



# Veiledning til barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1

*Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning bidra til mestring av blodsukkerkontroll og insulinbehandling hos barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1?*

## Bacheloroppgave i sykepleie

**Lovisenberg Diakonale Høgskole**

**Kull:** BIS14

**Kandidatnummer:** 210

**Innleveringsfrist:** 18.04.2017

**Antall ord:** 10799

ABSTRAKT	Lovisenberg diakonale høgskole Dato: 18.04.2017
Tittel: Veiledning til barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1	
<p><u>Problemstilling</u> Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning bidra til mestring av blodsukkerkontroll og insulinbehandling hos barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1?</p> <p><u>Teoretisk perspektiv</u> Det sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlaget omhandler aktuell etikk og jus, sykepleierens ansvars- og funksjonsområde samt didaktikk og helseveiledning. Teori om utviklingspsykologi, mestring, kommunikasjon med barn og diabetes mellitus type 1 har også blitt benyttet i oppgaven.</p> <p><u>Metode</u> Denne litterære oppgaven bygger på relevant fag- og forskningslitteratur som blir brukt for å belyse oppgavens problemstilling. Samtale med ressursperson bidro med praksisrelevant kunnskap. Forskjellige databaser som Cinahl, Bibsys, Google Scholar og SveMed+ har blitt benyttet for å finne artikler til drøfting av problemstillingen.</p> <p><u>Drøfting</u> Teorien og det sykepleiefaglige kunnskapsgrunnlaget brukes sammen med aktuelle fag- og forskningsartikler for å belyse oppgavens problemstilling. Utgangspunkt for drøftingsdelen er den didaktiske relasjonsmodellen som fremhever seks likestilte forhold som påvirker veiledningssituasjonen. Aspektet av å føle seg annerledes blir også drøftet i oppgaven.</p> <p><u>Konklusjon</u> Sykepleieren har i sin rolle som veileder et ansvar for å bidra til mestring av nye oppgaver og utfordringer ved sykdom hos barn. Den veiledende funksjonen blir ekstra viktig ved en kronisk sykdom som diabetes mellitus type 1, der sykepleieren gjennom tilpasset veiledning kan tilrettelegge for mestring av blodsukkerkontroll og insulinbehandling. Den didaktiske relasjonsmodellen tar hensyn til alle aspekter ved en veiledningssituasjon og fremstår som et godt verktøy for en faglig forsvarlig og hensiktsmessig helseveiledning. Etisk refleksjon ved ytelse av sykepleie til barn og en relasjon basert på tillit og trygghet er avgjørende for god kommunikasjon. Det gir et godt utgangspunkt for veiledningen og danner grunnlaget for barnets muligheter å mestre blodsukkerkontroll og insulinbehandling ved nyoppdaget diabetes.</p> <p><u>Nøkkelord:</u> Diabetes mellitus type 1, sykepleie, barn, veiledning, kommunikasjon</p>	

Totalt antall ord:273

## Innholdsfortegnelse

<b>1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn .....	1
1.2 Presentasjon av problemstilling .....	2
1.3 Målgruppe.....	2
1.4 Kontekst .....	3
1.5 Avgrensninger.....	3
1.6 Oppgavens disposisjon .....	4
<b>2 Metode</b> .....	<b>5</b>
2.1 Litterær oppgave.....	5
2.2 Databaser og søkeprosess .....	5
2.3 Samtale med ressursperson.....	6
2.4 Kildekritikk.....	6
<b>3 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag</b> .....	<b>8</b>
3.1 Etikk og jus i sykepleie til barn .....	8
3.1.1 Samtykkekompetanse og rett til informasjon.....	8
3.1.2 Barnets autonomi .....	8
3.1.3 Forskrift gir rettigheter.....	9
3.2 Sykepleierens veiledende funksjon .....	9
3.3 Didaktikk og helseveiledning.....	10
<b>4 Teori</b> .....	<b>12</b>
4.1 Alderstrekk og kognitiv utvikling.....	12
4.2 Mestring .....	13
4.3 Kommunikasjon med barn.....	14
4.4 Diabetes mellitus type 1 .....	14
4.4.1 Livet med diabetes .....	16
<b>5 Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning bidra til mestring av blodsukkerkontroll og insulinbehandling hos barn med nyopptaget diabetes mellitus type 1?</b> .....	<b>17</b>
5.1 Motivasjon og mestring gir selvstendighet.....	17
5.2 Barnets kunnskapsgrunnlag.....	19
5.3 Barnets situasjon og miljøets betydning .....	20
5.4 Mål med mening .....	21
5.5 Kommunikasjon og pedagogisk veiledning .....	23
5.6 Blodsukkerkontroll og insulinbehandling .....	25
5.7 Å føle seg annerledes.....	28
5.8 Vurdering av veiledningen .....	29
<b>6 Avslutning</b> .....	<b>31</b>

# 1 Innledning

I kapitlet presenteres bakgrunn og valg av problemstilling. Kapitlet redegjør videre for oppgavens målgruppe, kontekst og avgrensninger og til sist beskrives oppgavens disposisjon.

## 1.1 Bakgrunn

Diabetes type 1 rammer hvert år over 300 barn under 15 år i Norge og totalt lever i dag omtrent 2500 barn med sykdommen (Diabetesforbundet, 2017). Diabetes vil påvirke hverdagen til barnet og livskvalitet og livsutfoldelse er avhengig av hvordan barnet og familien mestrer de nye utfordringene som sykdommen fører med seg (Grønseth & Markestad, 2013). Vanlig praksis er at barn med nyoppdaget diabetes er innlagt på sykehus de første to ukene for å få kunnskap om sykdommen og veiledning for å bli mest mulig selvhjulpne (Markestad, 2016). Her vil sykepleieren spille en sentral rolle, da veiledning til pasienter inngår i sykepleierens faglige ansvarsområder (Nortvedt & Grønseth, 2015). Gjennom en individtilpasset veiledning på barnets premisser kan sykepleieren gi barnet gode forutsetninger for å mestre den nye livssituasjonen og oppnå en optimal metabolsk kontroll i hverdagen (Haugstvedt, 2011). Diabetes er en sykdom som krever kontinuerlige blodsuktermålinger og insulinbehandling. Sykepleieren må derfor veilede barn og foreldre både om sykdommen generelt og om blodsuktermåling og administrasjon av insulin spesielt (Måløy, 2011). En studie av Sparapani, Jacob og Nascimento (2015) viser at barn ofte føler usikkerhet og redsel knyttet til disse prosedyrer. Tilpasset veiledning vedrørende blodsukkerkontroll og insulinbehandling er derfor avgjørende for å oppnå selvstendighet og en så normal hverdag som mulig (Grønseth & Markestad, 2013).

En veiledningssituasjon baseres på kommunikasjon og samspill mellom barn og voksne. Det er sentralt for sykepleieren å ta hensyn til barnets kognitive utviklingsnivå i forhold til blant annet språkbruk. Kommunikasjonen bør preges av anerkjennelse og forståelse av følelser som barnet gir uttrykk for (Tveiten, 2006). Barnets rett til tilpasset informasjon på sine premisser finnes hjemlet i norsk lov. Sykepleieren plikter dermed til å tilpasse veiledningens innhold etter barnets alder og modenhet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

God diabeteskontroll før barnet går inn i puberteten er av stor betydning. Da er behovet for uavhengighet og frigjørelse fra foreldre stort og diabetes sykdommen skal ikke være til hinder for utviklingsprosessen. Kunnskap om sykdommen og god diabeteskontroll i ung alder har også vist seg gi økt livskvalitet i hverdagen (Hanås, 2015). Sykepleieren må samtidig poengtere at kontrollen over et godt regulert blodsukker ikke får ta overhand. Barn skal få lov til å være barn og diabetesen skal ikke begrense livsutfoldelsen (Arsky, 2006).

Diabetes sykdommen gjør i tillegg at barn ofte opplever seg som annerledes.

Blodsuktermålinger og insulinsetting begrenser blant annet deltakelse i aktiviteter sammenlignet med andre barn (Freeborn, Dyches, Roper, Mandleco, 2013). Hvis sykepleieren kan tilrettelegge for at blodsukkerkontroll og insulinsetting blir en integrert og naturlig del av livet blir det lettere for barnet å oppleve harmoni og leve et godt liv med sykdommen (Hanås, 2015).

## **1.2 Presentasjon av problemstilling**

Jeg har på grunnlag av ovenstående bakgrunn valgt følgende problemstilling:

Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning bidra til mestring av blodsukkerkontroll og insulinbehandling hos barn med nyopplaget diabetes mellitus type 1?

## **1.3 Målgruppe**

Jeg har valgt barn i aldersgruppen 9-12 år som befinner seg i det konkretoperasjonelle stadiet. Barn har da evnen til logisk tenking og kan se årsakssammenhengen mellom eksempelvis diabetes og hvordan den påvirker kroppen. Forutsetninger for læring er blant annet knyttet til barnets kognitive utvikling (Håkonsen, 2014). Barn mellom 9-12 år vil derfor mest sannsynlig ha en aktiv rolle i veiledningssituasjonen. I Erikssons teori om psykososiale faser og utviklingskriser er barn mellom 6 og 14 i en fase der læring av fysiske og intellektuelle aktiviteter er i fokus. Et positivt resultat fra denne perioden er et barn som opplever mestring av ferdigheter og som dermed kan utvikle sin kompetanse på ulike plan i livet (Håkonsen, 2014). Opplæring i insulinbehandling gis til både barn og foreldre først når barnet har fylt 7, noe som forsterker valget av aldersgruppe (Grønseth og Markestad, 2013).

## 1.4 Kontekst

De to første to ukene av behandlingen hos barn med nyopplaget diabetes forekommer på sykehus (Grønseth & Markestad, 2013). Oppgavens fokus er på den veiledning som sykepleieren gir til barn og foreldre på sykehuset innenfor denne tidsperioden.

## 1.5 Avgrensninger

Oppgaven omhandler kun barn med norsk opprinnelse grunnet hensyn til språk og kulturelle forskjeller. Hovedfokus i oppgaven vil være på veiledning til barn da de fleste mellom 9-12 år har mulighet å mestre både blodsuktermåling og administrasjon av insulin. Barn under 12 kan derimot ikke ta fullstendig ansvar for dette og foreldre vil fremdeles spille en viktig rolle for diabeteskontroll i hverdagen (Haugstvedt 2011). Foreldre vil derfor inkluderes i veiledningen og være en viktig støttespiller for barnet i forhold til mestring av blodsukkerkontroll og insulinbehandling.

Litteraturen skiller på informasjon, undervisning og veiledning. Veiledning vektlegger læring for å fremme mestring i hverdagen, noe som er sentralt for et barn med diabetes. For å mestre blodsuktermåling og insulinbehandling i en aktiv tilværelse kreves tilpasset veiledning. Undervisning og informasjon vil danne et fundament for forståelse, mens veiledningen legger til rette for mestring i praksis (Karlsen, 2011). Undervisning er planlagt og styrt av den som underviser, mens veiledning kan beskrives som en dynamisk prosess der behovet hos den som blir veiledet er utgangspunkt for innholdet (Tveiten, 2012, B). Jeg har i oppgaven valgt å ikke fokusere på informasjon og undervisning, men er klar over at dette ofte er en del av veiledningsprosessen. Veiledning er valgt på grunn av at den dialogbaserte prosessen styrker mestringskompetansen hos barn og foreldre (Tveiten, 2012, B) og dermed er aktuell for å besvare oppgavens problemstilling. Sykepleierens yrkesrolle innebærer ansvar for en rekke grunnleggende funksjonsområder. Sykepleieren kan gjennom veiledning, foruten å tilrettelegge for mestring, også ha en helsefremmende og forebyggende hensikt (Kristoffersen, Nortvedt, Skaug, 2011). Jeg har valgt å ikke redegjøre for den helsefremmende- og forebyggende funksjonen, men er klar over om at den er viktig i forhold til barn som skal leve et godt liv med diabetes.

Sykepleiefokus i diabetesbehandling består av kunnskap om sykdommen, kost, fysisk aktivitet samt blodsukkerkontroll- og insulinbehandling (Grønseth & Markestad, 2013). I

drøftingsdelen, som tar utgangspunkt i den didaktiske relasjonsmodellen, omhandles blant annet veiledningens innhold. Her vil kun veiledning i blodsuktermåling og insulinsetting drøftes for å kunne besvare problemstillingen på et tilstrekkelig grunnlag innenfor oppgavens rammer.

Diabetesomsorgen innebærer både en-til-en veiledning og gruppebasert veiledning. Barn i den aktuelle aldersgruppen har mange likheter samtidig som det er individuelle forskjeller når det gjelder modenhet og muligheter for deltakelse i diabetesbehandlingen (Haugstvedt, 2011). Jeg har på bakgrunn av dette ikke valgt å belyse gruppebasert veiledning da det handler om barn med nyoppdaget diabetes som krever tilrettelegging etter individuelle forutsetninger. I en-til-en veiledningen inkluderes både barn og foreldre. Hovedfokus er på barnet men foreldrene er tilstede.

Sykepleieren jobber ofte tverrfaglig med andre profesjoner som eksempelvis lege og ernæringsfysiolog i behandlingen av barn med nyoppdaget diabetes (Hanås, 2015). Det er viktig for at barnet og foreldrene skal få så gode forutsetninger som mulig å mestre hverdagens nye utfordringer. Jeg har ikke valgt å belyse oppgaver til andre profesjoner da jeg ønsker et tydelig sykepleiefaglig fokus.

## **1.6 Oppgavens disposisjon**

I det følgende kapitlet (2) redegjøres det for hva som kjennetegner en litterær oppgave og deretter behandles databaser, søkeprosess samt intervjuet som bidro med praksisrelevant kunnskap. Kapitlet avsluttes med kildekritikk. Videre følger kapitlene (3 og 4) som omhandler sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag og teori. Etikk, jus, sykepleierens veiledende funksjon, den didaktiske relasjonsmodellen, utviklingspsykologi, mestringsbegrepet, kommunikasjon og diabetes mellitus presenteres i denne del av oppgaven. Dette gir det teoretiske rammeverk som er utgangspunkt for drøftingsdelen i etterfølgende kapittel (5). Oppgavens siste del består av en avslutning (6).

## **2 Metode**

I kapitlet beskrives metoden som blir brukt for å besvare problemstillingen samt databaser, søkeprosess og kildekritikk.

### **2.1 Litterær oppgave**

Denne bacheloroppgaven er en litterær oppgave basert på aktuell fag- og forskningslitteratur. I den litterære oppgaven er skriftlige kilder som fagbøker og aktuell forskningslitteratur verktøyet som brukes for å belyse temaet og besvare problemstillingen (Dalland, 2015). Artiklene som brukes i oppgaven er basert på både kvantitativ og kvalitativ forskning, der begge metodene på forskjellige måter gir kunnskap til å drøfte problemstillingen. Den kvantitative metoden kjennetegnes av systematiske undersøkelser som går i bredden for å forklare det som er felles for en gruppe. Kvalitativ forskning går i dybden og formidler gjennom sin ustrukturerte form en mer helhetlig bilde (Dalland, 2015).

### **2.2 Databaser og søkeprosess**

Det har i oppgaven blitt benyttet relevant sykepleiefaglig pensumlitteratur og egenvalgt litteratur om diabetes fra skolens bibliotek og Deichmanske bibliotek. Jeg har videre anskaffet bøker innenfor diabetes, pediatri og kommunikasjon med barn som jeg fått anbefalt fra veileder. Samtalen med en diabetessykepleier som jobber med oppfølging av barn med diabetes ga viktige innspill fra praksis. Bibliotekets skjema for vurdering av fag- og forskningsartikler har blitt brukt for en strukturert analyse av artiklene og resultat fra forskningen vil brukes i bakgrunn (kapittel 1) og i drøftingsdelen (kapittel 5). Artiklene har et tydelig sykepleiefaglig fokus og er publisert i anerkjente internasjonale tidsskrifter.

Jeg har anvendt forskjellige databaser for å finne frem til relevant fag- og forskningslitteratur og Oria har blitt brukt for å søke etter bøker på Lovisenberg høgskoles sitt bibliotek. Artikkelsøk har blitt utført gjennom en rekke databaser og jeg har brukt Cinahl, Bibsys, Google Scholar og SveMed+ for å finne aktuelle fag- og forskningsartikler. Sykepleien Forskning har også blitt benyttet i søkeprosessen. Videre har jeg anvendt relevante og troverdige nettsider som Diabetesforbundet, Norsk sykepleierforbund og Lovdata, der jeg funnet statistikk, etiske føringer og relevant lovgivning.



For å finne relevante artikler om oppgavens tema har jeg brukt følgende søkeord; Diabetes mellitus type 1, injection technique, patient education, self-care, teaching, child og nursing. Søkeordene har blitt brukt i forskjellige kombinasjoner og ga totalt 533 treff. Tilsvarende ord på norsk har blitt brukt ved søk på Sykepleien Forskning. Videre har jeg avgrenset artiklene med hensyn til aldersgruppe og publikasjonsdato. Jeg har valgt aldersgruppen 6-12 år og artikler som ikke er eldre enn 10 år. Søkeordene har blitt kombinert med «or» og «and» og etter at jeg lest en rekke sammendrag ble 6 artikler valgt for å brukes i drøftingsdelen. Et artikkelsammendrag på Sykepleien Forskning ga inspirasjon til at finne originalartikkelen i Cinahl. Denne artikkelen er fra 2006 og vil, sammen med de andre 6 artiklene, bidra med viktige innspill til besvarelsen av oppgavens problemstilling.

### **2.3 Samtale med ressursperson**

Samtalen med diabetessykepleieren, som jobber med oppfølging av barn med diabetes på et sykehus i østlandsregionen, har bidratt med praksisrelevant kunnskap. Sykepleieren har tidligere arbeidet på sengepost for barn med nyopplaget diabetes og har lang erfaring innenfor pediatrien. Jeg sendte spørsmål til sykepleieren i forkant av samtalen for å sikre svar som er relevante for besvarelsen av oppgavens problemstilling. Praksiserfaring er viktig da den styrker kunnskapen fra de litterære kildene. Informasjonen fra samtalen blir brukt i drøftingsdelen kapittel 5. Svarene fra ressurspersonen er ikke generaliserbare og vil derfor bli brukt med varsomhet.

### **2.4 Kildekritikk**

Kildekritikk skal være til hjelp for å vurdere om de kilder som blir brukt for å besvare problemstillingen er relevante og troverdige. Det handler om kritisk refleksjon for å kunne forsvare at oppgaven er forankret i faglig anerkjent litteratur og forskning (Dalland, 2015). Bjørndal og Liberg er primærkilde til den didaktiske relasjonsmodellen, men da denne bok fra 1978 ikke var mulig å finne på skolens bibliotek, Deichmanske bibliotek eller nettbokhandel har jeg valgt å bruke Christiansen (2014) i oppgaven. Jeg anser imidlertid Christiansen (2014) som en troverdig kilde og at hovedfokuset på helseveiledning gjør den ekstra relevant for oppgaven. Det var også vanskelig å finne primærlitteraturen til Piaget da denne bok heller ikke var tilgjengelig på nevnte bibliotek eller nettbokhandel. Jeg har derfor valgt å bruke Håkonsen (2014) og Askland & Sataøen (2009) for å beskrive kognitiv utvikling hos barn i

den valgte aldersgruppen. Forfatterne er anerkjente og tolkningen av Piaget kan derfor anses være troverdig. Jeg har brukt en oversatt utgave av Erik H. Eriksons bok *Barndommen og samfunnet* (2000), men anser at oversettingen ikke påvirker verdien som primærlitteratur. Håkonsen (2014) har blitt brukt for å henvise til aldersgruppen som tilhører den fjerde fasen i Eriksons teori, da dette ikke var spesifisert i primærlitteraturen. Piagets og Eriksens teorier kan kritiseres for å være eldre og dermed ikke tilpasset barn som lever i dagens samfunn. De deler også inn barns utvikling i statiske faser, noe som kan kritiseres, da tar lite hensyn til individuelle forskjeller hos barn. Jeg anser imidlertid at de fortsatt er et godt teoretisk rammeverk for barns utvikling. At de fortsatt tolkes av dagens forfattere er noe som styrker troverdigheten ytterligere og jeg har derfor valgt å bruke dem i oppgaven. Kritikkk kan også rettes mot boken *Mestring og Relasjon* av Håkonsen (1999) da boken er 18 år gammel. Boken beskriver imidlertid mestring på en måte som styrkes av annen relevant litteratur og anses derfor som troverdig.

Artiklene som brukes i drøftingsdelen er engelskspråklige, noe som kan føre til misforståelse i tolkning av innhold. Forskningsartikkelen forfattet av Roper, Call, Leishman, Ratcliffe, Mandleco, Dyches, Marshall, (2009) og Freeborn et al (2013) bygger på studier gjennomført i USA, mens studien av Sparapani et al (2015) bygger på intervjuer med barn fra Brasil. Dette kan påvirke overførbarheten til norske forhold. Det fremgår imidlertid av artiklene at intervjuene blitt gjennomført på en profesjonell måte i et miljø som tilsier at funnene er overførbare til norske forhold. De fremstår dermed som relevante. De tre artiklene er publisert i internasjonale tidsskrifter, noe som styrker troverdigheten ytterligere. Kritikkk kan også rettes mot et lavt antall deltakere fra samme sted med lignende familiestruktur i studien utført av Freeborn et al (2013). Resultatet anses likevel som troverdig da kvalitativ forskning bygger på en dypere forståelse hos et mindre antall intervjupersoner og er utført av fagfolk. Deltakerne i studien av Alderson, Sutcliffe, Curtis (2006) har en alder mellom 3-12 år, noe som ikke treffer helt med hensyn til mitt valg av aldersgruppe. Jeg har allikevel valgt å bruke artikkelen da den bekrefter at vilje og evne til injeksjon ikke er aldersrelatert.

### **3 Sykepleiefaglig kunnskapsgrunnlag**

Kapitlet innledes med en redegjørelse for etikk og jus som er aktuell ved ytelse av sykepleie til barn. Videre følger en fremstilling av sykepleierens veiledende funksjon. Kapitlet avsluttes med en presentasjon av den didaktiske relasjonsmodellen.

#### **3.1 Etikk og jus i sykepleie til barn**

Jus og etikk utfyller hverandre. Loven styrer en sykepleiers handlingsrom og setter en minste standard for hva som regnes som faglig forsvarlig sykepleie. Etikken handler om de holdninger som styrer sykepleierens arbeid i møtet med pasienten og de prinsipper som er grunnleggende for all sykepleie (Molven, 2014). Når det gjelder sykepleierens møte med barn på sykehus kreves det en etisk bevissthet hos sykepleieren som må forholde seg til en rekke potensielle utfordringer. Barn og foreldre kan for eksempel ha ulikt syn og forskjellige ønsker knyttet til behandlingen. Sykepleieren må da sørge for å ivareta barnets behov samtidig som foreldrene har det ytterste ansvaret i henhold til lovverket (Tveiten, 2012, A).

##### **3.1.1 Samtykkekompetanse og rett til informasjon**

Pasient- og brukerrettighetsloven fastslår at mindreårige fra en alder av 16 år har samtykkekompetanse. Det betyr at foreldre eller personer med foreldreansvar skal ta ansvar for avgjørelser som tas i forbindelse med helsehjelp til mindreårige. Mindreårige barn har, selv om de ikke er samtykkekompetente, i henhold til loven rett til å bli hørt, og hensyn skal tas med utgangspunkt i barnets utvikling og modenhet. Ved 12 års alder skal den enkelte involveres i alle beslutninger rundt sin egen helsesituasjon og sykepleieren må sørge for at barnet får mulighet til å si sin mening. Loven tydeliggjør at både foreldre og barn har rett til informasjon når barnet er under 16 år. Informasjonen skal være individuelt tilpasset etter blant annet alder og modenhet og sykepleieren plikter til å sikre at barnet forstår den informasjon som er gitt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999)

##### **3.1.2 Barnets autonomi**

Autonomi handler om selvbestemmelse og muligheten som mennesket har til selvstendige valg i livet. Når det handler om sykepleie til barn som juridisk sett ikke har samtykkekompetanse må sykepleieren ha en helhetlig tilnærming til familien i behandlingsforløpet (Tveiten, 2012, A). Barnet har i henhold til lovverket rett til å uttale seg

og sykepleieren plikter dermed å sørge for at barnet blir sett og hørt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Det handler om å tilrettelegge kommunikasjon på barnets premisser på en måte som gjør det mulig for barnet å være delaktig og uttrykke sin vilje. Sykepleieren må samtidig forholde seg til det faktum at foreldrene har det ytterste ansvaret for de beslutninger som skal tas i forbindelse med behandlingen. Autonomiprinsippets ivaretagelse utfordres ved sykepleie til barn, men en god relasjon til barn og foreldre er til hjelp for å etterstrebe dette prinsippet i et behandlingsforløp (Tveiten, 2012, A). Autonomiprinsippet fremgår også av de yrkesetiske retningslinjer. De fastslår at sykepleieren skal fremme pasientens muligheter til selvbestemmelse gjennom individtilpasset informasjon og sikre at denne er forstått. Det handler om en grunnleggende respekt for hvert enkelt menneske for å fremme en helhetlig og omsorgsfull sykepleie (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

### **3.1.3 Forskrift gir rettigheter**

Helse- og omsorgsdepartementet gir i forskrift om barns opphold i helseinstitusjon en utdypende forklaring til barnets rettigheter under et behandlingsforløp på sykehus. Forskriften er hjemlet i spesialisthelsetjenesteloven. Denne forskrift er gjeldende for barn under 18 år som behandles innenfor spesialisthelsetjenesten og regulerer blant annet samværsrett for foreldre, krav til personkontinuitet, miljø og dekning av reise og oppholdsutgifter for foreldre. Forskriften presiserer at personell som yter helsetjenester til barn på sykehus må ha kunnskap om barns utvikling og skal gi foreldre informasjon om mulige reaksjoner på sykdom hos barn (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2001).

## **3.2 Sykepleierens veiledende funksjon**

Sykepleieren har i sin yrkesrolle et faglig ansvar for oppgaver knyttet til en rekke funksjonsområder. Hva som inngår i sykepleierens faglige ansvar er styrt av utdannelsens rammeplan, de etiske retningslinjene, samt lover- og forskrifter. Veiledningsfunksjonen innebær blant annet at sykepleieren skal ta ansvar for veiledning til pasienter, pårørende, kollegaer og studenter. Sykepleieren er selv ansvarlig for å tilrettelegge og planlegge veiledningen på pasientens premisser, noe som blir spesielt viktig ved kroniske lidelser som diabetes (Nortvedt & Grønseth, 2015). Veiledningsfunksjonen handler om å tilrettelegge for læringsprosesser og med sykepleiefaglig kompetanse bidra til mestring og utvikling

(Kristoffersen et al, 2011). En profesjonell og kontinuerlig veiledning av høy faglig kvalitet gir gode forutsetninger for et positivt sykdomsforløp hos en person med diabetes. Dette gjør at sykepleieren i sin veiledende funksjon har et stort ansvar for de enkeltes håndtering av sin diabetes og konsekvensene av den (Karlsen, 2011).

Veiledning til barn karakteriseres av en helhetlig tilnærming til familien. Det handler om et dialogbasert samspill og prosessen kan bestå av flere komponenter. Informasjon og undervisning kan være en del av helheten og sykepleieren må tilpasse veiledningen etter barnet og familiens behov (Tveiten, 2012, B). Det er sykepleierens ansvar å sørge for at informasjonen som gis under veiledningen er i tråd med gjeldende lovverk. Det kan eksempelvis handle om informasjon knyttet til diagnose, behandling, pleie og tidsperspektiv på behandlingsforløpet. Informasjonen skal, som tidligere nevnts, gis til både barn og foreldre hvis pasienten er under 16 år og skal være individuelt tilpasset etter blant annet alder og modenhet (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999).

Brukermedvirkning er en forutsetning for at sykepleieren skal kunne danne seg et bilde av barnets og foreldrenes unike livssituasjon og de utfordringer som et liv med sykdommen kan innebære. Involvering i veiledningsprosessen gir dem de verktøy som kreves for å mestre en ny og annerledes hverdag (Grønseth & Markestad, 2013). Brukermedvirkning omhandles også i stortingsmelding 47 som konkretiserer betydningen av pasientens medvirkning som en naturlig del av behandlingsforløpet (Stortingsmelding 47, 2008-2009).

Sykepleieren kan sammen med barnet og foreldrene konkretisere mål og tiltak for måloppnåelse under veiledningen for å tydeliggjøre hva som skal til for å mestre en oppgave eller nye utfordringer i hverdagen. En tillitsfull relasjon er grunnleggende for en god veiledningssituasjon, og profesjonell og omsorgsfull veiledning krever at sykepleieren har kunnskap innenfor blant annet psykologi, kommunikasjon, etikk og patologi (Tveiten, 2012, B).

### **3.3 Didaktikk og helseveiledning**

Den didaktiske relasjonsmodellen er et pedagogisk verktøy som med fordel kan brukes av sykepleieren for en hensiktsmessig og individuell veiledning. Det handler om tilrettelegging av veiledning for å fremme motivasjon og mestring i nye livssituasjoner som krever

forandringer i hverdagen. Modellen peker på seks forhold som på lik linje påvirker veiledningssituasjonen; pasientens forutsetninger, situasjon/kontekst, metodikk, mål, innhold og vurdering. Sykepleieren må fremheve individuelle trekk for å skreddersy veiledningen på pasientens premisser og deretter utforme realistiske og oppnåelige mål i samarbeid med den enkelte. Veiledningens innhold skal ta utgangspunkt i pasientens behov og stiller krav til sykepleierens kompetanse innenfor en rekke fagområder. Pasienten bør helst medvirke i utformingen av innholdet da dette gir kjennskap til den enkeltes spesifikke ønsker og behov (Christiansen, 2014, A).

Sykepleieren må ha innsikt i pasientens situasjon og ser de utfordringer og behov som er tilstede. Alle individer har forskjellige forutsetninger for læring og mestring noe som krever tilpasning etter blant annet alder og modenhet. Ved veiledning til barn stilles det ekstra krav til sykepleieren, som må ta hensyn til utfordringer knyttet til blant annet kommunikasjon og barnets utvikling. Miljøet og sykehusets rutiner er andre aspekter som er av betydning for utfallet av veiledningen, og det må planlegges når og hvor den skal gjennomføres.

(Christiansen, 2014, A). En kontinuerlig vurdering underveis i veiledningen sikrer en gjensidig forståelse mellom sykepleieren og pasienten. Vurderingen legger til rette for oppklaring av misforståelser og justeringer av innhold ut fra den enkeltes behov (Christiansen, 2014, B).

## 4 Teori

Kapitlet gir en utdypning i utviklingspsykologi og kognitiv utvikling. Kapitlet redegjør videre for kommunikasjon med barn, og mestringsbegrepet blir presentert. Til sist følger en gjennomgang av diabetes mellitus og hvordan sykdommen påvirker hverdagen til barnet og familien.

### 4.1 Alderstrekk og kognitiv utvikling

Et barns psykologiske utvikling er i henhold til Eriksons utviklingsteori preget av åtte psykososiale faser, der barnet i hvert trinn konfronteres med nye utfordringer og krav. Hvordan barnet klarer å løse den livskrise som preger hvert stadium vil ha betydning for utviklingen videre i livet og for identiteten som formes (Erikson, 2000). For barn i en alder av 6-14 år står læring og intellektuelle utfordringer i fokus (Håkonsen, 2014). Aldersgruppen karakteriseres av produktivitet, og barnet oppdager at de får annerkjennelse gjennom å være konstruktive. Venner og skolekamerater spiller en sentral rolle i livet og hverdagen på skolen preges av både prestasjoner og nederlag. Et positivt utfall fra denne perioden vil være en skapende holdning hos barnet, som opplever mestring av ferdigheter og dermed kan utvikles videre i samarbeid med andre. Hvis utviklingen av ulike grunner forstyrres vil det i sin tur resultere i en følelse av mindreverd og utilstrekkelighet hos barnet (Eriksen, 2000). Barn i denne aldersgruppen karakteriseres også av et ønske om å være som alle andre, og det er vanlig å oppleve frykt for å oppfattes som annerledes og bli utenfor (Grønseth & Markestad, 2013).

Piagets teori om barnets kognitive utvikling viser også til en utvikling som skjer i stadium knyttet til spesifikke aldersgrupper. Piaget bruker assimilasjon og akkomodasjon for å forklare hvordan læring oppstår og mener at barnets evne til skjematisk tenking er utgangspunkt for hvordan verden oppleves. Når skjemaet er i diskrepans med virkeligheten forandrer barnet disse (akkomodasjon) for å kunne ta til seg den nye kunnskapen og dermed gjenopprette balansen. Ved bruk av assimilasjon bruker barnet eksisterende kunnskap for å tolke verden (Askland & Sataøen, 2009). Barn i aldersgruppen 7-12 år befinner seg i henhold til Piaget i det konkretoperasjonelle stadiet. Barn har da evnen til logisk tenking og kan for eksempel se årsakssammenhengen mellom diabetes og hvordan den påvirker kroppen. Evnen

til å tenke hypotetisk er enda ikke fullt utviklet og konsekvenstenking er derfor en utfordring (Håkonsen, 2014).

## **4.2 Mestring**

Mestring handler om hvordan mennesket tilpasser seg for å møte indre og ytre krav som oppleves som vanskelige og dermed kan virke truende og uoverkommelige (Reitan, 2011). Det handler om opplevelsen av kontroll og muligheten til å påvirke den livssituasjon vi befinner oss i (Håkonsen, 1999,), noe som blir viktig ved eksempelvis sykdom som griper inn og forandrer hverdagen på en radikal måte. Mennesket kan bruke ulike former for mestring for å håndtere stress og ubehag som en hendelse eller situasjon fører med seg.

Problemfokustert mestring er å se problemet for å deretter finne en konstruktiv løsning på situasjonen. Det kan både handle om en mestringsstrategi som er knyttet til en ytre forandring eller en måte som innebærer en omstrukturering av tanker rundt situasjonen. Følelsesmessig fokusert mestring er hensiktsmessig når situasjonen som oppstått ikke kan forandres. Denne mestringsmåte gir mulighet at akseptere situasjonen slik den er (Håkonsen, 2014). Det finnes en sterk forbindelse mellom motivasjon, læring og mestring. Motivasjon hos den enkelte tilrettelegger for en vellykket læringsprosess, noe som i sin tur styrker mestringsevnen ved nye utfordringer. Veiledning kan legge til rette for mestring, da den gir mennesket de verktøy som trengs for å løse problemer og bringer håp om fremgang hos individet (Karlsen, 2011).

Familien har betydning for barns muligheter til mestring. Barn får gjennom en oppvekst preget av tillit og trygget gode forutsetninger for å mestre nye utfordringer. En forutsigbar tilværelse gir tryggheten som barnet trenger for å bli selvstendig og dermed ha mulighet til å utvikle sin kompetanse og påvirke sin livssituasjon. Barn er i stand til å bruke problemfokustert mestring fra 5 års alder. Da kan barnet eksempelvis ved smertefulle tilstander spørre etter medikamenter for å lindre ubehag (Tveiten, 2012, D).

Mestringsopplevelse hos et barn kan i høy grad knyttes til kontroll av egen kropp, og tap av denne kan gi en følelse av hjelpeløshet. Mestring og selvfølelse henger sammen, og hvis avhengigheten av foreldrene øker samtidig som barnets muligheter å selv bestemme over sitt liv reduseres, kan dette påvirke selvfølelsen på en negativ måte (Grønseth & Markestad, 2013).



### **4.3 Kommunikasjon med barn**

Kommunikasjon er en sentral del sykepleierens hverdag og skal preges av anerkjennelse og respekt for pasienten. «Empowerment» handler om muligheten for pasienten å medvirke i behandlingssituasjonen og tar utgangspunkt i et etisk tankesett om ivaretagelse av pasientens autonomi og likeverd. Dette skal være styrende i kommunikasjonen med pasienten og er med på å skape grunnlag for en god arbeidsallianse (Eide & Eide, 2014).

Kommunikasjon med barn bygger på samme etiske prinsipper, men krever en individtilpasset tilnærming etter barnets modenhet og alder. Verbal kommunikasjon må formidles på en måte som barnet forstår. Sykepleieren må være konkret og tydelig, og velge ord som barnet tolker på en riktig måte (Grønseth & Markestad, 2013). Kommunikasjonen fremmes av en åpen og ærlig holdning til barnet og kongruens mellom non-verbale og verbale uttrykk er viktig. Det er sykepleierens ansvar å ta initiativ i samtale med barnet. Forståelse for barnets behov i den spesifikke situasjonen krever at sykepleieren kan se tilstanden med et barns øyne. Å lytte til det barnet sier og tolke kroppsuttrykk er nødvendig for en god dialog. Dette krever både tid, tillit og et ønske om å virkelig forstå det barnet gir uttrykk for (Tveiten, 2006).

Ord og hjelpemidler kan med fordel kombineres i kommunikasjon med barn. Det kan være alt fra sang og regler til dukker og tegninger. Ved prosedyrer som barnet opplever som skremmende kan det eksempelvis være lettere for barnet å gi uttrykk for denne følelse gjennom en tegning. Denne må sykepleieren tolke sammen med barnet for at forståelsen skal bli så riktig som mulig (Grønseth & Markestad, 2013). Forskjellige samtaleteknikker som eksempelvis aktiv lytting kan hjelpe barnet å gi uttrykk for følelser og tanker knyttet til opplevelser eller utfordringer (Ruud, 2016). Samtaleteknikker får barnet til å utdype og reflektere rundt det aktuelle temaet og tilrettelegger dermed for en realistisk forståelse av det barnet formidler (Grønseth & Markestad, 2013).

### **4.4 Diabets mellitus type 1**

Diabetes er en autoimmun sykdom som skyldes av at kroppens egne celler ødelegger de insulinproduserende betacellene i pancreas. Betacellene er lokalisert i langerhansøyene, der det også finnes glukagonproduserende alfaceller. Dette hormon har motsatt effekt av insulin og sørger for økt blodglukose gjennom økt produksjon av glukose i leveren (Jenssen, 2014, s. 381). Kroppens celler trenger insulin for å kunne tilgodegjøre seg glukosen i maten. Insulin

fungerer som en nøkkel, som åpner cellen og gjør den i stand til å ivareta glukosen i maten til produksjon av energi. Insulinet sørger også for leverens lager av glykogen, som brukes mellom måltider og om natten for å holde blodsukkeret på et stabilt nivå mellom 4-7 mmol/l (Hanås, 2015).

Insulinmangel gir hyperglykemi som i sin tur gir overbelastning på nyrene med sukker i urinen (glukosuri) som konsekvens. Sukkeret trekker med seg vann, noe som gir hyppig vannlating og tørste. Når cellene ikke klarer å absorbere glukose fra maten resulterer dette i produksjon av ketoner og vekttap (Jenssen, 2014). Ketoner i blodet resulterer ofte i kvalme og oppkast, noe som ofte er de første symptomer på diabetes hos barn. Andre vanlige symptomer på insulinmangel og hyperglykemi er tørre slimhinner, vekttap, svakhetsfølelse og konsentrasjonsproblemer. Hos noen barn debuterer diabetesen med ketoacidose (syreforgiftning), grunnet høy konsentrasjon av ketoner i blodet. Dette gir magesmerter, ketoner i urinen, økt pustefrekvens og ånde som preges av aceton-doft (Hanås, 2015). Ketoacidose er en akutt tilstand som må behandles på sykehus, der barnet får bli i to uker for videre behandling, veiledning og oppfølging. Diabetes mellitus type 1 er en sykdom som krever livslang insulinbehandling for regulering av blodsukkernivå (Grønseth & Markestad, 2013).

Cellene i kroppen trenger insulin for absorpsjon av glukose med unntak av celler i retina, nyrer, binyrer, hjernen og nervefibre. De kan alle ta opp glukose uavhengig insulin, noe som ved dårlig regulert diabetes med vedvarende høyt blodsukker kan gi senkomplikasjoner (Hanås, 2015). Senkomplikasjoner som for eksempel nedsatt nyrefunksjon og hypertensjon opptrer vanligvis ikke før etter 10-15 år med sykdommen og det viktigste tiltaket for å unngå disse er god kontroll av blodglukosen (Markestad, 2016).

Kriterier for diabetes er at personen ved faste har en blodglukose i plasma som er 7 mmol/l eller høyere alternativt en blodglukose på 11,1 mmol/l eller høyere 2 timer etter en oral blodglukosebelastning med 75 gram glukose. Blodglukosebelastning skal gi forhøyde verdier ved minimum to anledninger for en gyldig diagnose. De fleste som får diabetes er barn- og ungdom under 18 år. I Norge rammes 2,5 barn per 1000 barn under 15 år (Jenssen, 2014, s. 381, Grønseth & Markestad, 2013).

#### **4.4.1 Livet med diabetes**

Litteraturen beskriver vanligvis tre hjørnестener i behandling av diabetes; insulin (blodsukkerkontroll og insulinbehandling), kost og fysisk aktivitet. En omdefinert versjon av hjørnестener i behandling av diabetes hos barn er insulin, kjærlichkeit, omsorg og kunnskap. Kunnskap er vesentlig for å kunne håndtere diabetesen på egen hånd og dermed oppnå selvstendighet og en så normal tilværelse som mulig (Hanås, 2015). Ved nyoppdaget diabetes er god veiledning i praktiske ferdigheter avgjørende for muligheten å mestre sykdommen i hverdagen. Sykepleieren må blant annet gi veiledning til barnet om hvordan og når blodsukkeret skal måles, hvordan resultatet skal tolkes og hvilke forskjellige hjelpemidler som kan brukes for administrasjon av insulin (Måløy, 2011). Når insulinbehandling og blodsukkermåling blir en naturlig del av livet unngår barnet at diabetesen tar over og at livet føles begrenset og kontrollert av sykdommen (Hanås, 2015).

## **5 Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning bidra til mestring av blodsukkerkontroll og insulinbehandling hos barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1?**

I kapitlet vil problemstillingen belyses ved hjelp av fag- og forskningslitteratur og gjennom drøfting komme frem til en konklusjon. Utgangspunkt for drøftingsdelen er den didaktiske relasjonsmodellen som gir gode forutsetninger for en konstruktiv og hensiktsmessig helseveiledning (Christiansen, 2014, A). I tillegg vil også aspektet av å føle seg annerledes drøftes i kapitlet. Drøftingen skal besvare oppgavens problemstilling:

Hvordan kan sykepleier gjennom veiledning bidra til mestring av blodsukkerkontroll og insulinbehandling hos barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1.

### **5.1 Motivasjon og mestring gir selvstendighet**

Lovverket fastslår at pasienter har krav på veiledning på sine premisser, noe som innebærer at sykepleieren må ta hensyn til barnets forutsetninger i forhold til blant annet alder og kognitiv utvikling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Christiansen (2014, A) støtter dette og presiserer at det må tas ekstra hensyn til barns forutsetninger i en veiledningssituasjon (Christiansen, 2014, A). Barn mellom 9-12 år er i en fase av livet som preges av nysgjerrighet og lysten til å lære er stor. Det finnes en indre drivkraft hos barn i denne aldersgruppen til å lære og mestre nye utfordringer, noe som i sin tur gir økt kompetanse og selvtillit (Håkonsen, 2014). Dette bekreftes av ressurspersonen, som opplevde barn mellom 9-12 år som ivrige mottakere av kunnskap og veiledning knyttet til diabetesbehandling, noe som påvirker læringssituasjonen på en positiv måte.

Motivasjon til å lære er forutsetning for en vellykket veiledning og gjør den enkelte i stand til at tilgodegjøre seg kunnskap og nye ferdigheter (Karlsen, 2011). Hanås (2015) mener at motivasjonen hos barnet er avgjørende for mulighetene til god egenomsorg og sykepleieren må derfor finne ut av hva som motiverer barnet i behandlingsøyemed. Det kan være alt fra å klare sportslige aktiviteter på lik linje med alle andre til å fullføre prøver i skolen uten føling (Hanås, 2015). Sykepleieren kan i henhold til Haugstvedt (2011) med fordel veilede barnet i insulinsetting med utgangspunkt i barnets indre drivkraft knyttet til et spesifikt ønske som eksempelvis overnattingstur med venner. Den naturlige lysten for å lære hos barn i denne

aldersgruppen er en fordel for sykepleieren i veiledningssituasjonen da det tilrettelegger for en selvstendig håndtering av diabetesbehandlingen og dermed påvirker både behandlingsresultat og livskvalitet. Haugstvedt (2011) påpeker imidlertid at selvstendigheten er avhengig av at foreldrene tør å gi slipp på kontrollen. Hvis kontrollbehovet ikke er i kongruens med barnets utviklingsnivå vil sykdommen oppleves som begrensende i hverdagen og være en kilde til konflikter (Haugstvedt, 2011). Kelo, Martikainen og Eriksson (2011) peker i sin studie på at sykepleieren på den ene siden må hjelpe foreldre med å tilpasse ansvar og kontroll i forhold til barnets utviklingsnivå. På den andre siden må sykepleieren sørge for at foreldre oppmuntres til å fortsatt ta det overgripende ansvaret for barnets diabetesbehandling da støtte fra foreldre har betydning for utfallet av den. Betydningen av ansvar i forhold til utviklingsnivå bekreftes av Freeborn et al (2013) som viser til at selvstendighet hos barnet kommer gradvis og at diabetesbehandlingen vil kreve foreldrenes engasjement helt opp i ungdomsårene.

Kelo et al (2011) viser til hvordan individuelle faktorer hos barnet som motivasjon og holdninger til sykdommen påvirker muligheter til egenomsorg. Studien fant blant annet at et ønske om selvstendighet var en drivkraft til å lære administrasjon av insulin og at barn opplevde blodsuktermålinger på egen hånd som mindre smertefulle, noe som motiverte til å utføre prosedyren selvstendig. Forfatterne belyser i tillegg hvordan alder og modenhet påvirker grad av ansvar for sykdommen. Ferdigheter knyttet til blodsuktermåling og tolkning av resultat økte med alder, mens kapasiteten og viljen til å bruke sprøyter i henhold til studien ikke var relatert til alder (Kelo et al, 2011). Dette bekreftes av Alderson et al (2006), som i sin studie også konkluderte med at vilje og evnen til å utføre injeksjoner ikke var aldersrelatert (Alderson et al, 2006). Sykepleieren kan derfor ikke anta at 12-åringen har bedre forutsetninger enn 9-åringer til å sette insulin.

Studien til Kelo et al (2011) fant også kjønnsmessige forskjeller knyttet til motivasjon for egenomsorg. På den ene siden var jenter mer motiverte til å lære seg å administrere insulin på egen hånd. De var mer selvstendige i diabetesbehandlingen og mestret blodsuktermåling bedre enn gutter på samme alder. På den andre siden var det ikke noen forskjell mellom kjønnene når det kommer til holdninger til sykdommen, evnen til å oppdage hypoglykemi eller selvtillit relatert til diabetesbehandlingen (Kelo et al, 2011). Her kan sykepleieren gjennom dialog oppnå forståelse rundt barnets motivasjon. På den måten styrkes barnets rett til å bli hørt i veiledningsprosessen og sykepleieren kan støtte den enkeltes mestringskompetanse ut fra individets forutsetninger (Tveiten, 2012, B).

De yrkesetiske retningslinjer fastslår at pasienter har en rett til å ikke bli krenket (Yrkesetiske retningslinjer, 2011) og sykepleier må være bevisst sine holdninger ovenfor et barn som er lite motivert. Sykepleieren kan i en tillitsfull relasjon øke motivasjon gjennom å stille spørsmål og synliggjøre den enkeltes behov og mål i en positiv atmosfære (Karlsen, 2011).

Barn mellom 9-12 år har nådd en utviklingsnivå som tilsier at forutsetninger for å mestre de medisinske prosedyrer knyttet til behandlingen av diabetes er tilstede. Mange klarer å håndtere måling av blodsukker og sette den vanlige dosen med insulin på egen hånd (Mertig, 2012). Det kan allikevel være individuelle forskjeller når barna er mentalt klare for å utføre disse oppgaver. Sykepleieren må sørge for at barnet får gi uttrykk for sin mening og dermed ivareta retten til å bli sett og hørt (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Hvis barnet på en feilaktig måte for eksempel blir presset til å utføre insulinbehandling mot sin vilje, kan det gi negative konsekvenser i form av lav selvtillit og en avvisende holdning til behandlingen av sykdommen (Haugstvedt, 2011). Det er derfor viktig å poengtere at det er forskjell på at mestre en ferdighet og at ta det fulle ansvaret for den. Barn må oppmuntres til å ta ansvar samtidig som foreldrene på en respektfull måte må følge med på målinger og være til hjelp for justeringer av insulindosen (Mertig, 2012). Sykepleieren kan for eksempel motivere barnet til å skrive opp resultat fra blodsuktermålinger i en dagbok (Markestad, 2016). Dette mener jeg kan være en god måte å fordele ansvar på. Barnet tar da ansvar for blodsuktermålinger og tolker resultatet, samtidig som foreldrene kan følge med på målinger og være til hjelp ved behov.

## **5.2 Barnets kunnskapsgrunnlag**

Sykepleieren må få innsikt i den enkeltes kunnskapsnivå og møte pasienten der vedkommende er (Christiansen, 2014, A). Roper et al, (2009) bekrefter betydningen av å kartlegge kunnskapsnivået hos barn med diabetes for å finne ut av hva de har kjennskap til og hva de ønsker å vite mer om. Mange barn hadde i henhold til studien behov for mer kunnskap om omsorg, fysiologi og sykdommens konsekvenser, noe som i sin tur kan øke sjansen for å kunne håndtere diabetesen på en for dem optimal måte (Roper et al, 2009). Kunnskap er en nøkkelfaktor for barnets muligheter til å selv ta ansvar for sykdommen og dermed legge forholdene til rette for å lykkes med diabetesbehandlingen (Markestad, 2016).

Ressurspersonen understreker betydningen av nok kunnskap om sykdommen og behandlingen av den, men sier samtidig at det noen ganger blir overveldende i den første behandlingsperioden på sykehus. Det er i henhold til ressurspersonen viktig å velge hva slags kunnskap barnet må ta del av og hva som kun er av betydning for foreldrene. Sykepleieren kan kartlegge kunnskapsnivået hos barnet gjennom å blant annet tilrettelegge for muligheten til å stille spørsmål om sykdommen og tilpasse veiledningen deretter (Roper et al, 2009). Hanås (2015) presiserer at barnet gjennom spørsmål kan opparbeide seg det kunnskapsnivå som kreves for en fungerende hverdag på tross av sykdommen.

Sykepleieren må videre ta hensyn til om barnet og foreldrene sitter inne med egne erfaringer relatert til diabetes og behandlingen av den. Det vil gi forkunnskaper som er viktige å være bevisst på i veiledningssituasjonen. Erfaringer har både vist seg være til fordel og ulempe for barn som behandles på sykehus (Tveiten, 2012, C). Det at barnet eller foreldrene har et godt utenfra perspektiv om diabetessykdommen er veldig forskjellig fra at selv være rammet av den (Hanås, 2015). Det er derfor rimelig å hevde at sykepleieren ikke bør ta for gitt at tidligere erfaring gir bedre situasjonsforståelse.

### **5.3 Barnets situasjon og miljøets betydning**

Situasjonen har betydning for veiledningen, da den påvirker evnen til å oppfatte og forstå innholdet i det som kommuniseres. Hvis pasienten befinner seg i en akutt situasjon med intensiv behandling vil det påvirke mottakeligheten for veiledning både hos pasient og pårørende (Christiansen, 2014, A). Tveiten (2012, B) presiserer at redsel og frykt som oppstår i situasjonen kan begrense persepsjonsevnen hos barnet (Tveiten, 2012, B). Diabetes hos barn kan debutere med ketoacidose. Det er en alvorlig og livstruende tilstand som kommer av metabolsk acidose og dehydrering (Grønseth & Markestad, 2013). Sykepleieren må ved slike traumatiske tilfeller støtte barnet og familien gjennom medmenneskelig omsorg og tilstedeværelse (Eide & Eide, 2014). Veiledningen får vente til den akutte situasjonen er over og sykepleieren må sikre at barn og foreldre har nok kapasitet til å delta.

Det fysiske miljøet som veiledningen skal foregå i er en annen aspekt som sykepleieren må ta hensyn til. Den vil ha betydning for barnets forutsetninger til å ta inn og bearbeide det som kommuniseres. Sykepleieren må ta stilling til om veiledningen skal foregå på rommet til pasienten eller på eksempelvis et grupperom (Christiansen, 2014, A). Lovverket tydeliggjør

betydningen av et tilpasset miljø og fastslår at barn fortrinnsvis skal behandles på barneavdelinger. Hvis ikke det er mulig kreves tilrettelegging av avdelingen/rommet etter barnets behov (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2001). Barneavdelinger har rom for lek, men da barn har kort oppmerksomhetstid og lett lar seg distrahere av leker og andre inntrykk, er et roligere sted mer fordelaktig (Grønseth & Markestad, 2013). Dette bekreftes av Tveiten (2012, B), som poengterer at leker, pc og andre barn kan forstyrre barnets konsentrasjonsevne. Miljøet bør preges av en rolig og avslappet atmosfære der barnet og sykepleieren kan utvikle et samspill på barnets vilkår (Grønseth & Markestad, 2013). Sparapani et al (2015) understreker i sin studie miljøets betydning for god kommunikasjon. I studien ble den første delen brukt til at barnet fikk konstruere et trygt og familiært miljø, noe som i sin tur var med på å øke muligheten for god kommunikasjon og uttrykk for følelser hos barnet.

En sykehusinnleggelse innebærer nye og annerledes rutiner. Det kan gi en følelse av usikkerhet og en opplevelse av å miste kontrollen, noe som kan påvirke læringsprosessen (Christiansen, 2014, A). Sykehusets rutiner vil på den ene siden påvirke når på dagen veiledningen kan foregå, og styres eksempelvis av tidspunkt for legevisitt, middag og andre planlagte prosedyrer. På den andre siden bør tidspunkt for veiledning på tross av rutiner tilpasses etter når på dagen barnet er som mest opplagt. Veiledning med et barn som er trøtt og ukonsentrert vil ikke ha noen hensikt (Tveiten, 2012, B, Grønseth & Markestad, 2013). Sykepleieren må i tillegg sørge for at sette av tilstrekkelig med tid for å fremme en god kommunikasjon med barnet (Tveiten, 2006). Christiansen (2014, A) mener at tidsbrist kan skape usikkerhet hos pasienten som heller utelater å spørre om ting. Dette kan resultere i misforståelser og unødvendige bekymringer.

#### **5.4 Mål med mening**

For at sykepleieren og pasienten skal vite hva de skal streve mot er mål av vesentlig betydning. Mål kan beskrives som en slags veiviser som samtidig er til hjelp for å vurdere utfallet av tiltak (Christiansen, 2014, A) Dette støttes av Kristoffersen (2011) som videre peker på at mål kan være dynamiske i forhold til livssituasjon og alder. Realistiske mål skal i henhold til Kristoffersen (2011) være styrt av pasientens egne ønsker og behov. Et ekte mål er basert på et frivillig valg der pasientens verdier står sentralt, mens et uekte mål er styrt utenfra. Der overstyrer andre personer det autonome menneskets rett til selvbestemmelse og



nærmest påtvinger den enkelte sine egne ønsker (Kristoffersen, 2011). Når det gjelder målsetting for barn basert på selvbestemmelse og autonomi setter det større krav til sykepleierens evne til etisk refleksjon i yrkesutøvelsen. Barnet er på den ene siden ikke samtykkekompetent, og er dermed ikke i stand til å ta beslutninger uten foreldres godkjenning. På den andre siden må sykepleieren ta hensyn til barnets rett til å uttale seg, og ved en helhetlig tilnærming til barnet og foreldrene, finne mål som kan aksepteres av alle parter (Tveiten, 2012, A).

Et generelt og overgripende mål for barn med diabetes er en symptomfri hverdag med god helse og livskvalitet (Hanås, 2015). Noen generelle, men mer konkrete mål i diabetesbehandlingen er et fastende blodsukker mellom 4-7 mmol/l og at målinger som utført 2 timer etter et måltid i 80% av tilfellene skal ha en verdi på under 10 mmol/l. HbA1c (langtidsblodsukkeret), som er en pekepinn på utfallet av diabetesbehandlingen bør helst ikke overstige mer enn 1% over øvre normalgrense for ikke-diabetikere (Mosand & Stubberud, 2015, s. 516). Diabetes er på den ene siden en sykdom som barnet må leve med hele livet til døgnets alle timer og krever i alle sammenhenger en god metabolsk kontroll. Det er på den andre siden viktig å poengtere at målet om en god kontroll på blodsukkernivå ikke skal overstyre muligheten til livsutfoldelse i hverdagen. Hvis barnet rammes av «målesyke» som er til hinder for aktiviteter og sosialt samvær, er dette en anledning til en pause fra et altfor strengt regime (Hanås, 2015).

Å leve med diabetes stiller store krav til både barnet og øvrige familiemedlemmer. Måloppnåelse er derfor avhengig av at familien klarer å implementere de mål som ble satt på sykehuset i hverdagen (Hanås, 2015). Dette støttes av ressurspersonen, som mener at utfordringene oftest starter i etterkant av sykehusoppholdet. Det er, som nevnt tidligere, viktig å formulere mål ut fra barnet og familiens behov. De retningslinjer som finnes for blodglukose og HbA1c er ikke alltid realistisk i forhold til hverdagens utfordringer. Hvis ikke sykepleieren sammen med familien klarer å finne mål som er tilpasset barnets livssituasjon, vil det skape mistillit og påvirke barnets velvære (Boman, Povlsen, Dahlborg-Lyckhage, Hanas, Borup, 2013). Sykepleieren må derfor, i samarbeid med barnet og øvrige familiemedlemmer, formulere individuelle, aktuelle og realistiske mål.

Medbestemmelse står sentralt i målformulering og er en viktig faktor for motivasjon og ansvarsforhold til de mål som blir satt (Christiansen, 2014, A). Dette støttes av Karlsen (2011)

som mener at mål som formuleres av den enkelte eller i samarbeid mellom pasient og sykepleier gir mest mulig motivasjon, noe som i sin tur tilrettelegger for læring og mestring (Karlsen, 2011). Retten til medbestemmelse forsterkes gjennom lovverket som fastslår at pasienten har rett til å medvirke i egen behandling. Sykepleieren plikter dermed å ivareta at barnet og foreldrene blir involvert i målsettingen for barnet og sørge for en forsvarlig praksis (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Retten til medvirkning presiseres også i de yrkesetiske retningslinjer som slår fast at sykepleieren gjennom sin handlingsmåte skal verne om pasientens innflytelse i møtet med den enkelte (Yrkesetiske retningslinjer, 2011).

Boman et al (2013) peker i sin studie på at fedre opplevde etterlevelse av generelle anbefalinger i forhold til blodsukkernivå som en utfordring. Deltakerne i studien mente at diabetesteamet oppfattet hverdagen utenfor sykehuset hos en familie med diabetes som enklere og mer håndterbar enn fedrene, som opplevde hverdagen som kompleks og dynamisk. Fedrene mente det var vanskelig å implementere generelle medisinske råd i den unike familiesituasjonen. I de tilfeller der den personlige kunnskapen hos fedre ikke ble integrert i den medisinske kunnskapen, resulterte det i misforståelser og utfordringer med etterlevelse av råd og måloppnåelse i hverdagen. Fedre prøvde å følge retningslinjer for måloppnåelse, men mislyktes da de ikke var tilpasset barnet og dennes unike situasjon (Boman et al, 2013). En løsning kan være at sykepleieren sammen med familien setter opp delmål for behandlingen. Det gir økt fleksibilitet og kan oppleves som mer motiverende og lettere å oppnå for barnet og familien. De kortsiktige eller mer langsiktige målene er justerbare og kan forandres i takt med alder og livssituasjon (Christiansen, 2014, A) Et kortsiktig mål de første dagene på sykehuset mener jeg kan være å utføre blodsukkermåling og insulinsetting på egen hånd, mens et mer langsiktig mål kan være å mestre prosedyrene på skolen. Mål, mestring og motivasjon henger tett sammen, og sykepleieren må gjennom samarbeid finne realistiske mål som gir mestringsfølelse i en dynamisk hverdag (Christiansen, 2014, A).

## **5.5 Kommunikasjon og pedagogisk veiledning**

En god relasjon med barnet er et utgangspunkt for å skape tillit og trygghet og dermed legge forholdene til rette for kommunikasjon og en vellykket veiledning. Trygghet og kontroll hører sammen. Sykepleieren må derfor, gjennom tilstrekkelig informasjon og forklaringer, sørge for en så forutsigbar tilværelse som mulig i løpet av sykehusoppholdet (Eide & Eide, 2014).

Annerkjennelse av barnet er også en forutsetning for en tillitsfull relasjon. Sykepleieren kan

gjennom å leve seg inn i barnets verden av følelser og fantasier formidle en forståelse og bekreftelse av barnet som føler seg hørt, sett og akseptert (Tveiten, 2012, B). De yrkesetiske retningslinjer understreker betydningen av en helhetlig sykepleie som bygger på gjensidig forståelse og ivaretar den enkeltes integritet og verdighet (Yrkesetiske retningslinjer 2011). Sykepleieren må også være bevisst sammenhengen mellom non-verbale og verbale uttrykk. Verbal kommunikasjon må gjenspeiles i ansiktsmimikk og kroppsspråk for at barnet skal tolke det som blir sagt på en riktig måte (Tveiten, 2006). Holdninger, toneleie og annen non-verbal kommunikasjon vil også påvirke barnets kategorisering av voksne som snille eller skumle og derfor ha innflytelse på alliansebyggingen med barnet (Grønseth & Markestad, 2013).

Når en god allianse er etablert må sykepleieren finne riktig metode for å kommunisere med barnet. Veiledning og kommunikasjon må være på barnets premisser og ta hensyn til språklig forståelse og kognitiv utvikling (Tveiten, 2012, B). På en slik måte vil sykepleieren handle i tråd med lovverket, som presiserer at kommunikasjon skal tilpasses mottakerens forutsetninger og plikter sykepleieren til å ha kunnskap om barns utvikling (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon, 2001). Hvis barnet ikke forstår det som sykepleieren ønsker å formidle skapes en følelse av utilstrekkelighet, noe som i sin tur kan gjøre at barnet trekker seg tilbake og ikke lenger vil delta i samtalen (Grønseth & Markestad, 2013). Hjelpemidler, som for eksempel bilder på forskjellige ansiktsuttrykk, kan tilrettelegge for forståelse og kommunikasjon (Tveiten, 2012, B) og dermed unngå slike situasjoner.

Barns muligheter for å uttrykke seg forsterkes gjennom å kombinere språk og adferd (Tveiten, 2012, B). Grønseth & Markestad (2013) presiserer at sykepleieren kan hjelpe barnet å formidle redsel for stikking eller andre tanker som barnet har rundt behandling og sykdom gjennom eksempelvis tegninger, dukker eller eventyr. Ruud (2016) understreker ytterligere lekens betydning for å sette ord på opplevelser og følelser. Farger kan for eksempel formidle følelser som barnet har når det er vanskelig å gi uttrykk for dem verbalt mens snakkebobler kan være til hjelp når barnet trenger å veie fordeler mot ulemper ved eksempelvis insulinsetting. På den måten unngår sykepleieren en belærende holdning og barnet kan gjennom argumentasjon via snakkebobler finne en løsning på problemene (Ruud, 2016). Studien av Sparapani et al (2015) bekrefter hvordan lekemateriell åpner for en god kommunikasjon med barn. Barna fikk ved hjelp av dukker svare på spørsmål om livet med

diabetes. Metoden tok hensyn til barnets kognitive utviklingsnivå, noe som ga en troverdig innsikt i barns opplevelse av sin livssituasjon (Sparapani et al, 2015). Dukker eller lekedyr kan også brukes av sykepleieren for å lære barn å sette insulin. Barnet kan leke at de utfører prosedyren på dukken eller kosedyret og på den måten tilnærme seg den nye utfordringen. En appelsin er også godt egnet for å trene på insulinsetting (Hanås, 2015) og passer kanskje bedre for 12-åringen med hensyn til alderen og utviklingsnivå. Sykepleieren må reflektere over valg av lekemateriell og gjenstander slik at det er tilpasset den enkeltes alder og preferanser (Markestad, 2016).

Samtaleteknikker er et annet alternativ som kan hjelpe barnet med å gi uttrykk for følelser, opplevelser og utfordringer knyttet til sykdom og behandling. Sykepleieren kan på den måten bidra til å få frem innsideperspektivet og få tak i det barnet er opptatt av (Grønseth & Markestad, 2013). Aktiv lytting er for eksempel en viktig komponent for en god kommunikasjon. Det viser at sykepleieren er oppmerksom på hva barnet har å fortelle (Tveiten, 2006). I tillegg til aktiv lytting vil gjenfortelling og oppsummering underveis og på slutten av samtalen bidra til anerkjennelse av barnet og åpne for en dypere forståelse, slik Ruud (2016) poengterer. Åpne spørsmål stimulerer barns narrative side og får den enkelte å fortelle mer om det som er vanskelig, mens problematisering kan brukes ved selvmotsigende utsagn. Positive tilbakemeldinger i form av smil og ros underveis i samtalen gir anerkjennelse og skaper en trygghetsfølelse hos barnet (Ruud, 2016 & Tveiten 2012, B).

## **5.6 Blodsukkerkontroll og insulinbehandling**

Veiledningsprosessen utvikles i samspill mellom sykepleieren og barnet. Den kan ikke planlegges på samme måte som undervisning og informasjon og har alltid barnet og foreldrenes behov som et utgangspunkt (Tveiten, 2012, B). Veiledningens innhold bør derfor utformes sammen med pasienten da det synliggjør behovene og avdekker eventuelle spørsmål hos pasienten (Christiansen, 2014, A). For barn med nyoppdaget diabetes vil det imidlertid handle om en mer planlagt veiledning, der sykepleieren veileder barnet ut fra et utdanningsprogram. Programmet har et omfattende innhold der blant annet veiledning i blodsuktermåling og insulinsetting inngår (Markestad, 2016). Dette bekreftes av ressurspersonen, som viste de punkter som inngår i veiledningen til barn med nyoppdaget diabetes på sykehus. På den ene siden er det et relativt fastsatt innhold som tydelig viser hva

sykepleieren skal ta med i veiledningen. På den andre siden presiserte ressurspersonen at barn er forskjellige og at innholdet alltid vil tilpasses den enkelte.

Blodsuktermåling inkluderer både selve prosedyren og tolkning av resultatet. For et barn med nyopplaget diabetes er blodsuktermåling til hjelp for å bli kjent med symptomer på høyt og lavt sukker og for å skape en forståelse for i hvilke sammenhenger insulindosene skal justeres (Hanås, 2015). Måløy (2011) støtter dette og presiserer at blodsuktermåling er et godt verktøy for å tydeliggjøre hvordan blodsukkernivå påvirkes av eksempelvis stress, fysisk aktivitet, mat og sykdom. På den ene siden klarer de fleste barn i denne aldersgruppen å måle blodsukker helt uten assistanse. På den andre siden viser det seg at mange allikevel trenger en påminnelse om når de skal utføre målingen (Kelo et al, 2011), noe som er viktig å opplyse barn og foreldre om under veiledningen. Mange barn opplever, som nevnt tidligere, også ubehag og frykt knyttet til blodsuktermåling, noe som påvirker evnen til å utføre prosedyren selvstendig (Sparapani et al, 2015). Dette understrekes av Freeborn et al (2013), som i sin studie fant at deltakerne oppfattet blodsuktermåling og insulinsetting som en utfordring i hverdagen. Et flertall opplevde at målingen som smertefull samtidig som den var en kilde til irritasjon, da den tok tid fra friminutt på skolen og førte til at de måtte vente med middag til målingen var utført.

Sykepleieren kan redusere risikoen for smerte ved blodsuktermåling gjennom å veilede barnet i utførelse av prosedyren. Størrelsen på lansetten og hvor barnet stikker har betydning for smerteopplevelsen. Barnet bør veiledes til å stikke på siden av en varm finger og bruke en mindre lansett for å unngå smerte og ubehag. Varmen gjør det enklere å presse ut blodråpen. Ved å stikke på siden av fingeren unngår barnet et sted med mange nerveender (Måløy, 2011). Følelsen i fingertuppen blir i tillegg mindre påvirket hvis barnet stikker på siden. Sykepleieren må opplyse barnet om å unngå stikking på tomler og pekefinger på den hånden de bruker mest, da de trenger en intakt følelse der grunnet funksjon (Hanås, 2015). Stikkepenen skal videre holdes tett til fingeren da det ofte resulterer i en tilstrekkelig mengde blod, noe som ellers kan være en utfordring. Rene fingre er viktig for et riktig resultat (Måløy, 2011). Betydningen av rene hender bekreftes av Hanås (2015), som mener håndvask med såpe og vann er mest fordelaktig.

Barnet kan ved hjelp av en dagbok få oversikt av hvordan diabetesbehandlingen fungerer og situasjoner som gir høyt eller lavt sukker (Markestad, 2016). Ved nyopplaget diabetes skal

blodsukkeret måles ofte og barn anbefales at utføre målinger; før måltider, 1 ½ - 2 timer etter mat, før sengetid, 2-3 ganger om natten samt ved mistanke om høyt eller lavt sukker (Måløy, 2011, s. 103). Det er allikevel viktig for sykepleieren å poengtere at hyppig blodsukkerkontroll i hverdagen ikke skal begrense livsutfoldelsen og at barn fortsatt må få lov til å være barn (Hanås, 2015).

Det finnes forskjellige blodsukkerapparater og det kan på den ene siden være positivt for barnet hvis sykepleieren under veiledningen lar barnet ta del av alle varianter for å finne den som er best egnet for den enkelte (Måløy, 2011). På den andre siden kan sammenligninger av apparatene skape forvirring da det ikke alltid viser samme verdi. Variasjoner på 1-2 mmol/l er innenfor og barnet bør få veiledning i hvordan og hvor ofte den skal kontrolleres (Hanås, 2015).

En kombinasjon av langtidsvirkende og hurtigvirkende insulin er vanlig. Lege og sykepleier vil sammen med familien finne hvilket insulinregime som passer med hensyn til rutiner i barnets hverdag (Markestad, 2016). Barn mellom 9-12 år har, som nevnt tidligere, gode forutsetninger for å mestre insulinsetting på egen hånd. Barn har derimot ikke utviklet den abstrakte tenkingen på et nivå som tilsier at de klarer å ta ansvar for insulindosering (Haugstvedt, 2011). Justering av insulindose krever ofte involvering fra foreldre, som kan være en god støtte for barnet og tilrettelegge for god egenomsorg (Kelo et al, 2011).

En grunnforutsetning for at barnet skal mestre insulinbehandlingen på en adekvat måte er at sykepleieren under veiledningen klarer å formidle hensikten med å bruke insulin, hvordan det virker og måten den kan administreres på (Måløy, 2011). Sykepleieren må forsikre seg om barnet forstår hva som blir sagt for å dermed oppfylle kravet om tilpasset informasjon (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Illustrasjonen om insulinet som en nøkkel for å beskrive insulinets funksjon (Hanås, 2015) er et eksempel på hvordan sykepleieren kan tydeliggjøre insulinets betydning for barnet. Barnets holdninger og følelser rundt prosedyren må også fanges opp av sykepleieren. Hvis det på den ene siden ikke tas hensyn til eksempelvis redsel og stikkeskrek kan det resultere i ubehag og en dårlig metabolsk kontroll (Måløy, 2011). På den andre siden er barnet insulinavhengig og stikkeskrek kan i henhold til ressurspersonen ikke være en anledning til at unngå å trene på dette i veiledningssituasjonen. Stikking er ofte relatert til smerte og ubehag, noe som spesielt er en utfordring i starten av behandlingen (Hanås, 2015). Sykepleieren kan trygge barnet gjennom å demonstrere

smertelindrende tiltak ved insulinsetting. EMLA-krem eller en isbit som lindrer smerten kan brukes i forkant av prosedyren, og barnet må vite akkurat hvordan og når ting skal skje (Måløy, 2011, Hanås, 2015). Ulike avslappingsteknikker og gradvis eksponering kan i tillegg være gunstig for å håndtere smerteopplevelsen og redusere ubehag hos barnet ved stikking (Gelder, 2014).

Riktig injeksjonsteknikk og utstyr er også viktig for at barnet skal mestre prosedyren i hverdagen og oppnå god metabolsk kontroll. Insulin skal settes subkutan og sykepleieren må veilede barnet i å løfte opp hudfolden mellom tommelen og pekefingeren og sikre at kanylen har en riktig vinkel. Kanylen skal ha rett størrelse og barnet må vite hvordan valg av injeksjonssted påvirker oppsugningshastigheten (Måløy, 2011). Sammenhengen mellom en god blodsukkerkontroll og en riktig injeksjonsteknikk bekreftes av Gelder (2014), som viser til hvordan bevissthet om riktig injeksjonsteknikk kan gi positive helseeffekter for barn med diabetes (Gelder, 2014). Barnet kan administrere insulin ved hjelp av for eksempel sprøyte, insulinpenn eller pumpe. Det finnes fordeler og ulemper med alle alternativer. Det viktigste er sammen med barnet å finne ut av hva som er mest fordelaktig for den enkelte (Måløy, 2011). På den ene siden kan en pumpe gi økt fleksibilitet da insulinet alltid er tilgjengelig og barnet er ikke like avhengig av regelmessige måltider (Hanås, 2015). På den andre siden opplever mange pumpen som klumpete og iøynefallende, noe som kan være en utfordring for et barn i denne alderen (Måløy, 2011, Grønseth & Markestad, 2013). Nytt utstyr som insulinpenn og insulinpumpe har gjort det enklere for barn å mestre ferdigheten (Kelo et al, 2011). Roper et al (2009) poengterer allikevel at det finnes et behov hos barn med diabetes for mer informasjon og forståelse for hvordan pumpen og annet teknologisk utstyr fungerer (Roper et al, 2009). Sykepleieren må gjennom god veiledning sørge for at de mestrer håndteringen av disse i hverdagen.

## **5.7 Å føle seg annerledes**

Karakteristisk for barn i 9-12 års alderen er betydningen av å være som alle andre og passe inn i gruppen (Grønseth & Markestad, 2013). Dette er i henhold til Freeborn et al (2013) en utfordring for et flertall barn med diabetes i denne aldersgruppen. Mange går med en følelse av at være annerledes. Studien viste at blodsuktermåling og insulinbehandling som regel påvirket muligheten til å delta i aktiviteter på samme måte som venner og klassekamerater, noe som ga en opplevelse av utenforskap. Å ikke være en del av gruppen var en stor

bekymring. Barn med diabetes opplevde i henhold til forfatterne både brudd i aktiviteter og oppmerksomhet rundt sykdommen som en utfordring (Freeborn et al, 2013). Sparapani et al (2015) viste til at barn blant annet opplevde skamfølelser knyttet til blodsuktermåling i klasserommet og at de fant den oppmerksomhet som en slik oppgave medførte som vanskelig (Sparapani et al, 2015).

Følelser knyttet til det å oppleve seg selv som annerledes er noe som sykepleieren må samtale med barnet om under veiledningen. Dette ivaretar alle aspekter av sykdommen og sykepleieren vil yte en helhetlig omsorg for barnet i tråd med de yrkesetiske retningslinjer (Yrkesetiske retningslinjer, 2011). Barnet bør for eksempel under veiledningen oppmuntres til å fortelle om sykdommen til sine venner så raskt som mulig og på den måten skape forståelse rundt diabetesen og behandlingen av den (Hanås, 2015). Arsky (2006) bekrefter betydningen av informasjon til venner og mener at barnet kan endre en negativ holdning til en positiv følelse gjennom å demonstrere utstyr og forklare hvordan målinger og insulinsetting utføres. Barn blir ofte imponert over hva deres klassekamerat mestrer, noe som resulterer i en god selvfølelse. Det er også i henhold til Arsky (2006) viktig for barnets foreldre å avdramatisere og normalisere det å håndtere diabetessykdommen i samtale med venners foreldre. Kunnskap og god planlegging i forhold til blodsuktermåling og insulinbehandling vil gjøre det mulig for barnet å delta i aktiviteter på lik linje med andre barn (Arsky, 2006), noe som minsker følelsen av å være utenfor og annerledes. Barn og foreldre må derfor få veiledning i hvordan de på best mulig måte kan tilrettelegge for insulinbehandling så at barnet kan delta i bursdagsselskaper og overnattinger. Samarbeid er en nøkkel til frihet for barnet og venners foreldre kan blant annet få opplæring i hvordan og når insulin skal settes. Et godt forslag er at barnet får med seg en liste ved overnatting som forteller om justering av insulindose i forhold til blodsukkernivå (Hanås, 2015). Betydningen av et godt samarbeid bekreftes av Arsky (2006), som viser hvordan foreldre kan tilrettelegge for at barnet skal bli inkludert og invitert. Justering av insulindosen for å unngå føling ved overnatting eller et tilbud om tilstedeværelse ved insulinsetting kan hjelpe barnet til en så normal tilværelse som mulig (Arsky, 2006).

## **5.8 Vurdering av veiledningen**

Diabetes er en sykdom som krever kontinuerlig oppfølging (Markestad, 2016). For at sykepleieren skal ha en oppfatning om læringsprosessen og hva pasienten trenger mer veiledning i kreves det i henhold til Christiansen en kontinuerlig vurdering av utfallet. Den



fortløpende evalueringen er til hjelp for å kunne tilpasse veiledningen underveis og dermed sikre en god forståelse (Christiansen, 2014, B). Sykepleieren plikter i henhold til lovverket å forsikre seg om at barnet har forstått innholdet i veiledningen, noe som også presiseres i de yrkesetiske retningslinjer (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999, Yrkesetiske retningslinjer, 2011). Sykepleieren må derfor finne en måte underveis i veiledningen å sikre en gjensidig forståelse og tilrettelegge for refleksjon. Barnet kan eksempelvis gjenfortelle deler av veiledningen eller demonstrere ferdighetene. På den måten kan sykepleieren vurdere resultatet av veiledningen (Tveiten, 2012, B, Hanås, 2015). Ulike samtalemotodikker og tegninger kan også, som nevnt tidligere, gi innsikt i barnets forståelse og fange opp eventuelle misforståelser (Ruud, 2016). Dette mener også Tveiten (2012, B) som blant annet nevner åpne spørsmål som en god måte for refleksjon. Sykepleieren må til sist også reflektere over sin egen yrkesutøvelse i henhold til rollen som veileder. Dette inngår som en viktig del i sykepleierens veiledningsansvar og sikrer kvalitet i tjenestetilbudet (Kristoffersen et al, 2011).

## 6 Avslutning

Hensikten med oppgaven var å belyse hvordan sykepleier gjennom veiledning kan bidra til mestring av blodsukkerkontroll og insulinbehandling hos barn med diabetes mellitus type 1? Etter mitt arbeid med oppgaven har jeg konkludert med at sykepleieren har et stort ansvar i rollen som veileder til barn med nyopplaget diabetes mellitus type 1. Sykepleieren kan, gjennom en hensiktsmessig og tilpasset veiledning, tilrettelegge for mestring av blodsukkerkontroll og insulinbehandling. Den didaktiske relasjonsmodellen, som tar hensyn til alle aspekter ved en veiledningssituasjon, har vist seg være et godt verktøy for å sikre en veiledning av høy kvalitet og dermed bidra til barnets mestring av disse ferdigheter.

Kunnskaper innenfor kommunikasjon med barn er en forutsetning for en god dialog og tilrettelegger for en gjensidig forståelse mellom sykepleieren og barnet. Sykepleieren må gjennom anerkjennelse skape en tillitsfull relasjon til barnet basert på en helhetlig forståelse av barnets uttrykk og behov. Gjennom å møte barnet der det er og bruke hensiktsmessige kommunikasjonsmetoder, kan sykepleieren bidra til økt forståelse og mestring av nye utfordringer. Kommunikasjonsferdigheter, kunnskap om barnets utvikling og de lover og forskrifter som er gjeldende for barn på sykehus, samt kjennskap til de etiske utfordringer som kan oppstå ved ytelse av sykepleie til barn, er avgjørende for en profesjonell og faglig forsvarlig veiledning.

Gjennom planlagt og kunnskapsbasert veiledning som tar utgangspunkt i barnets behov, og er dynamisk i den forstand at sykepleieren kontinuerlig reflekterer over barnets forståelse og tilpasser veiledningen deretter, kan sykepleieren sikre at barnet har gode forutsetninger til å mestre blodsukkerkontroll og insulinbehandling i hverdagen.

## Referanseliste

Alderson, P., Sutcliffe, K., Curtis, K. (2006). Children as partners with adults in their medical care. *Archives Of Disease In Childhood*, 91(4), 300-303. doi: 10.1136/adc.2005.079442

Arsky, G.H. (2006) *Barn & diabetes. De beste hverdagstipsene*. Oslo: Cappelen Forlag AS

Askland, L., Sataøen, S.O. (2009) *Utviklingspsykologiske perspektiv på barns oppvekst* Oslo: Gyldendal Akademisk

Boman, Å., Povlsen, L., Dahlborg-Lyckhage, E., Hanas, R., & Borup, I. (2013). Fathers' encounter of support from paediatric diabetes teams; the tension between general recommendations and personal experience. *Health & Social Care In The Community*, 21(3), 263-270. doi: 10.1111/hsc.12013

Christiansen, B. (2014), A. Didaktiske perspektiver på helseveiledning. I Christiansen, B. (Red.) *Helseveiledning. Fagkunnskap, Pedagogisk kompetanse, Kommunikasjon* (s. 42-66) Oslo: Gyldendal

Christiansen, B. (2014), B. Tilrettelegging, metodikk, endringsarbeid. I Christiansen, B. (Red.) *Helseveiledning. Fagkunnskap, Pedagogisk kompetanse, Kommunikasjon* (s. 67-77) Oslo: Gyldendal

Dalland, O. (2015) *Metode og oppgaveskriving* Oslo: Gyldendal akademisk

Diabetesforbundet (2017) Hentet fra <https://diabetes.no/barn/> Hentet 27.03.17

Eide, H., Eide, T. (2014) *Kommunikasjon i relasjoner. Samhandling, Konfliktløsning, Etikk* Oslo: Gyldendal Akademisk

Erikson, E.H. (2000) *Barndommen og samfunnet* Oslo: Gyldendal Akademisk

Gelder, C. (2014). Best practice injection technique for children and young people with diabetes. *Nursing Children & Young People*, 26(7), 32-36. doi: 10.7748/ncyp.26.7.32.e458

Grønseth, R., Markestad, T. (2013) *Pediatri og pediatrik sykepleie*, Bergen: Fagbokforlaget

Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2001) *Lov om spesialisthelsetjenesten* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217?q=forskrift%20om%20i>

Freeborn, D., Dyches, T., Roper, S.O., Mandleco, B. (2013). Identifying challenges of living with type 1 diabetes: child and youth perspectives. *Journal of Clinical Nursing*, 22(13/14), 1890-1898. doi: 10.1111/jocn.12046

Hanås, R. (2015) *Bli ekspert på din egen diabetes. Type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne* Oslo: Cappelen Damm

Haugstvedt, A. (2011) Diabetes i et livsløpsperspektiv. I Skafjeld A., Graue, M. (Red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling* (s. 269-315) Oslo: Akribe

Håkonsen, K.M. (2014) *Psykologi og psykiske lidelser* Oslo: Gyldendal Akademisk

Håkonsen, K.M. (1999) *Mestring og relasjon. Psykologi med eksempler fra sykepleie* Oslo: Universitetsforlaget

Jensen, T. (2014) Diabetes mellitus. I Ørn, S., Mjell, J., Bach-Gansmo, E. (Red), *Sykdom og behandling* (s. 379-392) Oslo: Gyldendal Akademisk

Karlsen, B. (2011) Den individuelle veiledningssamtalen – nøkkel til bedret mestring? I Skafjeld, A., Graue, M. (Red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling* (s. 216-236) Oslo: Akribe

Kelo, M., Martikainen, M., & Eriksson, E. (2011). Self-care of school-age children with diabetes: an integrative review. *Journal of Advanced Nursing*, 67(10), 2096-2108. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05682.x

Kristoffersen, N.J. (2011) Helse og sykdom. I Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F., Skaug, E.A. (Red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 1*. (s. 31-82) Oslo: Gyldendal Akademisk

Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E-A. (2011) Om sykepleie. I Kristoffersen, N.J., Nordtvedt, F., Skaug, E.A. (Red.) *Grunnleggende sykepleie, bind 1.* (s. 15-30) Oslo: Gyldendal Akademisk

Markestad, T. (2016) *Klinisk Pediatri* Bergen: Fagbokforlaget

Meld. St. nr. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen – Rett til behandling – på rett sted – til rett tid.* Lastet ned fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdf/s/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

Mertig, R. (2012) *Nurses`guide to Teaching Diabetes Self-Managing* New York: Springer Publishing Company, LLC

Molven, O. (2014) *Sykepleie og jus* Oslo: Gyldendal Akademisk

Mosand, R., Stubberud, D-G. (2015) Sykepleie ved diabetes mellitus. I Almås, H., Stubberud, D-G., Grønseth, R. (Red.) *Klinisk sykepleie 1* (s. 507-536) Oslo: Gyldendal Akademisk

Måløy, A.K. (2011) Praktiske ferdigheter. I Skafjeld, A., Graue, M. (Red.) *Diabetes – forebygging, oppfølging, behandling* (s. 101-122) Oslo: Akribe

Nortvedt, P., Grønseth, R. (2015) Klinisk sykepleie – funksjon og ansvar. I Almås, H., Stubberud, D-G., Grønseth, R. (Red.) *Klinisk sykepleie 1* (s. 17-32) Oslo: Gyldendal Akademisk

Norsk Sykepleierforbund (2011) *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere.* Hentet fra: [https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte\\_pdf.pdf](https://www.nsf.no/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf)

Pasient- og brukerrettighetsloven (1999) *Lov om pasient og brukerretigheter,* Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Reitan, A.M. (2011) Mestring. I Knutstad, U. (Red.) *Sentrale begreper i klinisk sykepleie. Sykepleieboken 2* (s. 74-107) Oslo: Akribe

Roper, S., Call, A., Leishman, J., Ratcliffe, G., Mandleco, B., Dyches, T., & Marshall, E. (2009). Type 1 diabetes: children and adolescents` knowledge and questions. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (8), 1705-1714. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05033.x

Sparapani, V.C., Jacob, E., Nascimento, L.C. (2015). What Is It Like to Be a Child with Type 1 Diabetes Mellitus? *Pediatric Nursing*, 41(1), 17-22

Tveiten, S. (2012), A. Etisk perspektiv på sykepleie til barn. I Tveiten, S., Wennick, A., Steen, H. (Red.) *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie* (s. 205-212) Oslo: Gyldendal Akademisk

Tveiten, S. (2012), B. Helsepedagogikk og helsekommunikasjon i forhold til barn og foreldre. I Tveiten, S., Wennick, A., Steen, H. (Red.) *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie* (s. 157-204) Oslo: Gyldendal Akademisk

Tveiten, S. (2012), C. Hva er spesielt ved sykepleie til barn og familiesentrert sykepleie? I Tveiten, S., Wennick, A., Steen, H. (Red.) *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie* (s. 11-41). Oslo: Gyldendal Akademisk

Tveiten, S (2012), D. Barns helse og livskvalitet. I Tveiten S., Wennick, A., Steen, H. (Red.) *Sykepleie til barn. Familiesentrert sykepleie* (s. 42-82). Oslo: Gyldendal Akademisk

Tveiten, S. (2006) *Barnesykepleie* Oslo: Gyldendal Akademisk