

Rakel Dahl
Manal El Achi
Maria K. Thoresen

Hvordan kan sykepleier veilede barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1, til å oppnå egenkontroll over sykdommen?

Bacheloroppgave i sykepleie
Veileder: Inger Balke
Mai 2019

ABSTRAKT

Tittel:	Hvordan kan sykepleier veilede barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1, til å oppnå egenkontroll over sykdommen?	Dato: 13.05.2019
Deltakere:	999929 Rakel Dahl 472529 Manal El Achi 472668 Maria K. Thoresen	
Veileder:	Inger Balke	
Nøkkelord (3-5 stk)	Diabetes mellitus type 1, barn, foreldre, veiledning, motiverende intervju	
Antall sider/ord: 35/10020	Antall vedlegg: 0	
<p>Bakgrunn: Diabetes mellitus type 1 er en kronisk og utbredt sykdom som ofte oppstår i barnealder. Da barnet skal leve med sykdommen resten av livet er det viktig at det oppnår egenkontroll over sykdommen. Sykepleier spiller en viktig rolle i veiledningsprosessen, og derfor er det hensiktsmessig at sykepleier har kunnskap om ulike veiledningsmetoder. Hensikt: Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan sykepleier best mulig kan veilede barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1 slik at barnet og familien skal oppnå egenkontroll. Metode: Oppgaven er en litteraturstudie, sammensatt av fire kvalitative og tre kvantitative studier, samt faglitteratur. De valgte studiene er hentet fra databasene Medline og Cinahl, og sammen med litteraturen er hensikten å svare på vår problemstilling. Resultat: I veiledningen til barn med diabetes mellitus type 1 er sykepleiers tilnærming av avgjørende betydning for å skape tillit og vekke motivasjon hos barnet. Sykepleier bør ha en ressursorientert tilnærming. Foreldre og familien er barnets viktigste ressurser, og derfor bør sykepleier bruke familiefokusert veiledning. Motiverende intervju er en veiledningsmetode som viser god effekt. Konklusjon: Målet med veiledning vil være at barnet får en forståelse av diabetes mellitus type 1, og hvorfor det bør ha mest mulig stabilt blodsukker. Her er det viktig at barnet lærer seg å være oppmerksom på, og å gjenkjenne kroppens signaler på hypo- og hyperglykemi. Barnet må ha kunnskap om, og kunne håndtere prosedyrer. For at barnet skal kunne oppnå forståelse og håndtering, er motivasjon et nøkkelord samt det å fokusere på muligheter framfor utfordringer. Barnets ressurser i form av foreldre, familie og indre ressurser, spiller inn som viktige faktorer i oppnåelsen av egenkontroll.</p>		

ABSTRACT

Title:	How can nurses counsel children with newly diagnosed type 1 diabetes mellitus, to achieve self control over the disease?	Date: 13.05.2019
Participants:	999929 Rakel Dahl 472529 Manal El Achi 472668 Maria K. Thoresen	
Supervisor:	Inger Balke	
Keywords (3-5)	Type 1 diabetes, child, parents, counselling, motivational interview	
Number of pages/words: 35/10020	Number of appendix: 0	
<p>Background: Type 1 diabetes mellitus is a chronic, widespread disease that often occurs in childhood. As the child will live with the disease for the rest of their lives, it is important that they achieve self-control over the disease. The nurse play an important role in the counselling process, and therefore it is important that the nurse has knowledge about different counselling methods. Aim: The aim of the study is to gain increased knowledge about how nurses can counsel children with newly discovered type 1 diabetes mellitus, so that the child and the family will experience self-control. Method: This is a literature study, composed of four qualitative and three quantitative studies, as well as academic literature. The selected studies are taken from the databases Medline and Cinahl, and together with academic literature, the purpose is to answer our topic question. Results: In the counselling proses of a child with type 1 diabetes mellitus, the nurse's approach is crucial to create trust and motivating the child. Nurse should have a resource-oriented approach. Parents and the family are the child's most important resources, and therefore, the nurse should use family-focused counselling. Motivational interview is a counselling method that shows good effect. Conclusion: The goal of counselling is that the child gets an understanding of type 1 diabetes mellitus, and why it should have the most stable bloodglucose. It is important that the child learns to be aware and to recognize the body's signals of hypo- and hyperglycemia. The child must have knowledge of, and be able to handle procedures. In order for the child to be able to achieve understanding and managment, motivation is a keyword as well as focusing on opportunities over challenges. The child's resources in the form of parents, family and inner resources, play an important role in achieving self-control.</p>		

Innholdsfortegnelse

1	Innledning	4
1.1	Hensikt og problemstilling	4
1.2	Avgrensning	4
2	Bakgrunn	5
2.1	Årsaker, symptomer og komplikasjoner	5
2.2	Mål for behandling	6
2.3	Veiledning	6
2.4	Lover og etiske retningslinjer	7
2.5	Barn i sykehus	8
2.6	Kommunikasjon med barn	8
2.7	Barns utvikling	8
2.8	Aaron Antonovsky og salutogenesen	9
2.9	Empowerment.....	10
2.10	Mestring.....	10
3	Metode.....	11
4	Resultat	14
5	Resultat presentasjon	21
5.1	Sykepleiers tilnærming.....	21
5.2	Familiefokusert veiledning.....	21
5.3	Ressursorienterte strategier	22
6	Diskusjon	23
6.1	Håndterbarhet.....	23
6.1.1	Ressurser	23
6.2	Begripelighet.....	26
6.2.1	Informasjon	26
6.2.2	Sykepleiers tilnærming.....	27
6.2.3	Sosiale helseforskjeller	27
6.2.4	Kommunikasjon	29
6.3	Meningsfullhet.....	29
6.3.1	Motivasjon og motiverende intervju.....	29
6.4	En samlet opplevelse av sammenheng.....	31
6.5	Kritisk vurdering	31
6.6	Forskningsetiske overveielser	32
7	Konklusjon	34
	Referanser	35

1 Innledning

Temaet for bacheloroppgaven er diabetes hos barn på sykehus.

Diabetes mellitus stammer fra de greske ordene *diabainein* som betyr økt utskillelse og *mellitus* som betyr honning lignende, dette refererer til økt utskillelse og honning lignende smak på urinen (Hamilton et al 2017).

Ifølge Grønseth og Markestad (2017) er diabetes mellitus type 1 ikke en uvanlig sykdom hos barn i Norge. Det er 3,4 pr. 10 000 barn under 15 år som har denne kroniske sykdommen. I møte med barn som pasient vil man se andre utfordringer enn hos voksne pasienter. Sykepleieren er gjerne barnets første møte med helsevesenet, det er derfor avgjørende at hun har tilstrekkelig med kunnskap om sykdommen og har en pedagogisk formidlingsevne.

1.1 Hensikt og problemstilling

Hensikten med oppgaven er å få økt kunnskap om hvordan sykepleier best mulig kan veilede barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1, slik at barnet og familien skal oppleve egenkontroll. Hovedmålet hos et barn med diabetes er å ha mest mulig stabilt glukosenivå i blodet. Et avgjørende sykepleietiltak for å oppnå dette målet er veiledning.

Problemstillingen vår lyder derfor som følger;

Hvordan kan sykepleier veilede barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1, til å oppnå egenkontroll over sykdommen?

1.2 Avgrensning

Det finnes fire typer kategorier innen diabetes; diabetes mellitus type 1 og type 2, spesielle diabetestyper og svangerskapsdiabetes (Mosand og Stubberud 2016).

Diabetes mellitus type 1, heretter kaldt DM1, er den alvorligste diabetestypen, som også kan gi akutte- og senkomplikasjoner. Det å bli diagnostisert med DM1 er vanligst i barneårene. I løpet av det første leveåret er forekomsten svært sjelden, men økende opp til pubertetsalder.

Ifølge Tveiten et al (2012) defineres barn som personer fra 0 til 18 år. Videre deles ungdomsalderen inn i tre aldersgrupper; den tidlige perioden er fra 10 til 13 år, den midtre perioden er 14 til 16 år og den sene perioden er fra 17 til 21 år.

Vi velger å fokusere på DM1 hos barn i den tidlige og midtre ungdomsalderen, altså barn mellom 10 og 16 år, i sykehus. I og med at denne aldersgruppen er definert som barn, velger vi derfor å bruke denne terminologien videre i oppgaven.

2 Bakgrunn

2.1 Årsaker, symptomer og komplikasjoner

DM1 er en autoimmun sykdom som kjennetegnes av insulinmangel (Mosand og Stubberud 2016). De insulinproduserende betacellene i pancreas ødelegges, slik at insulinproduksjonen avtar gradvis. Når insulinproduksjonen ikke dekker kroppens behov vil blodglukosen øke, og en får hyperglykemi. Hamilton et al (2017) viser til at diabetes var den 6. vanligste dødsårsaken i verden i 2015 og at forventet levetid ved DM1 er redusert med fem til fjorten år.

Årsaken til DM1 er usikker, men det kan være en kombinasjon av genetisk disposisjon og miljøfaktorer (Grønseth og Markestad 2017). Man ser at risikoen er stor for at barnet utvikler sykdommen dersom en av foreldrene har den. Videre kan det være en sammenheng mellom en D-vitaminmangel i barnealderen, barn som ikke er ammet tilstrekkelig og en gjennomgått enterovirusinfeksjon (Jenssen 2016).

Tidlige symptomer er tørste, hyppig vannlating, vekttap og slapphet (Grønseth og Markestad 2017). Om DM1 ikke oppdages i tide kan det utvikles dehydrering og ketoacidose, som igjen kan føre til sjokk eller koma. Hoved symptomene på DM1 hos barn starter ofte i forbindelse med en luftveisinfeksjon.

Ketoacidose er en alvorlig komplikasjon og kan være det som avslører sykdommen hos barn (Jenssen 2016). Dette kan skje ved total insulinmangel da cellene ikke får nok glukose. Symptomene ved ketoacidose er hyperventilering, brekninger og magesmerter, og en kan få ketonånde. Om man overser denne tilstanden kan barnet gå i sjokk og eventuelt dø. Hypoglykemi er en akutt komplikasjon og kan oppstå ved for mye insulin, dette kalles også føling. Symptomene er svette, hjertebank, uro og sultfølelse, videre kan symptomer som tåkesyn, svimmelhet, uklarhet og bevisstløshet tiltre. Diabetes kan gi alvorlige senkomplikasjoner over tid (Jenssen 2016). Endringer i de små og store blodkarene i kroppen kan føre til retinopati, nefropati, nevropati, hypertensjon og hjerte- og karsykdommer.

Ved diagnostisering ser man på symptomene, i tillegg til å måle både korttids og langtids glukosen i blodet og i urinen (Grønseth og Markestad 2017). Ved påvist DM1 legges barn inn i sykehus for å unngå ketoacidose samt få videre behandling.

2.2 Mål for behandling

Målet med behandlingen er å holde blodglukosen stabil, forebygge akutte- og senkomplikasjoner, opprettholde normal utvikling og vekst hos barnet, og at barnet og familien oppnår egenkontroll (Grønseth og Markestad 2017). Den viktigste behandlingen er å få stabilisert blodglukosen med både kostregulering og hurtig- og langtidsvirkende insulin. Store barn har en god effekt av insulin tilførsel 5 ganger i døgnet, hvor man gir langtidsvirkende før leggetid og hurtigvirkende før måltider. En alternativ behandling er insulinpumpe, hvor det kun gis hurtigvirkende insulin.

Da diabetes er en kronisk sykdom, medfører det at det er barnet og dens familie som regulerer sykdommen i hverdagen (Grønseth og Markestad 2017). Veiledning til barn og foreldre er derfor sentralt og starter allerede ved innleggelse. Det er viktig å lære barn og foreldrene tegn på hyperglykemi og ketoacidose. Spesielt ved bruk av insulinpumpe da pumpen kan svikte eller feildosere insulinmengden, og blodglukosen kan dermed stige raskt.

I Hamilton et al (2017) sin studie vises det at barn med DM1 har en større risiko for angst og depresjon, og at dette kan føre til dårlig glykemisk kontroll. Videre kan dårlig glykemisk kontroll også medføre psykiske utfordringer. For å bidra til å forebygge dette er det viktig at sykepleier er bevisst på at sykdommen gir psykososiale så vel som fysiske utfordringer, og at den endrer hele livssituasjonen til familien. Veiledningen bør derfor inneholde psykososial og sosial støtte fra starten av (Hamilton et al 2017).

2.3 Veiledning

Tveiten et al (2012) beskriver veiledning som en pedagogisk prosess, som sykepleier kan bruke for å hjelpe barnet og dens foreldre med å oppnå sine mål. Veiledning blir beskrevet som et paraplybegrep hvor informasjon, undervisning og eventuelt råd er samlet under. Veiledning og undervisning har mange likhetstrekk, men hovedforskjellen er at ved veiledning er det barnet og foreldrene som styrer prosessen, mens undervisning styres av sykepleieren. I og med at veiledningen blir til i dialogen mellom sykepleier, barnet og foreldrene, kan ikke dette planlegges til

samme grad som undervisning. Sykepleieren har ansvaret for at det blir så pedagogisk og hensiktsmessig som mulig, dette gjøres ved å skape en god relasjon med barnet og foreldrene. Derfor er det viktig at sykepleier har kunnskap om kommunikasjon, DM1, barns utvikling og behov, mestring og helse. Dialogen mellom barnet, foreldrene og sykepleier, må baseres på de grunnleggende verdiene som tillit, respekt, tro på muligheter, likeverd og ansvar (Tveiten et al 2012).

2.4 Lover og etiske retningslinjer

For å kunne gi best mulig pleie finnes det fire etiske prinsipper sykepleieren kan navigere ut fra (Tveiten et al 2012). Ikke-skade og velgjørenhetsprinsippet går ut på at sykepleier skal gjøre godt for pasienten, og ikke påføre det ytterlig skade. Rettferdighets prinsippet gjelder å etterstrebe plikten til å gi alle lik hjelp. Autonomiprinsippet går ut på at barnet må kunne bestemme over seg selv. Autonomiprinsippet har medbestemmelse i fokus, og står sentralt i veiledningsprosessen (Brinchmann 2016).

Sykepleier plikter ifølge både lover og forskrifter å veilede pasienter og pårørende. Pasient og brukerrettighetsloven (1999) forteller oss at barnet har rett til å medvirke der det er forsvarlig i spørsmål vedrørende undersøkelses- og behandlingsmetoder. Medvirkningen skal tilpasses barnet, det skal bli informert og hørt, og det skal legges vekt på barnets meninger tatt i betraktning av alder og utvikling. Videre har barnet rett til å få all den informasjonen som omhandler sin helsetilstand og foreldrene har rett til nok informasjon for å kunne opprettholde foreldreansvaret. Barn i sykehus har rett til å ha med seg minst en foresatt og barnet har rett til aktivisering og stimulering under oppholdet (Pasient og brukerrettighetsloven 1999). Ifølge *Lov om helsepersonell m.v* står det at helsepersonell plikter å gi informasjon til alle som har krav på det. Helsepersonell plikter å arbeide faglig forsvarlig og å delta i utførelsen av en individuell plan når pasienten har krav på det (Helsepersonelloven 1999). I *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjoner* har barn som legges inn i sykehus krav på å legges inn på barneavdeling. Barnet skal helst følges opp av det samme personalet. Helsepersonell plikter å informere og veilede foreldre, og gjøre rede for oppgavefordeling (Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon (2000)).

2.5 Barn i sykehus

Ifølge Grønseth og Markestad (2017) vil et barn med sykdom oppleve stress, i tillegg vil det å bli innlagt i sykehus kunne forsterke dette. Nytt miljø, engstelse og uforutsigbarhet, i tillegg til prosedyrer som følger med sykdommen er alle stressfaktorer. Det kan være skadelig for barnets fysiske og psykiske helse og utvikling å ha stress over lang tid. Barn som utsettes for stress uttrykker ikke nødvendigvis dette muntlig, men kan vise det i form av sinne, engstelse, tilbaketrekning, eller ved å gi uttrykk for at de kjeder seg. Foreldrene er også utsatt for stressfaktorer i en slik situasjon. En viktig sykepleieroppgave blir da å forebygge stress og fremme mestring hos barn og deres foreldre (Grønseth og Markestad 2017).

2.6 Kommunikasjon med barn

Grønseth og Markestad (2017) definerer kommunikasjon som en prosess med informasjonsoverføring mellom sender og mottaker. I kommunikasjon med barn i ungdomsalder, er det anbefalt at de får prate minst like mye som helsepersonell. Selv om foreldrene er viktige, er det barnet som skal være i fokus, og det er minst like viktig at sykepleier skaper en tillitsrelasjon til barnet så vel som til foreldrene. Dette kan gjøres gjennom at sykepleier viser respekt og interesse for barnet, tør å gi av seg selv, snakker direkte til barnet, er ærlig, og hjelper det til å forstå hva som skjer. Det beskrives 3 viktige faktorer som styrker kommunikasjonen med barn. Den ene faktoren er at barnet skal finne en mening i samtalen, den andre faktoren er at det skal beholde sin verdighet og føle seg kompetent, og den siste faktoren dreier seg om anerkjennelse og rosing av barnet (Grønseth og Markestad 2017).

Lytting er avgjørende for å bygge tillitt. En konkret måte å vise at man lytter kan være å repetere det barnet sier, og reflektere sammen med det (Grønseth og Markestad 2017). Det er frarådet å avbryte barnet når det snakker, da dette kan bidra til at det føler at sin mening er ubetydelig (Tveiten et al 2012).

2.7 Barns utvikling

For å skape en trygg relasjon, er det hensiktsmessig at sykepleieren er bevisst på og tar hensyn til barns utvikling (Grønseth og Markestad 2017). Dette kan være vesentlig for at barnet takler stress bedre.

Ifølge Håkonsen (2015) deler Erikson barndommen inn i åtte psykososiale faser. Hver fase inneholder en livskrise, som gjør at menneskene rundt må tilpasse seg. Fase fire og fem blir omtalt her, da disse er relevante for denne oppgaven. Fase fire er alderen fra seks til fjorten år. I denne fasen måler barnet seg med jevnaldrende. Her er fysiske og intellektuelle aktiviteter i fokus, der de lærer å balansere mellom kreativitet og underlegenhet. I denne alderen lærer de å tilpasse de ulike situasjoner i livet. Fase fem er fra fjorten og tyve år, og preges av forvirring ved at barnet opplever dramatiske forandringer på grunn av biologisk og sosial utvikling. Barnets egoidentitet utvikles i denne fasen. Egoidentitet sier noe om en persons evne til å håndtere livet. Et resultat av en god egoidentitet kan gi barnet en opplevelse av mening og forutsigbarhet, i tillegg til en følelse av å ha kontroll i livet (Håkonsen 2015).

2.8 Aaron Antonovsky og salutogenesen

Professoren i medisinsk sosiologi Aaron Antonovsky har utviklet begrepet salutogenese (Antonovsky 2018). Salutogenesen kan sees på som en motvekt til patogenesen, som tar utgangspunkt i hva som forårsaker sykdom. Salutogenesen er teorien om faktorer som fremmer helse med fokus på økt mestring og velvære. Den omhandler at det er lettere å møte motgang om man føler en opplevelse av sammenheng, OAS. Han bruker begrepene begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet som svar på denne teorien. Begripelighet dreier seg om den kognitive opplevelsen av at det man går gjennom er forståelig. Håndterbarhet går ut på å ha og å kunne ta i bruk egne ressurser eller andres gjennom et nettverk, til å handle på utfordringer. Meningsfullhet går ut på at en evner å finne motivasjon til å tilpasse seg sin situasjon. Antonovsky sier at en god samlet OAS gir god mestring.

Videre mener Antonovsky (2018) at premissene for at mennesket ser på verden som begripelig, håndterbar og meningsfull legges i barndommen, og i ungdomstiden opplever flere erfaringer som legger seg over de tidligere erfaringene. Han beskriver ungdomstiden som en stormfull tid preget av usikkerhet, utestengning, og dårlig selvfølelse. I tillegg til disse følelsene, skal ungdommen også mestre det å skape seg en egen identitet og få orden på livet.

2.9 Empowerment

Ifølge Tveiten et al (2012) defineres empowerment som den kontrollen man tar for å påvirke sin egen helse. Videre beskrives tre prinsipper som ligger til grunn for å oppnå empowerment. Maktomfordeling fra helsepersonell til barnet og dens familie, brukermedvirkning, og å bli ekspert på seg selv. Maktomfordeling dreier seg om at sykepleieren må fordele makten til det beste for barnet. Brukermedvirkning omhandler at barnet og foreldre skal involveres i behandlingen gjennom å ta avgjørelser og å uttrykke sine meninger. Det siste prinsippet handler om at barnet, foreldre og sykepleieren må samarbeide, da alle er eksperter på ulike områder. Eksempelvis er sykepleier den faglige ekspert, mens barnet og foreldrene er eksperter på seg selv.

2.10 Mestring

Empowerment kan føre til mestring. Ifølge Tveiten et al (2012) er mestring ikke en evne, men en prosess som hele tiden utvikles. En måte å definere mestring på er de forsøk en gjør på å takle indre og ytre spenninger som utfordrer ens ressurser. Mestring omhandler også kunnskaper og holdninger individet innehar, i tillegg til relasjoner og evnen til å nyttiggjøre seg av ressurser. Håkonsen (2015) skriver at for å verne ens ego mot stress, kan det tas i bruk ulike mestringsstrategier. Noen av mestringsstrategiene som blir tatt mest i bruk hos store barn er regresjon, avledning, og emosjonell støtte som trøst, kos og ros (Grønseth og Markestad (2017).

3 Metode

Denne oppgaven er en litteraturstudie. I følge Aveyard (2014) vil man i en litteraturstudie finne svar på en tenkt problemstilling, ved å søke i litteraturen som allerede eksisterer og tolke dette. Her brukes både kvantitative og kvalitative studier, for å få utnyttelse av konkrete fakta og en forståelse av den subjektive opplevelsen til de involverte. På denne måten får man en nyansert og helhetlig forståelse.

En kvantitativ studie er innhenting av konkrete målbare fakta, som eksempelvis tall og spørreskjemaer med svaralternativer eller standardiserte intervjuer (Thidemann 2017). Her sammenlignes resultater fra mange kilder, for å se etter mønster og forsøke å generalisere kunnskapen. En kvalitativ studie går i dybden på et tema ved hjelp av eksempelvis intervjuer og observasjoner, for å finne ut hvordan det oppleves av involverte individer via meninger og holdninger. I kvalitative studier innhentes det mange opplysninger fra få deltagere, og man får dermed et nyansert bilde av et konkret tema.

Analyseprosessen i denne oppgaven følger Thidemann (2017) sin beskrivelse av hvordan en går frem i tolkningen av artikler. Forskningslitteraturen er samlet fra to forskjellige databaser, Cinahl og Medline. I prosessen av å finne de valgte artiklene ble det brukt ulike søkeord i databasene. Av resultatene som fremkom ble det først sett på om tittelen var relevant for problemstillingen. Deretter ble innholdet i artiklene lest flere ganger og analysert for å få et helhetlig bilde før de ble knyttet opp mot hverandre. Litteraturstudier og studier på andre språk enn engelsk og norsk ble ekskludert. Andre ekskluderingskriterier var artikler som omhandlet voksne, og studier som var eldre enn elleve år. Studiene som blir brukt er publisert i tidsskrift som er fagfellevurdert og studiene følger IMRaD strukturen. De endelige artiklene tar for seg temaer som alle belyser oppgavens problemstilling med ulike vinklinger. Førsteforfatterene i de valgte studiene er alle knyttet opp til ulike universiteter.

Som søkeord er *Diabetes Mellitus type 1* brukt for å finne hver artikkel. For å finne resultater som belyser problemstillingen ble dette kombinert med søkeordene *barn*, *ungdom* og *foreldre*. Videre ble disse kombinert med blant annet *veiledning*, *undervisning*, *autonomi* og *livskvalitet* for å finne varierte resultater. I prosessen med å finne artiklene ble søkeordet *sykepleier* og *pediatrisk sykepleie* forsøkt brukt, men resultatene ble da lite relevante eller av dårlig kvalitet. Til tross for at dette søkeordet

ikke ble brukt er de inkluderte artiklene sykepleiefokusert. Det at de samme søkeordene ble brukt til flere av artiklene kan trekkes frem som en svakhet, da man kan få lite varierte svar.

I artiklene brukes begrepene *barn* og *ungdom* om hverandre, derfor vil disse begrepene også brukes i matrisene. I resultatpresentasjonen, diskusjon og konklusjon er det gjort et bevisst valg av å bruke begrepet *barn* for å følge den tidligere nevnte definisjonen.

Her følger en skjematisk fremstilling av hvordan artiklene ble funnet.

Søkeord	Database	Kombinsjon	Avgrensning	Antall treff	Artikler
1 Diabetes type 1 2 Newly diagnosed 3 Children 4 Education	Cinahl	1 1 AND 2 1 AND 2 AND 3 1 AND 2 AND 3 AND 4	Årstall etter 2008 og akademisk tidsskrift	20 266 389 259 27	Jönsson et al (2012)
1 Diabetes 2 Diabetes education 3 Parents	Cinahl	1 1 AND 2 1 AND 2 AND 3	Årstall etter 2009 Språk: Engelsk Barn mellom 6 og 18 år	20 298 1 036 127 27	Schmidt et al (2012)
1 Diabetes Mellitus, type 1 2 Children 3 family-centered care	Cinahl	1 1 AND 2 1 AND 2 AND 3	Årstall fra 2009	20237 3702 11	Sparud-Lundin og Hallström (2016)
1 Diabetes Mellitus, type 1 2 Pediatric 3 Quality of life	Ovid Medline	1 1 AND 2 1 AND 2 AND 3		46705 149 26	Rechbenberg et al (2016)
1 Counseling 2 Adolescent 3 Diabetes Mellitus, type 1 4 Blood Glucose Self-Monitoring 5 Patient Education as Topic	Ovid Medline	1 1 AND 2 1 AND 2 AND 3 1 AND 2 AND 3 AND 4 1 AND 2 AND 3 AND 4 AND 5		26180 4760 62 11 7	Sullivan-Bolyai et al (2014)
1 Diabetes mellitus 1 2 Motivational interviewing	Cinahl	1 1 AND 2	Publisert etter 2008	20 357 30 25	Caccavale et al (2018)
1 Diabetes mellitus 1 2 Autonomy	Cinahl	1 1 AND 2	Alder 6-8 år Publisert etter 2009	20 415 30 19	Blicke et al (2014)

4 Resultat

“The logic of care”- Parent`s perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes	
Artikkel 1	Forfatter: Lisbeth Jönsson, Inger Hallström og Anita Lundqvist Sverige (2012)
Hensikt	Hensikten med studien var å få en dypere forståelse av utdannelsesforløpet i den første fasen, etter at et barn er diagnostisert med DM1. Foreldrenes persepsjoner av utdannelsesforløpet etter ny diagnostiseringen beskrives.
Nøkkelord	Diabetes education, children, parents, Qualitative research, Type 1 diabetes
Metode	I studien ble det brukt en kvalitativ beskrivende metode. Til sammen var det 18 foreldre til barn mellom 3 og 16 år med DM1, som ble intervjuet. Foreldrene fortalte om deres opplevelser av pleien de mottok på sykehuset da barnet ble diagnostisert med DM1. Det teoretiske rammeverket i studien er den filosofiske teorien av Annemarie Mol «The logic of care».
Etisk overveieles	Studien er godkjent av den uavhengige etiske forsknings komitéen ved det medisinske fakultetet på Lund universitet.
Resultat	Resultatet blir beskrevet i henhold til Anne Marie Mol sin filosofiske teori «The logic of care». Denne teorien tar utgangspunkt i at pasienten skal være deltagende i sin egen behandling og forstå alvorlighetene sykdommen medfører. Samtidig skal helsepersonell sette seg inn i pasientens liv og behov og tilpasse veiledning av sykdommen deretter. Helsepersonell skal motivere pasienten til å kjenne signalene kroppen gir, slik at man får balansert blodglukosen optimalt. Funnene i studien viser at foreldrene stoler på helsepersonell, og føler at deres barn er i gode hender. Det viser seg også at det er et godt samarbeid mellom foreldrene og helsepersonell, med god kommunikasjon.
Konklusjon	For å optimalisere utdanningsprosessen for familier med ny diagnostisert DM1, kan økt fokus på familiens opplevelser være nyttig ved at dette kan føre til videre åpenbaringer av utdanningsprosessen, og dermed gjøre det mer forståelig for alle familiemedlemmene.
Svakheter	En svakhet med studien er at det var lite mangfold blant deltagerne.

In-Hospital Survival Skills Training for Type 1 Diabetes: Perceptions OF Children AND Parents	
Artikkel 2	Forfatter: Cynthia A. Schmidt, Laura W. Bernaix, Maria Chiappetta, Emily Carroll og Ann Beland USA (2012)
Hensikt	Hensikten med studien var å beskrive barn og foreldres persepsjoner av innleggelsen i sykehus ved diagnostisering av DM1. Studien ville også undersøke hvor effektiv opplæring var, samt identifisere sykepleietiltak som barn og foreldre satte pris på, og trygget deres følelse av å håndtere sykdommen.
Nøkkelord	Children, diabetes education, parents, type 1 diabetes, self-care skills.
Metode	Dette er en kvalitativ studie som benyttet en intervjuhåndbok for barn og en skriftlig undersøkelse for foreldre, for å få frem deres persepsjoner av diabetes undervisning og støtte de fikk fra sykepleiere under barnets sykehusopphold. Deltagerne besto av 20 barn mellom 8 og 15 år, og 25 av deres foreldre.
Etisk overveielse	Studien er godkjent av en etisk komité.
Resultat	Under sykehusoppholdet var barnas hoved utfordring omfanget av undersøkelsen og behandlingen som ble gjennomført. Foreldrenes hoved utfordring var den følelsesmessige reaksjonen knyttet opp til deres barns nye diagnostisering. Både barn og foreldre følte at opplæringen de fikk var effektiv. Studien viser at undervisningen, tilsyn ved egen utøvelse av behandling, betryggelse av videre livskvalitet og positive tilbakemeldinger var nyttige sykepleietiltak. Studien fant at barnets alder, da diagnosen ble stilt, utspilte en avgjørende faktor i hvordan familiene delte ansvaret for oppgavene.
Konklusjon	Barna og foreldre som deltok følte at sykepleietiltakene som blant annet å gi støtte, veiledning om DM1, opplæring, positiv tilbakemelding på ferdighetsøvelse og tilsyn ved ferdighetsutøvelse var effektive.
Svakheter	Deltakerne var alle fra samme helsesenter og kjente intervjuerne, noe som kan ha påvirket svarene de ga.

Parent`s Experience of Two Different Approaches to Diabetes Care in Children Newly Diagnosed With Type 1 Diabetes

Artikkel 3	Forfatter: Carina Sparud-Lundin og Inger Hallström Sverige (2016)
Hensikt	Studien tar for seg to ulike tilnærminger for å behandle barn med nyoppdaget DM1, behandling på sykehus og behandling på et familiehus. Hensikten med denne studien er å se på opplevelsene til foreldre med barn i disse behandlingsløpene.
Nøkkelord	Type 1 diabetes, children, diabetes care, family-centered care, interviews, grounded theory
Metode	Dette er en kvalitativ studie. Forfatterne intervjuet 36 foreldre til 23 barn med ny diagnostisert diabetes. Foreldrene ble rekruttert fra en randomisert kontrollert studie, for å evaluere deres opplevelse av de to ulike tilnæringsmetodene i diabetespleie.
Etisk overveie lse	Studien er i samsvar med den uavhengige regionale etiske komiteen.
Resultat	Sykehusbasert pleie ble evaluert til å være trygt, men ikke diabetes- og familievennlig. Videre ble sykehusbasert pleie oppfattet som mer passiviserende, mens behandling på familiehus ble oppfattet som mer inkluderende og mere realitetsorientert. Foreldrene fra familiehus følte seg sikrere da de kom hjem, da de hadde fått muligheten til å øve seg på dagligdagse utfordringer. Foreldre opplevde at de fikk mye nyttig informasjon på sykehuset. Noen syntes de fikk for mye informasjon over en kort periode, som gjorde det vanskelig å huske alt og å skille mellom viktig og uviktig informasjon. Andre foreldre synes derimot at de fikk en overkommelig mengde informasjon og at den ble gitt gradvis og fint.
Konklusjon	Barn og familier som hadde hatt behandling på sykehus var fornøyde, men de fra familiehus var mer tilfreds, både ved utskrivning og etter seks måneder. Dette er grunnet miljøet i familiehuset inkluderte familien mer og ga pleie i en familiekontekst. Hovedkomponentene i familiehuset er kontinuitet, overholdelse og ivaretagelse av foreldrenes ansvar ovenfor sykdommen.
Svakheter	Det er ikke nok beskrivelser om hvordan familiefokusert pleie blir utført. Studien mangler et bredere perspektiv på familiefokusering.

Contribution of income to self-management and health outcomes in pediatric type 1 diabetes	
Artikkel 4	Forfatter: Kaitlyn Rechbenberg, Robin Whittemore, Margaret Grey, Sarah Jaser og TeenCOPE Research Group USA (2016)
Hensikt	Studien viser til tidligere forskning som påviser en sammenheng mellom familiens inntekt, ungdommens livskvalitet og egenkontroll over sykdommen ved DM1. Hensikten med denne studien er å se på <i>hvorfor</i> dette er tilfelle.
Nøkkelord	Diabetes mellitus (type1), income, juvenile-onset diabetes, pediatrics, psychosocial support system
Metode	Studien er en analyse av startdataen fra en randomisert klinisk studie. Den større studien er kvantitativ og har som mål å se på effekten av internettbasert trening til ungdom for selvregulering av glukosen, psykososial tilpasning og livskvalitet. 320 ungdommer mellom 11 og 14 år, diagnostisert med diabetes DM1 i 6 måneder eller mer, deltok i studien. Andre krav for å delta var at de kunne snakke og skrive engelsk, ikke hadde noen andre sykdommer og at de hadde tilgang til raskt internett hjemme, på skolen eller i nærmiljøet. Det ble sett på forskjeller i langtidsblodsukkeret, opplevd stress, depressive symptomer, egenkontroll, problemløsing, målsetting og livskvalitet på tvers av gruppene. Både hos ungdommen og foreldrene ble disse faktorene målt gjennom ulike spørreskjema.
Etiske overveielser	Studien ble godkjent av en uavhengig etisk komité.
Resultat	Ungdom i familier med lav eller moderat inntekt har høyere risiko for komplikasjoner til sykdommen og dårligere selvregulering enn ungdom i familier med høy inntekt. Den mest avgjørende faktoren av dette er om foreldrene har utdanning eller ikke.
Konklusjon	Foreldrenes livssituasjon har en påvirkning på hvordan ungdommen lever med sykdommen.
Svakheter	Det er lite mangfold blant ungdommen som deltok i studien. Studien er utført under en økonomisk nedgangstid i USA.

Engaging Teens and Parents in Collaborative Practice - Perspectives on Diabetes SelfManagement	
Artikkel 5	Forfatter: Susan Sullivan-Bolyai, Carol Bova, Kimberly Johnson, Karen Cullen, Carol Jaffarian, Diane Quinn, Edwin N. Aroke, Sybil Crawford, Mary M. Lee og Olga Gupta USA (2014)
Hensikt	Hensikten med studien var å se hvordan perspektivet til ungdommer med DM1 og deres foreldre var på selvhåndterings kunnskap, adferd og ressurser knyttet til diabeteshåndtering. Målet var å bruke denne informasjonen til å utvikle en klinikk for diabetespasienter i overgangen fra ungdomsårene til voksenalderen.
Nøkkelord	Forfatteren oppga ingen nøkkelord.
Metode	Det er en kvalitativ studie. 10 ungdommer som var diagnostisert i minimum 1 år, og 13 foreldre deltok i undersøkelsen. Ungdommen var mellom 13 og 17 år. De ble intervjuet i forskjellige grupper, der alle ble stilt de samme, åpne spørsmålene.
Etisk overveielse	Studien er godkjent av en uavhengig regional etisk komité.
Resultat	Ungdommene som var diagnostisert da de var to år hadde kun isolert kunnskap om diabetes, mens de som ble diagnostisert etter syv års alder hadde mer helhetlig forståelse av sykdommen og var mer aktivt inkludert i læringsprosessen. Foreldre ville at helsepersonell skulle ha mer fokus på hele personen og ikke bare på tall. Foreldrene rapporterte utfordringer i overgangen fra da barnet gikk fra å være under deres ansvar, til å skulle håndtere sykdommen selv. Ungdom satt pris på at foreldrene engasjerte seg, samtidig som de ønsket at foreldrene stolte mer på dem.
Konklusjon	Det kan gi gode helsemessige utfall, om ungdom og foreldrene blir inkludert allerede fra starten av veiledningsfasen. Deres meninger og erfaringer kan bidra til å gi en bedre tilrettelagt veiledning.
Svakheter	Det var veldig få deltager, og lite mangfoldighet. De fleste som deltok i undersøkelsen hadde god glykemisk kontroll.

Exploring the role of motivational interviewing in adolescent patient-provider communication about type 1 diabetes	
Artikkel 6	Forfatter: Laura J. Caccavale, Rosalie Corona, Jessica G. La Rose, Suzanne E. Mazzeo, Alexandra R. Sova, Melanie K. Bean. USA (2018)
Hensikt	Hensikten med studien var å undersøke om kommunikasjon med vekt på prinsippene i motiverende intervju, kunne ha en positiv effekt på utfallet til ungdommenes DM1.
Nøkkelord	Adolescents, communication, motivational interviewing, type 1 diabetes
Metode	Dette er en kvantitativ studie, med 55 deltagere, bestående av ungdom mellom 13 og 18 år, deres foreldre og pediatrik helsepersonell. Ungdommen var diagnostisert med DM1 i minimum 1 år. Det ble brukt standardiserte spørreskjemaer som ungdommen og foreldrene måtte fylle ut. Diabetesoverholdelsen ble målt. Deretter ble ungdommenes selvhåndtering vurdert. Langtidsblodglukosen ble målt i løpet av første måneden og etter tre måneder. Helsepersonell måtte oppgi hvor mye motiverende intervju erfaring de hadde fra før.
Etisk Overveielser	Studien er godkjent av en uavhengig etisk komité.
Resultat	Når helsepersonell ikke bruker motiverende intervju teknikker, har ungdommen dårligere sykdomsoverholdelse og glykemisk kontroll.
Konklusjon	Motiverende intervju er en nyttig metode for veiledning. Denne metoden blir ikke brukt nok i praksis.
Svakheter	Noen av svakhetene ved studien er at alle studieobjektene kommer fra samme klinikk, noe som gjør det vanskelig å generalisere. De kom videre fra en høy sosioøkonomisk klasse, noe som kan gi skjeve resultater.

The relation between awareness of personal resources and metabolic control in children and adolescents with type 1 diabetes	
Artikkel 7	Forfatter: Maren Blicke, Ulrike Körner, Patricia Nixon, Burak Salgin, Thomas Meissner og Bettina Pollok Tyskland (2014)
Hensikt	Hensikten med studien er å belyse om ressursorientert tankegang påvirker diabeteskontrollen hos barn med DM1. Videre ville forfatterne finne ut om foreldrenes evne til å ta barns perspektiv også har en påvirkning.
Nøkkelord	Metabolic control, resource awareness, type 1 diabetes
Metode	Det er en kvantitativ studie. Deltagerne besto av 78 barn og ungdom mellom 11 og 17 år med DM1 og deres foreldre. Alle deltagerne fylte ut spørreskjema hver for seg. Foreldrene måtte avgi svar både fra sitt eget og barnas perspektiv. Langtidsblodglukosen ble målt samme dag som spørreundersøkelsene ble utført.
Etiske overveielser	Studien er godkjent av den lokale etiske komitéen på Heinrich-Heine universitet i Düsseldorf.
Resultat	Hos de barna der foreldrene ikke klarte å sette seg inn i deres perspektiv, viste det en forhøyet verdi av langtidsblodglukosen og en dårligere metabolsk kontroll. Som svar på hva barna ville rådgi andre barn med diabetes om, hadde de med hovedfokus på aksept av sykdommen best resultat av langtidsblodglukosen, for så å bli etterfulgt av de som hadde hovedfokus på kontroll. I de tilfellene der foreldrene kun fokuserte på sykdommen, viste det en dårligere metabolsk kontroll hos barnet. Andre faktorer de fant som kan påvirke blodglukosen positivt er åpenhet om sykdommen og det å være bevisst sine kroppslige signaler. I artikkelen kommer det frem at ikke alle barna ønsket autonomi knyttet til kontrollen over sin egen sykdom.
Konklusjon	Det å akseptere sykdommen og å være åpen om den, kan være viktige mål hos barn med DM1 og deres foreldre, da disse strategiene har en klar sammenheng med langtidsblodglukosen. Veiledning kan med fordel ha fokus på dette, i tillegg til å være ressursorientert, og at foreldre må ta barnas perspektiv. Barna som ikke ønsket autonomi, hadde dårlige resultater på blodglukosen.

5 Resultat presentasjon

5.1 Sykepleiers tilnærming

Schmidt et al (2012) sin studie belyser fire sykepleietiltak som både barn og foreldre mente var hjelpelike for diabeteshåndteringen. Kunnskapsformidling er et sykepleietiltak, der informasjonen ble gitt av en sykepleier med god formidlingsevne. Ferdighetsdemonstrasjoner, som er det andre sykepleietiltaket, gir muligheten til å prøve seg på egenhånd, før man får videre detaljert opplæring. Det tredje sykepleietiltaket handler om at sykepleieren hadde en betryggende tilstedeværelse, og kommuniserte på en god og tilpasset måte i forhold til alder. Barn uttrykte takknemlighet over at sykepleieren ga dem ros. Det siste tiltaket går på at sykepleieren motiverer til et aktivt og normalt liv, noe barn og foreldre verdsatte. Videre syntes barn det var godt når sykepleiere formidlet håp og oppløftende ord angående deres egenkontroll (Schmidt et al 2012).

Caccavale et al (2018) viser til motiverende intervju som en positiv kommunikasjonsmetode i sammenheng med diabetes, som helsepersonell med fordel burde lære seg. En tilnærming basert på motiverende intervju bygger på en felles refleksjon, at intervjueren søker samarbeid, gir anerkjennelse og legger vekt på barnets autonomi.

Ifølge Sullivan-Bolyai et al (2014) lærte barn mer av å bli veiledet av sykepleiere som møtte dem med en vennlig innstilling, stilte åpne spørsmål og reflekterte sammen med dem, i motsetningen til å bare gi fasiten. Barna uttrykte at de ønsket støtte fra foreldrene, men også tilliten til å utforske egenmestringen for seg selv (Sullivan-Bolyai et al 2014).

5.2 Familiefokusert veiledning

Jönsson et al (2012) viser til at foreldre ønsket at diabetesveiledning var tilpasset familiens dagligliv fremfor en ferdigsatt plan. Studien til Sparud-Lundin og Hallström (2016) understreker pleie rettet mot familien som en god effekt på etterlevelse av videre sykdomsforløp. De kom også frem til at ulike familier hadde ulike opplevelser av hvor mye informasjon de fikk i løpet av sykehusoppholdet, og hvor mye de forstod. Det ble sammenlignet hvordan foreldre opplevde to forskjellige tilnærminger til diabetespleie. Foreldrene var mest fornøyd med behandlingen i de tilfellene de ble

inkludert i hele prosessen. Tett samarbeid med diabetessykepleierne reduserte angst hos foreldrene (Sparud-Lundin og Hallström 2016).

Schmidt et al (2012) rapporterer om persepsjonen til barn og foreldre i diagnostiseringsfasen. Foreldrene oppga sin hovedutfordring som mange negative følelser og dårlig samvittighet i forhold til barnas diagnostisering. Barna sine hovedutfordringer omhandlet derimot prosedyrene rundt sykdommen og at de så på selve sykehusinnleggelsen som overveldende.

Mange foreldre opplevde at de fikk mye kunnskap om hva de skulle gjøre, men ikke hvorfor (Jönsson et al 2012). Dette ga usikkerhet etter utskrivelse og resulterte i overbeskyttelse av barna. Noen foreldre uttrykte ønske om at helsepersonellet ga mer konkrete råd om hvordan en skal leve med DM1 hjemme.

Studien til Rechenberg et al (2016) viser at barn fra familier med lav og middels inntekt har dårligere glukosekontroll enn barn fra familier med høy inntekt. Barn med foreldre med høy utdanning har bedre blodglukoseregulering enn barn med foreldre med lav eller ingen utdanning.

Barna som blir intervjuet i Sullivan-Bulyai et al (2014) sin studie rapporterer at flesteparten lærte om diabeteshåndtering av deres mødre. Mødrene blir flere ganger nevnt som den mest involverte forelderen. De fleste av barna satt derimot pris på et samarbeid med begge foreldrene og rådførte seg gjerne med dem. Når helsepersonell ikke hadde nok kunnskap i forhold til hva foreldrene forventet seg, førte dette til frustrasjon, fordi de ikke stolte på helsepersonellet (Sparud-Lundin og Hallström 2016). Dette kunne være en hindring til læring.

5.3 Ressursorienterte strategier

I studien til Blicke et al (2014) kommer det frem at en ressursorientert strategi kan ha positiv innvirkning på metabolsk kontroll og langtidsblodglukosen. Strategien går ut på å ha barnets ressurser i fokus. Den viktigste ressursen til barnet er nettverket i familie og venner. En ressurs alene stiller likevel ikke nødvendigvis sterkt, en behøver et helhetlig blikk på flere. Andre ressurser er det å ha kontroll, aksept av sykdommen og å være åpen om den (Blicke et al 2014). I Sullivan-Bulyai et al (2014) sin studie var de fleste av barna åpne for å få råd fra eldre barn med DM1. De anså håndteringen av sykdommen sin som personlig og ønsket derfor ikke å prate om DM1 i grupper, men på tomannshånd. Alle barna i studien så på sin egen

diabeteshåndtering som en ressurs for andre, og var interessert i å dele informasjonen videre (Sullivan-Bolyai et al 2014). I Jönsson et al (2012) sin studie viser de til at det å være oppmerksom på kroppens signaler er viktig for å lære seg å forebygge hypoglykemi.

6 Diskusjon

Når et barn får DM1 innlegges det i sykehus for behandling og for å lære å leve med sykdommen (Tveiten 2012). Et sykehusopphold kan oppleves stressende både for barnet og familien. I følge Antonovsky (2018) er salutogenesen teorien om hva som fremmer helse, og han ser på stressfaktorer som mulig helsebringende. Når sykdommen først er inntruffet, vil han sette fokus på å opprettholde best mulig helse framfor å fokusere på årsaker til sykdommen. Antonovsky var opptatt av hva det er som fremmer helse, med fokus på mestringsressurser. En salutogen tankegang her er at sykepleieren veileder slik at hun fremmer barnets motivasjon, ressurser og forståelse av sin sykdom.

Antonovsky (2018) sitt svar på salutogenesen er OAS, som består av håndterbarhet, begripelighet og meningsfullhet. Professoren mener at grunnlaget for en OAS legges i barndommen, og at det befester seg i det tidlige voksenstadiet.

6.1 Håndterbarhet

Antonovsky (2018) mener at håndterbarhet er de ressursene man har til rådighet, og har man en sterk følelse av håndterbarhet vil en lettere kunne takle utfordringer en står ovenfor.

6.1.1 Ressurser

I følge Blicke et al (2014) kan det å ha ressursorientert fokus på veiledning gi positive resultater på blodglukosen. En viktig ressurs for et barn med DM1 vil ofte være nettverket som foreldre, annen familie og deretter venner.

Om håndterbarhet er viktig for at et barn skal oppleve egenkontroll, og man ser på foreldrene som nærmeste nettverk, kan et vesentlig sykepleietiltak være å utstyre barnet og foreldrene med kunnskaper og verktøy som skal til for å oppnå empowerment. Grønseth og Markestad (2017) beskriver at for å styrke barnet og familiens ressurser, er kontroll et vesentlig ord. De skiller mellom kognitiv kontroll, instrumentell kontroll og emosjonell kontroll, som alle er like viktige. Kognitiv kontroll

innebærer at barnet og familien skal ha oversikt og få tilstrekkelig med informasjon om DM1, hvordan utredningen foregår og sykdommens behandling. Med instrumentell kontroll menes det at barnet og dens familie skal vite hvordan en skal håndtere eventuelle komplikasjoner. Emosjonell kontroll innebærer en har en realistisk forståelse over sykdommens omfang og alvorlighetsgrad.

I Schmidt et al (2012) sin studie påpekes det at foreldrene har utfordringer med mye skyldfølelse og engstelse tilknyttet sykdommen. Foreldre uttrykte bekymringer over om barnet kunne fortsette å leve et like normalt liv som før diagnosen ble stilt (Jönsson et al 2012). Videre kom det fram i Schmidt et al (2012) sin studie at foreldrene satte pris på sykepleiere som ga støttende bemerkninger, og betrygget at disse reaksjonene er normale. Noen foreldre ble lettet når sykepleieren avkreftet at foreldrene hadde skyld i barnets diagnose, andre foreldre ble betrygget når sykepleieren ga håp om fremtiden til barnet. I studien til Sullivan-Bolyai (2014) rapporterte både foreldre og barn at de satte pris på sykepleiere som fokuserte på hele personen. Antonovsky (2018) mener at om man blir utsatt for mye stress og samtidig har god sosial støtte, er dette helsebringende. Stressfaktorer kan med andre ord være positivt om man har de riktige ressursene til rådighet. Om en tar utgangspunkt i denne teorien kan det å trygge foreldrene gi en direkte innvirkning på barnets følelse av håndterbarhet.

Familie sentrert veiledning er en metode der målet er å gjøre foreldre og familien til aktive deltagere i pleien, behandlingen og den videre oppfølgingen av barnet (Grønseth og Markestad 2017). Denne veiledningen har vist seg å ha en rekke positive utfall, som bedret kommunikasjonen mellom foreldre og sykepleier, samt bedret helse og livskvalitet hos kronisk syke barn.

I studien til Sparud-Lundin og Hallström (2016) er de viktigste funnene at veiledning rettes mot familien, med fokus på aktiv foreldredeltagelse og samarbeid i en familiekontekst. Det ble presisert av foreldrene at de ønsket veiledning tilpasset familiens livssituasjon. Dette støttes opp i Tveiten et al (2012) i utsagnet om at dialogen i veiledningen skal vektlegge barnet og foreldrenes behov. Ernæring ble fremhevet som en av hovedutfordringene i overføringen fra sykehus til hjemmet, da opplæringen i Sparud-Lundin og Hallström (2016) sin studie var tilpasset de rutinemessige måltidene på sykehuset. Dette kan understreke viktigheten av at

sykepleier tillegger seg kunnskap om familiens behov, og tilpasser veiledningen til familiens hverdag.

Det å være oppmerksom på signalene fra kroppen er en ressurs som kan bidra til å unngå komplikasjoner (Jönsson et al 2012). Likevel kommer det fram at det ikke blir fokusert nok på dette verken hos barn eller foreldre. Med tanke på dette kan en bevisstgjøring være nyttig for sykepleieren under veiledningsprosessen. Barna i studien til Blicke et al (2014) som følte seg komfortabel i sin egen kropp, hadde bedre kontroll på blodglukosereguleringen, enn de som var ukomfortable. Dette kan være et resultat av at de klarer å følge en diabetesorientert diett. Om barnet er komfortabel i sin egen kropp, kan det ha en sammenheng med barnets ressurser. En kan videre tenke seg at familien også er en viktig ressurs for barnet når det kommer til å akseptere kroppen sin og styrke selvbildet.

I følge Blicke et al (2014) ble åpenhet, aksept og kontroll trukket fram som positive indre ressurser hos barn, da det hadde en innvirkning på langtidsblodglukosen og metabolismen. Tveiten et al (2012) skriver at samtalegrupper for barn med DM1 kan være en god metode å bearbeide opplevelser, og styrke mestringsfølelsen på. Dette står i kontrast til resultatet til Sullivan-Bolyai et al (2014) om at flere barn ikke var komfortable med å dele i en gruppe. Videre, da barna ble spurt om de snakket om DM1 med venner, uttrykte flere at de likte å lære vennene sine om sykdommen. Andre sa derimot at sykdommen ikke var et vanlig samtaleemne blant barna og deres venner (Sullivan-Bolyai et al 2014). Da barn kan ha ulike behov for åpenhet, kan en tenke seg at det bør motiveres til å være åpen om sykdommen uten å trå over sine egne grenser.

I studien til Blicke et al (2014) er et av funnene at hos barn som har akseptert sykdommen, kan overbeskyttende foreldre være hemmende for en god sykdomsoverholdelse. Det fremgår at disse foreldrene har en tendens til å fokusere på sykdommen i seg selv og de negative konsekvensene ved den. Et annet funn er at den metabolske kontrollen var bedre hos barna hvor foreldrene hadde evne til å sette seg inn i deres situasjon. Dette kan styrke Antonovsky sin teori om at en salutogen tankegang kan ha en positiv innvirkning på helsen.

6.2 Begripelighet

Begripelighet handler om at det stresset man utsettes for er forståelig, forutsigbart og innehar en viss struktur (Antonovsky 2018). Om en person opplever ting som begripelig, vil det være lettere å håndtere stress.

6.2.1 Informasjon

For å minske stress skriver Grønseth og Markestad (2017) at det er viktig at barn og foreldre oppnår kontroll og oversikt, og at sykepleier kan bidra til dette med å gi tilstrekkelig med informasjon. Det viser seg at foreldre har ulik kapasitet til å håndtere og motta informasjon. I studien til Sparud-Lundin og Hallström (2012) uttrykte noen av foreldrene at de fikk for mye informasjon over en for kort periode, noe som resulterte i at de ikke klarte å sile ut hva som var viktig, i motsetning til en annen foreldregruppe som mente informasjonsmengden var greit tilpasset. I boka til Grønseth og Markestad (2017) viser derimot forfatterne til at foreldre synes de får for lite informasjon fra helsepersonell. Selv om det finnes nok informasjon digitalt, foretrekker foreldre å få muntlig informasjon fra helsepersonell de stoler på, særlig ved nydiagnostiseringen. Da det ofte er sykepleieren som informerer, kan det også sees på som hennes oppgave å forsikre seg om at informasjonen som blir gitt blir forstått og at mengden er overkommelig. Finbråten (2018) viser til viktigheten av å kartlegge hvilke helsekunnskaper foreldrene har, dette kan blant annet gjøres i form av spørreskjemaer.

Ifølge Finbråten (2018) er health literacy et begrep som kan oversettes til helseinformasjonsforståelse, og omhandler det å evne å begripe informasjonen om ens helse. Videre viser det seg at health literacy har en tett sammenheng med sosioøkonomisk status. De med god health literacy har bedre forutsetninger til å forstå og skaffe seg mer kunnskap, noe som dermed kan bidra til å øke de sosiale ulikhetene i helse. En kan tenke seg at de som har minst kunnskap fra før, ikke vet hvilke spørsmål de skal stille for å styrke sin kompetanse og visa versa. Videre kan det være at de som har god evne til å tillegge seg kunnskap forventer og krever mer av helsevesenet. For at sykepleier kan bidra til å minske disse forskjellene kan det tenkes at det bør tas hensyn til at forutsetningene er forskjellige, og tilpasse informasjonen deretter.

6.2.2 Sykepleiers tilnærming

For at barnet og familien skal forstå informasjonen som blir gitt, viser det seg at sykepleierens tilnærming er av stor betydning (Grønseth og Markestad 2017). Det å vise tålmodighet og gi tydelig informasjon, være blid og imøtekommen, oppdatert på sykehistorien, og å ta barna på alvor, er alle råd fra barn til helsepersonell. I studien til Schmidt et al (2012) ble det trukket frem noen faktorer det ble satt pris på ved sykepleieren. Barna likte at sykepleieren smilte, roste og oppmuntret dem. Foreldrene mente at når sykepleieren hadde en rolig tilstedeværelse og var tålmodige og snille, hadde det en beroligende effekt på barnet. I Jönsson et al (2012) sin studie er et av funnene at familiens sorg ble tilsidesatt under veiledningen. De understreker videre viktigheten av at helsepersonell er oppmerksomme på familiemedlemmenes følelser, da dette kan bidra til å gi den riktige støtten. Noen foreldre oppga at de ikke ble kjent med sykepleieren som veiledet dem, noe som førte til mangel på struktur og følelsen av å ikke lære om DM1. Sykepleieren sitter på kunnskap og kompetanse og har dermed mye makt, og for å styrke barnets og foreldrenes empowerment må denne makten brukes riktig (Tveiten et al 2012). Litteraturen viser at unge, uerfarne sykepleiere kan oppleve samarbeidet med foreldre som tidskrevende, og dermed en belastning (Grønseth og Markestad 2017). Eldre og mer erfarne sykepleiere synes derimot å se nødvendigheten av det nære samarbeidet med foreldre, og klarer med det å styrke foreldrenes omsorgsrolle.

6.2.3 Sosiale helseforskjeller

Det er etablerte årsaker, også kalt determinanter, til sosiale ulikheter i helse (Whitehead og Dahlgren 2009). Alt fra alder, kjønn, biologi, boforhold og utdanning, til generelle sosioøkonomiske, kulturelle og miljømessige betingelser har en innvirkning på helsen.

I studien til Rechenberg et al (2016) kommer det frem at barn fra lav inntekt familier har dårligere kontroll over blodglukosereguleringen, enn barn fra familier med høy inntekt. Det viser seg også at de er mer utsatt for opplevd stress, depressive symptomer, dårlig egenkontroll, problemløsning og livskvalitet. Dette kan ha sammenheng med at foreldrene gjerne har mindre tid og ressurser til å følge opp barnet og barnet får mindre støtte av foreldre til å håndtere sykdommen (Rechenberg 2016). Hoved svakheten med denne studien er at de fleste deltagerne hadde relativt god glykemisk kontroll, noe som gjør variasjonen av deltagerne smal. I

tillegg er studien gjort i en økonomisk nedgangstid, noe som kan påvirke resultatet. Studien er gjort i USA der det er større forskjeller i tilgangen på helsetilbud enn i Norge, hvor alle har alle lik tilgang. Man kan allikevel se en forskjell i helse også i Norge på bakgrunn av de samme faktorene (Strand 2014). Ifølge rapporten om sosiale helseforskjeller i Norge har alle som bor her tilgang på nødvendige helsetjenester. Til tross for dette har grupper med høyere sosioøkonomisk status tilgang på flere helsetjenester da de lettere kan ta i bruk det private også. Det kommer frem at helsetjenester som offentlig sykehus blir mest brukt av grupper med lav sosioøkonomisk status, mens grupper med høy sosioøkonomisk status hyppigst benytter legespesialister. Barn fra familier med høy sosioøkonomisk status rapporterer om bedre fysisk og psykisk helse og livskvalitet enn barn fra familier med lav sosioøkonomisk status (Strand 2014).

I følge Rechenberg et al (2014) ser det ut til at en faktor som spiller inn på livet til barn i familier med høyere inntekt, er at de har råd til de hjelpemidlene som behøves for at hverdagen deres blir mest mulig upåvirket av sykdommen. Man ser også en tydelig sammenkobling mellom det at barn til foreldre med høyere utdanning er mer problemløsningsorienterte med tanke på sykdommen, enn barn av foreldre uten utdanning. Eksempel på dette er at foreldre med høyere utdanning lettere kunne beregne en insulindose enn foreldre uten utdanning, dette gjenspeilte seg hos ungdommen (Rechenberg 2016). I rapporten om sosiale helseforskjeller i Norge understrekes det at tilpasset opplæring er et viktig tiltak for å utjevne disse forskjellene (Strand 2014). I tillegg er tidlig innsats og tverrfaglig samarbeid også viktige faktorer (HUNT forskningssenter 2016).

Noen foreldre kan bli følelsesmessig overveldet når det viser seg at de ikke forstår noe av sykdommen (Jönsson et al 2012). For å unngå dette er en anbefalt metode å innlede veiledningen med å spørre foreldrene om deres kunnskap og erfaring om sykdommen. På denne måten kan sykepleier kartlegge behov, og tilrettelegge veiledningen deretter. Det vises også at opplæringen ikke skjer på foreldrenes premisser, men styrt av et ferdig satt veiledningsprogram, og på den måten blir foreldrene passive mottakere, snarere enn aktive deltagere når det gjelder hva de skal lære fra dag til dag (Jönsson et al 2012). Dette står i kontrast til de anbefalte veiledningsteknikkene Tveiten et al (2012) presenterer, som går ut på at det er barna og foreldrene som styrer veiledningsprosessen.

6.2.4 Kommunikasjon

For at barnet skal kunne ta inn informasjon, er det viktig at stressfaktorer ikke er for store (Grønseth og Markestad 2017). For å hjelpe barnet med dette må sykepleieren ha fokus på ulike utviklingstrinn i samtalen. Sykepleieren må også være bevisst på at barnet har mestringsstrategier for å takle stress. Regresjon er en vanlig mestringsstrategi hos barn. Når barnet blir utsatt for en uoverkommelig mengde stress kan det ubevisst gå tilbake til tidligere utviklingstrinn. Dette kan utspilles ved at et stort barn støtter seg mer til foreldrene enn det vanligvis gjør og den kognitive kapasiteten kan bli redusert, noe som uttrykkes ved dårligere tidsbegrep og redusert evne til å motta informasjon. Et vesentlig sykepleietiltak i denne sammenhengen kan være å visualisere, som i å tegne, skrive og vise bilder og videosnutter av det man vil formidle (Grønseth og Markestad 2017). I Schmidt et al (2012) sin studie belyses det at barns alder ved diagnostiseringen er en avgjørende faktor ved overholdelse av egen sykdom. Videre viser studien at eldre barn blir mer inkludert i behandlingen enn yngre barn. Dette blir støttet opp i studien til Sullivan-Bulyai et al (2014) hvor det kommer fram at barn som ble diagnostisert etter syv års alder ble involvert fra starten og hadde en helhetlig forståelse av sykdommen. Med dette tatt i betraktning bør sykepleieren ta hensyn til barnets alder gjennom hele veiledningsprosessen, da det er nærliggende å tenke at en 10 åring og en 16 åring har ulik interesse og forståelse for sykdommen.

6.3 Meningsfullhet

Antonovsky (2018) mener at motivasjonskomponentet i begrepet meningsfullhet er den viktigste komponenten i OAS, uten motivasjon vil en ikke forstå eller finne ressurser til å mestre sykdommen. Han mener at en lett kan bli apatisk og ikke vil komme langt uten å engasjere seg.

6.3.1 Motivasjon og motiverende intervju

I studien til Schmidt et al (2012) legges et resultat frem som viser at barn og deres foreldre synes veiledning i form av undervisning, opplæring, støtte og styrking av troen på en normal hverdag forsterket deres empowerment. Det viser seg at både en kontrollerende og en passiv foreldreinvolvering kan ha negative langsiktige konsekvenser for barnets DM1 (Sullivan-Bolyai et al 2014). En kan tenke seg at et barn som tar ansvar før det føler at det er klar for det kan resultere i en dårlig mestringsfølelse, som igjen kan føre til lite meningsfullhet. På en annen side om ikke

barnet får muligheten til å prøve å ta kontroll over sin egen DM1, vil det kanskje gi opp eller bli passiv. Blicke et al (2014) viser til at ikke alle barn ønsket autonomi og at disse barna hadde utfordringer med blodglukosereguleringen. I de tilfeller hvor barnet fraskriver seg autonomi kan det tenkes at sykepleier bør oppmuntre barnet til å bli mer involvert. Ifølge Hamilton et al (2017) har barn med DM1 stor risiko for å utvikle angst og depresjon, og disse faktorene har igjen en negativ innvirkning på blodglukosen. I studien til Sullivan-Bolyai et al (2014) skriver de at familien burde få muligheten til å reflektere over spørsmålet om involvering. Refleksjon er et av elementene i motiverende intervju (Caccavale et al 2018). Derfor er det nærliggende å tenke at i veiledning til barn og foreldre bør sykepleier oppmuntre til refleksjon, for å kartlegge hvor mye autonomi barnet ønsker og hvor involvert foreldre bør være.

Motiverende intervju er ifølge Haugan og Sætertrø (2018) en samtaleform med fokus på brukermedvirkning og å hjelpe barnet til å finne sin indre motivasjon. Å stille åpne spørsmål, bekrefte, reflektere og oppsummere er ferdigheter sykepleier bør lære seg ved motiverende intervju. Denne samtaleformen viser seg å ha en effekt på dårlig sykdomsoverholdelse, og særlig på overholdelse av diabetesvennlig kosthold (Hamilton et al 2017). I følge Caccavale et al (2018) fant forfatterne en sammenheng mellom sykepleiers bruk av motiverende intervju, og barnets blodglukose. Resultatet viser at når sykepleier var konfronterende og overtalende hadde det en negativ innvirkning på barnets blodglukose. Det viser seg at i veiledning med barna, var det mange sykepleiere som snakket mesteparten av tiden, noe som samsvarer dårlig med prinsippene i motiverende intervju. Noen sykepleiere stilte mange spørsmål til barnet, som la føringer for samtalens innhold. I tillegg var veiledningsmøtene lange hos flertallet av barna med dårlig glykemisk kontroll (Caccavale et al 2018). Dette kan skyldes sykepleiernes veiledningsteknikker, men det kan også tenkes at de barna med dårlig sykdomsoverholdelse trengte lenger møter. Det viser seg at det er kommunikasjonsmåten til sykepleieren som har mest å si når det kommer til kvaliteten på veiledningen, ikke lengden på møtet (Caccavale et al 2018).

I studien til Sullivan-Bolyai et al (2014) oppga barna at de likte sykepleiere som ikke var konfronterende, men stilte dem åpne spørsmål slik at de reflekterte sammen. Barn har kortere oppmerksomhetstid enn voksne, derfor bør sykepleieren være oppmerksom på at samtalene bør være kortvarige og gjennomføres på et tidspunkt der barnet er opplagt (Grønseth og Markestad 2017). Videre bør barnet være i

sentrum av samtalen, og få mulighet til å prate minst like mye som sykepleier. Selv om sykepleiere blir kurset i motiverende intervju, viser det seg i studien til Caccavale et al (2018) at de ikke bruker metoden nok i praksis. En kan spørre seg om dette er grunnet sykepleierens manglende kunnskap på effekten av denne veiledningsmetoden, eller om de ikke føler at de mestrer den. For at sykepleier skal være motivert til å veilede, er det nærliggende at også sykepleieren bør ha en opplevelse av meningsfullhet. For å integrere motiverende intervju som en metode i sykehus, vil et tankeeksperiment være å ta i bruk en læringsapp, der sykepleieren lærer teknikken. En læringsapp som er rettet mot barnet med mål om å oppnå egenkontroll av DM1, hvor pedagogikken i appen er bygget på prinsippene av motiverende intervju, vil kunne bidra til å lære barnet om sykdommen og prosedyrer.

6.4 En samlet opplevelse av sammenheng

Antonovsky (2018) sin teori om salutogenese dreier seg om å tilpasses en stressende situasjon, ved å bruke det sosiale og det fysiske miljøet samt det iboende i mennesket for å kunne bevege seg i retning helse fremfor uhelse. For å klare dette er en nødt til å ha en balanse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfullhet.

Med dette tatt i betraktning kan en tenke seg at om et barn skal oppnå egenkontroll over sykdommen bør sykepleier veilede med fokus på motivasjon, forståelse og håndtering av sykdommen. Først og fremst bør det vekkes en motivasjon hos barnet for å forstå *hvorfor* det skal håndtere sykdommen. Deretter er det nødvendig for barnet å forstå *hvordan* det kan håndtere sykdommen. Antonovsky (2018) mener at oppnåelsen av mestring er avhengig av en samlet OAS. Uten begripelighet og håndterbarhet er det vanskelig å finne meningsfullhet.

6.5 Kritisk vurdering

De inkluderte artiklene har mange like funn, men hver artikkel har også et unikt hovedfunn. Mange like funn kan sees på som en svakhet for oppgaven, da helhetsbildet kan miste mange nyanser. Samtidig kan like funn også sees på som en styrke da funnene kan støtte opp om hverandre. Flere svakheter kan være at noen av artiklene kommer fra USA og kan av ulike grunner være utfordrende å overføre til det norske samfunnet. Oppgavens problemstilling tar utgangspunkt i barn med nyoppdaget DM1, men i noen av de valgte artiklene hadde deltagerne vært diagnostisert over en lenger periode. Disse anses likevel som relevante, da de

belyser oppgavens problemstilling. Studien til Sullivan-Bolyai et al (2014) har få deltagere, men flere ulike funn. En kan tenke seg at svært få deltagere kan gjøre det vanskelig å generalisere funnene. Ifølge Thidemann (2017) finnes det ingen fasit på hvor mange deltagere en studie må inneha. Funnene i studien til Sullivan-Bolyai et al (2014) er tatt med i diskusjon da de belyser problemstillingen og støttes opp av litteraturen. I studien til Schmidt et al (2012) var den største svakheten at deltagerne og intervjuerne hadde kjennskap til hverandre fra før. Dette kunne føre til at dataene som ble samlet kunne være partiske. En svakhet i studiene til Caccavale et al (2018) og Jönsson et al (2012) var at de fleste av deltagerne kom fra en høy sosioøkonomisk klasse, noe som kan gjøre det vanskelig å generalisere funnene. I Rechenberg et al (2016) er en av svakhetene at studien ble gjort i en økonomisk nedgangstid i USA, noe som kan ha resultert i at skillet mellom lav og moderat inntekt kan være uklare. En annen svakhet i denne studien kan være at de kravene som ble stilt for å delta, kunne resultere i at de ikke fikk representert den aller svakeste inntekten. I studien til Blicke et al (2014) kan en reflektere over om de som svarte at de var mer fornøyde, faktisk i utgangspunktet hadde bedre sykdomsoverholdelse. Det kan tenkes at det vil være lettere for en forelder å sette seg inn i barnets persepsjon når sykdommen er lettere å håndtere, enn i de tilfellene hvor det er mer komplikasjoner. Er dette tilfelle, kan det være en svakhet da det gir skjeve resultater. For å sikre at litteraturen som ble brukt var av god kvalitet, måtte den være relevante for oppgavens tema, være siste utgave for å sikre at det var nyest og oppdatert informasjon og at det var et seriøst fagforlag. Oppgaven kunne ha inneholdt velferdsteknologiske løsninger, men studiene som ble funnet om dette hadde kun fokus på hjemmebruk og ikke bruk i sykehus. Det er gjort en beslutning om å ikke inkludere disse studiene, selv om en kan tenke at funnene kunne blitt overført til en sykehuskontekst.

6.6 Forskningsetiske overveielser

Helsinkideklarasjonen ble dannet av verdens legeförening etter andre verdenskrig, da det foregikk mye uetisk forskning (Førde 2014). Den er et eksempel på etiske retningslinjer og blir fulgt i store deler av verden. Helsinkideklarasjonen er utarbeidet for at forskning og forskere må følge vitenskapelige prinsipper og kvalifikasjoner, med spesielt tanke på å verne om sårbare grupper, herunder også barn. Det er utviklet flere rådgivende etiske komiteer, disse er utarbeidet med hjemmel i

forskningsetikkloven og skal være uavhengige. Forskere plikter også å følge denne loven (Forskningsetikkloven 2017, Helseforskningsloven 2008). I metodedelen til studiene i denne oppgaven, med unntak av Schmidt et al (2012), står det at studien er godkjent av en uavhengig etisk komité. Tidsskriftet der Schmidt et al (2012) sin studie er publisert *The American journal of maternal child nursing* er fagfellevurdert, og førsteforfatteren Cynthia A. Schmidt er professor ved Southern Illinois university i Edwardsville. Ut fra denne informasjonen kan det regnes med at også denne studien er godkjent av en etisk komité.

7 Konklusjon

Hvordan kan sykepleier veilede barn med nyoppdaget diabetes mellitus type 1, til å oppnå egenkontroll over sykdommen?

Målet med veiledning vil være at barnet får en forståelse av DM1, og hvorfor det bør etterstrebe et stabilt blodsukker. Her er det viktig at barnet lærer seg å være oppmerksom på, og å gjenkjenne kroppens signaler på hypo- og hyperglykemi. Barnet må ha kunnskap om, og kunne håndtere prosedyrer. For at barnet skal kunne oppnå forståelse og håndtering, er motivasjon et nøkkelord, samt aksept av sykdommen og fokus på muligheter framfor utfordringer. Barnets ressurser i form av foreldre, familie og indre ressurser, spiller her inn som viktige faktorer i oppnåelsen av egenkontroll.

Veiledningsprosessen starter allerede ved nydiagnostiseringen. Det viser seg at sykepleiers tilnærming er av avgjørende betydning for å skape tillitt, og en god relasjon til barnet. For å kunne individualisere veiledningsprosessen er det viktig at sykepleier lytter, viser vennlighet og interesse og reflekterer sammen med barnet. Motiverende intervju er en veiledningsteknikk som kan gi god effekt om det brukes riktig. Her etterstreber sykepleier et samarbeid med barnet og foreldre, med fokus på barnets autonomi og maktfordeling fra sykepleier til barnet og foreldrene. Mens barnet og foreldrene er eksperter på seg selv, er sykepleieren ekspert på faget og har derfor ansvaret for at riktig mengde med informasjon blir gitt og forstått av motparten. Da foreldre og familien er viktige ressurser for barnet, bør sykepleieren i familieveiledning ta hensyn til deres følelser og utfordringer i forbindelse med barnets diagnostisering. Videre bør veiledningen på sykehuset ta hensyn til familiens hverdag og kontekst, slik at overgangen fra sykehuset og oppnåelsen av egenkontroll blir lettere.

Referanser

- Antonovsky, A. (2018). *Helsens Mysterium - Den Salutogenetiske modellen* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Aveyard, H. (2014). *Doing a Literature Review in Health and Social Care : A Practical Guide* (3. utg.). Maidenhead: Open University Press.
- Blicke, M., Körner, U., Nixon, P., Salgin, B., Meissner, T., & Pollok, B. (2014). The relation between awareness of personal resources and metabolic control in children and adolescent with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, ss. 454 - 461. doi:10.1111/pedi.12177
- Brinchmann, B. S. (2016). De fire prinsippers etikk. I B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (4. utg., ss. 81 - 96). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Caccavale, L. J., Corona, R., LaRose, J. G., Mazzeo, S. E., Sova, A. R., & Bean, M. K. (2018, 12. 04). Exploring the role of motivational interviewing in adolescent patient-provider communication about type1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, ss. 217 - 225. doi:10.1111/pedi.12810
- Finbråten, H. S. (2018). Health literacy i helsefremmende sykepleie. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende - i teori og praksis* (2. utg., ss. 86 - 110). Bergen: Fagbokforlaget.
- Førde, R. (2014, 10. 14). *Helsinkideklarasjonen*. Hentet 08. 05, 2019 fra www.etikkom.no: <https://www.etikkom.no/fbib/praktisk/lover-og-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrik sykepleie* (4. utg.). Oslo: Fagbokforlaget.
- Hamilton, H., Knudsen, G., Vaina, C. L., Smith, M., & Paul, S. P. (2017, 03. 23.). Children and young people with diabetes: recognition and management. *British Journal of Nursing*, ss. 340 - 348. doi:10.12968/bjon.2017.26.6.340
- Haugan, P. S., & Sætertrø, O. (2018). Motiverende intervju - helsefremmende samtale. I Å. Gammersvik, & T. B. Larsen (Red.), *Helsefremmende sykepleie - i teori og praksis* (2. utg., ss. 259 - 275). Bergen: Fagbokforlaget.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Lov om helsepersonell m.v. (Helsepersonelloven)*. Hentet 29. 04, 2019 fra lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (Pasient og brukerrettighetsloven)*. Hentet 29. 04, 2019 fra lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Hentet 29. 04, 2019 fra lovdata.no: <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- HUNT forskningscenter. (2016). *Reduksjon av sosiale ulikheter i helse - Hva kan gjøres på lokalt og regionalt nivå?* Levanger: Institutt for samfunnsmedisin, Det medisinske fakultet, NTNU. Hentet fra www.ntnu.no/hunt
- Håkonsen, K. M. (2015). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.

- Jenssen, T. (2016). Diabetes Mellitus. I S. Ørn, E. Bach-Gansmo, & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., ss. 387-400). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jönsson, L., Hallström, I., & Lundqvist, A. (2012, 20. 10). "The logic of care"- Parent's perceptions of the educational process when a child is newly diagnosed with type 1 diabetes. *BMC Pediatrics*. doi:10.1186/1471-2431-12-165
- Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. (2008). *Helseforskningsloven*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 08. 05, 2019 fra <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2008-06-20-44>
- Lov om organisering av forskningsetisk arbeid. (2017). *Forskningsetikkloven*. Oslo: Kunnskapsdepartementet. Hentet 08. 05, 2019 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2017-04-28-23>
- Mosand, R. D., & Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I D.-G. Stubberud, R. Grønseth, & H. Almås (Red.), *Klinisk Sykepleie* (5. utg., ss. 51 - 82). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rechbenberg, K., Whittemore, R., Grey, M., Jaser, S., & Group, T. R. (2016, 17. 03). Contribution of income to self-management and health outcomes in pediatric type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*. doi:10.1111/pedi.12240
- Schmidt, C. A., Bernaix, L. W., Chiappetta, M., Carroll, E., & Beland, A. (2012, 04. 10). In-Hospital Survival Skills Training for Type 1 Diabetes: Perceptions of Children and Parents. *The American Journal of Maternal Child Nursing*, ss. 88 - 94. doi:10.10.97/NMC.0b013e3n8244febcb
- Sparud-Lundin, C., & Hallström, I. (2016). Parents' Experience of Two Different Approaches to Diabetes Care in Children Newly Diagnosed With Type 1 Diabetes. *Qualitative Health Research*. doi:10.1177/1049732315575317
- Strand, B. H. (2014). *Sosiale helseforskjeller i Norge*. Oslo: Folkehelseinstituttet. Hentet 06. 05, 2019 fra <https://www.fhi.no/nettpub/hin/grupper/sosiale-helseforskjeller/>
- Sullivan-Bolyai, S., Bova, C., Johnson, K., Cullen, K., Jaffarian, C., Quinn, D., . . . Gupta, O. (2014, 20. 03). Engaging Teens and Parents in Collaborative Practice - Perspectives on Diabetes SelfManagement. *The Diabetes Educator*, ss. 178 - 190. doi:10.1177/0145721713520568
- Thidemann, I.-J. (2017). *Bacheloroppgaven for sykepleierstudenter* (2. utg.). Oslo: Universitets forlaget.
- Tveiten, S., Wennick, A., & Steen, H. F. (2012). *Sykepleie til barn - familiesentrert sykepleie* (1. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Whitehead, M., & Dahlgren, G. (2009). *Strategier og tiltak for å utjevne sosiale ulikheter i helse - Utjevninger av helseforskjeller del 2*. Oslo: Helsedirektoratet.

