

URO

INFO

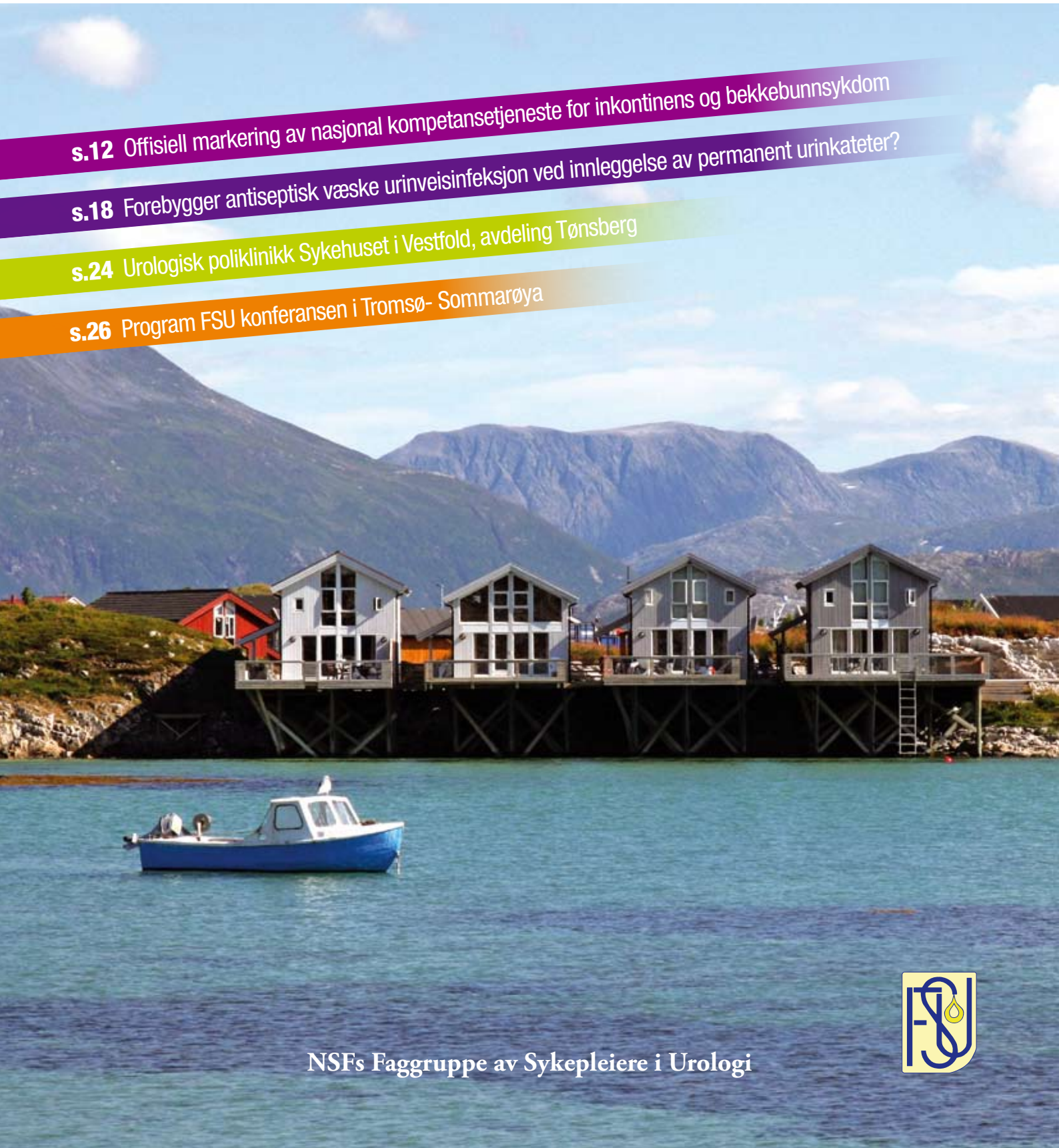
Nr. 1 - februar 2013 - 24. årg.
ISSN 1891-5116

s.12 Offisiell markering av nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkebunnsykdom

s.18 Forebygger antiseptisk væske urinveisinfeksjon ved innleggelse av permanent urinkateter?

s.24 Urologisk poliklinikk Sykehuset i Vestfold, avdeling Tønsberg

s.26 Program FSU konferansen i Tromsø- Sommarøya



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 urologiske sykepleiere og GODT NYTT ÅR!!

Jeg håper alle har hatt en fin førjul, jul, romjul og ikke minst, en fin start på 2013. Alle har vel et ønske om dette men ikke alle får oppleve det. Vi må i vår iver etter å finne vår egen lykke ikke glemme de som sliter med det samme. I forrige nummer av URO INFO skrev redaktør Kjersti litt om rom-folkets og andre svakstiltes toalettfasiliteter eller snarere mangelen på dette. De har det slett ikke bedre i disse dager med storm og uvær rundt ørene. Dette er en kamp vi må hjelpe dem kjempe. Det er en menneskerett å ha skikkelige toalettforhold.

Så helt andre ting:

Gjengen som skal arrangere årets store begivenhet FSU Kurset i Tromsø, Sommarøya, i mai, er nok i full gang med ferdigstilling av program og opplegg. Vi gleder oss! Påmelding via FSU Nettsiden!! Og vær så snill... Meld dere på i god tid slik at ikke arrangørene sitter og biter negler den siste måneden. Mye av opplegget er basert på et estimert antall påmeldte og da er det ikke lett når de 50 siste melder på etter fristen er gått ut...

I år er det vi her i Norge som skal arrangere NUF. Gjengen i Sandefjord har litt bedre tid ennå. Dette skal skje i august... Men den samme gyldne regelen gjelder her også... MELD DERE PÅ INNEN FRISTEN!!!!

Det var godt å få det ut ☺ Klok av vårt FSU i Bergen i 2012....

Når dette går i trykken, starter det største kullet «ever» med sin uroterapiutdanning i Bergen! Endelig – etter flere magre år kommer det noe fett!! Og det er jo fantastisk at det om litt kommer ut en stor gruppe spildrende nye, fix ferdige uroterapeuter av høyskolen! Nymotiverte og smittefarlige på den måten at de så gjerne vil spre det glade budskap og hjelpe utallige pasienter! Vi ønsker studentene lykke til!!

Mens jeg sitter her og skribler fikk jeg plutselig en digresjon... Jeg har to små hunder – møpsegutter. De heter Fritjof og Gunnar og er aldeles forskjellige med sine toalettvaner... Den ene er en «skvettlapp» (ut å tisse hele tiden), mens den andre helst ikke vil ut... det er helt greit å tisse to ganger for

dagen... og kanskje bare en hvis det regner og blåser ute... Begge er i full vigør og har det bra... Slik er det litt med oss mennesker også... Vi er forskjellige. Det er ikke sikkert at alle skal «greies med samme kammen» - vi har forskjellig kapasitet på alle områder. Hvor ofte hører vi ikke sykepleiere som jobber med urologi fortelle at de har «selskapsblære»? Eller at de ikke har hatt tid til toalettbesøk? Den samme sykepleieren lærer pasienter at det er normalt med max 300-400 ml i blæren totalt... Nei vi er forskjellige og det må vi ta med oss i alt vi gjør.

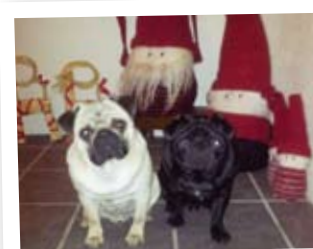
Jeg liker dårlig å snakke om penger og økonomi her... Men vet dere at sykepleiere kan skrive egne takster på poliklinikkene nå? Dette har betydning for om vi «bare» er en utgiftspost for arbeidsgiver eller om vi kan generere penger inn på egne konsultasjoner. Jeg ønsker meg til neste jul at vi kan lese ut fra statistikker og tallmateriale fra sykehus og klinikker rundt om, at vi sykepleiere er flinke til å registrere disse takstene. Det er kun på den måten at vi kan tallfeste det vi gjør av egne konsultasjoner i f.eks. poliklinikker.

Ha en fin vår dere og meld dere på kurs!! Det er både lærerikt og gøy!

Hilsen Tone
Leder FSU



Tone Hestad Storebø



Gunnar og Fritjof

Layout og trykk:

ZignMedia - www.zign.no

Omslagsfoto:

"Naustbuer på Sommarøy i Troms" / Fotograf: © 2007 Kjetil Ree

Nr. 1 - 2013 - Årgang 24 - Utgivelse nr. 91
Opplag 450 eks.

ISSN 1891-5116

Neste nr:

Juni 2013. Frist for manus 15. mai 2013.

Presiseringer:

1. Innhold i trykte artikler, meningsutvekslinger, annonser etc. behøver ikke å være sammenfallende med FSU's syn. Derav har forfatter eget ansvar for anonymisering.
2. Redaksjonen betinger seg retten til å forkorte innlegg.
3. Gjengivelse av stoff er ikke tillatt uten at det er 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
Litt fra mine dager rundt sykepleierkongressen i Oslo 2012	6
Livmortransplantasjon gjennomført i Göteborg fra mor til datter	8
14th International EAUN Meeting 16-18.March 2013	10
Internasjonal markering av nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom	12
NSF- 100 års markeringen	14
Forebygger antiseptisk væske urinveisinfeksjon ved innleggelse av permanent urinkateter?	18
NUF 2013	24
FSU konferansen 2013 i Tromsø, Sommarøya Program	26
Oss medlemmer i mellom	28
Lokale gruppeledere	30
Styret i FSU	31

REDAKSJONEN

Hei alle sammen og godt nyttår! Jula er over og det er tid for å sette nyttårsforsettene ut i livet. De er det sannelig mange av på facebook og litt artig å lese! En god venn skriver: Prøv å se det meste i et humoristisk og optimistisk perspektiv fremover, så bli 2013 et artig år! Ja, vi får håpe det! I alle fall lurt å ha en sånn innstilling! Men ikke alltid like lett...

For mange kan jula være en tung tid hvor minner, savn og ensomhet blir forsterket. Da er det viktig å ta godt vare på hverandre! I et materialistisk og travelt samfunn er det lett å bli selvopptatt. Arnulf Øverlands dikt "Du må ikke sove", minner oss om dette. Det begynner slik:

Du må ikke sitte trygt i ditt hjem

og si: Det er sørgelig, stakkars dem!

*Du må ikke tåle så inderlig vel
den urett som ikke rammer deg selv!*

Vi vet det så godt, men glemmer det allikevel. Det å bli et bedre medmenneske kan være et nyttårsforsett med mening! Sper vi på med humor og optimisme må det bli bra!

FSU har allerede hatt sitt første styremøte. Nå gjelder det å nå ut til medlemmene som vi har og ikke minst verve nye! Vi i FSU ønsker å skape engasjement og ikke minst god samhandling mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste. Jeg oppfordrer hver og en av dere til å reklamere for FSU kurset i Tromsø og NUF i Sandefjord. Jeg ønsker de som har tatt på seg oppgaven lykke til med gjennomføringen!

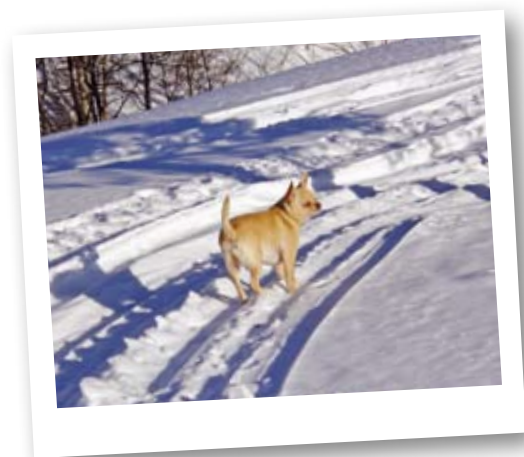


Kjersti Lund Olsen

Det som er gledelig er at uroterapi utdanningen i Bergen begynner igjen i 2013! Nå er det bare å ønske nye studenter lykke til! Dere har virkelig noe å se fram til.

I denne utgaven av URO INFO kan dere finne litt forskjellig stoff, forhåpentligvis noe for enhver smak. Send oss gjerne tips og aktuelt stoff! Og til slutt; glem ikke vervekonkurransen! Kanskje blir det akkurat du som vinner og får konferanseavgift dekket for neste FSU?

Kjersti



! FSU har pr 31.12.2012: 277 medlemmer. Velkommen til nye medlemmer: Silje Grønningen Myrkaskog, Lene Hanstad Tolfsen og Ellen Kristine Wie.

! 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 2013/2014

Husk å søke stipend!

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



Sidsel Alvheim Dubrefjord

EAU 2013 Roma 18.-20. januar
10th Meeting of the EAU Section
of Oncological Urology (ESOU)

EAUN 2013 Milan 16.-18. mars
www.eaumilan2013.org/14th-eaun-meeting/

FSU 2013 Tromsø 30.-31. mai
Sommerøya
FSU konferanse 2013 vil bli arrangert i Tromsø.
Program og link til påmelding kommer på nettsiden etter hvert.

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

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

EAU events
info@congressconsultants.com

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

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

www.interstitialcystitis.co.uk

www.prostatitis.org

<http://kongress.no/kongresser>



Litt fra mine dager rundt Syke

Ved Tone Hestad Storebø

Som leder i FSU var jeg invitert via Sentralt fagforum til å delta på jubileumsfesten(e) og sykepleierkongressen. Med det fulgte det mange opplevelser!

Vi startet **lørdag** 22.09 med Sentralt fagforum. Det er et forum for alle faggrupelederne i Norge. Vi brukte helgen helt frivillig på møter. Mye av tiden ble brukt til informasjon og diskusjon om nødvendige omstillinger etter at den nye vedtektsmodellen ble vedtatt hos alle faggruppene. Det blir ikke mye endringer dere vil merke, men det er rent administrative og rapporteringsmessige endringer for styret sin del.

Søndag kveld ble tilbragt på Bygdøy, nærmere bestemt Norsk Folkemuseum. Der fikk vi gå en tur med en dyktig guide før vi spiste en flott middag og hørt på flotte taler.

Mandag var det utstilling på Karl Johansgt. og der Margrete Ronge og Tone Aasen bestyrte vår uro-utstilling. Tusen takk skal forresten



Representerte FSU: Margrete Ronge og Tone Aasen sin stand.

de ha for den jobben!! Det var litt trangt men hyggelig å spasere rundt på de forskjellige faggruppene sine stands. Mye å lære på en slik spasertur!

Om kvelden var det festforestilling på Den Norske Opera med middag etterpå.



På vei til festforestillingen: Sidsel Alvheim Dubrefjord t.h.

En flott opplevelse der var faktisk åpningsnummeret – trommesoloen til sykepleierne toppet alt! De er bare knallgod!!

Det var mange flotte taler og hvis alle de gode ord som ble sagt i løpet av denne, eller egentlig alle kveldene går i oppfyllelse – ja da går vi sykepleiere gode tider i møte!!

Tirsdag startet Sykepleierkongressen og mange flotte forelesere var i sving! Ikke helt enkelt å referere alt dette men noen stikkord og sitater kommer her:

Lars Mathisen, Rektor Lovisenberg diakonale høyskole. Han snakket om Pasientforløp, Verdiskapning og Kvalitetsindikatorer:



Foreleser: Lars Mathisen

«Fagets bærekraft påvirkes av det vi velger bort i pleien». (Ofte er dette munnstell, fot stell, og stell av hår og hud. Mens smertebehandling og prosedyre-gjennomføring får størst oppmerksomhet av sykepleierne og ansees som «viktige ting».)
«Vi må bryte ned barrierer mellom spesialitetene» (hvordan gjøre god helhetlig pleie når ikke vi vet hva andre spesialiteter gjør?).
«Nå er det mange sykepleiere med stor kompetanse, men ingen spesifikke stillinger er dedikert disse» (hvordan kan vi nytte og verdisette (lønne) disse sykepleierenes?).
Han satt ord på mange gode betraktninger som samfunnet rundt oss gjør – noe til ettertanke for alle egentlig.



Foreleser: Andres Vege

Sykepleierkongressen i Oslo 2012

Anders Vege, seniorleder, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Setninger til ettertanke. Han snakket om Brukeren med nøkkelen til morgendagens tjenesteutvikling: «Et system er designet for å få de resultatene vi får».

«Hvis vi fortsetter å tenke slik vi alltid har gjort vil vi få de resultater vi alltid har fått».

«Det er ikke lett å sette pasienten i sentrum hvis vi står der selv».

«Alt forbedringsarbeid betinger erkjennelse om at det er nødvendig».

«Vi må unngå at prosjekter havner på prosjektkirkegården».

Han snakket om et prosjekt de hadde gjort i Tromsø; «Brukerstyrt seng». Resultatet hadde vært 22% færre liggedøgn. Hmm-interessant... «dette må jeg lese mer om», tenkte jeg. Håper de kan si noe om dette på FSU i Tromsø☺

Han avsluttet sitt foredrag med en oppfordring til oss: «Hvis vi noen gang får økt grunnbemanning, vær så snill og bruk den til å jobbe annerledes! Ikke gjør mer av det vi allerede gjør!».



Foreleser: Britt Ingun Sævig

Britt Ingun Sævig, seniorrådgiver Krefthomsorg. Snakket om Kontinuitet i sykepleien: «Det er mer stabilitet for kundene på Kiwi enn for pasientene på sykehuset». «Sykepleieren er «limet» i en pasients hverdag».

Essensen hennes kommer klart frem i overstående sitater. Det er viktig med kontinuitet i sykepleien. Mange andre forelesere med mange gode tema gjorde en flott innsats! NSF sentralt har gjort en flott jobb med å lage en flott kongress!

Jeg oppfordrer dere til å søke om å få dra på slike kongresser selv om det rent urologisk fagmessig er mer matnyttig å dra på FSU eller EAUN (internasjonalt) for eksempel. Sykepleierkongressen drar liksom de litt mer store og generelle linjene.

Vel, min Oslo-runde ble denne gangen avsluttet med et styremøte i FSU-styret. En travel økt. **MEN**, det er kjekt å drive med dette! En får mange gode opplevelser og en lærer mye! Så ikke kvie deg for å ta en økt i styret om du skulle bli spurt!!



Livmortransplantasjon gjennomført i Göteborg fra mor til datter

Av Sidsel Dubrefjord

En liten hilsen fra Gynpol/Kirpol ved Sykehuset Telemark avd Notodden. Vi er så heldig å ha noen av de fremste gynekologer og kirurger fra Sahlgrenska universitetssykehus som vikarer. Saskia Eklind, Overlege i obsetrik og gynekologi og Professor Michael Olausson, som er Sveriges ledende transplantasjonskirurg. Han har i en år rekke vært vikar i allmenkirurgi under sommeren ved Notodden sykehus. Det er noen år siden sist han var her.

Michael og Sasikia var med på en verdenssensasjon i høst. Der det ble transplantert livmor fra mor til datter. Vi er kjempe stolte over deres arbeid og utrolig glad for at vi er så heldig å ha Saskia Eklind fremdeles hos. Spesielt hyggelig å få presentere deres sensasjon gjennom vårt blad URO INFO. Håper dere alle synes det er spennende lesning.

LIVMORTRANSPLANTASJONEN

Et forskningsteam på 30 personer fra Göteborgs universitet og Sahlgrenska Univeristetssykehus med Mats Brennstrøm som forskningsleder, gjennomførte tidlig i høst verdens første livmortransplantasjon gjort på levende donatorer. Mor til datter.

Forskningsprosjektet på livmortransplantasjon har på gått i 10 år. Tidligere har to livmortransplantasjoner vært gjennomført i Saudiarabien og Tyrkia, men dette er den første i verden som er gjennomført på levende donator. (Mor til datter) Forskningsprosjektet ved Göteborgs universitet og Sahlgrenska sykehus er også nikt gjennom sin lange og gedigne dokumentasjon.

Mats Brennstrøm startet med dette etter han hadde fjernet livmoren på en kvinne i 1998. Pasienten spurte hvilken mulighet hun hadde til å få transplantert ny livmor.

Noen år senere var han i gang med sitt team av forskere og har siden gjort en lang reise med ulike dyreforsøk frem til denne helgens transplantasjon på to kvinner i 30 års alderen.

Operasjonene forgikk på Sahlgrenska sykehus, men leie av lokaler, utstyr, personalkostnad og pasientkostnad betales av forskningsmidler.

Mats Brennstrøm beskriver livmortransplantasjon som eneste utvei for de rundt 2000-3000 kvinner som fra fødsel savner livmor eller som i ung alder har behøvd å operere bort sin livmor pga cancer.

Operasjonene har vært planlagt etter lang utredning, både av donator og mottaker.

Først i 2014 kan en si om transplantasjonen var vellykket. De embryon, befruktede egg som er tatt fra kvinnen som har fått ny

livmor settes inn gjennom IVF-behandling om ca 1 år. Først når det leder til graviditet kan en se om den transplanterte livmoren fungerer.

Kilde: <http://www.sahlgrenska.gu.se/uterus>

PASIENTENS FORTELLING

”Anna” fikk fjernet sin livmor i 2003 pga cancer. Nå blir hun en av verdens første kvinner som får en livmor transplantert fra sin mor av forskere ved Sahlgrenska Akedemien.

Beskjeden om cancer gjorde meg panikk slagen. Livmorhals, lymfekjertler, vev og livmor skulle bort. Jeg gråt konstant i 5 dager.

Tiden etter operasjonen hadde jeg super energi, jeg skulle bare klare av alt. 2 mnd etter operasjonen var jeg tilbake på jobb. Jeg slapp strålebehandling og et arr på magen var mitt eneste fysiske vitne om cancer.



Avdelingsoverlege Truls Servoll og sekretær Eva Navelsaker Klæbo



Overlege Saskia Eklind



Ranveig Robertsen, Øyunn Surland-Hansen, Saskia Eklind og Kari Larsen

Den psykiske smerten begravde jeg og mange følelser som sorg og fortvilelse, fortrengete jeg helt. 1 år etter operasjonen kom depresjonen meg i kapp, det ble nok også redningen for å slå hull på alt.

Det tok lang tid å bearbeide konsekvensen av min operasjon. Fra å være dødelig syk til å bli cancer-overlever. Men også innsikten om at jeg ikke kunne få biologiske barn. Jeg hadde aldri tenkt den tanken. Jeg fikk en livskrise. Hvem er jeg nå når jeg ikke kan bli "mamma". Hva skal jeg gjøre med mitt liv?

Jeg bygde opp en mur der jeg forsøkte å overbevise meg selv om alle fordelene det er å ikke ha barn. Til slutt måtte jeg konfrontere meg med de følelsene.

Jeg traff mannen i mitt liv og spørsmålet om barn var med fra dag en. Vi diskuterte å reise utenlands for å skaffe surrogatmor. Adopsjon har

ikke vært et alternativ for oss, dels er det vanskelig for cancerpasienter å adoptere og prosessen er også lang og vanskelig.

Jeg leste om Mats Brennstrom i 2006 og sendte han en mail. 2007 fikk jeg være med han på legekongress der han foreleste om metoden og på den veien er det. Jeg våger å uttale at jeg ønsker barn og at jeg innerst alltid har vært lei meg for ikke å få et eget biologisk barn. Det er utrolig stort å få være med på dette. Jeg kjenner kritikken, der noen mener dette er luksusbehandling. Ærlig talt blir jeg forbanna. Sykehusressurser trengs ikke bare til å redde liv, men også til å opprettholde menneskers livskvalitet. Det fins kirurgi som muliggjør operasjon for overvektige og idrettskader. Nå handler det om livmor og det blir "uetisk". For meg handler det om å reparere en funksjon i kroppen jeg tidligere hadde og som jeg behøver for å få barn.

Jeg er nervøs, tenker mye på operasjonen dels fordi den påminner meg om da de tok den og det var en traumatisk opplevelse. Men jeg har aldri tvilt. Jeg er i hendene til verdens beste kirurger og kjenner meg trygg med at de under 10 år har forbedret dette.

Legene mener det er gode forutsener for at dette skal gå bra. Mamma er ung og født 3 barn uten problem, hennes livmor ser veldig bra ut. Jeg har gått gjennom to prøverørsbehandlinger som også har gått bra og vi har 10 befructede egg nedfryst.

Jeg og min kjæreste vet at det ikke er noen garanti for at jeg blir gravid etter transplantasjonen. Bli det ikke barn har vi det bra likevel. Vi har fått en fantastisk mulighet og går dette veien er det en utrolig bonus.

Kilde: <http://www.sahlgrenska.gu.se/uterus/patientberattelse/>

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.

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



Som fagbevisst urologisk sykepleier er FSU din samarbeidspartner



Milan
15-19 March 2013

14th International EAUN Meeting 16-18 March 2013

Abstract submission deadline: 1 December

www.eaumilan2013.org/14th-eaun-meeting



European
Association
of Urology
Nurses



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

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.

Offisiell markering av nasjonal kompetan inkontinens og bekkenbunnsykdom

Skrevet av Katrin Valaas Isaksen, Styremedlem FSU

Den 7. desember 2012 var det arrangert en offisiell markering av at Universitetssykehuset i Nord Norge har fått status som Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom. FSU var invitert til å delta, og jeg var så heldig å få reise til Tromsø denne desemberdagen.

Markeringen ble presentert ved Tove Karoline Knutsen, som er medlem av Helse og Omsorgskomiteen i Stortinget. Hun poengterte viktigheten av kvalitet i behandlingen, og viktigheten av å ha likeverdige tjenester i hele landet vårt. Hun avsluttet sitt innlegg med en sang, og med ordene: «Vi kan være stolt over å ha fått det til her nord!!»



Mona Stedenfeldt

Tjenesten ble først etablert i 2006, og under åpningen av markeringen fikk vi høre lederen Mona Stedenfeldt fortelle om bakgrunnen for etableringen. Inkontinens er et stort problem for

mange; omtrent 20 % av kvinner og 10 % av menn opplever en form for urininkontinens, og omtrent ¼ av befolkningen opplever avføringsinkontinens, der den viktigste årsaken hos kvinner er fødselsrelaterte sfinkterskader. Slike pasienter har ofte sammensatte problemer, og tradisjonelt sett er utredning og behandling delt mellom mange fagområder og institusjoner. Gynekologer, gastrokirurger og urologer jobbet med hver sine fagfelt – innenfor et relativt lite område på kroppen!!

Stedenfeldt fortalte om viktigheten av å opprette et tverrfaglig samarbeid mellom de ulike fagfeltene for å sikre god og riktig behandling til alle i hele landet.

Barthold Vonen, viseadm. Dir ved Norlandssykehuset i Bodø tok denne innføringen videre. Om tiden før prosjektet ble satt i gang, fra de første operasjonene med sentral nervestimulering på 90 tallet, til man så behovet for tverrfaglig samarbeid mellom gastrokirurger, gynekologer og urologer. Om vanskelighetene i starten for å finne en egnet kommunikasjonsform mellom yrkesgrupper som i utgangspunktet ikke snakket samme språk, til man fikk et målrettet prosjekt.

Det startet som et prosjekt i 2006, på bakgrunn av tjenestetilbudet (utredning, behandling, utdanning, forskning og informasjon),

og var et samarbeid mellom seks avdelinger ved UNN HF; avdeling for gastroenterologisk kirurgi, kvinneklinikken, nevrologisk avdeling, avdeling for urologi og endokrin kirurgi, fysioterapiavdelingen og lærings – og mestringscenteret. I 2009 ble også radiologisk avdeling og pediatere inkludert i det tverrfaglige teamet. Fra 2012 fikk altså senteret status som nasjonal kompetansetjeneste, og er helsedrift i moderne form som gir gode løsninger for pasient, pårørende og helsepersonell. Kompetansetjenesten er nært knyttet til Universitetet i Tromsø, St. Olavs Hospital i Trondheim og St. Marks Hospital i England.

Tjenesten er etablert for

- Å gi en tverrfaglig diagnostikk og behandling til pasienter med urin- og /eller analinkontinens, samt pasienter med komplekse bekkenbunnsproblemer
- Å legge til rette for støtte og klinisk forskning innen inkontinensproblematikken
- Å fungere som kompetansesenter for andre institusjoner, hvor det også tilrettelegges for koordinert spesialistutdanning for legespesialister og annet helsepersonell

Sterkt inntrykk under denne markeringen gjorde brukerrepresentant i styringsgruppen for senteret; Vibeke Sætherskar. Denne kvinnen, med egenopplevd

setjeneste for



Mona Stedenfeldt og Marianne Nicholaisen

lang sykehistorie, kunne sannelig beskrive hvordan virkeligheten kan være for kvinner med analinkontinens. Hun hadde etter sin andre fødsel fått nerveskade som gjorde at hun ble analinkontinent. Hun fortalte om fortvilelse, skam, sosial isolasjon, om å miste seg selv og sin identitet. Hun hadde en skade som ikke kunne fikses med kirurgi, og det tok mange år før hun fikk hjelp i form av pacemaker (sakral nervestimulering) mot inkontinens.

Hun beskrev sin situasjon uten å legge noe i mellom. Om at det handler om hvordan vi har det inni oss, og om betydningen av å møte likesinnede – at man ikke er alene om å oppleve denne sosialt isolerende tilstanden som det er tabubelagt å snakke om.

Historien hennes underbygget informasjonen vi fikk om bakgrunnen for opprettelsen av et senter for inkontinens og bekkenbunnsykdom – at det trengs fagfolk fra flere felt for å imøtekomme og hjelpe denne pasientgruppen til en bedre hverdag.

Gjennom Generalsekretær i CARE Norge, Torhild Skogsholm, fikk vi presentert

situasjonen for kvinner i et globalt perspektiv. På verdensbasis er det svært høye tall av kvinner som dør eller blir varig skadet pga fødselskomplikasjoner. Spesielt i u-land har disse kvinnene lite verdighet. De blir stigmatisert og utestengt fra samfunnet – og Skogsholm har gjennom sine reiser til forskjellige land i Afrika sett at det er mye som kan gjøres for disse kvinnene.



Mona Stedenfeldt og Magne Nylenna

Magne Nylenna, direktør ved Nasjonalt Kunnskapsenter for Helsetjenesten, gav oss et meget informativt innblikk i hvordan det jobbes for fremtidens helsetjeneste – Hva vil forme fremtidens helsetjeneste?? Penger, Struktur/organisering, Personell og teknologi/legemidler – alt dette er nødvendigheter iflg Nylenna. Men det avgjørende er kunnskap! Han snakker om Kunnskapens kraft.

Hvordan skal vi bruke kunnskap? Hvordan skal vi holde oss oppdaterte? Informasjonsstrømmen er stor, og det bør legges strategier for å møte den. Han anbefaler Helsebiblioteket.no i dette arbeidet.

Arthur Revhaug, klinikkleder ved UNN snakket så om hovedutfordringene videre. Han vektla at det er flott at det går an å ta fatt i «alminnelige» lidelser hos alminnelige folk – og bli GOD på det. All kunnskap trenger ikke være høyteknologisk. Forutsetningene videre må være at interne faggrupper må ha fokus på fag. Utdanning er viktig – og sammen med engasjement, samarbeid og hardt arbeid kan man spre visjonen og komme videre med viktig kunnskap.

Styrelederen i Helse Nord, Bjørn Kaldhol, takket de involverte for det arbeidet de har lagt ned. Han sa at de fra et politisk perspektiv ser viktigheten av fagutvikling, og kunne avsløre avsatte midler til budsjettet for 2013, og med riktige rammebetingelser også videre år – noe som kommer godt med for det videre arbeidet for Nasjonalt kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom.

Fra barnemunn:

En gang hadde jeg blæregrateng. Det er det vondeste jeg har hatt...

NSF - 100 ÅRS MARKERINGEN

VED MARGRETE RONGE



Bilde fra stand 24/9 i Spikersuppa.



Tone kom innom og så på standen vår.



NSF trommekorps spilte i Spikersuppa da vi sto på stand.

Det var mye folk innom teltene der de ulike faggruppene viste frem sine fag. Vi delte telt med stomisykepleierne og lungesykepleierne. FSU var plassert i telt som skulle representere kroniske/ ikke smittsomme sykdommer.

Vi hadde en fin dag og NSF fikk virkelig vist frem det mangfoldet som faggruppene representerer.



Jeg og Tone representerte FSU når faggruppene viste seg frem på stand 24/9 i Oslo.

VERV
&
VINN!

VERVEKONKURRANSE

Frist: 01.05.13

Den som verver flest medlemmer frem til 1. mai vil få dekket konferanseavgift for neste FSU-konferanse i Tromsø mai 2013.

Welcome to the 29th Congress of the Scandinavian Association of Urology and Urological Nurses



Dear friends and colleagues,

Our next meeting at Sandefjord, Norway, is fast approaching. It will be held from the 21st to the 23rd of August 2013.

We will shortly send out the preliminary program which contains many exciting state of the art lectures on different urological topics. If you want to see more information on the location and the venue go to

<http://www.nuf2013.no/news.cfm>

Call for abstracts

It is now possible to admit abstracts. As usual there will be both poster as well as oral presentations. The admission deadline is set to May 15th 2013. All abstracts will be reviewed by a scientific committee chaired by urotherapist Anne Torine Litherland, MSc, Vestfold Hospital Trust. For more information on the admission process go to

<http://www.nuf2013.no/abstractsubmission.cfm>

New this year: There will be an award for best nursing abstract.

We are looking forward to seeing you all in Sandefjord next year!

With warm regards

Karin Sebakk

Department of Urology

Vestfold Hospital Trust

Tønsberg

Norway

NSFs FAGGRUPPE AV
SYKEPLEIERE I UROLOGI



**Sykehuset i Vestfold**
Vestfold Hospital Trust

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

Forebygger antiseptisk væske ved innleggelse av permanent

Forfattere: Arnhiild Fredriksen og Monica Wammen Nortvedt // Trykket med tillatelse av Sykepleien Forskning. Tidligere publisert i Sykepleien Forskning nr 03/12

Hensikten med litteraturstudien er å undersøke om bruk av antiseptisk væske sammenliknet med bruk av sterilt saltvann/vann til vask av urinrørsområdet før kateterisering, reduserer antall urinveisinfeksjoner.

INNLEDNING

Urinveisinfeksjoner utgjør cirka 30 prosent av helsetjenesteassosierte infeksjoner (HAI). HAI er infeksjoner som oppstår under eller etter, og som følge av opphold i en helseinstitusjon. En sykehusinfeksjon er også kalt helsetjenesteassosiert infeksjon. Folkehelseinstituttet har siden 2002 utført prevalensundersøkelser av infeksjoner i norske helseinstitusjoner (sykehus og sykehjem). En prevalensundersøkelse beregner andelen pasienter med en HAI på én utvalgt dag. Folkehelseinstituttet registrerer urinveisinfeksjoner, nedre luftveisinfeksjoner, postoperative sårinfeksjoner og septikemi (blodforgiftning). Prevalensundersøkelsen høsten 2011 viste at 6,1 prosent av alle pasienter i norske sykehus og 6,5 prosent av alle beboerne på sykehjem hadde en infeksjon på undersøkelsesdagen. Den samme undersøkelsen viste at prevalensen av urinveisinfeksjoner på sykehus var 1,6 prosent (95 prosent konfidensintervall 1,3-1,8). Av totalt antall registrerte infeksjoner utgjorde urinveisinfeksjoner 25,4 prosent (1).

Urinveisinfeksjoner omfatter infeksjoner i urinrør, blære, urinledere og nyrer. Ved bakteriell urinveisinfeksjon er det oppvekst av bakterier i urinen og mengden bakterier er høyere enn den man kan forvente å påvise ved forurensing fra ytre del av urinrøret. Det skilles mellom asymptomatisk og symptomatisk bakteriuri. Når den er symptomatisk, har pasienten i tillegg til bakteriuri også kliniske symptomer på urinveisinfeksjon (2).

En kjent risikofaktor for å utvikle urinveisinfeksjon er bruk av urinkateter. Både europeiske og amerikanske retningslinjer basert på oppsummert forskning og et stort antall studier, konkluderer at cirka 80 prosent av urinveisinfeksjoner på sykehus er forårsaket av permanente urinkatetre (3, 5-8). Urinveisinfeksjon medfører ubehag for pasientene, mer sykdom, økt dødelighet, lengre liggetid og økte kostnader. I tillegg kan bakteriuri føre til unødvendig bruk av antibiotika som kan føre til utvikling av antibiotikaresistente mikroorganismer (6 s. 22)

Kateterisering av urinblæren er en prosedyre som ofte blir utført i sykehus. Mellom 15-25 prosent av pasientene har innlagt urinkateter for en periode (6, s. 22,23), (7, s. 650). Risiko for å utvikle infeksjon er assosiert med kateteriseringsmetode, kvalitet på kateterstell og varighet på kateterliggetid. En stor del av pasientene får bakterier

i urinen i løpet av sju til ti dager, noe som kan føre til infeksjon. Infeksjonsfaren øker i takt med hvor lenge kateteret ligger inne.

Fra 1-4 prosent kan få alvorlig infeksjon med sepsis og av disse kan 13-30 prosent dø (3, s. 28, 29).

Hvor mange som får alvorlige komplikasjoner (pyelonefritt, nyrestein, blærestein, sepsis, død) som følge av innleggelse og bruk av urinkateter er usikkert, men det er antatt at alvorlige komplikasjoner kan unngås ved å forebygge at pasienten utvikler urinveisinfeksjon (6, s. 22,23). Vi må derfor alltid vurdere om det er nødvendig å legge inn kateter og sørge for at de som må ha kateter får korrekt behandling. Det gjelder kateterinnleggelse og stell, at kateteret blir fjernet så snart det er forsvarlig, og at man avtaler kontroller og individuelle skiftintervall for langtidskateteriserte (3, 5-7). For å unngå unødvendig bruk av katetre er det viktig å ha klare indikasjoner for når de skal legges inn.

Ved innleggelse av permanente katetertyper oppstår det friksjon mellom urinrørsslimhinnen og kateteret. Det kan være smertefullt. For å redusere friksjonen er det vanlig praksis å fylle urinrøret med gel før kateterisering, noe som også reduserer faren for å skade urinrørsslimhinnen. Man har hevdet at gelen bør være tilsatt klorheksidin for å forebygge urinveisinfeksjon og

urinveisinfeksjon urinkateter?

Foto: Erik M. Sundt

diskuterer om vask med klorhexidin før kateterisering har betydning for å forebygge eller redusere antall urinveisinfeksjoner sammenliknet med vask med sterilt saltvann eller vann. I den medisinske litteraturen er det imidlertid mange rapporter om alvorlige allergiske reaksjoner, også anafylaksi, ved bruk av klorhexidin. (9–18).

Rutiner vedrørende bruk av antiseptisk væske eller steril væske til vask av urinrørsområdet før kateterisering varierer. Diskusjon med uroterapeuter nasjonalt, skandinavisk og med sykepleiere i Oslo universitetssykehus viser at det er stor variasjon i praksis. Fagprosedyrer varierer også fra sykehus til sykehus. Det brukes vandig klorhexidin, enten 0,5 mg/ml eller 1 mg/ml, sterilt saltvann eller sterilt vann til vask for å hindre innføring av bakterier til urinblæren i forbindelse med kateterisering. Regionalt kompetansesenter for smittevern i Helse Sør-Øst, skriver i prosedyren om innleggelse av permanent blærekateter at det skal brukes vandig klorhexidin 1 mg/ml (19). I prosedyren innleggelse av permanent urinkateter i nasjonalt nettverk for fagprosedyrer (www.fagprosedyrer.no) står det at man kan velge, enten steril eller antiseptisk væske til vask før kateterisering (20).

Vi anser det derfor som nødvendig å gjøre en litteraturstudie for å undersøke om vask med antiseptisk væske

har effekt på forekomst av urinveisinfeksjon sammenliknet med vask med sterilt saltvann eller vann.

Hensikten med litteraturstudien er å undersøke om bruk av antiseptisk væske, sammenliknet med bruk av sterilt saltvann eller vann, til vask av urinrørsområdet før kateterisering reduserer antall urinveisinfeksjoner. Studien er begrenset til innleggelse av permanent kateter på sykehus.

METODE

Et systematisk litteratursøk ble gjennomført i samarbeid med spesialbibliotekar 14. juni 2012 i databasene Cochrane Library, Medline, Cinahl og Embase. Emneordene som ble kombinert var urinary catheterization, bladder catheterization, urethral catheterization, urinary tract infections, bacteriuria, pyuria, anti-infective agents, infection control, antiseptics, asepsis, sterilization, skin decontamination, water, sodium chloride, urinary tract infection, periurethral, cleansing, chlorhexidine, povidone-iodine. Vi gjennomførte kombinasjonssøk med de samme emneordene som ble tilpasset til de ulike databasene. I tillegg søkte vi etter norske og internasjonale faglige retningslinjer i Helsebiblioteket, Nasjonalt nettverk for fagprosedyrer, Vardhandboken, Sosialstyrelsen, Dansk Centre for kliniske retningslinjer, Joanna Briggs, UpToDate, Best Practice, Nasjonalt

kunnskapssenter for helsetjenesten, -rapporter og -notater, Guidelines International Network (G-I-N) og National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Førsteforfatter vurderte alle treff. I tillegg ble referanselistene i artikler og retningslinjer gjennomgått. Begge forfattere vurderte de inkluderte studiene og den oppsummerte litteraturen (retningslinjer og systematisk oversikt).

Inklusjonskriterier var at artikler i tittel og/eller sammendrag handlet om innleggelse av permanent kateter i sykehus og at de undersøkte bruk av antiseptisk eller steril væske til vask før kateterisering. Kun randomiserte kontrollerte studier (RCT) ble inkludert siden dette er et spørsmål om effekt. Videre ble artikler etter år 2000 inkludert og studiene måtte i tillegg være publisert på et engelsk eller skandinavisk språk.

Vår problemstilling er en liten, men viktig komponent i forebygging av kateterassosiert urinveisinfeksjon (infeksjoner som oppstår i forbindelse med eller som en følge av kateterbruk). Vi forventet ikke å finne systematiske oversikter eller retningslinjer som bare ser på effekten av dette. Vi har derfor brukt den oppsummerte litteraturen til å identifisere de RCT-studier som eventuelt er grunnlaget for deres anbefalinger. Kriterier for å vurdere oppsummert litteratur og retningslinjer var at de omhandlet

vask av urinrørsområdet før kate-
terisering. De inkluderte studiene
og de vurderte retningslinjene ble
lest i fulltekst og ble kvalitetsvurdert
ved bruk av sjekklister fra Nasjonalt
kunnskapssenter for helsetjenesten
(www.kunnskapssenteret.no), tabell
2 og tabell 3.

RESULTAT

Litteratursøket og gjennomlesing
av referanselister ga 612 treff.
Bibliotekar samkjørte database-
treffene i Medline, Cinahl og
Embase og fjernet 164 dubletter.
Det var også to dubletter
i Cochrane, totalt 166 dubletter.
Av antall titler og sammendrag
til gjennomlesing ble 446 og 403
vurdert som irrelevante. Totalt ble
43 artikler og retningslinjer lest
i fulltekst. Av disse ble fem retnings-
linjer og en systematisk oversikt
vurdert, 34 artikler ble ekskludert
og vi endte opp med tre RCT-
studier (21–23). Karakteristika
og kvalitetsvurdering av de tre
inkluderte enkeltstudiene er
beskrevet i tabell 1 og 2.
Resultatene fra litteratursøket
er beskrevet i figur 1.

Det ble ni treff på retningslinjer.
Alle ble lest i fulltekst og vur-
dert ved bruk av sjekklister fra
kunnskapssenteret. Fem var rele-
vante (3–7) og deres anbefalinger
i forhold til vår problemstilling
er framstilt i tabell 3. Fire var
irrelevante fordi en var beregnet
på primærhelsetjeneste, en beskrev
ikke type væske til å vaske med,
en var en eldre versjon og en
hadde (med tillatelse) identiske
anbefalinger som en av de relevante
retningslinjene. I tabell 3 er også
anbefalingene fra den systematiske
oversikten tatt med (8). De aktuelle
retningslinjer baserer sine anbefal-
inger på ulikt kunnskapsgrunnlag
og kommer fram til ulike anbefal-
inger (tabell 3).

TABELL 1: Karakteristika på de inkluderte RCT-studiene

Studie	Design	Setting	Deltakere	Tiltak	Kontroll	Utfallsmål	Resultat
Webster mfl. 2001	RCT	Sykehus Australia	436 gravide ble kateterisert	219 vask med rent vann	217 vask med klorhexidin	Urinprøve fra kateterets prøvetakssted 24 t etter kateterisering 8,7 % (n=38) fikk bakteriuri; 8,2 % (n=18) i vanngruppen og 9,2 % (n=20) i klorhexidingruppen OR:1,13, 95% CI:0,58-2,21	Ingen signifikant forskjell mellom gruppene Klorhexidin har ikke bedre effekt enn rent vann. Unge gravide kvinner
Al-Farsi mfl. 2009	RCT	Sykehus Canada	186 små barn ble kateterisert for å få ren urinprøve	92 vask med sterilt vann	94 vask med povidone-iodine	Urinprøve når de katetererte. 32 (17%) fikk positiv urinkultur. Av disse ble 15 (16%) vasket med povidone-iodine og 17 (18%) ble vasket med sterilt vann.	Ingen signifikant forskjell mellom gruppene Povidone-iodine har ikke bedre effekt enn sterilt vann
Nasiriani mfl. 2009	RCT	Sykehus Iran	60 kvinner ble kateterisert før gynekologisk operasjon	30 vask med rent vann	30 vask med povidone-iodine	Urinprøve, en spontant like før kateterisering og en fra kateterets prøvetakssted 24 t etter kateter-innleggelse. 11 fikk påvist bakteriuri. Av disse ble 20 (n=6) vasket med vann og 16,7% (n=5) ble vasket med povidone-iodine	Ingen signifikant forskjell mellom gruppene Povidone-iodine har ikke bedre effekt enn rent vann Stort sett friske kvinner

TABELL 2: Kvalitetsvurdering av inkluderte studier

Studie	Randomisering	Blinding pasient	Blinding personell	Blinding utfallsmål	Validert metode for utfallsmåling
Webster 2001	Ja	Nei	Nei	Ja	Ja
Al-Farsi 2009	Ja	Små barn	Nei	Ja	Ja
Nasiriani 2009	Ja	Ikke beskrevet	Nei	Ikke beskrevet	Ja

TABELL 3: Evidensgradering og anbefaling av type væske til vask av urinrørsområdet før innleggelse av permanent urinkateter i de vurderte retningslinjene og i den systematiske oversikten

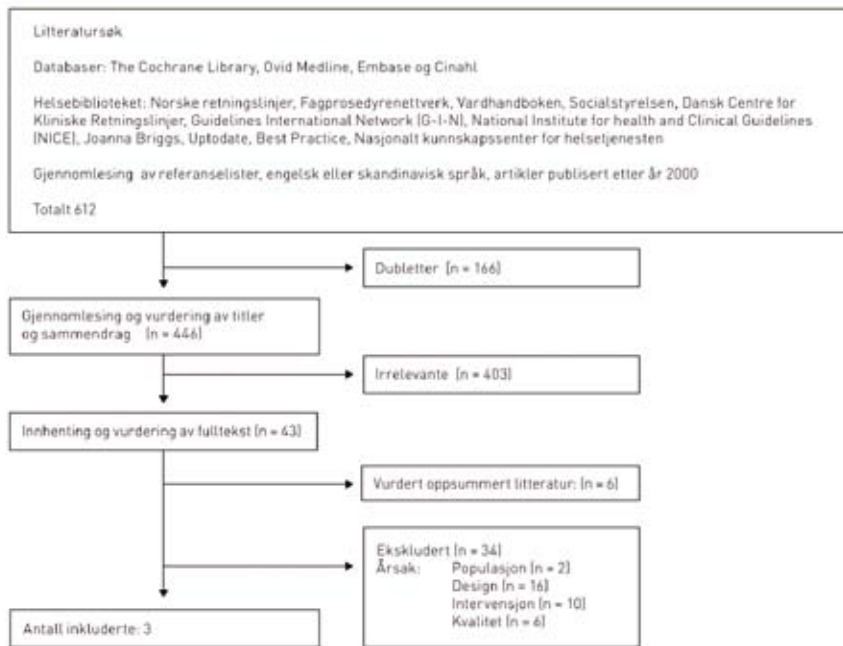
Forfattere	Evidens gradering/kategorisering	Anbefaling	Evidens
Pratt mfl 2007	A,B,C,D, D/GPP (Good practice point) Kvaliteten på kunnskapsgrunnet: Høy kvalitet 1+, graderes nedover til 1+, 2+, 2-, -3 og 4. Grad 2+ er case-kontroll eller kohort Grad 3 er ikke analytiske studier Grad 4 er konsensus og ekspertuttalelser D støttes av grad 2+, grad 3 eller 4.	Vask med sterilt saltvann	D
Gould mfl 2009	1A: sterk anbefaling støttet av høy til moderat evidenskvalitet 1B: sterk anbefaling støttet av lav evidenskvalitet 1C: sterk anbefaling støttet av nasjonal styring/ regulering II: svak anbefaling støttet av enhver evidenskvalitet Ingen anbefaling / uløst spørsmål	Antiseptisk eller steril væske	Ingen anbefaling/ uløst spørsmål
Gould mfl 2009	1A: sterk anbefaling støttet av høy til moderat evidenskvalitet 1B: sterk anbefaling støttet av lav evidenskvalitet 1C: sterk anbefaling støttet av nasjonal styring/ regulering II: svak anbefaling støttet av enhver evidenskvalitet Ingen anbefaling / uløst spørsmål	Antiseptisk eller steril væske	Ingen anbefaling/ uløst spørsmål
Hooton mfl 2010	A: god B: moderat C: svak. Kvalitet på kunnskapsgrunnet går fra I – III I: minst en RCT II: en eller flere studier med god design III: ekspertuttalelser	Antiseptisk eller steril væske	Ingen anbefaling Mer forskning er nødvendig
Lo mfl 2008	A: god B: moderat C: svak. Kvalitet på kunnskapsgrunnet går fra I – III I: minst en RCT II: en eller flere studier med god design eller tydelige resultater fra ukontrollerte studier III: ekspertuttalelser, klinisk erfaring og beskrivende undersøkelser	Antiseptisk eller steril væske	Ingen anbefaling/ uløst spørsmål
Best Practice 2010	A: sterk anbefaling B: moderat anbefaling C: ikke anbefalt	Rent vann	B
Moola og Konno 2010	Systematisk oversikt	Rent vann	Ikke gradert

Av de inkluderte enkeltstudier er det bare Webster 2001 (21) som er inkludert i retningslinjene (3,5,6) og i den systematiske oversikten (8). De to siste enkeltstudiene (22, 23)

er av nyere dato og er ikke tatt med i retningslinjene.

Webster m.fl. 2001 (21) inkluderte 436 gravide kvinner som fikk innlagt

FIGUR 1: Artikkelflyt



permanent urinkateter på sykehus. De ble randomisert til vask med rent vann (n=219) og til vask med klorhexidin 0,1 prosent (n=217) før kateterisering. Avdelingens vanlige prosedyre for kateterinnleggelse ble fulgt for begge grupper. Urinprøven ble tatt 24 timer etter kateterisering. Ti ml urin ble tatt sterilt fra kateterets prøvetakingsport og sendt til laboratoriet for mikroskopi og dyrking. Mikrobiologen som analyserte urinprøvene var blindet for hvilken væske det ble vasket med. Resultatene viste at 8,7 prosent (n=38) hadde bakteriuri. Bakteriefrekvensen var omtrent lik i de to gruppene, 8,2 prosent (n=18) i gruppen som ble vasket med rent vann og 9,2 prosent (n=20) i gruppen som ble vasket med klorhexidin (odds ratio 1,13; 95 prosent konfidensintervall 0,58-2,21). Studien konkluderer med at klorhexidin ikke har bedre effekt enn rent vann.

Nasiriani m.fl. 2009 (22) inkluderte 60 kvinner som fikk innlagt permanent urinkateter før gynekologisk operasjon. Kvinnene ble randomisert til vask med rent vann (n=30) og til vask med povidone-

iodine (n=30). Povidone-iodine er en antiseptisk væske som tilsvarer klorhexidin. Avdelingens vanlige prosedyre for kateterinnleggelse ble fulgt for begge grupper. Det ble tatt to urinprøver fra hver pasient, en fra spontan vannlating like før kateterisering og en sterilt fra kateterets prøvetakingssted 24 timer etter kateterinnleggelse. Prøvene ble levert til laboratoriet til analyse og dyrking. Dette er en enkelblindet studie, men de har ikke skrevet hvem som er blindet. Ingen fikk påvist bakteriuri i prøven tatt før kateterisering, mens 11 pasienter fikk påvist asymptomatisk bakteriuri i prøven tatt fra kateteret. Av disse 11 pasientene ble 20 prosent (n=6) vasket med rent vann og 16,7 prosent (n=5) vasket med povidone-iodine. Studien konkluderer med at det ikke er noen forskjell i forekomst av bakteriuri om man bruker rent vann eller antiseptisk væske. Svakheter ved studien er at ikke alle urinprøvene og kateteriseringene ble foretatt av samme person. Prosedyrene ble utført av to sykepleiere som hadde fått spesiell undervisning og opplæring, men forskerne skriver at det likevel er

muligheter for at prosedyrene ikke ble likt gjennomført.

Al-Farsi m.fl. 2009 (23) inkluderte 186 barn i aldersgruppen null til fire år som ble kateterisert på sykehus for å få ren urinprøve. Det var 92 barn som ble randomisert til vask med sterilt vann og 94 barn til vask med povidone-iodine. Avdelingens vanlige prosedyre for kateterinnleggelse ble fulgt for begge grupper. Urinprøven ble testet med urinstix og levert til laboratoriet for dyrking. Totalt hadde 32 pasienter (17 prosent) positiv urinkultur (urinveisinfeksjon), av disse var 15 pasienter (16 prosent) i gruppen som ble vasket med povidone-iodine og 17 pasienter (18 prosent) i gruppen som ble vasket med sterilt vann. Det var ingen signifikant forskjell mellom gruppene med positiv urinkultur. Hver familie ble oppringt innen ti dager etter prosedyren med spørsmål om barnets tidligere symptomer, eventuelt nye symptomer og antibiotikabruk. Det var ikke mulig å dobbeltblinde type væske til vask, men laboratoriet som analyserte urinprøvene og legen som ringte var blindet. Studien konkluderer med at sterilt vann ikke er mindre effektivt enn povidone-iodine. Av dem som ikke hadde signifikant bakterievekst i urinen, var det flere i vanngruppen (n= 22) enn i povidone-iodine gruppen (n=10). Et barn i vanngruppen uten signifikant bakterievekst fikk feber og fikk neste dag påvist positiv urinkultur. Forskerne skriver at den kliniske betydningen av ikke signifikant bakterievekst ser ut til å være minimal, men at det hadde vært interessant å studere om bakterieveksten ble hindret av den antiseptiske væsken det ble vasket med.

Vi har vurdert de tre studiene til å være for heterogene til at vi kan sammenfatte resultatene i en metaanalyse. De inkluderte grupper var små barn, gravide og stort sett friske kvinner som skulle opereres.

Det er få studier som ser på vaskemetoder før kateterisering. De tre studiene vi har inkludert konkluderer alle med at det ikke er noen forskjell på å bruke sterilt eller rent vann versus antiseptisk væske. I Norge er det ulik praksis, noen sykehus bruker klorheksidin og noen bruker steril væske. De nyeste retningslinjene gir ingen klare svar på spørsmålet og da er det kanskje naturlig at praksis varierer. Fire av de fem retningslinjene vi har vurdert anbefaler aseptisk teknikk og sterilt utstyr (3,5,6,7), mens en retningslinje konkluderer med at det er tilstrekkelig med ren teknikk (4). Det er imidlertid ulikt hva de anbefaler å vaske med; en anbefaler sterilt saltvann, en anbefaler rent vann, mens de andre sier det er for svakt kunnskapsgrunnlag til å gi anbefaling (tabell 3).

Webster m.fl. 2001 (21) er referert til i retningslinjene. Svakheten til den studien er at de kun inkluderte unge, gravide kvinner og at de var kateterisert i kort tid. Etter at disse retningslinjene ble publisert er det gjennomført to nye RCT-studier i sykehus (22,23). Begge disse studiene konkluderer at det ikke er forskjell på bakterieforekomst om en vasker med antiseptisk væske, sterilt eller rent vann. Studien til Nasiriani m.fl. 2009 (22) er liten og inkluderer stort sett friske kvinner. Resultatene må derfor brukes med forsiktighet for andre pasientgrupper. De skriver også at antiseptisk væske kan gi bivirkninger og økte kostnader sammenliknet med bruk av rent vann.

Al Farsi m.fl. 2009 (23) skriver at det virker trygt å bruke sterilt vann og at det samtidig er billig, har minimalt med bivirkninger og er lite hudirriterende. Hung m.fl. konkluderer i en litteraturstudie fra 2010 at det er trygt å vaske urinrørs-

området med rent vann, sterilt vann eller sterilt saltvann før innleggelse av urinkateter (24).

Klorhexidin er en desinfeksjonsvæske som har baktericid effekt på grampositive og gramnegative bakterier. Det er et bredspektret antiseptikum og er mer effektivt mot grampositive enn gramnegative bakterier (25,26). Det er oftest gramnegative bakterier, *E. coli*, *Proteus mirabilis*, *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa* og *Klebsiella* som forårsaker urinveisinfeksjon (26,27). Bivirkninger ved bruk av klorheksidin kan være kontaktdermatitt, urticaria og anafylaktisk reaksjon, men de forekommer sjelden (25). Det kan være hudirriterende og noen pasienter synes det svir når det vaskes enten med 0,5 mg/ml, eller 1 mg/ml vandig klorhexidin før kateterisering. Al-Farsi m.fl. (2009, s. 659) skriver at de har som rutine å vaske huden ren for povidone-iodine etter kateterisering for å redusere hudirritasjon og forebygge brannså (23). Pratt m.fl. (2007, s. 31) poengterer at overdreven vask og bruk av antiseptiske løsninger rundt urinrørsåpningen kan føre til at huden blir sår og irritert og dermed kanskje mer mottakelig for infeksjon (3). Klorhexidin er tilsatt i mange produkter og brukes verden over. Det kan øke faren både for allergi og resistensutvikling. Det brukes på sykehus som hud- og slimhinnedeinfeksjon og finnes også som tilsetning i gel som fylles i urinrøret før kateterisering. Urethra skal fylles med gel for å redusere friksjonen ved kateterisering med permanente katetertyper. Det reduserer faren for å skade urinrøret og reduserer også ubehaget for pasienten. Imidlertid er det ikke vist at antiseptisk tilsetning i gelen reduserer forekomst av urinveisinfeksjon (6,27). Det er mange case-rapporter om alvorlige allergiske reaksjoner med bruk av urethragel tilsatt klorhexidin

(10,11,13,14,17,18). Insidensen av anafylaksi forårsaket av klorheksidin er ukjent, men det stilles spørsmål om forekomsten er større enn man tidligere har antatt (15). De nyeste retningslinjene for å forebygge kateterassosiert urinveisinfeksjon gir anbefalinger om ulike tiltak. Innleggelse av urinkateter må utføres av helsepersonell med kunnskap om korrekt kateterinnleggelse, god hygiene, håndhygiene og aseptisk teknikk (3,5-7). Katetre må fjernes så snart det er forsvarlig og de som må ha kateter må få riktig kateterstell og god oppfølging (3, 5-7). Anbefalingene bygger imidlertid ofte på ekspertuttalelser, konsensus og forskning med lav kvalitet eller utilstrekkelig styrke. Det er derfor behov for mer forskning på denne omfattende problemstillingen.

I den planlagte nasjonale pasientsikkerhetskampanjen «I trygge hender» er en av fire innsatsområder nettopp å forebygge kateterassosierte urinveisinfeksjoner (www.npsk.no). Det er helt grunnleggende å ha klare indikasjoner for bruk av urinkateter, at personellet har kunnskap og at vi har prosedyrer som er i tråd med den til enhver tid beste praksis som kan bidra til å forebygge kateterassosiert urinveisinfeksjon.

Bakterier kan komme inn i blæren ved innleggelse av urinkateter. Mange mener nok at å vaske med noe «sterkere» enn vann er viktig for å unngå å påføre pasienten bakterier i forbindelse med kateteriseringen. Webster m.fl. 2001 (21) skriver at en del av personalet nektet å være med på studien der de sammenliknet vask med vann versus klorhexidin. De mente det var helt feil ikke å bruke antiseptisk væske til å desinfisere urinrørsområdet før kateterisering. Det er imidlertid mangel på forskning som understøtter denne praksisen. De studiene som har undersøkt dette finner ikke forskjell (21-23).

Ut ifra denne litteraturstudien er det god grunn til å sette spørsmålsteget ved om det er nødvendig å bruke antiseptisk væske tatt i betraktning av at tre studier ikke finner noen effekt, at klorhexidin er allergiframkallende og er dyrere sammenliknet med steril væske. Vi må unngå tiltak som er unyttige eller skadelige. Kategoriseringsprosedyren må være trygg for pasientene, må medføre minimal fare for bivirkninger og være kostnadseffektiv. I Norge koster en liter sterilt saltvann cirka kr 7,50 og en liter vandig klorhexidindin cirka kr 51.

En viktig årsak til å endre rutine til å bruke sterilt saltvann eller sterilt vann er at det er risiko for bivirkninger med å bruke klorhexidin. Pasienter og helsearbeidere vil i mindre grad bli utsatt for et allergen som kan føre til allergi og resultere i alvorlige, livstruende reaksjoner. Alvorlige reaksjoner skjer sjelden, men de forekommer (22,25). I tillegg vil miljøet bli spart ved at mindre klorhexidin blir kastet i naturen.

KONKLUSJON

Studiene i denne litteraturnomgangen finner ikke at vask med antiseptisk væske av urinrørsområdet før innleggelse av permanent urinkateter har effekt for å redusere bakteriuri og urinveisinfeksjon. Disse tre studiene inkluderte friske kvinner, gravide og små barn. Det er behov for randomiserte kontrollerte studier der også andre pasientgrupper blir inkludert.

REFERANSER

- Nasjonalt folkehelseinstitutt. Resultater fra prevalensundersøkelsene (fra 1999 til nå). http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=233&trg=MainLeft_5631&MainArea_5661=56310:15,3421:1:0:0::0:0&MainLeft_5631=5544:60795::1:5641:1::0:0 (Nedlastet 08.06.12).
- Hilde Skudal. I: Lassen J, Sandven P, Grude N, Hermansen NO, Leegaard T, red. Bakteriologisk

- diagnostikk ved urinveisinfeksjoner. Strategimøte nr. 21, 2007: 16. <http://www.fhi.no/dav/fb5bf18b04.pdf> (Nedlastet 08.06.12).
- Pratt RJ, Pellowe CM, Wilson JA, Loveday HP, Harper PJ, Jones SR, et al. epic2: National evidence-based guidelines for preventing healthcare-associated infections in NHS hospitals in England. *J Hosp Infect* 2007; 65:1-64.
- Management of short-term indwelling urethral catheters to prevent urinary tract infections. Best Practice: evidence-based information sheets for health professionals. 2010; 14 (12): 1-4
- Lo E, Nicolle L, Classen D, Arias KM, Podgorny K, Anderson DJ, Burstin H, Calfee DP, Coffin SE, Dubberke ER, Fraser V, Gerding DN, Griffin FA, Gross P, Kaye KS, Klompas M, Marschall J, Mermel LA, Pegues DA, Perl TM, Saint S, Salgado CD, Weinstein RA, Wise R, Yokoe DS. Strategies to prevent catheter-associated urinary tract infections in acute care hospitals. *Infect Control Hosp Epidemiol*. 2008; 29 Suppl 1: 41-50. <http://www.jstor.org/stable/10.1086/591066> (Nedlastet 08.06.12)
- Gould CV, Umscheid CA, Agarwal RK, Kuntz G, Pegues DA and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC) Guideline for prevention of catheter-associated urinary tract infections 2009. <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/CAUTI/CAUTIguideline2009final.pdf>. (Nedlastet 08.06.12)
- Hooton TM, Bradley SF, Cardenas DD, Colgan R, Geerlings SE, Rice JC, Saint S, Schaeffer AJ, Tambayh PA, Tenke P, Nicolle LE. Diagnosis, prevention, and treatment of catheter-associated urinary tract infection in adults: 2009 International Clinical Practice Guidelines from the Infectious Diseases Society of America. *Clin Infect Dis*. 2010; 50 (5): 625-63. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20175247> (Nedlastet 08.06.12).
- Moola S, Konno R. A systematic review of the management of short-term indwelling urethral catheters to prevent urinary tract infections. *Joanna Briggs Institute Library of Systematic Reviews* 2010; 8 (17): 695-729.
- Guttormsen AB, Harboe T, Pater G, Florvaag E. Anaphylaxis during anaesthesia. *Tidsskr Nor Lægeforen*, 2010;130:503-6.
- Stålenheim G, Blömstrom P, Venemalm L. Chlorhexidine caused anaphylactic reaction. Not only drugs should be considered in the investigation of allergy, according to a case report. *Läkartidningen*, 2010; 13-19;107:37-8.
- Parkes AW, Harper N, Herwadkar A, Pumphrey R. Anaphylaxis to the chlorhexidine component of Instillagel: a case series. *Br J Anaesth*. 2009;102:65-8.
- Sivathanan N, Goodfellow PB. Skin cleansers: the risk of chlorhexidine. *J Clin Pharmacol*. 2011; 51:785-86.
- Garvey LH, Roed-Petersen J, Husum B. Anaphylactic reactions in anaesthetised patients – four cases of chlorhexidine allergy. *Acta Anaesthesiol Scand*. 2001; 45:1290-4.
- Van Zuuren EJ, Boer F, Lai a Fat EJ, Terreehorst I. Anaphylactic reactions to chlorhexidine during urinary catheterisation. *Ned Tijdschr Geneesk*. 2007;151: 2531-4.
- Jee R, Nel L, Gnanakumaran G, Williams A, Eren E. Four cases of anaphylaxis to chlorhexidine impregnated central venous catheters: a case cluster or the tip of the iceberg? *Br J Anaesth*. 2009;103: 614-15.
- Nagendran V, Wicking J, Ekbote A, Onyekwe T, Garvey LH. IgE-mediated chlorhexidine allergy: a new occupational hazard? *Occup Med (Lond)*. 2009; 59:27-72.
- Nel L, Eren E. Perioperative anaphylaxis. *Br J Clin Pharmacol* 2011; 71:647-58.
- Noel J, Temple A, Laycock GJ. A case report of anaphylaxis to chlorhexidine during urinary catheterization. *Ann R Coll Surg Engl*. 2012; 94:159-60.
- Helse Sør-Øst nettside for smittevern. http://www.infeksjonskontroll.no/portal/page/portal/Infeksjonskontroll/forebygging?p_document_id=401775 (Nedlastet 06.07.12).
- <http://www.helsebiblioteket.no/microsite/Fagprosedyrer/Fagprosedyrer/Urinkateter%2C+permanent+%E2%80%93+innleggelse%2C+stell%2C+skifte%2C+skylling+og+seponering%2C+hos+voksne>. 144018. cms (Nedlastet: 06.07.12).
- Webster J, Hood RH, Burrige CA, Doidge ML, Phillips KM, George N. Water or antiseptic for periurethral cleaning before urinary catheterization: a randomized controlled trial. *Am J Infect Control*. 2001; 29: 389-94.
- Nasiriani K, Kalani Z, Farnia F, Motavassilian M, Nasiriani F, Engberg S. Comparison of the effect of water vs. povidone-iodine solution for periurethral cleaning in women requiring an indwelling catheter prior to gynecologic surgery. *Urol Nurs*. 2009; 29:118-21,131.
- Al-Farsi S, Oliva M, Davidson R, Richardson SE, Ratnapalan S. Periurethral cleaning prior to urinary catheterization in children: sterile water versus 10 % povidone-iodine. *Clin Pediatr (Phila)*. 2009; 48: 656-60.
- Hung A, Giesbrecht N, Pelingon P, Bissonnette R. Sterile water versus antiseptic agent as a cleansing agent during periurethral catheterizations. *Nena Outlook* 2010 Fall; 33:18-21
- Felleskatalogen 2011, 53. utgave. www.felleskatalogen.no. (Nedlastet: 06.07.12.)
- Kyle G. Reducing urethral catheterization trauma with urethral gels. *Neurogenic bladder supplement* 2011;7:8-12
- Nils Grude. I: Lassen J, Sandven P, Grude N, Hermansen NO, Leegaard T, red. Bakteriologisk diagnostikk ved urinveisinfeksjoner. Strategimøte nr. 21, 2007: <http://www.fhi.no/dav/fb5bf18b04.pdf> (Nedlastet: 06.07.12)

Urologisk poliklinikk Sykehuset i Vestfold, avdeling Tønsberg



Er vi ikke en flott gjeng? I august skal vi arrangere NUF konferanse i Sandefjord og gjett om vi gleder oss!

Urologisk poliklinikk ved Sykehuset i Vestfold, avdeling Tønsberg er en herlig, hektisk arbeidsplass. Vi er 2 uroterapeuter, 1 onkologisk sykepleier, 1 stomisykepleier, 5 sykepleiere, 1 hjelpepleier og sekretærer som holder orden på nær 10000 konsultasjoner pr. år. Omtrent 3000 av konsultasjonene er sykepleietimer, hvorav ca. 650 er annen kjemoterapibehandling. (blærestillinger, Zometainfusoner). Vi har 8 urologer på "huset", men en øver på pensjonisttilværelsen.

Uroterapeutene tar seg av cystometriene med trykk/flow undersøkelser, de nevrogene blærene, kvinnene med vannlantingsproblemer, Interstitiell cystitt, opplæring i RIK etc.

Vi andre sykepleierne jobber generelt med urologi, pluss at noen har sine spesialfelt. 2 er rettet inn mot ca. vesica og Studerblærene som krever nitidig oppfølging. 2 andre har oppfølging etter radikale prostatektomier med alt det innebærer bl.a erektil dysfunksjon. I forbindelse med urinlekkasje har vi på "huset" en fysioterapeut som er kjempedyktig på bekkenbunnstrening og har jobbet med dette i mange år. Vi har vært så heldig at hun stiller opp og øser av sin erfaring på høstens NUF kurs.

I 2009 ble det etter initiativ av Urolog Sven Löffeler opprettet et "Prostatacenter" ved sykehuset. Dette ble mulig takket være hans entusiasme, velvillige

Scandinavian Association
of Urology and Urological Nurses

www.nuf2013.no

Sykehuset i Vestfold
Vestfold Hospital Trust

sykepleiere, stort pågangsmot og omdisponering av ressurser. (fikk ingen nye) Det ble opprettet tverrfaglig møte ukentlig hvor urologer, sykepleiere, onkologisk sykepleier, onkolog, radiologer, patologer og sekretærer tar opp og diskuterer pasienter.

I kjølevannet av prostatasenteret ble det opprettet et oppfølgingsopplegg for cancer prostatapasientene i "Active Surveillance". De skal følges tett med PSA hver 3. mnd til å begynne med. Nye prostatabiopsier etter 1 år og så etter 3 år. Oppfølgingen er delegert til sykepleier som hvis det er tvil, konfererer med urolog. Vi har i løpet av disse 3 årene hatt 184 pasienter på listene. Noen har gått videre til operasjon eller strålebehandling, andre er overført til fastlegen.

Utviklingen innenfor urologien er enorm og pågangen på poliklinikken er stadig økende. For å ta unna noe av ventelistene har vi nå startet med kveldspoliklinikker. Mange pasienter som er i arbeid synes det er kjemp greit å kunne komme på kveldstid. For oss som jobber er det deilig å slippe alle forstyrrelser og telefoner som vi har på dagtid, men travelt (og hyggelig) det er det.....

VI SES VEL I SANDEFJORD I AUGUST

for poliklinikken Karin Skogstad Sebakk

Nye

Uracyst®

– 2% løsning kondroitinsulfat 400mg



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

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

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

"96 % av pasientene opplevde noen form av forbedring"

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

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

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

Pakninger **Varenummer**
4 x 20 ml 451459

Distributør
VitaFlo Scandinavia AB NUF

Ved bestilling
send mail til: infono@vitaflo.net



På forespørsel sendes produktark og pasientveiledning.

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


VITAFLO
Part of the Navamedic Group



FSU KONFERANSEN 2013 I TROMSØ

Sommerøya

PROGRAM

TORS DAG 30. MAI

- 09:00 – 09:45 Registrering. Kaffe. Besøk hos utstillere
- 09:45 – 10:00 Åpning – Velkommen v/ Kristin Sørgård
- 10:00 – 10:45 Presentasjon av avd. for Gynekologi, urologi og endokrin kirurgi
- 10:45 – 11:15 Kaffe og besøk hos utstillere
- 11:15 – 12:00 Seksualitet etter kirurgi v/urolog Due
- 12:00 – 13:00 Lunsj med besøk hos utstillere
- 13:00 – 13:45 En funksjonell mann, ikke bare en velfungerende penis
Presentasjon av masteroppgave v/ uroterapeut Marianne Nicolaisen
- 13:45 – 14:15 Kaffe med besøk hos utstillere
- 14:15 – 15:00 Fra en kirurgs ståsted
- 15:00 – 15:15 Kaffe/ rundstykker og besøk hos utstillere
- 15:15 – 16:00 Program kommer..
- 16:30 – 19:00 Fri. Evt. fisketur/fjelltur/strandtur, eller gjøre hva du vil. Pris for fisketur kommer utenom programmet
- 20:00 Konferansemiddag

FREDAG 31. MAI

- 08:30 – 08:45 Kaffe og besøk hos utstillere
- 08:45 – 09:30 Presentasjon av LMS kursene
- 09:30 – 09:45 Presentasjon av neste års FSU
- 09:45 – 10:15 Kaffe og besøk hos utstillere
- 10:15 – 11:00 Doktorgradsavhandling vedr. cancer prostata v/ kreftsykepleier Bente Ervik
- 11:00 – 11:15 Kort pause
- 11:15 – 12:00 Tema kommer
- 12:00 – 13:00 Lunsj med besøk hos utstillere
- 13:00 – 13:45 Om å gjøre hverandre gode
- 13:45 – 14:15 Kaffe og besøk hos utstillere
- 14:15 – 14:45 Avslutning og vel hjem

Foreløpig program - Vi tar forbehold om endringer!



FSU konferansen 2013

Sykdom og Seksualitet

Tromsø / Sommarøya, 30. – 31. mai

Bli med på en faglig opplevelse midt i naturen, ut mot storhavet!

Eminente forelesere med god kunnskap om temaet sykdom og seksualitet. En unik sjanse til å få faglig påfyll om et viktig og stort tema, samtidig som vi kan by på fine naturopplevelser!

Du kommer vel??

Vi ser fram til å møtes!

Påmelding:

fsu.axaco.se

Mer info om konferansen:

<https://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/urologi>



OSS MEDLEMMER IMELLOM

Hei og riktig godt nyttår til alle lesere av Uro Info! Nå står vi foran et nytt år og helt ubrukt, men spennende og krevende!

Jeg er sykepleier og jobber som enhetsleder ved Sykehuset Telemark, Skien kirurgisk klinikk, kirurgen 1 uro/ønh. For 2 år siden slo 3 klinikker seg sammen til 1 stor kirurgisk klinikk. Vi er organisert i sykepleiefaglig seksjon (SFS) med 1 sykepleier som seksjonsleder og 6 enheter under. Disse er ortopedene, gastro, endo-gyn, plast. kir, uro-ønh og pasienthotellet.

Vi har 15 uro senger og 3 ønh og deler sengepost med plast.kir som har 11 senger.

Jeg har jobbet ved ST siden 1986 da jeg var nyutdannet sykepleier. Urologi er et spennende fagfelt og det har jo skjedd en rivende utvikling i form av nye operasjonsteknikker, ulike avlastende katetre/drenasjesystemer etc..

De senere årene har vi som alle andre sykehus vært gjennom store omstillingsprosesser, nedbemanninger og ikke minst sengereduksjon.

For 3 år siden fikk vi pasienthotell. De fleste pasienter blir klargjort til opr på pasienthotellet og kommer til sengepost etter oppvåkning/ intensiv. Det fordrer oss til å tenke nytt i forhold til logistikk og pasientflyt. Vi har operasjonsprogram på uro 5 dager i uken. Har også mange ø.hj pas.

Vi er kjempe heldige som har operasjons robot: Robot-assisterte inngrep ved radikal fjerning av prostata. De siste årene har utstyret også blitt benyttet til fjerning av hele eller deler av nyre og operasjoner på nyrebekken.

Det er spennende å se hvor kort liggetiden er i forhold til åpne operasjoner. De pasienter som er operert for prostata med robot og bor i distriktet her kommer til avdelingen og fjerner agraffer og KAD etter 14 dager.

Vi tilstreber at de treffer den sammen sykepleieren som de ble kjent med under oppholdet.

Vi har kreftsykepleier som har kombinert kreft/fagstilling og en sykepleier er under videreutdanning i kreftsykepleie. Vi har to sykepleiere som har videreutdanning i aldring og eldreomsorg. Det er mange utfordringer i møte med den eldre pasient med sammensatte lidelser.

Vi har sterkt fokus på kompetanseheving både på enheten vår og felles i seksjonen. Det arrangeres felles kompetansedager i seksjonen vår og høst. Dette har fagsykepleierne i seksjonen ansvar for. Vi ser at det styrker samarbeidet på tvers i seksjonen.

Vi har et godt etablert kurs i samarbeid med Lærings- og Mestringscenteret for pasienter med prostatakraft og deres pårørende. Det er nå utvidet til 3 dager vår og høst. Det er vår kreftsykepleier som har ansvar for disse kursene og tilrettelegger sammen med tverrfaglige samarbeidspartnere. Det er svært gode tilbakemeldinger fra deltagerne og tydelig et stort behov for informasjon og det å komme sammen med flere i samme situasjon og dele erfaringer med hverandre.

Jeg er meget stolt av mine medarbeidere og vi har et arbeidsmiljø som preges av høyt kompetente sykepleiere og hjelpepleiere, der profesjonalitet og kvalitet står sterkt. Vi har stort fokus på medansvar, fleksibilitet og lagånd. Vi skårer høyt på pasienttilfredshetsundersøkelsen, men det er viktig å ikke hvile på våre lauvbær, men strekke oss for å bli enda bedre. Vi kan alltid bli bedre på pasientinformasjon. Derfor har vi laget skriftlig informasjon til alle operative inngrep som straks er ferdig.

Til slutt vil jeg ønske alle lykke til med de utfordringer som møter oss i behandling av urologiske pasienter og deres pårørende.

Med vennlig hilsen *Benedikte S Gripsgård*



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

Vi har hjelpemidler for personal og pasient



BCG-medac
Pasientbrosjyre



Blæreblock
TNM klassifisering av blærekreft

Stadium	ICD-O-3	ICD-O-3	ICD-O-3
0	C63.0	C63.1	C63.2
I	C63.3	C63.4	C63.5
II	C63.6	C63.7	C63.8
III	C63.9	C63.0	C63.1
IV	C63.2	C63.3	C63.4
V	C63.5	C63.6	C63.7
VI	C63.8	C63.9	C63.0

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 akquirerte 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 installeres før 2 til 3 uker etter TUR, blærebiopsi eller katetertraumatisering. Blæreoperasjon, 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, miljær 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 penisshodet, 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, frynser, generell ubehag). Svært sjeldne (< 1/10 000): Overfølsomhetsreaksjoner (f. eks. ødem i øyelokk, hoste). **Øyesykdommer** Svært sjeldne (< 1/10 000): Kororetinititt, konjunktivitt, uveitt. **Karsykdommer** Svært sjeldne (< 1/10 000): Vaskulær fistel. **Sykdommer i respirasjonsorganer, thorax og 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 (hettglass + pose) NOK 3135,40 (AUP). **Utlevering:** Reseptpliktig legemiddel, Reseptgruppe C. **ATC-Kode:** L03AX03

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

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 Gytte 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

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: 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



Kameratene slutter nok snart å ringe.

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

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

 **Vesicare**
Solifenacin
Legemiddel mot overaktiv blære