

# URO

# INFO

Nr. 2 - juni 2013 - 24. årg.  
ISSN 1891-5116

9 Ny forening for blærekreftberørte

10 Robotkirurgi

12 Cystoskopikurs med praktisk trening

22 Tisseskolen i Askøy kommune

26 Blærekreft

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**

## God sommer og grillsesong til alle!

Det tikker mot sommer... Jeg kan nesten ikke bla fort nok i kalenderen! Men det har vært en strålende vår! Mye sol og deilig vær i vinter i sør og en heller ruskete tidlig vår i nord gjør meg ydmyk overfor de forskjellene vi lever med. Ikke nok med at solen er borte der dere opppe i nord. Dere har vært belemt med snørås, stengte veier og ulykker som følge av dette. Men I skrivende stund sitter dere og planlegger FSU-kurs for fullt og jeg HÅPER av hele mitt hjerte at dere er like heldige med været på FSU dagene som vi var i Bergen!! Måtte alle værgudenegudene som finnes være med oss!!

Uroterapistudentene i Bergen har kommet godt i gang. De leser og skriver oppgaver til blekket spruter! Katrin i styret som også er student og meg, var på EAU/EAUN i Milano i mars. Det var en flott kongress. For første gang ble det der arrangert et cystoskopikurs for sykepleiere. Der var jeg og Katrin! I disse tider med oppgaveforskyvning på helseagendaen, var det viktig for oss å sjekke dette litt ut. Det er ikke bare-bare å styre skopet enten det er stivt eller fleksibelt skop. Det trengs mye trening for å gjøre dette godt nok! En annen sak er at det med en slik oppgave følger et ansvar. Et trent øye som kan skille mellom friskt og sykt vev i blæren... Dette må en vite før en sier ja til en slik oppgave om det noen gang skulle bli aktuelt. Personlig tror jeg at en sykepleier kan gjøre dette. Uten problemer. Men som sagt – det må trenes mye før en kan gjøre dette på egenhånd.

Lenger inn i bladet kan du lese om helsesøster Anita Furnes som på min øy, Askøy, driver sin lille Tisseskole. Dette er fantastisk for barna som trenger det her på øya... Men... hva med resten av landet? For noen år siden hadde vi en unik Tisseskole på Haukeland universitets sykehus i regi av Jannike Mohn. Den gang jobbet Anita hos oss. Herfra har hun sine ideer om tisseskole. Jeg ønsker at vi kan få flere Tisseskoler over hele landet slik at flere barn og foreldre kan bli sett og tatt på alvor med sine tisserelaterte problemer.



Tone Hestad Storebø

En annen sak dere får lese om er referatet fra ledermøtet jeg var på... Viktig lesning da dette krever at dere gjør dere opp en mening om Gruppemedlemskap i EAUN... Les referatet! Saken tas opp på GF neste år.

Ellers håper jeg dere får en flott sommer rundt om! Det trenger vi alle for å laste inn overskudd til høsten!

Se under... Det er flere som gleder seg til grillsesongen!!! Fritjof og Gunnar på grillfest ☺

Hilsen Tone  
Leder FSU



Gunnar og Fritjof

**Layout og trykk:**

ZignMedia - www.zign.no

**Omslagsfoto:**

"Sommer" - iStockphoto

Nr. 2 - 2013 - Årgang 24 - Utgivelse nr. 92

Opplag 450 eks.

ISSN 1891-5116

**Neste nr:**

Oktober 2013. Frist for manus 15. september 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
Ledermøte i Milano .....	6
Sykehusbesøk ved St.Rafael, Milano .....	8
Ny forening for blærekreftberørte .....	8
Robotkirurgi .....	10
Cystoskopikurs med praktisk trening .....	12
Januar-tanker fra to sykepleiere ved urologisk avdeling på Ahus .....	16
Prostata cancer screening .....	18
Lansering av de nye europeiske retningslinjer for kateterisering .....	20
Tisseskoln i Askøy kommune .....	22
Mine år i avdeling for urologi Oslo Universitetssykehus HF Aker .....	24
Faktahjørnet og nyheter .....	26
Oss medlemmer imellom .....	28

# REDAKSJONEN

Hei alle sammen!

Så er det tid for en ny utgave av URO INFO! Vi får tilbakemeldinger om at folk setter pris på medlemsbladet og gleder seg til å få det hjem i postkassen. Det er hyggelig å høre! Håper dere finner noe interessant å lese denne gangen også! For min del håper jeg i alle fall at vi kan fortsette med papirutgave i fremtiden også.

Vi har dessverre ikke anledning å bringe stoff fra FSU-kurset i Tromsø i dette bladet, men det vil vi sørge for å få med i oktoberutgaven. Jeg vil allikevel benytte anledningen å takke gjengen i Tromsø som tok på seg oppgaven å arrangere kurs! Kjempebra innsats! Jeg tror ikke det er uten grunn at Nasjonal kompetansetjeneste for inkontinens og bekkenbunnsykdom ligger i nettopp Tromsø.

## Sosiale medier

I tiden før blatudgivelse blir det noen timer foran PCen. Det slår meg hvor forandret alt er blitt på bare noen få år. Da jeg begynte å jobbe på poliklinikk, hadde vi ikke data i det hele tatt og pasientene som kom på time, sto oppskrevet i ei bok. Notater ble ført i papirjournalen, skrevet på ei gammeldags skrivemaskin. I dag stopper nesten alt opp hvis dataen ikke virker!

Nå har det blitt slik at vi bombarderes av nyheter fra aviser, fjernsyn og radio. I tillegg får vi også innputt gjennom sosiale medier. I motsetning til aviser, radio og fjernsyn, åpner sosiale medier for interaksjon mellom mennesker. Aldri før har vi vært så mye på sosiale medier som nå. Vi kan bare spekulere i hvordan utviklingen blir i fremtiden. FSU -styret har egen gruppe på facebook og som dere sikkert vet, har urologiske sykepleiere egen side på facebook. Det gjør det enkelt å nå ut til alle på en gang og åpner for diskusjon og samtaler. Men uansett hvor bra dette er, kan det ikke på noen måte erstatte trivselen som en god samtale gir.

En ting er i alle fall sikkert; det er uendelig mye informasjon man kan få tilgang til på en enkel måte gjennom internett!. Jeg tenker på årets uroterapistudenter i Bergen.



Kjersti Lund Olsen

De har nå en fantastisk mulighet til virkelig å lære hvordan man kritisk kan hente ut artikler og fagstoff i ulike databaser. Katrin har skrevet litt i denne utgaven av URO INFO hvordan det går med dem underveis i studiet. Jeg ønsker dem lykke til med lesing og oppgaveskriving.

## Årets valgkamp

Når dette skrives er årets valgkamp i full gang. Framtidens helsevesen er noe alle partiene er opptatt av. Kunnskap og kvalitet står i fokus for et godt helsevesen. Velferdsteknologi nevnes som et spennende tiltak man vil utvikle videre. Men hva er egentlig velferdsteknologi? I Helsedirektoratets definisjon heter det: "Velferdsteknologi er først og fremst teknologisk assistanse, som skal understøtte og forsterke brukernes trygghet, sikkerhet, mobilitet, samt å muliggjøre økt fysisk og kulturell aktivitet." Videre kan man lese at dette er spesielt rettet mot eldre mennesker. Dette er nok kanskje et mer vanlig begrep i primærhelsetjenesten? En ting er iallfall sikkert; det er mye spennende som skjer på mange fronter innenfor helsesektoren. Alle slike tiltak som kan fremme trygghet og trivsel er bra. Men her gjelder det samme som jeg nevnte tidligere; teknologiske nyvinninger kan ikke erstatte den menneskelige kontakten. En god samtale og det å bli sett betyr mye!

Nå gjenstår det for meg å ønske alle sammen en fin sommerferie med forhåpentligvis mye sol og varme. Så treffes vi kanskje i Sandefjord i august? Arrangementskomiteen ønskes lykke til! Tusen takk til alle som har bidratt med stoff til bladet vårt denne gangen.

Kjersti



**SI FRA OM ADRESSEENDRING!** En del blader kommer i retur pga ukjent adresse. Oppfordrer alle til å melde fra om adresseendring. Det sparer oss for en del arbeid og bladet kommer frem dit det skal! Beskjed kan sendes til Kjersti Lund Olsen, Myra 16, 7300 Orkanger eller [kjersti1964@hotmail.com](mailto:kjersti1964@hotmail.com)

# HVA SKJER?

## FSU KALENDER 2013/2014

### Husk å søke stipend!

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



Sidsel Alvheim Dubrefjord

### NUF 2013 Sandefjord

21.-23. august

Påmelding er i gang. Bli med!

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



### 2nd Arctic Pelvic Floor Meeting

7.-8. november 2013 - Trondheim

[www.apfm2013.no](http://www.apfm2013.no)

### 2nd Arctic Pelvic Floor Meeting 2013



### EAU's kongresskalender

[www.uroweb.org](http://www.uroweb.org) (eau og eaun)

### EAU events

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

### DUS kalender

<http://www.urologi.dk>

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

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

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

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

<http://kongress.no/kongresser>

# Ledermøte i Milano

Av Tone Hestad Storebo



Tone og Katrin utenfor kongressenteret

*Vi var på ledermøte på lørdagen i Milano. Et møte med mange av de andre europeiske lederne.*

*Nytt medlem i EAUN er Polen.*

*De meldte inn 300 medlemmer.*

*Til sammenligning har Norge idag 272 medlemmer.*

Mye av tiden på slike møter går med til presentasjon av landene og lederne. Polen fikk fortelle litt om sin nyoppstartede organisasjon av urologiske sykepleiere. De har gjort en kjempejobb og er entusiastiske på fagfeltet. Skryt til dem for det!

## **Group membership:**

Dette er nytt av året. Dette vil for oss i FSU bety at vi kan melde inn hele medlemsmassen vår. Ikke slik som tidligere der vi meldte inn FSU som et medlem og det enkelte FSU medlem måtte selv melde seg inn og betale ordinær medlemskontingent for å dra nytte av alle medlemsfordelene. Om vi melder oss inn som en samlet gruppe vil alle medlemmene få omtrent de samme godene som et ordinært medlem. Forskjellen er at et gruppemedlem kun har tilgang til nettbaserte tjenester. I tillegg vil en som gruppemedlem kunne delta i «Fellowship-ordningen» (Les mer om dette på EAUN sine nettsider). I hovedsak dreier dette seg om hospitering på andre sykehus eller klinikker. I tillegg kan en via denne

ordningen søke om dekning av utgifter i forbindelse av forskjellige store eller små prosjekter. Det eneste EAUN forlanger tilbake for slik økonomisk støtte er en kort beskrivelse av prosjektet og utbyttet en har fått. Gruppemedlemskap gir også rabatt på EAUN kongresser. Da må en være innmeldt i FSU og med på oppdaterte medlemslister som et styrskal sende inn til EAUN før 01.12 hvert år.

Et slikt medlemskap vil for FSU koste 500 Euro = 3700 kroner. Styret skal behandle dette for dette første året, men saken må behandles på generalforsamlingen i 2014. For å kunne dra nytte av «fellowship-ordningen» må FSU har vært gruppemedlem i 2 år.

Om en ønsker å melde seg inn i EAUN som ordinært medlem og få disse godene umiddelbart må en sende en mail til:  
[membership@uroweb.org](mailto:membership@uroweb.org)

Medlemslistene for innmelding i «Group membership» sendes til [vandermerwe@uroweb.org](mailto:vandermerwe@uroweb.org)

Jeg hadde forhåndsinnsendt et spørsmål / sak til møtet. Jeg ønsket å vite noe om hvordan utdanning og videreutdanning ble finansiert rundt i Europa. I Polen var dette for det meste gratis og i England kom det mye penger inn fra industrien. Dette var imidlertid i ferd med å snu da «sponsorspøkelset» gjør seg gjeldende

også der. De ventet strengere regler rundt sponing og antok at de sto foran en stor utfordring med tanke på videreutdanning. Ellers i Europa var det mye som her hos oss- Noen måtte betale selv og noen fikk dekket eller delvis dekket videre utdanning fra sykehus/arbeidsgiver.

Okke som... Dette var mitt andre leder møte i EAUN sammenheng og jeg blir stadig overbevist om at det er viktig at vi er representert i dette fora. Vel koster det noen kroner at FSU sender to representanter fra styret til EAUN hvert år. Men det er verdt det for FSU's synlighet i Europa.

Vi hadde forresten med oss noen kilo med UROINFO i bagasjen. Disse la vi fra oss inne i forelesningssalen. Vi fikk mye skryt for bladet vårt. Og igjen SYNLIG i Europa. Det er VIKTIG!!



Tone og Katrin på sykepleiermiddagen. Pyntet og klar for festmiddag!

NYHET!

2013  
YEAR  
OF THE  
OVERACTIVE  
BLADDER

# ET HELT NYTT BEHANDLINGS- PRINSIPP INNEN OVERAKTIV BLÆRE

- Ny virkningsmekanisme<sup>1,2</sup>
- Effekt på alle grunnleggende OAB-symptomer<sup>1,2</sup>
- Munntørrehet på placebonivå<sup>1,2</sup>

 **Betmiga™ 50 mg**  
mirabegron

Den første  $\beta_3$ -agonisten godkjent for  
behandling av OAB

PÅ BLÅ RESEPT

Refusjonsberettiget bruk: Motorisk hyperaktivt neurogen blære med lekkasje (urge-inkontinens).

Refusjonskoder:

ICPC	Kode	Tekst	Vilkår	ICD	Kode	Tekst	Vilkår
U04		Urininkontinens	Ingen spesifisert	N39.4		Annens spesifisert urininkontinens	Ingen spesifisert
		Vilkår: ingen					

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

		Sterke CYP3A-hemmere	
		Uten hemmer	Med hemmer
Nedsatt nyrefunksjon <sup>1</sup>	Lett	50 mg	25 mg
	Moderat	50 mg	25 mg
	Alvorlig	25 mg	ikke anbefalt
Nedsatt leverfunksjon <sup>1</sup>	Lett	50 mg	25 mg
	Moderat	25 mg	ikke anbefalt

<sup>1</sup>Lett: GFR 60-89 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>. Moderat: GFR 30-59 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>. Alvorlig: GFR 15-29 ml/minutt/1,73 m<sup>2</sup>.

<sup>2</sup>Lett: «Child-Pugh» klasse A. Moderat: «Child-Pugh» klasse B.

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

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

 **astellas**

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

# Sykehusbesøk ved St. Rafael, Milano

Av Tone Hestad Storebø

*Vi møter 10 sykepleiere utenfor kongressanlegget for å reise sammen på sykehusbesøk. Turen går med både tog og buss før vi kommer frem. På sykehuset blir vi møtt av ikke helt forberedte ledere av urologisk avdeling. De snakket italiensk og brukte en ikke forberedt operasjonssykepleier som tolk under fremføringen av sitt budskap. Sykehuset er et av Italias mest berømte og beryktede. Berømte fordi de er flinke og beryktede pga korrupsjonsanklager. St. Rafael er et delvis privat og offentlig sykehus.*

Da vi ankom sykehuset var det masse vakter og politi. Vi spurte selvfølgelig om dette var vanlig og fikk til svar (uten tanke for taushetsplikten) at Berlusconi var pasient der for øyeblikket... Han var innlagt på «DIAMANTEN» - den eneste fem-stjerners sykehusavdelingen i Italia! (Det ble i hvert fall fremlagt slik da de var stolte av avdelingen men ikke av forskjellen den utgjorde mellom fattig og rik...).

Urologisk sengepost har 37 senger og 15 000 polikliniske pasienter i året. I tillegg hadde en nærliggende filial av sykehuset 15 000 urologiske pasienter til... Med andre ord: Pasienter fra hele landet reiser til dette sykehuset.

Et fem-stjerners pasienthotell ligger like i nærheten og dette er stadig fullt.

De driver etter diverse effektiviseringsprinsipper og satser mye på høy turnover av pasienter. De mener evidensbasert praksis er med på å gi trygge pasienter. De mener å få gode tilbakemeldinger i form av lite komplikasjoner og reinnleggelser. Italia har ikke hjemmesykepleie. Alt helsestell foregår innenfor diverse klinikker som pasientene må fraktes til. Familiene gjør med andre ord store deler av den «hjemmesykepleien» som trengs.

De driver mye som i Norge med utredning i poliklinikkene, men alle operasjoner foregår imidlertid på operasjonsavdelingen. Sykepleierne i poliklinikken har til dels den samme funksjonen som i Norge der de både assisterer legen og har egne poliklinikkdager. De gjør blant annet urodynamiske undersøkelser uten lege til stede. På poliklinikken brukte de flexible cystoskop og brukte «Sterrad» steriliseringsmaskin. De hadde 7 scop. Alle pasientene lå i «gyn-leie» under cystoskopiene, også mennene. De hadde et «fast-track» på cystectomi pasientene. De gjør ca 100 cystectomier i året. Ikke mange sykehus i Italia som gjør dette.

Litt spesielt ble det da de fortalte om sykepleierne i operasjonsavdelingen.

De hadde nok gode tanker om å følge pasienten «hele veien» ... Men jeg må si det som sant er... Jeg er litt usikker på denne løsningen. De fortalte at alle sykepleierne gjorde «alt» på operasjonsavdelingen. De var generalister. Både pre-, per-, og post operative sykepleie ble utført av de samme personene. Også anestesi- og intensiv sykepleie. Ingen spesialister. På spørsmål om hvor lang «læretid» disse sykepleierne hadde svarte de at: «Noen trenger så mye som 6 måneder»!! Men de la til at det som regel var et område de var best på og hadde sin interesse... men likevel måtte de rullere. Lederen sa at ette ga en større fleksibilitet i personalgruppen. I mitt stille sinn tenker jeg at legene gjør mer av det som spesialiserte sykepleiere gjør her til lands og at det vil ta lang tid å bli god på noen felt siden en bare jobber 4-6 måneder på hver «stasjon»(eller hva jeg skal kalle det...).

De har totalt 24 operasjonsstuer og tre av disse er urologiske. Sykepleierne jobber som regel to skift: 8-15 og 13-21.

Alle pasientene som skal opereres kommer dagen før til en «preoperativ dag». Avdelingen har 4 sykepleiere som er «stomispesialister». På sengeposten er 70% av personalet sykepleiere og 30% hjelpepleiere og annet (assistenter).





Katrin utenfor sykehuset



På sykehuset ved skytsengelen. Den fisken gikk igjen hos alle statuene...usikker på av hvilken grunn. Skulle ha spurt om det!



Urologisk avdeling hadde egne "supermannensere"



Avdelingen hadde 50% menn i personalgruppen



Demonstrantene



Vaktrommet på sykehuset

50% av personalet er menn!! Poliklinikken har åpent 08 – 17. Der jobber 7 sykepleiere. Sykehuset har ikke elektronisk journal. For å komme inn til sykehuset måtte vi passere mange fargerike plakater og telt. Dette var personale som demonstrerte mot den nye eieren fra tidlig i 2012. Han kuttet stadig

i budsjettet. Til og med lønnen til de ansatte var kuttet! Etter sigende var månedslønnen kuttet med 3-400 Euro! og 20 års ansiennitet er fjernet som kriteriet for høyere lønn. Den nye eieren putter heller pengene i egen lomme! Demonstrantene hadde lagt i telt siden oktober 2012 og hadde ikke tenkt å gi seg.

Etter sykehusbesøket ruslet vi tilbake til våre hoteller med en følelse av ikke å ha det så verst likevel. Vi er kommet langt i vårt fag og vi skal være glade for vår moderorganisasjon Norsk Sykepleierforbund som står på for våre rettigheter! Det er bra å være mange!

## Ny forening for blærekreftberørte

**En ny pasientforening har blitt etablert. Blærekreftforeningen regner 5. mai 2012 som sin stiftelsesdato, da en håndfull mennesker for første gang i Norge markerte Den internasjonale blærekreftdagen. Sommeren 2012 ble brukt til å få på plass de vitale funksjonene, og i september 2012 begynte medlemsrekrutteringen.**



Blærekreftforeningen

Org.nr.: 998 479 169  
Postadr.: Gamle Hadelandsv. 72,  
2032 Maura  
E-post: post@blaerekreft.no  
Tlf.: 97512202  
Bankkonto: 1503.28.91184  
Nettdomene: www.blærekreft.no

# Robotkirurgi

Av Kjersti Kleiv Syversen, operasjonssykepleier med spesialitetsansvar i urologi

*I Norge får ca. 3300 menn - cancer prostata hvert år. Ca. 440 blir radikalt operert. Robotkirurgi med Da Vinci systemet - er en av metodene som blir mer og mer brukt.*

Sykehuset Telemark HF i Porsgrunn/Skien har drevet med robotkirurgi siden 2007. Vi startet i Porsgrunn i mai 2007, men flyttet roboten til Skien og startet der januar 2011. Til nå har vi operert ca. 800 pasienter med Robot Assisterede Radikale Prostatektomier (RALP). De siste 2-3 årene har vi begynt å operere Robot Assisterede Laparoskopiske Nefrektomier, Robot Assisterede Laparoskopiske Nyrereseksjoner og Robot Assisterede Nyrebekkenplastikker. Vi opererer 4-6 pasienter pr. uke med Robotkirurgi.

Robotkirurgi med Da Vinci S er et kirurgisystem konstruert for å gjøre en kompleks kirurgi med minimal inntrengning i pasienten. Pas. får 6 innstikk i abdomen.

Da Vinci S er et system som består av tre hovedkomponenter: Pasientvognen hvor vi fester kamera og instrumenter. En bildevogn (rack) hvor vi har CO2 gass, diatermi (både mono- og bipolar) og opp-taksmuligheter på DVD. Den tredje delen er en kirurgkonsoll hvor hovedoperatøren sitter. Han styrer og utfører selve operasjonen.



Operatøren opererer i et 3-dimensjonalt bilde som gir mer nøyaktighet og presisjon, i tillegg til at styringsenhetene han holder i et pinsettgrep, kan bevegges 360 grader.

Disse tre elementene er koblet sammen og ved hjelp av datanett, har produsenten i USA, oversikt over vår robot. På denne måten kan vi få veiledning over telefonen av en servicerepresentant ved feilmelding.

Sykepleierne som er med i robotteamet har spesifikke oppgaver/roller. Vi er 4 operasjonssykepleiere som er sertifiserte fra Da Vinci (Intuitiv) som har hovedansvaret for behandling og drift av roboten. Vi har også ansvar for undervisning og opplæring av "nye" operasjonssykepleiere sammen med vår representant fra firmaet.

I tillegg har vi hatt som mål at alle sykepleierne på sengepostavdelingene, hvor disse pasientene er pre- og postoperativt - har hospitert inne på slike operasjoner.

Det er mange fordeler med Robotkirurgi. Vi kombinerer åpen kirurgi og laparoskopi. Hovedoperatøren har et 3-Dimensjonalt bilde og kan bevege armene i konsollen 360 grader som gjør at han kan operere mer presist og nøyaktig. Kirurgen kan jobbe i "trange" rom. Det er lett å suturere. Pasientene får 6 små incisjoner som gir små arr. Kortere tid på sykehus (de fleste reiser etter 2 dager). Mindre blødning. Mindre fare for infeksjon. En presis utført operasjon. Ved høy BMI kan det være bedre for pasient og operatør, men mer utfordrende for anestesen. Da blir det gjort en "vippest" før operasjonen, for å se om det er ok for pasienten å ligge i det aktuelle leiet. På for eksempel Prostatektomiene ligger pasientene med hodet ned ca. 30 grader og bena opp i støvleholdere. (G.u.leie)

"Ulempene" med Robotkirurgi – er at utstyret er dyrt. Leiringen er spesiell, slik at det er viktig å ha kortest mulig operasjonstid. Det er et sårbart system pga. utstyret. Derfor krever operasjonene et godt samarbeid med faste og nøyaktige prosedyrer. God opplæring og service fra firmaet.

Vi har i dag pasienter fra hele landet, men de fleste kommer fra Østlandet. Vi har kort ventetid som for tiden er 3 uker.



Vi har et godt samarbeid med sengepostene, hvor pasienten er i den pre- og postoperative fasen. Vi har bl.a. hatt undervisning i hårklipping på sengepostene. På Sykehuset Telemark, som ellers i landet, har vi et stort fokus på infeksjonsforebyggende tiltak (Trygg Kirurgi). Vi registrerer dette i vårt datasystem. Som et ledd i dette arbeidet, er riktig utført hårfjerning et av satsningsområdene. Sykepleierne som utfører denne oppgaven her hos oss – gjør en grundig og viktig jobb for å forebygge infeksjon hos pasientene.

Ellers har sykepleierne hospitert i operasjonsavdelingen, for å se hvordan Robotoperasjonene blir utført og hvordan pasientene ligger på operasjonsbordet under selve operasjonen. Da blir det lettere å informere pasientene. Vi blir kjent med hverandre på tvers av avdelingene og alle er tjent med et godt samarbeid – ikke minst pasientene.....

**Til slutt vil jeg nevne at det ligger mye informasjon om dette på nettet: [www.youtube.com](http://www.youtube.com) på søkeord som: prostatektomi, robotkirurgi..... Lykke til !**



**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 kunnngjøre dette på side 2!** Skriv derfor ditt navn og tittel på bildet. Bidrag sendes til



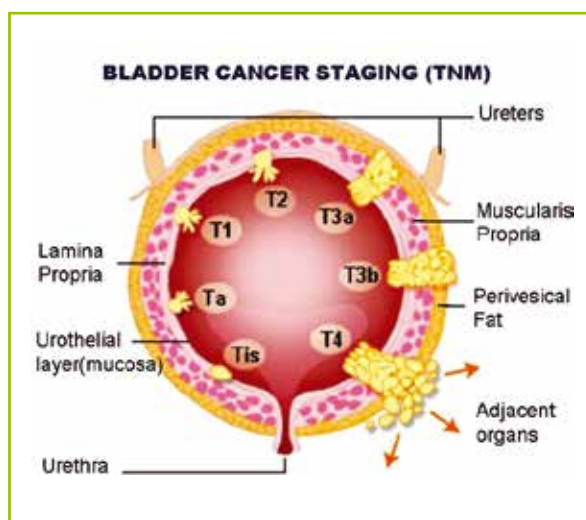
Kjersti Lund Olsen: [kjersti1964@hotmail.com](mailto:kjersti1964@hotmail.com)

# Cystoskopikurs med praktisk trening

Av Katrin Valaas Isaksen

*Under den årlige EAU/EAUN kongressen i Milano i mars, ble det for første gang i EAU/EAUN's historie kurs i cystoskopi for sykepleiere. I mange europeiske land utfører sykepleiere allerede cystoskopi, og for å få et innblikk i hvordan dette foregår og for å ligge litt i forkant av utviklingen her hjemme, meldte vi oss på. For å kunne utføre cystoskopi på egenhånd er det en betingelse at sykepleiere har en bred teoretisk kunnskap. Dette kurset var lagt opp som et heldagskurs for å møte disse kravene, og for å tilby praktisk trening i trygge omgivelser.*

Første del bestod av grundig gjennomgang av blærens og urinveienes anatomi og fysiologi. Dr F. D'Ancona fra Nijmegen, Nederland, gikk først igjennom urinveienes oppbygning helt fra fosterstadiet. Videre fortalte han om blærens normale funksjon i lagrings – og tømmingsfasen, og hvilken innvirkning nervesystemet har på vannlatningen. Ved gjennomgang av anatomen i blære og urethra understreket han viktigheten av å ha klart for seg navnene på de forskjellige områdene i blære og urethra når man skal beskrive hva man ser når man utfører cystoskopi.



Han tok videre for seg avvik fra det normale i nyrer og urinveier, alt fra medfødte misdannelse, som for eksempel roterte nyrer, malplasserte nyrer, doble nyreanlegg og fistler til annen patologi i det urologiske systemet, som blærekreft og gradering av dette, stricturer, cystitter, fremmedlegemer og forstørret prostata. Han viste oss også bilder av mer sjeldne funn som parasitter og sjeldne former for hudkreft (melanom) som kan oppdages i blæreslimhinnen.

Dr D'Ancona gikk videre gjennom viktigheten av god dokumentasjon av hva man gjør av funn:

**Meatus (urinrørets munning):** diameter, hypospadi? i tilfelle må posisjon dokumenteres.  
**Stricture:** posisjon, lengde, kan du passere?  
**Urethritis:** Betennelsesforandringer  
**Tumor:** Størrelse, beliggenhet  
**Ureterostier:** Lokalisere og se etter urinstrøm  
**Muskulære lesjoner:** papillære lesjoner, - itis, mistenkt CIS, fistula  
**Trabekulering, hulrom, divertikler:** beliggenhet, utbredelse  
**Anatomiske avvik:** Ureterocele? Dobbeltanlegg?  
**Fremmedlegemer:** Blærestein, annet; størrelse og evt antall

## Hos menn:

**Blærehals:** Høy? Trang?  
**Prostata:** utseende på sidelapper og midtlapp – kissing lobes? Obstruerende tilstand?  
**Lengde på urinrør gjennom prostata:** indikasjon for operasjon (TurP, Open prostatectomi), innsetting av urethral stent?

## Hos kvinner:

**Urethra:** divertikler, carunkler?  
**Funksjonell/fysisk undersøkelse:** vaginal undersøkelse, stress test

«Foreløpig gjøres all dokumentasjon skriftlig i elektronisk pasientjournal i etterkant av under-



I dyp konsentrasjon: Katrin på cystoskopikurs



Mange gode råd på veien: Lawrence Drudge-Coates

søkelsen, men fremtiden er digital dokumentasjon med cystoskopibilder direkte i pasientjournal», var avslutningsordene til dr D`Ancon

Andre del av programmet var presentert av sykepleierne Wilhelm de Blok fra Amsterdam og Lawrence Drudge-Coates fra London. De Blok snakket først om indikasjoner for cystoskopi:

- **Hematuri, hematospermia**
- **Blærekreft (symptomer på)**  
Avvik funnet ved andre us, atypisk cytologi, kjent historie av blærekreft
- **Diagnostisering av anatomiske avvik**  
(strikturer, medfødte avvik)
- **Traume**
- **Inkontinens**
- **Vannlatningsproblemer**  
Obstruksjon, irritasjon, dysuri, chronic pelvic pain syndrome
- **Steiner**
- **Fremmedlegemer**



Han gikk videre gjennom de praktiske forberedelser han utfører før en cystoskopi. Viktig å informere pasienten godt på forhånd, slik at han/hun er forberedt på forløpet i undersøkelsen. Cystoskopi skal foregå under sterile forhold, og det er viktig med god hygiene i forkant for å unngå infeksjoner. Han

understreket viktigheten av å bruke bedøvelse og å la denne virke lenge nok før undersøkelsen startet – han viste her til to produkt; Uroglis, som har virketid på 3-5 min og Installagel med virketid på 5- 10 min.

De Blok snakket så videre om sine erfaringer som sykepleier som utfører cystoskopier. Han tok for seg det legale aspektet; Kan en sykepleier utføre cystoskopier? Hva er god nok praksis før man kan stå på egne

bein? Hans vei var å først å tillatelse fra en klinisk komité på sykehuset han jobbet. Videre observerte han 25 prosedyrer utført av urolog, han utførte så 25 prosedyrer sammen med veileder, og videre 25 prosedyrer med veileder i «nærheten». Planen hans var å drive en egen klinikk, i samarbeid med urolog, men han måtte stenge klinikken etter tre år pga manglende henvisninger. Han jobber nå ved en poliklinikk på et onkologisk sykehus, og utfører cystoskopier selv.



**Lawrence Drudge-Coates** presenterte seg som Urology Oncology Clinical Nurse specialist, og har utført cystoskopier i 7 år. Han la frem den praksisen som brukes i Storbritannia i opplæringen av urologiske sykepleiere. De har en egen opplæringsprotokoll som må følges

før sykepleiere kan utføre cystoskopier på egenhånd. Det innebærer dokumentert kunnskap om nedre urinveiers anatomi og fysiologi, blærens patologi, gjeldende retningslinjer for overfladisk blærekreft, UVI, urosepsis og ulike komplikasjoner som kan oppstå. De må demonstrere en forståelse av utstyret, demonstrere en forståelse av viktigheten av å identifisere pasienten og å forklare denne prosedyren, demonstrere evne til å gjenkjenne indikasjoner for antibiotikaprofylakse, demonstrere kunnskap om steril teknikk og demonstrere evne til å beskrive de forskjellige områdene i blæren og å utføre en komplett undersøkelse av blæren. Sykepleierne må observere minst 10 cystoskopier utført av urolog, og de må selv utføre 50 cystoskopier under veiledning av urolog, hvorpå denne bekrefter riktigheten av funnene.

Drudge-Coates understreket viktigheten av å være systematisk ved utførelsen av cystoskopi. Man bør først få en åpent overblikk over blæren, før man verifiserer blæretaket (der ligger det ofte bobler). Videre bør man systematisk gå over blæren etter et bestemt mønster, som man følger hver gang; for eksempel fra høyre mot

venstre, og man må alltid huske at til høyre for deg er pasientens venstre side! Man skal også visualisere ureterostiene og ved bruk av fleksibelt cystoskop bør man loope scopet for å få oversikt over trigonum.

Cystoskopikurset var sponset av Olympus, og representant Sven Bøttjer ga oss videre en innføring i cystoskopiens og utstyrets historie. Den første cystoskopi ble utført i 1877, og det har siden den gang vært en rivende utvikling på utstyrsfronten. De nyeste teknikkene som Olympus presenterte på dette kurset var NBI og PDD, som begge er tekniske høydepunkter. Narrow Band Imaging (NBI) er en optisk bildeforbedringsteknologi, som forbedrer synligheten av forandringer i blæreslimhinnen. Kapillærene på slimhinnen vises i brunt på monitoren og vener i submucose vises i cyan (lys blå). For å bruke Photo Dynamic Diagnostics (PDD) må en photosensitiv markør (f.eks Hexvix) instilles i blæren ca 120 minutt før prosedyren, og ved å cystoskopere med blått lys vil man avsløre lesjoner (f.eks CIS; carsinoma in situ) i blæreslimhinnen som ikke kan sees med vanlig hvitt lys cystoskopi.

Vi fikk videre et innblikk i forskjellige stive cystoskop til diagnostikk og behandling, laser cystoskop til vaperisering av prostata og forskjellige Flexible cystoskop med tilhørende utstyr.

Siste leksjon for dagen var praktisk trening. Det var ca 30 deltakere på kurset, og vi ble inndelt i fem grupper. Det var satt opp 5 arbeidsstasjoner med utstyr og transurethrale modeller utlånt av Olympus. På hver stasjon var der en veileder/sykepleier med erfaring i cystoskopi, og hver stasjon hadde forskjellig «problemstilling». På en stasjon utførte vi diagnostisk cystoskopi med stivt skop, der vi måtte gjøre rede for blærens forskjellige områder og de funn vi gjorde. Den neste stasjonen hadde en modell av en blære med flere tumorer. Her fikk vi utføre tumorreseksjon med brenning av tumorvev – spennende!! Videre utførte vi diagnostisk cystoskopi med fleksibelt cystoskop, vi

fjernet ureterstent ved bruk av fleksibelt cystoskop og vi fikk fjerne blærestein med bruk av stivt skop.

Dette kurset var veldig kjekt og lærerikt. Gjennomgang av blærens anatomi og fysiologi var særs nyttig, og det var veldig interessant å utføre cystoskopier selv. Ikke minst var det spennende å høre hvordan det jobbes i andre europeiske land, og vi vet jo at det i Sverige er startet opp med egne cystoskopikurs for sykepleier. Det skal bli spennende å følge utviklingen her hjemme i årene fremover. I enkelte tilfeller kan det kanskje være praktisk at sykepleiere utfører noen av disse prosedyrene, som f.eks fjerning av stenter og blæresteiner, men jeg tror det vil ta noen år med diskusjoner før sykepleiere utfører diagnostiske cystoskopier her hjemme.



Tone på cystoskopikurs

Veldig gøy.  
Vanskeligere  
å styre skopet  
enn det det ser  
ut som....

SpeediCath<sup>®</sup> Compact

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

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

Mike, SpeediCath<sup>®</sup> Compact Mann bruker, Tyskland

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

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

Se hele historien om Mike på våre nettsider [www.coloplast.no](http://www.coloplast.no)



<sup>1</sup> Results from SpeediCath Compact Male ure-evaluation; Nov. 2010 to Dec. 2010.

# Januar-tanker fra 2 sykepleiere ved urologisk avdeling på Ahus

Av Mihrican Sevgi & Ritu Chopra

*Vi er to sykepleiere fra Ahus som ønsker å fortelle litt om vår arbeidsdag ved urologisk avdeling.*

*I disse tider hvor media er i storm rundt Ahus, ønsker vi å komme med et innlegg på vår hverdag.*

*Vi har begge ca 1 ½ års erfaring, som sykepleiere. Vi valgte å søke på stilling ved urologisk avdeling, fordi vi hadde hørt fra sykepleiere vi kjente fra avdelingen at dette var et spennende fagfelt og godt arbeidsmiljø.*

Ved urologisk avdeling behandles pasienter som har lidelser i øvre og nedre urinveier. En stor andel nyrestein og noen andre godartede lidelser men også mange pasienter med en kreft diagnose. Våre pasienter er i alderen 18 år og oppover. Det er høy aktivitet da det er mange elektive pasienter pr uke som kommer inn til operasjon.

De pasientene blir som regel lagt inn samme dag som de blir operert, mens noen legges inn dagen før. De fleste av disse pasientene reiser hjem dagen etter operasjonen. Det er mye som skal skje på kort tid for pasienter og pårørende. Vi sykepleiere planlegger mottak av disse samme morgenen. De fleste har i forkant vært på poliklinikken og fått informasjon, men informasjonen må gjentas.

Pasient og pårørende trenger god oppfølging og veiledning. Vi ser at når vi gir en god preoperativ sykepleie går også det postoperative mye bedre. Pasientene er mer forberedt på det de skal igjennom og takler derved situasjonen på en mye bedre måte.

Selv om vi i utgangspunktet skulle være papirløse ser vi at for å sikre at alle får informasjonen må vi levere den ut i papirform. Pasientene er i en stresset situasjon og vanskelig å vite hva han klarer å ta innover seg. Her har vi sett at pasientene senere sier at: "Dette har vi ikke hørt noe om" Da er det godt å kunne vise til den skriftelige prosedyren. Det har også vært perioder med stress og høy arbeidsfaktor. Når vikarer er leid inn i avdelingen er det ikke alltid like lett å vite om den enkelte vikaren har besvart spørsmål om inngrepet på en riktig og god nok måte Derfor er det svært viktig at den faste sykepleier følger opp all informasjon som skal gies.

Cystectomy er et av de større inngrepene som blir utført her. Pga at vi er en stor gruppe sykepleiere opplevde pasienten at han møtte mange forskjellige sykepleiere gjennom forløpet noe som førte til dårlig kontinuitet i oppfølgingen. Dermed kom forslaget om å danne en ressursgruppe. Det var ikke noe problem å lage en gruppe da det var flere sykepleiere som var interessert i denne pasient gruppen. Gruppen

består av 4 sykepleiere og 1 lege. Vi startet med å gjennomgå alt av tidligere nedskrevne prosedyrer og informasjon. Vi hadde kritiske øyne på det som allerede ble praktisert og det som vi ikke var gode på. I startfasen skal denne gruppen ha hovedansvaret for denne pasientgruppen, men hensikten er at de skal danne faste rutiner i avdelingen slik at alle skal bli gode i behandlingen/oppfølgingen. Her arbeider vi mye med, på å gjøre hverandre god i oppfølgingen av behandlingsplan for hver enkelt pasient.

Som tidligere nevnt har vi en del pasienter med diagnosen kreft og mange av de følger vi gjennom hele forløpet fra det å få diagnosen til død. Vi er flere sykepleiere som liker og synes det er utfordrende og jobbe med denne pasient gruppen. Vi har en kreftsykepleier i avdelingen som er støttende og har det overordnede ansvaret. Samtidig godt å vite at palliativt team kan trå til, noe vi er meget fornøyde med. Selv har ansatte i avdelingen tatt videre utdannelse i palliativ pleie som avdelingen får godt utbytte av. I terminal fase hos våres kreft pasienter har vi en avtale om Åpen Retur noe som betyr at de får tilbud om å komme rett til avdelingen når de er i dårlig form. Dette er et tilbud som gir pasientene trygghet i deres vanskelige situasjon. Fører også til at pasientene ønsker å være lenger hjemme da de vet at de kan komme





inn direkte på avdelingen når de trenger det. Ofte er de bare innom og regulerer smertebehandling evt får litt ekstra intravenøs væske før de reiser hjem igjen. Pårørende har også gitt tilbakemeldinger om at denne ordningen er en stor trygghet i den situasjonen de er i.

Generelt er avdelingen delt inn i fire tun, hvor hvert av tunene har fokus på en diagnose eller en diagnose gruppe. Legene har delt seg inn i 4 grupper og de går da visitt på den gruppa som de har tilhørighet til. Legene går sin visitt kl 0800 på morgenen og er ferdig kl 0830. Ved at vi får legevisit så tidlig gjør at vi kan planlegge dagen mye bedre. Pasientene får tidlig avklart om de kan reise hjem og kan dermed komme seg raskere ut

av avdelingen. Det forsøkes å ha en kontinuitet i ansatte gruppa slik at det blir en helhetlig og kompetent pleie og behandling. Det er en utfordring i forhold til vakter og turnus. Samtidig som det er viktig at alle har en oversikt over de forskjellige diagnoser og behandling og pleie på de. Ressurspersoner er viktig da noen har et overordnet ansvar for oppdatering og oppfølging.

Avdeling vår består av både erfarne syke- og hjelpepleiere og nyutdannede og unge sykepleiere. Flere av pleierne har arbeidet på avdelingen i mange år og er en ressurs for oss med mindre erfaring. Vi opplever at det er et godt samarbeid på avdelingen og mye latter og glede.

All mediaomtale gjør noe med oss, men vi vet at ved urologisk avdeling gir vi god sykepleie. Vi ønsker å være gode og responsen fra pasientene er takknemlighet. Vi trives som sykepleiere på Ahus og det skal ikke media ødelegge. Hadde vi blitt lagt inn som pasienter ved urologisk avdeling på Ahus hadde vi følt oss trygge og godt i varetatt.

# Prostata cancer screening

Panel-  
debatt

Av Katrin Valaas Isaksen

*Under urologikonferansen i Milano overvar vi en paneldebatt om prostata cancer screening, der eksperter på området delte sitt syn om dette omdiskuterte temaet.*

«Det er mye debatt og meninger om dette temaet, og som urologiske sykepleiere er dere ofte koblingen mellom leger og deres pasienter. Denne økten tar sikte på ikke bare å informere våre medlemmer, men også for å få frem synspunkter fra begge sider av saken, herunder pasientene selv, "sier Willem de Blok, som ledet paneldebatten om prostatakraft screening.

Dr Roderic Van Den Bergh, en ung urolog fra Nederland, og hadde første økt der han presenterte fordeler ved prostatakraft screening, mens dr K. Brasso fra Danmark presenterte ulempene med å tilby screening av menn ned i 40 årsalder. Begge viste til tall fra den store ERSPC studien (European Randomized Study of Screening for Prostate Cancer), en av de største randomiserte studier på screening for prostatakraft.

Presentasjonene ble senere etterfulgt av en paneldebatt med Brasso, K. Flynn Thomas, Dublin (IE) og HAM Van Muilekom, Leiden (NL) som medlemmer. Moderert av Van Den Bergh, diskuterte panelet nøye fordelene ved tidlig oppdagelse,

mens de veide disse opp i mot ulempene det har for noen grupper av pasienter.

"Sannheten ligger trolig et sted i midten," sier Van Den Bergh. Han la til: "PSA screening på befolkningsnivå reduserer PCA dødeligheten med 21 til 29 %, mens man samtidig ser at PSA screening resulterer i en stor overdiagnose på 50 %".

Kommentarer fra publikum indikerer også at pasientenes synspunkter må vurderes nøye siden noen pasienter foretrekker aktiv behandling istedenfor den såkalte «aktiv overvåkning».

Paneldebatten utløste stort engasjement blant deltakerne i salen, noe som ifølge de Blok viser at urologiske sykepleiere følger nøye med i debatten om PSA screening blant urologer. «Den innsikten vi sykepleiere etter hvert opparbeider oss, må vi ta med oss og bruke i samtale med pasientene»



**Satt i panelet:** K.Brasso, Danmark, R. Van der Bergh, Nederland og K. Flynn Thomas, Irland

BCG-medac

Lukket instillasjonssystem  
Ready-to-use



Vi har hjelpemidler for personal og pasient



BCG-medac  
Pasientbrosjyre



Blæreblock  
TNM klassifisering av blærekreft

Stadium	Behandling	Prognose	Behandlingsalternativ
Ta	Operativ	God	Transuretral reseksjon (TUR) eller transuretral reseksjon med laser (TURP)
T1	Operativ	Middels	TUR eller TURP
T2	Operativ	Middels	TUR eller TURP
T3	Operativ	Dårlig	TUR eller TURP
T4	Operativ	Dårlig	TUR eller TURP
T5	Operativ	Dårlig	TUR eller TURP

Behandlingsanbefalinger ved NMIBC  
(Non Muscle Invasive Bladder Cancer)

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

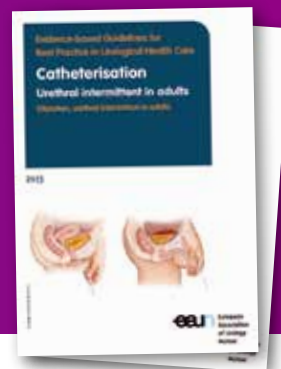
Virkestoff: Tuberkulosebakterier levende Bacillus Calmette-Guérin (BCG) bakterier stamme RIVM fra stamme 1173-P2

**Indikasjoner:** Behandling av ikke-invasiv urotelial blærekreft (karsinom): kurativt 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 innholdsstoffet. 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 sykende alvorlighetsgrad. **Infeksjoner og parasittære sykdommer** Svært vanlige (> 1/10): Cystitt og betennelse (granulomata) i blæren. Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Urinveisinfeksjon, orkitt, alvorlig systemisk BCG-reaksjon/infeksjon, BCG-sepsis, millær pneumonitt, hudabscess, Reiters syndrom (konjunktivitt, asymmetrisk oligoartritt, og cystitt). Sjeldne (> 1/10 000, < 1/1 000): Vaskulær infeksjon (f. eks. betent aneurisme), renal abscess. Svært sjeldne (< 1/10 000): BCG-infeksjon av implantat og omkringende vev (f. eks. infeksjon ved operasjon av aorta, kardial defibrillator, hofte- eller kneartroplastikk), lymfadenitt i livmorhals, lokal betennelse i lymfeknuter, 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): Kororetinit, 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 gallever** Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Hepatitt. **Hud- og underhudssykdommer** Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Utslett. **Sykdommer i muskler, bindevev og skjelett** Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Artritt, antralg. **Sykdommer i urinveier** Svært vanlige (> 1/10): Hyppig vannlating med ubehag og smerte. Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Makroskopisk hematuri, blæreretraksjon, blæreretraksjon, urinveisobstruksjon, blærekontraktur. **Lidelser i kjønnsorganer og bystesykdommer** Svært vanlige (> 1/10): Asymptomatisk granulomatøs prostatitt. Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Epididymitt, symptomatisk granulomatøs prostatitt. Ikke kjent (kan ikke anses ut fra tilgjengelige data): Lidelser i kjønnsorganer (f. eks. vaginalsmerte, dyspareuni). **Generelle lidelser og reaksjoner på administrasjonssteder** Vanlige (> 1/100, < 1/10): Feber > 38,5 °C. Mindre vanlige (> 1/1 000, < 1/100): Hypotensjon. Bivirkninger ved BCG-behandling er hyppige, men generelt milde og forbigående. Bivirkningene øker vanligvis med antallet BCG-instillasjoner. **National version, SPC:** 07.02.2011. **Pakninger og priser:** 3 sett (hettglass + pose) NOK 3135,40 (AUP). **Utlevering:** Reseptpliktig legemiddel, Reseptgruppe C. **ATC-Kode:** L03AX03

For fullstendig produktinformasjon: [www.legemiddelverket.no](http://www.legemiddelverket.no) / [www.felleskatalogen.no](http://www.felleskatalogen.no)

# Lansering av de nye europeiske retningslinjer for kateterisering

Av Katrin Valaas Isaksen



Første dag av konferansen deltok vi på lanseringen av de nye europeiske retningslinjene ifht kateterisering og dilatasjon; Evidence – based Guidelines for Best practice in Urological Health Care – Catheterisation, Urethral intermittent in adults. Disse retningslinjene er utarbeidet av EAUN ved en arbeidsgruppe bestående av åtte sykepleiere fra Danmark, Nederland, Tyskland, Storbritannia og Belgia, og fire av disse stod for presentasjonen. Vi fikk høre om bakgrunnen for å

skrive nye retningslinjer, hvor målet er å sikre høyest mulig standard på urologisk sykepleie i Europa. Gjennom arbeidet med retningslinjene så de at det finnes begrensede evidensbasert litteratur tilgjengelig på dette tema, og at det er behov for å utarbeide retningslinjer med anbefaling som tydelig oppgir forskningsbaserte data for hver prosedyre, med sikte på å forbedre dagens praksis og levere en standard med pålitelig bakgrunn. Arbeidet med utarbeidelsen av retningslinjene

ble påbegynt i januar 2000, og litteratursøk ble gjort frem til juli 2011. Videre ble litteraturfunnene analysert og gradert etter et system utarbeidet av The Oxford Centre for Evidence – based Medicin. Det ferdige produktet finnes både i papirutgave og elektronisk, og den finnes i fulltekst for alle individuelle EAUN medlemmer på EAUN website (<http://www.eaun.uroweb.org>). Den trykte utgaven kan bestilles via webshop på samme siden.



## CYSTISTAT®

Steril natrium hyaluronate oppløsning

### Til behandling av bakteriell og Interstitiel Cystitis

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

Produktet bestilles direkte fra:

**Azanta**

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

TLF 21 55 59 90 • FAX 21 55 59 94

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

# Nye

# Uracyst®

– 2% løsning kondroitinsulfat 400mg



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

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

**”47 % respondere etter 6 instillasjoner, 60 % etter 10 instillasjoner”**

**”96 % av pasientene opplevde noen form av forbedring”**

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

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

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

**Pakninger**      **Varenummer**  
4 x 20 ml      451459

**Distributor**  
Vitaflo Scandinavia AB NUF

**Ved bestilling**  
send mail til: [infono@vitaflo.net](mailto:infono@vitaflo.net)



På forespørsel sendes produktark og pasientveiledning.

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

 **Navamedic**



# Tisseskolen i Askøy kommune

Av Anita Furnes Himle

*Vi som helsesøstre stilles overfor mange ulike problemområder som berører barns utvikling. Dette vil kreve et bredt kompetanseregister. Som helsesøstre er vår jobb innenfor helsefremmende arbeid å fremme trivsel, velvære og mulighet til å mestre de utfordringer og belastninger mennesker utsettes for i dagliglivet. Helsesøstre er sammen med fastlegen de som kommer først i kontakt med barn som har enurese. Nest etter allergier er enurese det vanligste kroniske problemet hos barn.*

## **Forekomsten blant barn er:**

5-6 år: ca 20 %

6-7 år: ca 15 %

Ved 13 år: 3-4 %

Enuresen kan oppleves som en stor belastning for barnet. Mange av dem sliter med skyld og skamfølelse, og dette fører ofte til lavere selvfølelse. Dersom lav selvfølelse varer over flere år kan dette igjen føre til psykiske vansker på sikt. Hvilke konsekvenser barnets væteproblemer har for helsen og selvfølelsen til barnet, er av stor betydning. Sengevætingen går ofte ut over deres daglige sosiale aktiviteter. Mange vil ikke sove over hos venner og delta på klasseturer. De er dessuten redde for å bli mobbet av andre.

Enurese er uten tvil en belastning for foreldrene til barnet. De kan føle skam og skyld på lik linje med barna. Foreldre er generelt bekymret for barnet sitt og tenker på konsekvensene enureseproblemet fører med seg. De fleste er tolerante og prøver å gjøre det beste ut av situasjonen, men noen kan reagere med å straffe barnet og andre tror at barnet gjør det med vilje.

Tidligere trodde man at dette var kun psykisk betinget, men heldigvis via forskning har det her skjedd et vendepunkt. Ofte finner vi ikke en årsak, men at via barnets normale utvikling så går det seg til av seg selv. Noen barn kan ha en arvelig faktor. Vi vet at flere gutter enn jenter har enurese i barneskolealder. Foreldre opplyser at barna deres sover dypere enn andre barn og at de er vanskelig å vekke. Dette har vært vanskelig å bevise via forskning, men flere studier bekrefter at disse barna er vanskeligere å vekke enn andre.

Tidligere trodde man at blærefunksjonen var normal hos barn med enurese. Det viser seg imidlertid at så mange som en tredjedel av barn med enurese har en blæredysfunksjon. Det vil si at de har en overaktiv blære på natten, og ofte en mindre blærekapasitet enn forventet for alderen. Dette kan gi utslag på dagtid med hyppige toalettbesøk og hastverk med og nå frem til toalettet. Obstipasjon kan også være en grunn til enurese siden det kan føre til redusert blærekapasitet.

Jeg heter Anita Furnes Himle og jobber i Askøy kommune i nærheten av Bergen. Før jeg utdannet meg som helsesøster i voksen alder jobbet jeg mange år som sykepleier på barnekirurgisk avdeling ved Haukeland universitetssykehus. Der møtte jeg barn med forskjellige diagnoser og deriblant enurese. Jeg har også jobbet ved urologisk poliklinikk på HUS, den gangen det var "tisseskole" som ble drevet av en erfaren og flink uroterapeut. Disse barna gikk gjennom flere samtaler og undersøkelser for å utredes hvorfor de hadde enurese. Det er flere av undersøkelsene som er ubehagelig for mange barn. Dette har vært det som har vekket min interesse for enuresebarna og eg tenkte at den forebyggende veiledningen måtte skje i deres hjemkommune via helsesøstertjenesten. Her i kommunen har det lenge vært et veiledningsopplegg før min tid, som har blitt gitt av psykologtjenesten og familieveileder.

Jeg har vært så heldig å få lov til å starte min lille "tisseskole" her i kommunen. Dette handler ikke om at det her i Askøy kommune er god helsesøsterdekning, men at jeg har en helsesøsterleder som ser viktigheten av at disse barna sammen med foreldrene får god veiledning på veien videre. 10 % av min stilling er rettet mot enuresebarn.

Barna blir henvist fra mine helsesøsterkollegaer og fastleger i kommunen fra de er 5 ½ år. Ved første



Anita Furnes Himle

konsultasjon kommer begge foreldre uten barnet. Dette for at begge skal få samme informasjon siden begge skal hjelpe barnet sitt videre og tenke likt. Spesielt er dette viktig der foreldre har delt ansvar og barnet bor litt hos begge. Jeg ønsker at foreldrene presenterer barnet sitt på en grundig måte, slik at jeg kan danne meg et bilde. Sier også til foreldrene at det er viktig at de er ærlige. Mange foreldre kan føle skyld og skam, noen føler seg alene i verden med denne problemstillingen. Foreldre vil jo som oftest det beste for barna sine og har prøvd mye som både har fungert og ikke. De har vært gjennom en periode der de har vasket sengetøy og bytte-tøy fra skole og barnehage. Før de kommer til meg har de levert urinprøve hos fastlegen for å utelukke UVI.

Jeg er ute etter å vite hvem barnet bor sammen med og søsken.  
Hvordan var bleieavvenningen når barnet var 2, 3, 4 år.  
Hvor ofte tisser barnet ditt?  
Har barnet ditt hurtige toalettbesøk?  
Kan du se at barnet ditt er tissetrengt, men holder igjen?  
Trivsel i barnehage eller skole?  
Hvordan fungerer avføringen? Vi vet at mye hard avføring kan gi enurese.  
Drikkemønsteret til barnet ditt?  
Ofte drikker enuresebarna for lite på dagtid. Hva har dere prøvd og hvordan fungerte det?

Jeg spør foreldre om de selv har hatt enurese, eller noen andre i familien. Vi går gjennom anatomen til urinveiene slik at foreldre får mer kunnskap. Til slutt spør jeg om motivasjon til barnet for å bli tørr.

Ut fra det foreldrene forteller lager jeg et opplegg som handler om gode og trygge tissevaner. Jeg følger barnet hver 14. dag fremover og videre etter behov. Mange har prøvd eller diskutert Minirin med legen. Noe som barnet kan starte med dersom legen mistenker at det er for stor urinproduksjon på nattestid. Foreldre kjenner ofte til alarm i sengen eller i trusen. Noen kjenner til alarmklokke som barnet kan bruke som en vanlig klokke og alarm. På sykehus har vi mye utstyr til å undersøke barnet men det brukes ikke ute i kommunen. Egentlig for å skåne barnet mest mulig og ikke lage dette til et stort problem.

Min viktigste oppgave blir å senke skuldrene til foreldre og si at som oftest går ting seg til av seg selv, grunnet normal utvikling til barnet. Nervebanene mellom hjerne og urinblære er ikke ferdig utviklet før de er ca. 7 år. Er de under den alderen så tenker vi at det går seg til på egenhånd. Men det er viktig at foreldrene tenker på viktigheten av regelmessig og gode tissevaner på dagtid.

Dersom barnet er motivert til å starte et treningsopplegg så starter vi det. Noe som går ut på at jeg og barnet skriver en kontrakt sammen. Vi lager regelmessige tissetider som vil si annen hver time på dagtid. Nå skal det være klokken som bestemmer når barnet skal tisse og ikke barnet selv. Selvfølgelig får barnet lov til å tisse utenom tidene, men som oftest er det ikke behov for det dersom barnet er flink til å jobbe med resturin. Det å tisse så ofte kan være heftig for et barn og derfor er det så viktig med et motivert barn og ikke foreldre som er lei av å vaske klær. Jeg forklarer at alle barn som skal trene og tisse ofte må sitte godt på toalettet, både jenter og gutter. Gutter tømmer blæren likegodt om de står eller sitter men kunsten er at de skal sitte litt ekstra for å få ut resturin som de ofte har. Ber foreldre kjøpe en liten krakk som de har under beina når de sitter på toalettet. Og i tillegg bruker vi fantasien og tenker ut sammen med barnet hvordan de kan klare å sitte litt lenger enn før på toalettet. Blad og bøker i en korg ved siden av toalettet er lurt. Vi gjør avtale med barnehage og skole, barnet er med på møte for å høre hva som blir sagt. Dette fordi at barn trenger ofte noen som kan hjelpe de til å huske på tissetidene. Veldig viktig at de voksne lover å holde på hemmeligheten. Barnet får informasjon om at det må drikke mer enn det bruker på dagtid. Det

er lurt å redusere drikkemengden de to siste timene før leggetid. Barna får en kalender og klistremerke med seg hjem. Denne skal de bruke for å bli mer motivert, siden de skal få klistremerke for treningsinnsatsen, ikke nødvendig for resultatet. Det viktigste for foreldre er at de må holde ut og ikke mase på barnet sitt. Ting kan ta tid og det er ulikt hvor lenge barnet må trene med regelmessig tissetrening. Noen foreldre ønsker konsekvent å bruke alarm og da kan de låne det hos meg. Alarmklokke anbefaler jeg til store barn som vil ordne seg på egenhånd for å huske på tissetider. Foreldre kjøper det selv hos legemiddel-firmaet "Astra".

Dette var et lite utdrag av hvordan vi jobber med enuresebarn i Askøy kommune. Selvfølgelig gjøres det litt individuelt for hvert barn

men grunntanken er den samme. Hele veien er det barnet som styrer forløpet. Har også gjennom denne prosessen lært at noen barn har god nytte av kiropraktor eller fysioterapeut. Dette grunnet stram muskulatur i rygg og bekkenparti.

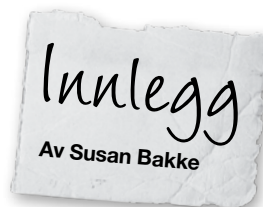
Nå har jeg jobbet på "tisseskoln" på Askøy i 4 ½ år og min erfaring er at det er regelmessige tissetider, sitte godt på toalettet og bruke god tid for å få ut all resturin som ofte er nøkkelen til å bli tørr. Dette sammen med et motivert barn og fornuftige foreldre. Ofte må vi bruke lang tid, jeg sier til foreldre at vi tar den tiden det trengs og vi skal aldri tvinge barnet dersom det synes det blir for slitsomt. Noen ganger må vi bare legge lokk på saken og da tar jeg ofte en telefon til foreldrene etter noen måneder for å høre hvordan det går.

Merkelig nok har enkelte barn blitt tørre av seg selv. Men selvfølgelig så er det ikke alle jeg kan hjelpe og de blir henvist videre til fastlegen dersom foreldre ønsker det.

Med dette ønsker jeg at flere kan bli inspirert til å jobbe med enurese. Jeg synes det er kjempespennende og har virkelig sett viktigheten av at helsesøstre har mer kunnskap rundt dette temaet.

Takker spesielt uroterapeut Jannicke Mohn ved ur. pol ved HUS som har gitt meg kunnskap og trigga meg på temaet. Og sist men ikke minst min gode helsesøstersjef Brit Roti for at jeg får lov til å være rektor ved tisseskoln på Askøy i tillegg til en spennende jobb som helsesøster.

## Mine år i avdeling for urologi Oslo Universitetssykehus HF Aker



Som sykepleierstudent våren 2009 fikk jeg praksisplass ved Urologisk sengepost B på Aker sykehus som det het dengang. Det var på bakgrunn av alle de positive erfaringene jeg valgte å fortsette som sykepleier ved denne avdelingen. Det første som slo meg var det fantastiske arbeidsmiljøet, og måten jeg ble ivaretatt som student. Arbeidsmiljøet som vedvarer den dag i dag.



Vakttavlen i Mottaksenheten

Da jeg var ferdig utdannet jobbet jeg primært på sengepost, hvor ca 40 % av pasientene har en urologisk kreftdiagnose. Andre pasientgrupper er de med nyresten, skader på urinveiene og benigne prostatalidelser. I tillegg har endokrin- og fedmekirurgi et antall senger, noe som ga bratt læringskurve som nyutdannet sykepleier. På denne tiden var det høy aktivitet i avdelingen, med mye pasienter og til tider overbelegg.

Etter sammenslåing av Oslo sykehusene og overføring av en del av pasientgrunnlaget til AHUS har vi fått oppleve endringer på kroppen, med blant annet sammenslåing av våre urologiske sengeposter og karkirurgisk avdeling. Sommeren 2012 ble det

opprettet en mottaksenhet for urologi og karkirurgi, på bakgrunn at det ikke lenger skulle drives et eget akuttmotak på Aker.



En tidlig morgen før endt nattevakt

Ved å få være med på å starte opp et nytt mottak har jeg fått muligheten til å utvikle meg innenfor urologi, og det å få følge pasienten fra innleggelse til utskrivelse. Fra preoperativ poliklinikk hvor vi sykepleiere fra de urologiske



sengepostene rullerer, der vi får møte de elektive pasientene før operasjon. Hvor pasientene blir anestesi-klartert, og de får informasjon om forberedelser til de ulike operasjonene, og om tiden etterpå. På mottaksenheten hvor en klargjør pasientene, til sengeposten hvor pasienten blir ivaretatt fra ankomst fra postoperativ avdeling til utskrivelse. Samtidig har vi mulighet for rulling i mottaksenheten hvor vi møter Ø. hjelpspasienten, og i samarbeid med vakthavende lege vurderer behov for innleggelse. Urologisk avdeling har også en stor poliklinikk, og det er med fordel at sengeposter og mottaksenhet ligger så nært.



Sykepleiere i arbeid på sengepost

Den nye mottaksenheten er noe jeg med hånden på hjertet kan si at jeg er stolt av. En arbeidsdag hvor jeg føler vi utfører sykepleieoppgaver med høy faglig kvalitet, et arbeid som gir økt mestringfølelse, og som jeg tror pasientene merker. Vi har i det siste fått mye skryt av pasientbehandlingen, både fra pasientene og fra ledelsen. Med vår urologiske kompetanse føler jeg at vi har stor "turnover" og kort ventetid. Vårt motto er "alltid pasientene først". Vi ansatte har det moro på jobb, gamle som unge, og det er ikke sjelden jeg får spørsmål fra pasientene om vi smiler like mye hjemme som på jobb.

Avdelingen har et stort fokus på høy faglig kompetanse. Arbeid med fagprosedyrer både på nivå 1 og nivå 2 er et arbeid jeg så heldig har fått bli med på. I 2010 ble det startet opp en faggruppe for urologi, hvor arbeidet da og nå består i å kunnskapsbasere og kvalitetssikre sykepleieprosedyrer og tilhørende pasientinformasjon innenfor urologi i avdelingen, og i OUS.

En faggruppe sammensatt av forskjellige yrkesgrupper som arbeider med "den urologiske pasienten" Samtidig er det blitt opprettet flere dager i måneden hvor et par timer er satt tid til refleksjon over avviksmeldinger, etiske dilemmaer, undervisning og veiledning. Fagkvelder og ansattseminar har vi også jevnlig av. Et rom for å lære av hverandre.

### Sykepleierens dag i mottaksenheten:

- 07.00 De første sammедags-pasientene skal gjøres klare, og nattevakten hjelper til med de første på operasjonsprogrammet. Det kan være alt fra 1 til 6 pasienter å gjøre klar, så da gjelder det å holde tungen rett i munnen, og arbeide effektivt. Halv 8 blir de første hentet ned til operasjon, og antall pasienter som skal klargjøres i løpet av dagen, og antallet her varierer alt fra 3 til 18. Oppgavene som sammédagssykepleier utfører er preoperative forberedelser i form av: Utføre identitetssjekk. Hjelp pasienten til å få på seg pasienttøy, sjekke barbering, rens av navle, legge inn PVK, sette i gang væske intravenøst. Legge inn kateter, og sette "blålys" til pasienter som skal til TUR B og som har behov for dette. Gi premedikasjon før pasienten blir hentet ned til operasjon. Ulike forberedelser til de ulike inngrepene. Operasjonene som utføres er blant annet RALP, TUR B, TUR P, fjerning av nyresten med URS, ESWL og PCN, Nefrectomi, Cystectomi, Innsetting av sfinkterprotese, orchiectomi, bytte av nefrostomi, og skifte av J stent.
- 07.30 får de 2 dagvaktene som skal være i selve mottaksenheten rapport fra nattevakt angående pasienter som er ventet, og til hvilket tidspunkt. Kanskje er det tid til en liten kaffekopp.
- En del av pasientene møter rett på døren, andre går gjennom konfereringer per telefon. Og de trådløse telefonene følger alltid med i lommen.

- I akutteneheten kan det være alt fra ingen pasienter til fullt belegg på få minutter. Da gjelder det å kunne prioritere hvilke pasienter som trenger akutt hjelp, og hvem som eventuelt kan vente. Men det er ikke uvanlig at en som sykepleier har ansvaret for både 3 og 4 pasienter samtidig.
- Mange av diagnosene som kommer i den urologiske mottaksenheten er:
  - Hematuri
  - Nyresten
  - Tett kateter eller bytte av permanent kateter/ suprapubiskateter
  - UVI
  - Komplikasjoner etter kirurgi
  - Mistanke om cancer testis
  - Hydrocele
  - Akutt scrotum, epidydimitt
  - Testistorsjon
- Sykepleierens oppgave er å bruke det kliniske blikket, utføre sykepleieprosedyrer og overvåke vitale parametre. Dokumentasjon, bestille blodprøver, konferere med lege, administrere antibiotika og smertestillende, legge inn og bytte av kateter og assistere lege under prosedyrer. Overføring av pasienter til post, til annen institusjon eller hjem.
- 10.30 Kommer mellomvakten, som ofte er et lyspunkt på en hektisk hverdag.
- Arbeidet fortsetter for dagvaktene til kl 15.30, og hverdagen kan være svært variert, med mange spennende arbeidsoppgaver og ikke minst utfordringer. Det finnes aldri en dag som er lik.

Dette var litt om arbeidet og hverdagen på Urologisk avdeling på Aker sykehus. Et sykehus som er under nedleggelse, noe som skaper utfordringer. Men jeg er veldig stolt av å være en del av en avdeling som er flinke på å ta utfordringene på strak arm, og som fortsetter å holde humøret og ikke minst den faglige utviklingen oppe.

# Blærekreft

Røyking er med høy sannsynlighet den viktigste enkeltfaktoren til utvikling av blærekreft.

## HVA ER BLÆREKREFT?

Urinen dannes i nyrene og sendes ned til urinblæra via urinledere. Trang til å late vannet styres av hjernen og utløses vanligvis når det er ca 200 ml i blæra.

Kreft er ukontrollert vekst av celler. Når slik vekst foregår i urinblæra kalles det blærekreft. De biologiske organismene som forvandler en normal celle til en kreftcelle er delvis kartlagt. Utviklingen består ofte av mange trinn. Det er sjelden en finner en enkel forklaring på hvorfor denne prosessen settes i gang.

Hvis kreftcellene utgår fra det overflatiske laget i blæreslimhinnen, kalles det overflatisk blærekreft. Vokser cellene inn i muskellaget, kalles det muskelinfiltrert blærekreft. Alle typer kreft har fare for spredning. Jo dypere kreften går, jo større er sjansen for spredning. Om svulsten sprer seg vil som regel lymfekjertlene i bekkenbunnen først bli rammet. Sprer den seg videre er det lever og lunger som er mest utsatt.

## FOREKOMST

Blærekreft er den 4. mest vanlige krefttypen hos menn og den 8. vanligste blant kvinner, og det rammer i hovedsaklig (80%) mennesker over 60 år.

Oppdages blærekreft tidlig er dette en kreftform en har god kontroll på. Tall fra 2010 viser at nesten 11000 levde med blærekreft

i Norge. Av disse hadde over halvparten levd lengre enn 5 år med diagnosen, mens 1/3 har levd lengre enn 10 år. Dette er gode tall, særlig når man vet at halvparten av eldre enn 72 år når de får diagnosen.

## SYMPTOMER OG TEGN

Svulstene vokser på innsiden av blæren, de har «flossete» overflate som lett blør og gir blod i urinen. Problemet er at for de aller fleste er det snakk om så lite blod at det ikke er synlig med det blotte øyet. Ser en blod bør en betrakte det som kreftsymptom inntil det motsatte er bevist. Svulster i blæren kan hindre fri passasje for urinen fra nyrene og kan gi smerter over nyreregionen. Kan noen ganger ligne på blærekatarr.

## HVORDAN STILLES DIAGNOSEN?

Det er ingen god undersøkelse på allmennlegekontoret som kan avdekke blærekreft. Blod i urinen kan analyseres for kreftceller ved urin cytologi men denne prøven fanger opp altfor få av de som faktisk har kreftforandringer i blæra til at en kan stole på denne prøven. Cystoskopi: kikkert undersøkelse av urinblæren med vevsprøver. Vevs prøver tas vist det er påvist svulst for å diagnostisere kreftypen.

CT og MR: røntgenundersøkelse som kan være aktuelt å gjøre for bedre å kartlegge veksten av svulsten i blæreveggen og eventuell spredning til lymfeknuder.

## BEHANDLING

Behandlingen er avhengig av mange faktorer: Svulstens utstrekning, gjennomvekst, lokalisering, pasientens helse og egne ønsker. Behandlingsmulighetene er mange, og hvilken form for behandling som er best egnet må pasienten og behandlende lege komme fram til i fellesskap. Behandlingen omfatter som regel fjerning av deler av urinblæren gjennom Tur-B. Innsprøyting av kreftpåvirkende midler som cellegift eller BCG (samme BCG som ved vaksinasjon mot tuberkulose), fjerning av hele blæren. En kan da lage kunstig blære av tynntarm. Strålebehandling og cellegiftbehandling eller kombinasjon av disse.

## FORLØP OG PROGNOSE

Majoriteten av pasientene som utvikler blærekreft har en type med svært gode muligheter for helbredelse, men dessverre er det stor risiko for at sykdommen kommer tilbake. Det kreves hyppige kontroller med urinprøver og cystoskopi.

Blant de som utvikler spredning er utsiktene dårligere, uten behandling vil de fleste i denne gruppen være borte før det er gått et halvt år.

## Kilder:

<http://nhi.no/sykdommer/kreft/nyrer-og-urinveier-kreft/blerekreft-2579.html?page=all>

<http://www.oslo-universitetssykehus.no>



National Continence and  
Pelvic Floor Center of Norway  
UNIVERSITY HOSPITAL OF NORTH NORWAY



# 2<sup>nd</sup> Arctic Pelvic Floor Meeting 2013

FOR NURSES, PHYSICAL THERAPISTS, GENERAL PRACTITIONERS AND SPECIALISTS

7–8 November – Trondheim, Norway

Registration by 1<sup>st</sup> of August at: [www.apfm2013.no](http://www.apfm2013.no)

**Updates and controversies in assessment and treatment of incontinence and pelvic floor disorders.**

#### TOPICS:

- 3D ultrasound of the anal sphincter
- Low anterior resection syndrome
- Urinary and anal incontinence in nursing homes
- Interdisciplinary teamwork – how to get beyond fiction
- Patient care lines- primary health care and specialist
- Conservative treatment, results

#### WORKSHOPS

**Urodynamics:  
Interpretation and Artefacts**

**Marcus Drake**

*Consultant Urological Surgeon, Southmead Hospital  
and Bristol Urological Institute*

**Ultrasound**

**Hans Peter Dietz**

*Professor in Obstetrics and Gynaecology  
Sydney Medical School Nepean*



# OSS MEDLEMMER IMELLOM

Ved  
Katrin Valaas  
Isaksen

*Endelig er vi i gang!! Etter noen år uten, er uroterapiutdanningen endelig oppe og går igjen. Det er femte gang utdanningen gjennomføres i regi av Høgskolen i Bergen, med Jannicke Frugård og Anne Thorine Litherland som fagansvarlige.*

Funksjonsforstyrrelser i de nedre urinveier og tarm er tilstander med stor utbredelse. Forekomsten av vannlatningsbesvær/urinlekkasje øker med alderen, og med økende gjennomsnittsalder i befolkningen vil behovet for spesialkunnskap på området også være økende. Uroterapi er satt sammen av to ord; Uro (fra urologi) som betyr læren om sykdommer i de nedre urinveier, og Terapi som betyr behandling av sykdom eller skade, og oppfølging og behandling av pasienter med funksjonsforstyrrelser i de nedre urinveier krever høy kompetanse innen medisinske, psykososiale og pedagogiske emner.

Studiet har som mål å videreutvikle studentenes handlingskompetanse overfor personer med vannlatingsproblematikk, og studentene kvalifiserer seg til å ha spisskompetanse innen uroterapi og har en særlig oppgave når det gjelder informasjon, støtte og veiledning til pasienter og pårørende for å forebygge sykdom og komplikasjoner, og å fremme helse, mestring og livskvalitet. Studiet gir 60 studiepoeng og er organisert som et deltidsstudium over tre semestre med 10 uke-samlinger, 2 – 3 samlinger pr semester. I tillegg skal hver student ha 150 timer kliniske studier/praksis for å fordype seg innen spesialiteten.



Den 11. februar møtte 24 studenter med stor interesse for urologi til «første skoledag», 21 kvinner og 3 menn, fra Harstad i nord til Flekkefjord i sør, alle med forskjellige erfaringer og arbeidspraksis fra urologiens verden. Undervisningen var spennende og lærerik, og også litt skremmende! Litteraturlisten er lang, og det er mye å gå gjennom og lære før vi kan kalle oss uroterapeuter etter 1,5 år. Mange har ikke studert på flere år, og det er mye nytt å sette seg inn i, både data – og studie -teknikk. Men det var en fin stemning i gruppen fra dag en, det var lett å komme i kontakt med medstudentene og vi var alle enige i at «Dette klarer vi!!»

Den første samlingen gikk over to uker, og i tillegg til undervisningen på dagtid, var vi to kvelder invitert til produktinformasjon og sosialt samvær av leverandører av urologisk utstyr. Dette gjorde at vi rakk å få god kontakt, og det ble en ganske sammensveiset gjeng allerede den første samlingen. Vi ser frem til fortsettelsen!!

**! FSU har pr 31.04.2013: 275 medlemmer**

**! Vet du om en FSU-sykepleier som har utmerket seg og som du vil vi skal skrive noen ord om i URO INFO? Send en e-post til Katrin: [katrinv@online.no](mailto:katrinv@online.no)**

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

# NKIR-FORUM

**Norsk kvinnelig inkontinensforum**  
**Fredag 22. november 2013, Auditoriet Bærum sykehus**

Deltagelse, mat ved ankomst, lunch og kaffe i pausene er kostnadsfritt. Ingen begrensning på antall deltagere fra hver avdeling. Vi ber om påmelding til møtet innen 15. september. Bindende påmelding med navn og profesjon på deltagerne skjer til Bjørg Tove Johansen, Kvinneklubben, Bærum sykehus  
[bjorg.tove.johansen@vestreviken.no](mailto:bjorg.tove.johansen@vestreviken.no)  
tlf 67809452

Møteleder Rune Svenningsen ønsker velkommen

**11.00 Nevrologi og inkontinens**

Ragnar Stien

**11.20 Urinary incontinence in pelvic organ prolapse surgery patients**

Kirsten Kluiwers (NED)

**11.55 Gravid etter midtturetra slynger – hva gjør vi**

Ole A. Dyrkorn

**12.20 Debattforum:**

- Offentliggjøring av registerdata
- Registerkvalitet – bruk av monitor og audits i forskningsdatabaser – noe også for kliniske kvalitetsdatabaser?
- Register som nyttig verktøy for klinisk kvalitetskontroll – ikke bare for forskning – erfaringer fra Nasjonalt register for leddproteser

Sigurd Kulseng-Hanssen

Dominic Hoff

Leif Ivar Havelin

**13.15 Lunch**

Møteleder Anita Vanvik

**14.10 Arv og Inkontinens**

Yngvild Hannestad

**14.35 Vaginal elektrostimulering og transkutan nervestimulering i behandlingen av urininkontinens**

Hjalmar Schiøtz

**15.00 Sykemeldingslengde, treningsforbud, ADL (activities of daily living) etter midtturetra slynge operasjon – hvilke råd gir vi – hva er dokumentert**

Marie Ellstrøm-Eng

**15.25 Kaffepause**

Møteleder Yngvild Hannestad

**15.45 The additional value of urodynamics in stress urinary incontinence**

Kirsten Kluiwers (NED)

**16.10 SPSS syntax for å regne i egen database – live demo**

Ellen Borstad, Rune Svenningsen

**16.35 Nytt fra NKIR programvaren**

Tomislav Dimoski

**17.00 Møteslutt**

## 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.



Som fagbevisst urologisk sykepleier  
er FSU din samarbeidspartner



**BLI MEDLEM:**  
[www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/urologi](http://www.sykepleierforbundet.no/faggrupper/urologi)  
Medlemskontakt: Katrin Valaas Isaksen  
[katrinv@online.no](mailto:katrinv@online.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 Gytre Lund  
kirsti.lund@helse-bergen.no

## **Helse Førde**

Kirurgisk poliklinikk, 6800 Førde  
Tlf: 57 83 92 80, Reidun Mjell

reidun.mjell@helse-forde.no

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

Vikagata 65, 6010 Ålesund  
Tlf: 70 10 56 70 / mob: 98821447

\* Katrin Valaas Isaksen  
katrin.valaas@helse-mr.no  
katrinv@online.no

## **Sykehuset Innlandet, Hamar**

Kirurgisk poliklinikk  
Skolevegen 32, 2326 Hamar  
Tlf: 62 53 75 76

\* Vera Harstad Jensen  
vera.harstad.jensen@sykehuset-innlandet.no

## **St. Olavs Hospital**

Gynekologisk poliklinikk  
7006 Trondheim, Tlf: 72 57 47 17

\* Anita Vanvik  
anita.vanvik@stolav.no

## **Norlandssykehuset, Somatikk Bodø (NLSH)**

Kirurgisk avd. B  
8000 Bodø, Tlf: 75 53 43 70

\* Sølvi Antonsen  
solvi.antonsen@nlsh.no

## **Helgelandssykehuset Avd. Sandnessjøen**

Kirurgisk poliklinikk  
8800 Sandnessjøen  
Tlf: 75 06 52 00

Inger Alnes, inger.alnes@sasyk.nl.no

## **Stokmarknes Sykehus**

Kirurgisk poliklinikk  
8450 Stokmarknes  
Tlf: 75 42 40 00

Sidsel Gjerde  
sidsel.gjerde@nlsh.no

## **Universitetssykehuset Nord-Norge HF**

Kirurgisk sengepost/utredningspoliklinikken  
9038 Tromsø, Tlf: 77 62 66 33

\* Kristin Lernes  
kristin.lernes@unn.no

\* Disse har lokallag

# STYRET I FSU



**STYRET 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



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



**August 21<sup>st</sup>-23<sup>rd</sup> 2013**

Park Hotel Sandefjord, Vestfold, Norway

The registration is now open:

Go to <http://www.nuf2013.no/registration.cfm>



NSF's FAGGRUPPE AV  
SYKEPLEIERE I UROLOGI



**Sykehuset i Vestfold**  
Vestfold Hospital Trust