



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum

Avdeling for folkehelse

Bacheloroppgave i sykepleie

”Hva vil skje videre?”

”What will happen next?”

Sykepleie til barn med nyoppdaget diabetes type 1

Helene Andersen Engevik og Tina Engebråten

Antall ord: 13 691

Veileder: Anne Grethe Kydland

BASY 2012, kull 124

23.03.2015 – 22.05.2015

Emnekode: 4BACH

Samtykker til utlån hos høgskolebiblioteket

JA NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage

JA NEI

Sammendrag

Tema: Sykepleie til barn med nyoppdaget diabetes type 1/*Nursing of children with newly diagnosed type 1 diabetes.*

Formål: Vi vil presentere hvordan vi kan yte god sykepleie i løpet av første sykehusinnleggelse etter nyoppdaget diabetes type 1. Vi vil presentere hva som er viktig å fokusere på i forhold til kunnskapsformidling, opplæring og individuell tilrettelegging, gjennom planlegging, veiledning, utøvelse og evaluering.

Problemstilling: Hvordan yte god sykepleie til barn på sykehus med nyoppdaget diabetes type 1?

Metode: Vi har anvendt et kvalitativt litteraturstudie ved å innhente kunnskap fra pensumlitteratur og selvvalgt litteratur. Vi presenterer forskning av nyere dato på bakgrunn av kvalitetssikring, og prioritert forskningslitteratur av forfattere med helsefaglig bakgrunn.

Resultat og konklusjon: Basert på sykepleieteori, lovverk, yrkesetikk, forskning og litteratur konkluderer vi med at god sykepleie innebærer omsorg, tilrettelegging og respekt for enkeltindivider, og kompensering for manglende egenomsorgskapasitet. Barn skal inkluderes i egen behandling så langt det lar seg gjøre basert på god veiledning og undervisning. Dette krever gode relasjoner mellom pasient og sykepleier, og er avgjørende for at barnet skal mestre behandlingen av sin diabetes.

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	2
1.0 Innledning	5
1.1 Bakgrunn, tema og problemstilling	5
1.1.1 Problemstilling	6
1.2 Avgrensning	6
1.3 Oppgavens oppbygging	6
1.4 Case	7
2.0 Metode	8
2.1 Kildekritikk	8
2.2 Artikkel- og litteratursøk	9
3.0 Teoridel	12
3.1 Diabetes Mellitus	12
3.1.1 Diabetes mellitus type 1	12
3.1.2 Diabetiske komplikasjoner	13
3.1.3 Behandling av barn med diabetes type 1	14
3.1.4 Medikamentell behandling	14
3.1.5 Kosthold og fysisk aktivitet	15
3.1.6 Spesielle utfordringer tilknyttet behandling av barn	16
3.2 Barns utvikling	17
3.2.1 Barn i alderen 7-12 år	17
4.0 Hva er god sykepleie?	19
4.1 Sykepleieteoretikeren Dorothea Elisabeth Orem	19
4.2 Sykepleierens pedagogiske og veiledende funksjon	22
4.3 Lovverk og sykepleiens yrkesetiske retningslinjer	23
4.3.1 Sykepleiens yrkesetiske retningslinjer	24
4.3.2 Helsepersonelloven	24
4.3.3 Pasientrettighetsloven og forskrift om barns opphold i helseinstitusjon	24
4.4 Sykepleie til barn	25
4.4.1 Tillitsoppnåelse og kommunikasjon med barn	26
5.0 Drøftingsdel	28
5.1 Planleggingsprosessen	28

5.2 Veiledning og utøvelse	32
5.3 Evalueringsprosessen	37
6.0 Konklusjon	41
7.0 Litteraturliste	43

Vedlegg 1: PICO-skjema

1.0 Innledning

I dag har omtrent 28 000 mennesker i Norge diabetes type 1. Hvert år får rundt 300 barn under femten år i Norge denne diagnosen. Dette tallet viser seg å øke og derfor ønsker vi å innhente kunnskap om hva god sykepleie til denne pasientgruppen innebærer (Diabetesforbundet, 2015). Sykepleiere har en sentral rolle innen opplæring og undervisning av barn med nyoppdaget diabetes type 1, og vi velger å fokusere på sentrale sykepleieoppgaver i løpet av første sykehusinnleggelse.

Det er vanlig at barn er innlagt på sykehusets barneavdeling i et par uker fra de får diagnosen, og denne tiden skal benyttes til opplæring og undervisning av barnet og omsorgspersonene. Dette innebærer blant annet opplæring i bruk av insulin, blodsukkerapparat og om sykdommen. Det varierer hvorvidt et barn er i stand til å forstå og ta ansvar for egen sykdom, blant annet avhengig av alder, utvikling, interesser og tidligere erfaring. Foreldrenes kunnskap og erfaring varierer også individuelt, i tillegg til at den aktuelle situasjonen kan oppleves som skremmende. Opplæring av pårørende er et omfattende tema i seg selv, så på grunn av oppgavens begrensning vil vi ikke utdype dette mer enn nødvendig. Vi velger å ta for oss sykepleie til en gutt på ti år og legge sykepleien til rette for den aldersgruppen han tilhører (Grønseth & Markestad, 2011).

1.1 Bakgrunn, tema og problemstilling

Det er flere årsaker til at vi velger dette temaet. På grunn av den økende andelen av barn med nyoppdaget diabetes type 1 er dette svært aktuelt innenfor sykepleieyrket, i tillegg til at vi opplever manglende kunnskap om behandling av barn og ønsker å forbedre oss. Når det gjelder det private har vi personlig erfaring ettersom én av oss har diabetes type 1 og denne erfaringen har bidratt til valg av tema på bakgrunn av det diabetikeren har opplevd som mangelfull oppfølging og behandling, men også positive opplevelser innenfor helseomsorgen. Én av oss var i praksis på medisinsk sengepost og det ble gitt rapport om en pasient i tjueårene med nyoppdaget diabetes type 1, som skulle ha opplæring i administrering av insulin og blodsukkermålinger. Sykepleierstudenten følte at dette var utenfor kompetanseområdet og ønsket derfor ikke ansvar for rommet pasienten var innlagt på. Blant annet følte studenten seg usikker på hva informasjonen skulle innebære i tillegg til at erfaringen med yngre pasienter og diabetes type 1 var begrenset. Det er stor sannsynlighet for at vi vil møte liknende situasjoner som autoriserte sykepleiere og vi ønsker ikke bare å bli

tryggere for vår egen del, men først og fremst for pasientene. Vi har valgt sykepleieteoretikeren Dorothea Elisabeth Orems teorier om egenomsorg som er vesentlig i forhold til å ivareta egen helse ved diabetes type 1.

Av hensyn til helsepersonelloven §21 om taushetsplikt velger vi å jobbe ut ifra et oppdiktet case (Brinchmann, 2008). Pasienten og situasjonen er oppdiktet, men den er allikevel aktuell ettersom vi har vært involvert i tilsvarende situasjoner.

1.1.1 Problemstilling

Hvordan yte god sykepleie til barn på sykehus med nyoppdaget diabetes type 1?

1.2 Avgrensning

I forbindelse med behandling og oppfølging av diabetespasienter finnes det spesialister i form av diabetessykepleiere og –leger, men i denne oppgaven kommer vi ikke til å trekke frem deres arbeidsoppgaver. Vi omtaler oss selv som sykepleiere uten videreutdanning, så vi vil ta utgangspunkt i sykepleieroppgaver som gjelder oss. Opplæringen skal foregå på sykehusets barneavdeling ved første innleggelse etter nyoppdaget diabetes type 1. Det er individuelle variasjoner i forhold til lengde på sykehusopphold, barns modenhet, læringsevne og –vilje, så vi velger å jobbe ut ifra et oppdiktet case. Dette gjør at vi har en konkret situasjon å ta stilling til samtidig som vi respekterer taushetsplikten. I forhold til opplæring av pasient og pårørende vil vi trekke frem det vi anser som mest relevant ved hjelp av god informasjon og administrering av medikamentelt utstyr. Vi velger å fokusere på insulinbehandling ved bruk av insulinpenn fremfor insulinpumpe, men vil nevne noe om insulinpumpens funksjon. Vi vil se nærmere på hvordan opplæringen bør tilpasses aldersgruppen 7-12 år. Vi skal drøfte hvordan vi kan gi god sykepleie under sykehusoppholdet, så tiden utenfor sykehuset tas ikke i betraktning. Ettersom det er lovpålagt at foreldrene involveres og er tilstede under sykehusoppholdet kan vi ikke utelukke pårørende, men barnet står i fokus (Lovdata, 2014). Vi forholder oss til én sykepleieteoretiker, samt litteratur og forskning når vi skal drøfte oss frem til en konklusjon på problemstillingen. Problemstillingens sentrale begreper vil tas opp videre i oppgavens teoridel.

1.3 Oppgavens oppbygging

Oppgaven deles inn i fem hoveddeler; innledning, metode, teori, sykepleieteori, drøfting og konklusjon. I metodedelen presenterer vi hvilken fremgangsmåte vi har anvendt for å finne

aktuell litteratur og forskning i forhold til vår problemstilling. Dette er en litteraturstudie, som ifølge Olav Dalland betyr at oppgavens innhold skal baseres på kunnskap fra bøker og forskningslitteratur (Dalland, 2007). I metodekapittelet beskriver vi hvordan vi har utført kildekritiske litteratursøk og –vurderinger. I teoridelen presenterer vi temaene vi anser som relevante i forhold til problemstillingen og drøftingen av den. Vi har valgt sykepleieteoretikeren Dorothea Elisabeth Orem og vektlegger hennes modell som skal ivareta pasientens egenomsorg. Drøftingsdelen inndeles etter Orems behandlingsteorier om å planlegge, veilede, utøve og evaluere. Dette skal presentere hvordan vi velger å legge opp behandling, undervisning og omsorg for pasient og pårørende. Til slutt vil vi presentere vår konklusjon på problemstillingen.

1.4 Case

Vi er to sykepleiere som jobber på barneavdelingen på medisinsk sengepost. Under morgenrapporten får vi beskjed om at avdelingen venter en ti år gammel gutt med navn Martin. Han har nyoppdaget diabetes type 1 og er innlagt på intensivavdelingen med ketoacidose. Han skal overflyttes til barneavdelingen for videre oppfølging og opplæring. Det blir bestemt at vi skal ha hovedansvaret for pasienten og hans pårørende den tiden han er innlagt på sykehuset. Dette ansvaret innebærer blant annet å gi tilrettelagt informasjon og individuell oppfølging, samt lærdom om administrering av insulininjeksjoner og blodsuktermålinger. Vi leser i dokumentene at Martin er tidligere frisk, og at hverdagens gleder er å gå på skolen og spille fotball, men at han den siste tiden ikke har orket fysisk aktivitet eller skole på grunn av tørste og utmattelse.

2.0 Metode

Metode er en fremgangsmåte som anvendes for å oppnå og etterprøve kunnskap, reflektere over aktuelle forsknings- og litteraturstudier, og komme frem til løsninger på problemstillinger (Dalland, 2007). Vi anvender en metode for å innhente nødvendig informasjon og teori om vår problemstilling, som kan være til hjelp for å komme frem til en reell konklusjon. Bruk av metoden gjør oss mer bevisst på hvilken informasjon som kreves for å drøfte problemstillingen helhetlig. I forhold til vår problemstilling er det viktig med kunnskap om tilrettelegging for barn i tillegg til kunnskap om diabetes mellitus type 1. Ved å bygge opp oppgaven med en teoridel og en drøftingsdel har den struktur og sammenheng. Teorien belyser aktuelle temaer, prinsipper og lovdata vi vil bruke til argumentasjon i drøftingsdelen. Det skilles mellom kvantitative og kvalitative metoder, der det kvantitative fremstiller informasjonen med tall, mens det kvalitative fremstiller informasjon som ikke kan tallfestes. Vi prioriterer kvalitativt ettersom det kan gi oss informasjon om enkeltpersoners tanker, opplevelser og erfaringer (Dalland, 2007).

2.1 Kildekritikk

Kildekritikk omhandler å finne ut om kilder er troverdige eller ikke, og relevans i forhold til aktuelt tema og problemstilling (Dalland, 2007). Når det gjelder søk etter litteratur og forskning har det vært viktig med avgrensning og spesifisering ettersom diabetes mellitus er et tema det forskes mye på, i tillegg til at det finnes flere typer av denne sykdommen. Ettersom vår problemstilling omhandler barn med nyopptaget diabetes type 1 har nettopp disse søkeordene blitt brukt hyppig. I søk etter forskning om opplæring om administrering av insulinpenner og blodsukkerapparat har det vært viktig å bruke søkeord som barn og opplæring, ettersom det er stor forskjell på opplæring av barn og voksne.

Vi har søkt etter fag- og forskningsartikler på internett og ettersom det finnes mye feilaktig useriøs informasjon på internett har vi kun søkt gjennom høgskolens godkjente databaser. Vi har valgt søkeord ut ifra problemstillingen vår og stilt kritiske spørsmål ved funn av artikler. Vi har anvendt PICO-skjemaet underveis i søkingen for å konkretisere hva vi ønsker at artiklene skal inneholde. PICO inneholder fire bokstaver som er forkortelser for ord og begreper; P: patient,/problem, I: intervention, C: comparison, O: outcome (se vedlegg 1). For å sikre at teorien og forskningen er troverdig har vi vært nøye i forhold til at artiklene har blitt publisert i løpet av siste tiår og at forskningen er nylig oppdatert. Vi har sammenlignet

selvvalgt litteratur og pensum for å se om de bekrefter hverandres teori. Vi har stilt spørsmål om hvorfor artiklene er relevante, om de har med sykepleie å gjøre, om de er kvalitative eller kvantitative, om språket er godt og forståelig, om de er fagfellevurdert og hvordan de kan anvendes under drøftingen. Fagfellevurdering innebærer at artiklene er kritisk vurdert av relevante fagpersoner (Dalland, 2012).

2.2 Artikkel- og litteratursøk

De yrkesetiske retningslinjene sier at sykepleiens grunnlag ligger i å arbeide forskningsbasert, noe som krever regelmessige oppdateringer innen nyere forskning, utvikling og dokumentert praksis (Norsk sykepleierforbund, 2011). Vi har søkt oss frem til fire artikler vi mener er aktuelle for vårt tema og problemstilling. Artiklene er av nyere dato og tar for seg viktig kunnskap vi kan anvende i sykepleierarbeidet. Vi presenterer forskningsartiklenes funn generelt med noen eksempler i metodedelen, og tar for oss mer konkrete funn i drøftingen etter hvert som de anvendes.

Vi søkte i databasen Cinahl med søkeordene children + type 1 diabetes + training in hospital. Vi avgrenset tidsrammen til 2001 – 2014. Dette ga 28 treff og vi valgte den engelskspråklige artikkelen *In-hospital survival skills training for type 1 diabetes: perceptions of children and parents*. Det er en kvalitativ forskningsartikkel som tar for seg et studie utført av professor Cynthia A. Schmidt ved Illinois University. Artikkelen forteller om opplæring av tjue barn mellom åtte og femten år med diabetes type 1 og hva de må kjenne til om akutte komplikasjoner som ketoacidose, samt helsefremmende behandlingsmetoder. Vi velger å fokusere på forskningens funn om barns opplevelser i forbindelse med sykehusinnleggelsen etter nyoppdaget diabetes type 1. Artikkelen trekker frem viktigheten av mestrings- og trygghetsfølelse hos barn basert på demonstrering av behandlingsutstyr og tilrettelegging. Det presenteres funn som sier at opplevelser av sykehusinnleggelsen og –oppholdet var stressende og ubehagelig. To barn på elleve år forteller at de stadig vekker ble forstyrret om nettene uten å forstå hvorfor, at de ikke hadde oversikt over hva som foregikk rundt dem, og at prosedyrer som blodprøvetaking og intravenøs væskebehandling var ubehagelig. De fryktet at den slags ville bli en del av hverdagen etter endt sykehusopphold (Schmidt, Bernaix, Chiappetta, Carroll, & Beland, 2012).

Artikkelen *Children as young as 4 years of age with type 1 diabetes showed understanding and competence in managing their condition* tar for seg en forskningsstudie utført på

klinikker i Storbritannia. Denne artikkelen er engelskspråklig og publisert på helsebiblioteket.no. Gjennom søk i forskningsarkivet på sykepleien.no kom vi først over en oppsummert norsk versjon av originalartikkelen. Vi anvendte da søkeordene barn + diabetes type 1. Ettersom vi ønsket originalartikkelen søkte vi gjennom Google Scholar med forfattere av den oppsummerte artikkelen som søkeord; Alderson, P., Sutcliffe, K., Curtis, K. Dette ga 250 treff og vi fant originalen innen kort tid. Vi kontrollerte at begge artiklene inneholder samme studie, metode, forfattere og funn. Artikkelen omhandler en kvalitativ forskningsstudie som har tatt for seg femten barn med diabetes type 1 i alderen tre til tolv år, der hensikten var å finne ut om barn i disse aldersgruppene kan klare å håndtere sin diabetesomsorg. Det ble stilt spørsmål om når i utviklingen barn kan ta til seg informasjon om håndtering av sykdommen, og hvilken hensikt det kan ha å lytte til og respektere barns meninger. Barna ble spurt om hvordan de opplever å leve med diabetes type 1, ambisjoner for fremtiden og hvilke råd de vil gi til andre barn med diabetes type 1. Vi velger å anvende relevante funn om at barn så unge som fire år viste forståelse og kompetanse for behandling av diabetes type 1. Flere av barna i studien viste individuell forståelse ved å forklare hvordan blodsuktermålinger utføres, hvilke blodsukkerverdier som anses som normale, insulinets funksjon og sammenhengen mellom karbohydrater og blodsukkerverdier. Vi vil vektlegge barnas hovedmål om å ”leve et liv” og ”være normal” (Alderson, Sutcliffe & Curtis, 2006).

Artikkelen *Children's experiences of hospitalization* er engelskspråklig og tar for seg en forskningsstudie utført ved *School of nursing* ved *Dublin City University* i Irland. Gjennom databasen PubMed brukte vi søkeordene children + experiences + hospitalization med avgrenset tidsperiode 2005 – 2015 og fikk 288 treff. Denne artikkelen forteller om elleve barn mellom sju og fjorten år fra fire ulike pediatrike avdelinger i England, og deres erfaringer med sykehusinnleggelse. Bekymringer som separasjon fra foreldrene, ubehagelige behandlingsformer og mangel på selvbestemmelse presenteres. Artikkelen presenterer funn som tilsier at barn i studien bekymret seg over smerte og ubehag i forbindelse med insulininjeksjoner og blodprøver. Viktigheten av tilrettelagt og tilstrekkelig informasjon, prioritering av barns behov og et barnetilpasset miljø med fokus på stressreduksjon fremheves (Coyne, 2006).

Med søkeordene children + type 1 diabetes + training in hospital i databasen Cinahl og begrensning tidsrammen til 2006 – 2015 fikk vi 9 treff. Vi valgte den engelskspråklige artikkelen *Perceptions of patient education during hospital visit – described by school-age children with*

a chronic illness and their parents. Denne omhandler en forskningsstudie utført i Finland blant tolv barn mellom fem og tolv, som lever med kronisk sykdom. Artikkelen fremhever funn innen god pasientopplæring og inkludering av omsorgspersoner. Sykepleierens pedagogiske funksjon og kompetanse til å viderebringe kunnskap om aktuelle kroniske sykdommer står sentralt. Ifølge artikkelen innebærer dette å viderebringe kunnskap om diabetes type 1 og behandling av dette. Det gjelder å tilrettelegge opplæringen etter barn og pårørendes kunnskapsnivå og erfaring. For å viderebringe kunnskap kreves respekt, omsorg, utfordringer og organisering. Under behandling av diabetes type 1 inngår blant annet regelmessige blodsuktermålinger i god organisering (Kelo, Eriksson & Eriksson, 2013).

3.0 Teoridel

I teoridelen presenterer vi temaer som er aktuelle for problemstillingen. Disse temaene er diabetes mellitus og behandling, sykepleie til barn, barns utvikling og sykepleierens pedagogiske funksjon. Vi presenterer også sykepleieteori, aktuelt lovverk og yrkesetiske retningslinjer.

3.1 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus er en kronisk stoffskiftesykdom der glukosekonsentrasjonen i blodet, eller blodsukkeret, er kronisk forhøyet, som vil si over 6,1 mmol/l i kapillærblod eller over 7,0 mmol/l i venøst serum eller plasma. Dette gjelder når personen er fastende, men diagnosen kan også stilles ved at blodglukosen er over 11,1 mmol/l to timer etter at personen har inntatt 75 g glukose og ved påvisning av glukose i urinen. Ved forhøyet glukosekonsentrasjon i blodet heter det på fagspråket hyperglykemi. Diabetes mellitus forårsakes av manglende eller nedsatt insulinproduksjon, eventuelt i kombinasjon med redusert insulinfølsomhet. Det skilles mellom diabetes type 1, diabetes type 2, svangerskapsdiabetes og spesielle diabetestyper, der type 1 og type 2 er de vanligste. Diabetes type 1 kalles insulinavhengig diabetes. Dette er en autoimmun sykdom som forårsakes av at det dannes antistoffer som angriper de insulinproduserende cellene i bukspyttkjertelen. Vi vil forklare diabetes type 1 mer nøyaktig senere. Diabetes type 2 kjennetegnes ved insulinresistens, som vil si at insulinets virkning er redusert. Glukosen i blodet tas ikke like effektivt opp i muskel- og fettvev som hos friske. Ved behandling av diabetes mellitus er det ønskelig å oppnå en HbA1c mellom 7 og 7,5 %, fastende blodsukkerverdier mellom 4 og 7 mmol/l, og under 10 mmol/l to timer etter et måltid. HbA1c står for glykosylert hemoglobin og definerer langtidsblodsukkeret de siste 6 – 8 ukene. Glukose binder seg til hemoglobindelen i de røde blodcellene, så når disse nedbrytes etter omtrent 120 dager måles det prosentvis hvor stor andel av hemoglobindelen som har bundet glukose til seg. Et stabilt blodsukker er viktig for å forhindre diabetiske senkomplikasjoner (Almås, Stubberud, & Grønseth, 2010).

3.1.1 Diabetes mellitus type 1

Diabetes mellitus betyr ”noe som renner gjennom, søtt som honning”, som kommer av den hyppige vannlatingen og urinens honninglignende smak. Ved hyperglykemi over 10 mmol/l klarer ikke nyrene å reabsorbere all glukosen i primærurinen og den skilles ut i urinen. Stoffskiftet er i ubalanse og fungerer ikke normalt. Symptomene på hyperglykemi og diabetes

type 1 avhenger av hvor tidlig i sykdomsforløpet personen befinner seg. Tidlig i forløpet oppstår symptomer som tørste, hyppig og rikelig vannlating, vekttap og utmattelse. Etter hvert kan det oppstå kvalme, dehydrering og akutte komplikasjoner som diabetisk ketoacidose. Ketoacidose oppstår ved mangelfullt celleopptak av glukose fra blodet, som forårsakes av insulinmangel ettersom insulinets funksjon er å ”låse opp inngangen” mellom blodet og celler. Ved insulinmangel vil glukosen opphopes i blodet, fett forbrennes ufullstendig og det dannes syre (ketoner) i blod og urin. Ketoacidose kan inntre raskt og er livstruende, så ved påvisning av diabetes hos barn skal de legges inn på sykehus innen kort tid (Christophersen, 2004). Tørsten henger sammen med den hyppige vannlatingen ettersom glukoseutskillelsen trekker med seg væske fra kroppen, noe som også kan føre til dehydrering. Symptomene opptrer sjelden før mer enn 80 % av insulinproduksjonen er opphørt og den resterende produksjonen opphører oftest raskt etter dette. Det er usikkert hva som ligger bak selve sykdomsprosessen, men diabetes type 1 utvikles av en kombinasjon av arv og miljøfaktorer (Almås et al., 2010).

3.1.2 Diabetiske komplikasjoner

Ved diabetes mellitus kan det oppstå akutte komplikasjoner som hyperglykemi og ketoacidose, og hypoglykemi og insulinsjokk. Hypoglykemi og hyperglykemi er svært normalt, men det bør unngås så godt det lar seg gjøre ettersom det kan forebygge diabetiske senkomplikasjoner (Almås et al., 2010). Ettersom barn med nyoppdaget diabetes type 1 ikke er i risikogruppen for senkomplikasjoner velger vi å presentere reelle akutte komplikasjoner.

Akutte komplikasjoner opptrer i løpet av få timer. Vi har definert hyperglykemi og ketoacidose tidligere i oppgaven, så vi vil nå definere hypoglykemi og insulinsjokk. Derom det tilsettes for mye insulin i forhold til kroppens behov tar cellene opp for mye sukker fra blodet og personen får hypoglykemi. Det betyr ”for lite sukker i blodet” og symptomene som inntre kalles føling. Det varierer individuelt hvor blodsukkerverdiene befinner seg når diabetikeren får føling, men de inntre som regel ved blodsukkerverdier rundt 3,0 mmol/l. Symptomer på lett til moderat hypoglykemi er blekhet, skjelvinger, irritasjon, hjertebank, kaldsvette, hodepine, konsentrasjonsvansker, sultfølelse og nummenhet i tunge og lepper. Ved alvorlig hypoglykemi har diabetikeren de samme symptomene, men har behov for tilrettelegging eller hjelp fra andre med å få i seg sukkerholdig mat eller drikke. Dersom blodsukkeret faller for raskt og personen ikke rekker å innta glukose på egenhånd eller ved hjelp av andre oppstår et insulinsjokk. Ved denne tilstanden er bevisstheten nedsatt eller ikke

tilstede, personen er ikke i stand til å spise eller drikke og andre personer må overta ansvaret helt. Insulinsjokk må behandles med glukagoninjeksjon eller intravenøs glukosebehandling. Glukagon har motsatt virkning av insulin (Borrild & Musaeus, 2001).

Ved dårlig regulert blodsukker over lang tid risikerer diabetikere å utvikle fysiske senkomplikasjoner. Det vil hos de fleste diabetikere ses komplikasjoner etter 10-15 år, men et barn med nyopplaget diabetes står ikke i fare for dette ved første innleggelse. Foreldrene bør allikevel informeres om dette med tanke på barnets fremtid (Borrild & Musaeus, 2001).

3.1.3 Behandling av barn med diabetes type 1

Behandling av diabetes type 1 har som mål å oppnå kontroll på blodsukkerverdiene, oppnå normal vekst og utvikling med færrest mulig komplikasjoner, hindre eller begrense senkomplikasjoner, og at barnet oppnår selvstendighet. Dette innebærer at barnet og omsorgspersonene får opplæring i å sette insulin, måle blodsukker og generelt finne balansen mellom insulintilførsler, kosthold og fysisk aktivitet (Grønseth & Markestad, 2011). I motsetning til tidligere tilpasses insulinmengden etter matinntak og ikke omvendt. Allikevel er det viktig å gjøre oppmerksom på at mat har varierende virkning på blodsukkeret. Til tross for at insulin senker blodsukkeret kan ikke diabetikere spise hva som helst uten komplikasjoner, blant annet fordi hyppige blodsukkersvingninger er øverste årsak til diabetiske komplikasjoner (Arsky, 2006). Barn med diabetes skal først og fremst behandles som barn og ikke diabetikere. Barn er barn og deres særegne behov skal tilfredsstilles. Barnet skal ikke nektes hverdagslige aktiviteter på grunn av sykdommen, men livskvaliteten skal bevares ved at aktivitetene tilpasses de diabetiske utfordringene. Livskvalitet innebærer at barnet har det bra mentalt, basert på overvekt av positive hverdagsopplevelser fremfor negative (Næss & Eriksen, 2006). Ved dilemmaer bør det stilles spørsmål om fristelsen til å si nei er forårsaket av sykdommen, eller om en ville ha tatt samme avgjørelse i forhold til andre barn (Arsky, 2006).

3.1.4 Medikamentell behandling

Diabetes type 1 inntreffer ofte akutt hos barn, og ved diabetisk ketoacidose og dehydrering er det viktig med rask intravenøs behandling i form av insulin og væske. I oppstarten av insulinbehandlingen gis hurtigvirkende insulin subkutan i små og hyppige doser tilpasset blodsukkerverdiene. Etter hvert gis det en kombinasjon av hurtigvirkende og langtidsvirkende insulin. Det varierer hvor langsomtvirkende insulin som anvendes, men det er vanlig å starte

med middels langsomtvirkende insulin som injiseres morgen og kveld. Den langtidsvirkende insulintypen skal sørge for at blodsukkeret holder seg stabilt gjennom døgnet uavhengig av matinntak og fysisk aktivitet. Hurtigvirkende insulin gis til hvert måltid og mengden avhenger av blodsukkeret, aktivitetsnivå og matinntak. Kombinasjonen av disse kalles vedlikeholdsbehandling. Betacellene i bukspyttkjertelen ødelegges gradvis, så ved nyoppdaget diabetes type 1 produserer en del pasienter fremdeles noe insulin (Christophersen, 2004). Insulin skal settes subkutan og vanligvis settes hurtigvirkende på magen, mens langtidsvirkende settes på utsiden av lårene. Injeksjonsstedene bør varieres noe ettersom det kan oppstå arrdannelse, insulin- og fettansamling i underhuden dersom insulin gis på samme sted over lengre tid (Ørn, Mjell, & Bach-Gansmo, 2011).

Insulinpinner anvendes ved at de "lades" med insulinampuller for gjentatte injeksjoner. Sammenlignet med sprøyter gir insulinpinner mer nøyaktige smådoseringer og nålene er mindre ubehagelige enn sprøytespisser ettersom de er kortere og tynnere. Det finnes både ferdigfylte engangspenner og pinner for refill av insulin (Hanås, 2011). Noen barn anvender insulinpumpe som fungerer ved at den gir en viss mengde insulin gjennom døgnet og at barnet selv sørger for et ekstra insulinstøt til måltidene. Det kan også være nødvendig med et oppsatt dagsprogram i forhold til kosthold og fysisk aktivitet, som er tilpasset barnet selv og familien (Grønseth & Markestad, 2011).

3.1.5 Kosthold og fysisk aktivitet

Ved nyoppdaget diabetes type 1 vil barn og foreldre stille spørsmål om kosthold. Mange forbinder diabetes type 1 med sukkersyke ettersom det het det tidligere, noe som automatisk gir inntrykk av at diabetikere ikke kan innta sukkerholdig mat eller drikke. Behandlingen av diabetes type 1 har som hensikt å stabilisere blodsukkeret best mulig ut ifra ernæring og insulintilførsel, men det er viktig at ingen matvarer stemples som forbudt. Dette kan føre til at barnet utvikler et anstrengt forhold til mat, noe som kan gi alvorlige konsekvenser og redusert livskvalitet. Kostholdsveiledningen bør vektlegge at det ikke nødvendigvis er behov for vesentlige endringer i barnets matvaner, og samtidig fremheve at rådet om å begrense inntaket av raske karbohydrater gjelder for alle uavhengig om de er diabetikere eller ikke. Barnet skal ikke føle seg annerledes enn andre når det gjelder kosthold og fremfor å merke sukkerholdig mat som forbudt bør det heller inntas i moderate mengder (Frostad, et al., 2005). Ettersom det er begrenset hvor mye ansvar barn har i forhold til eget kosthold bør kostholdsveiledningen først og fremst tilegnes foreldrene (Borrild & Musaeus, 2001).

Fysisk aktivitet bør inkluderes i barns hverdag ettersom det er helsefremmende og sykdomsforebyggende, og øker mestringsfølelse og livskvalitet. Barn har ofte fysisk aktivitet som fritidsinteresse, noe som kan være en utfordring i forbindelse med blodsukkerregulering. Glukoseomsetningen øker ved fysisk aktivitet ettersom cellene trenger mer energi, noe som kan føre til at barnet får føling. Insulindoseringen må tilrettelegges den enkeltes aktivitetsnivå, tidspunkt for aktivisering og aktuelle blodsukkerverdier. Det er også risiko for at barnet får føling timer etter endt fysisk anstrengelse, så hyppige blodsukkermålinger er viktig. Fysisk aktivitet kan være effektivt i forbindelse med opplæring av barn og sammenhengen mellom insulin, kosthold og fysisk aktivitet (Borrild & Musaeus, 2001).

3.1.6 Spesielle utfordringer tilknyttet behandling av barn

Barn skiller seg fra voksne når det gjelder forutsigbarhet og avtaler, noe som kan være en utfordring ved behandling av diabetes type 1. Barn er spontane og kan ha lett for å endre meninger i løpet av kort tid. Når det gjelder denne pasientgruppen er det viktig med struktur og regelmessighet i hverdagen for å oppnå stabilt blodsukker. Blodsukkeret påvirkes ikke bare av mengden insulin eller energi som inntas i kroppen, men også av hormoner og kroppslige forandringer som infeksjoner. Barns vekst og utvikling kan by på utfordringer, blant annet fordi kroppens veksthormon har en blodsukkerøkende virkning (Hanås, 2011).

Barns aktivitetsnivå er varierende ettersom enkelte dager er mer aktive enn andre, noe som også påvirker insulinbehovet. Ved høyt aktivitetsnivå bruker kroppen mer energi og det er behov for mindre insulin og sjansen for hypoglykemi øker. Til tross for at barn ofte har faste treningstider i forbindelse med hverdagsrutiner, bestemmer de seg ofte spontant for å sykle, hoppe på trampoline eller leke aktivt med venner (Hanås, 2011).

Insulinbehandling senker blodsukkeret og insulinmengden skal tilpasses matmengden og innholdet i den. Blodsukkeret påvirkes av matens næringsinnhold, så ved inntak av mat med høyt energiinnhold kreves høyere insulintilførsel enn ved inntak av mat med lavt energiinnhold. Et barn kan være spontant og be om en stor porsjon middag basert på sultfølelsen på aktuelt tidspunkt og etter hvert som måltidet inntas kommer metthetsfølelsen. På forhånd er det mulig at barnet eller omsorgspersonene har gitt en mengde hurtigvirkende insulin tilpasset det opprinnelige måltidets størrelse. Et barn vil ikke nødvendigvis være i stand til å forstå at dette kan resultere i hypoglykemi, eller ignorere dette og nekte å fullføre

måltidet. Det er ikke ideelt å sette insulin etter endt måltid ettersom blodsukkeret stiger raskt under måltider, men i enkelte tilfeller kan det være et alternativ. Insulindoseringer kan også deles opp og det er ikke uvanlig å sette en mindre dose før måltidet og fullføre etter endt måltid (Hanås, 2011).

3.2 Barns utvikling

Utvikling innebærer sammenhengen mellom vekst, modning og læring, og forklares som forandringer over tid (Skaalvik & Kvello, 1998). Ettersom pasienten i vårt case er ti år presentere vi det vi anser som relevant i forhold til aldersgruppen 7-12 år, som kalles den konkretoperasjonelle perioden (Gjørund & Huseby, 2011).

3.2.1 Barn i alderen 7-12 år

Gjennom den konkretoperasjonelle perioden utvikler barn evnen til å bearbeide erfaringer basert på egne og andres handlinger. I starten er barnet avhengig av å handle på egenhånd for å forstå, men etter hvert vil evnen til å handle etter andres forklaringer utvikles (Gjørund & Huseby, 2011). Barn i denne aldersgruppen har nedsatt toleranse for stress når foreldrene ikke er tilstede. Det kan også være stressende for dem å føle seg annerledes enn andre på sin alder, bli utenfor eller henge etter på skolen. 10-11-åringene har ofte evne til å forstå sammenhenger mellom sykdom og behandling. Det finnes spesielle særtrekk ved barn i denne aldersgruppen som skal tas i betraktning ved behandling og oppfølging. De skiller mellom viktige og uviktige opplysninger, utvikler evne til å se ting fra andres perspektiv, har større evne til abstrakt og reversibel tenkning. Dette vil si at de forstår at føling, insulin og blodsukkerverdier er enkeltting tilhørende det overordnede begrepet diabetes type 1 og dermed ser sammenhenger mellom disse. Den reversible tankegangen øker evnen til å forstå at ting kan forandre seg, som at blodsukkeret kan stige fra normalt til høyt og deretter synke til normalen igjen (Grønseth & Markestad, 2011).

Andre utviklingsmessige særtrekk i alderen 7-12 år er viktigheten av rutiner og regler, både fordi det kan lindre stress og fordi tidsbegrepet bedres. Sett i sammenheng med den abstrakte tenkingen bidrar dette til at tilrettelagt informasjon kan gjøre barnet innforstått med at faste tider for måltider og insulininjeksjoner er en viktig del av behandlingen. Barn i denne alderen har behov for å uttrykke seg verbalt og non-verbalt, og føle seg inkludert, nyttig og selvstendig. Det er vanlig med frykt for kroppslige skader, tap av selvkontroll og følelsen av ikke å leve opp til voksnes forventninger (Grønseth & Markestad, 2011).

Tilrettelegging for det individuelle barnet skal skape trygghet og lindre stress ved å respektere barnets grenser, ta pauser etter behov og informere om at det er greit å være usikker i den aktuelle situasjonen. Barnet skal inkluderes i samtaler fremfor at sykepleier og foreldre snakker over hodet til vedkommende. Ikke alle barn tør å stille spørsmål eller komme med innspill på eget initiativ, så sykepleieren bør oppfordre til dette eller inkludere barnet på andre måter. Barn i tiårsalderen er som regel i stand til å ta til seg konkret informasjon dersom den inneholder logiske forklaringer. Sykdom og sykehus forbindes med redsel, usikkerhet og frykt, så det bør også avklares noe om sykdommens alvorlighetsgrad. Dette kan hindre barnet i å trekke konklusjoner som fører til større psykisk belastning enn nødvendig (Grønseth & Markestad, 2011).

4.0 Hva er god sykepleie?

God sykepleie bygger på gode holdninger, respekt for individet, og helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid. Grunnleggende behov skal ivaretas og det krever kunnskap, empati og ferdigheter. Empati vil si evnen til å sette seg inn i andres situasjon og kjenne på eventuelle følelser denne personen kan ha (Hummelvoll, 2012). Kombinasjonen av helsefremming og sykdomsforebygging skal øke positive helsefaktorer og redusere helsetruende faktorer. Helsefremmende arbeid går ut på å bevare helse og forbedre den om det er mulig, mens sykdomsforebyggende arbeid skal forhindre at det oppstår sykdom og skade, samt forverring av sykdom eller skade så langt det lar seg gjøre (Gammersvik & Larsen, 2012). Helse definerer en fornybar ressurs i hverdagen, som både kan gi utfordringer og goder. Et individs helse inkluderer både det friske og det syke, og i forbindelse med behandling av barn er det viktig å huske på at den danner grunnlaget for barnets fremtidige helse. Høyt antall akutte komplikasjoner og senkomplikasjoner kan påvirke hverdagen i negativ grad i form av at dagligdagse rutiner blir mer utfordrende enn normalt (Grønseth & Markestad, 2011). Ifølge sykepleieteoretiker Dorothea Elisabeth Orem oppnås god helse ved at personers individuelle egenomsorgsbehov tilfredsstilles, enten ved at personen utfører nødvendige egenomsorgshandlinger på egenhånd eller ved hjelp fra andre (Cavanagh, 2001). Sykepleiere skal arbeide kunnskapsbasert, som vil si å ta faglige avgjørelser basert på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasienters ønsker og behov (Holter & Mekki, 2011). God sykepleie innebærer også respekt for lovverk og yrkesetiske retningslinjer.

4.1 Sykepleieteoretikeren Dorothea Elisabeth Orem

Denne amerikanske teoretikerens sykepleiemodell vektlegger begrepet egenomsorg og hvordan sykepleiere kan styrke pasientenes egenomsorg i forbindelse med planlegging, veiledning, utøvelse og evaluering. Sykepleierens mål er å kompensere for pasientens manglende nødvendige ressurser. Omsorg er sykepleierens bidrag til helse og velvære hos personer med manglende evne til å ivareta egen helse (Kristoffersen, Nordtvedt & Skaug, 2011). Egenomsorg kan defineres som evne og vilje til å ivareta nødvendige behov med hjelp av helsefremmende aktiviteter. Barn med kronisk sykdom ønsker å føle seg ”normale”, noe som ifølge Orem omfatter å utføre nødvendige handlinger for å opprettholde egen helse og forhindre forverringer av den (Cavanagh, 2001).

Ifølge Orem er sykepleierens overordnede mål å fremme menneskets normalfunksjon,

utvikling, helse og velvære ved å styrke egenomsorg. Et barn er under utvikling for å nå og opprettholde normalfunksjon, noe som kan trues av ytre påvirkninger. For å forebygge negative konsekvenser av ytre påvirkninger forutsetter det at behovene om å fremme utvikling skapes og opprettholdes fra barnet blir født til det vokser opp. Barnets behov varierer underveis i utviklingen ut ifra alder og modenhet, så ved ivaretagelse av utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov må det vurderes jevnlig hvilke behov som er aktuelle. I forbindelse med helsesvikt dukker det opp behov for å tilpasse seg den nye helsetilstanden og motta hjelp fra andre. I forbindelse med nyoppdaget diabetes vil et barn i første omgang være avhengig av sykepleiere for å behandle seg selv med insulin, men etter hvert vil han kunne dekke dette egenomsorgsbehovet uten hjelp. Orem skiller mellom flere kategorier forbundet med helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov, som blant annet behov om oppnåelse av kunnskap om egen sykdom, sykdomsbehandling og aksept av situasjonen (Kristoffersen, 1996).

Ivaretagelse av egenomsorg innebærer å gi seg selv omsorg i form av handlinger som opprettholder liv og helse, samt fremmer velvære. For å utøve egenomsorg er det ønskelig med harmoni i Orem's modell om å ivareta grunnleggende behov, fremme normalitet og motvirke farer for liv og helse. Grunnleggende behov som ernæring og fysisk aktivitet tilfredsstilles, normaliteten fremmes ved at hverdagslige aktiviteter og gleder bevares, og sykdom forebygges ved rett behandling av aktuell diagnose (Kristoffersen, 1996). Samtidig omfatter egenomsorgsbehovene åndelige og sosiale aspekter for å utveksle tanker og følelser. Menneskets normale utvikling krever samvær og nærhet fra andre, i tillegg til at enkelte individer er avhengig av andre for at grunnleggende behov skal ivaretas fullt og helt. Dette gjelder blant annet barn som er avhengig av sine omsorgspersoner (Cavanagh, 2001).

Orem mente at enhver voksen er en annens omsorgsperson. På grunn av barns umodenhet og raske utvikling er de avhengig av hjelp til å dekke egenomsorgsbehov i stressende situasjoner, som ved sykdom og sykehusinnleggelse. Når et barn er pasient er foreldrene de primære omsorgspersonene, men sykepleieren har også ansvar for å dekke pasientens egenomsorgsbehov ved å tilrettelegge for at fysiske, miljømessige og sosiale forhold skapes og opprettholdes. I forbindelse med sykehusinnleggelse har barnet som pasient tidvis to ulike roller og skal behandles deretter. Både barn og pasienter alene har konkrete egenomsorgsbehov, og når barn er pasienter må disse kombineres. Orem omtalte et eget omsorgssystem om hvordan barnet skal ivaretas, hvilke daglige omsorgsrutiner sykepleiere har og hvordan kommunikasjonen bør foregå verbalt og non-verbalt. I begynnelsen av

behandlingen vektla Orem datasamlingsfasens viktighet i forhold til videre oppfølging. Det skal ut ifra observasjon og kommunikasjon med pasient og omsorgspersoner kartlegges hvilke daglige rutiner de er vant med for å ivareta egenomsorgsbehov, kunnskapsnivå i forhold til sykdommen, hvilke utfordringer som kan komme i veien for ivaretakelsen av behovene og hvordan de uttrykker omsorg. For at barnet skal føle at sykepleiere viser omsorg bør de uttrykke den på lignende måte som barnets foreldre viser omsorg. Mennesker viser omsorg på ulike måter, så enkelte verbale og non-verbale uttrykksmåter kan mistolkes fra barnets side (Cavanagh, 2001).

Menneskers evne til å dekke egenomsorgsbehov begrenses i situasjoner der den naturlige utviklingsprosessen utfordres. Dette kan blant annet gjelde ved plutselige endringer i individets helsetilstand, som ved nyoppdaget sykdom. Orems helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov kan hjelpe den enkelte til å søke råd og assistanse fra mennesker med nødvendig kompetanse ved endringer i helsetilstanden. Sykepleiere utvikler kompetanse fra egne erfaringer og pasienterfaringer. Ved sykdom varierer det hvor mye kompensering pasient og pårørende behøver, men Orem skilte mellom tre områder; helt kompenserende, delvis kompenserende og støttende/undervisende. Ved behov for helt kompenserende sykepleie er pasient eller pårørende ikke i stand til å ivareta egenomsorgsbehov i det hele tatt og sykepleieren må kompensere fullstendig. Delvis kompensering innebærer at sykepleieren har en assisterende rolle og bidrar med kompetanse i enkeltsituasjoner, mens pasient og pårørende selv ivaretar egenomsorgsbehovene de er i stand til å ivareta. Sykepleierens støttende/undervisende rolle går ut på at pasient og pårørende har hovedansvar for å ivareta egenomsorgsbehov, men at sykepleieren bistår med nødvendige innspill i form av informasjon eller veiledning (Cavanagh, 2001).

Behovet for å lære å leve med en kronisk sykdom, konsekvensene av den i seg selv og behandlingen av den, krever en omfattende innsats fra flere parter. Pasienten må bearbeide livssituasjonen følelsesmessig og akseptere nødvendige endringer i dagliglivet. Orems modell går ut på å arbeide ut ifra en konkret fremgangsmåte tilpasset den aktuelle situasjonen. Målet med denne fremgangsmåten er å bevare pasientens helse, normalfunksjon og velvære, ved å handle etter nødvendige egenomsorgskrav. Ifølge Orem består sykepleieprosessen av tre faser som skal fremme pasientens egenomsorg. Fase 1 omhandler sykepleiers rolle i forbindelse med identifikasjonen av pasientens egenomsorgskrav og hvilke sykepleiediagnoser som er aktuelle. Fase 2 innebærer at sykepleieren planlegge hvilket kompenserende system pasienten

er avhengig av, både på aktuelt tidspunkt i fremtiden. I fase 3 iverksettes sykepleieplaner og – systemer, og etter hvert som de følges opp vurderer sykepleieren om ønskede resultater oppnås eller ikke (Kristoffersen, 1996). Barn er oftest bare delvis i stand til å dekke sine egenomsorgsbehov og Orem klassifiserte sykepleierens funksjoner som kan være til hjelp i forhold til barns varierende egenomsorgsevne. Barnet må i samarbeid med omsorgspersoner og sykepleiere bevisstgjøres i forhold til hvilke egenomsorgsbehov som gjelder (Kristoffersen et al., 2011).

4.2 Sykepleierens pedagogiske og veiledende funksjon

Sykepleiere har en pedagogisk og veiledende funksjon basert på kunnskaper, ferdigheter og faglig klokskap. Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer mestringshjelp overfor pasient og pårørende. Sykepleieren må bli kjent med deres kunnskapsnivå i forhold til aktuell sykdoms- og livssituasjon og tilrettelegge undervisningen individuelt. Tilrettelagt undervisning i forhold til vekst, utvikling og mestring må sees i sammenheng med hva som skal oppnås, og pasient og pårørendes evne til å oppnå dem. Pasient og pårørende anses i denne sammenheng som sykepleierens målgrupper (Tveiten, 2008).

Pedagogikk vil si å viderebringe kunnskap og lærdom med hjelp av omsorg, undervisning og veiledning. Sykepleierens oppgave er å informere tilstrekkelig og tilpasse opplæring for at målgruppen skal oppnå nødvendig kunnskapsnivå. God opplæring innebærer veiledning og undervisning som sammen skal styrke pasientens medvirkning og mestringskompetanse, fremme helse, forebygge sykdom, og mestre behandlings- og sykdomskonsekvenser (Tveiten, 2008). Pasient og pårørendes mestringskompetanse skal utvikles eller videreutvikles med utgangspunkt i mål og delmål. Veiledning er en pedagogisk virksomhet som skal styrke mestringskompetanse ved anvendelse av tilrettelagt undervisning, informasjon og instruksjoner. Begrepet veiledning står sentralt i forhold til sykepleierfunksjonen, og pasient og pårørendes kompetanse. Undervisning innebærer ofte konkrete metoder for å viderebringe kunnskap, som ved å oppfordre pasienten til å lese om sin sykdom. Veiledning derimot kan ikke planlegges på samme måte som undervisning, men heller tilrettelegges når sykepleier møter målgruppen. Det kan planlegges at det skal foregå veiledning, men veiledningens innhold avhenger av pasienten og pårørendes aktuelle behov. Det er ofte hensiktsmessig å kombinere undervisning og veiledning ved at kunnskap formidles og etter hvert tas i betraktning under veiledningen (Tveiten, 2008).

Sykepleiens pedagogiske side innebærer informasjon og forklaring av aktuelle sykdommer, som betydningen av kosthold, aktivitet og selvadministrering av medikamentelt utstyr. Dette bidrar til god faglig og menneskelig relasjon mellom pasient, pårørende og sykepleier (Gammersvik & Larsen, 2012). Ved undervisning av barn på sykehus er ovennevnte ekstra viktig og god relasjon mellom sykepleieren og barnet kan skapes ved bruk av barnets fritidsinteresser innenfor pedagogisk veiledning. I tiårsalderen betyr fritidsaktiviteter, konkurranseleker og reglespill ekstra mye. Under sykehusopphold kan kjedsomhet være en stor utfordring for barn, så behandlingen bør inkludere den slags. I forbindelse med tillitsskapende tiltak kan samtaler om barnets interesser og inkludering av eventuelle aktiviteter anvendes, i tillegg til at sykdomsfokuset tilsidesettes til fordel for barnets livskvalitet (Grønseth & Markestad, 2011). Undervisningsinnholdet kan planlegges i samarbeid med pasient og pårørende, men på grunn av fagkunnskaper og erfaringer bør hovedansvaret ligge hos sykepleieren (Tveiten, 2008).

Individuell tilrettelagt veiledning og undervisning krever vurdering av pasient og pårørendes aktuelle situasjon, blant annet ut ifra personlighet, fysiske og mentale tilstand, opplevelser av situasjonen, alder, diagnose, sykdomsforståelse og tidligere erfaringer. Sykepleieren må snakke med målgruppen om deres tanker og følelser om ovennevnte, og i tillegg observere og foreta egne refleksjoner om det samme. Pasienter og pårørende er sjelden i stand til å se sine behov for undervisning og veiledning, spesielt ved nyoppdaget sykdom. Dette kommer av at pasient og pårørende kan ha vanskelig for å innse sykdomsrealiteten og at deres kunnskapsnivå ikke dekker det nødvendige (Tveiten, 2008). Det er viktig å være oppmerksom på at undervisning og veiledning påvirkes av forutsette og uforutsette forhold. Dette gjelder blant annet pasientens tilstand og at nødvendige undersøkelser kan føre til endringer av tidspunkter for det pedagogiske. Det kan også oppstå uventede situasjoner og reaksjoner hos pasient og pårørende (Tveiten, 2008).

4.3 Lovverk og sykepleiens yrkesetiske retningslinjer

Lovverk innenfor helse- og omsorgstjenester i Norge skal sørge for at befolkningen behandles likeverdig og har tilgang på like god behandlingskvalitet. Lovverk og sykepleiens yrkesetiske retningslinjer er verktøy som kan benyttes for å avklare hva som er rett og galt (Brinchmann, 2008). Vi velger å presentere det vi anser som relevant lovverk i forhold til vårt case.

4.3.1 Sykepleiens yrkesetiske retningslinjer

De yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere bygger på holdninger og grunnprinsipper som skal anvendes i forbindelse med refleksjon, argumentasjon og handlinger i praksis. Det risikeres at pasienters interesser ikke ivaretas og retningslinjene skal hindre at dette skjer. Grunnprinsippene om helsefremming, sykdomsforebygging og helsegjenoppretting skal ligge til grunn for valgene som foretas i sykepleie. God sykepleie skal baseres på omsorg og respekt for enkeltmennesket (Norsk sykepleierforbund [NSF], 2011).

Sykepleiere plikter å gi helhetlig omsorg for å sikre god helse og velvære. Dette skal gi pasienten håp, mestring og livsmot. Pasient og pårørende skal tilegnes tilrettelagt informasjon for å fatte selvstendige beslutninger. I sammenhenger der et barn er pasient skal barnet føle delaktighet, trygghet og respekt, men beslutninger skal fattes i samarbeid med omsorgspersoner og sykepleiere (NSF, 2011).

4.3.2 Helsepersonelloven

Helsepersonelloven inneholder plikter helsepersonell har i møter med pasienter og pårørende. Formålet er å skape sikkerhet for pasienter, oppnå tillit til helse- og omsorgstjenester og god kvalitet i helsepersonellens arbeid (Lovdata.no, 2015).

Helsepersonellovens kapittel 2 §10 sier at informasjon skal gis av det helsepersonell som er utpekt innad i helseinstitusjonen. Ifølge kapittel 3 §16 skal sykepleierens arbeid tilfredsstillende lovpålagte plikter og pasientrettigheter. Kapittel 8 §39 sier at sykepleiere er pliktige til å føre journal gjennom behandlingsprosessen, først og fremst for å sikre pasienten effektiv og god behandling. Dette gir annet helsepersonell, pasient og pårørende innsyn i hvilke tiltak som er iverksatt, hvordan pasientens aktuelle tilstand er og er en veiviser for videre behandling (Lovdata, 2015).

4.3.3 Pasientrettighetsloven og barns opphold i helseinstitusjon

Denne inneholder lovbestemmelser om pasienters rettigheter og lik tilgang på behandling ved alle statlige sykehusinnleggelses og innad i spesialisthelsetjenesten. Pasientrettighetsloven skal bevare enkeltmenneskers integritet og fremme sikkerhet og tillit (Brinchmann, 2008). Innenfor pasientrettighetsloven finnes det et eget forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (Lovdata, 2013).

Pasientrettighetslovens kapittel 3 omhandler rettigheter til medvirkning og informasjon. §3-4 trekker frem at pasienter under seksten år skal informeres sammen med aktuelle omsorgspersoner. Av hensyn til §3-5 skal informasjonen tilrettelegges individuelle forutsetninger som modenhet, alder og erfaring. §3-2 sier at mindreårige pasienter ikke har samtykkekompetanse, men de har rett til medvirkning i samarbeid med nærmeste pårørende (Lovdata, 2014).

Forskriften om barns opphold i helseinstitusjon omtaler personer under atten år som barn og gjelder all helsehjelp innad i spesialisthelsetjenesten. Kapittel 1 §4 sier at barn fortrinnsvis skal innlegges i barneavdelinger tilpasset deres behov, mens §5 sier at barnet skal tas hånd om av samme personal gjennom hele oppholdet. Dette krever kunnskap om barns utvikling og særskilte behov. Barn i skolepliktig alder som oppholder seg i helseinstitusjon har etter kapittel 4 §14 også krav på tilrettelagt undervisning (Lovdata, 2013).

4.4. Sykepleie til barn

Sykehuset som ukjent arena kan for mange oppleves som skremmende som følge av ubehagelige undersøkelser eller behandlingsmetoder, eller følelsen av å være fremmed i et nytt miljø. Dette kan føre til stress og overstige barnets mestringsevne. Stressnivået og mestringsevnen varierer ut ifra barnets alder og utviklingstrinn. Stress er den største trusselen mot barnets utvikling ettersom det blant annet kan svekke trygghetsfølelse og forsterke smerte. Innenfor barns utvikling står selvtillit, innsikt og selvkontroll sentralt. Ved sykehusinnleggelse oppstår det endringer i hverdagsrutiner og –gjøremål, og det er lett å glemme at barnets behov for stabilitet og forutsigbarhet ikke tilfredsstilles (Grønseth & Markestad, 2011).

Barn har behov for særegen behandling og de skal ikke behandles som små voksne. Kunnskap om barns utvikling er grunnleggende for å oppnå god behandling (Grønseth & Markestad, 2011). Dersom barnet er i stand til å fatte beslutninger skal det tilrettelegges for dette ved at deres meninger respekteres. Barnet skal informeres tilstrekkelig for å oppnå tillit til helsepersonell. Tillit omhandler pasientens evne til å ta imot, bearbeide og stole på informasjonen som gis, og er viktig i sykepleier- og pasientrelasjonen. Tillit og relasjonsbygging kan forebygge misforståelser og unødvendige konflikter, samt fremme omsorg. Tillitsoppnåelse krever planlegging, tålmodighet og god kommunikasjon (Hummelvoll, 2012). God kommunikasjon innebærer evne til både å uttrykke seg selv verbalt

og non-verbalt, samt å observere barnets verbale og non-verbale uttrykksmåter. Kommunikasjon betyr å ha noe felles, altså å dele tanker og følelser ved å uttrykke dem verbalt; med ord eller non-verbalt; med kroppsspråk (Eide & Eide, 2009).

På grunn av barns umodenhet og raske utvikling er det viktig å tilpasse sykdomsbehandlingen individuelt. Dette kan forhindre stress som overskrider barnets mestringsevne, og dermed forebygge negative ettervirkninger som på sikt kan skade barnets helse. Sykepleiens lindrende og behandlende funksjon er både helsefremmende og sykdomsforebyggende, der det pedagogiske og rehabiliterende står sentralt. For at barnet skal føle trygghet skal sykehusoppholdet opprettholde barnets normale hverdag og barnets ressurser skal ivaretas. Barnets familie er en av barnets viktigste ressursene, både fordi sykehuset er en ukjent arena for barnet og på grunn av barnets avhengighet til sine omsorgspersoner. For å opprettholde barnets normale hverdag bør kjente rutiner, foreldrenes tilstedeværelse, lek og aktiviteter inkluderes under sykehusoppholdet (Grønseth & Markestad, 2011).

Barn har begrenset mulighet til å uttrykke seg og høres blant voksne, så i sykehussammenheng er sykepleieren på mange måter barnets talsperson. Dette krever god relasjon mellom sykepleieren og barnet basert på egenrefleksjon over holdninger, verdier og praktiske ferdigheter. Barnets tanker og følelser skal bringes videre fra barnet til annet helsepersonell og aktuelle omsorgspersoner. Dersom barnet er modent nok bør den åpne kommunikasjonen brukes som et middel for at barnet skal delta i egen behandling, slik at følelsen av selvkontroll og evnen til å løse hverdagslige utfordringer forbedres. Måten praktiske gjøremål og kommunikasjon med barnets og barnets familie utføres på skal gjenspeile sykepleiefagets grunnleggende verdier (Grønseth & Markestad, 2011).

4.4.1 Tillitsoppnåelse og kommunikasjon med barn

I forbindelse med sykehusopphold står god kommunikasjon sentralt, både med barnet som pasient og foreldrene som pårørende. Kommunikasjon med barn må tilpasses i forhold til språkutvikling og barnets premisser, blant annet ved bruk av hjelpemidler, samtaleteknikker og tilpasset inkludering av foreldre. For å oppnå tillit og god kommunikasjon med barn kan sykepleieren anvende normalt stemmeleie, og fremstå rolig, snill og blid. Det er viktig å skape trygghet ved å vise interesse for barnet som person og unngå at sykdom alltid står i fokus. Eksempelvis kan samtaleemner om fritidsinteresser inkluderes, både fordi dette er normal fremgangsmåte når nye bekjenskaper inngås og fordi barnet kan føle inkludering. Det er ikke

usannsynlig at barnet befinner seg i en sjokkfase og derfor ikke er i stand til å forstå realiteten i den nyopptagede sykdommen, noe som kan by på utfordringer. Sjokktilstand er en reaksjon som kan vare i timer til dager, så det er viktig med observasjoner av denne tilstanden (Cullberg, 2007). Sykepleieren bør henvise seg mer direkte til eldre barn enn hos småbarn ettersom de er i stand til å forstå mer, og kan føle seg ekskludert når kommunikasjonen foregår med foreldrene som mellomledd. De bør inkluderes ved at det stilles konkrete spørsmål (Grønseth & Markestad, 2011).

5.0 Drøftingsdel

Fra Martin innlegges på barneavdelingen til han skrives ut er det vår jobb som sykepleiere å gi han og foreldrene nødvendig informasjon og opplæring om diabetes type 1, slik at de føler seg trygge nok til å ivareta Martins helse. Opplegget må tilrettelegges Martin og hans foreldre individuelt og vi må respektere deres kunnskapsnivå, tanker og følelser. Vi vil ta utgangspunkt i Orems behandlingsteorier om å planlegge, veilede, utøve og evaluere for å styrke pasientens egenomsorg (Grønseth & Markestad, 2011). Orems modell omhandler å stille sykepleiediagnoser ut ifra pasientens egenomsorgsevne og -behov. Det dreier seg i hovedsak om nåværende og fremtidige egenomsorgskrav, og hvorvidt pasienten klarer å ivareta disse (Cavanagh, 2001). Vi mener at Orems teorier vektlegger fysiske egenomsorgsbehov som stabilt blodsukker, men vi velger også å fokusere på mentale utfordringer. Eksempler på aktuelle sykepleiediagnoser er begrenset kunnskap og erfaring om diabetes type 1 og behandling av det. Ettersom Martin er ti år tenker vi at han er moden nok til å ta mye ansvar for egen behandling, mens foreldrene først og fremst skal ha en motiverende rolle. Som sykepleiere skal vår kompensierende rolle variere mellom helt, delvis og støttende/undervisende (Cavanagh, 2001).

5.1 Planleggingsprosessen

Sannsynligvis lurer Martin på hva som vil skje videre, både når det gjelder sykehusoppholdet og fremtiden utenfor sykehuset. Behandlingsplanlegging og oppfølging av pasienten krever at vi i samarbeid utarbeider en plan for hva vi må gjennom i løpet av sykehusoppholdet. Ifølge Orems teorier trengs det omsorgsfordeling mellom sykepleiere og barnets omsorgspersoner. Foreldrene vil sannsynligvis ha hovedansvaret for sønnen ettersom de skal klare å følge han opp utenfor sykehuset, men samtidig vil vi klargjøre støtten de kan få fra erfarent helsepersonell. Foreldre ønsker å ivareta eget barn til tross for utfordringene det byr på, men har samtidig behov for å vite at helsepersonell er tilstede ved behov for hjelp (Cavanagh, 2001). Ettersom Martin er så stor som ti år ønsker han sannsynligvis å føle selvstendighet, mestring og forståelse for sin helsetilstand, og dermed også delaktighet i behandlingen. I løpet av planleggingsfasen må vi forsikre oss om at vi er kompetente til å behandle Martin både som pasient og barn, og utnytte sykehusinnleggelsen best mulig ettersom den er betydelig for hans fremtidige helse (Grønseth & Markestad, 2011).

I begynnelsen av sykehusoppholdet vil vi prioritere tid til relasjonsbygging mellom Martin,

hans foreldre og oss. Av hensyn til forskriftet om barns opphold i helseinstitusjon §5 skal vi ha hovedansvaret for pasienten gjennom hele hans sykehusopphold. Vi skal tilrettelegge veiledning, opplæring og miljø for at han skal forbedre sine evner til egenomsorg. I første omgang vil vi kartlegge pasient og pårørendes kunnskapsnivå og erfaring i forhold til diabetes type 1, i tillegg til hvilke interesser pasienten har. Vi ønsker å bli kjent med han som individ og oppnå tillit ved å fremstå vennskapelig fremfor autoritært. Kartleggingsprosessen innebærer også at vi klargjør hva Martin og hans foreldre er nødt til å lære i løpet av sykehusoppholdet og hvordan dette skal oppnås. Det kan være en fordel å snakke med pasienten og foreldrene separat, både fordi foreldrene kan påvirke hans evne til å svare selvstendig og fordi barn ofte føler seg usikre på hva som er ”rett” svar med foreldrenes tilstedeværelse (Grønseth & Markestad, 2011). På den annen side kan Martin føle seg utrygg og foreldrenes tilstedeværelse kan bidra til at han tør å snakke høyt foran oss som fremmedpersoner. Inkludering av foreldre inngår i vår støttende og delvis kompenserende rolle. Vi vil bruke tid på å bli kjent med Martin som person ved å stille spørsmål om hverdagslige interesser, som fotball og skole. Ved hjelp av kartleggingsprosessen vil vi kunne se hvor kompenserende vi bør være for pasienten og hans foreldre i startfasen av behandlingen. Dersom de føler total mangel på kunnskap om hvordan blodsukkeret skal måles inngår vi helt kompenserende og gir opplæring i hvordan dette utføres ved å undervise, veilede og demonstrere. Vi vil sette delmål og mål som skal nås både under og etter sykehusinnleggelsen.

Sykehusinnleggelse og helsepersonell kan være skremmende for mange, spesielt barn, så det er viktig å tydeliggjøre at vi ikke er en trussel. Dette kan blant annet oppnås ved å inkludere foreldrene og oppnå en kontakt med dem som utstråler vennskap og godhet. For at Martin skal få dette inntrykket tenker vi at anvendelse av non-verbal kommunikasjon i form av smil, øyekontakt og klemmer kan være effektivt. Samtidig må det skje naturlig, så ved første møte vil vi fremtre høflig med håndhilsning og presentasjon av oss. Med tanke på Martins alder er det usikkert hvordan han opplever oss og sykehusarenaen, først og fremst fordi det er svært stor forskjell på tiåringers utvikling og modenhet. Det kan være en fordel å presentere oss med fornavn og tilpasse høyden vår til han ettersom han da kan oppfatte oss som mindre autoritære og truende. Dette innebærer at vi på forhånd følger Orems teori om å observere hvordan pasienten og hans foreldre uttrykker tillit og omsorg seg i mellom ettersom våre uttrykksmåter kan virke misvisende for Martin om han ikke gjenkjenner dem fra tidligere. Dessuten er ikke alle barn på ti år komfortable med kroppskontakt, avhengig av trygghet og

modenhet. Det kan hende pasienten føler at han blir behandlet som et lite barn og at vi ikke respekterer at han er moden og eventuelt føler seg eldre enn andre på sin alder. Det verbale språket bør også tilpasses ved at vi anvender lavt toneleie og fremtrer mest mulig naturlig. Med dette mener vi at Martin skal behandles som et barn og ikke oppfatte situasjonen som mer alvorlig enn nødvendig. Det varierer individuelt hvor lang tid et barn trenger for å føle trygghet i ukjente arenaer og ettersom startfasen er grunnlaget for videre behandling er det viktig med tålmodighet. Dette gjelder ikke bare for Martin, men også for hans foreldre. Dersom foreldre fremstår som usikre foran barnet kan det være et hinder for at han skal føle trygghet. Dette er en av årsakene til at vi vil ta oss god tid til å kommunisere med foreldrene uten Martins tilstedeværelse ettersom foreldrene kan ha behov for å vise følelser som frykt og tristhet etter at diagnosen er stilt. I situasjoner der alle parter er tilstede tenker vi at informasjonen først og fremst skal tilpasses Martins utviklings- og kunnskapsnivå.

Artikkelen *Childrens' experiences of hospitalization* trekker frem barns bekymringer i forbindelse med ubehagelige undersøkelser og mangel på medbestemmelse (Coyne, 2006). Selv om Martin er mindreårig og ikke har selvbestemmelsesrett tenker vi at det er viktig å opprettholde hans følelse om å ha innvirkning på eget liv. Dette betyr ikke at han skal bestemme hvilke behandlingsformer som er aktuelle, men i forbindelse med planleggingsstadiet kan vi inkludere hans ønsker om når de nødvendige undersøkelsene skal utføres så langt det lar seg gjøre. Her står viktigheten av tilrettelagt informasjon sentralt ettersom pasienten kun kan ta gode beslutninger om han forstår hva de innebærer. Med tanke på sykehusets behov for opprettholdelse av faste tider og planlagte tidspunkter for undersøkelser kan vi gi Martin konkrete valgmuligheter. Dette kan innebære at han selv velger mellom to konkrete tidspunkter for å gjennomgå en nødvendig undersøkelse. Dette styrker følelsen av at vi respekterer hans evne til å ta selvstendige beslutninger og kan redusere stress som følge av uforutsette undersøkelser. Vi tenker at det er viktig med grundig informasjon og gjentakelser om hva som er planlagt og hva som skal planlegges videre. Samtidig må vi være oppmerksomme på at Martin ikke nødvendigvis er i stand til å delta i beslutninger, verken fysisk eller mentalt, samtidig som hans alder tilsier at han har behov for regler og faste rutiner (Grønseth & Markestad, 2011). Avhengig av Martins tilstand vil vi altså enten ha en helt kompensierende rolle ved at vi bestemmer hvilke undersøkelsestidspunkter som gjelder, eller en delvis kompensierende og støttende ved at han deltar aktivt i enkelte beslutninger.

Dersom den mentale tilstanden er redusert på grunn av manglende sikkerhet og tillit til oss som sykepleiere må vi sette av mer tid til å bedre dette. Dersom vi ber Martin om å ta del i beslutninger før han er klar kan han føle press og bli mer stresset og utrygg. Vi må bli kjent med han som person gjennom samtaler med han og foreldrene. Vi kan blant annet stille foreldrene spørsmål om Martin vanligvis fremstår som selvstendig og er trygg på å ytre sine tanker og meninger, eller om han er mer tilbaketrukket og tilfreds med at de foretar valg for han. I artikkelen (Coyne, 2006) presenteres det tydelige funn som tilsier at barn frykter separasjon fra foreldre, venner og kjente omgivelser, og at sykehusopphold har mangel på såkalte trygghetsfaktorer. Disse faktorene innebærer ifølge forskningsstudien hjemmets atmosfære, hjemmelaget mat, personlige eiendeler og skolevenner. Ettersom Martin er glad i skolearbeid er det sannsynlig at han føler at han blir hengende etter vennene sine og usikkerhet i forhold til når han vil være tilbake på skolen, hva han må ta igjen og om han må ta igjen tapt skoletid. Av hensyn til pasientrettighetsloven kapittel 4 §14 bør vi informere Martin om hans rettigheter i forbindelse med skolepliktig alder og helseinstitusjonsopphold (Lovdata.no, 2013). Vi tenker at han kun bør informeres om dette dersom han er i stand til å delta i undervisning, avhengig av fysisk og mental tilstand. Med tanke på at han nettopp er innlagt med ketoacidose har han sannsynligvis svært redusert tilstand og er ikke nødvendigvis klar for å ta stilling til dette. Ettersom vi befinner oss i planleggingsfasen bør vi allikevel avklare på forhånd med sykehusets ansatte og Martins foreldre at han har rett til skolefagundervisning dersom han ønsker det. Ved å kompensere for at foreldrene tar imot denne informasjonen arbeider vi delvis kompenserende og støttende/undervisende. Her vil vår undervisende rolle innebære å gi aktuell informasjon forbundet med pasientrettigheter.

Det er usikkert hvor lenge pasienten blir værende på sykehuset, men vi tenker at ved å planlegge dag for dag sikrer vi både struktur i vårt arbeid og trygghet hos pasient og pårørende. Vi er forberedt på at verken Martin eller foreldrene ønsker å ta del i planleggingen de første dagene ettersom begge parter kan befinne seg i en sjokkfase, som preges av utmattelse og frykt for fremtiden. Dersom det er tilfelle må vi sette opp en plan for de nærmeste dagene ut ifra hva vi mener bør prioriteres. Dersom det er snakk om en sjokkfase må vi sette av ekstra tid til å berolige og sannsynligvis gjenta viktig informasjon. Personer i sjokk kan ha lett for å feiltolke informasjon eller oppfatte den delvis (Cullberg, 2007). I forbindelse med Orems teorier savner vi vektlegging av mentale påvirkninger, som for eksempel sjokkfaser. For å forsikre oss om at gitt informasjon er oppfattet rett kan vi stille konkrete spørsmål som Martin og foreldrene skal besvare hver for seg. Dersom vi for

eksempel har informert om symptomer på hypoglykemi kan vi spørre Martin om han kan nevne noen eksempler.

Planleggingsfasen innebærer å bli kjent med pasienten og planlegge tilrettelagt behandlingsopplegg ved å variere mellom helt kompenserende, delvis kompenserende og støttende/undervisende. Vi tenker at det er viktig å planlegge både for hele sykehusoppholdet i form av hva Martin og foreldrene er nødt til å lære, samtidig som det kan være lurt å ta en dag av gangen ettersom de berørte parters tilstand stadig forandres. Artikkelen *In-hospital surviving skills training for type 1 Diabetes: perceptions of children and parents* trekker frem barns ubehagelige opplevelser i forbindelse med intensivbehandling og jevnlig observasjoner gjennom døgnet. Det fortelles at de ikke forstår hvorfor de ofte blir forstyrret om natten, blant annet ved at sykepleiere gir væskeinfusjoner. Med tanke på Martin vil det være viktig å foreta jevnlig blodsuktermålinger gjennom døgnet, inkludert om natten, og for at det ikke skal oppstå misforståelser om dette bør han informeres om hvorfor blodsuktermålingene må utføres (Schmidt et al., 2012).

For å ivareta Martins egenomsorgsbehov må vi arbeide helsefremmende og sykdomsforebyggende. Inkludering av omsorgspersoner kan ha helsefremmende effekt ved at Martin føler trygghet som følge av foreldrenes tilstedeværelse og bevarelse av faktorer som bedrer livskvaliteten. Med tanke på artikkelens (Coyne, 2006) funn om involvering av hjemmekjære faktorer kan vi fremme Martins mentale helse ved å bidra til stressreduksjon og trygghet. Ovennevnte faktorer kan også glede og motivere, og dermed bedre et ellers utfordrende sykehusopphold. Martin kan bli mer oppmerksom på hverdagsgleder som fotball og skole ved at venner og familie minner han om dette. Motivasjon til god egenbehandling kan gi sykdomsinnsikt og forståelse for viktigheten av behandling. Dette er sykdomsforebyggende ettersom et stabilt blodsukker og livsglede kan forebygge alvorlige komplikasjoner (Almás et al., 2010).

5.2 Veiledning og utøvelse

Veiledning og utøvelse henger tett sammen, både fordi utøvelsen skal baseres på veiledningen og fordi det sannsynligvis vil være behov for veiledning underveis i utøvelsen. Når det gjelder veiledning av Martin og hans foreldre vil vi utnytte deres kompetanse og utvikle nåværende kunnskapsnivå. Med utgangspunkt i grunnprinsippene om helsefremming og sykdomsforebygging basert på omsorg og respekt for pasienten, tenker vi at veiledningen må

innebære det vi mener Martin og hans foreldre er nødt til å kunne innen utskrivelsen. Veiledningen er allikevel mest knyttet til pasientens liv utenfor sykehuset i den grad at han forhåpentligvis vil huske hvordan veiledningen på sykehuset foregikk. For å oppnå dette vil vi anvende pedagogiske virkemidler tilpasset Martins alder, modenhet og interesser. Han vil utsettes for mye informasjon på kort tid, og vi tenker at det kan være effektivt å utnytte flere sanser ettersom det kan bidra til at han husker bedre etter utskrivelsen. Respekt innebærer blant annet å inkludere deres synspunkter og tilpasse opplæringen best mulig etter hvordan de ønsker den tilrettelagt. Av hensyn til pasientrettighetsloven kapittel 3 er det viktig at pasienten føler seg respektert og inkludert, selv om han er et barn (Lovdata, 2014).

Forståelse for medikamentelt utstyr som insulin, insulinpenn og blodsukkerapparat er grunnleggende for at Martins helse skal fremmes og bevares. Noe av det første vi vil gjøre er å informere han om hvorfor hans fysiske tilstand er redusert og hva hyperglykemi innebærer. Vi tenker at dette er et naturlig førstesteg ettersom han allerede er innlagt og sannsynligvis har overhørt prat om høyt blodsukker og diabetes. Ettersom han er så gammel som ti år vil han forstå mye og det er svært viktig at vi ikke snakker over hodet hans. Vi vil henvende oss direkte til han ved å forklare hva diabetes type 1 er og sammenhengen mellom blodsukker og insulinfunksjon. Etter god planlegging vil vi ha utarbeidet en tidsplan om når pasienten og hans foreldre skal lære å administrere medikamentelt utstyr og vurdere insulin doseringer i forhold til ernæring og aktivitetsnivå. Ettersom hovedmålet med veiledning er å styrke mestringskompetansen ved anvendelse av gode pedagogiske metoder avhenger denne behandlingsdelen av at vi i planleggingsperioden har funnet ut hvilket kunnskapsnivå Martin og hans foreldre har (Tveiten, 2008). Ikke minst er det sannsynligvis behov for å styrke praktiske ferdigheter i bruk av insulinpenn og blodsukkerapparat. Vi vil veilede pasienten og hans foreldre ved å vise frem insulinpenn og demonstrere hvordan det virker. Demonstrering av medisinsk utstyr og motivasjon under barnets utprøvelser av det kan ifølge artikkelen *In-hospital surviving skills training for type 1 Diabetes: perceptions of children and parents* gi trygghets- og mestringsfølelse (Schmidt et al., 2012). Denne og artikkelen *Children's experiences of hospitalization* (Coyne, 2006) bekrefter hverandres funn om barns redsel for smertefulle sprøytestikk og injeksjoner, så vi vil forsøke å redusere denne følelsen. Dersom Martin er redd for nåler kan det være en idé å øve på å sette insulin etter å ha gitt lokalbedøvelse med Emla-krem (Felleskatalogen, 2014). Dette kan bidra til at han får øvd på å bruke insulinpenn og konsentrert seg om å gjøre det rett fremfor å bruke krefter på å forberede seg til stikkene. Det er mulig Martin ønsker at vi demonstrerer hvordan en

insulininjeksjon utføres før han forsøker på egenhånd. Dersom det er tilfelle kan vi vise på en dukke eller på Martin om han ønsker det. For å unngå insulin- og fettansamlinger vil vi oppfordre pasienten til å bytte injeksjonssted (Ørn et al., 2011). Dette kan utføres ved at Martin ser for seg magen sin som en klokke og setter injeksjonen på rett sted til rett tidspunkt. For eksempel er det logisk at området over navlen er klokken tolv og at det derfor bør settes insulin på dette punktet i forbindelse med lunsj. Denne fremgangsmåten ble den av oss som har diabetes type 1 opplært i å anvende, noe som ga lett forståelse for hva som menes med å variere innstikksted. Blodsukkermålinger kan utføres på oss, både av oss selv og pasienten. Vi tenker at det viktigste er å sørge for at pasienten føler trygghet og så lite press som mulig i starten ettersom han har mye nytt å lære.

Vi tenker at det gjelder å veilede Martin stort sett hele tiden, både ved at vi informerer på forhånd og eventuelt korrigerer han dersom det er behov for dette. Det er viktig at vi ikke korrigerer for mye ettersom pasienten kan bli lei og det kan gå utover selvtiliten hans. Dersom han tilbereder et måltid tenker vi at veiledningen innebærer å undervise om de ulike matvarenes virkning på blodsukkeret i håp om at han selv klarer å vurdere om det er behov for en lav eller høy dose hurtigvirkende insulin. I starten vil det være naturlig å gi han legens konkrete forslag på hurtigvirkende insulindoseringer ut ifra blodsukkerverdiene og litteratur om matvarens energiinnhold. I forbindelse med tiden etter utskrivelse vil vi informere om moderne mobilfunksjoner som kan beregne noen lunde insulindoseringer i forhold til blodsukkerverdier og planlagte måltider, noe vi tenker kan passe pasientens unge alder. Det kan være kjedelig for han å innhente den slags kunnskap fra bøker, blant annet på grunn av vanskelig språk og faguttrykk. Etter hvert som Martin tar til seg informasjon og oppnår høyere kunnskapsnivå, både om diabetes type 1 generelt og sin egen diabetes, vil insulindoseringer, kosthold og aktivitet komme mer naturlig.

Martins sykehusopphold skal tilrettelegges hans personlige behov og vi tenker at prioritering av barns behov og et barnetilpasset miljø kan styrke livskvaliteten. Med tanke på artikkelen *Children's experiences of hospitalization* kan vi samarbeide med foreldrene ved at de bistår Martin med ønskede faktorer (Coyne, 2006). Dette kan blant annet innebære personlige klær og eiendeler, samt jevnlig besøk av venner. Dette forutsetter at både Martin og foreldrene er komfortable med det. Med tanke på barn i tiårsalderen og viktigheten av popularitet og sosiale sammenkomster kan det være aktuelt med inkludering av venner i form av aktiviteter utenfor sykehuset, som for eksempel en tur på restaurant. Dette kan planlegges underveis i

sykehusoppholdet, avhengig av Martins tilstand og personlige ønsker. Ikke bare kan dette styrke følelsen av å være ”normal” og sosial, men pasienten og hans foreldre kan samtidig øve på å ta selvstendige avgjørelser i forhold til blodsukker, insulin og matinntak. Artikkelen *Children as young as 4 of age with type 1 diabetes showed understanding and competence in managing their condition* trekker frem at barn nede i fireårsalderen viste kompetanse til å forstå hva blodsukkerverdier tilsier, når de har behov for mat og når det er behov for insulin. Følelsen av å være ”normal” og ”leve et liv” vektlegges også, noe vi mener omhandler aktiviteter som restaurantbesøk og sosiale sammenkomster. Artikkelen nevner usikkerhet hos omsorgspersoner og ulemper dette kan medbringe. Det er mulig foreldrene anser aktiviteter utenfor sykehuset som skremmende såpass tidlig etter at diagnosen er stilt, men det kan virke betryggende å vite at de skal tilbake til sykehuset i tilfelle den valgte insulindosen ikke gir ønsket blodsukkerresultat (Alderson et al. 2006).

Vi vet at Martin er glad i fotball og skole, noe vi tenker er store fordeler. Begge disse interessene er ressurser som kan utnyttes. Vi tenker at skoleinteressen innebærer lyst til å lære og sosiale gleder. Lysten til å lære kan innebære at han synes det er spennende å lære nye ting, at han har lett for å lære og at han har kjennskap til hvordan han lærer best. Vi vil kommunisere godt med Martin om dette og høre med han om han har noen ønsker om hvordan undervisning og veiledning skal tilrettelegges. Med tanke på det sosiale vil vi utnytte pasientens kommunikasjonsferdigheter. Det er godt mulig Martin er sjenert og ikke ønsker å åpne seg med det første, og vi vet heller ikke om det sosiale innebærer popularitet eller få nære venner. Fotball er en lagsport og ofte spiller skolebarn fotball på lag med skolekamerater, så vi tenker at Martin sannsynligvis trives sammen med flere av skolebarna. Informasjon om sammenheng mellom fysisk aktivitet og blodsukker kan være en motivasjonsfaktor. Ikke bare senker fysisk aktivitet insulinbehovet, men det bidrar til at det er enklere å oppnå et stabilt blodsukker. Det er viktig å informere foreldrene om at ettersom Martin befinner seg på et vekststadium produserer han veksthormoner, som kan ha blodsukkerøkende virkning. Det er derfor mulig han vil ha behov for lavere insulindoser etter hvert som han blir eldre. Samtidig er det viktig å være oppmerksom på at aktivitetsnivået kan bli noe lavere med alderen (Hanås, 2011). Et stabilt blodsukker er alltid ønskelig ettersom det reduserer risikoen for komplikasjoner og fordi det øker diabetikerens følelse av å være frisk og ”normal” (Borrild & Musaeus, 2001). Vi vil vektlegge informasjon om at stabilt blodsukker øker livskvaliteten i håp om at dette vil gi pasienten livsmot til god egenomsorg og håp om en fremtid uten alvorlige diabeteskomplikasjoner. I denne sammenheng vil vi

informere om hvilke akutte komplikasjoner som kan oppstå.

Ettersom Martin ble innlagt med ketoacidose tenker vi at det er viktig å snakke om dette ettersom det fremdeles ligger friskt i minnet. Igjen kan det lønne seg å oppfordre pasienten til å anvende flere sanser og tenke tilbake på hvordan han har hatt det den siste tiden og hvilke opplevelser han sitter igjen med. Dersom han for eksempel nevner vanlige symptomer som tørste, utmattelse og kvalme vil vi bekrefte at dette er normale symptomer på hyperglykemi og at ketoacidose er en fryktet komplikasjon av dette. Etter hvert som vi blir kjent med Martin vil vi finne ut hvor mye han er i stand til å forstå av informasjonen som gis og hvor nøye vi må forklare alvorlighetsgraden av ketoacidose. Forhåpentligvis vil de friske minnene bidra til at han lettere forstår hva hyperglykemi og ketoacidose innebærer. Det er naturlig å snakke om hypoglykemi og begrepet føling i startfasen av behandlingen og her inkluderes Martin. Foreldrene bør også få informasjon om insulinsjokk og anvendelse av glukagonsprøyte (Borrild & Musaeus, 2001). Vi tenker at det er viktig å gjøre pasienten oppmerksom på at alvorlig lavt blodsukker bør unngås, men at informasjon om behandling av insulinsjokk og alvorligheten av dette prioriteres foreldrene. I første omgang av behandlingen er det viktig å senke blodsukkerverdiene, noe som skjer relativt raskt etter oppstart av insulinbehandlingen. I startfasen av behandlingen er våre evner til observasjon og kommunikasjon svært viktig. Vi vil observere pasientens blodsukkerverdier gjennom døgnet og hvordan de svinger i forhold til tid på døgnet, ulike sammenhenger, ulike matvarer og aktivtetsnivå. Blant annet vet vi at stress kan øke blodsukkeret, så dette vil vi unngå så langt det lar seg gjøre (Hanås, 2011). I samarbeid med Martin og foreldrene vil vi oppfordre til å måle blodsukkeret jevnlig, observere blodsukkerreaksjonen i forhold til insulindoseringer, og oppfordre pasienten til å kjenne etter ulike kroppslige symptomer på hypoglykemi. Vi informerer om typiske symptomer og oppfordrer han til å si ifra om han kjenner noe lignende, og foreldrene til å observere ytre symptomer som blekhet og kaldsvette (Borrild & Musaeus, 2001). På denne måten blir Martin kjent med sin kropp og sin diabetes, og dermed ivaretar han grunnleggende egenomsorgsbehov med en delvis kompenserende støtte fra foreldrene og oss.

Artikkelen *Perceptions of patient education during hospital visit – described by school-age children with chronic illness and their parents* presenterer viktigheten av sykepleieres pedagogiske kompetanse og hvilken betydning ulike fremgangsmåter kan ha for barnets forståelse for sin kroniske sykdom. Den vektlegger særlig evnen til å kombinere empati for barnet og foreldrene med kunnskap om sykdommen og sykdomsbehandlingen. Vi tenker at

dette er en gunstig måte å gi Martin grunnleggende opplæring i behandling av sin diabetes type 1. Artikkelen sier at en god pedagog viser omsorg og høflighet, og stimulerer og organiserer undervisningsopplegget godt. Det er viktig med humor og positive holdninger, respekt for pasienten og gode relasjoner. To av barna i forskningsstudien forteller at noe av det viktigste er å føle at sykepleierne lytter til dem og fører dialog fremfor monolog. I vår sammenheng innebærer dette å snakke med pasienten gjennom veiledningen, stille konkrete spørsmål og besvare det han er usikker på. I forbindelse med utøvelse av insulininjeksjoner vil vi gi oppmuntrende ord underveis og bekreftelser når han utfører på rett måte. For at han skal føle seg trygg på oss vil vi fremtre høflig og vise at vi har god kunnskap, samt at vi er villige til å søke etter svar dersom vi er usikre. Opplæringen skal tilrettelegges barnets utviklingsnivå og bør inneha varierende og kreative læremåter. Sett i sammenheng med vår situasjon må vi ta stilling til at vi befinner oss på en sykehusavdeling og at det derfor er noe begrenset hva vi har mulighet til å inkludere innenfor det pedagogiske. Vi vil allikevel ta sikte på rom med behagelige farger på veggene, barnevennlig miljø med tilgang på leker og brettspill, og forsøke å skille mellom medikamentell behandling og undervisning om selve sykdommen. Dette kan skje ved at vi anvender konkrete rom for det pedagogiske, mens andre rom anvendes til det medikamentelle. Vi tenker at rommet Martin er innlagt på bør gi han mest mulig trygghet og at dette derfor bør tilpasses mest mulig etter hans ønsker. Dersom han ønsker opplæring om sin diabetes og behandling av den utenfor dette rommet vil vi forsøke å oppfylle det ønsket. Samtidig vil vi informere om at diabetes type 1 og behandlingen av den vil være en del av hverdagen hans etter utskrivelse og at det derfor ikke vil være mulig å utelukke den i arenaer som hjemmet og skolen (Kelo et al. 2013).

5.3 Evalueringsprosessen

Denne delen av behandlingen omhandler å avklare om vi har gitt Martin og foreldrene tilstrekkelig kunnskap og opplæring til at det er trygt å sende han hjem. Evalueringen foregår gjennom hele sykehusoppholdet ettersom vi kontinuerlig observerer pasient og pårørendes evner til å ivareta Martins egenomsorgsbehov. Vi vil av hensyn til helsepersonelloven §39 dokumentere underveis i behandling, både for å kunne se fremgang og motgang, og for at annet helsepersonell skal ha innsyn dersom en av oss hindres i å komme på jobb (Lovdata, 2015). Her vil vi stille oss selv spørsmål om vi har oppnådd nødvendige egenomsorgskrav som forståelse for sammenheng mellom diabetes type 1, kosthold, fysisk aktivitet, blodsukker og insulinbehandling. Ettersom det er begrenset hvor mye de er i stand til å lære i løpet av denne sykehusinnleggelsen vil vi avdekke om de mest nødvendige læringsmål er oppnådd. Vi

velger å trekke frem noen eksempler på hvordan vi kan evaluere Martins egenomsorgskapasitet.

Når det nærmer seg utskrivelse vil vi ta utgangspunkt i Orems modell og avklare om tidligere stilte sykepleiediagnoser er behandlet, som om Martin har oppnådd nødvendig kunnskapsnivå for å behandle sin diabetes type 1 best mulig. Det kan vise seg at han føler seg relativt sikker på medikamentelt utstyr, men at han er usikker på hva som vil skje videre utenfor sykehuset. Dette kan omhandle hvordan han vil takle å leve med og behandle diabetesen i forhold til skole, kosthold og fysisk aktivitet. Vi tenker at vi må være oppriktige i forhold til hvilket nivå han befinner seg på sammenlignet med avsatte mål, og gi motiverende ord om hva han har oppnådd. Ros, bekreftelser og mestringsfølelse kan øke Martins selvtillit og redusere følelsen av usikkerhet om fremtiden. Under sykehusoppholdet vil pasienten møte utfordringer som å stabilisere blodsukkeret med rett insulindose til ulike måltider og aktivitetsnivå. Vi vil rose han når han reflekterer over hvilken virkning ulike matprodukter har på blodsukkeret og gi han bekreftelser når han foretar valg. Vi tenker at han skal roses for å forsøke uansett utfall og bekrefte at blodsukkeret kan påvirkes ulikt på ulike dager til tross for samme matinntak, aktivitetsnivå, blodsukker og insulindosering. Noe av det grunnleggende innenfor forståelsen av diabetes type 1 er å vite at blodsukkeret påvirkes av mye mer enn mat og insulin, som for eksempel hormoner (Hanås, 2011).

Evalueringsprosessen innebærer planlegging og kontroll av sykepleieprosessen som helhet, blant annet ved at vi sørger for at ønskede mål oppnås underveis og er oppnådd ved utskrivelse. Hele behandlingsprosessen skal gi resultater underveis, noe både Martin, hans foreldre og vi må se. Det er sannsynlig at det er enklere for oss å se viktigheten av å nå delmål, som å måle blodsukkeret rett og kontinuerlig, og på grunn av dette ser vi oss nødt til å gi ros når pasienten oppnår dette. Samtidig som vi anser ros som en viktig del av læringsprosessen vil vi være konstruktive ved å komme med forslag som kan føre til forbedringer. Dersom Martin velger å spise mat med raske karbohydrater og på grunn av dette får en rask blodsukkerstigning må vi sørge for at han forstår dette utfallet. Dette kan vi gjøre ved å stille han spørsmål om ulike matvarers virkning på blodsukkeret og oppfordre han til å reflektere over om han synes det er verdt å spise denne matvaren fremfor en annen. Dersom han bekrefter at han forstår blodsukkerstigningen og allikevel ønsker denne matvaren ved senere anledninger, vil vi bidra til at han på forhånd av måltidet er innforstått med hvilken insulindosering som er nødvendig og hvilke komplikasjoner som kan oppstå ved

hyperglykemi. Forhåpentligvis vil pasienten vise selvstendighet når han foretar denne typen valg, som da vil bekrefte at hans egenomsorgskapasitet er ivaretatt. Vi tenker at selvstendige valg innebærer evne til kritisk refleksjon over dagliglivets utfordringer og forståelse for eventuelle konsekvenser av en handling. Dersom Martin har oppnådd den slags selvstendighet og forståelse for diabetes type 1 er han i stand til å ivareta sin egenomsorg.

Med tanke på den vanlige usikkerheten om hva som vil skje videre er det viktig for oss å snakke med Martin om hans tanker og følelser i forbindelse hverdagslige utfordringer. Dette kan gjelde frykten for å få ketoacidose igjen, frykt for føling under fotballkamper og følelsen av å være annerledes enn andre på skolen. Ettersom det er kort tid siden pasienten ble innlagt med svært dårlig allmenntilstand kan vi utnytte dette ved at pasienten selv reflekterer over hvordan ketoacidose påvirker tilstanden hans. Vi kan stille spørsmål om hva ketoacidose innebærer og om han har forstått hva han kan gjøre for å forhindre denne tilstanden. Her tenker vi at kunnskap om at ketoacidose oppstår ved hyperglykemi og insulinmangel er grunnleggende, samt at han har forståelse for hvilke blodsukkerverdier som anses som forhøyede. I tillegg er det nødvendig å vite at dette behandles med insulin og hvilke symptomer han bør kjenne til. Vi vil evaluere pasientens forståelse for viktigheten av et godt regulert blodsukker i forbindelse med fysisk aktivitet og om han er forberedt på eventuelle følinger, som kjennskap til hvilke symptomer som kan opptre og hvordan han kan oppnå blodsukkerstigning.

Mål om å være ”normal” viser seg å være viktig for barn (Alderson et al. 2006) og i evalueringsprosessen vil vi snakke med Martin om hva dette innebærer for han. Dersom han er redd for å skille seg ut ved at han måler blodsukker, setter insulininjeksjoner og er nødt til å spise utenom måltider må vi avklare om han forstår viktigheten av at dette allikevel utføres. Vi kan i samarbeid med pasienten utarbeide løsninger på hvordan han kan gjennomføre dette uten å føle ubehag ved å skille seg ut. Eksempelvis vil vi oppfordre han til å ha med seg raske karbohydrater på fotballtrening. Dersom han får føling under en fotballkamp må han selv ta initiativ til en liten pause for å øke blodsukkernivået og vi vil evaluere om han forstår viktigheten av at dette skjer relativt raskt for å unngå komplikasjoner som insulinsjokk. Martin og foreldrene bør kjenne til hvilken mat som bør inntas før trening for å unngå føling. Blodsuktermåling og insulininjeksjoner kan utføres andre steder enn i klasserommet dersom han ønsker det, men vi vil oppfordre han til å godta sin diabetes og at den blir en del av hverdagen hans. Basert på egne erfaringer som diabetiker har en av oss opplevd en trang til å

skjule insulininjeksjoner, noe som har ført til at de ikke alltid settes og at personen får hyperglykemi. Når dette gjentas blant venner og i skolesammenheng fører det til høy HbA1c, noe som bør unngås. Personlig tenker denne diabetikeren at det er best å godta at diabetes type 1 alltid er tilstede og at det er en del av personen med diagnosen. Dessuten vil vanligvis venner av diabetikeren synes det er spennende med insulininjeksjoner og blodsuktermålinger i starten, og etter hvert blir de vant til at diabetikeren utfører disse handlingene.

6.0 Konklusjon

Med utgangspunkt i Orems teorier yter vi god sykepleie om pasientens egenomsorgsbehov tilfredsstilles og det oppnås harmoni i hennes sykepleiemodell. Når det gjelder behandling av barn med diabetes type 1 vil dette si å ivareta grunnleggende behov som å spise god mat, fremme normalitet ved å bevare hverdagslige vaner som fotball og skole, og fremme helse ved å forhindre ustabil blodsukker. Observasjoner og vurderinger av Martins tilstand og kunnskaps- og utviklingsnivå tilrettelegger vi oppfølgingen ved å variere mellom helt kompensierende, delvis kompensierende og støttende/undervisende. Behandlingen og oppfølgingen på sykehuset skal gi Martin en forståelse for hva diabetes type 1 er, hvordan det behandles daglig og en forsmak på hva som vil skje videre etter utskrivelse. Som primærsykepleiere vil vi ha en regelmessig støttende og undervisende rolle gjennom sykehusoppholdet med ansvar for å oppmuntre, korrigere, demonstrere og assistere. I startfasen inntreffer vi som helt kompensierende ettersom pasientens kunnskapsnivå og aktuelle tilstand ikke er tilstrekkelig for at han kan dekke sine aktuelle egenomsorgsbehov. Planleggingsprosessen inngår i den første delen av behandlingen og innebærer samarbeid om å utarbeide en plan for hva som vil skje videre i løpet av sykehusinnleggelsen, der den konkretoperasjonelle periodens særtrekk tas i betraktning. Sykepleierens pedagogiske og veiledende funksjon er avgjørende for at pasient og pårørende skal lære det grunnleggende om diabetes type 1 og behandling av det. I denne behandlingsfasen er det viktig å skape gode relasjoner mellom Martin og oss, blant annet ved at vi viser interesse for han som enkeltindivid uten all fokus på sykdom. Dette inngår i våre plikter som sykepleiere og yrkesetikkens fokus på respekt for enkeltindividet. Av hensyn til helsepersonelloven og pasientrettighetsloven bistår vi som delvis kompensierende og støttende/undervisende med mål om å sikre god pasientopplæring, lindre stress og skape trygghet. Underveis som kunnskapsnivået utvikles i behandlingsprosessen tar vi sikte på hvilke aktuelle sykepleiediagnoser og hvilke egenomsorgsbehov Martin ikke klarer å dekke uten hjelp fra omsorgspersoner eller sykepleiere.

Jevnlig evaluering av pasient og pårørendes kunnskapsnivå er grunnleggende for å avklare hvilke egenomsorgskrav de stiller seg og om aktuelle egenomsorgsbehov tilfredsstilles. Det dukker til stadighet opp nye egenomsorgsbehov avhengig av hvor i behandlingsprosessen vi befinner oss. I løpet av første sykehusinnleggelse har vi begrenset tid. Vi anser derfor egenomsorgsbehovet om å leve med diabetes type 1 med begrenset uønskede komplikasjoner

som førsteprioritet. For å oppnå dette må egenomsorgskrav som forståelse for blodsuktermålinger og –verdier, insulindoseringer og kjennskap til akutte komplikasjoner stilles. Vi har som mål at pasient og pårørende oppnår aksept av situasjonen og etter hvert kompenserer for Martins funksjonssvikt. Dersom dette bekreftes gjennom evalueringsprosessen har vi ifølge Orem ytet god sykepleie. Forskningsartiklene, basert på barns utsagn og opplevelser, bekrefter også dette i form av at god sykepleie innebærer å styrke mestrings- og trygghetsfølelse, gi tilrettelagt kunnskapsformidling, tilrettelegge for et barnevennlig miljø og inkludere barn i aktuelle beslutninger. Med utgangspunkt i selvvalgt litteratur og pensumlitteratur gjør vi oppmerksom på at barn er individuelle og at det derfor kan variere noe hva de mener inngår i god sykepleie.

7.0 Litteraturliste

* Alderson, P., Sutcliffe, K., & Curtis, K. (2006). Children as young as 4 years of age with type 1 diabetes showed understanding and competence in managing their condition. *Evidence – based nursing*. 10(1), 28. <http://dx.doi.org/10.1136/ebn.10.1.28>

Almås, H., Stubberud, D.-G., & Grønseth, R. (2010). *Klinisk sykepleie 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Arsky, G. H. (2006). *Barn & diabetes - de beste hverdagstipsene*. Oslo: Cappelsens Forlag AS.

* Borrild, L. K., & Musaeus, L. (2001). *Sykepleje til mennesker med diabetes* (1. utg.). København: Munksgaard Danmark.

Brinchmann, B. S. (2008). *Etikk i sykepleien* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Cavanagh, S. J. (2001). *Orems sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of child health care*. 10(4), 326-336. <http://dx.doi.org/10.1177/1367493506067884>

* Christophersen, Y. (2004). *Diabetes for livet - Aldri fred å få? - Lev bedre med diabetes*. Otta: AIT Otta AS.

Cullberg, J. (2007). *Mennesker i krise og utvikling: en psykodynamisk og sosialpsykiatrisk studie* (3. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

* Diabetesforbundet. (2015, april 10). *Diabetes type 1*. Lokalisert på

http://www.diabetes.no/no/Ungdiabetes/Fakta_om_type_1/

Eide, H., & Eide, T. (2009). *Kommunikasjon i relasjoner - samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Felleskatalogen. (2014). *Felleskatalogen* (1. utg.). Oslo: Felleskatalogen AS.

* Frostad, S., Haug, J., Mostad, I. L., Eggen, B. E., Bangstad, H. J., Rø, Ø., Hanestad, B. R. & Aanderud, S. (2005). *Spiseforstyrrelser ved diabetes - en veileder for helsepersonell*. Oslo: Norsk diabetesforbund.

Gammersvik, Å., & Larsen, T. (2012). *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

* Gjørund, P., & Huseby, R. (2011). *Psykologi 2 - mennesket i gruppe og samfunn* (1. utg.). Oslo: Cappelen Damm.

Grønseth, R., & Markestad, T. (2011). *Pediatric og pediatriisk sykepleie* (3. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.

* Hanås, R. (2011). *Bli ekspert på din egen diabetes - Type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Holter, I. M., & Mekki, T. E. (2011). *Grunnleggende kunnskap i klinisk sykepleie - sykepleieboken 1* (4. utg.). Oslo: Akribe.

Hummelvoll, J. K. (2012). *Helt - ikke stykkevis og delt* (7. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.

* Kelo, M., Eriksson, E., & Eriksson, I. (2013). Perception of patient education during hospital visit – described by school-age children with a chronic illness and their parents. *Scandinavian journal of caring sciences*. 27(4), 894-904. <http://dx.doi.org/10.1111/scs.12001>

* Kristoffersen, N. J. (1996). *Generell sykepleie i fag og yrke - utvikling, verdier og kunnskap*. Oslo: Universitetsforlaget.

* Kristoffersen, N. J., Nordtvedt, F., & Skaug, E.-A. (2011). *Grunnleggende sykepleie bind 1- sykepleiens grunnlag, rolle og ansvar*. Oslo: Gyldendal akademisk.

* Helsepersonelloven, LOV-1999-07-02-64. §10, §16, §21 & §39. (2015). Lokalisert på <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>

* Pasient- og brukerrettighetsloven, LOV-1999-07-02-63. §3-2, §3-4 & §3-5. (2014). Lokalisert på <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=pasient-+og+brukerrettighetsloven>

* Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, FOR-2000-12-01-1217. §4, §5 & §14. (2013). Lokalisert på <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>

* Norsk sykepleierforbund [NSF]. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf

* Næss, S., & Eriksen, J. (2006). *Diabetes og livskvalitet* (Rapport 7/06. utg.). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

* Schmidt, C., Bernaix, L. W., Chiappetta, M., Carroll, E., & Beland, A. (2012). In-hospital survival skills training for type 1 Diabetes: Perception of children and parents. *MCN, The American journal of maternal/child nursing*. 37(2), 88-94
<http://dx.doi.org/10.1097/NMC.0b013e318244febc>

* Skaalvik, E. M., & Kvello, Ø. (1998). *Barn og miljø - om barns oppvekstvilkår i det senmoderne samfunnet*. Otta: Tano Aschehoug.

* Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2. utg.). Bergen: Fagbokforlaget .

Ørn, S., Mjell, J., & Bach-Gansmo, E. (2011). *Sykdom og behandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk .

Vedlegg 1: PICO-skjema

Databaser	Søkeord	Dato	Begrensninger	Antall treff	Utvalgte artikler
Cinahl	Children + Type 1 diabetes + Training in hospital	13.04.2015	2001 – 2015	28	In-hospital survival skills training for type 1 diabetes: perceptions of children and parents
Cinahl	Children + Type 1 diabetes + Training in hospital	14.04.2015	2006 – 2015	9	Perceptions of patient education during hospital visit – described by school-age children with a chronic illness and their parents
PubMed	Children + Experiences + Hospitalization	14.04.2015	2005 – 2015	288	Children's experiences of hospitalization
Google Scholar	Alderson P. + Sutcliffe K. + Curtis K.	24.04.2015		250	Children as young as 4 years of age with type 1 diabetes showed understanding and competence in managing their condition