

SPL 3901

06HBSPLD

Avsluttende eksamen i sykepleie

Kandidat nr 603

**På hvilken måte kan sykepleier bidra
til mestringsopplevelse av
urinretensjon hos MS-
diagnostiserte?**



Høgskolen i Gjøvik

Seksjon for sykepleie, mai 2010

9 822 ord



SAMMENDRAG

OPPGAVE/eksamen SPL 3901

Kull 06HBSPLD

Gruppe nr. 603

Dato Mai 2010

Forfattere: (fylles evt. ut *etter* sensurering!)

Norsk tittel (Undertittel /Problemstilling):

På hvilken måte kan sykepleier bidra til mestringsopplevelse av urinretensjon hos MS-diagnostiserte?

Engelsk tittel (Undertittel / Problemstilling):

In what way can the nurse assist the MS diagnosed patient to cope with urinary retention?

Sammendrag

Urinretensjon innebærer en nedsatt eller sviktende evne til å dekke et grunnleggende behov for å få fjernet kroppens avfallsstoffer, med andre til dels tabubelagte konsekvenser for den som er rammet. Vi har fokusert på samhandlingen mellom den MS-diagnostiserte og sykepleier. Formålet med oppgaven er å undersøke på hvilken måte sykepleier kan bidra til at den MS-diagnostiserte opplever mestring ved urinretensjon. Oppgaven er et litteraturstudie, med Benner og Wrubel som en teoretisk referanseramme.

Nøkkelord

Norske: Sykepleier, mestring, urinretensjon, MS

English: Nurse, cope, urinary retention, MS

Innholdsfortegnelse

INNHoldERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.

1. INNLEDNING	5
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG PRESENTASJON AV PROBLEMSTILLING	5
1.2 AVGRENSING AV OPPGAVEN	7
2. METODE	8
2.1.1 <i>Litteratur</i>	9
2.1.2 <i>Hospitering</i>	11
2.2 KILDEKRITIKK	11
3. TEORI	13
3.1 BEGREPSAVKLARING	13
3.2 MULTIPPEL SKLEROSE	15
3.3 URINRETENSJON	16
3.4 TABU	17
3.5 TAP	17
3.6 KRISER	18
3.7 STRESS	19
3.8 MESTRING	20
3.9 SELVBILDE	21
3.10 ROLLER	21
3.11 KJØNNSPERSPEKTIVET	22
3.12 KOMMUNIKASJON	23
3.13 TVERRFAGLIG SAMARBEID	24

4.	BENNER OG WRUBELS SYKEPLEIETEORI.....	25
4.1	TEORIBESKRIVELSE.....	25
4.2	PASIENTENS SITUASJON.....	25
4.3	MESTRING.....	26
5.	DRØFTING AV TEORIEN I FORHOLD TIL PROBLEMSTILLINGEN.....	28
5.1	DEN MS-DIAGNOSTISERTES ERFARINGER TIDLIG I SYKDOMSFORLØPET.....	28
5.2	KRISE.....	29
5.3	STRESS.....	29
5.4	TABU.....	30
5.5	URINRETENSJON.....	31
5.6	TAP.....	32
5.7	INFORMASJON ER EN KOMMUNIKATIV UTFORDRING.....	33
5.8	MESTRING.....	34
5.9	SYKEPLEIEOPPGAVER I FORHOLD TIL MESTRING.....	35
5.10	TVERRFAGLIG SAMARBEID.....	37
5.11	LIKEMANNSARBEID.....	39
6.	KONKLUSJON.....	40
7.	ETTERORD.....	42
8.	LITTERATURLISTE.....	44

1. Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling

Kroniske lidelser øker i omfang og antall. Helsedirektoratet (2008) påpeker at den økende levealderen har ført til at pasienter med kroniske lidelser har blitt den største pasientgruppen i Norge. Den høye levealderen er en årsak til at flere mennesker med kroniske lidelser har flere lidelser samtidig. En negativ konsekvens av kronisk sykdom og komorbiditet er at psykiatriske symptomer øker i forhold til antall samtidige sykdommer.

Helsevesenet og den enkelte sykepleier står ovenfor en krevende utfordring i møte med kronikeren. Multippel Sklerose (MS) er en kronisk nevrologisk sykdom (Almås 2001) som blir beskrevet under pkt 3.2. Edmonds (2007) beskriver MS som en lidelse som har betydelig innvirkning på personen selv og menneskene rundt, med både fysiske og psykiske følger. ”Kvaliteten på forholdet mellom pasient/familie og helsevesenet vil derfor ha betydning for livskvaliteten til den som rammes av kronisk sykdom” (Gjengedal og Hanestad 2008, s.10).

Engelsrud (2006, s.71) beskriver hvordan ”forståelsen av kroppen blir knyttet til de to fenomenene ferdighet og renslighet/hygiene”. Vi lever i et samfunn hvor idealet er en velfungerende kropp som vi kontrollerer. Fra vi er små trenes vi opp til å få kontroll over urin og avføring. Vannlatingsproblemer oppleves ofte som mangel på kontroll er forbundet med urenslighet.

Bakgrunn for valg av problemstillingen er kompleksiteten i en kronisk lidelse som MS. Sykdommen påvirker muligheten til normal funksjon og utøvelse av flere grunnleggende behov. ”Vårt tømmingsbehov er ofte tabubelagt, selv om det er en naturlig og livsviktig kroppsfunksjon, *et grunnleggende menneskelig behov*” (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005, b.2, s.160). Merk Serono (2007, s.69) viser til at ”... ca 75 % av personene med MS opplever blæredysfunksjon i løpet av sykdommen”. Som sykepleiere ser vi dette som en stor utfordring og ønsket å fordype oss i, da vi som helsepersonell har en sentral rolle i den MS-diagnostisertes

sykdomsforløp. Vi følte at vi manglet kunnskap om urinretensjon og innsikt i menneskers opplevelse når evnen til å late vannet svekkes eller opphører.

Da vi begynte med denne oppgaven hadde vi en oppfatning om at det måtte være mange praktiske problemer knyttet til bruk av kateter. Vår oppfatning var blant annet basert på de kateter-typene som brukes på sykehus og i hjemmesykepleien. Disse oppfattet vi upraktiske å ha med seg utenfor hjemmet. Videre trodde vi at det var vanskelig å kateterisere seg selv. Etter første hospiteringspraksis valgte vi å endre vinkling på problemstillingen. Vi fikk innsikt i sykepleiers erfaringer om at vanskene rundt urinretensjon og selvkateterisering var knyttet til perioden fra urinretensjonen manifesterte seg til vedkommende erkjente at hun eller han hadde behov for å kateterisere seg selv.

Etter vår første praksis og gjennomgang av relevant litteratur viser det seg at den som rammes trenger hjelp og veiledning for å opparbeide nye mestringsstrategier. Vi mener sykepleier er i en særskilt posisjon i forhold til den MS- diagnostisertes opplevelse av urinretensjon og mulighet til mestring. På bakgrunn av dette har vi kommet frem til følgende problemstilling:

På hvilken måte kan sykepleier bidra til mestringsopplevelse av urinretensjon hos MS – diagnostiserte?

Vi ønsker her å definere nøkkelordene i problemstillingen.

Når vi bruker ordet *sykepleier* mener vi autorisert sykepleier. I oppgaven har vi tatt utgangspunkt i å beskrive oss selv som nyutdannede.

Med *mestring* mener vi evnen den enkelte har til å løse stress, kriser og utfordringer (Jfr pkt 3.8). Kunnskapsforlaget (2004, s.556) viser til synonymene ”å beherske” og kunne ”rå med”.

Urinretensjon ”... innebærer at urinblærens tømming er opphevet eller vanskeliggjort” (Kåss, red. 1998, s.341). Urinretensjon vil bli nærmere omtalt i pkt 3.3.

MS er en forkortelse for multipel sklerose (Jfr pkt 3.2).

Vi har valgt å fokusere på samhandlingen mellom sykepleier og MS-diagnostiserte med urinretensjon uten å spesifisere møtestedet. Dette mener vi kan forsvares ut fra at mestringsutfordringen i forhold til urinretensjon er basert på egen opplevelse.

Vi skal nå beskrive andre avgrensinger vi har gjort i forhold til problemstillingen.

1.2 Avgrensing av oppgaven

Multipel sklerose er en altomfattende sykdom, hvor de ulike symptomene griper inn i hverandre og påvirker kroppens ulike funksjoner. Urinretensjon forårsaker blant annet søvnvansker og seksuelle problemer. Det komplekse i multipel sklerose er at slike følger også kan være forårsaket av smerter, depresjon, fatigue, spasmer og hypo- eller hypersensitivitet. Å avgrense og isolere et symptom som urinretensjon ved multipel sklerose er i utgangspunktet meget deduktivt og kunstig.

På grunn av oppgavens rammer har vi avgrenset den til å omhandle tiden fra urinretensjonen manifesterer seg til vedkommende kommer frem til at selvkateterisering er nødvendig. Ut fra dette har vi valgt å ikke sette noen avgrensing i forhold til alder annet enn at de er over 18 år. Oppgaven er ment å omfatte begge kjønn. Vi har ikke vektlagt kulturelle, etniske eller sosiale forskjeller.

Oppgaven omfatter ikke pårørendes situasjon i forhold til den som er rammet av MS. Det samme gjelder det sosiale nettverket som kan virke positivt inn på mestringsevnen gjennom omsorg og støtte. Mangel på sosial støtte kan forstås som isolasjon, et begrep vi ikke drøfter spesifikk i denne oppgaven. Kognitiv svikt og depresjon er utelatt på grunn av at det er omfattende emner. På grunn av oppgavens begrensing har vi valgt å utelate og diskutere konsekvenser som økonomiske vansker, og problemer med å delta i arbeidslivet.

Vi skal nå beskrive metoden vi har anvendt i forhold til problemstillingen.

2. Metode

Vi har valgt å utføre et litteraturstudie. Metoderetningen er kvalitativ for å få en større forståelse for pasientenes opplevelse av urinretensjon. ”Kvalitative studier er blant annet nyttige for å dokumentere pasienters opplevelser av å være syke eller deres erfaringer med helsevesenet” (Reinar 2007, s.128).

Individuelt tilrettelagt sykepleie hvor det legges til rette for bemyndigelse og mestring mener vi må ta utgangspunkt i pasientens ståsted og opplevelse av egen situasjon. Vi har bevisst unngått å bruke begrepet *pasient* i denne oppgaven. Bakgrunnen for dette er at hvilke ord og begrep som brukes påvirker ens holdninger (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). Lian (2008) forklarer pasientrollen som sosial menneskeskapt rolle som beskriver de forventinger som er knyttet til den. Slik vi ser det er pasientrollen en av mange roller et menneske innehar. I henhold til Pasientrettighetsloven § 1-3a (1999) er pasient en som henvender seg til helsevesenet for hjelp, eventuelt blir gitt eller tilbudt helsehjelp. Vi ønsker gjennom et bevisst ordvalg å fremme et helhetlig menneskesyn i henhold til Benner og Wrubels sykepleieteori (Jfr pkt 4.0)

Vi mener vi har ivarettatt det etiske perspektivet ved å anonymisere hospiteringssteder, og de fagpersonene som har bidratt med sin kunnskap og erfaring i henhold til ”4.0 Etiske retningslinjer for studentoppgaver” (HIG 2009). Vi har kun stilt spørsmål til fagpersoner i en yrkessammenheng, og ikke til kurs- og foredragsdeltakere. Vi hadde på forhånd innhentet samtykke fra hospiteringsstedene. De etiske retningslinjene er overholdt i forhold redelig bruk av kunnskap hentet i litteraturen og hospitering ved at vi referer teoretikere fortløpende i teksten.

I henhold til § 21 i Helsepersonelloven (1999) har vi ikke anvendt kunnskap vi har fått om personers helsesrelaterte- eller personlige forhold. Metoden vi har valgt er slik vi forstår det i tråd med Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere pkt 3.4 (2007, s.9): ”Sykepleieren holder seg oppdatert om forskning, utvikling og dokumentert praksis innen eget funksjonsområde”.

2.1.1 Litteratur

Vi har valgt det vi oppfatter som relevant pensumlitteratur i forhold til problemstillingen. Vi har fått skriftlig materiale fra MS-forbundet og fra de ulike hospiteringsstedene. I tillegg har vi søkt etter artikler relatert til vår problemstilling.

Prosessen med å velge ut hvilken litteratur og teoretikere vi skulle basere oppgaven på har vært en lang og tidkrevende prosess. Noe av litteraturen pekte seg klart ut fra begynnelsen. Annen litteratur har blitt aktuell under utarbeidelsen av disposisjonen. Hospiteringspraksisen har også bidratt med å hjelpe oss i utvelgesesprosessen. Funn i litteratur og under praksis har også gjort at vi har sett behov for å finne relevant litteratur i forhold til de oppdagelsene vi har gjort. Artikkelen til Lode m.fl.(2007) er et eksempel på dette.

Vi har søkt etter artikler på BIBSYS og databaser gjennom helsebiblioteket. Vi har søkt i Evidence-Based Nursing og The Cochrane Library. Disse databasene har kvalitets- og validitetssikrede artikler tilgjengelig. Noe av litteraturen er hentet fra referanselister i denne databasen. Artikkelen vi har benyttet er ”peer reviewed” som betyr at de er vurdert og anerkjent av fagpersoner innen fagfeltet. Utfordringen i søket etter litteratur har ligget i utvelgelsen. I forkant av første hospitering hadde vi rundt 25 aktuelle artikler.

Det vi fant når vi søkte var at mange av artiklene var skrevet av og for leger. De omhandlet medikamentell og medisinsk behandling uten å fremheve MS-diagnostisertes opplevelse. Noen av de sykepleierrelaterte artiklene omhandlet tilbud vi ikke har funnet i Norge. Blant annet døgnåpent telefontilbud bemannet av MS-sykepleiere. Vi fant ingen artikler som omhandlet urinretensjon spesifikt med den vinklingen vi ønsket.

Søkeord: multiple sclerosis, urinary dysfunction, coping, loss, chronic illness, nurse, gender difference.

Vi har valgt Benner og Wrubels sykepleieteori på grunn av deres omsorgsteori som vi mener er meget relevant i forhold til sykepleie til kroniske syke mennesker. De har også et fenomenologisk fokus i sin sykepleieteori som vi mener er viktig for den vinklingen vi ønsket for oppgaven (jfr pkt 4.0). Benner og Wrubel synliggjør veien fra nyutdannet til ekspertnivå i sykepleiefaget ved at erfarne sykepleiere kan virke som veileder for nyutdannede. Benner og Wrubel mener at ”Teoretiske kunnskaper gir oversikt og en prinsipiell forståelse av empiriske fenomener, noe som er særlig påkrevd for uerfarne sykepleiere” (ifølge Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005, b.4, s.70). Vi opplever dette som meget aktuelt for oss i den avsluttende fasen av utdannelsen vår. Teorien understreker at avsluttet utdanning bare er starten på å holde seg faglig oppdatert og være i kontinuerlig utvikling som sykepleier. I arbeidet med denne oppgaven har vi brukt dette bevisst gjennom hospitering for å få innsikt i mer erfarne sykepleieres kunnskap, erfaringer og tanker rundt sin utøvelse av sykepleie.

Håkonsen og Kristoffersen, Nortvedt og Skaug er teoretikere som er meget anerkjente innen sine fagfelt, henholdsvis psykologi og sykepleie. Vårt valg av teoretikere er ment å gjenspeile hvordan vi mener sykepleier bør møte mennesket som har blitt rammet av MS på en kvalitativ, kunnskapsbasert måte med empati og innlevelse. Vi opplever at teoretikerne som er valgt legger vekt på det etiske ansvaret sykepleiere har som medmenneske og fagperson i et livslangt sykdomsforløp med mange endringer og utfordringer.

En stor del av den utelatte litteraturen har gitt oss økt kompetanse og et bredere perspektiv i forhold til MS. Det snevre fokus som oppgaven skal ha gjør at en bredere kunnskap om helheten rundt det å være rammet av MS har gjort det enklere å holde fokus under skriveprosessen.

2.1.2 Hospitering

Vi har hospitert ved en nevrologisk avdeling på et sykehus. Denne hospiteringen bestod i en samtale med MS-sykepleier. Vi har også hatt hospitering ved to forskjellige rehabiliteringssentre med fokus på MS, mestring og vannlatingsproblemer. Ved begge stedene har vi deltatt på kurs og foredrag. Vi har også hatt samtaler med sykepleiere, psykolog, sosionom og fysioterapeut.

To av hospiteringspraksisene er bevisst lagt inn tidlig i prosessen før disposisjonen var ferdig. Den tredje hospiteringspraksisen valgte vi å ta under arbeidet med teoridelen. Det gjorde at vi kunne hente inn kunnskap og informasjon om spørsmål som kom frem under prosessen med å beskrive teorien.

Hospiteringspraksisen har bidratt med mye kunnskap og mange har delt sine erfaringer med oss. Vi har fått innsikt i de ulike fagfeltenes kompetanse og fokus i forhold til MS-diagnostiserte. Samtaler med ulike faggrupper har gitt oss en økt forståelse for viktigheten av et tverrfaglig samarbeid for å sikre adekvat og individuelt tilrettlagt oppfølging. Likemannsarbeid har vi også fått innsikt i ved et rehabiliteringssenter (jfr pkt. 3.1).

2.2 Kildekritikk

Flere av artiklene er basert på at deltakerne skal svare på spørsmål via internett. Vi tror at slike metoder kan utelate en del mennesker. Bruk av elektroniske spørreskjema vanskeligjør muligheten til å korrigere uklarheter rundt spørsmålsformuleringene. Flere av studiene har rekruttert deltakere fra interesseorganisasjoner for MS. Vi stiller oss spørrende til om det er en overvekt av ressurssterke mennesker har deltatt i intervjuer artiklene er basert på.

På bakgrunn av at vi har flere engelske artikler er vi åpne for at vi kan ha oversett viktige moment og feiltolket ord og vendingers betydning.

Noe av litteraturene vi har valgt er av eldre dato. Ashworth og Hagan (1993) er tatt med da vi mener opplevelsen av funksjonstap ikke har forandret seg vesentlig fra den var skrevet og frem til nå. Denne artikkelen beskriver kvinners opplevelse av urininkontinens som ofte forekommer ved retensjon som beskrives i pkt 3.3. Artikkelen belyser i tillegg sentrale tema rundt det å ha en lidelse som er tabubelagt.

Vi har ikke valgt primærlitteratur i fordypningen av Benner og Wrubels sykepleie teori, men fortolkningen til Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005). Bakgrunn for valget er at disse er meget anerkjente og brukes som pensum ved sykepleiehøgskolen. Dalland (2007) understreker at pensumlitteratur er skrevet av de mest innflytelsesrike forfatterne innen sitt fagfelt.

Vi har valgt å bruke ”Den norske sykepleiehåndboken for MS” (Merck Serono, 2007). Den har en oversiktlig litteraturliste med flere anerkjente teoretikere. Videre har vi i hospiteringspraksis sett at den blir brukt og er blitt anbefalt.

Vi skal nå presentere den teorien vi mener er relevant i forhold til problemstillingen. ”Teori er enten bygd på hypoteser, det vil si et sett ideer som senere etterprøves, eller empiri, det vil si et sett av erfaringer som så analyseres og gir opphav til ideer” (Garsjø 2008, s.133).

3. Teori

3.1 Begrepsavklaring

Kronisk lidelse

Helsedirektoratet (2008) anslår at rundt 1 million nordmenn har en kronisk lidelse. MS er blant de tjue mest utbredte kroniske lidelsene i Norge (SSB 2007)

Kronisk sykdom er en irreversibel, konstant, tiltakende eller latent sykdomstilstand eller svakhet som virker inn på hele mennesket og dets omgivelser, og som fordrer omsorg, egenomsorg, opprettholdelse av funksjon og forebygging av videre funksjonssvikt (Gjengedal og Hanestad 2007, s.13).

Empowerment

Stang (2003, s.100) beskriver begrepet empowerment som en prosess som har til formål "... å gi eller overføre makt, å tillate og å gjøre noen i stand til noe". Empowerment som begrep beskriver en holdning om at det er det enkelte mennesket som er ekspert på kunnskap om seg selv og den situasjonen hun eller han er i. Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) forklarere begrepet empowerment med myndiggjøring og bemyndigelse

Autonomi

Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) forklarer begrepet autonomi som selvstyrt eller selvbestemmelse. "Prinsippet om å tilrettelegge for utøvelse av autonomi er basert på troen på menneskets egne ressurser og på dets rett til selv å velge det som er best for seg" (Almås 2001, s.159). Menneskets autonomi styrkes gjennom å anerkjenne det enkelte menneske.

Likemannsarbeid

Likemannsarbeid er samhandling mellom personer som er i samme livssituasjon. Formålet med likemannsarbeid er å fokusere på muligheter fremfor begrensninger. Det å møte andre med samme diagnose kan virke motiverende og støttende, og bidra til mestring for den enkelte (Merck Serono 2007). Dette tar vi opp i drøftingsdelen pkt. 5.11.

3.2 Multippel Sklerose

Vi har basert beskrivelsen av multippel sklerose på Almås (2001).

Utbredelsen av MS varierer fra land til land. Det er geografiske variasjoner og mulig en genetisk faktor. Almås (2001) viser til at 1 av 1000 får MS hvert år i Norge og rammer stort sett mennesker mellom 20-40 år. Det er flere kvinner enn menn som får MS. Det kan ta lang tid fra de første vage symptomene opptrer til diagnosen stilles.

”Multippel sklerose er en kronisk inflammatorisk sykdom som ødelegger myelinskjeden i den hvite substansen i deler av sentralnervesystemet” (Almås 2001, s.818). Nervefibrenes oppgave er å sende impulser mellom nervernes endepunkt i kroppen og sentralnervesystemet. Myelin fungerer som isolasjon for nervefibrenes evne til å lede impulser til og fra. Myelinet som ødelegges erstattes av bindevev som danner et ”arr” (ibid).

Symptomene ved MS kan omfatte sensoriske, motoriske, cerebellare og mentale forandringer. Sykdommen utvikler seg ikke gradvis men opptrer som akutte forverringene. Disse forverringene kalles også schub, relaps eller oppblussing. Uforutsigbarheten ligger i at det er umulig å forutsi neste forverring og hvilke skader som vil bli permanente. En forverring kan vare fra et døgn til flere uker. ”Patients with MS suffer from disabling symptoms that often impair their quality of life and social participation” (Henze 2005, s.61).

Det er ingen kurativ behandling for MS. Det finnes medikamenter som kan ”... dempe sykdomsaktiviteten og lindre symptomene” (Almås 2001, s.820).

3.3 Urinretensjon

De vanligste formene for vannlatingsproblemer er svikt i lagrings- eller tømmingsfunksjon eller kombinasjon av disse (Merck Serono 2007).

For at nyrene skal kunne skille ut avfallsstoffene i kroppen må de produsere minst 500 ml urin (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). Til dette trengs det 1-2 liter væske avhengig blant annet av temperatur og aktivitet. Når mengde urin i blæren overstiger rundt 400 ml øker trykket kjenner man trang til å late vannet. Ved denne mengden øker faren for midlertidige eller permanente, vannlatingsforstyrrelser samt at faren for urinveisinfeksjon øker (ibid).

”Urinretensjon betyr at pasienten er ute av stand til å tømme blæra helt” (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005, b.2, s.182). Mangel på evne til å late vannet kan være helt eller delvis. Retensjon fører også til urininkontinens. Ved ufullstendig tømming av urinblæren oppstår resturin som er urin som ikke skylles ut ved vannlatingen. Urinretensjon er blant de mest vanlige årsakene til urinveisinfeksjoner, forstyrret søvn og smerter i abdomen (Henze 2005). ”En UVI (urinveisinfeksjon, red. anmerk.) kan føre til betydelige komplikasjoner spesielt for pasienter med MS” (Merck Serono 2007, s.71).

Ved urinretensjon anbefaler all litteratur vi har brukt, inkludert hospitering, Intermitterende Kateterisering (IK). Bruk av kateter kan i følge Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) fjerne nokturni (nattlig vannlating, red. anmerk.). Målsetningen med kateterisering er å forebygge infeksjoner, unngå resturin, beskytte nyrene, fremme kontinens og bedre elastisiteten i blæreveggen (Motta og Lopes de Carvalho 2008).

Å kateterisere seg selv (selvkateterisering) er en ren prosedyre med gode resultater ved urinretensjon (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). I henhold til PPS (2009) innebærer ren prosedyre at pasienten utfører nedentil vask 1 til 2 ganger i døgnet samt håndhygiene før og etter prosedyren.

Å ta seg god tid er en vesentlig faktor for tilstrekkelig tømming av blæren. Å sitte med rett rygg på toalettet utnytter kroppens anatomi ved at ”... urinrøret da er på sitt laveste punkt og trykket fra bukhulen utnyttes mest effektivt” (Kristoffersen, Nortvedt og

Skaug, b.2, s.168). Vi fikk under praksis kjennskap til en rekke hjelpemidler ved siden av kateterisering. Dette omfatter blant annet inkontinensbind, uridom, reiseurinal og sengebeskyttelse.

3.4 Tabu

Norsk ordbok (2004) forklarer begrepet tabu som et forbud mot å nevne eller berøre visse gjenstander eller personer som en følge av anstendighets- og høflighetsgrunner, samt å bruke visse ord.

Ashworth og Hagan (1993) hevder at vannlatingsproblemer er tabubelagt og forbundet med skam, mangel på egenkontroll og hemmeligholdelse. Tabuet influerer både helsepersonell og de som er rammet av det (Jfr pkt 5.4). Kulturelle og stereotype holdninger gjør at inkontinens oppleves som mangel på kontroll over egen kropp, at de er skyld i egen lidelse og tilhører stigmatiserte grupper (ibid). For mennesker som lider av urinretensjon oppleves dette som en plage som ikke kan snakkes om. Ashworth og Hagan (1993) understreker at sykepleiere er påvirket av de samme kulturelle holdningene som bidrar til at de unngår emner som omhandler vannlatingsproblemer.

3.5 Tap

Et *tap* innebærer at opplevelsen av å miste noe – enten konkret i form av noen i familien eller noen som står oss nær, dør – eller mer symbolsk i form av tap av respekt, selvaktelse og integritet (Håkonsen 2003, s.302).

Hva som er verdifullt og hvilken verdi tapet innebærer er individuelt, tidsbestemt, kulturpåvirket og tilbakemeldinger den enkelte får på sin situasjon. ”Tap av helt sentrale verdier i livet er særlig belastende, for eksempel tap av funksjoner som følge av skade eller sykdom eller tap av en nær person” (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005, b.3, s.213).

Edmonds m.fl.(2007) beskriver MS-rammedes opplevelse av tap og endringer i forhold til sin livssituasjon. I artikkelen deler de begrepet tap opp i tre kategorier: tap i forhold

til det fysiske aspektet, selvstendighet og i forhold til andre mennesker. Opplevelsen av tap er like stor for de som er sterk rammet av MS som hos de nydiagnostiserte.

Edmonds m. fl. (2007) viser til at en av de mest vanlige fysiske dysfunksjonene ved MS er tap av vannlatingsfunksjon. Urinretensjon fører til tap blant annet av spontanitet og samhandling med andre. Dette innebærer vansker med deltakelse i dagligdagse aktiviteter. For de som er rammet av MS kommer tap av forhold til andre mennesker til uttrykk gjennom blant annet endrede rollefunksjoner (jfr pkt 5.6). Spesielt blir rollen som forelder og ektefelle/partner trukket frem.

Tap i forhold til selvstendighet er en gradvis prosess for denne gruppen som en følge av at MS påvirker det fysiske, psykiske og sosiale aspektet i den enkelte (Edmonds m.fl. 2007). I tapet kommer det ofte frem en opplevelse av å være til byrde for familien og nære venner. Tap kan føre til at man opplever en krise.

3.6 Kriser

”Med krise mener vi den psykologiske reaksjonen som mennesker opplever når vanlige mestringsstrategier ikke er tilstrekkelig for å finne løsninger på en vanskelig situasjon” (Håkonsen 2003, s.300). Hummelvoll (2004) viser til at kriser oppstår når den stadige balansen vi lever i, mellom å mestre og ikke mestre, trues og påvirker opplevelsen av mening. Krisen kan komme til uttrykk som avmakt, frustrasjon, sinne og sorg hos den enkelte (ibid). Eide og Eide (1996) viser til at det er alvorlige og vanskelige livshendelser som omfatter begreper krise.

Kriser blir delt opp i fire faser: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelsesfasen og nyorienteringsfasen (Håkonsen 2003). Disse fasene er ikke klart avgrenset, men ment å være en skjematisk fremstilling for økt forståelse og gjenkjennelse. Å få MS innebærer kriseopplevelser som for eksempel i forbindelse med fremtreden av de første symptomene, diagnosetidspunktet og forverringsfasene (Jfr pkt 5.2).

En krise utløses vanligvis av situasjoner eller opplevelser som er forbundet med *tap eller krenkelses*, og som er truende på individets integritet, selvforståelse og følelse av stabilitet og kontinuitet i livet (Håkonsen 2003, s.301).

”Forsvarsmekanismer er ubevisste mestringsstrategier som endrer vår oppfatning av en stressfylt situasjon og dermed bidrar til å redusere angst” (Håkonsen 2003, s.305). Han viser til at ved alvorlige kriseopplevelser kan forsvarsmekanismer bidra til gradvis tilpasning til ytre realiteter. Forsvarsmekanismene mobiliseres i reaksjonsfasen (Merck Serono 2006).

3.7 Stress

”Det er særlig ved hendelser som innebærer endringer og tilpasning, at vi opplever stress” (Håkonsen 2003, s.276). Stressfaktorer er en del av den menneskelige tilværelsen. Håkonsen (2003) viser til at grad av stressopplevelse er individuelt og knyttet til livssituasjon, alder, kjønn og kulturell bakgrunn. Små belastninger over tid kan ha en potenserende virkning, slik at de til sammen oppleves som en omfattende stressfaktor.

”Stressresponsen påvirkes av kognitive og følelsemessige faktorer” (Håkonsen 2003, s.273). Viktige elementer som påvirker grad av stressopplevelsen er forutsigbarhet, kontroll over egen situasjon, opplevelse av mening knyttet til situasjonen og sosial støtte (ibid). Det som er avgjørende for det stressutsatte mennesket er om det er de negative og passiverende følelsene som dominerer eller om opplevelsen er preget av skjerpet konsentrasjon og mestring (Jfr pkt 5.3).

3.8 Mestring

”Mestring beskriver individets måte å forholde seg til og løse en situasjon eller hendelse på som medfører mistriivsel, ubehag eller trussel mot ens integritet” (Håkonsen 2003, s.303).

Lazarus og Folkmans (1984) beskriver to hovedformer for mestring (ifølge Håkonsen 2003):

Problemfokusert mestring innebærer at individet tar i bruk mestringserfaringer fra tidligere situasjoner. Dette forutsetter at mennesket har evne til å identifisere problemet, og at det må oppleves overkommelig og håndterbart.”Vi kan forholde oss til problemet eller situasjonen slik den foreligger, og søke å endre, løse eller eliminere den” (Håkonsen 2003, s.304). Kunnskap må ligge til grunn for å kunne ta i bruk problemfokusert mestring. Dette er kunnskap som mennesket innehar eller vet hvor det kan innhentes fra.

Følelsesmessig fokusert mestring går ut på å redusere eller fjerne det emosjonelle ubehaget uten å endre selve situasjonen. Denne formen for mestring blir tatt i bruk i situasjoner som medfører høy grad av stress og mistriivsel. Dette kan innebære og endre oppfatning, tanker eller ambisjoner knyttet til problemet eller situasjonen. Mestringen blir en redefinering av verdier, av vår oppfattelse av problemet eller at situasjonen kan forstås på flere måter (Håkonsen 2003).

Lode m.fl. (2007) viser til at MS–diagnostiserte bruker mest følelsesmessige fokusert mestring i de tidlige fasene av sykdommen og ved akutte forverringer. Problemfokuserte mestringsstrategier benyttes mest når mennesket har levd med MS over flere år og har erfaring med funksjonshemmende symptomer som påvirker dagliglivet. Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) mener at å benytte både problem- og følelsesmessig fokuserte mestringsstrategier kan være hensiktsmessig og effektivt gjennom sykdomsforløpet. Videre poengterer de at ”... effektiv mestring sikrer optimal sosial fungering og beskytter mot helsesvikt” (b.3, s.217).

Sykepleieoppgaver i forhold til å fremme mestring i henhold til Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005, b.3, s.223-225):

- ”Korrigere feilaktige forestillinger og fantasier som ofte er mer skremmende enn realitetene”.
- ”Verdiklargjøring og nyorientering i forhold til de konsekvensene MS har for livet til den enkelte”.
- Bidra til at den MS–diagnostiserte får ”... en aktiv rolle og medbestemmelse i egen situasjon”.
- ”Kunnskap og ferdigheter” må være relevante for den enkeltes situasjon.

Disse sykepleieoppgavene drøfter vi i pkt 5.9.

3.9 Selvbilde

Hummelvoll (2004) forstår selvet som et system, sammenflettet av mange funksjoner som bidrar til opprettholdelse av likevekt og stabilitet. Selvet er et dynamisk produkt som formes gjennom menneskets tolking i sosialt samspill.

Kroppsbilde er en integrert del av selvbilde og reflekterer oppfatning og følelser i forhold til blant annet funksjon, og evne til ytelse. ”Å tilpasse seg til og akseptere at man har en endret kroppsfunksjon eller et endret utseende, krever ofte lang tilpasningstid for den berørte” (Hummelvoll 2004, s.109).

3.10 Roller

“En rolle er uttrykk for forventinger som omgivelsene har til personen og hvordan personen skal oppføre seg” (Håkonsen 2003, s.228). Slik vi ser roller er de verdiladede både for den enkelte ut fra en egendefinisjon og fra samfunnets side i form av kulturelle betingelser (Jfr pkt 5.6). Definisjoner av ulike roller er kulturelle og dynamiske i forhold til tid og situasjon (Håkonsen 2003).

Roller kan gi trygghet og tilhørighet. ”Andre roller kan oppleves som «tvangstrøyer» der den som skal fylle rollen, har mange rigide normer og forventinger knyttet til seg, slik at toleranseskelen for avvik er liten” (Garsjø 2008, s.91). Pasientrollen er en rolle som gir rettigheter, men også begrensinger i form av forventet adferd og konformitet som kan resultere i mindre råderett over egen situasjon (ibid).

Ved urinretensjon kan den enkelte oppleve at rollemønstre endres. ”En vellykket måte å forholde seg til den nye rollen på er avhengig av at man har bearbeidet hva tapet av den tidligere rollen innebærer” (Hummelvoll 2004, s.468).

Det etiske aspektet omhandler ansvar for hvordan vi som sykepleiere tildeler andre definerte roller. Yrkesetiske retningslinjer pkt 1 omhandler sykepleieren og pasienten står det: ”Sykepleieren ivaretar den enkelte pasients verdighet og integritet, herunder retten til helhetlig sykepleie, retten til å være medbestemmende og retten til ikke å bli krenket” (NSF 2007,s.7).

3.11 Kjønnsperspektivet

”Kjønn er biologi, og som sådan opplagt relevant for å forstå sykdom og helse. Men kjønn er også identitet, kulturelle symboler og struktur” (Schei og Bakketeig 2007, s.33). Kjønnsideidentiteten former og påvirker individet gjennom kulturelle og sosiale normer (Jfr pkt 5.8).

Schei og Bakketeig (2007) skriver at kvinner generelt er mer sensitive ovenfor signaler fra kroppen og har en større evne til å tolke disse og sette ord på opplevde plager og følelsesmessige vansker.

Anderssen (2008) beskriver hennes funn med basis i tre feltarbeid i en nordnorsk kystbygd som pågikk over ca 25 år. Hennes forskning fant at i den maskuline rollen fremstår menn tøffe og usårbare i forhold til helse og sykdom. Denne maskuliniteten kan innvirke på en positiv måte ved at menn ofte viser et mer avslappet forhold til helse og sykdom.

Fraser og Polito (2007) fant at når man sammenligner kjønnene viser kvinner større tro på egne evner til å kontrollere og leve med MS. Statens Helsetilsyn (2000) anbefaler at man ved progredierende nevrologiske sykdommer bør være oppmerksom på eventuelle ulikheter knyttet til kjønn i forhold til fysiologi og samfunnsmessige strukturer som påvirker kjønnene forskjellig.

3.12 Kommunikasjon

Håkonsen (2003, s.239) definerer kommunikasjon som:

... en type samhandling der to eller flere mennesker sender og mottar budskap, og der begge parter både presenterer seg selv og sitt budskap og foretar fortolkninger av den andre.

Eide og Eide (1996, s.19) påpeker at "feiltolkning, misforståelser og følelsesmessige reaksjoner er uunngåelige deler av kommunikasjon". Dette innebærer et ansvar for sykepleier om å sikre at hennes budskap blir oppfattet riktig, og at hennes tolkninger er adekvate (Jfr pkt 5.7). Rett til medvirkning og informasjon beskrives i Pasientrettighetsloven (1999, kap.3).

Ashworth og Hagan (1993) og Thorne m.fl. (2004) fant at det ofte oppstår en kommunikasjonssvikt mellom mennesker med vannlatingsproblemer og sykepleiere. De mener at det dagligdagse språket ikke inneholder dekkende ord for å beskrive urininkontinens og at det medisinske språket er uforståelig for de fleste utenfor helsevesenet. De konkluderer med at når noe ikke kan verbaliseres kan det heller ikke ta form eller bli noe konkret.

3.13 Tverrfaglig samarbeid

Slik vi forstår tverrfaglig samarbeid er å samle kompetanse fra ulike faggrupper slik at man kan sikre brukeren en helhetlig, individuelt tilrettelagt oppfølging (Jfr pkt 5.10). Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) skriver at gjennom kommunikasjon og samarbeid legges det til rette for integrering av kompetanse fra de ulike fagfeltene. Tverrfaglig samarbeid kan viske ut grensene eller overgangen mellom ulike yrkesgrupper og hvordan de møter mennesker med et sammensatt hjelpebehov. ”En integrering av medlemmenes kompetanse kan ha et potensial til å gi noe mer enn bare summen av hver enkelt medlems kompetanse” (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005, b.4, s.217).

Et arbeidsredskap som er laget for mennesker med et sammensatt hjelpebehov er Individuell Plan (IP). ”Det er tjenestemottakere med behov for langvarige og koordinerte helse- og/eller sosiale tjenester som har rett til en individuell plan” (Sosial- og helsedirektoratet 2007, s.13). Ansvaret for å tilby og eventuelt utarbeide en plan er nedfelt i sosialhelsetjenesteloven, kommunehelsetjenesteloven, lov om spesialisthelsetjenesteloven og psykisk helsevernloven.

Individuell plan er et arbeidsredskap som beskriver den enkelte faggruppes ansvarsområde. Planen er basert på delmål og mål som er utarbeidet i samhandling med den enkelte. Individuell plan skal synliggjøre hvordan de ulike faggruppers kompetanse skal bidra til at vedkommende når sine mål.

4. Benner og Wrubels sykepleieteori

I denne beskrivelsen av Benner og Wrubels sykepleieteori har vi tatt utgangspunkt i tolkningen til Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005).

4.1 Teoribeskrivelse

Sykepleieteori er ment å gi sykepleiere rammer å utøve sykepleie innenfor. ”Konkrete teorier gir praktikerens oversikt og perspektiver innenfor fagområdet” (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005, b.4, s.14). Benner og Wrubel bygger sin teori på et helhetlig fenomenologisk menneskesyn, der man ikke kan se mennesket isolert fra det samfunnet og kulturen det hører til. Mennesket er påvirket av tidligere opplevelser, den nåværende situasjonen og håp for fremtiden.

4.2 Pasientens situasjon

”Mennesket blir hva det er ved å leve i en bestemt sosial, kulturell og historisk sammenheng, og det utvikler kunnskaper om verden ved å være i verden på en bestemt måte” (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005, bind 4, s.73). Dette sitatet av Benner og Wrubel beskriver utgangspunktet for sykepleieren og i hvilken sammenheng sykepleien skal integreres. ”Sykepleien rettes mot personer som opplever stress ved helsesvikt, tap og sykdom” (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005, b.4, s.73).

Benner og Wrubel skiller mellom begrepene *disease* og *illness*. Disease er et begrep som omfatter objektive indikasjoner på sykdom mens illness omfatter menneskets fornemmelse av tap eller funksjonsforstyrrelse uavhengig om disease foreligger (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). De mener at sykepleieren må integrere fornemmelse av illness og opplevelsen av disease for å kunne møte menneskets behov for sykepleie.

Benner og Wrubel bruker begrepet velvære om helse da de mener det legger vekt på den subjektive opplevelsen av begrepet helse. ”Velvære defineres som et sammenfall

mellom ens muligheter og det en virkelig praktiserer og opplever, og er basert på det å gi og ta imot omsorg” (Kristoffersen 2005, s.73).

Benner og Wrubel mener at helse er et resultat av samspillet mellom forhold og faktorer i mennesket selv og den situasjonen det befinner seg i (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). Helse- og velværebegrepet må omfatte personen som helhet, og fokus må ligge på de faktiske mulighetene mer enn tesen om helse som fullstendig frihet fra lidelse, sykdom og kriser (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005).

4.3 Mestring

Mulighet for mestring ligger i den mening som tillegges situasjonen mennesket er i og hvilke personlige verdier som er truet (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005). Mulighetene er begrenset ved at trusselen i form av for eksempel MS ligger i sykdom som ikke kan helbredes: ”Det at mennesket ikke har noen mulighet til å tre ut av sin virkelighet, innebærer at det konstituerer seg selv, og blir konstituert, gjennom sine erfaringer (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005, b.4, s.75).

Mulighetene til mestring er videre begrenset av at alle mennesker har verdifulle handlinger, aktiviteter og nære medmennesker som gir deres liv innhold og mening. ”Mennesket verdsetter, knytter seg til og handler i forhold til det som har fundamental verdi i den enkeltes liv” (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005, b.4, s.96). Verdien er avgjørende for opplevelse av velvære og helse. Likeledes gjør det betydningsfulle at mennesket er sårbart og utsatt for tapsopplevelser.

Alle mennesker kommer med en bakgrunnsforståelse. Dette er et begrep Benner og Wrubel definerer som ”... de «meninger» som alle innenfor en kultur deler, og som kulturen gir et menneske fra fødselen av” (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005, b.4, s.72). Kroppslig kunnskap bærer med seg blant annet erfaringer om tidligere mestringsstrategier og i hvilken grad de har vært adekvate og tilfredsstillende. Bakgrunnsforståelse og kroppslig kunnskap bidrar til dynamiske og ubevisste kunnskapsfarte handlinger. Når erfaringsbasert mestring ikke er tilstrekkelig for å

ivareta de verdifulle aspektene i tilværelsen opplever mennesket i følge Benner og Wrubel stress.

Mangel på adekvate mestringsstrategier innebærer at mennesket "... ikke lengre kan leve i overensstemmelse med sitt tidligere engasjement, sine interesser og verdier i livet" (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005, b.4, s.96). Gjennom kommunikasjon og innsikt i menneskets sykdomsopplevelse kan sykepleier tilrettelegge for handlinger og bevaring av verdiene eller alternativer som kan gi mening.

Benner og Wrubel beskriver at målet for sykepleie er at den enkelte skal mestre sin livssituasjon på tross av sykdom, lidelse og tap.

5. Drøfting av teorien i forhold til problemstillingen

5.1 Den MS-diagnostisertes erfaringer tidlig i sykdomsforløpet

Multipel sklerose er en sykdom som oftest debuterer med vage symptomer som er vanskelig å tolke og mange forbinder de ikke med en alvorlig lidelse. Disse diffuse symptomene føler mange blir bagatellisert når de tar kontakt med lege (Thorne m.fl. 2004). For pasienten oppleves det ofte frustrerende og det kan føles som en kamp om å bli trodd. Dette kan føre til nedsatt tro på egne opplevelser, avmaktsfølelse, sorg og sinne.

Benner og Wrubel beskriver hvordan den enkeltes kroppslige kunnskap og bakgrunnsforståelse setter rammer for menneskets opplevelse av sin situasjon og forventninger om fremtiden. Kvaliteten på hvordan helsevesenet har samhandlet og ivarettatt den enkelte vil påvirke fremtidige relasjoner mellom blant annet sykepleier og den enkelte. Thorne m.fl. (2004) hevder at de fleste opplever konflikt med lege under utredelse, diagnostisering og behandlingen. Dette mener vi kan ha en negativ innvirkning på tilliten til helsevesenet generelt, som det kan ta år å bygge opp igjen.

Vi erfarte i løpet av hospiteringspraksis at de fleste har liten eller ingen kontakt med sykepleier før hun eller han blir henvist til nevrologisk avdeling for utredning. Adekvat ivaretagelse av mennesket under denne prosessen bør være rettet mot validering av subjektive opplevelser, empati, hjelp til mestring og å gi relevant informasjon og kunnskap. Thorne m.fl.(2004) hevder at fastleger ofte ikke har nok kunnskap om MS og at oppfølgingen ved nevrologiske avdelinger er ofte avgjørende for pasienten og bør omfatte et samarbeid med kommunehelsetjenesten.

5.2 Krise

En krise oppstår når individet ikke kan benytte seg av egne kjente metoder for å finne løsninger på situasjonen Håkonsen (2003). Cullberg påpeker at mennesker i sjokkfasen bruker all sin energi for å bearbeide årsaken til krisen og at mennesker i reaksjonsfasen ofte er preget av bruk av forsvarsmekanismer (ifølge Merck Serono 2007). De kan enten virke hemmende og uhensiktsmessig eller bidra til å mestre situasjonen.

Å bli diagnostisert med MS og urinretensjon innebærer en kriseopplevelse. Reaksjonene er individuelle og preget av subjektive fortolkninger og forestillinger om hva diagnosen innebærer. For noen er det en lettelse å få diagnosen, mens andre kan reagere med fornektelse som en forsvarsmekanisme (Lode m.fl. 2007). Slik vi forstår forsvarsmekanismer er det en måte mennesket ubevisst skjerner seg selv på (jfr. pkt. 3.6). Forsvarsmekanismene muliggjør å gradvis ta inn over seg krisen og dens konsekvenser. Under hospitering fikk vi kjennskap til at mange assosierer MS med rullestol og invaliditet.

Sykepleien til mennesker i krise må baseres på kunnskap om kriser og reaksjoner i forhold til kriseopplevelse. Håkonsen (2003) beskriver den terapeutiske tilnærmingen til mennesker i krise som nær og personlig kontakt. Slik vi oppfatter dette innebærer det å gi anerkjennelse for opplevelsen, følelsene som kommer, lytte og akseptere reaksjonen på krisen. Subjektive reaksjoner på egen atferd og følelser kan være en ytterligere belastning for den kriserammede. Lindring av kriseopplevelsen er å normalisere reaksjonene på krise.

5.3 Stress

Symptomer ved MS er stressfaktorer (Jfr pkt 3.7). Foruten symptomene i forbindelse med urinretensjon oppstår det en rekke psykologiske utfordringer. Rolleendringer og nedsatt eller tapt funksjonsevne er stressfaktorer i hele sykdomsforløpet. Mange opplever skam over egen kropp og at den har sviktet dem (Jfr pkt 3.4). De lever med en konstant frykt for at de skal lukte urin og ha ukontrollerte lekkasjer. I praksis

erfarte vi at urinretensjonen i mange tilfeller overtar kontrollen og styrer livsutfoldelsen til den enkelte. Mange mennesker planlegger all aktivitet utenfor eget hjem etter hvor de ulike toalettene befinner seg. Å måtte forholde seg til noe som er tabubelagt kan øke opplevelsen av stress.

5.4 Tabu

Tabu er et konstruert begrep som gjenspeiles i de kulturelle og samfunnsmessige normene. Tabuet influerer mennesket syn på seg selv, egen kropp og funksjon. Underlivet som kroppsdel og vannlating som funksjon er tabubelagt i vårt samfunn. Konsekvensen av dette er at både sykepleiere og MS-rammede har disse tabuene integrert i sin virkelighetsforståelse.

For de som rammes av urinretensjon innebærer dette å lide av noe de ikke føler at de kan snakke om. De blir lidende i stillhet. Ashworth og Hagan (1993) beskriver hemmelighetsholdelse, mangel på ord for å beskrive deres opplevelse og redsel for å bli stigmatisert. Tabu innvirker blant annet på sosial deltakelse og utøvelse av rollefunksjoner slik vi har erfart.

Som beskrevet i punkt 3.4 er sykepleiere som mennesker også påvirket av tabubelagte fenomener. Dette kan føre til at sykepleiere finner det vanskelig å ta opp og snakke med MS-rammede om urinretensjon. Vi har erfart hvor viktig det er at sykepleiere har et avklart forhold til egne tabuforestillinger og stereotype holdninger slik at tabuer ikke blir ledende for den sykepleien som ytes. Selv med et bevisst forhold til dette må sykepleier være oppmerksom på at det er mange sykepleiesituasjoner som er tabubelagt for pasientene.

5.5 Urinretensjon

Det er konsensus om bruk av kateter ved urinretensjon (Jfr pkt 3.3). Det vi fant etter gjennomgang av litteratur og hospitering er at det er ulike oppfatninger av MS-diagnostiserte opplevelse av selvkateterisering. NSF (2005, s.15) skriver at ”studier har vist at 30 % av de som må bruke IK (Intermitterende Kateterisering, red. anm.) opplever dette som vanskelig, og at ca 1/3 av de har direkte aversjon mot prosedyren”. Erfaringer som sykepleiere vi snakket med under hospitering synes dette tallet er høyt, men opplever at selvkateterisering er i begynnelsen en stor utfordring for de fleste.

Selvkateterisering kan for mange som lider av urinretensjon oppleves som skremmende. Frykten kan skyldes selve utførelsen av prosedyren, frykt for å skade seg selv eller smerter i forbindelse med kateterisering. Mangel på kunnskap om anatomi kan gjøre at det oppleves vanskelig å utføre prosedyren på egenhånd. Sykepleier har en stor utfordring ved å undervise, veilede og formidle kunnskap om kroppens anatomi, kateteriseringsprosedyren og samt formidle tro på at den enkelte kan mestre prosedyren. Samhandlingen må være preget av åpenhet rundt tabubelagte tema som underlivet, dets funksjoner og urinlating (Jfr pkt 3.3).

Uavklart forhold til egen kropp blant annet på grunn av tabuer kan spille inn på mestringssevnen. Skam og opplevelse av at kroppen har sviktet en kan føre til at vedkommende tar avstand fra sitt fysiske selv. Å føle trygghet i forhold til egen kropp mener vi er avgjørende for å kunne kateterisere seg selv. Kunnskap om hvordan patologien innvirker på kroppens funksjoner kan bidra til akseptasjon for nedsatt eller opphevet funksjonsevne.

Vi lærte under praksis at ivaretagelse av *den psykiske komponenten* er avgjørende ved urinretensjon. Vi forstår den psykiske komponenten som en belastning forårsaket av dårlige erfaringer ved urinretensjon. Å ta denne belastningen på alvor er å trygge pasienten. Under kurs om vannlatingsproblemer fikk vi innsikt i at mange opplever større trygghet ved bruk av tykke bleier/inkontinensbind fremfor de tynnere. Noen velger å fortsette med innlegg selv om de er kontinente. Kommunikasjon om hjelpemidler som inkontinensbind er i seg selv en utfordring ved at ord som *bleie* kan virke negativt inn på selvbylde og dermed mestringssevnen.

Motta og Lopes de Carvalho (2008) fremhever MS-sykepleiers rolle som viktig under både utredelsen og ved oppfølging av behandling, tiltak og ivaretagelsen av den MS-rammede. Dokumentasjon om vannlatingsmønster, symptomer relatert til urinretensjon, drikkevaner og måle resturin er viktige sykepleieoppgaver (Jfr pkt 3.3). For å få en detaljert historie om vannlatingsmønster legger de vekt på at den enkelte fører dagbok som sykepleier kan bruke som et verktøy i planleggingen av individuelt tilrettelagte tiltak.

For at den enkelte skal kunne oppleve mestring er det viktig at sykepleier støtter den funksjonsevnen vedkommende har. Tips vi fikk under praksis var å skape en beroligende atmosfære på toalettet ved å spille musikk eller lese en bok. Dette kan hjelpe den enkelte til å slappe av i bekkenbunnsmuskulaturen. Å skru på vannkranen kan sette i gang vannlatingen.

5.6 Tap

Både multippel sklerose som sykdom generelt og urinretensjon fører til tap for den enkelte (Jfr pkt 3.5). Hvilke tap som oppleves og graden av tap er individuelt betinget. Evnen til å late vannet er et tap i seg selv. Dette medfører fysiske, psykiske og sosiale tap (Edmonds m.fl. 2007). Urinretensjon innvirker på friheten til hverdagslige aktiviteter som for eksempel å trene og kinobesøk. Tapet innebærer også muligheten til å være spontan.

Tap av roller innvirker på selvbildet og sosial samhandling og tilhørighet (Jfr pkt 3.9). En hver rolle innehar funksjoner med en tilknyttet verdi for en selv og andre mennesker rundt en. Edmonds m.fl. (2007) beskriver hvordan tap av mulighet til å fylle disse rollefunksjonene påvirker MS-rammede. Spesielt blir rollen som forelder, ektefelle og arbeidskollega trukket frem. I tillegg kan endrede rollefunksjoner og konsekvenser av urinretensjon og MS føre til opplevelsen av å være til byrde for ens nærmeste.

Som sykepleiere er det avgjørende å søke menneskets forståelse av de roller en innehar, deres funksjoner og betydning. For å kunne mestre endringer i forhold til egne

roller og rollenes funksjoner kan det være nødvendig å redefinere rollenes innhold. Et annet perspektiv sykepleier kan drøfte med MS–diagnostiserte er mulighet for å tiltre i nye roller som kan være substitutt for tapte roller eller sosiale funksjoner.

Likemannsarbeidet kan her trekkes inn i arbeidet med å bevare selvbildet, sosial tilhørighet og muligheter til å opprettholde selvrealisering (Jfr pkt 3.1). Individuelt tilrettelagte hjelpetiltak kan være med å redusere opplevelsen av å ligge andre mennesker til byrde. Utarbeidelse og gjennomføring av slike tiltak må baseres på den enkeltes opplevelse av sin situasjon. Individuell plan kan synliggjøre slike tiltak (Jfr pkt 3.13).

Benner og Wrubel mener sykepleiere skal ta utgangspunkt i den enkeltes subjektive situasjonsforståelse. Slik vi tolker Benner og Wrubel er det sykepleiens mål å hjelpe den enkelte til å leve med sin lidelse. Hva som er viktig og betydningsfullt for den enkelte må derfor bli førende for sykepleietiltakene. Konkrete mål for sykepleie i forhold til tap blir å redusere tapsopplevelsen og bidra til mestringsopplevelse. Det er viktig for både sykepleier og den MS–rammede å ha realistisk forventinger.

5.7 Informasjon er en kommunikativ utfordring

”Å gi god og tilstrekkelig informasjon er ofte den viktigste kommunikative utfordringen når det gjelder selve hendelsen eller sykdommen” (Eide og Eide 1996, s.109). Kommunikasjon forstår vi som et overordnet begrep (Jfr pkt 3.12). Det omfatter all formidling av holdninger som menneskesyn og etiske verdier. Videre omfatter det informasjon, veiledning og undervisning samt skriftlig materiale. I den tidlige fasen av en krise er evnen til å oppfatte, ta innover seg og forstå kommunikasjon redusert (Jfr pkt 3.6).

Thorne m.fl. (2004) og Lode m.fl. (2007) beskriver at mange mennesker opplever at de får for vag og generell informasjon og at sykepleier verner dem mot den fulle

sannheten. Dette samsvarer med vårt inntrykk under hospitering. Mangel på informasjon er brudd på pasientens rett til informasjon i henhold til § 3-2 i Pasientrettighetsloven (1999). Videre er sykepleier er pliktig til å "... sikre at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene" (ibid, § 3-5). For å kunne ivareta vedkommende må sykepleier ha evnen til å forutse kunnskap og informasjon pasienten kan ha behov for eller ønsker å vite (Thorne m.fl. 2004). Å verne den enkelte ved å tilbakeholde eller moderere informasjon er etter våres syn paternalistisk.

MS- diagnostisertes opplevelse av mangelfull informasjon kan skyldes flere faktorer. Vi stiller et spørsmål ved om vag og diffus informasjon ikke oppfattes som tilstrekkelig fordi den ikke oppleves relevant for den enkelte. Generell informasjon må formidles på en slik måte at den enkelte kjenner seg igjen. Under et kurs om vannlatingsproblemer var det flere som ga uttrykk for frustrasjon over å få motstridende informasjon. Dette gjaldt blant annet hvor mye væske de bør drikke i løpet av et døgn (Jfr pkt 3.3).

Mange mennesker har vansker for å sette ord på den usikkerheten og frykten som oppstår når man får diagnosen MS. Det kan også av ulike årsaker være vanskelig for den enkelte å begynne en samtale med sykepleier. I forhold til urinretensjon har vi nevnt det tabubelagte aspektet og at mange mangler de rette ordene (Jfr pkt 3.4 og 3.12). Almås (2001) beskriver hvordan mennesker ofte indirekte ved å bruke andre begrunnelser søker sykepleiers oppmerksomhet. Dette innebærer at sykepleier aktiv må søke å finne årsaken til menneskets søken etter kontakt. "Derfor kan det være nødvendig å lytte etter en annen mening enn det ordene rent bokstavelig talt uttrykker" (Almås 2001, s.16).

5.8 Mestring

Lode m.fl. (2007) viser til at følelsesmessige mestringsstrategier blir brukt i start av sykdomsforløp og ved forverringer. Problemfokuset mestring forutsetter at man ser en løsning og at situasjonen oppleves håndterbar og overkommelig. Lode m.fl. (2007)

fant at MS-diagnostisertes mestringsstrategier er relatert til kvaliteten på den informasjonen de fikk ved diagnosetidspunktet.

Mestring kan bidra til trygghet i forhold til egne evner og ressurser, som igjen kan gi økt livskvalitet. Kari Normann (2008) har et billedelig uttrykk som vi føler beskriver mestringsopplevelse: ”Å være som havet, ikke som bølgene”. Slik vi forstår dette uttrykket innebærer det å ha trygghet nok til ikke å la seg rive med av stress og kriser. Slike hendelser lager ”bølger” i ens liv men ikke så mye at en mister fotfeste.

Vi fant i løpet av arbeidet med oppgaven at enkelte teoretikere fremhever kjønnsperspektivet som relevant i forhold til mestring. Fraser og Polito (2007) skriver i sin artikkel at kvinner ser ut til å mestre MS og endringer bedre enn menn. Anderssen (2008) fant at menn på bakgrunn av sin tolkning av mansrollen overfører noe av ansvaret for sin helse og eventuelt sykdom på partner eller ektefelle. Vi fikk gjennom hospiteringspraksisen innsikt i flere av fagpersonenes egne erfaringer i forhold til kjønnsperspektivet. Dette bestod blant annet i en undring om menn opplever urinretensjon mer tabubelagt enn kvinner (Jfr pkt 3.11).

5.9 Sykepleieoppgaver i forhold til mestring

Vi har beskrevet viktigheten ved å korrigere feilaktige forstillinger om MS som kan skape unødig frykt og virke pasifiserende. Likemannsarbeid kan også bidra til å få et mer nyansert bilde på MS og synliggjøre ulike muligheter til mestring (Jfr pkt 3.1). Opphold på rehabiliteringssentre kan bidra til økt mestringssevne ved at man ser og lærer hvordan andre mestrer sin hverdag. På den andre siden kan dette også opprettholde frykten ved at man møter mennesker med langtkommen MS. Sykepleier har en viktig oppgave i denne sammenhengen med å få innsikt i den enkeltes virkelighetsforståelse i forhold til å ha MS. Som nevnt i pkt 5.7 er det avgjørende at den informasjonen vedkommende får er individuelt tilpasset og spesifisert ut i fra sykdomsbilde.

Verdiklargjøring og nyorientering i forhold til de konsekvensene MS har for et menneskets liv er viktig for at man skal mestre lidelsen (Jfr pkt 3.8). Dette innebærer at

sykepleier sammen med vedkommende reflekterer over hvilke verdier som er viktig i den enkeltes liv slik vi forstår Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005). Tiltak og mål må være realistiske i forhold til eventuelle funksjonshemminger, og bygge på disse verdiene.

Benner og Wrubel viser til viktigheten av å få innsikt i hva som er av verdi og opplevelse av helse for den enkelte. Disse verdiene legger føringer og rammer for hvilke mestringsstrategier som er relevante og hensiktsmessige. Mål for nyorientering innebærer at mennesket "... kan mestre sin livssituasjon på tross av sykdom, lidelse og tap" (Kristoffersen, Nortvedt og Skaug 2005, b.4, s.95). Nyorientering må omfatte at vedkommende aksepterer og lærer å leve med sykdommen. På et av kursene vi deltok på ble det understreket forskjellen mellom å prøve å bli frisk og det å prøve å ikke bli mer syk. Dette er slik vi forstår å rette fokus mot oppnåelige mål.

Sykepleie som fremmer mestring innebærer å gi den enkelte en aktiv rolle og medbestemmelse i egen situasjon slik vi forstår Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005). Dette innebærer at vi som sykepleiere kommuniserer tiltro til pasientens ressurser og mestringsevne. Utarbeidelse av individuell plan er en måte å legge til rette for medbestemmelse og autonomi (jfr pkt 3.1). Sykepleietiltakene bør verne om vedkommendes autonomi, slik at selvbildet blir positivt opprettholdt.

For å kunne innha en aktiv rolle og medbestemmelse mener vi det er avgjørende at den MS-rammede har et eget språk for å kunne beskrive egen opplevelse i henhold til Ashworth og Hagan (1993) Dette ble understøttet i hospiteringspraksis både gjennom samtale og i forbindelse med kurs og foredrag.

Kunnskap og ferdigheter må som nevnt tidligere være basert på realistiske forutsetninger. Kristoffersen, Nortvedt og Skaug (2005) understreker at kunnskap og opplæring i ferdigheter kan øke den enkeltes mestringsevne. Vi som sykepleiere kan styrke den enkeltes mestringsevne ved å tilrettelegge sykepleietiltak i forhold til ressurser og realistiske mål. Slik vi forstår Benner og Wrubel må sykepleier ha fokus på stress og mestring ut fra pasientens egen opplevelse knyttet til helse og sykdom.

Slik vi forstår Benner og Wrubels sykepleieteori ligger empowerment integrert i deres filosofi. Sykepleier bemyndiggjør den enkelte ved å søke å integrere den enkeltes

situasjonsforståelse med sykepleiekunnskap. I Benner og Wrubels teori mener vi at bemyndigelsen er å søke innsikt i den enkeltes fornemmelse av illness. Bemyndigelse er å se den lidende som aktiv samarbeidspartner og i fellesskap komme frem til hva som er relevante oppnåelige mål. Bemyndigelse kan bidra til å nå mål som er i samsvar med den enkeltes verdier.

For å kunne oppleve bemyndigelse og autonomi i forhold til egen situasjon er det avgjørende å bli sett som et menneske. Pasient er en rolle som gir juridiske rettigheter i forhold til blant annet helsevesenet. Vi mener ordet pasient mangler differensieringen som fremkommer tydeligere når mennesker ikke blir plassert i grupper som for eksempel MS-syke. En bevissthet i forhold til pasientrollen og mennesket som innehar den vil slik vi forstår det være i samsvar med Benner og Wrubels omsorgsteori. Pasientrollen er viktig fordi den definerer behov og vernes av lovverket.

Sykepleien må integrere illness og disease i henhold til Benner og Wrubel for å kunne gi faglig forsvarlig og helhetlig sykepleie slik vi forstår det. Sykepleiefokus må være rettet mot retensjonen og de fysiske og patologiske konsekvensene og pasientens subjektive opplevelse av tap og trusler fra å leve i overenstemmelse med egne verdier. Benner og Wrubel understreker at ”Å føle omsorg for pasienter og å involvere seg er i sykepleie et nødvendig aspekt for å kunne bidra til mestring og økt velvære” (ifølge Gjengedal og Hanestad 2007, s.53).

Sykepleiere kan fremme helsen hos den enkelte ved at vi er en del av situasjonen hos den som er rammet av MS. Å fremme helse innebærer å fokusere på menneskets ressurser og legge til rette for at disse kan tas i bruk for å mestre de utfordringer individet møter.

5.10 Tverrfaglig samarbeid

Multipel sklerose som lidelse og urinretensjon har en kompleksitet som vi mener fordrer tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig omsorg er å trekke inn fagkompetanse for å kunne gi den enkelte helhetlig oppfølging. Tverrfaglig arbeid forutsetter et felles språk

for å sikre god kommunikasjon og forståelse på tvers av fagfeltene slik Motta og Lopes de Carvalho (2008) har beskrevet i sin artikkel.

Vi har i vår hospiteringspraksis erfart viktigheten av det tverrfaglige samarbeidet rundt den MS-diagnostiserte. Vi har gjennom samtaler og forelesninger fått økt kunnskap om de ulike yrkesgruppens kompetanse. Vi ser yrkesgrupper som sykepleier, lege, fysioterapeut, sosionom, psykolog og ergoterapeut som viktige medlemmer i det tverrfaglige samarbeidet.

Vi mener individuell plan er et arbeidsredskap som kan sikre en kontinuerlig kvalitetssikring av sykepleien og det tverrfaglige samarbeidet (Jfr pkt 3.13). Som Sosial- og helsedirektoratet (2007) beskriver er planen ment å synliggjøre effekt og fremgang av tiltak.

For den MS-rammede er planen en oversikt over hvilke yrkesgrupper som er involvert og deres ansvarsområde. Planen skal beskrive hvert enkelt mål og hvordan målene skal oppnås. Slik sett kan en plan synliggjøre fremgang som kan bidra til økt mestringsopplevelse. En målsetning med individuell plan er å sikre at de ulike yrkesgruppene jobber i fellesskap mot felles mål. Vi mener at dette også bidrar til at de ulike faggruppene får økt innsikt i hverandres fagkompetanse og virkeområder.

Det at brukeren skal være med å utarbeide plan over egne mål mener vi er i tråd med Benner og Wrubels sykepleieteori. Når delmål og mål blir utarbeidet i samhandling med den enkeltes kunnskap og hva som er viktig for han eller hun kommuniseres tiltro til brukerens ressurser og muligheter. Slik mener vi at individuell plan kan brukes for å styrke mestringsevnen til den MS-rammede.

Vår erfaring fra hospitering er at sykepleiere ser individuell plan som et nyttig verktøy. Likevel er det en del mennesker med MS som ikke har fått utarbeidet en egen plan. Vi stiller oss undrende til om dette er på grunn av for lite kunnskap om bruk av individuell plan og dens muligheter. En annen årsak kan være at MS-diagnostiserte ikke er klar over deres rett til å få utarbeidet en plan, eller ikke ønsker en.

5.11 Likemannsarbeid

Likemannsarbeid fikk vi kjennskap til gjennom hospiteringen (Jfr pkt 3.1). Slik vi opplevde det hadde ”likemenn” en sterkere evne til å formidle kunnskap og innsikt i muligheter på tross av MS. Både vi og slik vi oppfattet brukerne oppleves ”likemenn” som mer troverdige og relevante for den enkelte. I tillegg møtte vi flere fagpersoner som selv var rammet av MS eller en lidelse med lignende utfall. Dette blir slik vi ser det en integrering av likemannsarbeid i den faglige kompetansen som kan ha en sterkere formidlingsevne.

Foredragene vi var til stede på omfattet personlige erfaringer om opplevelsen av å være rammet av MS og hvordan de mestret utfordringer. Helt konkret gikk dette ut på tips til tiltak og hjelpemidler. Selv fortalte de som drev med likemannsarbeid at MS – rammede ”tåler” å bli utfordret i større grad av ”likemenn” enn fagpersoner uten egen MS-erfaring.

Vi var også med på et kurs om MS-relaterte vannlatingsproblemer hvor kursleder la til rette for at deltakerne kunne virke som likemenn for hverandre. Det ble utvekslet erfaringer om hvordan funksjonsforstyrrelsen påvirker og styrer aktiviteter og sosiale relasjoner. Denne formen for samhandling opplevde vi som en bemyndiggjørelse av deltakerne ved å tro på deres erfaringer og vise at de kan være rollemodeller for andre.

Som sykepleiere ser vi verdien i å bruke likemannsarbeid som et ledd i å styrke den enkeltes ressurser og mestringsevne. Dette kan gjøres ved å henvende MS-rammede til interesseorganisasjoner og foreninger samt rehabiliteringssentre. Flere rehabiliteringssentre tilbyr tilrettelagte opphold for MS-diagnostiserte. MS forbundet jobber aktivt med likemannsarbeid blant sine medlemmer. De holder kurs for mennesker som ønsker å ta del i dette arbeidet. Likemannsarbeid kan bidra til økt selvtillit, skape et nettverk og se nye muligheter. Et faglig samarbeid mellom sykepleier og likemenn kan gi økt kunnskap for sykepleier om de erfaringer de MS-rammede har. Vi tenker at likemenn kanskje kan være en kanal som kan formidle behov sykdomsrammede ikke opplever blir ivaretatt eller tilstrekkelige lagt vekt på.

6. Konklusjon

Vi har fokusert på MS-diagnostisertes opplevelse av egen situasjon i tråd med Benner og Wrubels sykepleieteori. Formålet med denne oppgaven er å opparbeide mer kunnskap om mestring og på hvilken måte man som sykepleier kan legge til rette for mestring av urinretensjon.

Vi har beskrevet det vi mener er relevant teori i forhold til problemstillingen. Metoden vi har benyttet er et litteraturstudie. De fenomenologiske artiklene ble valgt for å få økt innsikt i hvordan det kan oppleves å ha urinretensjon og hvilke behov MS-rammede vektlegger i forhold til helsevesenet og sykepleiere spesielt.

For å kunne få kunnskap om menneskets situasjonsforståelse og – opplevelse er det viktig at sykepleier hjelper vedkommende til å eie et språk som kan beskrive egen opplevelse. Forutsetningen for å skape god kommunikasjon er et forståelig språk. Felles språk på tvers av faggruppene og innsikt i de ulike yrkesgruppers virkeområde ser vi som en forutsetning for å kunne ivareta den MS-rammede.

Tabu er et viktig begrep som påvirker menneskers handlinger, følelser og selvbilde. Urinretensjon er en lidelse som omfatter en rekke tabuer som både sykepleier og den rammede er påvirket av. Et avklart forhold til egne tabuer mener vi er avgjørende for å kunne skape den tryggheten som er nødvendig for at den enkelte kan formidle sin situasjonsopplevelse. Vi tror at tabuer er en integrert del av menneske som fordrer at sykepleiere opprettholder en reflekterende og bevisst holdning til egne tabuer.

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har vi forsøkt å belyse den overordnede og styrende rollen kommunikasjon har for sykepleier i samhandling med den MS-diagnostiserte. Vi mener at noe av det viktigste en sykepleier kan formidle er tro på vedkommendes ressurser og evner. Dette kan gjøres ved å invitere den enkelte med som en aktiv samarbeidspartner i egen situasjon.

Aksept for situasjonen og nyorientering er avgjørende for å kunne mestre eget liv med urinretensjon som en følge av sykdommen MS. Målet for sykepleietiltakene er ikke helbredende, men å verne om og støtte kroppslige funksjoner og det helhetlige menneske.

Mestring er ikke bare å løse utfordringer men innebærer å se muligheter. Man kan velge å se hvert hjelpemiddel som et nederlag og symbol på at det går nedover i sykdomsforløpet, eller at de er muligheter til opprettholdelse av egen frihet og selvstendighet til tross for at man har MS.

Vi har i denne oppgaven forsøkt å synliggjøre på hvilken måte sykepleier kan bidra til mestring av MS-relatert urinretensjon. Sykepleien tar utgangspunkt i den enkeltes situasjonsopplevelse. Evaluering av måloppnåelse må nødvendigvis også være basert på den enkeltes mestringsopplevelse.

7. Etterord

Multipel sklerose er en komplisert lidelse vi hadde begrenset kunnskap om. Den kan påvirke alle aspektene ved et menneskes liv. Dette gjorde det veldig vanskelig å foreta begrensinger og finne en problemstilling som var snever nok. Valg av tema var et ønske om mer innsikt i hvordan det kan oppleves å ha en kronisk lidelse. Som tidligere nevnt er rundt 1 million mennesker i Norge rammet av en eller annen form for kronisk lidelse. Selv om vi har fokusert på MS og urinretensjon mener vi at kunnskapen vi har fått innsikt i kan benyttes ved mange sykepleiesammenhenger.

Proessen med å skrive denne oppgaven begynte i midten av mars. Vi startet med en gjennomgang av pensumlitteraturen. Første hospiteringspraksisen synliggjorde våre mangelfulle kunnskaper om urinretensjon. Dette resulterte i at vi endret vinkling på oppgaven og slet med å komme frem til en endelig problemstilling. Etter et par veiledningssamtaler kom vi endelig ned i ”trakten” og fikk utarbeidet en endelig problemstilling.

Problemstillingen la føringer for den videre prosessen med å velge litteratur. En god og detaljert disposisjon synliggjorde de store linjene i oppgaven. Vi leste mye teori før vi startet skriveprosessen. Teorikapittelet var en utfordring. Begrep som kriser og stress fremstod uklart og vi slet med å unngå drøfting i teoridelen. Teorikapitelet tok lang tid og gjorde at vi ble usikre på disponeringen av tiden.

Den lange tiden vi brukte gjorde at teorien ble velkjent og gjennomarbeidet. Dette håper vi kommer til uttrykk i drøftingsdelen. Hospiteringspraksisen har bidratt til å levendegjøre teorien og bidratt med mye av sine erfaringer.

Vi har tilegnet oss mye kunnskap som vi kan ha stor nytte av når vi begynner å praktisere sykepleie.

Vi ønsker å takke hospiteringsstedene for deres imøtekommelse. Vi er imponert over hvordan de ulike stedene har tilrettelagt vår hospitering. I tillegg er vi dypt takknemmelige ovenfor kursdeltakerne som på forhånd hadde gitt sitt samtykke til vår deltakelse. Vi sitter tilbake med uvurderlig kunnskap etter praksisen.

Vi vil takke Rakel for støtte og hjelp under arbeidet med oppgaven.

Takk til veileder Kari som har vært lett tilgjengelig og bidratt med konstruktive tilbakemeldinger under prosessen.

Vi ønsker til slutt å takke hverandre for alle timene på skolen og tekstmeldingene vi har delt. Det har vært mange refleksjoner, men samarbeidet har vært utrolig bra hele veien.

8. Litteraturliste

Selvvalgt litteratur er merket med *. Vi har valgt å plassere elektroniske kilder som eget avsnitt til slutt i litteraturlisten.

Almås, Hallbjørg (red) (2001). *Klinisk sykepleie, bind 1 og 2*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Anderssen, Jori (2008). Mannen som motstridende pasient. Tjora, Aksel (red).I: *Den moderne pasienten*. s. 173 – 191. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Eide, Hilde og Tom Eide (1996). *Kommunikasjon i relasjoner*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Engelsrud, Gunn (2006). *Hva er kropp*. Oslo: Universitetsforlaget.

*Garsjø, Olav (2008). *Institusjonssosiologi – perspektiver på helse- og omsorgsinstitusjoner*. 2. utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Gjengedal, Eva og Berit Rokne Hanestad (red) (2007). *Å leve med kronisk sykdom*. 2.utg. Oslo: Cappelens Forlag AS.

*Helsedirektoratet (2008). *Skapes helse, skapes velstand – helsesystemets rolle I det norske samfunnet*. Oslo:

Hummelvoll, J. K. (2004). *Helt – ikke stykkevis og delt*. 6.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Håkonsen, K. M. (2006). *Innføring i psykologi*. 3.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kristoffersen, N. J., F. Nortvedt og E. A. Skaug (red) (2005). *Grunnleggende sykepleie, bind 1 -4*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.

*Kunnskapsforlaget (2004). *Norsk ordbok*, 1.utg. Oslo: Kunnskapsforlaget.

- *Kåss, Erik (1998). Medisinsk ordbok. 5.utgave. Oslo: Kunnskapsforlaget.
- *Norsk Sykepleieforbund (2007). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Oslo.
- *Reinar, Liv Merete (2007). Å vurdere kunnskap. I: *Sykepleien forskning*, 2007, nr 02. Oslo.
- *Schei, Berit og Leiv S. Bakketeig (red) (2007). *Kvinner lider – menn dør*. 1.utg. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Sosial- og helsedirektoratet (2007). *Individuell plan 2007, Veileder til forskrifter om individuell plan*. Oslo.
- *Statens Helsetilsyn (2000). *Veileder i rehabilitering av mennesker med progredierende nevrologiske sykdommer*. Oslo.
- Stang, Ingunn (2003). Bemyndigelse, en innføring i begrepet og ”empowerment - tenkningens” relevans i velferdsstaten. I: *Kompendium, studieenhet 3, kull 06HBSPLH, studieåret 2008/2009*. Gjøvik: Høgskolen i Gjøvik.

Elektroniske kilder:

- Akribe AS (2009). Opplæring i ren intemitterende selvkateterisering (RIK) – kvinne og jente [online]. I: *PPS, Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten*. URL: <http://home.ppsnett.no/visProsedyre.aspx?pn=47&mn=1> 14.04.2010
- *Ashworth P. og M. Hagan (1993). The meaning of incontinence: a qualitative study of non-geriatric urinary incontinence sufferers [online]. I: *Journal of Advanced Nursing*. 18(9), s. p1415-1423. URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdf?vid=4&hid=102&sid=a003e5d5-9693-4a46-91fa-880ee359df6a%40sessionmgr111> 01.04.2010
- *Edmonds, Polly m.fl. (2007). Loss and change: experiences of people severely affected by multiple sclerosis [online]. I: *Palliative Medicine*, 21(2), s.101-7. URL: <http://proquest.umi.com.proxy.helsebiblioteket.no/pqdlink?index=2&did=1273280571>

[&SrchMode=1&sid=2&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1272055414&clientId=85426](#) 01.04.2010

*Fraser, Cira og Sue Polito (2007). A Comparative Study of Self-Efficacy in Men and Women with Multiple Sclerosis [online]. I: *Journal of Neuroscience Nursing*. 39 (2), s. 102 – 106. URL: <http://proquest.umi.com/pqdlink?index=2&did=1255392231&SrchMode=3&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1270114157&clientId=85426&aid=3> 01.04.10

Helsepersonelloven (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* [online]. URL: <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990702-064.html> 13.04.2010

*Henze, T. (2004). Managing Specific Symptoms in People with Multiple Sclerosis [online]. I: *The International MS Journal*. 12, s. 60–68 URL: <http://www.msforum.net/journal/download/20051260.pdf> 01.04.2010.

*Høgskolen i Gjøvik (2009). Etiske retningslinjer for studentoppgaver pkt 4 [online]. I: *Retningslinjer for oppgaveskriving*. URL: http://www.hig.no/biblioteket/oppaveskriving/retningslinjer_hos#4.0 01.05.2010

*Lode, K. M.fl. (2007). Pasient information and coping styles in mutiple sclerosis [online]. I: *Multiple Sclerosis*. (13), s. 792 - 799. URL: <http://msj.sagepub.com/cgi/content/abstract/13/6/792> 23.04.2010

*Merck Serono (2007). Likemannsarbeid [online]. I: *MSsiden.no*. URL: <http://www.mssiden.no/nyheter/likemannsarbeid.html> 23.04.2010

*Merck Serono (2007). Den norske sykepleiehåndboken for MS [online]. I: *MSsiden.no*. URL: <http://www.mssiden.no/files/sykepleiemanual.pdf> 13.04.2010

*Motta, Roberta og Maria Laura Lopes de Carvelho (2008). Management of bladder dysfunction in multiple sclerosis patients: the nurse's point of view. I: *Neurological Sciences*. 29, s. 356 - 359. URL: <http://proquest.umi.com.proxy.helsebiblioteket.no/pqdlink?index=0&did=1614201631>

[&SrchMode=1&sid=1&Fmt=6&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1272816669&clientId=85426](#) 01.04.2010

*Normann, Kari (2008). Å være som havet, ikke som bølgene [online]. I: *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 45, nr 8 2008 URL: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=64130&a=5 28.03.2010

*Norsk Sykepleierforbund (2005). Nasjonale retningslinjer for helsepersonell ved bruk av Intermitterende Kateterisering – IK [online]. I: *Sykepleierforbundet*. URL: <https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/183030/Retningslinjer-utforming%20endelig%20utkast%20september%202005.pdfOslo>. 02.05.2010

Pasientrettighetsloven (1999). *Lov om pasientrettigheter* [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html> 06.04.2010

*Statistisk sentralbyrå (2007). *Liste over 20 viktige kroniske sykdommer i allmennpraksis* [online]. URL: <http://www.ssb.no/samfunnsspeilet/utg/200703/05/tab-2007-06-19-04.html> 21.04.2010

*Thorne, Sally m.fl. (2004). Health care communication issues in Multiple sclerosis: An Interpretive Description [online]. I: *Qualitative Health Research*. (14), s. 5 -22. URL: <http://qhr.sagepub.com/cgi/reprint/14/1/5?ijkey=fc2f8dc31d171a05cc6c23eb504bddd1f0fc2033> 01.04.2010