



BACHELOROPPGÅVE:

**KORLEIS KAN SJUKEPLEIAR BIDRA
TIL AT MS-DIAGNOSTISERTE
MEISTRAR SINE
VANNLATINGSPROBLEM?**

GRUPPENUMMER: 11

Dato: 18. NOVEMBER 2011

SAMANDRAG

Tittel:	<u>Korleis kan sjukepleiar bidra til at MS-diagnostiserte meistarar sine vannlatingsproblem?</u>	Dato : 18.11.11
Gruppenr.:	<u>11</u>	
Rettleiar:	<u>Kari Hugsted</u>	
Evt. oppdragsgjevar:		
Stikkord/nøkkelord (3-5 stk)	<u>Multipel sklerose/MS, sjukepleiar, vannlatingsproblem, inkontinens, retensjon</u>	
Antall sider/ord:10026	Antall vedlegg: -	Publiseringsavtale inngått: ja/nei
Kort beskriving av bacheloroppgåva:		
<p>Multipel sklerose er ein kronisk inflammatorisk betennelsessjukdom som oppstår i sentralnervesystemet, CNS. I 2009 var 2,5 millionar menneske ramma av sjukdommen på verdsbasis. Vannlatingsproblematikk er ein forholdsvis vanleg komplikasjon i samband med multipel sklerose. Eit komplekst problem som det er lite merksemd rundt. Oppgåva tar difor for seg ulike problem knytta til dette. Fokuset er på korleis den MS-diagnostiserte med sine vannlatingsproblem skal kunne meistre kvardagens utfordringar gjennom samhandling med sjukepleiar.</p>		

ABSTRACT

Title:	<u>How can a nurse help MS-diagnosed patients to cope with their urination problem?</u>	Date : 18.11.11
Participants/	<u>11</u>	
Supervisor(s)	<u>Kari Hugsted</u>	
Employer:		
Keywords (3-5)	<u>Multiple sklerosis/MS, nurse, urination problem, incontinence, retention</u>	
Number of pages/words:10026	Number of appendix: -	Availability (open/confidential):
Short description of the bachelor thesis:		
<p>Multiple sclerosis is a chronic inflammatory disease that occurs in the central nervous system, CNS. In 2009, 2,5 million people affected by the disease worldwide. Urinary problem is a relatively common complication associated with multiple sclerosis. A complex problem which has a small attention. The assignment will therefore for the various problems associated with this. The focus is now on how the MS diagnosed with their urinary problems should be able to master every current challenge through interaction with the nurse.</p>		

Livsglede

Livet er fullt av overraskelser,
på godt og vondt.

Det er ikke lett å være evig optimist!

Det handler om å se muligheter,
ikke begrensninger,

sa en god venn av meg, og det er så sant.

Jeg tror det er fort gjort å komme ut av spor,
når ikke alt går som vi gjerne tror!

Så prøver jeg å lære meg,
at når jeg skjærer meg,

finnes alltid en ny dag, og en ny start.

Det er aldri for sent å tro på seg selv og livet.

Når solen skinner, og varmer våre
hjerter og sinn

da er det godt å være til.

(Aarstad, 2011)

Innhold

1.0 Innleiing	3
1.1 Presentasjon av tema.....	3
1.2 Bakgrunn for val av tema.....	3
1.3 Avgrensing av problemstilling.....	4
1.4 Begrepsavklaring	4
2.0 Metode	6
2.1 Metodebeskriving	6
2.2 Begrunning for val av teori.....	6
2.3 Datainnsamling	7
2.3.1 Litteratursøk.....	8
2.4 Kjelder og kjeldekritikk	8
3.0 Teori og drøfting	10
3.1 Innføring i MS.....	10
3.2 Vannlatingsproblem.....	13
3.3 Fysisk aktivitet	17
3.4 Krise.....	19
3.5 Meistring.....	22
3.6 Sjølvbilete	23
3.7 Rettleiande funksjon	24
3.8 Den MS diagnostiserte fortel sjølv.....	26
3.9 Mellommenneskelege forhold.....	28
3.10 Livskvalitet	29
4.0 Teoretikarar.....	31
4.1 Orems eigenomsorgsteori	31
4.2 Antonovskys helsebegrep	33
5.0 Konklusjon.....	35
6.0 Etterord	36
7.0 Litteraturliste.....	38

1.0 Innleiing

1.1 Presentasjon av tema

Multipel sklerose er ein kronisk sjukdom med svært varierende forløp og med svært mange ulike symptom. Eg har valt å fokusere på vannlatingsproblema som mange MS-diagnostiserte får, og det som følgjer med eit slikt problem.

Vannlatingsproblematikk er i tillegg til å vere ein komplikasjon ved MS, eit problem som også vil auka i takt med den stadig aukande levealderen blant befolkninga (Vinsnes, 2005).

1.2 Bakgrunn for val av tema

Grunnen til at eg ville skrive om multipel sklerose var ganske enkelt at eg kunne alt for lite om kronisk sjukdom generelt, og at MS var ein interessant sjukdom. Eg kjenner også ei dame i 30 ára som har MS, som nok var utslagsgivande for at det var MS eg ville skrive om. Eg har også blitt kjend med sjukdommen gjennom studiet i sjukepleie, i tillegg til ulike vekeblad og fjernsynet. Som andre kroniske sjukdommar utviklar MS seg langsamt og er irreversibel. Dette inneber gradvis livsstilsendring med aukande behov for hjelp og tilrettelegging.

Gjennom praksis har eg også opplevd at vannlatingsproblem er noko som mange er ramma av, men som er eit tema tema som får lite merksemd. Det er på mange måtar normalt for ein sjukepleiar å omgåast personar med vannlatingsproblem på jobb. Det blir etter mi meining teke for lite på alvor, og ein bryr seg for lite om pasientar med eit slikt problem.

Sjølv om MS er eit spennande tema, så er det alt for vidt å skrive om. Eg måtte snevre inn oppgåva. Eg var godt nøgd då eg hadde greidd å snevre det inn til grunnleggjande behov ved MS, men såg fort at heller ikkje det vart snevert nok. I tillegg til MS kunne eg alt for lite om eit så grunnleggjande behov som vannlatingsproblematikk og alle utfordringar som det medfører. Når eg så hadde bestemt meg for at det var MS og vannlatingsproblematikk eg skulle skrive om i oppgåva, starta jakta på informasjon. Det var starten på ei spennande og lærerik reise gjennom bøker og artiklar.

1.3 Avgrensing av problemstilling

Eg merka fort at det var lett å ta med mykje. Eg ville skrive om MS, fysiske endringar og den psykiske påkjenninga det er å få ein kronisk sjukdom. I tillegg ville eg skrive om vannlatingsproblematikk, både inkontinens og retensjon på det fysiske og psykiske plan. Det var nok å gripe tak i.

Den endelege problemstillinga vart til slutt korta ned til:

Korleis kan sjukepleiar bidra til at MS-diagnostiserte får betra sine vannlatingsproblem?

Eg har valt å fokusera på den MS-diagnostiserte sitt vannlatingsproblem på det fysiske og psykiske plan. Det å få sjølve MS-diagnosen, og utfordringar knytte til det, har eg utelate frå oppgåva pga. oppgåvas omfang. Det er mange og samansette problem som fylgjer med MS og vannlatingsproblematikk.

Fokuset er dei som får MS i relativ ung alder. Eg har teke utgangspunkt i ei kvinne i 30-åra med diagnosen MS og vannlatingsproblem som ein fylgjande komplikasjon.

Utgangspunktet mitt er at kvinna er norsktalande og andre utfordringar som økonomiske, sosiale og kulturelle skilnadar har eg ikkje gått inn på i oppgåva pga. omfanget av oppgåva.

Pårørande til den MS-ramma er heller ikkje blitt via plass i denne oppgåva, sjølv om eg ser at dei kan vera av stor betydning og til god hjelp for den ramma.

1.4 Begrepsavklaring

MS er ei forkorting av den kroniske sjukdomen multippel sklerose som er hovudkjerna i denne oppgåva (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Buanes & Røise, 2009).

Vannlatingsproblem kan vera av typen inkontinens, som tyder at ein har ufrivilleg avgang av urin, eller det kan vera retensjon – at ein ikkje får til å late vatnet skikkeleg (Jacobsen m.fl., 2009).

Med sjukepleiar meiner eg norsk autorisert sjukepleiar.

RIK tyder rein intermitterande katetrisering og er forkortinga eg vil nytta meg av i denne oppgåva (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005, bind 2).

Eg tek utgangspunkt i at lesar av oppgåva er utdanna sjukepleiar og dermed er godt kjend med sentrale medisinske ord og uttrykk. Eg har difor ikkje via plass til vidare begrepsavklaringar utover hovudorda i oppgåva.

2.0 Metode

2.1 Metodebeskriving

Som metode har eg valt å skrive eit litteraturstudium etter den kvalitative metoden.

Dalland (2007: 84) seier at den kvalitative metoden tar *”sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle”*.

Svakheita med ei slik oppgåve er at det er ein liten fare for feiltolking når ein skal gjengje ein annan, og tidlegare utgjeven teori.

Ein har gjerne gjort seg opp ei meining om korleis oppgåva skal verta tidleg i arbeidet. Litteraturen kan derimot snu litt på vår eiga oppfatning om oppgåva undervegs med at ein opnar for fleire perspektiv medan ein les (Dalland, 2007).

2.2 Begrunning for val av teori

For å finne svar på mi problemstilling har eg vore på høgskulebibliotek og lokale folkebibliotek for å finne informasjon om multippel sklerose med utvikling, behandling, prognosar og alt som omhandlar MS og vannlatingsproblem. Veldig mykje av det eg fann er sjølvstakt ikkje med i oppgåva, men har gitt meg mykje verdfull kunnskap knytta rundt MS, vannlating, kommunikasjon og grunnleggjande behov i all hovudsak.

Eg fann ut at det på Lillehammer var ein MS-sjukepleiar. Henne tok eg kontakt med og fekk ordna eit møte med ho. Dette var til god hjelp. Ho fortalde meg om MS-diagnostiserte sine utfordringar på både det fysiske og psykiske plan. Ho var medverkande til at eg valde å vende oppgåva mot vannlatingsproblem, ettersom ho kom innom temaet og viste seg svært engasjert i dette. Det er såpass mange som har eit slikt problem, men det er alt for lite fokus på dette. Difor retta eg fokuset mitt på oppgåva i denne retninga.

Kristoffersen m.fl. (2005) og Almås (2001) har mykje god litteratur om korleis ein skal utøve sjukepleie til menneske med ulike utfordringar. Dette er bøker som er henta frå pensumlista. Eg har valt litteratur som eg synest kan vere med på å gje eit svar på problemstillinga, både frå pensumlista og utanfor.

Eg har valt å ta med Antonovskys helsebegrep, ettersom han vinklar ting litt annleis enn kva som er vanleg i sjukepleia. Der blir det mykje fokus på sjukdom og behandling, medan Antonovsky fokuserer på det som er helsebringane. Sjølv om eit menneske er utsett for sterke påkjenningar og sjukdom, så ser han på det som gjer at mennesket trass deira påkjenningar greier å oppretthalda helsa si (Kristoffersen m.fl., 2005).

Databasar som ProMed og Academic Seach Elite er også flittig brukt via Høgskolen i Gjøvik sine biblioteksider.

I tillegg har eg brukt Google. Det er ei internettside der ein søker opp ulike ting ein vil vite meir om. Det er ei side som kan brukast til det meste, berre ikkje til skuleoppgåver har eg alltid fått høyrte frå lærarar og andre. Utsegn som *"du kan ikkje skrive i ei oppgåve at du har brukt Google, du må bruke meir sikre kjelder som databasar via biblioteket"*. Det er nok mykje sant i det, men via databasane kjem eg ikkje inn på nettsamfunna. Dei er ikkje sikre nok kjelder. Det er bra om ein skal søke etter fagkunnskap, men skal ein få eit innblikk i korleis den MS-ramma med vannlatingsproblematikk har det, finn ein dårleg med informasjon via databasar. Forskning finn ein, men eigne forteljingar må ein leite etter andre stadar. Difor har eg valt å gå via Google. Kanskje har eg gjort noko eg ikkje burde? Eg tykte det var både viktig og spennande å få med denne vinklinga i oppgåva. Etter at all informasjon var innhenta starta utvelgingsprosessen for kva eg skulle ta med i oppgåva.

2.3 Datainnsamling

Datainnsamlinga mi er i hovudsak gjort på Høgskolebiblioteket på Gjøvik, i tillegg til andre lokale bibliotek på Lillehammer og i Bergen. Eg har brukt pensumbøker og søkt etter tidsskrift og vitenskaplege artiklar i ulike databasar via databasane som høgskolen har tilgang til. Eg har brukt bøker 10 år tilbake i tid, men har sett eit tak der. Ettersom det heile tida vert gjort ny forskning, og det er nye syn på ting, har eg unnlåte å ta med stoff som er eldre som 10 år. Eg har vore på ulike chate-sider på internett og lest bloggar frå personar med MS. MS-forbundet har hatt mykje informasjon på si internettside, der eg også har bestilt meg nokre bøker og informasjonsbrosjyrar om MS.

2.3.1 Litteratursøk

Eg har vore innom alle databasar som HiG har tilgang til gjennom sine databasar. PICO skjema er også prøvd, men eg syntest ikkje eg fekk det godt nok til. Eg fann ProMed og Academic Search Elite som dei mest oversiktlige og greie databasane, og konsentrerte meg etter kvart om dei for å søkje etter forskningsartiklar.

I alle søka mine har eg brukt multippel sklerose/multiple sclerosis enten aleine eller i kombinasjon med eit eller fleire andre ord som urinproblem/urinary problem.

Veiledning/guidance er også brukt med ulike kombinasjonar utan noko treff. Når eg søkte etter multiple sclerosis på PubMed gav det 49085 treff! Ved å kombinere incontinence med multiple sclerosis fekk eg 64 treff. Bladder and multiple sclerosis gav 74 treff.

Dei utvalde artiklane fann eg på databasen Academic Search Elite. Multiple sclerosis, urinary problem og nurse gav 60 treff, medan multiple sclerosis og urination problem gav 3 resultat. Ved bruk av søkjeorda multiple sclerosis og urinary problem, fekk eg 8 treff kor eg valte artikkelen *Journal of rehabilitation research & development*. Den andre artikkelen eg har brukt fann eg ved hjelp av søkjeorda multiple sclerosis i kombinasjon med urination problem og mental. Då fekk eg fram artikkelen: *Multiple sclerosis: prevalence and factors impacting bladder and bowel function in an Australian community cohort*. Dette var også det einaste treffet eg fekk ved å bruke dei søkjeorda.

2.4 Kjelder og kjeldekritikk

Mykje stoff er henta frå pensumlista. Eg har brukt det eg tykkjer har mest relevans til oppgåva. I tillegg har eg brukt mange andre fagbøker. Ei av MS-bøkene eg har brukt er utgitt av MS-Forbundet og er skriva som informasjon til den MS-ramma og dei pårørande. Det er ikkje ei bok skriva for helsepersonell, men eg har likevel valt å ta den med då det er mykje nyttig informasjon om MS som sjukdom, med utvikling, behandling og andre nyttige tips. I tillegg har eg henta historier frå verkelegheita, der MS ramma sjølv fortel om sin kvardag og ulike utfordringar dei møter på. Bloggar og

diskusjonsforum for MS ramma har eg også brukt i oppgåva, utan at det kan seiast å vera sikre kjelder.

Oppgåve er utforma etter Høgskolen i Gjøvik sine retningslinjer for oppgåveskriving, for avdeling helse, omsorg og sjukepleie. (HiG, 2011)

3.0 Teori og drøfting

3.1 Innføring i MS

Multipel sklerose er ein kronisk innflammatorisk sjukdom som oppstår særleg i Skandinavia, England og Nord-Amerika. Multipel sklerose oppstår gjerne i forholdsvis ung alder. Ofte frå 20 til 40 års alderen, og oftare kvinner enn menn rammast av denne sjukdommen. Sjukdommen oppstår hos 1 av 1000 personar der 1 av 3 har ei godarta form, dvs at dei kan leva tilnærma normale liv med MS. Hos dei resterande, altså hos dei fleste, utviklar sjukdommen seg mot invalidisering. Risikoen for å få multipel sklerose aukar om ein har nokre nære slektningar som er ramma, men risikoen er likevel ikkje meir enn 1% om ein har sysken med multipel sklerose (Almás, 2001). Barna til ein MS ramma har 2-4% sjanse for å utvikla sjukdommen. Faktorar frå omgivnadane ein oppheld seg i spelar truleg også inn, men det er gjort for lite forskning på dette området til å kunna seie noko sikkert endå (Bahr, 2009).

Ved at det berre er i nordiske land og kva ein kan kalla kalde land, der me har lite sol i forhold til resten av verda, kan ein stilla seg undrande til om det kan ha med temperatur og/eller sol å gjere. Men samstundes er det merkeleg at Russland ikkje er nemnt i denne samanhengen, ettersom det også er eit kaldt land med relativt lite sol. Alt dette er berre refleksjonar eg har gjort meg, men lite sol og kulde er i alle høve ein fellesnemnar ved desse områda.

2,5 millionar var i 2009 ramma av MS på verdsbasis (Khan, Pallant, Shea & Whishav, 2009). Multipel sklerose er ein betennesssjukdom i sentralnervesystemet. Betennelsen oppstår flekkvis ved at kvite blodceller, også kalla makrofager, øydelegg myelinet på myelinkjedene som dekkjer nervefibrane. Myelinkjeda fungerer som isolasjon på nervefibrane. Når det oppstår betennelse på nervebana, vil ikkje nerveimpulsa kunne verte førte forbi det området som er ramma. Sjølv om betennelsen etter ei stund går over og forverringsperioden har gått tilbake, vil området ha eit lite arr som gjer at nerveimpulsane som oftast vil gå saktare ved ein tidlegare betennelsesstad. I tillegg til å ramme sentralnervesystemet, kan betennelsesflekkane oppstå på nervefiber i hjernebarken (Dietrichs & Gjerstad, 2007).

Symptoma på multippel sklerose kan komme og gå. Det er gjerne ingen system på når sjukdomsutbrota/forverringane trer i kraft. Dei opptre imidlertid hyppigare i starten av sjukdommen, med episodar av forverring omtrent ein gong for året. Ein periode med forverring kan vare frå litt over eit døgn til fleire veker. Sjukdommen kan så halda seg stabil i opp til fleire år før eit nytt sjukdomsutbrot. Det er likevel store forskjellar frå person til person. Nokon har ei mildare form av sjukdommen, andre har verre form og kan bli invalidisert på få år. Når forverringsperioden går over, kjem pasienten seg tilbake igjen til tilnærma slik han var før forverringa, men han tek likevel eit steg inn i sjukdomsutviklinga (Almås, 2001).

For å beskrive kor ulike symptoma er, og kor ulik grad det er mogeleg å ha av MS, fann eg i boka til Dietrichs & Gjerstad (2007) at personar kan gå gjennom heile livet utan å vere klar over at dei faktisk har MS. Ein antar at ein del menneske som opplever små og milde forverringsperiodar, ikkje skjønar at dei faktisk har ein sjukdom og difor aldri blir diagnostisert. Dette fortel at forskjellane er store når nokon kan gå gjennom livet med MS gjerne utan å oppsøkje hjelp for plagene, medan andre blir sterkt handikappa på få år.

For å få stilt diagnosen multippel sklerose må ein ha minst to av symptoma som oppstår i sentralnervesystemet og som oppstår på ulike tidspunkt. Ei MR-undersøking vil også være til stor hjelp i diagnosteringsarbeidet (Bahr, 2009). Ein veit for lite om sjukdommen til å kunne ha nokon måte å førebyggje den på. Det er heller ikkje funne noko medikamentell behandling som kan stanse multippel sklerose utviklinga eller nokon helbredande kur (Dietrichs & Gjerstad, 2007).

Dei fleste som får diagnosen MS vil eg tru reagerer med sjokk, fortvilning og opplever ei krise. Likevel kan eg tenkje meg til at gjerne nokre også opplever det med eit lite snev av positivitet. Gjerne har ein vore fleire turar til lege med plager som ein ikkje finn ut av, og vert lett oppfatta som klagande. Då det viser seg at ein faktisk er sjuk, og får diagnosen vil eg tru det kan opplevast som ein lettelse for enkelte. Eg kjenner til liknande historier der ein har vondt og har store plager i lang tid. Ein går til lege, men dei kan ikkje påvisa noko gale. Ein føler til slutt at omgangskretsen ser på ein som sutrete, og at ein ikkje toler noko, for ein er jo ikkje sjuk. Det å få ein diagnose, få behandling og ikkje minst det å bli trudd vil eg tru at for mange kan opplevast som ein

liten opptur midt i alt det negative. For sjølv har ein jo visst lenge at det har vore noko gale.

Når ein får ein kronisk sjukdom som MS er det vanskeleg for meg som står på utsida å setje meg inn i korleis den ramma har det og kva som rører seg inni hovudet på den ramma. Korleis vil det vera å få ein slik diagnose når ein er i starten av vaksenlivet og dermed har livet framfor seg? Familie og jobb blir med eit tunge tema å tenkje på. Korleis skal ein meistre dette? Ein står gjerne i starten av ei jobbkarriere og vil lett bli usikker på korleis det vil kunne fungere med sjukdommen og jobb i åra framover. Ein står sannsynlegvis utan eit einaste svar på korleis framtida vil bli. Alle draumar vil på mange måtar knusast i det ein får ei slik diagnose.

Som tidlegare nemnt kan ein gå gjennom livet utan å merke at ein har MS, medan nokon kan bli sterkt invalidisert på få år. Kva gjer det med eit menneske å leve i ein slik usikkerheit angående framtida si? Å tenkje på at ein kan hamne i rullestol om få år kan være tungt å tenkje på når ein er i starten av vaksenlivet. Kva med barn? Kan ein få barn med MS? Eg er viss på at det er mange komplekse spørsmål som dukkar opp når ein får ein slik sjukdom.

3.2 Vannlatingsproblem

Ordet vannlatingsproblem er på ein måte "forheksa". Det er eit tabu å ha vannlatingsproblem. Sjølv tømmingsbehovet vårt er tabubelagt, det blir sett på som noko ekkelt og ureint sjølv om det er ein naturleg og livsviktig kroppsfunksjon for oss alle (Vinsnes, 2005).

Eg presenterte i det førre kapitlett MS og kva som skjer ved skadar på myelinet. Det som skjer dersom skade på myelinet ramar den delen av nervebana som leiar impulsar fram og tilbake frå urinblæra og urinrøret, er at det oppstår eit vannlatingsproblem (Estensen, Bache & Stenmark, 2011).

Det å få kontroll over vannlatinga er noko ein lærer tidleg i barneåra. Potte og toalett-trening er noko som er viktig som liten. Ein høyrer gjerne foreldre skryte av barnet sitt når bleieperioden er over. Korleis blir det da for vaksne folk å måtte begynne med bleie igjen?

RIK, blir ikkje berre nytta ved retensjon men også av nokre inkontinente. Mange av dei som har kronisk sjukdom kombinert med vannlatingsproblem er faste brukar av RIK. Etter ei stunds bruk ser ein gjerne at enkelte kan få kontroll over vannlatinga igjen (Vinsnes, 2007).

Eg konsentrerar meg her om RIK ettersom eg som sjukepleiar skal lære opp den MS-ramma til å verta sjølvhjelpen, og til å handtera sjølvkatetrisering heime. Gjer likevel merksam på at prosedyren alltid skal utførast sterilt i institusjonsmiljø. (Kristoffersen m.fl., 2005, bind 3)

Vannlatingskontrollen er avhengig av eit samspel mellom fleire faktorar. Bl.a. må ein kunne vera i stand til å kjenne vannlatingstrang og føle behovet for å gå på toalettet. Enkelte kan ha problem med å komme seg på toalettet i tide pga. nedsett bevegelse, balanse og liknande som følgje av MS. Nokre kan også slite med å få av kleda tidsnok om ein har komme seg til toalettet. Om ein så ikkje rekk det, blir resultatet inkontinens (Ibid).

Eit ganske vanleg problem er spastisk eller lamma urinblæremuskulatur som er årsaka til at ein slit med vannlatinga. Ved slik spastisk muskulatur får ein ei sterk vannlatingstrang utan at blæra er full (Almås, 2001).

Kateterisering blir utført ved urinretensjon. Denne forma for tømingsproblem er vanlegare under forverringsperiodane, men er ikkje uvanleg utanom heller. Retensjon kan gi urinveisinfeksjonar ettersom ein ikkje får tømt blæra fullstendig og det kan gje grobotn for bakteriar (Estensen m.fl., 2011).

Det fins ulike typar av inkontinens, overløpslekkasje er ein av dei. Det oppstår gjerne hos MS-diagnostiserte. Lekkasje oppstår når blæra er full, ein greier ikkje halde igjen for den minste trykkauke. Det kan oppstå lekkasjar heile døgeret, og treng ikkje sjåast i samanheng med andre aktivitetar. Årsaka er slapp blæremuskulatur som eit resultat av MS-sjukdommen. Også ved slike problem er kateterisering eit godt alternativ ettersom ein ikkje har den store vannlatingstrangen sjølv om blæra er full (Ibid).

Som sjukepleiar for ein MS ramma er det difor viktig at ein er merksam på urinblæra si funksjon for å hindre at det byggjer seg opp til større problem enn det som er nødvendig. Det å informere den ramma om at den må være observant på at urinblæra sin funksjon kan endrast.

Anstrengelses-inkontinens oppstår ved anstrengelse, hoste, nys, dans og andre liknande anstrengelsar for kroppen. Det er ikkje eit problem som oppstår spesielt i samband med MS, men ein slik type inkontinens kan forverrast ved MS (Estensen m.fl., 2011).

Haste-inkontinens er den typen inkontinens som oppstår hyppigast hos MS-diagnostiserte. Blæremuskulaturen greier ikkje halde igjen. Nokon ”skvetter”, små eller større mengder, medan andre har mista knipefunksjonen fullstendig slik at dei tissar på seg utan å ha nokon form forvannlatingstrong (Ibid).

Ein kan ha inkontinens, ein kan ha retensjon men ein kan også ha begge deler. Det kan også svinge frå det eine til det andre. Det er sjølv sagt mogeleg å ha vannlatingproblem utan at det skuldast MS. Det finns mange andre årsaker til at vannlatingproblem oppstår. Fødsel er til dømes ei årsak til at mange kvinner kan oppleve å få problem med

vannlatinga. Problem med prostata og dårlege toalettvanar over lang tid kan også gje problem (Ibid).

At vårt tømingsbehov er tabubelagt gjer at det blir ekstra vanskeleg å ha ein slik type problem. Det byr på ekstra påkjenningar som ein nok gjerne skulle vore for utan. Ein kan ha mange slags utfordringar, små og store problem. Har ein for eksempel problem med synet kan ein snakka offentleg om det utan å kjenne skamma som mange av dei som slit med tømingsproblem kjenner på. Begge utfordringane er betydelege for dei det gjeld. Likevel er det store forskjellar.

Den som har vannlatingsproblem må undersøkjast. Enkle bekkenbunnsøvingar kan ofte hjelpa, saman med blæretrening. Medikamentell behandling kan i nokre tilfeller vera aktuelt. Ved retensjon er katetrisering nødvendig, og ved inkontinens er bleier til god hjelp (MS-Forbundet, 2002).

Eg tenkjer på meg sjølv, og prøver å setje meg inn i situasjonen som dama eg har teke utgangspunkt i. Det å måtte bruke bleier og vere avhengig av dei. Dagens tettsittjande bukser er ikkje gunstig med tanke på bleiebruk. Det å vera 30 år og skulle bruke bleier byr på langt fleire utfordringar enn nok mange kan tenkje. I tillegg til at dei er ubehageleg å gå i må ein også tenkje på bekledding m.m. At ein er 30 år og greier seg sjølv med byte av bleie, gjer det nok lettare i den forstand at ein kan velje ei mindre bleie. Ein kan då foreta hyppigare skift og kan unngå dei største bleiene. Om ein treng hjelp til å skifte, som eldre på institusjon, vil dei ofte få på ei bleie som er så stor at eg no i ettertid blir skamfull over at eg faktisk har sett på eit slikt monster av ei bleie. Alt for sjeldan blir dei skifta. Då eg var i praksis tenkte eg ikkje meir over det. Eg gjorde som alle andre gjorde, det var ei lettvent og god løysing. Ei alt for lettvent, lat og lite god løysing ser eg i dag. Manglande merksemd rundt temaet gjer nok at mange, som eg gjorde, set på bleia utan å tenkje meir over det.

At vannlatingsproblem er eit stort problem og ekstra utfordringar for MS-diagnostiserte kan eg lett forstå. MS-diagnostiserte har fleire byrder i tillegg til at dei får vannlatingsproblem. Det kan for mange MS-diagnostiserte vere knytt særlege utfordringar rundt t.d. motorikken. Ein kan med andre ord få relativt store utfordringar knytte til vannlatinga.

Ein person som slit med inkontinens kan ha mange og samansette problem. Det byggjer seg opp med problem rundt inkontinensproblemet. Det gjev hygieniske utfordringar, både i forhold til lukt, lekkasje og reinslegheit. Ikkje minst kan det gje sosiale utfordringar, i tillegg til den psykiske belastninga som det medfører (Almås, 2001).

Eg gjer eit forsøk på å setje meg inn i situasjonen til den MS-ramma med lekkasjeprosjekt. Eg ser for meg at ein gjerne går rundt og heile tida er redd for kva andre skal tenkje. Luktar eg urin no? Er det våt flekk etter meg når eg reiser meg frå stolen no? At dette gjev ein sosiale avgrensingar og er psykisk belastning seier seg sjølv.

Når eg sit her og skriv om kor tabu det er å ha vannlatingsproblem, kjenner eg at eg blir ganske opprørt. Med tanke på dei som vert ramma og får dette problemet vil det for mange føra til redsel for ukontrollert vannlating.

For den som har eit vannlatingsproblem kan det vere enkelte dagar som er tøffare enn andre å komme seg gjennom. Ein heilt vanleg dag kan by på nærast uoverkommelege problem for MS-ramma med vannlatingsproblem. Folk flest tenkjer ikkje over kva utfordringar det kan vera å delta på lange møter, flyreiser og andre aktivitetar. Alle har nok til tider hatt trong for eit toalettbesøk som har blitt utsett, særleg på reiser. Det kan følast ubehageleg nok, men personar med vannlatingsproblem som ikkje har same kontrollen med vannlatinga, kan dermed lett få ubehagelege opplevingar under slike omstende.

Eit toalettbesøk kan bli komplekst og skamfullt når opphaldet blir langt pga. til dømes katetrisering eller bleieskift medan folk i toalettkøen stadig er borte og kjenner etter om toalettdøra er låst. Dette fører til ein stressa situasjon, og det vil følast ubehageleg å møte køen utanfor når ein endeleg kan forlata toalettet.

3.3 Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet er eit viktig element i behandlinga av både MS og vannlatingsproblematikk. Fysisk aktivitet er ein føresetnad for at kroppens fysiologiske prosessar skal fungera. Ein persons helse og sjukdom spelar inn på korleis aktivitetsnivået er. Dersom ein ikkje er i aktivitet under ein lengre periode, kan dette gje seg utslag i fleire helseproblem. Eit problem som kan oppstå som eit resultat av inaktivitet er obstipasjon. Dette kan igjen gje utslag i, og vere årsak til urininkontinens. Ein persons nedsette fysiske evne kan i nokre tilfeller vere så dårleg at personen ikkje rekk fram til toalettet i tide. Dette er også ei form for inkontinens. Fysisk aktivitet og trening er difor eit viktig hjelpemiddel for å redusere antal og lengde på inkontenensperiodane (Vinsnes, 2005).

Grunnen til at eg har plukka ut nettopp fysisk aktivitet som behandlingsform, er at dette er eit tema som engasjerer meg. Eg har sjølv drive aktivt med idrett og er følgjeleg glad i trening og fysisk aktivitet. Eg kan ikkje her ramsa opp alle sjukdommar som kan betrast med fysisk aktivitet, det ville blitt ei oppgåve i seg sjølv. Det har i lang tid vore allmenn kjent at det hjelper mot ei lang rekke livsstilssjukdommar. Her viser det seg også at det hjelper mot MS-utviklinga. Det er mange positive tilleggseffektar ved trening og fysisk aktivitet. Det hjelper både fysisk og psykisk. Eg anbefalar fysisk aktivitet, enten ein er frisk eller sjuk. Både som førebyggjande og behandlande tiltak.

Fysisk aktivitet anbefalast i høgste grad til personar med MS, men meir i intervallbolkar og i eit kjøleg miljø. Mange med MS slit med auka kroppstemperatur. Då kan høve for ein kald dusj før og etter trening vere eit godt hjelpemiddel. Ein blir gjerne meir og fortare sliten når ein har fått MS enn ein var før. Dette gjeld også trening. Pga. den auka kroppstemperaturen ved trening vel mange vekk treninga. I tillegg til dette vel mange å sløyfe treninga for å spare på energien, bruke den energien dei har på andre ting enn trening. Det mange ikkje tenkjer over når dei gjer denne prioriteringa er at redusert aktivitet gjev redusert muskelmasse og dermed ytterlegare svakheit. Dette fører til at sjølv kvardagslege oppgåver som ein ikkje såg på som ei utfordring før, no kan verta nettopp ei utfordring. Difor anbefalar helsedirektoratet fysisk aktivitet sjølv om ein er ramma av MS. Ein må likevel vera førebudd på kva symptom som kan oppstå eller auke

under trening, som auka kroppstemperatur, spastisitet, anfall og utmatting, og vita korleis ein skal handtere dette (Bahr, 2009).

Her kan vi som sjukepleiarar vera flinke motivatorar. Det er viktig å koma seg på trening, og oppmuntrande ord på vegen har eg sett frå praksis og elles privat, at det er så lite som skal til. Ein pasient eg hadde på sjukehuset skulle opp å gå ein del etter ein operasjon. Men pasienten ville ikkje fordi det var så tungt. Med litt overtaling fekk eg med meg pasienten ut på gangen for å gå, med lovnad om å finne rullestol og kjøre tilbake til rommet når han ikkje makta meir. Med oppmuntrande ord og hyggeleg prat undervegs, gjekk han mykje lengre enn planlagt. Rullestol fekk me ikkje bruk for. Dette synest eg å sjå igjen mange gonger, at pasienten er sliten og ikkje har krefter til å trenast. Når ein så har komme i gang går alt mykje betre enn ein hadde trudd. Det å komme i gang viser seg ofte å vera det største hinderet.

Ein ser at trening og fysisk aktivitet kan ha stor betydning for om ein kjem seg på toalettet i tide. Trening av bekkenmuskulatur hjelper for å kunne knipe igjen til ein kjem seg til toalettet og under sjølve vannlatinga. God fysikk gjer at ein kan reagere raskare og bevege seg fortare til toalettet.

Som sjukepleiar vil eg gå aktivt inn for å støtta oppretting av treningsgrupper for MS-diagnostiserte. Gjennom treningsgruppa kan ein ha innslag av fagleg innhald i tillegg til trening og samvær med andre MS-diagnostiserte. Ei slik gruppe kan gje eit samhald som elles ville vore vanskeleg å skapa. Ein kan dela erfaringar og søkja felles trøyst i felles skjebne. I tillegg vil det med stor sannsynlegheit føra til høgare livskvalitet som følgje av trening.

3.4 Krise

Krise kan på mange måtar sjåast på som tap av meining med livet. Krise er noko som oppstår hos dei fleste som har opplevd alvorlege ting i livet, enten det er sjukdom, traume, vald, dødsfall eller andre store omveltingar i livet deira (Eide & Eide, 2007).

Ei revurdering av livet ein har levd til no kan oppstå om livssituasjonen vert endra. Det vert sagt at om ein ikkje kan takla den oppståtte situasjonen/sjukdommen på måtar som tidlegare har vore brukte av personen, kan det oppstå ein krisesituasjon hos den ramma. Mange må då finne nye måtar å sjå livet på, sjå det frå ein annan synsvinkel, og gjerne dukkar det opp nye verdiar i livet som ein tidlegare ikkje hadde (Kristoffersen m.fl., 2005).

Om ein skulle få MS, så er det ei krise ein må jobba for å komma over. Når ein så får vannlatingsproblem vert dette enda ei ny krise som rammar den allereie hardt prøvde personen. Det er utarbeida fire fasar som omtalar menneske sin gjennomsnittlege krisereaksjon, men denne vil variere mykje frå person til person og frå situasjon til situasjon.

Situasjonskrisene har mange fasar med flytande overgangar. Den fyrste fasen er **sjokkfasen**. Den varer frå hendinga er oppstått til det fyrste sjokket har lagt seg. Kor lang tid dette tek, er avhengig av omfanget av hendelsen/katastrofen, og der er det sjølvstøtt individuelle forskjellar. Det er mange ulike reaksjonsformer ved sjokk. Nokon skrik, andre er stumme og vil ikkje snakke med nokon. Benekting på at det faktisk har hendt *meg* er vanleg i denne fasen, særleg om hendinga har oppstått plutselig. Dersom krisesituasjonen har utvikla seg over tid ser ein gjerne ikkje ein slik reaksjon (Kringlen, 2006).

Reaksjonsfasen oppstår når det går opp for personen kva som verkeleg har hendt. Ein prøver å finne ei meining i det som har hendt. Benekting kan også oppstå i denne fasen, som ved ein alvorleg diagnose, at personen forestiller seg at det må vere feil diagnose. Mange har i denne perioden behov for å snakke med nokon om det som har skjedd. Ein føler seg gjerne hjelpelaus, og overforbruk av piller og alkohol oppstår hos enkelte i denne fasen (Ibid).

Bearbeidings og reoperasjonsfasen kan strekkje seg over svært lang tid. I denne fasen kan ein så smått begynna å sjå framover og tilpassa livet sitt til den nye situasjonen som har oppstått, og prøva å leva tilnærma slik som ein levde før ein blei ramma av krisa. Denne fasen glir etter kvart over i **nyorienterings- eller tilpasningsfasen**. Skuldkjensla forsvinn og sjølvrespekten dukkar opp igjen. For nokon tek denne fasen aldri slutt (Ibid).

Eide & Eide (2007) skriv også om dei ulike fasane som følgjer med ein krisereaksjon. Dei poengterer også at det er glidande overgangar mellom dei ulike fasane, og at ein vil komma til å måtta gå litt fram og tilbake mellom dei ulike trinna. Særleg dersom det t.d. skulle oppstå ei ny krise medan ein gjerne var midt i bearbeidinga av den førre krisa.

Desse ulike trinna er ikkje å oppfatta som eit fast utviklingsmønster. For nokon hoppar det litt mellom fasane, både fram og tilbake. Den fyrste krisa er å få MS-diagnosen. Etter ei stund har ein gjerne klatra nokre steg oppover i dei ulike fasane, for så å bli ramma av ei ny krise; at ein har eit vannlatingsproblemer i tillegg! Dei ulike trinna er berre eit hjelpemiddel for helsepersonell for at dei skal kunna forstå pasienten betre når den går gjennom ei krise (Ibid).

Vannlatinga er eit grunnleggjande behov for oss menneske. Ved tap av noko som er så grunnleggjande og viktig for oss, mister ein gjerne noko av eigenverdet om ein skulle bli utsett for ei slik påkjenning (Kristoffersen m.fl., 2005).

Det er også viktig for meg å få fram at ei krise også er ein naturleg del av eit menneskeliv. Livskriser er noko dei fleste opplever, og skal ikkje sjukeleggjerast. Det er derimot forskjell på når i livet krisa kjem, kven som blir ramma og alvorlegheita (Eide & Eide, 2005).

Når en livssituasjon blir endra er det viktig at sjukepleiaren stiller med kunnskap og ferdigheiter slik at den ramma framleis kan ivareta si eigenomsorg (Kristoffersen m.fl., 2005).

Eg vil som sjukepleiar igjen trekkja fram kor viktig det er å ha samtalar med den MS-ramma. Informasjon og rådgjeving til den enkelte i fyrste omgang. Etter kvart som personen er komen inn i bearbeidings- og reoperasjonsfasen vil det for dei fleste vera

godt å bli med i ei samtalegruppe. Denne gruppa bør leiast av ein sjukepleiar med god fagleg innsikt. Likevel vil erfaringsutvekslingane mellom dei MS-ramma vera av minst like stor verdi. Dette er personar som har erfart teorien til sjukepleiaren i praksis!

Ein skal som sjukepleiar vurdera når kvar enkelt er klar for å delta i ei slik gruppe. Faren med å komma for tidleg inn i eit slikt fellesskap kan vera at ein kan bli presentert for svært sterke historiar i ein tidleg fase av sjukdommen. Dette kan føra til at ein lett kjem tilbake til sjokkfasen ved at ein oppfattar alle problem som sine egne framtidige plager.

3.5 Meistring

Meistring står sentralt når eg no tek opp MS, som den kroniske sjukdommen det er, samt vannlatingsproblem som i tillegg til sjølve sjukdommen byr på tilleggsproblem. Ein må i mange tilfelle tenkje nytt og annleis for å meistre sin nye situasjon når ein møter på slike utfordringar (Kristoffersen m.fl., 2005).

I Kristoffersen m.fl.(2005) står det om to ulike typar meistringsstrategiar; **problemorientert meistring** og **emosjonelt orientert meistring**. Problemorientert meistring omhandlar å løyse eit problem eller ein vanskeleg situasjon. Ein søker gjerne hjelp og informasjon utanfrå før ein avgjer korleis ein vil løyse situasjonen. Problemorientert meistring kan også dreie seg om det kjenslemessige aspektet som oppstår når ein får ein kronisk sjukdom. Ein må jobbe med å finne ein måte å takle sjukdommen på. Emosjonelt orientert meistring går ut på å forandre opplevinga av ein situasjon utan å endre situasjonen.

I tidlegare tider meinte ofte folk at det var ei slags straff eller ei utfordring i livet som Gud hadde gitt dei om dei fekk ein sjukdom. Dette er det ikkje mange som snakkar om i dag, men at ein derimot ser meininga med at ein vart sjuk er det fleire som seier. Når ein får ein sjukdom der ein må stanse opp og vert tvinga til å setje seg ned å tenkje, så ser folk gjerne ei meining med det heile trass motgangen. Ein får gjerne eit nytt syn på ting, nytt fokus på livet, som det var sjukdomen som måtte til for at dei skulle skjøne. På ein måte takkar dei for at dei vart sjuke.

Sjølv om ein ikkje kan bli frisk frå MS, så ligg mykje av ansvaret for å takle det og leve så normalt som mogeleg i eins egne hender. Korleis sjukdomen vil utvikle seg er det ingen som rår over. Ein må finne meining, gjerne nye meiningar med og i livet slik at ein kan leve godt med den kroniske sjukdomen (Svenaesus, 2005).

Som sjukepleiarar skal me hjelpe til med å auke meistringsevna. Kunnskap om korleis ein i størst mogeleg grad kan vera sjølvhjelpen styrkjer evna til eigenomsorg (Tveiten, 2008).

Gjennom at ein blir meir sjølvhjelpen i si eigenomsorg, vil etter kva eg ser kunne gje eit resultat som gjev ei meistringskjensle for den enkelte.

3.6 Sjølvbilete

I Kristoffersen (2005: 119, bind 3) står sjølvbilete omtalt som: *”Selvbilde er et begrep som oftest brukes om de oppfatninger og opplevelser vi har av oss selv”*. Sjølvbilete er samansett av korleis ein føler seg, korleis ein ser ut, ideal og sjølvrespekt. Kroppsbilete er det me kan kalla grunnsteinen i sjølvbilete. Haldninga til eigen kropp kan fortelja mykje om personen.

Sjølvidealet er truleg problematisk for mange som er ramma av MS og vannlatingsproblematikk. Idealet til folk er å ikkje ha svikt i kroppens funksjonar. Kva gjer det med ein person sitt sjølvbilete å bli ramma av ein kronisk sjukdom som MS? Ein person sitt sjølvideal gjenspeglar sjeldan ein person som er ramma av ein kronisk sjukdom. Her handlar det mykje om korleis personen er i stand til å meistre den krisa han er hamna i. Likeins om ein er komen over det fyrste sjokket, og så får eit nytt sjokk, i form av at ein får vannlatingsproblem på toppen av det heile. At sjølvbilete her får seg eit kraftig slag på ny må ein sjå på som naturleg. Ein møter her krise på krise som ein må jobbe seg gjennom for å finne ei meining, som eg vil tru kan vere ganske problematisk for mange.

Nokon har store tankar om seg sjølv, medan andre har mindre. Enkelte har eit overdrive positivt syn på seg sjølv, medan andre kan vere ekstreme den andre vegen. Sjølvbilete er ikkje alltid like realistisk (Kristoffersen m.fl., 2005).

Det å få ein diagnose/sjukdom er noko ein reagerer veldig ulikt på. Nokon har gjerne førebudd seg ei stund, medan det for andre kan komme meir som eit sjokk. Kor lang tid ein har hatt på å førebu seg på dette, og om det vil gje varige endringar i livssituasjonen kan verke inn på trongen ein har til informasjon. Eit stort register av tankar og kjensler blir teke i bruk (Almås, 2005).

Her gjeld det for sjukepleiaren å finne ståstaden til den MS-ramma og gje den informasjonen som vedkommande har bruk for og er klar for å ta i mot.

3.7 Rettleiande funksjon

Sjuepleiaren kan tilnærme seg pasienten på ulike måtar. Me har informasjon, undervisning og rettleiing som dei mest kjende og mest brukte. Døme på informasjon kan være at ein fortel pasienten kva den skal gjennom neste dag, operasjonar og liknande. Undervisning er å gje kunnskap, og at ein kan stille spørsmål til det ein måtte lure på knytt til undervisninga. Rettleiing ligg mykje i ordet, det går ut på å hjelpe pasienten på rett veg. Ein dialog med pasienten bør innehalda både faglege opplysingar og gode råd for takling av kvardagen (Tveiten, 08).

Når ein nyleg har fått diagnosen MS er det viktig at ein som sjukepleiar ikkje ausar den nydiagnostiserte ned med informasjon som han ikkje er mottakeleg for, men at ein stiller seg på tilbodssida ved å gi informasjon. Ein må også ta seg tid til å lytte til den ramma, og at han gjerne kan få bruke sjukepleiaren som ein klagemur der ein kan lufte sin frustrasjon over sjukdommen (Jensen, Levi, Farrelly, Lexell, Talseth & Tyssang, 2010).

Ein rettleiar er ein som sit inne med kunnskap som kan hjelpe pasienten. Han skal fungere som ein medspelande motivator som kan gje pasienten råd på vegen slik at ein kan få ut sitt maksimale (Eide & Eide, 2005).

Som eit eksempel på korleis ein rettleiar skal fungere trekkjer eg parallellar til idretten som eg har god kjennskap til. Ein trenar spelar på lag med utøvaren for at utøvaren skal få ut sitt maksimale. Det gjer trenaren ved å motivere utøvaren til å gje det han er god for. Trenaren bistår også utøvaren med råd om korleis han skal trene for å bli best mogeleg og teknikkar som kan brukast på vegen mot målet.

På same måte vil sjukepleiaren sin rettleiande funksjon gå på å hjelpe pasienten til å meistre livssituasjonen sin. Den rettleiande funksjonen sjukepleiaren har ovanfor ein MS-ramma kan vera samansett og variert. I starten, som nydiagnostisert, gjeld det mykje samtalar i forhold til sjukdommen, til det fyrste sjokket har lagt seg. Rettleiing i samband med vannlatingsproblematikk kan gå på korleis ein kan handtere slike problem, samt rettleiing i RIK.

Språkbarrierer er noko ein må hugse på når ein snakkar med passienten. Gjerne har me som helsepersonell ei oppfatning om at det me har informert om var tydeleg og greitt å

forstå. Det som er viktig å hugse på er at om ein er utdanna og gjerne har jobba ei stund, så er faguttrykka som tidlegare også var uforståelege for oss sjølve blitt ein del av vår daglegtale. Ting som for oss verkar klare, kan for mottakaren vere uklart, eller i verste fall uforståeleg (Almås, 2005).

Eg har etter kvart vore med på ein del legevisittar på sjukehus og sett og høyrte at det ikkje alltid vert tid til å høyre på pasienten. Legen har mykje han skal rekke, og sjukepleiaren må følgje legen for å få med all informasjon. Legen og sjukepleiaren informerer om kva som skal skje vidare, og om tilstanden med meir.

Informasjonen dei gjev verkar heilt klar for legen og sjukepleiaren, medan mottakaren gjerne ikkje har skjønt alt av kva som er blitt sagt. Det er noko ein må tenkje over. Det må opnast opp for spørsmål, og pasienten må få tid til å stille spørsmåla sine. Det er også individuelle forskjellar på korleis ein oppfattar og tolkar informasjonen ein får. Bruk av faguttrykk gjer at språkbariera blir noko større, som igjen kan skape usikkerheit og angst og gje den ramma ei ekstra belastning. Informasjonen må altså gjevast på ein forståeleg og god måte.

Pasientrettlegg og tilstrekkeleg informasjon om pasienten sin helsetilstand er også lovpålagt helsevesenet. Pasientrettlegheitslova, kapittel 3, § 3-2 fortel at pasienten har rett på informasjon om sin helsetilstand (Lovdata, 2011).

3.8 Den MS diagnostiserte fortel sjølv

Eg har brukt mange timar på internett for å setje meg inn i korleis den MS-ramma har det, kvardagen hans og utfordringar han møter. Mange bloggar er blitt lesne. Eg har lest om mange ulike symptom som rammar dei med MS, som trøttleik og om det å hamna i rullestol, og ulike behandlingar. Ein bloggar hadde vore på ein konferanse om vannlatingsproblem (Liv, 2011).

Ei jente, fødd i 89 skriv på eit diskusjonsforum for MS-ramma at ho må sitje eit minutt på toalettet før ho får til å urinere. Ho brukar gjerne å ha vannkrana på for at det skal gå lettare. Ho har ingen problem utanom dette. Etter ei stund skriv ho igjen på diskusjonsforumet at ho har vore til legen sin og at han meiner at dei bør gå inn med eit ”tynt plastrør” som ho kallar det, slik at ho får tømte seg heilt. Ei anna som kallar seg ”vekten” svarar at ho har begynt å katetrisere seg sjølv, etter at ho periodevis hadde problem med å tømme blæra. Det har gitt henne ein ny og betre kvardag (Merck AB, 2007).

Dette var blant dei få innlegga eg fann om vannlatingsproblematikk. Sjølv om dette er eit utbredt problem blandt dei MS-ramma, gjenspeglar dette truleg oppfatninga me har om at dette er eit tabubelagt emne. Her har me som sjukepleiarar ein stor jobb framfor oss. Eg meiner me gjennom vårt arbeide må prøve å endre synet mange sit med på dette området. Me må arbeida mot ei haldningsendring som kan vera med på å styrkja sjølvbilete sjølv om ein er plaga med svikt i vannlatinga.

Ei motførestelling mot at dette problemet må alminneleggjerast er korleis det vil følast for den MS-diagnostiserte. Dei fleste som har fått MS ynskjer å leva eit så alminneleg liv som mogeleg. Dersom fokuset på vannlatingsproblema deira vert for mykje omtalt, kan det vera ein fare for at vannlatingsproblematikken vert hovudfokus. Det vil ikkje akkurat bidra til auka sosialisering. Ein må difor styra opplysning og informasjon gjennom dei rette kanalane. Ekstra viktig er det dermed at det blir ein del av den faste informasjonen til MS-diagnostiserte.

I boka ”pasienten og sykdommen” står det ein historie om Ole på 18 år som har MS. Han føler seg trøyt og slapp utan at legane finn ut kva som feilar han. Dette blir etter kvart ei psykisk belastning. Han føler seg sjuk, men har ingen diagnose. Han lurar på

om det er slappheit, og at det berre er for han ”å ta seg saman”. Endeleg får han til slutt diagnosen, og livet ser ut til å bli annleis enn han hadde tenkt (Hem, Vaglum, Fyrand & Nedrum, 2007).

3.9 Mellommenneskelege forhold

For å få til god sjukepleie er det viktig med gode mellommenneskelege forhold. Det vil seie at sjukepleiar og pasient respekterer kvarandre. For at ein sjukepleiar skal bli godt likt, er det viktig at pasienten føler seg trygg og verdsett av sjukepleiaren. Omsorg, saman med fagleg kunnskap, at ein kan sitt fag og innsikt i og forståing av pasientens situasjon, vil i dei fleste høve kunne gje tillitt til den utøvande sjukepleiaren. Som utøvande sjukepleiar skal ein ta seg av pasientar som treng hjelp. Ein får ikkje velja dei ein har det beste forholdet til. Pasienten treng hjelp, og det er viktig å hugse på å ivareta pasientens verdighet i situasjonar der pasienten treng hjelp frå sjukepleiaren. Det er viktig å hugse på at pasienten er like mye verdt som menneske som ein sjølv, og utøve sjukepleia med empati (Kristoffersen m.fl., 2005).

Medmenneskelegheit tykkjer eg er ein veldig sentral og viktig del av sjukepleiaren sin kvardag. Mi erfaring frå tidlegare praksisar er at ikkje alle viser like stor grad av medmenneskelegheit i møte med pasientar og brukarar. Dei fleste sjukepleiarar har mykje medmenneskelegheit og god omsorg å gje. Dette trudde eg låg til grunn hos alle som valde sjukepleieretninga. Der er eg dessverre blitt skuffa.

Tydelegvis har ikkje alle det som eg meiner er det elementære med seg inn i yrket. Nokre har fått medfødt delar av denne eigenskapen, andre lærer seg til å visa medmenneskelegheit gjennom oppvekst og utdanning. Det verkar for meg uforståeleg at nokon som ikkje viser glede over å få jobbe med menneske, likevel vel denne retninga. Mitt syn er at medmenneskelegheit og omsorg er grunnsteinen ein må ha med seg i utøving av sjukepleie. Det å bry seg om og vise engasjement for korleis dei ein yt sjukepleie til har det, veit eg med meg sjølv at det er noko ein set pris på som pasient.

3.10 Livskvalitet

Mange av dei MS ramma får vannlatingsproblem som igjen påverkar livskvaliteten (Khan m.fl., 2009).

Det vart frå september 2008 til mai 2009 utført eit studie av 37 MS pasientar med inkontinens. Målet med studiet var å avdekkje kva MS og inkontinens hadde å seie for livskvaliteten til pasientane. For min del var ikkje resultatet noko overraskande. Det gav blant anna negativt utslag på livskvaliteten i pasienten sin kvardag. Resultatet viste at inkontinens gav avgrensingar i dagleglivet, ikkje minst sosialt, og at det psykiske velværet også var lågare enn før. Som ein følge av at pasienten hadde inkontinens vart også sjølvtiliten svekka (Journal of Rehabilitation Research & Development, 2010).

Nedsett livskvalitet og eit mindre sosialt liv enn før ein fekk vannlatingsprobelm synest å gå igjen i alt stoff eg har funne om dette tema. I grunnen er ikkje dette særleg sjokkerande opplysingar. Dette er ei såpass stor utfordring for dei ramma at det ikkje kan gløymast for ei stund.

Skal ein ut på noko i eit sosialt lag, reise eller jobb, ja så kan ein ikkje leggje igjen blæreproblematikken heime for ei stund. Det vil nok alltid ligge i bakhovudet og gnage tankar om utsjånad pga. bleie, våte flekkar på stolen m.m. som også er nemnt tidlegare. Dette påverkar naturleg nok også livskvaliteten.

”Eg kan tenkje meg korleis du har det” eller ”eg veit korleis du har det” er eit vanleg trøystande uttrykk ein seier når andre ikkje har det så lett som ein sjølv. At det kan vere eit ganske så provoserande uttrykk ser eg no. Kva veit vel ein som ikkje har slite med vannlatingsproblematikk om korleis det er å ha inkontinens?

At desse uttrykkja kanskje blir meir brukt i andre samanhengar, som t.d. ved tap av nokon som stod ein nær, kan vere. Men det gjeld også her, korleis kan ein vite korleis den andre har det? Sjølv om ein har opplevd tap av nokon som stod seg sjølv nær, kan ein annan ha det på ein heilt annan måte. Relasjonen dei hadde seg imellom er her avgjerande. Sjølv om ein trur ein kan tenkje seg til korleis det er å ha inkontinens, trur ikkje eg personleg at ein verkeleg kan forstå fullt og heilt den som er ramma.

Med øydeleggjande effekt på livskvaliteten og det kjenslemessige livet, så er det umogeleg for utanforståande å forstå korleis den ramma har det. Vannlatingsproblem er,

tatt i betraktning av andre problem som kan oppstå ved MS, eit mindre problem.

Likevel er det eit så stort problem at det bryt ned livskvaliteten til dei som er ramma av problemet.

4.0 Teoretikarar

Eg har valt å ta utgangspunkt i Orem og Antonovskys sjukepleieteoriar . Orem tar opp eigenomsorga, som er ein viktig brikke når ein blir ramma av MS. Antonovsky rettar blikket på det positive, noko som eg synest er veldig viktig i sjukepleia og når ein er ramma av ein kronisk sjukdom. Det å sjå på det som er positivt og bra, meiner eg er viktig når ein er langt nede.

4.1 Orems eigenomsorgsteori

Orems eigen definisjon av eigenomsorg er: ”*utførelsen av aktiviteter som individer tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære*” (Kirkevold, 2001: 129).

Dorothea Orem meiner at sjukepleiaren sitt mål skal vere å hjelpa, støtte og rettleia pasientane til størst mogeleg grad av eigenomsorg. Ho har vore ei viktig brikke i sjukepleietenkinga, og gav i 1971 ut si eiga bok om eigenomsorgstenking. Gjennom hennar teori skal ein kunne finne ut om ein person har bruk for sjukepleie. Ein skal tilretteleggje sjukepleia etter personen si svikt i eigenomsorga. Sjukepleiaren skal hjelpe pasienten til å utvikle si eigenomsorg, og assistere pasienten på dei områda han manglar eigenomsorgsevne (Kristoffersen m.fl., 2005).

Med Orems teori kan me fort dra parallellar til den MS-diagnostiserte med vannlatingsproblem. Sjukepleiaren skal, om personen har retensjon, hjelpe pasienten til å få tømt blæra ved kateterisering. Eliminasjon er ein viktig del av eigenomsorga slik eg ser det. Vidare skal sjukepleiaren hjelpe personen med å utvikle si eigenomsorg slik at han/ho etter ei stund kan utføre slike oppgåver sjølv. Me kan sjå at rettleiing går igjen her, ein kan her rettleia den ramma til å kunne utføre eigenomsorg.

Eigenomsorg, gjerne omtalt som eigenomsorgsbehov, seier at mennesket har eit behov for å kunne gjere eigenomsorg. Orem meiner også at omsorg ligg latent i mennesket. Det er naturleg for menneska å hjelpa kvarande og å gje dei som treng det ekstra omsorg. ”*Omsorg for barn, syke, funksjonshemmete og eldre pleietrengende er en naturlig integrert del av menneskets egenomsorg*” (Kristoffersen m.fl., 2005: 39, bind 4)

Det at me har eit eigenomsorgsbehov er noko ein som helsepersonell bør tenkja ekstra på. Det vert slik eg har erfart det, gjort mange omsorgsoppgåver av helsepersonell for at ein gjerne ikkje har tid til å vente på at brukaren sjølv skal utføre oppgåva. Det tar for lang tid fordi ein har fleire som ventar på assistanse. Det beste for brukaren vil vere om ein kan få gjere det sjølv med tanke på den fysiske delen som ofte må utførast ved å utføra eigenomsorg. Ein må oppmuntra brukaren til vedlikehald av muskulatur med tanke på å meistre eigenomsorga. Det er difor svært viktig at ein tek seg tid til at brukaren får prøve sjølv, gjerne med assistanse, avhengig av graden.

Eigenomsorg, krise og meistring er slik eg ser det noko som kan sjåast tett saman. Ettersom mennesket har eit sterkt eigenomsorgsbehov, vil det kunne utløyse sterke kjenslemessige reaksjonar hos mennesket. Om ein ikkje lenger greier delar av eigenomsorga, vil eg tru at det kan oppstå ei krise. Om ein i ein periode ikkje har meistra delar av eigenomsorga, kan ein gjennom tålmod, trening og rettleiing frå sjukepleiar, igjen oppleve å meistre situasjonen. Då vil eg tru det oppstår nye kjenslemessige, men då positive reaksjonar.

Orem meiner at enkelte ser på menneskekroppen for seg, og sjela for seg som to separate delar som verkar inn på kvarandre. Ho er oppteken av å få fram at mennesket er heilt, det er ein heilheit og at sjukepleia skal gjevast deretter (Kristoffersen m.fl., 2005).

Dette er noko som vil vere viktig å tenkje på når ein skal gje sjukepleie til personar med vannlatingsproblem og MS. Skal ein byte ei bleie, er det viktig å tenkje på at dette kan følast nedverdiggande for den ein skal byte på. Gjerne er dette ein situasjon den ramma ikkje er komfortabel med, likeins med katetertrening og liknande. Ein må hugse på at kropp og sjel er eit, pleie begge deler. Ein normalsituasjon for ein sjukepleiar er ikkje nødvendigvis ein normalsituasjon for den ein yt sjukepleie til. Tenk å være 30 år og må lærast opp på kateterisering. Ein må passe på å ikkje normalisere utfordringar og plager hos pasienten sjølv om ein jobbar med liknande plager til vanleg.

4.2 Antonovskys helsebegrep

Aron Antonovsky var ein israelsk professor innan medisinsk sosiologi. Han kalla sin modell ein salutogen modell, og rettar fokuset på dei faktorane som fremjar helse. Han har sett på korleis enkelte familiar og/eller enkeltpersonar handterer sterke påkjenningar og utfordringar på helsefronten. Nokon vel berre korleis dei vil leva og fokuserer på det dei kan uansett funksjonstap, problem eller krise som måtte ramma dei. Han har studert kvifor enkelte handterer dette betre enn andre. Ei viktig forklaring er at ein ser ikkje på problema som berre negativt, men snur det om til også å bli noko positivt som ein kan bruka som vidare vekst, som igjen styrkjer ein (Kristoffersen m.fl., 2005).

Eg synest at hans tankegang passar godt innunder dette tema. Det er ved MS og vannlatingsproblematikk viktigare enn nokon gong å tenkje positivt og sjå på det som er positivt med og i livet.

Å kunne snu det negative til å bli noko positivt er noko me alle ynskjer å få til. Kven greier så det? Om ein får ei MS-diagnose eller for så vidt ein kva som helst annan alvorleg sjukdom, vil eg seia at ein er god om ein greier å sjå det positive i ein slik diagnose. At nokon ser på mogelegheitane i staden for begrensningane har me fleire ordtak som seier også, som ”det er i motbakke det går oppover”, ”motgang gjev styrkje” eller ”det som ikkje drep deg, gjer deg sterkare”.

Både som sjukepleiarstudent og som enkeltmenneske har eg sett og erfart ulike haldningar enkelte menneske har til livet. Nokre er konstant negative. Alt som skjer greier dei på ei finurlig vis å vinkle til noko negativt, uansett. No skal det då seiast at enkelte har litt større grunn enn andre til ei slik innstilling, nokon har hatt det tøft og har gjennomgått såpass mykje negativt i sitt liv at ein på ein måte kan forstå, medan andre vrir ting til noko negativt uansett kor bra liv dei har levd til no. Rake motsetninga er dei som tross sine dystre diagnosar greier å sjå mogelegheiter i staden for avgrensingar. Slike personar er eg imponert over, me har vel alle lyst å vera positive og livsglade personar.

Eg vil tru at med ein diagnose som MS, kombinert med vannlatingsproblematikk, gjev utfordringar for ein positiv tankegang når ein stå midt i situasjonen. Likevel er det viktig å hugse på at ein framleis har mykje positivt i livet. Men er det mogeleg? Eg veit med

meg sjølv kor lite som skal til før ein synest at verda går i mot ein, i alle fall for ein periode. Det må kunne seiast at eg har levd eit liv som eg kan kalla problemfritt når eg tenkjer over kva som faktisk er dei store problema her i livet. Når dei små problema oppstår, som verkar uendeleg store når dei dukkar opp, er det lett å ”grave seg ned” og tenkje negative tankar. Difor er det spesielt viktig når ein får ein kronisk sjukdom, at ein må lære seg til å tenkje positivt.

Eg vil tru at ein må ”snu ein del steinar” for å finne noko positivt, men etter ei stund vil ein kanskje igjen kunna sjå det positive i livet. Livet er bra, om ein finn den rette måten å sjå det på. Ein vil etter kvart få eit nytt syn på tilværet, og det vert andre ting som blir viktige i livet enn det som gjerne var viktig før sjukdommen. Ein får gjerne eit nytt perspektiv i livet.

I skrivande stund har terroren i Oslo og på Utøya nyleg skjedd. Landet er i sorg, men likevel har me som nasjon greidd fokusera på det vesle som kan kallast positivt i all elendigheita. Me har gjennom sorga vendt fokuset mot omsorg og kjærleik. Sjølv om dette er heilt på sida av kva ein MS ramma opplever, så kan me dra parallellar om å greie å fokusere på det positive, på kjærleik og omsorg.

Det som allereie har hendt får ein ikkje gjort noko med. Uansett kor mykje ein hatar gjerningsmannen og sørgjer over tapet av dei me har mista. Det er forferdeleg og det er ubegripeleg, men me står saman – med kjærleik og omsorg.

Uansett kor mykje ein sørgjer over MS diagnosen, får ein ikkje reversert diagnosen. Kjærleik, omsorg og samhald gjer det lettare å takle vanskar ein møter i livet. Me som sjukepleiarar har såleis eit spesielt ansvar for å støtte opp om og vere eit medmenneske i slike vanskelege livssituasjonar.

5.0 Konklusjon

Sjukepleiar kan gjennom dialog under rettleiingssamtalane, samt å ha eit godt mellommenneskeleg forhold til den MS-diagnostiserte, tilnærme seg pasienten på ein slik måte at ein vekker tillitt. På den måten kan sjukepleiar hjelpe til med å meistre vannlatingsproblema gjennom råd og rettleiing både i samtaler på det mentale og psykiske plan, men også med nyttig informasjon om sjukdomen. I tillegg bør ein komme med tips og råd om ulike utstyrspodusentar og rettleiing i t.d. RIK. Det er viktig å tenkje over som sjukepleiar at det er andre ting enn fokuset på sjukdom, diagnose og medisinar som også er viktige delar av sjukepleiaryrket.

Alle brukar me mykje tid på eliminasjon, enten ein har problem med å få tømt seg eller ikkje. Det som sjokkerar er at det er gjort veldig liten forskning på dette området. I dagleglivet blir det fort gløymt og bagatellisert av sjukepleiarar, men dette er eit viktig tema som bør viast meir merksemd.

Faren for sosial isolasjon er stor, og me som sjukepleiarar har ei viktig oppgåve med å hjelpe til med rettleiing og tiltak som kan betre vannlatingsproblematikken og motivere for at ein skal delta på sosiale hendingar.

Gjennom informasjon, rettleiing og oppfordring til fysisk aktivitet kan sjukepleiar bidra til at den MS-diagnostiserte kan oppleve meistring av eigen situasjon.

Både gjennom teori og praksis har eg erfart at vannlatingsproblematikk er eit undervurdert og lite omdiskutert problem. Problemet kan likevel vera svært stort for den det gjeld. Når det så viser seg et at ein svært høg prosentandel av dei MS-diagnostiserte før eller seinare får dette problemet, er dette ei sak som må komma meir fram i lyset.

Som sjukepleiar er det viktig at me kjem på banen og hjelper til at ein ikkje dyrkar dei vonde tankane. Me må bidra til å styrkja sjølvkjensla til den ramma. Som eg opna oppgåva vil eg også avslutningsvis sitera eit utdrag frå diktet til Aarstad (2011);

”finnes alltid en ny dag, og en ny start.

Det er aldri for sent å tro på seg selv og livet.”

6.0 Etterord

Eg syntest eg hadde vore flink å avgrense oppgåva, for i utgangspunktet hadde eg tenkt å skrive mykje vidare om MS. Likevel ser eg no når oppgåva er ferdig at eg burde ha snevra ho endå meir inn. Det vart så mykje meir å skrive om etter kvart som oppgåva skreid fram, mykje meir enn eg hadde forutsett.

Eg har gjennom heile oppgåva hatt fokus på å ikkje sjukeliggjera dei som vert ramma av MS. Difor har eg valt å bruka begrep som den MS-diagnostiserte eller den ramma i staden for MS-pasienten, då eg tykkjer at pasienten er eit begrep som er med på å sjukeleggjere personen. I mesteparten av tida er ikkje den MS-diagnostiserte ein pasient, men ein som prøver å leve eit liv så normalisert som det let seg gjere.

Sjølv om ein er ramma av ein sjukdom er det viktig å sjå på mogelegheitene ein har, det som framleis er friskt i kroppen.

Eg har valt å skrive teori og drøfting i lag, for eg tykkjer at det gir eit betre heilskapsinntrykk enn om ein må lese teori fyrst, for så å måtte vise tilbake til teorien for å drøfte. Når produktet no er ferdig ser eg at det kanskje er litt utydelige linjer. Det å drøfte for og imot teorien har også vore vanskeleg ved utforminga av denne oppgåva.

Målet med oppgåva var å tileigne meg kunnskap om MS og vannlatingsproblem som komplikasjon, og korleis livssituasjonen vert endra. Eg føler eg sit igjen med mykje god kunnskap om korleis det er å leve med ein kronisk sjukdom. Sjølv om eg har konsentrert meg om MS, har eg fått meir innblikk i kroniske sjukdommar også generelt. Betre forståing av urinproblematikken har eg hatt uvurderleg stor nytte av. Dette er noko eg vil ta med meg inn i yrkeslivet som sjukepleiar, då dette er ei stor pasientgruppe som vil komme til å møte meg over alt.

Sjølv om eg har lært mykje om vannlatingsproblematikken, ser eg når eg sit med resultatet framfor meg, at det med fordel skulle vore enda meir snevra inn. Hadde eg skrive oppgåva på nytt, ville eg ha konsentrert meg om enten inkontinens eller retensjon ved MS.

Eg har etter kvart som eg har jobba med denne oppgåva blitt meir og meir personleg engasjert i korleis dei kronisk sjuke og dei med vannlatingsproblem har det, gjennom

innleving i deira utfordringar. Eg har flytta eigne grenser, fordjupa meg i nye sider ved sjukepleia med betre forståing av desse utfordringane som mange menneske opplever i løpet av livet. Denne oppgåva har heilt klart vore med på å styrkja mine sjukepleiarferdigheiter, men også mi medmenneskelegheit og forståing.

Ei stor takk til Kristin Flø på Lillehammer sjukehus som fekk meg til å tenkje i desse banar då det gjaldt tema for oppgåva og nyttige tips i val av litteratur.

Eg vil også, sist men ikkje minst, takka for god rettleiing frå min engasjerte og dyktige rettleiar Kari Hugsted.

Eg har eit håp om at eg gjennom arbeidet med oppgåva kan få andre sjukepleiarar til å få auka fokus på urinvegsproblematikk. Eg har i alle høve fått mine auge opp for denne utfordringa, og vil gjera det eg kan for at også andre skal få auka merksemd rundt dette temaet.

7.0 Litteraturliste

Almås Hallbjørg (2001) *Klinisk sykepleie*, bind 2. Oslo: Gyldendal Akademisk

*Bahr, Roar (2009) *Aktivitetshåndboken, fysisk aktivitet i forebygging og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet

Dalland Olav (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

*Dietrichs, Espen og Gjerstad, Leif (2007) *Vår fantastiske hjerne*, Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Eide, Hilde & Eide, Tom (2007) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, konfliktløsning, etikk*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag (kap 6)

*Estensen Astri Graborg, Bache Anne Karin og Stenmark Anne Nilssen (2011) *Vannlatingsproblemer ved Multippel Sklerose (MS)*. Oslo: MS Forbundet og Astra Tech

*Hem Erlend, Vaglum Per, Fyrand Live og Nerdrum Per (2007) *Pasienten og sykdommen*. Oslo: Gyldendal Akademisk. 1.utg.

*Jensen Ditlev Frimann Nergaard, Levi Richard, Farrelly Elisabeth C., Lexell Jan, Talseth Trygve og Tyssvang Tor (2010) *Fokus på urinveiene ved multippel sklerose*. Lørenskog: Astra Tech

Jacobsen Dag, Kjeldsen Sverre Erik, Ingvaldsen Baard, Buanes Trond & Røise Olav (2009) *Sykdomslære –indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademisk

*Kirkevold Marit (2001) *Sykepleieteorier –analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Akademisk

Kringlen Einar (2006) *Psykiatri Oslo: Gyldendal Akademisk*

Kristoffersen Nina Jahren, Nortvedt Finn og Skaug Eli-Anne (2005) *Grunnleggende sykepleie*, bind 1,2,3& 4. Oslo: Gyldendal Akademisk

*MS-Forbundet (2002) *Multippel Sklerose – En veiledning for pasienter og pårørende*. Kolbotn: MS-Forbundet

*Svenaesus Fredrik (2005) Sykdommens mening –og møtet med det syke mennesket. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

Tveiten Sidsel (2008) Pedagogikk i sykepleiepraksis. 2. utg. Bergen: Fagbokforlaget

*Vinsnes Anne G. (2005) *Urininkontinens*. Oslo: Akribe forlag

Online:

HiG (2011) *Retningslinjer for oppgaveskriving*. Høgskolen I Gjøvik: Online URL: http://www.hig.no/helse/retningslinjer_hos#2.2 (17.11.2011)

*Khan Fary, Pallant Julie F., Shea Tracey L. & Whishaw Michael (2009) *Multiple sclerosis: prevalence and factors impacting bladder and bowel function in an Australian community cohort*. Disability & Rehabilitation

Online. URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=14&hid=105&sid=7eca3fc4-762e-4647-9375-b44c4a06f5c5%40sessionmgr110> (23.06.2011)

*Liv (2011) *Å leve med MS – multiple sclerosis*. Online. URL: <http://msliv.blogg.no/> (28.05.2011)

*Journal of Rehabilitation Research & Development (2010) *Volume 47, Number 1*.

Online. URL: [http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=3abc70db-fd9f-405e-9f91-](http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=3abc70db-fd9f-405e-9f91-3d56eb989ec6%40sessionmgr111&vid=6&hid=119&bquery=(incontinence)&bdata=JmRiPWFmaCZsb2dpbi5hc3AmdHlwZT0xJnNpdGU9ZW50ZWhvc3QtbG12ZQ%3d%3d)

[3d56eb989ec6%40sessionmgr111&vid=6&hid=119&bquery=\(incontinence\)&bdata=JmRiPWFmaCZsb2dpbi5hc3AmdHlwZT0xJnNpdGU9ZW50ZWhvc3QtbG12ZQ%3d%3d](http://web.ebscohost.com/ehost/resultsadvanced?sid=3abc70db-fd9f-405e-9f91-3d56eb989ec6%40sessionmgr111&vid=6&hid=119&bquery=(incontinence)&bdata=JmRiPWFmaCZsb2dpbi5hc3AmdHlwZT0xJnNpdGU9ZW50ZWhvc3QtbG12ZQ%3d%3d)

(23.06.2011)

*Lovdata (2011) *Lov om pasientrettigheter*. Online. URL: <http://norgeslover.no/>

(24.06.2011)

*Merck AB, 2007. *MS-siden* Online. URL:

http://www.mssiden.no/component/option,com_simpleboard/Itemid,63/func.view/id,3815/catid,3/limit,6/limitstart,6/ (04.06.2011)

*Aarstad Inger, (2011) *Livsglede* Online. URL:

http://fortellinger.net/tekster/dikt/inger_aarstad/livsglede (12.11.2011)