun en oppdagelse som fikk henne til å begynne å endre innstilling til livet sitt. Hun oppdaget at det ikke var alt i verden som var galt, men at det var hennes måte å se ting på. Med dette som utgangspunkt har hun jobbet med et prosjekt i skolen som har fått elevene til å bli støttespillere for hverandre, hjelpe hverandre og

få dem til å oppdage at hver elev er enestående og likevel bidrar positivt til helheten.

Alle mennesker har den samme mulighet for godhet hvis de innser det og trener seg opp til det! - Dalai Lama 2000



Gjertrud Mortensen

Og Gjertrud M. la frem et prosjekt som for all del kan brukes i arbeidslivet! For i et positivt miljø er det trygghet – trivsel fører mennesker sammen og skaper felleskap. Hun forteller om viktigheten av å føle seg velkommen – at vi hilser når vi kommer på jobb/inn i et rom, samt at vi tar i mot de som kommer! Ta dere som jobber i en sykehusavdeling – husker vi å hilse på damene som vasker gulvene, mannen som henter søpla

eller mannen som kommer med matvogna?? Tenk over hva det gjør med deg om noen smiler til deg og sier et par vennlige ord!!

Gjertrud Mortensen snakker om «positive tilbakemeldinger». I sin skoleklasse brukte hun dette konsekvent – elevene måtte gi positive tilbakemeldinger til hverandre hver dag. De skrev mange av dem på lapper som de hengte opp på klasserommet. Vi må lære oss å glede oss over at andre får til noe. For å gi positive meldinger gir ringvirkninger – for når du oppmuntrer andre, så smitter det over på deg selv. Iflg Gjertrud Mortensen blir det en investering i din egen fremtid og resten av ditt liv. For om du lærer deg å skatte av dine positive tilbakemeldinger, så utvikler du deg. Hun sier at positive meldinger gir ENERGI.

Du må rett og slett begynne å studere deg selv, utvikle en holdning. Finn ut hvilke av dine følelser som er positive og hvilke som er negative. Lytt til kroppen hvis du er usikker. Medisinsk forskning har jo for lengst funnet ut at negative følelser som hat og frykt er helsetruende - Dalai Lama 2000

Når man er positiv styrkes immunforsvaret. Negative følelser svekker immunforsvaret og gjør kroppen mer utsatt for infeksjoner. Positiv tenkning bidrar til å øke hvite blodlegemer som styrker immunforsvaret. Det er kjemiske reaksjoner i hjernen som øker produksjonen av endorfiner.



Medlems- og lokalgruppelederansvarlig, Katrin Valaas



Fornøyde kursdeltagere



Fra lanseringen av boken «Dagfinn Enerly - så fort kan livet snu»

Endorfiner er kroppens vitaminer som virker smertestillende og som kan redusere smerter hos kronisk syke mennesker.

Tenk bare over hva det første man ofte gjør når man kommer hjem fra jobb, eller man kommer på jobb; skjenning over at noe ikke er gjort, eller skjenning over at noen har rotet o.l. Men skjenning hjelper ikke! Velg heller å gi positive meldinger og oppmuntringer, så vil det gi positive ringvirkninger! Vi må ikke bruke energi på ting vi ikke får gjort noe med.

Den som lærer å holde sine dystre stemninger og negative tanker i tømme og stimulere sine positive opplevelser tar vare på sin kropp. Fordi, som Gjertrud M sier: Gode følelser motvirker stress. Negative følelser begrenser oss. Og dermed vil gode følelser utvide de muligheter vi har.

Men som Mortensen sier, livet er ingen dans på roser – svært få går gjennom livet uten å møte motstand. Hun beskriver livet som et stigespill. Noen ganger faller vi ned en liten avsats, andre ganger flere etasjer. Hvor henter vi krefter til å klatre opp igjen? Gjennom sitt arbeid har hun vært en av støttespillerne til fotballspilleren Dagfinn Enerly, som ble lam fra halsen etter en ulykke på fotballbanen. Og i media den siste tiden har vi sett hva han har oppnådd etter mye hardt arbeid! Det positive mennesket reiser seg

alltid selv om det har falt, det gir aldri opp. Vi må være villige til å ta sjanser og til å risikere noe. Setter du begrensninger for hva du tror du kan, setter du også begrensninger for hva du kan. For; alle problemer har en løsning. Problemer er utfordringer. Du kan spise en elefant – du må bare ta én bit av gangen!! Jeg kan hvis jeg vil – jeg kan, jeg vil, jeg får det til!

På en arbeidsplass kan positiv tenking og positive tilbakemeldinger resultere i ARBEIDSGLEDE. Du kan selv velge hvordan du vil gjøre jobben din. Du kan velge den holdningen du har til jobben din. Lek. Gjør dagen til noe spesielt for en annen. Vær til stede. Rett din oppmerksomhet 100 % på dem som er til stede. Arbeidsplassen din er et sted dere har positive følelser for det dere gjør og måten dere gjør det på. Ta vare på hverandre – bruk tid på det positive dere opplever! Arbeidsplassen er et sted du ser frem til å være hver dag. Gjør hver dag til en fin dag. Hvordan kan vi skape en fin dag for alle her?

Det er jo det som er så fantastisk med den menneskelige hjernen: hvis den brukes i kombinasjon med hjertet byr den på fantastiske muligheter for utvikling. Grip den - Dalai Lama 2000

Gjertrud Mortensen klarte på en fortryllende måte å engasjere deltagerne på lokalgruppesamlingen, hun traff oss alle midt i hjertet.

Så håper vi at alle kan få bruk for dette i sin hverdag, både hjemme og på arbeidsplassen!

Etter forelesningen hadde vi gjennomgang av hva som skjer rundt om i FSU's lokalgrupper. Fasiten på denne gjennomgangen er at det er gjennomgående lite aktivitet i lokalgruppene rundt om i landet. De fleste lokalgruppelederne ga uttrykk for et stort ønske om en mer aktiv lokalgruppe, men på de aller fleste steder er det tungrodd å få det til. Vi er noen få engasjerte medlemmer i hver gruppe, og det er vanskelig å få folk til å melde seg på lokalmøter og arrangerte kurs. Samtidig er det lite penger i helseforetakene, og medlemmene våre får ikke støtte til å reise/delta på kurs. Men vi var alle enige i at vi må jobbe videre for å verve medlemmer og engasjere oss i faget vårt. Det er et spennende fagfelt, og det er viktig å få frem flere urologiske sykepleiere.

LOKALE GRUPPELEDERE

Det Norske Radiumhospitalet

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

Rikshospitalet

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

Aker sykehus

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

Akershus Universitetssykehus HF

S104 urologisk avd. -1478 Lørenskog
Tlf: 67 96 31 40 / 67 96 31 43
* Tone Aasen, tone.aasen@ahus.no

Sørlandet sykehus Arendal

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

Sykehuset Buskerud HF

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

Ringerike Sykehus HF

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

Sørlandet sykehus Kristiansand

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

Sykehuset i Vestfold HF

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

Sykehuset i Østfold, Avd. A7,

Tlf: 69 86 09 11
Priv.adr. Dr. 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 91 66, * Anita Hatlelid, haid@sus.no

Haukeland Universitetssykehus

Urologisk poliklinikk - 5021 Bergen
Tlf: 55 97 28 47, * Tone Hestad Storebø
tone.storeboe@helse-bergen.no

Førde-Sentralsjukehus

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

Helse Midt Norge, Ålesund Sykehus

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

Sykehuset Innlandet, Hamar

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

St. Olavs Hospital

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

Norlandssykehuset, Somatikk Bodø (NLSH)

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

Helgelandssykehuset

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

Stokmarknes Sykehus

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

Universitetssykehuset Nord-Norge HF

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

* Disse har lokallag

STYRET I FSU



STYRET 2012

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

Leder:

Tone Hestad Storebø

Florvågøen/ 5305 Florvåg

tohesto@hotmail.com

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

Nestleder:

Sidsel Alvheim Dubrefjord

M.thranesgt 17, 3675 Notodden

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

Priv: 922 99 670 / 35 01 01 82 / Jobb: 35 02 11 50

Redaktør:

Kjersti Lund Olsen

Myra 16, 7300 Orkanger

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

Priv: 72 48 20 52 / 456 67 999 / Jobb: 72 47 01 65

Styremedlem/kasserer:

Gunn Bøyum Dæhli

Alvøveien 22B

5179 Godvik

Gunn.dahli@bkkfiber.no

Tlf: 415 08 556

Medlemskontakt:

Katrin Valaas

Vikagata 65, 6010 Ålesund

katrinv@online.no

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

1. varamedlem:

Ann Fauskanger

Broveien 18

4620 Kristiansand

Ann.fauskanger@sshf.no

Tlf: 918 70 144

2. varamedlem og webansvarlig:

Margrete Ronge

Bjørnefare 1e, 2014 Blystadlia

Margrete.ronge@hotmail.com

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

FSU OSLO DESEMBER 2011!

