

Sykepleie og veiledning til foreldre

Hvordan kan sykepleieren veilede foreldre med febersyke småbarn?

[Miller, Siri-Antje Jensen]

Bacheloroppgave i sykepleie SY 180H 000

Høgskolen i Bodø

Kull 06H

Kandidatnummer 38

Innlevering: 30.04.2009

ABSTRACT

Norsk tittel: ”*Hvordan kan sykepleieren veilede foreldre til febersyke småbarn?*”

Engelsk tittel: ”*How may the nurse guide parents who are responsible for ill toddlers with fever?*”

Kandidatnr. 38

Utdanning: Bachelor i sykepleie

Utdanningssted: Høgskolen i Bodø

Arbeidets art: Avsluttende eksamen i sykepleie

Antall ord: 9203

Antall sider: 39

Søkeord norsk: *Antipyretika, paracetamol, feber, foreldre, Dorothea Orem+ vitenskapsforankring. Per Lagerløv. Småbarn + bruk av paracet, paracetbruk, sykepleie og veiledning, foreldre + småbarn og foreldreveiledning.*

Søkeord engelsk: *Antipyretics, paracetamol, fever, parents, fever+ children, Dorothea Orem+ science, Per Lagerlov. Use of paracet among toddlers, use of paracet., guiding parents, parents+ toddlers, parents and guidance.*

Søkebaser: *CINAHL via EBSCO, Cochrane library (Wiley Interscience), BMJ, Google, Helsebiblioteket og Sykepleien.no.*

ABSTRACT	1
1.0 INNLEDNING	3
1.1 PRESENTASJON AV TEMA OG PROBLEMSTILLING	3
1.2 HENSIKTEN MED OPPGAVEN.....	4
2.0 METODE	5
2.1 METODEBESKRIVELSE.....	5
2.2 DATAINNSAMLING OG KILDEKRITIKK	6
3.0 TEORIDEL	10
3.1 KROPPSTEMPERATUR OG FEBER	10
3.2 SÆRTREKK MED SMÅBARN OG FEBER HOS DEM.....	11
3.3 BEHANDLING AV FEBER	13
3.4 FORELDRE MED FEBERSYKE SMÅBARN.....	13
3.5 KOMMUNIKASJON	15
3.6 VEILEDNING TIL FORELDRE.....	16
3.7 OMSORGSPROFESJONALITET	17
3.8 DOROTHEA OREMS SYKEPLEIETEORI	18
4.0 DRØFTING	21
4.1 OVERSIKT OVER SITUASJONEN OG VURDERING AV DEN.	21
4.2 MØTE MED FORELDRES ENGSTELSE	23
4.3 FEBER- KUNNSKAP	25
4.4 VEILEDNING OG EGENOMSORG	29
4.5 VEILEDNING OG EMPOWERMENT	30
5.0 KONKLUSJON	33
6.0 LITTERATURLISTE	35
INTERNETTKILDER.	37
VEDLEGG	38
VEDLEGG I: KONTAKT MED SYKEPLEIER VED LEGEVAKT.	38

1.0 INNLEDNING

Antall ord: 9203

Å veilede foreldre kan være noe en sykepleier får ansvaret for. Barn er det kjæreste foreldrene eier, og følgelig ønsker de å gjøre det de kan for å hjelpe sitt barn. I boka *Pedagogikk i Sykepleiepraksis* skriver Tveiten (2008: 195) hvordan helsevesenet har skiftet perspektiv fra ekspertpåvirkning til empowerment og brukermedvirkning. I denne oppgaven vil jeg se på hvordan sykepleieren kan veilede foreldre til å mestre situasjonen med et febersykt småbarn, med fokus på brukermedvirkning.

1.1 Presentasjon av tema og problemstilling

Problemstillingen er som følger:

Hvordan kan sykepleier veilede foreldre med febersyke småbarn?

Jeg har egen erfaring fra å ha måttet bli veiledet da jeg hadde febersykt småbarn. Veiledning og hjelp har jeg oppsøkt ved legevakten, og det er grunnen for at jeg i oppgaven har valgt å ta med bakgrunnsinformasjon fra praksisfeltet ved en legevakt.

Det er normalt at småbarn har flere infeksjoner i løpet av et år, og det er ikke uvanlig at feber følger med. Når småbarn får feber utløser det ofte engstelse hos foreldre. Engstelsen blir gjerne større desto mer feberen til barnet stiger. Jeg har selv opplevd hvordan veiledning fra en sykepleier gjorde at jeg følte meg ivaretatt, fordi situasjonen for småbarnet mitt var godt nok vurdert. Hvilken veiledning sykepleier gir, vil kunne ha direkte betydning for hvordan småbarnets helsetilstand utvikler seg.

1.2 Hensikten med oppgaven

Hensikten med oppgaven er å lære mer om feber, og finne ut hvordan sykepleier kan veilede foreldre på best mulig måte når de ansvar for et febersykt småbarn. I tillegg vil jeg finne ut hvilke tiltak foreldre kan iverksette når småbarnet har feber. Jeg vil blant annet ta med teori om når det vurderes behov for medikamenter eller å oppsøke legehjelp, og når praktiske tilnærminger kan ha sin plass i å lindre feberen. Fra et sykepleieperspektiv ønsker jeg å finne ut av hva og hvordan en bør veilede foreldre. Fra et foreldreperspektiv vil jeg se på hva som gjør at de føler seg bemyndiget og trygg i sin rolle.

Jeg har valgt å begrense oppgaven til å omhandle foreldreveiledning til febersyke småbarn, og har på grunn av oppgavens omfang valgt å utelukke feberkramper hos småbarn.

I oppgaven referer jeg til sykepleier som ”hun” av praktiske årsaker.

2.0 METODE

Kapittelet inneholder beskrivelse av metoden, innsamling av data og kildekritikk.

2.1 Metodebeskrivelse

I følge Dalland (2007:81) er metoden et redskap for innsamling av data og for få den informasjon en ønsker til oppgaven. Jeg har valgt å bruke den kvalitative metode, som kjennetegnes ved at en får data som kan karakterisere et fenomen (Jfr. Dalland 2007:83). Den kvalitative metoden er basert på litteraturstudie som bygger på nedskrevet teori. Litteraturstudie er valgt hovedsakelig på grunn av tiden som setter begrensninger for omfanget av oppgavens størrelse. Denne type studie gjør at en har lett tilgang til datamateriale, og litteratur om temaet finnes via internett, tidsskrifter, pensumbøker, fagbøker, publisert forskning osv. Slik kan en sammenligne og være kritisk til forfattere. Det som kan være en utfordring er å finne litteratur som kan besvare problemstillingen, da det er store mengder stoff å lete seg frem til. Det kan være vanskelig å sikre seg at en har tatt med best oppdaterte og pålitelige kilder. Data en har funnet kan være feilaktig, forskning kan være gjort utenfor gjeldende retningslinjer. Det er viktig å være kritisk til kildene, og jeg har etter beste evne prøvd å ta utgangspunkt i forfattere der jeg har hatt tilgang på deres utdanning og tidligere publikasjoner.

Jeg har systematisk og med kritiske øyne gått gjennom rundt 300 sider med litteratur som omhandler temaet foreldreveiledning til febersyke småbarn. Ved å ha lest teorien kritisk har jeg kommet frem til en sammenfatning av aktuell litteratur.

Jeg har forsøkt å ikke ta med forskningsartikler eldre enn 10 år.

Det vitenskapsteoretiske valget mitt er hermeneutikken. Gilje og Grimen (1993:156) er gjengitt i Dalland (2007: 53-54) der det står at hermeneutikken betyr fortolkningslære, og at man forsøker å finne mening med det man studerer ved å fortolke det. Valget mitt falt på en hermeneutisk innfallsvinkel, da oppgaven går ut på å lese og tolke litteratur og finne mening med dem.

Hermeneutikken vokste frem med hovedfokuset på teksttolking (Aadland 2004:212). En vesentlig forutsetning for å benytte hermeneutisk innfallsvinkel til å tolke og forstå, er at forskeren har selvinnsett i sin egen forforståelse (Aadland 2004:183).

Min forforståelse kan påvirke min måte å hente frem kilder på, ved at jeg henter frem artikler med perspektiv som sammenfaller med mitt syn på problemstillingen.

Forforståelsen min hviler på at jeg selv er småbarnsmor, og har opplevd å være engstelig i situasjon der småbarnet har hatt feber. Jeg har vært usikker på om og når jeg burde gi barnet mitt paracetamol. Den økende paracetamolbruken hos småbarn er noe jeg stiller meg kritisk til, og dette er noe som kunne påvirke oppgavens vinkling. I og med at jeg er dette bevisst, kan jeg forsøke å unngå å la dette farge oppgaven. Jeg vil bestrebe og få til en faglig begrunnet oppgave, som vil komme frem til hvilken veiledning som kan tjene det febersyke småbarnet mest.

2.2 Datainnsamling og kildekritikk

”Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann” (Dalland 2007:64). En må vurdere de kildene som brukes, og kildekritikken skal vise at en kan forholde seg kritisk til kildematerialet en har brukt i oppgaven (Dalland 2007:70). Dette avsnittet forklarer blant annet noe av kildematerialene og hvilke vurderinger som er gjort i forhold til de.

Jeg har brukt bibliotekets søkebase *Bibsys* for å finne litteratur til oppgaven i form av bøker. Å finne bøker som knyttet seg konkret til problemformuleringen i oppgaven var vanskelig. I noen bøker fant jeg ulike innfallsvinkler som har hjulpet til å belyse og forstå foreldres situasjon med febersyke småbarn. Noe litteratur er hentet fra pensumlitteratur fra hele studietiden. Flere søkebaser som jeg anvendte var:

Wiley Interscience, *Sykepleien.no*, *BMJ (British Medical Journal)*, *CINAHL by EBSCOT*, *Helsebiblioteket* og *Google*. Disse hadde mange relevante forskningsartikler og jeg har valgt ut noen for å bruke i oppgaven. De fleste omhandlet paracetamolbruk hos småbarn og hva nyere forskning viser i forhold til en økning i bruken av preparatet. Noen artikler kom inn på hvordan foreldre vurderer når småbarn trenger paracetamol. Jeg fant ingen forskningsartikler som direkte belyste sykepleiens veiledningsfunksjon til foreldre med febersyke småbarn. Forskningsartikler jeg har brukt har derfor inneholdt tema som hvordan foreldre engster seg når deres barn er sykt, hvordan de forholder seg til situasjonen og hvilken rolle paracetamol kan spille. Det har dannet grunnlag for å belyse veiledningen sykepleier gir til foreldre.

Søkeord jeg har benyttet er:

Norske: *Antipyretika, paracetamol, feber, foreldre, Dorothea Orem+ vitenskapsforankring. Per Lagerløv. Småbarn + bruk av paracet, paracetbruk, sykepleie og veiledning, foreldre + småbarn og foreldreveiledning.*

Engelske: *Antipyretics, paracetamol, fever, parents, fever+ children, Dorothea Orem+ science, Per Lagerlov. Use of paracet among toddlers, use of paracet., guiding parents, parents+ toddlers, parents and guidance.*

I oppgaven har jeg brukt primærkilde fra blant annet boka *Nursing in Practice* av Dorothea E. Orem, som er den sykepleievitenskapelige forankringen i oppgaven. For å komme frem til en helhetlig og sammenfattet teoridel om Dorothea E. Orem's sykepleieteori, har jeg brukt tre forskjellige kilder. Jeg merket at det kunne være lett å misforstå hennes teori, men følte meg mer sikker på tolkningen etter å ha lest forskjellige forklaringer på hennes teori i de ulike

litteraturkildene. Den ene boka var primærkilde med sykepleieteoretiker Dorothea E. Orem selv som forfatter. Den andre var skrevet av forfatter som hadde tolket og gjort bruk av Orem's teori i forhold til praktiske eksempler. Den tredje litteraturen som forklarte Orem's teori var pensumbasert litteratur. Det virker som at Orem tar utgangspunkt i den friske forståelsen av mennesket i og med at hun vektlegger evnen til egenomsorg. I oppgaven har jeg derfor valgt å forholde meg til foreldre som evner egenomsorg selv, fordi de da også er i stand til å ta omsorg for deres barn.

Sekundærkilder jeg har benyttet er blant annet tatt fra pensumlitteratur. I bruken av sekundærkilder har jeg vært oppmerksom på faren for feiltolkninger og unøyaktigheter. I den grad det har vært mulig har jeg oppsøkt primærkilden, for eksempel ved å gå til Berg og Millers (2002) bok *Rusbehandling* da deres teori var presentert i Tveitens bok *Pedagogikk i sykepleiepraksis* (2006). Jeg har tatt med pasientrettighetsloven, for å belyse de juridiske aspekt som faller inn under å ha krav på helsehjelp.

Noen av forskningsartiklene jeg har brukt, har samme forfatter. Jeg har søkt på internett for å finne litt ut om forfatteren Per Lagerløv. Jeg vurderte hans bakgrunn og artikler til å være faglig relevante og pålitelige for og kunne diskutere problemstillingen i oppgaven min. Forfatteren skriver sammen med ulike andre forfattere i artiklene. Jeg mener det sikrer at ikke bare hans "produksjon" kommer frem, og får frem en faglig bredde i forskningen.

I tillegg til å studere litteratur som grunnlag for oppgaven, har jeg hatt telefonisk kontakt med sykepleier ved en legevakt for å få litt innblikk i hvordan de arbeider for å veilede og gi råd til foreldre med febersyke småbarn. Jeg valgte å kontakte en legevakt fordi det var sannsynlig at de fikk mange henvendelser fra foreldre med febersyke småbarn. Først ringte jeg legevakten for å avklare hvilket tidspunkt det passet best at jeg kontaktet dem på. På formiddagen 4. mars 2009 ringte jeg for å snakke med en sykepleier. På forhånd hadde jeg formulert noen spørsmål som jeg ønsket svar på. Jeg fikk svar på de fleste spørsmål, men synes det var vanskelig å få en konkret forståelse av hvordan de gikk frem for å få den informasjonen de trengte fra foreldrene. Mot slutten av telefonsamtalen måtte sykepleieren ta en telefon som ringte, og det

ble en brå avslutning på samtalen mellom oss. En ”feilkilde” her kan være at sykepleieren på grunn av stor pågang til legevakten, ikke svarte så utfyllende som hun kunne gjort om hun hadde vært i et uforstyrrende miljø. Jeg følte selv at det ble litt press på å få spurt, og skrevet ned svarene på kort tid. Likevel har ikke det den største betydning, da de litterære kilder er de mest sentrale i denne oppgaven.

3.0 TEORIDEL

I dette kapitlet bruker jeg teori for å gi en beskrivelse av kroppstemperatur og hva feber er fysiologisk sett, definere begrepene småbarn, karakterisere foreldre med febersyke småbarn samt veiledning og kommunikasjon.

3.1 Kropptemperatur og feber

Den normale kroppstemperatur ligger mellom 36,5 og 37,5 grader Celsius. Kropptemperaturen varierer med døgnrytmen, den er lavest på natten og morgenen og høyest om ettermiddagen (Bjerkreim 2005:92). Det er det autonome nervesystemet (ikke vilje-styrt) som regulerer kroppstemperaturen. Temperaturreguleringen skjer i temperatursenteret i hypotalamus, som fungerer som en termostat (Blix og Breivik 2006:179). Mikrober som virus eller bakterier kan aktivere pyrogene stoffer som er feberfremkallende stoffer i kroppen. De pyrogene stoffene har til hensikt å sette opp termostaten i hypotalamus slik at man kan få feber (Bjerkreim 2005:106). Evnen til å regulere de mekanismer som skal til for å opprettholde normal kroppstemperatur avhenger av alder, og det antas at temperatursenteret i hypotalamus hos barn opp til 12-årsalderen er umodent. (Bjerkreim 2005:102).

Det er mange sykdommer som kan føre til feber og feber er et symptom på sykdom (Bjerkreim 2005:88). *"Feber er en naturlig forsvarsreaksjon på fremmede stoffer i kroppen og er et viktig ledd i immunforsvaret."* (Blix og Breivik 2006: 187). Hjertets minuttvolum(mengden blod som hjertet pumper per minutt) stiger ved feber, og det gjør at immuncellene sirkulerer hurtigere i kroppen. Det gjør at det blir større sjanse for at immunforsvaret skal fange opp og eliminere fremmedlegemer, også effekten av antibiotika kan økes ved feber (Blix og Breivik 2006: 187).

3.2 Særtrekk med småbarn og feber hos dem

Definisjonen av småbarn kan variere noe, så jeg velger å bruke betegnelsen om aldersgruppen 0-2 år. Denne aldersgruppen kjennetegnes ved at de er i sterk utvikling motorisk, og fysisk i vekst (Ulvund 2004:31). I følge Ulvund (2004:11) er foreldrene de viktigste personene i et barns liv. Ulvund beskriver hvordan utviklingen av sanser og intelligens forandrer seg fra den nyfødte kan kjenne igjen mors stemme og lukt, til at barnet ved 24 måneders alder bruker språket som redskap for tanken (Ulvund 2004: 70-71).

Infeksjoner er vanligste årsaker til feber som forårsakes av virus og bakterier. En tror at det å ha feber kan ha en gunstig effekt ved infeksjonssykdommer da forsøk viser at mange bakterier og virus hemmes ved temperatur på 39 til 40 grader. *”Hos barn som er yngre enn 3-4 år, er det typisk at feberen ved infeksjonssykdommer ligger på 39- 40,5 grad C, selv om infeksjonen er ufarlig”*(Grønseth og Markestad 2006:211). Feber i seg selv er ikke farlig, det er et symptom, altså et tegn på sykdom. Hvor mye feber et barn har sier nødvendigvis ikke hvor sykt barnet er. Har barnet en temperatur på 40 grader C trenger det ikke være mer alvorlig sykt enn et barn som har temperatur på 38 grader C. Å vurdere allmenntilstanden på småbarn er langt viktigere enn å vurdere tilstanden dens alene ut i fra temperatur (Grønseth og Markestad 2006:211).

Several studies have demonstrated the importance of observation in separating the seriously ill from the non-seriously ill febrile child. Most experienced pediatricians believe that observation is the most important technique in detecting serious illness in the febrile child (McCarthy 1997:355).

Når en skal samle inn data om pasientens kroppstemperatur må vi observere: kroppstemperatur, hud, muskelaktivitet, pasientens opplevelser og allmenntilstand” (Blix og Breivik 2006:183). *”Ved vurdering av allmenntilstand må sykepleieren observere bevissthetsnivå, sirkulasjon og væske- og ernæringsstatus”* (Blix og Breivik 2006:187). Når en skal observere barnets allmenntilstand er det interessante å få vite noe om hvordan barnet responderer på stimuli. Den som observerer må derfor samtidig ha kjennskap til

utviklingsmessige særtrekk i de ulike aldre. Å observere om barnet for eksempel leker, smiler eller gråter sterkt, er med på å vurdere om det febrile barnet er alvorlig sykt eller ikke (McCarthy 1997:355). Blix og Breivik skriver om når barnet har behov for legeundersøkelse følgende:

Men hvis barnet er slapt, trøtt, irritabelt og passivt, må det straks undersøkes av lege, selv om temperaturen ikke er høy. Barnet kan da ha alvorlige infeksjoner som trenger behandling av antibiotika (2006: 189).

I boka *Pediatri og Pediatrisk sykepleie* ramses det opp punkter som tas med i vurdering om barnet trenger legeundersøkelse:

-Ved nedsatt allmenntilstand som inkluderer slapphet, passivitet, spiser og drikker lite, spesielt viktig er det med å få drikke i barnet så det ikke blir dehydrert.

-Hvis barnet har spesifikke symptomer som smerter en bestemt plass, tung pust, mulig nakkestivhet, utslett som ikke blekes ved trykk kan være petekkier¹ som er en indikasjon på meningitt (hjernehinnebetennelse).

-Ved feber over 40,5 grad C.

-Langvarig feber.

-Alder under 3 mnd.

-Engstelige foreldre.

(Grønseth og Markestad 2006:211).

¹ Rødlig prikkete utslett, som ikke forsvinner når en trykker mot det for eksempel med et glass (Grønseth og Markestad 2006: 211).

3.3 Behandling av feber

Paracetamol er et antipyretisk medikament som kan gis til barn fra 0 mnd og oppover. Det er ofte førstehåndsalget for å senke feber hos barn, da medikamentet hvis gitt etter anbefalte dosering, har få eller ingen bivirkninger (Norsk legemiddelhandbok 2007.4).

Den vitenskapelige studien *Bruk av paracetamol og antibiotika blant førskolebarn* (Lagerløv mfl. 2004: 1622) viser til at bruken av paracetamol i pakninger beregnet til barn har steget de siste ti år. Og videre (s.1622) at det er småbarn i alderen 1-2 år som hyppigst bruker legemiddelet, og det er relatert til at denne aldersgruppen er hyppigst syk.

Den ikke- medikamentelle behandling ved feber er symptomatisk, det vil si at den retter seg mot å lindre ubehag ved feber. Feber kan ikke tas vekk, da det er årsaken til feber som må behandles. Den symptomatiske behandlingen blir tiltak som å passe på at småbarnet ikke har for mye klær/dyner/tepper på slik at det kan få ut varmeoverskuddet. Rikelig med væsketilførsel er viktig da feber fører til væskeunderskudd i kroppen (Norsk legemiddelhandbok 2007.4).

At foreldrene ser til barnet og observerer hvordan forløpet utarter seg er viktig. Om natten bør foreldre se til barnet for å sjekke om det går an å vekke, altså sjekke bevissthetsnivå og at barnet ikke har fått petekkier (Grønseth og Markestad 2006:212).

3.4 Foreldre med febersyke småbarn

Walsh m.fl. (2007:2331) konkluderer i den kvalitative studien *Influences on parents' fever management: beliefs, experiences and information sources* med at om foreldrene har negativ eller positiv erfaring i forhold til kunnskap og det å håndtere feber, har blant annet betydning for hvor engstelige de er, hvor mye hjelp de trenger fra helsevesenet, og hvor mye antipyretika de gir. En kvalitativ studie utført av Lagerløv mfl. (2004:1622) viser til at

foreldre føler at de håndterer småbarnets sykeepisoder bedre, når de hadde paracetamol å støtte seg til. Grunnen til at foreldrene gir paracetamol, kan være at de har lite erfaring med syke barn, at barna ofte er syke og det er vanskelig å tolke deres signaler. Yrkesaktive foreldre har mindre tid til å være hjemme med barnet, og noen gir paracetamol ut i fra en tanke om at barnet forttere skal bli frisk (Lagerløv mfl. 2004: 1622).

I forskningsartikkelen *Severity of illness and the use of paracetamol in febrile preschool children; a case simulation study of parents' assessments* (Lagerløv mfl. 2006: 618-620) var målet og finne ut hvordan tilstanden hos et utvalg av febrile førskolebarn påvirket foreldrenes vurdering av alvorlighetsgraden deres, og hvilket behov de hadde for paracetamol. Lagerløv mfl. (2006: 620) skriver at foreldre ofte er redd for at feberen skal skade barnet deres. Foreldre må stole på observasjon i stedet for kommunikasjon når de vurderer tilstand til den febrile. Og videre viser studien (s.620) at paracetamol ble som et viktig redskap for foreldrene for å kunne håndtere ulike opplevelser som sykdommene til småbarna ga. Lagerløv mfl. (2006: 619) hevder at: *“It is important to explore parents' beliefs and attitudes towards paracetamol because the use of the drug is so widespread, despite the lack of evidence of its clinical benefit.”*

Kai (1996: 983-986) har gjort en kvalitativ studie som undersøkte hva som bekymret foreldre når småbarna er syke. Foreldres opplevelse av personlig kontroll når de skal håndtere et sykt småbarn, og den antatte trussel fra sykdommen har betydning for hvordan de mestrer situasjonen. Kai konkluderer med at en bedre forståelse av foreldrenes bekymringer kan fremme effektiv kommunikasjon mellom helsepersonell og foreldre. Han nevner begrepet ”empowering parents”. Med det menes at hvis foreldre fikk informasjon og kunnskap på det som var mest bekymringsfullt for dem, kunne det styrke deres følelse av makt og kontroll i den situasjon de stod i.

3.5 Kommunikasjon

”I helse- og omsorgsprofesjoner må kommunikasjonens formål være å fremme helse og lindre lidelse i størst mulig grad” (Eide og Eide 2000:49). Kommunikasjon i sykepleie inneholder både et innholdsaspekt og et relasjonsaspekt. Innholdsaspektet er det konkrete budskap en formidler språklig, det er knyttet til mål og resultater. Relasjonsaspektet har med måten en formidler innholdet på, den verbale holdning der for eksempel interesse og vennlighet kommer frem (Eide og Eide 2000:49). Jeg har valgt å fokusere mest på teori om verbale signaler siden jeg fra praksisfeltet fikk bakgrunnsinformasjon fra legevakten og de har bare telefonisk kontakt med foreldrene.

”Empati er evnen til å lytte og forstå den andres følelser og reaksjoner” (Eide og Eide 2000:51). Å være empatisk i profesjonell sammenheng innebærer også at medfølelsen og forståelsen kommuniseres tilbake, som verbalt.

Fagkunnskap er viktig for å både kunne analysere situasjonen, formidle sin forståelse til den andre og gjennomføre de nødvendige tiltak. Fagkunnskap og empati er trolig de mest grunnleggende forutsetningene for profesjonell kommunikasjon og omsorg. Med målorientering mener vi evnen og viljen til å la kommunikasjonen styres av profesjonens overordnede målsetning. Felles er at god kommunikasjon tar sikte på best mulig problemforståelse og samarbeid mellom sykepleier og pasient/pårørende om å nå de mål man i fellesskap setter seg (Eide og Eide 2000:51-52).

Å stille spørsmål til foreldre med febersyke småbarn er viktig for å få kjennskap til situasjonen og barnets tilstand. Slik kan en få informasjon som kan vurdere om barnet trenger legehjelp eller hva foreldrene trenger veiledning på. *”Hva slags spørsmål man stiller, hva man stiller spørsmål til, og hvilke måter man stiller dem på bestemmer i stor grad hva slags svar man får, hvilken retning samtalen tar og kvaliteten på samtalen generelt”* (Eide og Eide 2000:159). Det fins ulike spørsmål, de åpne spørsmål gir rom for den andre til å snakke ut fra egen opplevelse, og her kan det komme frem mye informasjon. Det åpner opp for at pasienten

skal få fortelle sin historie med egne ord. Her kan man få innblikk i situasjonen pasienten er i, ved at han fritt får velge selv det han vil fortelle (Eide og Eide 2000:160).

De lukkede spørsmål er spørsmål som besvares med få ord. De brukes for å bekrefte eller avkrefte noe konkret og spesifikt. Man får vanligvis bare svar på det en spør om, altså ingen tilleggsinformasjon fra pasienten. Best egnet er lukkede spørsmål til å få svar på faktiske og objektive forhold. Det kan ta tid å komme frem til det som en som helsepersonell ønsker svar på hvis en bare bruker slike spørsmål (Eide og Eide 2000:160). Informasjonsspørsmål er spørsmål egnet til å få frem formalia og annen konkret informasjon om pasienten og sykdommen. I en inkomstsamtale spørres det gjerne en del slike spørsmål (Eide og Eide 2000: 161).

3.6 Veiledning til foreldre

”Med veiledning menes en betydningsfull profesjonell hjelp som den undervisende sykepleieren ivaretar i pasientens læringsprosess og i tilknytning til en konkret situasjon” (Christensen og Jensen, 2003:23). Den som søker veiledning skal få satt i gang en utvikling mot for eksempel at personen blir bevisst egne kunnskaper. Personen som veiledes kan lære å bruke nye kunnskaper og/eller utvikle praktiske ferdigheter. Det å stille gode spørsmål kan få pasienten til å konfronteres med der han er og kan dermed nå ny forståelse. At man har en samtaleform som er basert på dialog er viktigst i veiledning av pasienter. Når sykepleieren stiller spørsmål til pasienten som tvinger han til å analysere og argumentere kan han få mulighet til å se en situasjon på en ny måte, bli mer bevisst eller tilegne seg nye kunnskaper.

Veiledningen skal ta utgangspunkt i det som den veiledningssøkende ønsker og har behov for. Sykepleieren er i en handlingstvangspreget situasjon, og må derfor følge godt med på det som skjer i veiledningen. Det krever ansvar, innsikt og kompetanse til å gjennomføre intuitive handlinger. *”Å legge til rette for tillit, møte foreldrene der de er, lytte til dem, ha oppmerksomheten på dem, er vesentlig”* (Tveiten 2008:198). Empowerment innebærer å legge

til rette for at foreldrene blir i stand til å ta ansvar for seg selv som foreldre og for omsorgen for barnet. Sykepleier er ekspert innenfor sitt fagområde, mens foreldrene er eksperter når det gjelder deres egen familie og barn. Ideen er at sykepleieren skal veilede foreldrene til å finne løsninger selv, men det kan være aktuelt at sykepleieren også gir råd fordi noen foreldre ønsker å få del i kompetansen sykepleier har (Tveiten 2008:195-200). Berg og Miller (2002:98-110) vektlegger betydningen av å forsterke det som har vært vellykket før og nå, samt beskriver mestrings spørsmål som retter fokuset på det som klientene mestrer. Fordi det er de små tingene de gjør i hverdagen som de konkret trenger å bli bevisstgjort på, og de trenger anerkjennelse for det de mestrer.

3.7 Omsorgsprofesjonalitet

”I helse- og omsorgsprofesjoner må kommunikasjonens formål følgelig være å fremme helse og lindre lidelse i størst mulig grad” (Eide og Eide 2000: 49). Det er tre stikkord som kan karakterisere den profesjonelle omsorgsrelasjonen: empati, fagkunnskap og målorientering og å appellere til hans eller hennes styrke. En rasjonell overveielse tar både pasientens følelsesmessige situasjon og det langsiktige formål med behandling med i betraktningen (Eide og Eide 2000: 50).

Omsorgsrasjonalitet er et begrep som brukes på mange måter, gjerne med vekt på det fornuftsmessige, intellektuelle og målrettede. Omsorgsrasjonalitet innebærer en helhetlig og faglig begrunnet holdning som tar sikte på å yte best mulig omsorg. Innenfor et omsorgsrasjonelt perspektiv vil derfor også det irrasjonelle og følelsesmessige ha en plass. (Eide og Eide 2000:55). I skjæringsfeltet mellom emosjonalitet og rasjonalitet vil det kunne dukke opp problemstillinger av etisk art. Følelser, etikk og rasjonalitet utgjør et spenningsforhold som fag- personen må forholde seg til (Eide og Eide 2000:56-58).

3.8 Dorothea Orems sykepleieteori

Dorothea Orem ble utdannet sykepleier i 1939 og siden 1959 har hun arbeidet med å utvikle sin sykepleieteori (Kristoffersen 2005:38). Orems menneskesyn viser til at mennesker skiller seg fra andre levende vesener. Fordi menneskene har evnen til å reflektere over seg selv og sine omgivelser. Orem knytter kjennetegnene ved menneskets natur som å uttrykke sine opplevelser ved hjelp av symboler til egenomsorg. Hun ser på mennesket som en helhet, der kropp og sjel er en enhet (Kristoffersen 2005:38-39).

I Cavanaghs tolkning av Orems modell er egenomsorgsbehovene sentrale. Disse deler hun opp i ulike omsorgsbehov. De universelle omsorgsbehov omfatter de vesentlige fysiske, psykiske, sosiale og åndelige aspektene ved livet. De andre egenomsorgsbehovene er utviklings- og helsesviktrelaterte. For at en person skal kunne ha god helse må det være balanse mellom egenomsorgskapasiteten og de universelle egenomsorgsbehovene. Det er en tanke om balanse mellom krav og evner (Cavanagh 1999:19-21). I sin teori om egenomsorg beskrives hvordan egenomsorg utføres av mennesker for sin egen del, og for avhengige og hjelpeløse familiemedlemmer (Kristoffersen 2005:38). Dette betrakter hun som målrettet aktivitet. Orem har definert de som opptrer som forsørgere, eller omsorgsutøvende pårørende, som "dependent-care agent" (Orem 2001:43).

Normally, adults voluntarily care for themselves. Infants, children, the aged, the ill, and the disabled require complete care or assistance with self-care activities. Infants and children require care from others because they are in the early stages of development physically, psychologically, and psychosocially (Orem 2001:43).

Agent eller utøver er det ordet Orem bruker om de personene som faktisk utøver omsorg eller gjennomfører konkrete tiltak. Hvis den enkelte selv klarer å sørge for sin egenomsorg betraktes den som egenomsorgsutøver. Evnen til å delta i sin egenomsorg kaller hun egenomsorgskapasitet eller egenomsorgsevne (Cavanagh 1999:29).

Orem fremhever teorien om egenomsorgssvikt som den mest sentrale, da den forklarer

sykepleierens funksjon og ansvarsområde (Kirkevold 2006:138-139).

Egenomsorgssviktteorien beskriver forholdet mellom menneskets evne til egenomsorg og de samlede krav som forteller noe om hva det å ivareta egenomsorg består i. Forholdet mellom evne til egenomsorg og krav til egenomsorg gjør at man kan vurdere en persons behov for sykepleie. Der det er misforhold mellom personens krav til egenomsorg og hans evne til å imøtekomme kravene vil personen ha et behov for sykepleie (Kristoffersen 2005:38).

Kristoffersen (2005:51) skriver at Orem opererer med ulike sykepleiesystem, og der et støttende og undervisende system velges når pasienten har ressurser til selv å ivareta sine egenomsorgsbehov, men ikke uten hjelp. Systemet skal kompensere for pasientens ressurssvikt. Cavanagh (1999:43) skriver at det er å hjelpe pasienten til å ta avgjørelser, formidle kunnskaper og ferdigheter som blir sykepleierens viktigste oppgave i dette systemet.

Det er fem kategorier av hjelpemetoder som sykepleieren kan utføre for å hjelpe pasienter. Sammenfattet er disse å gjøre noe for en annen, å veilede en annen, å gi fysisk eller psykisk støtte, å tilrettelegge omgivelser for å muliggjøre helsefremmende omsorg, utvikling av personlige evner og å undervise (Cavanagh 1999:33). *”Å veilede pasienten er en rolle som krever at sykepleieren gir relevant informasjon eller råd, som kan hjelpe pasienten til å møte sine egenomsorgsbehov”* (Cavanagh 1999:33).

Orem beskriver hvordan fokuset til sykepleieren er basert på å se sykepleieresultat hos den avhengige når det utøves sykepleie til ”dependent-care” situasjoner. *”When the dependent-care unit is the unit of service, the final objectives of the nursing systems are to achieve nursing results for the dependent, not the dependent-care agent”* (Orem 2001:395). Selv om sykepleieren har som mål å oppnå resultat i forhold til den avhengige, kan det også være til hjelp for forsørgeren som kan få ny kunnskap og ferdigheter (Orem 2001:395).

Når man skal finne ut hvilken omsorg som er nødvendig, kommer det blant annet an på karakteren til de pårørende og årsaken til avhengigheten, som kan være knyttet til alder. Intensiteten til den avhengige som lider og den pårørendes toleranse for å la andre bli

involvert i deres omsorgsbehov er forhold som har betydning for det dependent-care agency. De ulike typene av "dependent-care" systemer er forelder og lite barn, voksen til voksen og voksent barn og eldre forelder. *"The nature of the relationship that exists between the dependent person and the caregiver is a major conditioning factor in the establishment of the dependent-care system"* (Orem 2001: 409-410).

Når sykepleieren jobber med en "dependent-care unit", må hun ta høyde for at de vurderinger som blir gjort vil påvirke både den avhengige og den som er forsørger. Å bestemme hvilket behov den avhengige har for hjelp, kommer blant annet an på hvilken omsorgskapasitet den som forsørger har. *"The nurse would assess the caregiver's therapeutic self-care demand and self-care agency as factors that condition the caregiver's ability to provide the care as well as conditioning the meeting of a dependent's requirements for care"* (Orem 2001: 412).

4.0 DRØFTING

4.1 Oversikt over situasjonen og vurdering av den

Sykepleieren trenger å få oversikt over situasjonen til foreldrene og småbarnet for å kunne avgjøre hva som skal gjøres i situasjonen. Det kan være at småbarnet må undersøkes av lege umiddelbart.

Eide og Eide (2000: 161) har beskrevet informasjonsspørsmål som spørsmål der en spør for å få konkret informasjon, for eksempel om formaliteter. Ved legevakten er dette den første type spørsmål som benyttes. Sykepleieren danner seg et bilde av hvem hun snakker med og hvor de er lokalisert. Ved legevakten spør de for eksempel spørsmål som: ”Hva er navnet ditt?” og ”Hvilken adresse har du?”

Sykepleieren ved legevakten fortalte at de vektla dialogen som kommunikasjonsform med foreldrene. Åpne spørsmål gjør at pasienten får mulighet til å velge fritt det han selv vil fortelle med egne ord ut i fra sin egen opplevelse (Eide og Eide 2000:160). Hun lot foreldrene få tale fritt om det som bekymret de i den utstrekning det var mulig tidsmessig. Eksempler på åpne spørsmål ved legevakten kan være: ”Hvorfor ringer du til legevakten?” eller ”Hva kan jeg hjelpe deg med?” Hvis sykepleieren spør slik vil det i tillegg til å gi pasienten mulighet til å forklare sin situasjon med egne ord, gi rom for og uttrykke sin engstelse. Det kan synes viktig at foreldrene får beskrive egen situasjon uten å være for styrt av struktur, for at det best skal komme frem hvordan de opplever situasjonen de er i.

Lukkede spørsmål spørres på en slik måte at pasienten kan besvare de med få ord. I Eide og Eide (2000:160) beskrives hvordan disse spørsmålene brukes for å bekrefte eller avkrefte noe konkret og spesifikt. Denne type spørsmål har en sentral plass i legevaktens telefoniske kontakt med foreldrene. Sykepleieren kan ikke observere barnet selv. Hun blir avhengig av

opplysninger som kan gi et godt vurderingsgrunnlag for henne. Spør hun for eksempel om: "Hvor mange våte bleier har småbarnet hatt i løpet av det siste døgnet?" vil foreldrene måtte svare et anslagsvis konkret antall. Sykepleier ved legevakten fortalte at hun spurte etter observasjoner foreldrene hadde gjort av barnet som: "Leker barnet?", "Sitter det?", "Hvilken farge har det på huden?" For eksempel blek, grå og gulten. "Gir småbarnet uttrykk for smerter ved at det skriker mye?", "Kaster det opp?", "Er det slapt og ikke orker gjøre noe?". Dette er nyttig å vite i forhold til om småbarnet blant annet er i risikosonen for å bli dehydrert. Slik kan de lukkede spørsmål i denne sammenheng være en effektiv og tidsbesparende måte å få faktiske og nødvendige svar på. De åpne spørsmål innbyr til dialog og åpenhet. Sykepleier ved legevakta sa at de vektla å ha en dialog med foreldrene, for da fikk hun mye informasjon. Hvis foreldrene ikke forteller sykepleier det hun trenger for å kunne vurdere situasjonen, tenker jeg det er hensiktsmessig at de åpne spørsmålsformuleringene erstattes eller suppleres med de lukkede. Sykepleieren kan da styre samtalen, og spørre om konkrete forhold som har betydning for å kunne analysere situasjonen til det febersyke småbarnet. Dette er viktig når sykepleieren har første samtale med foreldrene fordi det i verste fall kan stå om livet for småbarnet.

Selv om foreldrene uttrykker engstelse overfor den situasjonen de er i, blir det viktig at sykepleieren som har mest fagkunnskap om den medisinske tilstanden til småbarnet, får den oversikten hun trenger på relativt kort tid for å kunne vurdere om småbarnet deres skal undersøkes på legevakten. Når det er vurdert om småbarnet trenger undersøkelse av lege eller ei, kan sykepleieren gå over til å veilede eller gi råd til foreldrene.

I tråd med Orem's teori er det slik at foreldrene har egenomsorgskapasitet fordi de evner å ivareta sin egenomsorg. Foreldrene utfører her ikke bare omsorg for sin egen del, men for sitt hjelpeløse og avhengige småbarn. De defineres derfor av Orem som "dependent-care agent" (Jfr. Orem 2001:43).

Egenomsorgssviktteorien fra Orem har en vesentlig rolle her, ved at den forklarer hvordan det kan bli et misforhold mellom foreldrenes evne til å ivareta småbarnets egenomsorgsbehov og de krav som stilles for å ivareta egenomsorgsbehovene på en tilfredsstillende måte. Har foreldrene flere syke småbarn for eksempel kan det være hindringer som gjør at de ikke kan ivareta de universelle egenomsorgsbehovene til det syke småbarnet tilstrekkelig. Hvis familien har flere småbarn kan man anta at de har noe begrenset tid til å ta seg av det syke småbarnet. I følge Orem har foreldrenes egenomsorgskapasitet sammenheng med om de har et støttende nettverk. Jeg vil nevne besteforeldre som en kjærkommen mulighet for foreldrene til å få hjelp og avlastning. I følge Cavanagh (1999: 106) vektlegger Orem blant annet i datasamlingsfasen at foreldrene ivaretar de universelle egenomsorgsbehovene til barnet, hvilke slike behov de har kunnskaper om, tiltak de anvender for å ivareta disse, hindringer i veien for å ikke kunne ivareta de universelle- og utviklingsrelaterte egenomsorgsbehovene, hva gjør de for å ivareta helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov og hvordan omsorgen fra foreldrene kommer til uttrykk i dagliglivet. Jeg tenker dette er viktige faktorer sykepleieren ved legevakten kan ta med når hun vurderer familiens situasjon som helhet. Videre vil denne ”analysen av data” som fremkommer, ha direkte innvirkning på småbarnets helsetilstand. Det kan også være nyttig ved at det gir en pekepinn på hvor sykepleieren skal legge nivået på veiledningen.

4.2 Møte med foreldres engstelse

Når sykepleieren møter foreldrenes følelser for eksempel ved å aktivt lytte til dem, og setter seg inn i deres situasjon, viser hun empati. Gjennom lyttingen kan sykepleieren få innblikk i hva det er som bekymrer foreldrene mest. At sykepleieren møter foreldrene på engstelsen de opplever, kan være viktig for å legge til rette for tillit (Tveiten 2008:198).

Å vise empati innebærer at sykepleieren kan sette seg inn i hva det vil si å ha ansvar for et febersykt småbarn. Hvis sykepleieren selv er forelder er det kanskje enklere å forstå

foreldrenes bekymringer, fordi en kan relatere til liknende episoder en har stått i selv. Jeg tenker at det er forskjeller på hvordan foreldre opplever situasjonen med febersykt småbarn avhengig av om de har erfaring med febersykt barn fra før eller ikke. Foreldrene kan kommunisere engstelsen ulikt utad. Derfor ser jeg det som nødvendig at sykepleieren tar høyde for individuelle forskjeller blant foreldre, og de foreldre som kommuniserer sterkest at småbarnets situasjon er alvorlig, ikke trenger ha et småbarn som er alvorlig sykt. Jeg tenker at sykepleieren må møte disse foreldrene ved å gi de rom for å uttrykke sin engstelse, men samtidig komme med konkrete råd eller veiledning på hva som skiller en alvorlig tilstand fra en normal tilstand med feber.

En sykepleier ved legevakten som kommuniserer medfølelse og forståelse verbalt tilbake til foreldrene, kan sies å utvise empati i den profesjonelle sammenheng (Jfr. Eide og Eide 2000:51-52). At sykepleieren ved legevakten er bevisst hvordan hun verbalt formidler sitt innhold på, antas betydningsfullt for foreldrene. Hvis hun for eksempel har et irritert eller stresset stemmeleie, kunne det føre til at foreldrene unnlot å spørre om alt de lurte på. Noe som igjen kunne få følger for småbarnets helsetilstand. Relasjonsaspektet har med måten en formidler innholdet på, og inkluderer den verbale holdning der for eksempel interesse og vennlighet kommer frem (Eide og Eide 2000:49). Sykepleieren ved legevakten sa at hun avsluttet alltid samtalen med foreldrene ved å si til dem at de ikke måtte være redd for å ta kontakt med legevakten på nytt om de skulle føle seg ytterligere engstelig og/eller tilstanden så ut til å endre seg. Denne holdningen mener jeg viser at sykepleieren tar foreldrenes engstelse på alvor. At de vet de kan henvende seg til medisinsk personale uansett om de "bare" føler seg engstelig, tror jeg kan føre til at foreldrene får en opplevelse av å bli betrygget.

Eide og Eide (2000:56-58) beskriver hvordan sykepleieren må forholde seg til spenningsforholdet mellom følelser, etikk og rasjonalitet. Det ideelle ville være å balansere disse forholdene. På den ene siden bør sykepleieren forholde seg til foreldrenes følelser slik at de føler seg tatt på alvor. På den annen side har hun ansvar for å handle i samsvar med den

fagkunnskap hun innehar. Hun er derfor slik jeg ser det, nødt til å være rasjonell når hun skal vurdere situasjonen for å kunne ta en veloverveid avgjørelse. Sykepleieren kan oppleve å bli fanget i et etisk dilemma ved at hun får vanskeligheter med å vurdere situasjonen uavhengig av foreldrenes emosjonelle uttrykk. Hvis hun blir for følelsesmessig involvert, kan hun miste orienteringssansen og bli fanget i foreldrenes perspektiv på situasjonen. Det kan føre til at hun ikke klarer å vurdere situasjonen på faglig grunnlag. Om foreldrene skulle vise seg å ikke vurdere småbarnets helsetilstand alvorlig nok, kunne det få fatale konsekvenser om sykepleieren lot seg påvirke.

Ut i fra de objektive symptomene hun får beskrevet kan det vise seg at hun vil vurdere tilstanden som meget bekymringsverdig. Konsekvensen av at egenomsorgskapasiteten til foreldrene er lav kan i noen tilfeller tenkes å ha livstruende utfall for småbarnet. Jeg mener man som sykepleier bør ha lav terskel for å la småbarnet undersøkes i disse tilfellene.

En kan kanskje si at om sykepleieren har en balanse mellom det å vise empati og integrere fagkunnskap, samt ha fokus på målet som skal tilstrebes i veiledningen til foreldrene, er det nyttig fordi det skal føre til et resultat. Her vil det ha direkte betydning for småbarnets helsetilstand. Det er av stor betydning at sykepleieren mestrer det å utvide kontakten med foreldrene til å romme mer enn å lytte. Ved å analysere informasjonen fra foreldrene fra et faglig ståsted, kan det føre til at målet blir best mulig tilstrebet. Eide og Eide (2000:51-52) skriver at i sykepleiers vurdering av situasjonen til foreldrene er fagkunnskap viktig for å kunne analysere situasjonen, formidle sin forståelse til den andre, og gjennomføre de nødvendige tiltak.

4.3 Feber- kunnskap, paracetamol og praktiske tiltak.

”Feber er en naturlig forsvarsreaksjon på fremmede stoffer i kroppen og er et viktig ledd i immunforsvaret” (Blix og Breivik 2006:187). Informasjon som kan trygge foreldrene er at de får vite at feber er et normalt symptom på sykdom, og at feber ikke nødvendigvis sier noe om

alvorlighetsgraden avhengig av alderen til småbarnet. Jeg mener at sykepleier bør forklare foreldre at feberens funksjon til immunforsvaret i kroppen, og at den i noen tilfeller kan gjøre at kroppen fortare bli frisk. I følge Blix og Breivik stiger hjertets minuttvolum ved feber som gjør at immuncellene sirkulerer hurtigere i kroppen (2006:187). Det er mange foreldre som engster seg i takt med at feberen stiger. Som sykepleiere kunne en opplyse om at det ved infeksjonssykdommer hos småbarn er vanlig å ha høy feber på 39- 40,5 grad. Det kan likevel dreie seg om en ufarlig infeksjon. Dette er teori en ikke kan gå ut i fra at foreldre uten helsefaglig kompetanse kjenner til.

Da jeg selv opplevde å ha febersykt småbarn ble jeg både engstelig og frustrert, og følte meg rådvill til slutt. Jeg syntes det var vanskelig å vurdere om småbarnet mitt pustet riktig og tilstrekkelig, og selv om jeg hadde lest en del om hvilke tegn jeg skulle se etter, syntes jeg symptomene varierte fra minutt til minutt! Dermed ble jeg vinglete og tenkte i det ene øyeblikket at småbarnet mitt sikkert hadde fått en alvorlig lungebetennelse, mens det i neste øyeblikk sprang rundt og hørtes andpusten ut på grunn av det. Som forelder opplevde jeg det betryggende å ha erfarent medisinsk personale å støtte meg til, fordi da visste jeg at vi var flere om å vurdere mine observasjoner av småbarnet. Det gjorde at jeg følte meg mer sikker på at småbarnets situasjon ble ”riktig” vurdert. Grønseth og Markestad hevder (2006:211) at det viktigste er å fortelle foreldrene at de gjennom å observere småbarnets allmenntilstand, kan vurdere småbarnets tilstand mest riktig. Dette samsvarer med Lagerløv mfl. studie der de fant at å stole på observasjon i stedet for kommunikasjon er det mest nyttige (2006:620). Det er ikke gitt at foreldrene vet hvilke konkrete tegn de skal se etter. Sykepleieren bør opplyse at i å observere allmenntilstanden inngår det å sjekke bevissthetsnivå, småbarnets pusting og vurdere om det har fått nok væske i seg (Jfr. Blix og Breivik 2006:183).

Lagerløv mfl. (2006:620) skriver at foreldre ofte er redd for at feberen skal skade barnet deres. Og videre viser studien (s.620) at paracetamol ble som et viktig redskap for foreldrene for å kunne håndtere ulike opplevelser som sykdommene til småbarna ga.

I tråd med Dorothea E. Orems støttende og undervisende sykepleiesystem er sykepleierens viktigste rolle å dele kunnskap med foreldrene, og hjelpe foreldrene til å ta avgjørelser.

Sykepleieren kan for eksempel gi foreldrene forslag til praktiske tiltak de kan utføre i stedet for å gi paracetamol, som eksempelvis er å kle av barnet, gi det mye drikke osv.

Walsh mfl. (2007:2331) kom i sin studie frem til at om foreldrene hadde gode eller dårlige erfaringer fra håndtering av febersykt småbarn, viste utslag på om de ga mye eller lite paracetamol. Jeg har selv erfart at å ha ansvaret for et småbarn med feber kan være utfordrende og krevende. Småbarn har ikke utviklet de verbale ferdighetene nok til å kunne redegjøre for seg selv. Det kan være vanskelig å vite hvordan man kan håndtere småbarnet, og selv har jeg gitt paracetamol fordi jeg ikke har visst annet råd.

Jeg antar at de fleste familier har pakninger med paracetamol hjemme. Tilgjengeligheten til dette legemiddelet kan sies å være stort. Det henger kanskje sammen med at legemiddelet ikke er reseptbelagt og da kan kjøpes i dagligvareforetninger, apotek, kiosk og bensinstasjoner. Pakninger med paracetamol er integrert i varehyllene like naturlig som dagligvarene. Med dette tenker jeg det kan skapes en symbolikk som indirekte viser at å kjøpe og bruke paracetamol er like naturlig og ufarlig som å kjøpe melk og andre grossistvarer. Den liberale holdning til kjøp og bruk av paracetamol hos barn i samfunnet kan påvirke foreldres og sykepleiers holdning til medikamentbruk hos barn.

Jeg tror at det på grunn av småbarnsforeldres tidspress i dag, kan være lett å ty til paracetamol som kan sies å være enkelt, effektivt og billig alternativ til å måtte for eksempel tape økonomisk på å være lenger hjemme med det febersyke småbarnet. Lagerløv mfl. (2006: 620) har funnet ut at paracetamol kan bli et viktig redskap for foreldrene i å håndtere ulike opplevelser som sykdommen til barnet gir. Lagerløv mfl. (2004: 1622) skriver at foreldre kan bruke paracetamol for å lette situasjon med syke barn, fordi de har begrenset erfaring med febersyke småbarn og dermed synes det er vanskelig å tolke barnas plager. Når en som sykepleier skal veilede foreldre i forhold til bruk av febernedsettende, vil det være nyttig for sykepleieren og få kjennskap til foreldrenes holdning til bruken av paracetamol er.

Lagerløv mfl. (2006: 619) bekrefter: *“It is important to explore parents' beliefs and attitudes towards paracetamol because the use of the drug is so widespread, despite the lack of evidence of its clinical benefit.”*

For å få tilgang til foreldres holdninger til paracetamol, kan sykepleieren ha en åpen spørsmålsformulering. Får hun et faktisk bilde på medikamentbruken, vil det tjene småbarnet best. Veiledningen og rådgivingen vil hvile på foreldrenes besvarelse. Hvis det er foreldre som er engstelige eller skeptiske til å gi paracetamol til småbarnet, vil dette antakelig stille andre krav til veiledningen enn om de var liberale i bruken. Når det gjelder legemiddelhåndtering bør sykepleieren ha forståelse for at noen foreldre gir småbarnet sitt paracetamol i mangel av andre alternativ, selv om hun ikke kan forsvare det om det ikke er grunnlag for å gi det.

Jeg mener at sykepleieren bør informere faglig om paracetamol som medikament, inneholdende bruksområde, anbefalt dosering og eventuelle bivirkninger. Det kan gi foreldrene en ”verktøykiste” som danner grunnlag for å gjøre informerte valg. Informerte valg er et poeng, fordi veiledningen ideelt skal innebære at foreldrene selv finner løsninger. Foreldrene skal ses på som kompetente nok til å velge selv det de mener blir rett å gjøre i situasjonen med det febersyke småbarnet. Det kan tenkes at sykepleieren kan være i et dilemma hvis hun får inntrykk av at foreldrene enten over- eller underdoserer småbarnet sitt.

Som helsepersonell mener jeg da at man har et ansvar for å gi råd til foreldrene om paracetamolbruken, selv om de ikke skulle gi inntrykk av å ha behov for det. Dette fordi det kan hjelpe småbarnet til å få en mest riktig behandling med paracetamol.

Kais studie (1996) forklarer at hvis foreldrene opplevde at de praktiske tiltak de gjorde for å hjelpe småbarnet for eksempel ved feber ikke gjorde situasjonen bedre, ble foreldrene mer frustrert og følgelig steg engstelsen. Å hjelpe foreldrene til å oppnå mestringsfølelse, kan gjøres ved at sykepleier gir de letthåndterlige og forståelige verktøy i hvordan de kan utføre praktiske tiltak. For eksempel kan hun fortelle foreldrene at innetemperaturen ikke bør være

over ca. 20 grader Celsius, og at småbarnet bør ha lette klær på seg. En allmenn kjent regel er at småbarn anbefales holdt innendørs ved feber. At foreldrene får denne kunnskap kan gjøre at de føler seg tryggere i situasjonen, noe som bidrar til å styrke deres foreldrekompetanse og følelse av makt over egen rolle og situasjon.

4.4 Veiledning og egenomsorg

Når småbarnet er sykt trenger det særskilt hjelp til å dekke egenomsorgsbehovene fra voksne omsorgspersoner. En forutsetning for at foreldrene skal kunne ivareta småbarnets egenomsorgsbehov er at de evner å ivareta egne egenomsorgsbehov. Det hender at foreldre trenger hjelp av helsepersonell der deres egne ressurser ikke er tilstrekkelige (Jfr. Grønseth og Markestad 2006:107). Når foreldrene av ulike grunner ikke mestrer å ta hånd om egenomsorgsbehovene til det febersyke småbarnet, trenger de hjelp fra for eksempel legevakten. Det konkrete målet for sykepleieveiledningen er å hjelpe foreldrene slik at de blir i stand til å hjelpe småbarnet som er avhengig av foreldrene (Jfr. Orem 2001). Grønseth og Markestad (2006: 119) skriver i henhold til Orem, at å opprettholde tilstrekkelig inntak av mat og drikke er et universelt egenomsorgsbehov. Og videre (s.121) at feber øker energibehovet, og det gjør at væskebehovet øker i takt med feberstigningen.

Veiledning til foreldrene om egenomsorgsbehov til febersykt småbarn kunne innebære og dele kunnskap om hva tilstrekkelig væskeinntak til småbarnet består i. Ved 39 grader Celsius i feber er det anbefalt en viss mengde væskeinntak, og det regnes også ut energibehov som øker med 10 % per grad som stiger. Det er i tråd med Orems teori som ifølge Cavanagh (1999:33) er: *"Å veilede pasienten er en rolle som krever at sykepleieren gir relevant informasjon eller råd, som kan hjelpe pasienten til å møte sine egenomsorgsbehov"*. Jeg ser det slik at sykepleieren kan få dobbel veiledningsansvar. Med det mener jeg at hun kan veilede foreldrene til hvordan de kan oppnå bedre ivaretagelse av egne egenomsorgsbehov der det er nødvendig. Det kan gjøre foreldrene i stand til å ta vare på småbarnet. Samtidig kan

sykepleieren måtte veilede foreldrene til å ivareta småbarnets egenomsorgsbehov. Jeg tolker det derfor slik at sykepleieren kan bli nødt til å veilede to pasientgrupper nærmest samtidig. Der foreldrene representerer den ene pasientgruppen, og småbarnet den andre. Hovedfokuset er å få et godt resultat hos småbarnets helsetilstand, men for å få det til kan det være like viktig at foreldrene har et solid utgangspunkt. Poenget er at foreldrene skal veiledes til å kunne hjelpe sitt småbarn ved å ivareta egenomsorgsbehovene det har når det er febersykt. Grønseth og Markestad (2006:108) bekrefter hvordan sykepleierens rolle også omhandler å ta ansvar for å vurdere og ivareta de pårørendes individuelle behov, der de utøver omsorg for avhengige andre som her er småbarnet. En kan kanskje si at sykepleier ved legevakten utøver en indirekte omsorg for småbarnet ved at hun iverksetter tiltak rettet mot småbarnet gjennom foreldrene. Det blir noe annet ved et sykehus for eksempel der sykepleieren ville møtt småbarnet direkte og der hennes rolle kunne vekslet mellom å overta den totale omsorgen for småbarnet, versus hennes veiledende rolle.

4.5 Veiledning og empowerment

Helsetjenestens ansvar for å gi veiledning er blant annet regulert i Pasientrettighetsloven § 1-3 der en pasient blant annet defineres som en person som henvender seg til helsetjenesten med anmodning om helsehjelp. I forhold til loven vil det her bli foreldrene som defineres som pasienter, selv om småbarnet er det som trenger helsehjelpen. Videre viser § 2-1 tredje ledd at: *"Helsetjenesten skal gi den som søker eller trenger helsehjelp, de helse- og behandlingsmessige opplysninger vedkommende trenger for å ivareta sin rett"*. Foreldre som for eksempel henvender seg til legevakta, har krav på opplysninger som gjør at de kan ivareta sin eller her barnets helsesituasjon.

I følge Tveiten (2008:196) er empowermentbegrepet sentralt i veiledningen til foreldrene. Det innebærer at sykepleieren legger til rette for at foreldrene blir i stand til å ta ansvar for seg selv som foreldre, og ta omsorg for barnet. Foreldrene er eksperter på sin egen familie og

barn, og tanken er at foreldrene skal finne løsninger på problemene selv. Råd fra sykepleier kan være aktuelt noen ganger (Jfr. Tveiten 2008:195-200). Det å veilede ut i fra et bemyndigelsesperspektiv kan være at sykepleieren tar utgangspunkt i det som foreldrene mestrer i situasjonen med det febersyke småbarnet. Det de mestrer, er noe hun kan trekke frem for å bevisstgjøre foreldrene på hva det er de gjør konkret bra. At sykepleier ved legevakten rådgiver kan være viktig, fordi foreldre ofte ringer dit når de er i villrede, og kan ha behov for spesifikke råd i en situasjon som kan oppleves og være alvorlig for helsetilstanden til småbarnet deres. Sykepleier ved legevakten kan for eksempel fortelle foreldrene hvordan de skal få i småbarnet nok å drikke.

Når foreldrene ses på som eksperter i forhold til egen situasjon, mener jeg det er viktig at sykepleieren lytter til det de sier. Sykepleieren kan supplere med reflektoriske spørsmål til det de forteller, som kan stimulere foreldrene til å finne løsninger som vil passe for dem. At sykepleieren skulle fortelle foreldrene løsningen og hvordan de skulle innrette seg ville blitt feil, fordi hun ikke kjenner godt nok til familiekulturen og hvordan de ønsker å leve. Berg og Miller (2002:98-112) beskriver mestringsspørsmål som betydningsfulle fordi de retter fokus på det som klientene mestrer. Videre mener de at det er hverdagstingene de gjør som de trenger å bevisstgjøres på, og at de trenger anerkjennelse for det de mestrer (Tveiten 2008:195- 2008). Jeg tenker at et eksempel på et mestringsspørsmål kan være: "Hvordan klarer dere å være så rolige når småbarnet deres skriker så mye?" Da peker en på konkret atferd hos foreldrene, som kan bevisstgjøre dem på noe som de mestrer. Å rose og få frem det positive tiltak som foreldrene har gjort, kan stimulere dem til å fortsette med det de gjør eller søke nye og bedre løsninger, fordi de har fått ytterligere motivasjon til å løse situasjonen best mulig.

I følge Kai (1996:983-986) er det slik at hvis helsepersonell fikk bedre forståelse for foreldrenes bekymringer, og ga informasjon og kunnskap ut fra det, kunne det bidra til at foreldrenes følelse av makt og kontroll i situasjonen de stod i ble styrket. Slik mener Kai (1996) at bemyndigelse av foreldrene kunne foregått. I hvilken grad foreldrene opplever personlig kontroll i situasjonen henger sammen med deres egenomsorgskapasitet. Foreldre

som har god kunnskap om feber hos småbarn vil ha bedre forutsetning for følelse av kontroll i situasjonen, enn de som ikke innehar særlig bakgrunnskunnskap og av den grunn blir engstelige. Hvis egenomsorgskapiteten hos foreldrene ble styrket ved at sykepleieren veiledet med en "empowering" tanke, kunne det ha direkte innvirkning ved at foreldrene følte en større personlig kontroll i situasjonen med det febersyke barnet. Antakelig er det slik at når foreldrene blir trygge i den situasjonen de står i, påvirkes også småbarnet til å bli roligere. På denne måten har en positiv sirkel begynt å vokse.

5.0 KONKLUSJON

I denne oppgaven har jeg beskrevet hvordan veiledning til foreldre med febersyke småbarn kan foregå. Etter å ha arbeidet med denne oppgaven har jeg fått mer kunnskap om feber. Jeg føler jeg har lært hvor viktig det er å ha en dialog med foreldrene, for å kunne få informasjon og vurdere småbarnets situasjon. Veiledningen skal ifølge Tveiten (2008:195-200) utføres med fokus på bemyndigelse. Jeg har pekt på forskjellige forhold som er relevant å veilede om, og som innebærer at blant annet foreldres kompetanse styrkes. Slik kan foreldrene bli i stand til å mestre situasjonen de er i. Ved at foreldrene får kompetanse opplever de mestring, og dermed at de er betydningsfulle for sitt småbarn. Småbarnets helsetilstand mener jeg derfor kan sikres gjennom tilfredsstillende veiledning til foreldre.

I drøftinga har jeg pekt på forhold som kan danne et grunnlag for veiledningen, samt ulike temaer som er relevante. I et avsnitt nevner jeg hvordan sykepleier kan veilede foreldre i forhold til å gi paracetamol eller benytte seg av praktiske tiltak. Her har jeg kommet frem til at målet med veiledningen ikke er unngå bruk av paracetamol i seg selv, men å unngå unødvendig bruk av det. I mange tilfeller kunne det være tilstrekkelig med praktiske tiltak som behandling.

Behandling av feber er ikke mulig fordi den bare er et symptom på sykdom. Selv er jeg opptatt av aspekter omkring den økende paracetamolbruken særlig blant småbarn. Det fremgår i forskningsstudien *Bruk av paracetamol og antibiotika blant førskolebarn* at salget av paracetamol i pakninger til barn har hatt en jevn stigning de siste ti år (Lagerløv m.fl. 2004: 1620). Paracetamol er et legemiddel på lik linje med andre medisiner, og jeg stiller meg undrende til at man skulle ha større behov for å gi paracetamol til småbarn nå enn for ti år siden. Dette kunne vært interessant å undersøke nærmere.

Mine tanker går til småbarna. De som ikke som ikke har mulighet til å si fra hvordan de helst skulle ønske å bli ivaretatt når de har feber og er syke. Jeg tror mange yrkesaktive foreldre i dag føler et press for å henge med jobbmessig. Dette blir kanskje et samfunnsorientert spørsmål, som har sammenheng med tidsklemma og økonomiske dilemmaer når en er for lenge hjemme med småbarna. Hvis småbarna kunne redegjort for seg, hvordan antar vi at de ville blitt behandlet? Med en pille så de på kortest mulig tid blir i stand til å komme seg i barnehagen, eller ved at omsorgspersoner var hjemme sammen med de til at feberen hadde gitt seg? At sykepleieren er klar over foreldrenes jobbsituasjon for eksempel, og kan se det i et samfunnsperspektiv tenker jeg kan ha viktige konsekvenser for familien som helhet.

6.0 LITTERATURLISTE

* = pensumlitteratur

*Aadland, E. (2004) *Og eg ser på deg*. Oslo: Tano Aschehoug.

Berg, I. B. og Miller, S. D. (2002) *Rusbehandling: en løsningsfokuset tilnærming*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 98-112).

* Blix, E. S. og Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Cavanagh, S. J. *Orems sykepleiemodell i praksis*. (1999) Utgivelsessted: Universitetsforlaget AS. (s. 15-48 og 103-119).

Christensen, S. L. og Jensen, B. H. (2003) *Pedagogikk og pasientutdanning: sykepleiens pedagogiske felt*. Oslo: Akribe Forlag. (s. 30-36).

* Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

* Eide, H. og Eide, T. (2000) *Kommunikasjon i relasjoner*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

*Grønseth, R. og Markestad, T. (2006) *Pediatri og Pediatrisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Grønseth og Markestad. (2006) *Pediatri og pediatrisk sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS. (s. 107- 109, 138-141 og s. 209-212).

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

* Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. og Skaug, E-A. (red.) (2005) *Grunnleggende sykepleie: bind 2*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 89-116).

Lagerløv, P., Helseth, S. og Holager, T. (2003). "Childhood illnesses and the use of paracetamol (acetaminophen): a qualitative study of parents' management of common childhood illnesses". S. 717–723. I: *Oxford Journal, Family practice, nr.6*.

McCarthy, P. L. *Fever in Infants and Children I: Fever- basic mechanism and management*
Mackowiak, P. A. (1997) USA: Lippincott-Raven Publishers. (s.107- 230 og s. 351-361).

Orem, D. E. (2001) *Nursing -Concepts of Practice*. Mosby: St. Louis, Mo. (s. 215- 279 og s. 394-432).

*Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjørke AS.

Ulvund, S.E. *Forstå barnet ditt 0-2*. (2004) Aurskog: PDC Tangen. (s. 11-79).

Walsh, A., Edwards, H. og Fraser, J. (2007). "Influences on parents' fever management: beliefs, experiences and information sources". S. 2331-2340. I: *Journal of Clinical Nursing nr.16*.

Internettkilder:

Helse- og omsorgsdepartementet (1997). *Pasientrettighetsloven*. (Internett), Tilgjengelig fra: <http://www.lovdatab.no/all/nl-19990702-063.html> (26.mars 2009). (Utgjør 2 sider).

Kai, J. (1996). *What worries parents when their preschool children are acutely ill, and why: a qualitative study*. (Internett), Tilgjengelig fra: <http://www.bmj.com/cgi/content/full/313/7063/983?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=guiding+parents+with+ill+infant&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT> (02.februar 2008). (Utgjør 9 sider).

Lagerløv, P. mfl. (2006) *Severity of illness and the use of paracetamol in febrile preschool children; a case simulation study of parents' assessments*. (Internett), Tilgjengelig fra: <http://fampra.oxfordjournals.org/cgi/content/full/23/6/618> (05.februar 2009). (Utgjør 5 sider).

Lagerløv, P. mfl. (2004). *Bruk av paracetamol og antibiotika blant førskolebarn*. (Internett), Tilgjengelig fra: <http://www.tidsskriftet.no/lts-pdf/pdf2004/1620-3.pdf> (17.februar 2009). (Utgjør 4 sider).

Norsk legemiddelhåndbok (2007). *T 19,1 Feber*. Tilgjengelig fra <http://www.legemiddelhandboka.no/xml/> (20.mars 2009). (Utgjør 1 side).

Vedlegg 1

Kontakt med sykepleier ved legevakt

Samtale med sykepleier ved legevakta den 4.3.2009.

Jeg stilte spørsmål til sykepleier ved legevakten om hvordan hun forholder seg til foreldre som har febersyke småbarn.

Sykepleier svarte med at hvor mange dager barnet har hatt feber er av betydning, og de opererer med en tre- dagersregel. Der de betegner høy feber som kroppstemperatur over 39 grader og som er terskelen for undersøkelse ved legevakten.

Sykepleier sa videre at allmenntilstanden til barnet er viktigst. At man ser at det drikker og eventuelt spiser, er en god indikator på hvordan barnet har det. Hun sier at man må være obs på dehydrering. Hun sa at det å gi febernedsettende for å bedre allmenntilstand for at barnet for eksempel skal få nok å drikke i seg kunne være et råd de ga.

Ved aldersgruppen 0-2 år ville de spørre etter følgende observasjoner: Leker barnet, sitter de, blek, grå, gusten, smerter og skriker mye, kaster det opp, slapp og ikke orker gjøre noe. Hun presiserte at de hadde lav terskel for å sile ut 0-1 åringer for legesjekk, da barn under 6 mnd normalt sett ikke skal ha høy feber, særlig hvis de bare får morsmelk som føde.

Hvilke råd gir dere ved feber hos småbarn?

Sykepleieren ville sagt til foreldrene at de måtte kontrollere temperaturen hver time om den var høy.

Hun ville påpeke viktige symptomer som er verdt å legge merke til som tegn på nakkestivhet, utslett og om de har for lite våte bleier i løpet av en viss tid.

Hvordan kan dere bidra til å skape trygghet hos foreldrene slik at de føler seg beroliget i forhold til at barnet deres blir ivaretatt?

Sykepleier sier de har en åpen dialog med foreldrene, der de beskriver situasjonen og sykepleier kommer med oppfølgingsspørsmål underveis. De vurderer symptomer de snapper opp i dialogen med foreldrene. Hun sier videre at det er veldig mye som kan spille inn på feber, det er ikke bare den som gjelder å vurdere, når det skal vurderes om det er nødvendig med legehjelp.

Gir dere praktiske råd, hvilke?

Konkrete råd som sykepleieren ga var nok å drikke til barnet, og å prøve febernedsettende for å bedre allmenntilstanden, og for å prøve å få det til å drikke om det har problemer med det.