

**Høgskolen i Bodø**

**Institutt for sykepleie og helsefag**

**SY 180H 000**

**Bacheloroppgave i sykepleie**

**Kull 06 H**

***”Kommunikasjon ved kriser”***

**Kandidat nr. 17**

**30.04.2009**

# Innholdsfortegnelse

Innledning med presentasjon av problemstilling .....	2
Oppbygging av oppgaven .....	4
Møte med Adrian og hans foreldre .....	5
Hva er metode? .....	6
Hva er diabetes? .....	9
Hva er barneavdelingens rutiner?.....	12
Hva er kommunikasjon? .....	14
Hva betyr det å leve med en kronisk sykdom? .....	26
Avslutning .....	31
Litteraturliste .....	33
Pensum litteratur .....	33
Selvvalgt litteratur .....	33

## Innledning med presentasjon av problemstilling

Jeg er en sykepleierstudent som skal skrive en avsluttende bacheloroppgave på sykepleierstudiet. I løpet av studiet har jeg vært innom flere praksisplasser. Jeg har sett at kommunikasjon er en viktig del av sykepleiefaget. Men jeg har også erfart at det kan være utfordrende og krevende å kommunisere med pasienter og pårørende. Spesielt i de tilfeller hvor jeg manglet kunnskap om sykdommen, behandlingen og når pasienter har vært i ”følelsemessig ubalanse”.

Det har derfor vært et naturlig valg for meg å skrive om kommunikasjon og relasjoner.

Som sykepleierstudent har jeg både observert og erfart at vår forståelse om kommunikasjon er viktig for å etablere gjensidig kontakt med pasienter, pårørende og medarbeidere. I sykepleierens travle hverdag kan kommunikasjon minske stress hos den enkelte sykepleier og pasient. I tillegg kan kommunikasjon være med på å sikre kvaliteten i arbeidet vi gjør.<sup>1</sup>

Spesielt opplevde jeg at min kommunikative evne stadig ble satt på prøve i praksis på barneavdelingen ved sykehuset. Selv om det er barn som er pasientene, krever det også et tett samarbeid med barnas foreldre. Under oppholdet på barneavdelingen trenger både barn og foreldre kontinuerlig informasjon om sykdommen og behandlingen. Eksempelvis i forbindelse med nyoppdaget sykdom eller forandring av helsetilstand. Det er en forutsetning at sykepleier hjelper barn og foreldre til å bearbeide og håndtere følelser og erfaringer som følge av sykdom og sykehusopphold.<sup>2</sup>

På barneavdelingen møtte jeg en mor, en far og deres sønn på 12 år. Jeg velger å kalle gutten for Adrian. Han hadde nettopp fått diagnose - diabetes type 1.<sup>3</sup> I oppgaven tar jeg utgangspunkt i møtet med denne familien. Selv om familien opplevde sykdommen som vanskelig, var de positive og hadde virkelig lyst til å lære mer om diabetes. Sykdommen til Adrian vil sannsynligvis involvere både skole, kamerater, besteforeldre, osv. I oppgaven velger jeg å begrense meg til å fokusere på Adrian og hans foreldre.

---

<sup>1</sup> Eide og Eide 1996: 20-21.

<sup>2</sup> Grønseth 2005: 72.

<sup>3</sup> Definisjon om diabetes type 1 kommer senere i oppgave på side 9.

Møtet med denne familien gjorde meg enda mer nysgjerrig på å forstå og lære mer om kommunikasjon mellom sykepleiere, pasienter og pårørende. Målet med oppgaven er forhåpentligvis finne svar på problemstillingen gjennom å stille relaterte spørsmål. Eksempelvis: hvordan kan jeg bli bedre til å kommunisere? Hvordan kan jeg veilede og undervise pasienter og deres pårørende? Hva skal til for at de får ny kunnskap fra min veiledning, og hvordan kan jeg vite at de forstår hva som blir sagt til dem?

I tillegg kommer jeg også å få mer kunnskap om diabetes type 1 gjennom å skrive denne oppgaven.

Dette har derfor ledet meg fram til følgende problemstilling:

***Hvordan kan jeg som sykepleier gjennom kommunikasjon<sup>4</sup> bidra til mestring<sup>5</sup> hos foreldre og barn med nyoppdaget diabetes type 1.***

Oppgaven inneholder 8898 ord.

---

<sup>4</sup> Med kommunikasjon mener jeg en prosess hvor sykepleier, pasienter og/eller pårørende utveksler informasjon, deler tanker eller følelser med hverandre.

<sup>5</sup> Med mestring mener jeg foreldre og barns evne til å leve med diabetes sykdommen.

## Oppbygging av oppgaven

Oppgaven starter med en innledning hvor jeg presenterer tema og problemstilling. Så beskriver jeg kort mitt møte med Adrian og hans foreldre. Fortellingen om dette møtet vil være den røde tråden gjennom hele oppgaven.

Videre følger metodedelen med begrunnelse for valg av metode. Her beskriver jeg også en sykepleierteoretiker og en tilnæringsmåte. Med dette vil jeg at leseren får bedre forståelse og innsikt i hvordan oppgaven skrives og dataen tolkes. I denne delen redegjør jeg også for litteraturen brukt i oppgaven.

Så kommer det en kort teoretisk del om diabetes med statistikk, og en beskrivelse av behandlingen for barn med nyoppdaget diabetes type 1. Jeg vil påpeke at det er slik det praktiseres på barneavdelingen hvor jeg har vært i praksis, og at jeg ikke kjenner til hvordan det gjøres ved andre sykehus.

I oppgavens refleksjonsdel ser jeg nærmere på kommunikasjon, informasjon, kriser og mestring av dem. Her legger jeg vekt på hvordan informasjon skal formidles, men ikke hva som skal formidles. I oppgaven tar jeg utgangspunkt i sykepleiertiltak som blir satt i gang under familiens opphold på barneavdelingen og reflekterer over dem

Til slutt kommer jeg med en kort oppsummering av oppgaven og hva jeg har lært av å skrive den.

## Møte med Adrian og hans foreldre

Jeg er i medisinsk praksis på barneavdelingen. Jeg er sammen med sykepleieren som har ansvar for Adrian. Han er innlagt på avdelingen sammen med sin mor og far. Når jeg møter denne familien, så de har vært innlagt på avdelingen i 3 dager. Denne dagen skulle faren for første gang prøve å "sette" insulin på sønnen. Vi skulle veilede ham til å injisere insulin.

Vi går inn på rommet og hilser på familien. Adrian ligger i sengen og har snudd seg mot veggen. Han later som han ikke ser oss. Mor sitter og leser i en bok om diabetes. Far sitter på gulvet med en bærbar datamaskin. Jeg ser at han er stresset. Kanskje gruer han seg til å "sette" insulin? Kan det være for at han redd å skade sin sønn, påføre ham smerte eller fordi han ikke har nok kunnskap på hvordan dette skal gjøres?

Vi er ikke knapt kommet inn før Adrian kommer med et ønske om 4 nye brødsriver.

## Hva er metode?

Metode er en gjennomtenkt måte å løse et problem på. Valg av metode viser hvordan jeg skal gå frem for å fremskaffe ny kunnskap.<sup>6</sup> I oppgaven har jeg valgt å bruke essayistisk metode. I tillegg bruker jeg forskjellig litteratur som pensum litteratur, forsknings artikler, osv. som jeg ser er relevant til oppgavens problemstilling.

Et studiekraft i alle praksisperiodene var å skrive refleksjonsnotater. Jeg erfarte at refleksjon er en spennende måte å tilnærme seg et tema, få nye kunnskaper og bli mer bevisst på eget ståsted og forståelse. Dette er årsaken til at jeg har valgt å skrive min bacheloroppgave i essayform.

Essayistisk metode tar sikte på å fange opplevelser og meninger rundt fenomenet. I min oppgave ser jeg på Adrian og hans foreldres opplevelser rundt diabetes som fenomenet.

Essay tar utgangspunkt i en fortelling og erfaringer, mine egne eller andres. Her står refleksjonen rundt tema sentralt.<sup>7</sup> *"Essayet er åpent og søkende, sanselig og reflekterende"*.<sup>8</sup> Å skrive essayistisk betyr å undre seg gjennom hele skriveprosessen, stille spørsmål, men ikke alltid finne svar. En går ikke rett frem, men sirkler rundt tema og ser på den fra flere forskjellige vinkler for å forstå og skape forståelse.<sup>9</sup> Ved hjelp av essayistisk metode, kan jeg bruke mine egne erfaringer som sykepleierstudent og se på kommunikasjonstemaet fra forskjellige sider. Ved å bruke litteratur kan jeg få ny kunnskap og ny forståelse.

I oppgaven bruker jeg hermeneutisk tilnæringsmåte. Hermeneutikken handler om å fortolke og forstå menneskelige handlinger. I tillegg prøver vi å finne mening i dem. Pasientens egen opplevelse og erfaring med sykdommen står sentralt. Hvis vi ønsker å forstå hvordan det er å ha en sykdom, må vi se dette i lys av den enkelte pasients historie.<sup>10</sup> I oppgaven tolker jeg Adrian og hans foreldres tanker, uttalelser og handlinger. Jeg prøver å forstå hvordan det er å være foreldre til et barn som har diabetes, og jeg prøver å forstå Adrian.

---

<sup>6</sup> Tranøy i Dalland 2000: 71.

<sup>7</sup> Bech-Karlsen 2003: 19,21.

<sup>8</sup> Samme sted: 17.

<sup>9</sup> Samme sted: 151.

<sup>10</sup> Dalland 2000: 55-57.

Jeg ser at hvis jeg klarer å forstå Adrian og hans foreldres følelser og opplevelser, har jeg et godt utgangspunkt for å veilede dem i forhold til Adrians sykdom. Min egen forforståelse er avgjørende i tolkningsprosessen. Med forforståelse menes de inntrykk, følelser og kunnskap vi har om emnet. Dette kan være en ressurs i tilnærmingen til det som skal utforskes.<sup>11</sup> Jeg har selv erfaring i å være mor. I tillegg har jeg som sykepleierstudent fått ny kunnskap i løpet av studiet.

I oppgaven tar jeg utgangspunkt i Joyce Travelbee sin sykepleierteori og bruker hennes bok ”*Mellommenneskelige forhold i sykepleien*”(1999). Travelbee var en psykiatrisk sykepleier og jobbet i mange år på en sykepleierskole. Hun var opptatt av relasjoner mellom mennesker. I sykepleieprosessen vektlegger hun kommunikasjon mellom sykepleier og pasient. Sykepleierens mål er å hjelpe en familie til å mestre opplevelser av en sykdom, og å finne mening i dem.<sup>12</sup> Dette har etter mitt syn sammenheng med temaet i oppgaven.

I oppgaven bruker jeg også Hilde og Tom Eide sin bok ”*Kommunikasjon i relasjoner*”(1996). Hilde Eide er cand.polit, sykepleier og høgskolelektor i psykologi. Tom Eide er dr.philos, forsker og koordinator for Norges forskningsråds etikkprogram. Begge to har lang erfaring innen psykologi og etikk. De mener at kommunikasjonsferdighetene kan læres og utvikles.<sup>13</sup> I sin bok beskriver de blant annet kommunikasjon, mestring og krisereaksjoner.

Når det gjelder litteratur om diabetes har jeg brukt Ragnar Hanås sin bok ”Type 1 diabetes”(2002) og Oddmund Søviks bok ”Barn med diabetes” (1996). Hanås er overlege og forsker innen diabetes. Søvik er professor og leder for en poliklinikk for barne- og ungdomsdiabetes.

Jeg har også søkt etter artikler i databaser som Helsebiblioteket, Sykepleien, Proquest og Pubmed. Jeg har gjort et utvalg og endte med en forskningsartikkel ” *Diabetes Complications in Youth: Qualitative analysis of parents' perspectives of family learning and knowledge*” (2008) av Lisa M Buckloh m. fl. Jeg har funnet den gjennom å søke i Proquest - databasen. Jeg har brukt søkeord: communication with parents to child with diabetes 1(som ga meg 12 treff). Artikkelen gir oversikt på hva slags informasjon har foreldre og barn om diabetes

---

<sup>11</sup> Dalland 2000: 57.

<sup>12</sup> Travelbee 1999: 29.

<sup>13</sup> Eide og Eide 1996: 7.



komplikasjoner. I tillegg beskrives det foreldrenes forventninger til helsevesenet og deres reaksjoner når barnet får diabetes diagnose.

Jeg har også brukt Sonja Bakken sin hovedoppgave "Barn på sykehus"(1996). Hun har gjort en studie om foreldrenes reaksjoner når deres barn er alvorlig syk og legges inn på sykehus. Her beskrives det både foreldrenes reaksjoner og behov ved sykehusinnleggelsen.

For statistikk har jeg brukt Norges Diabetesforbund.

Alle navn som er brukt i oppgaven er fiktive. Dette er for at det ikke skal være umulig for å gjenkjenne familien og for å ivareta deres anonymitet.

## Hva er diabetes?

For at leserne skal få en bedre forståelse om hva diabetes er, vil jeg kort skrive om denne sykdommen. Jeg vil også beskrive behandlingsopplegget for barn med nyoppdaget diabetes på barneavdelingen der jeg var i praksis.

Som tidligere skrevet har Adrian nettopp fått diagnosen - diabetes type 1. I medisinsk terminologi blir diabetes ofte kalt for Diabetes mellitus.<sup>14</sup> Diabetes type 1 en kronisk sykdom som kjennetegnes ved for høy konsentrasjon av glukose i blodet. Ved diabetes type 1 er det manglende produksjon av insulin.<sup>15</sup> Det er lite kjent hva som er årsaken til denne diabetes typen. Arv og miljøfaktorer spiller en viss rolle. Diabetes type-1 rammer mest barn og ungdom og blir ofte kalt for "barnediabetes". Barn som har fått påvist denne diabetes typen må bruke insulin resten av livet.<sup>16</sup>

Ved diabetes type 2 er det nedsatt insulin produksjon og dårlig virkning av insulin. Arv og livsstil er en av årsakene til at en får denne typen diabetes. Diabetes type 2 debuterer ofte fra 40 års alderen. Men i de siste årene har det vært en økning av type 2-diabetes blant 20-30 åringene. Denne typen av diabetes behandles med medisiner (perorale antidiabetika) og i noen tilfeller med insulin. Kostomlegging, økt aktivitet er også vesentlige tiltak ved behandling av type 2 diabetes.<sup>17</sup>

Når jeg senere i oppgaven bruker ordet diabetes, så tar jeg utgangspunkt i diabetes type 1.

I følge tall fra Norges Diabetesforbund (2008) ligger Norge på tredje plass i verden blant landene med høyest forekomst av barnediabetes. Til sammen er rundt 25 000 mennesker rammet av denne sykdommen i Norge. Hvert år får ca 250 norske barn under 15 år diabetes type-1.

---

<sup>14</sup> Hanås 2002: 11: Diabetes defineres som "renne gjennom" og mellitus som "honningsøtt" pga høy glukosekonsentrasjon i blodet og derav kommer navnet.

<sup>15</sup> Simonsen 2007: 227-228: Insulin er et hormon som dannes i bukspyttkjertelen og gjennom forskjellige prosesser senker glukosekonsentrasjon i blodet.

<sup>16</sup> Almås 2001: 899-900.

<sup>17</sup> Samme sted: 901.

Hvordan påvises diabetes hos barnet? Hva er symptomer på diabetes?

Moren til Adrian forteller at Adrian har begynt å spise enormt mye etter at de kom på sykehuset. Hun forteller videre at hjemme klarte Adrian neppe å spise ei brødskive, og gikk stadig ned i vekt. Han var også unormalt tørst hele tiden. Dette hadde gjort dem bekymret. I tillegg merket foreldrene at han har vært slapp og i dårlig humør. Adrian hadde tydelige symptomer på høyt blodsukker. Fastlegen ordinerte hvilke blodprøver som skulle taes av Adrian. Resultatet av prøvene viste at Adrian hadde blodsukker verdier på 23 mmol/l. Hos friske mennesker ligger blodsukker verdiene mellom 4-7 mmol/l.<sup>18</sup> Det ble også påvist glukose i urinen.

Tilstanden ved høye blodsukkerverdier kalles hyperglykemi. Symptomer på hyperglykemi er tørste, hyppig vannlating, tretthet, oppkast, magesmerter. Uten behandling av hyperglykemien, vil tilstanden forverre seg og pasienten mister bevisstheten og diabetes koma kan inntreffe.<sup>19</sup> Høyt blodsukker over lang tid kan føre til åreforkalkning i de store blodårer, som i sin tur fører til hjerte- og karsykdommer. I tillegg fører høyt blodsukker til skjørhet i de små blodårene og nedsatt oksygentilførsel til vevene. Dette kan være årsak til at diabetikere får sykdommer i øyer, nyrer, føtter og nerver.<sup>20</sup>

Hypoglykemi kaller vi tilstanden når blodsukkerverdiene blir for lave, under 3 mmol/l. Tilstand med lavt blodsukker blir ofte kalt for føling. Føling er de fysiske reaksjoner som pasienter registrer ved lav blodsukkernivå.<sup>21</sup> Symptomer på føling er: sult følelse, svette, skjjelvinger, irritabilitet og uro i kroppen. Føling inntreffer ved at en diabetiker spiser for lite, tar for mye insulin, eller ved sterk fysisk aktivitet. Ubehandlet føling kan føre til sjokk, bevisstløshet og kramper. Og det er dette de fleste diabetikere frykter mest – å miste kontrollen.<sup>22</sup>

---

<sup>18</sup> Almås 2001: 900.

<sup>19</sup> Sjøvik 1996:72.

<sup>20</sup> Hanås 2002: 214.

<sup>21</sup> Almås 2001: 917.

<sup>22</sup> Sjøvik 1996: 67.

I dag er mange injeksjonsbehandling den mest brukte form for diabetesbehandling. Hurtigvirkende insulin injiseres med insulinpenn før måltidene, til sammen 4-5 ganger om dagen. I tillegg injiseres det en dose med langtidsvirkende insulin morgen og kveld.<sup>23</sup>

Legen kan søke om insulinpumpe når mange injeksjonsbehandlinger er utilstrekkelig for å oppnå god blodsukkerkontroll. Pumpen inneholder en sprøyte av insulin som ofte er tilkoblet til kateteret, liggende under huden. Kateteret skiftes cirka to ganger per uke.<sup>24</sup> Derfor slipper insulinpumpebrukere å stikke seg selv flere ganger daglig. Insulin tilføres hele tiden i små doser. Brukeren må trykke på en knapp for å tilføre ekstra insulin før måltidet. Insulinpumpe kan dermed gjøre livet lettere for diabetikere.

---

<sup>23</sup> Hanås 2002: 59.

<sup>24</sup> Samme sted: 121-122;126-127.

## Hva er barneavdelingens rutiner?

Barnet som har fått påvist diabetes legges vanligvis inn på barneavdeling sammen med sine foreldre for informasjon og opptrening. Målsetningen ved oppholdet er å legge et godt grunnlag for hvordan foreldrene og Adrian skal takle den nye sykdommen, og hvordan de skal leve med den når de kommer hjem.

På den avdelingen der jeg var i praksis, innlegges det gjennomsnittlig 15-20 barn årlig med diagnosen ”diabetes type-1”. Barn med nyoppdaget diabetes legges inn på avdelingen i ca 14 dager. Ofte innkalles hele familien til opplæring. Hensikten er at det skal være minst to voksne som kan nok om sykdommen til å ta vare på barnet når de kommer hjem. Om ønskelig kan også andre familiemedlemmer som: søsken og besteforeldre få informasjon om diabetes, behandlingen og symptomer. Barn og foreldre får blant annet opplæring i å sette insulinsprøyter, måle blodsukker og vurdere insulinbehovet ut fra måltider eller aktivitet. I avdelingen får familien forskjellige brosjyrer om diabetes. Eksempelvis kan det være brosjyrer om kost eller fysisk aktivitet ved diabetes. Det er også laget en film om et barn som har fått diabetes. Filmen blir sett av både barn og foreldre. På avdelingen har de også mulighet til å få låne bøker om denne sykdommen.

Ved familiens ankomst i avdelingen blir det dannet et tverrfaglig team som er ansvarlig for barnets og familiens opplæring i forhold til sykdommen. Teamet består av en lege, en diabetessykepleier, sykepleiere på avdelingen, en klinisk ernæringsfysiolog og en sosionom.<sup>25</sup> Leger står primært for teoretisk undervisning til foreldre. I undervisningen forklarer de om kroppens fysiologi og de forandringer som skjer etter at Adrian har fått diabetes. Sykepleiere på avdelingen har ansvar for den praktiske opplæringen: som å sette insulin, måle blodsukker, hva den indikerer og hva som er normalt. Ofte må sykepleieren gjenta og repetere informasjon om sykdommen både til barn og foreldre. Avdelingen har egen diabetessykepleier som deltar aktivt i opplæringen. Hun står også ansvarlig blant annet for videre oppfølging, hjemmebesøk, opplæring på skoler og polikliniske kontroller. Det er også tilknyttet en sosionom til avdelingen som kan informere foreldre om rettigheter og hjelpestønader. I tillegg er ernæringsfysiologen ansvarlig for kostinformasjon ved diabetes.<sup>26</sup>

---

<sup>25</sup> Veimo 2008.

<sup>26</sup> Samme sted.

Leger og sykepleiere har en felles sjekkliste, hvor de dokumenterer for hver gang de har gjennomgått noe nytt eller repetert informasjon med familien. Dette gjøres for å unngå misforståelser og sikre at familien får den informasjon som de trenger. På slutten av oppholdstiden får familien et hefte med spørsmål om diabetes, som må besvares. Hensikten med dette spørreheftet er å undersøke hvor mye foreldre og barnet har lært på den tiden de har vært innlagt på sykehuset.

Målet med behandlingen er å lære foreldre og barn å mestre å leve et best mulig liv med sykdommen og forberede dem på de utfordringene som kan oppstå. Og lære hvordan de eventuelt kan håndtere dem. Men samtidig må det understrekes at diabetes er en veldig individuell sykdom. Derfor må barnet og foreldrene kjenne selv, og kunne tolke symptomer. Etter hvert lærer de hvordan mat og fysisk aktivitet påvirker blodsukkeret. De blir i stand til å bestemme på egenhånd kroppens behov for insulin.<sup>27</sup>

---

<sup>27</sup> Aagenæs 1989: 11.

## Hva er kommunikasjon?

Kommunikasjon mellom sykepleiere og pasienter er en viktig del i sykepleiefaget. Kommunikasjonsbegrepet kommer fra det latinske ordet *communicare* og betyr ”å gjøre noe felles”. Dermed kan kommunikasjon defineres som en prosess hvor det foregår en utveksling av informasjon mellom to eller flere parter.<sup>28</sup> I sykepleieprosessen formidler vi informasjon eller får informasjon fra pasientene. Vi gir informasjon til pasienter for å sikre at sykehusinnleggelsen, oppholdet og behandlingen oppleves på en tilfredsstillende måte for pasienten.<sup>29</sup>

Travelbee beskriver kommunikasjon som et middel og en del av interaksjonsprosessen. Hun beskriver den som ”all kontakt der to individer øver gjensidig innflytelse på hverandre og kommuniserer verbalt og/eller nonverbalt”.<sup>30</sup> Sykepleiere bruker kommunikasjon for å etablere gjensidig kontakt med pasienten og bli kjent med den. Fange opp pasientens behov og iverksette aktuelle tiltak for å ivareta dem. Ved hjelp av kommunikasjon kan sykepleieren også bidra til pasientens mestring av erfaringene med sykdom.<sup>31</sup>

*Mestring innebærer å forholde seg til den belastende situasjonen på måter som gjenoppretter mening og sammenheng, bidrar til å bearbeide de følelsesmessige reaksjoner og eventuelt også til å løse de vanskelighetene man står ovenfor.*<sup>32</sup>

Mestring for Adrian og hans foreldre kan være at de forstår diabetes og har kunnskaper om sykdommen som gjør dem i stand til å takle situasjonen. I tillegg kan mestring bety at de har kontroll på sine følelsesmessige reaksjoner som engstelse, redsel, skyldfølelse og utrygghet.

Adrians sykdom involverer hele familien – alle i familien trenger hjelp til mestring. Siden det er Adrian som har sykdommen er det en forutsetning at han må lære om blodsukkeret, og er i stand å administrere insulin etter behov. Adrian må lære å forholde seg til diabetes og akseptere den, men foreldrene må også bidra og støtte han.

---

<sup>28</sup> Eide og Eide 1996: 18.

<sup>29</sup> Moritz-Hansen(1981) i Bakken 1996: 51.

<sup>30</sup> Travelbee 1999: 173.

<sup>31</sup> Samme sted: 135.

<sup>32</sup> Eide og Eide 1996: 104.

Sykepleieren kan bidra til mestring ved å gi informasjon, omsorg, støtte og veiledning. Samtidig bistå med praktisk hjelp.<sup>33</sup> Det er også en forutsetning at sykepleieren lytter til pasienten og er motivert til å bruke dens ressurser for at han tilpasser seg til den nye situasjonen han lever i.<sup>34</sup>

Men hva skiller sykepleieren fra andre mennesker? Hva gjør sykepleieren i stand til å formidle informasjon til pasienter og hjelpe dem ved sykdom?

Sykepleiere har spesialiserte kunnskaper om menneskets kroppsbygning, hvordan den fungerer og sykdomslære. Etikk, psykologi og relasjonskunnskap spiller også en viktig rolle i sykepleiefaget. Vi har mulighet til å anvende disse kunnskapene i arbeid med andre mennesker. Eksempelvis å hjelpe til å gjenvinne helse, finne mening i sykdom og ikke mist forebygge sykdom.<sup>35</sup> Med disse fagkunnskapene har vi også mulighet til å analysere situasjonen pasienter befinner seg i, sette i gang og gjennomføre nødvendige tiltak.<sup>36</sup>

I følge Travelbee har vi som sykepleiere ansvar for å sørge og følge opp at pasienter får den hjelp de trenger. Det kan være veldig lett å sende pasienter videre, og håpe at pasientens behov blir ivaretatt. Vi sykepleiere er i kontinuerlig kontakt med pasienter og bør derfor ta ansvar og kvalitetssikre arbeidet vi gjør.<sup>37</sup>

Adrian og hans foreldre er i kontakt med flere forskjellige helseyrker mens de er innlagt på avdelingen. Hvordan kan vi vite at de får den hjelpen de trenger? Kan det være nok spørre Adrian og hans foreldre? Kan det være at ved å se på "felleskjemaet" vet vi at de har fått den informasjonen de trenger?

På barneavdelingen oppretter en sykepleier forhold til det syke barnet og foreldrene. *"Kommunikasjon er det viktigste redskapet sykepleierne bruker for å møte og støtte foreldre i situasjonen de befinner seg i med et alvorlig sykt barn"*.<sup>38</sup> I Adrians tilfelle er det flere sykepleiere som etablerer forhold til både Adrian og hans foreldre. Sykepleieren deler sine

---

<sup>33</sup> Eide og Eide 1996: 124.

<sup>34</sup> Samme sted: 29.

<sup>35</sup> Samme sted: 52.

<sup>36</sup> Samme sted: 51.

<sup>37</sup> Travelbee 1999: 221-222.

<sup>38</sup> Bakken 2002: 79.



kunnskaper om diabetes med familien gjennom kommunikasjonsprosessen. I mellomtiden sanser sykepleieren opp og observerer deres følelser og opplevelser rundt sykdommen.

I forskrift om "barns opphold i helseinstitusjoner" § 6-2 står det at foreldre og barn skal få fortløpende informasjon om sykdommen.<sup>39</sup>

Forskning viser at cirka tredjedel av foreldrene mener at de får nok informasjon når barnet får stilt diagnose.<sup>40</sup>

Jeg har erfart at det kan være en utfordring å gi tilstrekkelig informasjon både til barnet som er pasienten, og dens foreldre. Hvordan kan vi som sykepleiere vite hva slags informasjon akkurat denne familien trenger? Hvordan og når bør kunnskap formidles og framlegges? Hvordan vet vi at de har forstått det som er blitt sagt?

Sykepleiere og pasienter utveksler informasjon også når de er tause.<sup>41</sup> Eksempelvis ved berøring kan vi vise pasienten at vi bryr oss. Derfor må sykepleieren være bevisst på måter informasjon formidles på. Informasjon kan gis på verbal og nonverbal måte.

Med verbal formidles informasjon gjennom språket - muntlig eller skriftlig. Nonverbalt betyr at vi kommuniserer med hverandre uten å bruke noen ord. Eksempelvis kan det være gjennom ansiktsuttrykk, stemmebruk, gester og kroppsholdninger.<sup>42</sup> Disse nonverbale signalene bærer ofte følelsemessige budskap, som vil være gjenstand for tolkning hos mottaker. Som nybegynner og vordende sykepleier ser jeg at dette er vanskelig. Det trenges både kunnskap og erfaring for å kunne klare å lese og forstå pasientens ansiktsuttrykk, kroppsholdninger, osv.

Verbal og nonverbal formidlingsmåte er like viktig. Ofte brukes de samtidig bevisst eller ubevisst. De utfyller og underbygger hverandre. For å unngå misforståelser som oppstår på grunn av manglende kunnskap om andres signaler er det viktig at vi formidler budskapet på en klar og tydelig måte.<sup>43</sup> Eksempelvis har jeg erfart at misforståelser mellom sykepleiere og foreldre ofte oppstår i de tilfeller når norsk er et fremmed språk for foreldrene. Norsk er ikke mitt morsmål og derfor kan jeg godt forstå disse foreldrene, og vet at det er

---

<sup>39</sup> Helse- og omsorgsdepartementet 2000.

<sup>40</sup> Bakken 1996: 89.

<sup>41</sup> Travelbee 1999: 135.

<sup>42</sup> Eide og Eide 1996: 19.

<sup>43</sup> Samme sted: 36.

veldig lett å feiltolke det som blir sagt. Spesielt hvis informasjonen gis veldig raskt eller på dialekt. Vanskeligheter kan også oppstå hvis kommuniserende mennesker legger forskjellig betydning i ord som blir sagt.<sup>44</sup>

Hvordan kan vi tolke Adrians sin gest når han snudde seg til veggen når sykepleieren og jeg kom inn i rommet? Det kan virke som at han later som han ikke vil se oss. Kan det være fordi han opplever at ”alt” i livet handler om hans nyoppdagede diabetes? I ettertid har jeg tenkt at om sykepleieren og jeg kunne oppfattet Adrians atferd annerledes? Dette kan være fordi hun har mer erfaring i å jobbe med barn og deres foreldre.

Jeg har erfart at sykepleierens kroppsspråk i samtalesituasjoner spiller en viss rolle på hvordan pasientene oppfatter sykepleierne. Derfor bør vi som sykepleiere være bevisst også på eget kroppsspråk. Eksempelvis i samtalesituasjoner bør vi sitte eller stå vendt mot pasienten. I tillegg må vi ikke glemme øyekontakt og ansiktsuttrykket vårt. Med dette kan vi bidra til å skape trygghet. Ved å bruke hode og hånd bevegelser kan vi understøtte samtalsens innhold og samtidig stimulere samtalen. Vi må huske at uro smitter, mens ro overføres. Berøring kan også være aktuelt. Slik kan vi vise vår forståelse, støtte og trøst.<sup>45</sup>

Jeg observerer sykepleieren som skal veilede faren til Adrian. Hun er henvendt til ham og bruker øyekontakt flittig. Med rolig stemme forklarer hun, og demonstrerer en gang til hvordan insulinet skal injiseres. Så er det farens tur. Han vet hvordan det skal gjøres, men nøler litt. Samtidig er han bestemt på at dette kommer han til å klare. Faren stikker Adrian på magen og injiserer insulinet. Etterpå forteller han at det gikk over all forventning og at var lettere enn han hadde forestilt seg. Kan det være at han skulle reagert annerledes hvis sykepleieren selv var utrygg på situasjonen?

Senere i behandlingsforløpet forteller foreldrene til Adrian at de merker godt hvilke sykepleiere som virker interessert i dem, og hvilke som bare er der for å gjøre jobben sin. De poengterer at de ikke har særlig lyst til å snakke med sykepleiere som henvender seg til dem mens de er halvveis ute av døren.

---

<sup>44</sup> Bakken 1996: 46.

<sup>45</sup> Eide og Eide 1996: 146-151.

Som tidligere skrevet kan verbal informasjon gis både skriftlig og muntlig.

Muntlig kan sykepleieren gi informasjon ved å informere, veilede, undervise og instruere. Valg av spesiell formidlingsmåte avgjøres av hva som er målet til vår pedagogiske funksjon.<sup>46</sup>

Et eksempel på informasjon, er når sykepleieren sier til Adrian at han må måle blodsukkeret en gang på natta, eller at Adrian og foreldrene skal ha samtale med klinisk ernæringsfysiolog klokka 11.

Å instruere betyr å vise eller å hjelpe med hvordan noe skal gjøres. Når Adrian og hans foreldre kom til sykehuset, ble de instruert i hvordan de skulle injisere insulin og måle blodsukker. Vi gir dem en slags oppskrift.<sup>47</sup>

Å undervise betyr å formidle kunnskap om et gitt tema til pasienten og pårørende.<sup>48</sup> Legen underviser familien i hva diabetes er og hvilke forandringer som skjer i kroppen.

Å veilede er en prosess hvor en sykepleier orienterer pasienter/pårørende om sykdom, forklarer og kommer med nyttige opplysninger. Vi fører en dialog med pasientene og de pårørende. Under veiledning tar vi utgangspunkt i pasientens og pårørendes ressurser, deres forståelse av sykdom og behov. Samtidig formidler vi kunnskap.<sup>49</sup> Jeg har erfart at informasjonsformidling i veiledningsform er mye brukt i sykepleierarbeid.

På barneavdelingen både undervises og veiledes Adrian og hans foreldre i forhold til Adrians sykdom. Målet til behandlingsteamet er at Adrian og hans foreldre mestrer å leve med diabetes. Sykepleierens oppgave er å legge til rette for at familien styrker sin mestringskompetanse ved å lære om diabetes sykdommen og det praktiske ved den som: å måle blodsukker, injisere insulin og regne ut insulindose ut fra behovet. Hensikten med veiledningen som jeg er med på sammen med sykepleieren er at Adrians far mestrer og blir trygg på hvordan han setter insulininjeksjon på sønnen.

Veiledning kombineres ofte sammen med instruksjon, undervisning og informasjon.

---

<sup>46</sup> Tveiten 2008: 62-63.

<sup>47</sup> Samme sted: 69.

<sup>48</sup> Samme sted: 70.

<sup>49</sup> Samme sted: 80.

Hensikten med undervisning og veiledning er å legge til rette for medvirkning, styrke mestringskompetansen og mestre konsekvenser av sykdom. Gjennom veiledning er det muligheter for å formidle informasjon, forstå og mestre symptomer, selve sykdommen og behandlingen.<sup>50</sup>

Mens Adrian og hans foreldre er innlagt på barneavdelingen, har de behov for kontinuerlig informasjon om diabetes sykdommen. Kan det være at tilstrekkelig informasjon kan skape en forutsigbarhetsfølelse og opplevelse av å ha kontroll over situasjonen? Er gitt informasjon tilstrekkelig for at Adrian og hans foreldre skal mestre livet med diabetes og oppnå kontroll av den?

I samtalen påpeker Adrians mor flere ganger at de kan lite om diabetes. Hun forteller at tanken på at hun ikke skal klare å tolke Adrians symptomer på lavt eller høyt blodsukker, gjør henne engstelig og utrygg. Forskning viser at dette er hun ikke alene om. Mange foreldre til barn med nyoppdaget diabetes opplever også følelse av nytteløshet. Enkelte av foreldrene er også bekymret for sine egne ferdigheter og at de på ett tidspunkt kan miste kontroll over barnets diabetes.<sup>51</sup>

I følge Aagenæs kan god diabetes kontroll kun oppnås ved lang erfaring, prøving og feiling.<sup>52</sup> Allerede på barneavdelingen erfarer jeg hvordan foreldrene til Adrian gjennom prøving og feiling i insulindosering gradvis forstår hvordan det skal gjøres og er i stand til å dosere riktig insulindose. Legen har fortalt dem at han skal godkjenne foreslått insulindose før den skal settes inn. Dette gjør at det i begynnelsen føles veldig trygt for Adrians foreldre å vite at selv om de beregner en feil insulindose, så vil det ikke skade deres sønn. Videre forteller de at sykepleierens nærvær, støtte og veiledning har vært til stort hjelp. De føler seg mer trygg når de opplever at sykepleieren som har ansvar for Adrian har mye kunnskap om diabetes.

Leger og sykepleiere er flinke til å følge opp akkurat denne familien. På slutten av andre oppholdsuka har Adrian og hans foreldre fått bedre oversikt og forståelse for Adrians sykdom, og situasjonen de befinner seg i. Ut fra deres skildringer har jeg fått inntrykk av at de mener at personellet er tilstede når de trenger dem. De mener også at de har fått tilstrekkelig med

---

<sup>50</sup> Tveiten 2008: 157.

<sup>51</sup> Buckloh 2008.

<sup>52</sup> Aagenæs 1989: 13-14.

informasjon om diabetes og at de har mindre skyldfølelse og skjønner mer av hvordan de skal kunne leve med diabetes.

I følge rammeplanen for sykepleiere (2008) er det en forutsetning at sykepleiere skal ha kompetanse til undervisning og veiledning etter endt sykepleierstudie. Samtidig har de ansvar for å informere, veilede og undervise pasienter og deres pårørende i forhold til problemer og behov som oppstår ved sykdom.

Det første året i sykepleiestudiet har vi teoriforelesninger om kommunikasjon, etikk og holdninger. Senere, når vi kommer ut i praksis, blir vi vurdert av våre kontaktsykepleiere og lærere i forhold til vår kommunikasjon med pasienter, pårørende og kollegaer. Jeg har erfart at det har blitt lettere å kommunisere med pasienter for hver praksisperiode. Kan det være fordi jeg har fått mer kunnskap om forskjellige sykdommer? Eller at jeg har fått mer erfaring med å kommunisere med syke og deres pårørende? Kan det være at innføring av praktiske kommunikasjonsøvelser utenom forelesningene kan gi bedre kommunikasjonsferdigheter når vi går ut i praksis?

Jeg ser at sykehusinnleggelse kan betraktes på samme nivå som en sykepleierstudent kommer i ny praksis, i nye og ukjente omgivelser. Jeg er alltid spent i forkant på å møte en ny avdeling med nye sykepleiere og ny pasientgruppe. Det tar tid til å bli kjent. Derfor kan jeg forstå hva familien til Adrian opplever når de blir innlagt på sykehuset.

I forskriften "barns opphold i helseinstitusjon" § 5 beskrives det at "*Personalet må ha kunnskap om barns utvikling og behov, og informere og veilede foreldre om barns mulige reaksjoner i forbindelse med sykdommen og institusjonsoppholdet*".<sup>53</sup>

Adrian er 12 år gammel og har nettopp fått vite at han har en sykdom som han må leve med resten av livet. Dette kan være vanskelig fordi sykdommen i stor grad kan være med på å begrense livet hans. Adrian er i en sårbar fase av livet som kan være preget av svinginger og behov for løsrivelse fra foreldrene. Mange unge mennesker kan betrakte sin diabetes som svakhet. Derfor kan de prøve å skjule at de har diabetes, og prøve å leve på samme vis som deres jevnaldere.<sup>54</sup>

---

<sup>53</sup> Helse- og omsorgsdepartementet 2000.

<sup>54</sup> Aagenæs 1989: 82.

For at sykepleieren kan gi informasjon til Adrian og bidra til at han mestrer livet sitt med diabetes bør den også ha kunnskap om hvordan det er å være tenåring. Alle voksne har vært ungdommer, men hvor mye husker vi egentlig av hvordan det var å være tenåring?

I 10-14 års alderen gjennomgår barn både en psykisk og fysisk modningsprosess. De er ikke lengre barn, men heller ikke voksne. Ungdommens oppførsel avspeiler både barnets umodenhet og voksnes ansvarlighet. På dette tidspunktet prøver de å finne ut hvem de er. De vil være selvstendige og uavhengige.<sup>55</sup> Ungdommer vil utforske verden, lære alt selv og helst ut fra sine egne feil. I denne perioden får de en følelse av at de kan alt om alt. Jevnaldrede blir veldig viktig, og ungdommer vil gjerne søke råd hos dem. Samtidig betyr familien enda svært mye. Ungdomstiden kan karakteriseres som ”*oppbrudd, eksperimentering, energi og sårbarhet*”.<sup>56</sup>

I samtalene med Adrian kom det mer fram at han synes det ikke er vanskelig å regne ut insulin etter behov. Og at han selv ikke skjønner hvorfor foreldrene er så bekymret. Samtidig tar han ikke initiativet for å regne ut insulinbehovet selv. Kan det være fordi han egentlig ikke vil tabbe seg ut, og for at han er redd for å regne feil dose? Eller kan det være fordi han vil at foreldrene skal gjøre det? For at de skal bli mindre usikker og at han har et behov for å stole på dem?

Adrian er også i en alder hvor han kan ta sine egne avgjørelser, noe som gjør ham i stand til å ta mye ansvar for egen behandling. Men samtidig har han behov for støtte fra sine foreldre. Adrian har som mange andre ungdommer et stort behov for informasjon om diabetes. Han bør få grundig informasjon på lik linje med sine foreldre. Adrian er inkludert i samtalene både med leger og sykepleiere. Samtidig har han hatt samtaler med diabetes sykeleier på tomannshånd. Men jeg har også erfart at enkelte sykepleiere retter fokus kun mot foreldrene. Kan det være fordi de opplever at det er lettere å kommunisere med foreldre?

Det kan være både tidkrevende og utfordrende å etablere et tillitsforhold til ungdommer. Sykepleieren kan skape trygg relasjon med barnet og foreldre hvis den først og fremst tar seg tid til å bli kjent med dem som mennesker, ikke bare som pasient og pårørende. Vi tar oss god

---

<sup>55</sup> Grønseth 2005: 37.

<sup>56</sup> Aagenæs 1989:81.



tid til Adrians familie. Vi snakker med Adrian, spør om ting som han liker, lytter og er interessert i. Ungdommer kan fort bli uinteressert hvis den merker at sykepleieren ikke er helt tilstede i samtalen.<sup>57</sup>

I kontakten med ungdommen er det også viktig å huske på formidlingsspråket. Vi bør snakke ærlig og åpent. Vi bør være konkret. Språket bør være forståelig og vi bør bruke minst mulig fagterminer.<sup>58</sup> Sykepleieren må også huske på at alt ikke kan læres på en gang, uansett til hvem vi gir informasjonen til.<sup>59</sup> Derfor må informasjonen gjerne gjentas flere ganger. For å sjekke at barnet forstår det som blir sagt, kan vi be dem om å gjenfortelle. Disse samtaleferdighetene kan godt brukes i kontakt med voksne.

Sykepleieren snakker med Adrian om nødvendigheten av at hans foreldre også prøver å måle blodsukkeret på ham og injisere insulin. Hun setter seg ved siden av Adrian. Hun snakker med ham som med en selvstendig person. Hun lytter på ham og besvarer hans spørsmål. Sykepleieren virker interessert i Adrians sine opplevelser.

Jeg har en gang vært sammen med legen når den skulle snakke med Adrian og hans foreldre om hyperglykemi. I løpet av samtalen virket Adrian uinteressert i det som ble sagt. Men det overrasket meg at da han på slutten av undervisningen ble bedt om å fortelle hva han forstod om hyperglykemi, kunne han gjenfortelle det.

På kurset i forbindelse med oppstart av insulinpumpe møtte jeg en gutt og ei jente, som er henholdsvis 15 og 17 år. Gutten har hatt diabetes siden han var 3 år. Jenta har fått den i 14 års alderen. Gutten kjente ikke til et liv uten diabetes. Foreldrene hans fortalte at de har god kontroll over blodsukkeret og at gutten styrer det meste selv. Jenta har større problemer med å kontrollere sin diabetes. Hennes mor fortalte at jenta ofte ignorerer sin sykdom. Hun prøver å leve som om hun ikke har diabetes. Hun bor alene på en hybel og har stort sett hele ansvaret for sin diabetes selv. Hun spiser flere uregelmessige måltider og dropper insulinet.

I følge Hanås har barn som får diabetes i tenårene dårligere styring på sykdommen gjennom puberteten enn barn som har levd med diabetes siden de var små. Kan det være for at sist nevnte lever med diabetes siden de var små og lærer om den litt etter litt?

---

<sup>57</sup> Grønseth 2005: 73.

<sup>58</sup> Eide og Eide 1996: 186.

<sup>59</sup> Aagenæs 1989: 13-14.

Hvordan kommer det til å gå med Adrian i framtiden? Får han den støtte som han trenger fra sine foreldre?

Det kan være utfordrende å være foreldre til ungdommer med diabetes. De må både akseptere at ungdomstiden kan være vanskelig, og samtidig må de forstå de utfordringene barnet deres vil møte. De må hjelpe Adrian å finne en tilpasset livsstil i forhold til både ungdomstid og sykdom. Eksempelvis hvordan skal Adrian forholde seg til alkohol, fysisk aktivitet og vekslende appetitt. Foreldrene bør ikke vise begrensningene ved diabetes. Men sammen med Adrian vise hvordan man på en positiv måte kan leve med diabetes.<sup>60</sup> Eksempelvis kan det være lett for foreldrene å si at Adrian ikke kan spise sjokolade fordi han har diabetes. Men med slike utsagn kan ungdommen bare se de begrensningene som diabetes skaper for dem og etter hvert begynne å misslike sin sykdom. Kan det være at barnet opplever situasjon annerledes hvis foreldre sier at "sjokolade spiser vi bare på lørdag" eller "du må bare sette litt ekstra insulin"?

I forskriften om "barns opphold i helseinstitusjon" § 5 står det at barn skal fortrinnsvis følges opp av det samme personalet under oppholdet.<sup>61</sup> I følge Tveiten kan faste sykepleiere sikre kontinuitet i sykepleien. Dette gjør at foreldre kan føle seg mer trygge. De vet hvem som er ansvarlig for barnet og det gjør det lettere å henvende seg til dem.<sup>62</sup> Foreldrene til Adrian forteller at det er veldig betryggende at det er de samme sykepleierne som har ansvar for Adrian. De sier at de fort blir urolig hvis det er en ny sykepleier som har ansvar for Adrian? Videre forteller foreldrene at det også er viktig for dem at sykepleieren lytter på det de har å si og virker interessert. Disse egenskaper kalles for empati.

Empati beskrives som evnen til å lytte og forstå andres følelser og reaksjoner.<sup>63</sup> I følge Eide og Eide: "*empati er kanskje det viktigste grunnlaget for god kommunikasjon*".<sup>64</sup> Hvor mye klarer vi å forstå av de andre menneskene og leve oss inn i deres situasjon, er avhengig av vår bakgrunn, erfaringer og ønske om å forstå dem.<sup>65</sup> Jeg har selv erfaring fra det å være mor. Derfor er det lettere for meg å forstå foreldrene til Adrian og hva de eventuelt gjennomgår.

---

<sup>60</sup> Aagenæs 1989: 81-82.

<sup>61</sup> Helse- og omsorgsdepartementet 2000.

<sup>62</sup> Tveiten 1998: 33.

<sup>63</sup> Eide og Eide 1996: 22.

<sup>64</sup> Samme sted: 23.

<sup>65</sup> Travelbee 1999: 195-196.



Vi som sykepleiere bør sette oss inn i pasientens situasjon. Sykepleieren bør gå inn til pasienten forberedt. Den bør lese pasientens sykehistorie, journaler og rapporter fra tidligere vakter. Sykepleieren som veileder Adrians far i insulin injisering har hatt ansvar for Adrian tidligere. Likevel leser hun tidligere rapporter for å bli kjent med familiens framgang innom diabetes.

Kan det være at sykepleiere som har jobbet i mange år på avdelingen, har større evne til empati på grunn av mer kunnskap og erfaring?

Jeg observerer sykepleieren mens hun snakker med Adrian og hans foreldre. Hun er tilstede i samtalen og virker engasjert. Hun lytter til foreldrenes bekymringer. Hun formidler til faren at hun forstår at han er nervøs for å stikke sin sønn for første gang og at han er redd for å påføre Adrian smerte. Hun tar seg god tid til å prate med ham, før han skal sette insulin.

I mellomtiden går moren frem og tilbake i rommet. Hun virker urolig og har et flakkende blikk. Hun forteller at hun har sprøyteskrek og opplever at det er ekkelt å se på når sønnen skal stikkes med insulinspennen. Samtidig understreker Adrian flere ganger at han ikke skjønner hvorfor foreldrene bekymrer seg så mye. Han forteller at han synes det er lett og til og med artig å stikke seg selv. Adrian prøver å berolige moren sin og tar henne i hånda. Han sier at han allerede har hatt følinger og at han klarer å kjenne de igjen. Så ingenting alvorlig kommer til å skje. Kan hans reaksjon skyldes at han tar på seg en omsorgsrolle for sin mor? - og prøver han å både beroligere sin mor og avdramatisere sin sykdom? Eller kan det være at han ikke helt forstår farer ved diabetes?

I denne situasjonen opplever jeg at moren blir oversett av sykepleieren. Kan det være at sykepleieren velger bevisst å sette fokus på faren? Hva kan hun gjøre annerledes? Kan struktur i veiledningen ha betydning?

Eide og Eide skriver at struktur i samtalen kan skape trygghet og tydelighet. Derfor anbefales det at samtalen inneholder en begynnelse, en midtdel og en avslutning.<sup>66</sup>

---

<sup>66</sup> Eide og Eide 1996: 179.

Ved å ha en innledning i samtalen kan vi etablere kontakt med pasienten og skape trygghet. Vi kan fortelle om samtalens formål og hvor lang tid vi har.<sup>67</sup>

Kanskje sykepleieren bør være mer tydelig i begynnelsen av sin veiledning? Hun kan avklare at i dag fokuserer vi på Adrians far, og at hun kommer til å ha sin oppmerksomhet på faren siden det er han som skal injisere insulin. Men også Adrian siden han skal stikkes. Sykepleieren kunne sagt at hun forstår at moren også er nervøs, men at hun kommer til å snakke med henne neste gang, når det blir hennes tur. Kanskje kan hun observere?

I midtdelen av samtalen snakker sykepleieren med Adrian og hans foreldre om et tema som er satt opp for dagen. I fortellingen kommer det frem at sykepleieren skulle veilede faren i å injisere insulin, snakke om farens følelser og reaksjoner rundt det. Etter at faren har injisert insulinet, setter de seg ned og snakker om det som har skjedd og hvordan han opplever det, men også hvordan Adrian opplever det å bli stukken av sin nervøse far. Sykepleieren stiller også spørsmål til dem. Hun omformulerer det som foreldrene sier for å sjekke om hun forstår dem riktig.

I samtalens avslutning kan vi bekrefte at vi har lyttet og forstått hva som er sagt. På denne måten kan Adrian og hans foreldre oppleve at de blir hørt og ivaretatt av sykepleieren. Samtidig kan de bekrefte hva de har forstått. Sykepleieren kan også stadfeste nye avtaler.<sup>68</sup>

Sykepleieren forteller også at hun forstår foreldrenes følelser. Hun skjønner at de er redd og engstelig for å stikke sønnen sin. Neste gang kan moren prøve å stikke Adrian med insulinpennen. Sykepleieren kommer til å rette all sin oppmerksomhet på henne. Hun understreker at hvis Adrians mor har behov, så kan de snakke sammen på forhånd.

---

<sup>67</sup> Samme sted: 180.

<sup>68</sup> Eide og Eide1996: 183.

## Hva betyr det å leve med en kronisk sykdom?

Hva skjer med barn og foreldre når de får beskjed om at barnet har fått en alvorlig eller kronisk sykdom?

Det er alltid en vanskelig situasjon for foreldre å få vite at ditt eget barn er alvorlig eller kronisk syk. Eksempelvis kan det være at barnet har kreft eller har fått en kronisk sykdom som diabetes. I følge bunkholdt ”*en situasjon hvor ens eget barns liv og helse står på spill, er en hendelse som oftere enn andre synes å utløse krise*”.<sup>69</sup> Nyheten om at Adrian har diabetes ble en kriseutløsende situasjon både for Adrian og hans foreldre. Det var vanskelig for dem å fordøye informasjonen og tenke på den nyoppståtte situasjonen.

I samtale forteller faren og moren til Adrian at det enda føles uvirkelig at Adrian har fått en kronisk sykdom, selv om det er gått flere dager etter diabetes diagnosen ble stilt. Samtidig som vissheten om at Adrian har fått diabetes er sjokkerende, er det også en lettelse. De har fått svar på årsaken til den enorme tørsten, den dårlige matlysten og vekttapet hos Adrian.

Men begge foreldre har mange ubesvarte spørsmål. Og de vet ikke i hvilken rekkefølge de skal stille dem. De klandrer seg selv for at de ikke klarte å forstå symptomene til Adrian tidligere. Mor og far kikker stadig vekk på hverandre, mens de forteller om deres følelser og reaksjoner. Det ser ut at de vil ha bekreftelse og støtte hos hverandre.

Når vi forteller til Adrian at han har diabetes og at sykdommen varer livet ut, vil han ikke snakke om sine følelser og hva han tenker på. Kan det være fordi han er lei av all fokuset på hans diabetes? Kan det også være at han ennå fortrenger sykdommen eller forstår og vil beskytte foreldrene sine?

Begrepet *krise* kommer fra gresk språk og betyr ”*skjebnesvanger forandring*” eller ”*avgjørende vendepunkt*”. Krise blir ofte utløst av en sykdom eller skade, som i sin tur bærer med seg trussel og følelsemessig belastning. I dagliglivet kan kriser stimulere til vekst og utvikling. Kriser som tar utgangspunkt i sykdom kan være traumatiske.<sup>70</sup>

---

<sup>69</sup> Bunkholdt (1989) i Bakken 2002:25.

<sup>70</sup> Eide og Eide 1996: 28.

Sykepleierens kunnskap om kriseaksjoner og problemløsende samtaler spiller en viktig rolle for at kommunikasjon med pasienter blir vellykket. Sykdom påvirker alltid relasjonen til de nærmeste. Derfor møter sykepleiere ikke bare pasientens krisereaksjoner, men også de nærmeste pårørendes reaksjoner.<sup>71</sup> Sykepleierens oppgave når en familie er i krise, er å bidra til at både barn og foreldre mestrer situasjonen som de er i, så godt som mulig. Som skrevet tidligere kan mestring for Adrian og hans foreldre være at de tar kontroll over sykdommen, at de bearbeider sine følelsesmessige reaksjoner og opplever mening.

Det kan være en utfordring for en sykepleier å bidra til mestring både hos barn og foreldre. Ingen familier er like, og situasjonen de befinner seg i kan oppleves annerledes selv om det dreier seg om samme sykdom.

Det er individuelt hvordan mennesker reagerer på kriser. Men det kan ses et visst mønster i disse reaksjonene. Det skilles 4 faser i menneskers krisereaksjon: sjokkfasen, reaksjonsfasen, bearbeidelses- eller reparasjonsfasen og nyorienteringsfasen.<sup>72</sup>

De fleste reagerer med sjokk på nyheten om at en har fått en sykdom som man må leve med livet ut. På dette tidspunktet er det vanskelig å tro at dette virkelig skjer med oss, og tanker og følelser holdes unna.<sup>73</sup> I følge Travelbee reagerer de fleste mennesker på en lidelse med to spørsmål, hva er årsak til sykdommen, og hvorfor rammer dette akkurat oss?<sup>74</sup>

Både moren og faren til Adrian har vanskeligheter for å forstå at nettopp Adrian har fått sykdommen. Kan det være for at Adrian spiste masse godterier, eller for at de som foreldre har gjort noen andre feil? Det er nesten umulig å forstå at sykdommen ikke vil forsvinne, og at de må forholde seg til den resten av livet. De forteller at de har hørt om andre som har fått diabetes, men aldri trodd at det kunne skje deres barn.

Forskning viser at det er vanlig med sorg, angst og skyldfølelse hos foreldre når barnet får diabetes type 1.<sup>75</sup>

---

<sup>71</sup> Samme sted: 107.

<sup>72</sup> Retterstøl og Weisæth (1985) i Eide og Eide 1996: 105.

<sup>73</sup> Eide og Eide 1996: 105.

<sup>74</sup> Travelbee 1999: 103.

<sup>75</sup> Buckloh 2008.

I sjokkfasen er det vanskelig å tilegne seg informasjon, høre og forstå hva som blir sagt. Derfor bør informasjonen begrenses til de mest nødvendige forhold og alltid gjentas ved senere anledning.<sup>76</sup>

Hvilken informasjon har fastlegen gitt til Adrian og hans foreldre da de fikk diagnostisert diabetes, og hva har de oppfattet av denne informasjonen? Den første tiden på sykehuset gjentok de hvor lite de visste om sykdommen. I denne fasen er det viktig at vi viser vår forståelse og empati. Mange kan ha behov for en hånd å holde i. Det kan noen ganger være til større hjelp enn mange ord.

De første dagene på barneavdelingen får Adrian og hans familie tett oppfølging av både sykepleiere og leger. Hvordan opplevde familien denne perioden? Foreldrene hadde mest behov for støtte og at noen lyttet til de mange spørsmålene de hadde.

Som jeg tidligere har skrevet, møtte jeg denne familien den tredje dagen etter at Adrian hadde fått diagnosen diabetes. Det er naturlig å tenke med utgangspunkt i kriseteoriene at de alle er i en reaksjonsfase eller reparasjonsfase.

Den første sjokkfasen etterfølges av en reaksjonsfase hvor de følelsemessige reaksjoner kommer fram. Her begynner en å forstå hva som virkelig skjer. Følelser som tårer, angst, søvnløshet, aggresjon og skyld står sentralt.<sup>77</sup> Moren til Adrian forteller at hun vil gråte hele tiden, og faren sier at han ikke klarer å sove på sykehuset. Kan dette skyldes at han har mange tanker rundt sykdommen til Adrian? Eller kan det også være at det er vanskelig å sove i det nye sykehusmiljøet?

Det sentrale målet for mestring i reaksjonsfasen er at en gjenoppretter "*opplevelsen av forutsigbarhet og egen evne til å påvirke sin situasjon*".<sup>78</sup> Ved å gi informasjon om diabetes og praktisk hjelp kan vi hjelpe både Adrian og hans foreldre til å kjenne og danne seg et bilde av sin egen situasjon. Eksempelvis var Adrian rask til å lære seg å måle blodsukker og injisere insulin, men for foreldrene tok det lengre tid. Det virket som at Adrian kom fort over sjokket

---

<sup>76</sup> Eide og Eide 1996:117.

<sup>77</sup> Samme sted: 118.

<sup>78</sup> Eide og Eide 1996: 121.

og var klar for handling. Kan dette skyldes at Adrian ikke ser alvorret ved sykdommen? Eller kan det være at han raskere klarte å akseptere sykdommen?

Gradvis skjer det en endring i behandlingsforløpet. Etter å ha kommet over de første reaksjonene forandres foreldrenes syn på sykdommen. De viser handlingskraft til å gjøre noe med diabetes. I litteraturen om krisereaksjoner kalles dette for en reparasjonsfase. En er klar for handlinger og å lære om sykdommen. Det er viktig å ikke ”gape for høyt”, men å lære litt om gangen.<sup>79</sup>

Foreldrene til Adrian forteller at det er viktig for dem å lære et tema om gangen. De synes at behandlingen på barneavdelingen fungerer bra for dem. Eksempelvis når de lærer om hypoglykemi. Legen forteller først om lavt blodsukker, og de forandringer som skjer i kroppen. Etter kort tid, når de har fordøyet informasjon, repeterer sykepleier stoffet. Foreldrene opplever at sykepleieren har bedre tid, og at de kan snakke uforstyrret og stille spørsmål.

På motsatt side virker Adrian engasjert i sin sykdom fra første dag. Først og fremst var han veldig nysgjerrig på de tekniske ting som blodsukkerapparat og insulinpenn. Han synes det var spennende å injisere insulin. Men hvordan kommer det til å gå med ham i fremtiden? Kommer det en dag hvor han blir lei alle forholdsreglene og bevisst dropper å måle blodsukker og injisere insulin?

På slutten av oppholdstiden kan jeg se tegn på at familien er kommet i nyorienteringsfasen. Foreldrene godtar diabetes og begynner å forestille seg hvordan livet deres kommer til å bli. De vet når, og hvor stor insulindose som skal settes. De forstår hva som påvirker blodsukkeret, hvilke tiltak de må sette i gang hvis Adrian får hypo- eller hyperglykemi. Men de er også klar over at deres lille familie kan i utgangspunktet leve livet som før, det eneste de må planlegge nøye er deres dagsrytme, turer, osv. Men de kan også fortelle at de prøver å forberede seg mentalt på at det kan bli en del utfordringer i dagliglivet med tanke på Adrians tenåringsalder.

---

<sup>79</sup> Hanås 2002: 233.

Pasientens og pårørendes holdninger til sykdom og kunnskap om den er avgjørende for hvor effektivt de mestrer sykdommen.<sup>80</sup>

Hvordan skulle foreldrene reagert hvis de skulle hatt mer kunnskap om diabetes? Hvilke reaksjoner skulle de hatt hvis en av dem allerede skulle hatt diabetes fra før?

Kan det være at for Adrians foreldre ville det vært lettere å akseptere diabetes hvis de hadde innsikt om diabetes fra før? Eller at noen i familien hadde denne sykdommen? Men kan kunnskap om diabetes ha negativ virkning? Kan det være at mye kunnskap om diabetes i utgangspunktet kan gjøre Adrians foreldre enda mer engstelig for komplikasjoner, osv?

Som det kommer frem bør informasjon tilpasses til den fasen pasienten befinner seg i.

Jeg har opplevd at spesielt i den første oppholdsuka har sykepleierne på avdelingen god tid til å følge opp Adrian og hans foreldre. De siste to døgn før utskrivelsen bor de på et sykehushotell. Da kan de på egenhånd styre døgnrytmen og Adrians diabetes. De måler blodsukker, beregner insulinbehov og injiserer insulin. Samtidig vet de at sykepleiere er i nærheten hvis det er behov.

Både legen og sykepleieren poengterer at etter utskrivelsen kan Adrian og hans foreldre kontakte avdelingen eller diabetes sykepleier ved behov. På slutten forteller Adrians mor at det føles trygg å ha kunnskaper om diabetes. Samtidig er hun usikker på hvor lang tid tar det til at hun klarer å gå på jobben igjen. Hun bekymrer seg over hvordan kommer det til å gå med Adrian når han blir alene hjemme.

---

<sup>80</sup> Eide og Eide 1996: 110.



## Avslutning

I oppgaven har jeg forsøkt å belyse hvordan jeg som sykepleier gjennom kommunikasjon kan hjelpe barn og foreldre å mestre sin nye hverdag med kronisk sykdom.

Jeg ser at sykepleiefaget er sammensatt. Det er krevende og lærerikt. Sykepleierens kunnskaper om kommunikasjon, mestring og kriser spiller en sentral rolle i vårt arbeid med pasienter og deres pårørende. Samtidig er det ikke minst viktig for oss å ha kjennskap om hvordan vi skal formidle informasjonen og kunnskap til pasientene. Spesielt ved krisesituasjoner.

Vi, sykepleierne har en utrolig viktig og spennende oppgave å gjøre. Vi bidrar til mestring hos både foreldre og deres barn med nyoppdaget diabetes. Vår kommunikasjon er viktig for å etablere et godt forhold til barnet og dens foreldre. For å skape tillitt bør vi være engasjerte, vise respekt, og ivareta pasienten i den situasjonen han befinner seg i der og da. Vi må se på Adrian som et helhetlig menneske, ikke bare som en gutt som nettopp har fått diabetes.

Veiledning er den mest brukte form for formidling av informasjon og kunnskap til barn med diabetes og deres foreldre. Gjennom kommunikasjon og veiledning bidrar vi til mestring. Her er det viktig å gi håp og motivere til læring. Først og fremst bør sykepleieren være opptatt med å hjelpe foreldre og barn til å bearbeide følelser. Så lærer de bort nødvendig kunnskap om diabetes slik at de klarer å leve med sykdommen etter utskrivelsen.

Gjennom å skrive denne oppgaven har jeg forstått mer av hvordan det er å være foreldre til barn som nettopp har fått påvist diabetes type 1. Samtidig har jeg fått mer kunnskap om selve sykdommen: diabetes type 1.

Jeg har også lært mye om kommunikasjon mellom sykepleier, pasient og pårørende. Samtidig måter informasjon formidles på, og kommunikasjons rolle i vår kontakt med pasientene. Jeg er blitt mer bevisst på hvordan veiledningen bør foregå i forhold til de forskjellige krisefaser, og hva slags mestringsnivå som er aktuelt.



Gjennom å bruke kunnskap og min erfaring kan jeg være mer trygg på å kommunisere med barn og foreldre når de er i en krise. Jeg er også mer klar for å veilede dem i forhold til sykdommen. Samtidig ser jeg at dette kommer til å være både krevende og utfordrende. Ingen barn og ingen foreldre er like. Kan det være at alle mine framtidige erfaringer, både positive og negative, i forhold til kommunikasjon med pasienter og deres pårørende, kommer til å gjøre meg enda sterkere til å veilede dem?

## Litteraturliste:

### ***Pensum litteratur:***

Almås, Hallbjørg (red.)(2001). *Klinisk sykepleie. Bind 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Dalland, Olav (2000). *Metode for oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Grønseth, Randi og Trond Markedstad (2005). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Tveiten, Sidsel (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

Simonsen, Terje mfl. (2004). *Illustrert farmakologi*. Bergen: Fagbokforlaget.

### ***Selvvalgt litteratur:***

Aagenæs, Øystein m.fl. (1989). *Diabetes hos barn og unge voksne*. Oslo: Universitetsforlaget (s.11-15 og s.76-83).

Bakken, Sonja (1996). *Barn på sykehus*. Oslo: Universitetet i Oslo. Hovedoppgave i sykepleie (s.25-38; 44-71; 84-125).

Bakken, Sonja (2002). *Sykepleier- foreldre til det syke barnet*. Fredrikstad: Unikom AS (s.25-98).

Bech-Karlsen, Jo (2003) *Gode fagtekster*. Essayskriving for begynnere. Oslo: Universitetsforlaget (s. 11-174).

- Buckloh, M Lisa mfl. (2008). Diabetes Complications in Youth: Qualitative analysis of parents' perspectives of family learning and knowledge. I: *Diabetes Care* nr.31 (5sider). Tilgjengelig fra:  
<http://proquest.umi.com/pqdweb?index=0&did=1538658701&SrchMode=2&sid=3&Fmt=3&VInst=PROD&VType=PQD&RQT=309&VName=PQD&TS=1240835462&clientId=29144> ( lest 15.4.2009).
- Helse- og omsorgsdepartementet (2000). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon*. Tilgjengelig fra:  
<http://www.lovdatab.no/cgi-wift/ldles?doc=/sf/sf/sf-20001201-1217.html> (lest 2.4.2009).
- Hanås, Ragnar (2002). *Type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne*. Oslo: NKS Forlaget(s.11-15; 59-61; 121-127; 213-220; 233-238).
- Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleierutdanning* (7 sider). Tilgjengelig fra:  
<http://www.regjeringen.no/Upload/KD/Vedlegg/UH/Rammeplaner/Helse/126188809-10-200602190-52.pdf> ( lest: 18.3.2009).
- Norges Diabetesforbund (2008). Tilgjengelig fra:  
<http://www.diabetes.no/Type+1-diabetes.9UFRnQ3O.ips> ( lest: 2.4.2009).
- Søvik, Oddmund (1996). *Barn med diabetes*. Oslo: Aschehoug (s. 65-75).
- Tveiten, Sidsel (1998). *Barnesykepleie*. Oslo: Gyldendal (s.29-33).
- Travelbee, Joyce (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal (s. 29-49; 83-116; 135-260).
- Veimo, Dag (2008). *Diabetes hos barn og ungdom*. Handlingsplan for diabetes i Helse Nord: Diabetesforum. Tilgjengelig fra:  
<http://www.helsenord.no/getfile.php/Helse%20Nord%20RHF%20bilde-%20og%20filarkiv/Prosjekter/Kronikersatsingen/D->

forum%202008%20Diabetes%20hos%20barn%20og%20ungdom%20(siste)%20%5B  
Skivebeskyttet%5D.pdf (lest 31.3.2009)