

# BACHELOROPPGÅVE

## Lettare sagt enn gjort

Utelatne insulindosar hos ungdom som har type 1 diabetes

av

Hilde Kristin Kleppe Frøholm

Kandidatnummer 96

Bachelor i sjukepleie

Emnekode: SK 152

Månad/årstal: Juni 2015

Tal ord: 6858

Rettleiar: Bente Egge Søvde



## **Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Eg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane løyve til å publisere oppgåva "*Lettare sagt enn gjort – Utelatne insulindosar hos ungdom som har type 1 diabetes*" i Brage dersom karakteren A eller B er oppnådd.

Eg garanterer at eg har opphav til oppgåva, saman med eventuelle medforfattarar. Opphavsrettsleg beskytta materiale er nytta med skriftleg løyve.

Eg garanterer at oppgåva ikkje inneheld materiale som kan stride mot gjeldande norsk rett.

Fyll inn kandidatnummer og namn og set kryss:

Kandidatnummer: 96

Namn: Hilde Kristin Kleppe Frøholm

JA  NEI

## **Samandrag**

### **Tittel**

Lettare sagt enn gjort – Utelatne insulindosar hos ungdom som har type 1 diabetes.

### **Bakgrunn for val av tema**

Då eg var i praksis møtte eg mange ungdommar som har type 1 diabetes. Mange av desse låg over anbefalt HbA1c på grunn av insulindosar som blei gløymde eller av andre årsaker ikkje blei tatt. Gjennom denne oppgåva ønskte eg å finne ut kvifor det var slik, og kva rolle sjukepleiaren har i møte med desse pasientane.

### **Problemstilling**

*Kvifor er utelatne insulindosar eit problem hos ungdom som har type 1 diabetes, og kva er sjukepleiaren si rolle i møte med desse pasientane?*

### **Framgangsmåte**

I oppgåva har eg brukt litteraturstudie som metode. Det vil seie at eg har brukt eksisterande faglitteratur og forskning på området for å finne svar på mi problemstilling. Eg har også brukt egne erfaringar frå praksis.

### **Oppsummering av funn og konklusjon**

Forskning viser at utelatne insulindosar er eit problem hos ungdom som har type 1 diabetes, og at dette heng saman med manglande ansvarsklargjering og manglande fokus av ulike årsaker. Mange ungdommar får for mykje ansvar for tidleg, og sjukepleiaren har ei viktig rolle i å gi desse pasientane tilstrekkeleg opplæring og god rettleiing. Det er også viktig at sjukepleiaren motiverar dei til den eigenomsorga sjukdommen krev. Pasienten må vere i førarsetet, og det er ein føresetnad at opplæring, rettleiing og motivasjon blir gitt ut i frå den einkilde sine ynskjer og behov.

|            |   |           |
|------------|---|-----------|
| <b>1</b>   | <b>INNLEIING</b>  | <b>1</b>  |
| <b>1.1</b> | <b>BAKGRUNN FOR VAL AV TEMA</b>                                   | <b>1</b>  |
| <b>1.2</b> | <b>PROBLEMSTILLING</b>  | <b>2</b>  |
| 1.2.1      | AVGRENSING  | 2         |
| <b>1.3</b> | <b>DISPOSISJON</b>  | <b>2</b>  |
| <b>2</b>   | <b>LITTERATURSTUDIE SOM METODE</b>                                | <b>3</b>  |
| <b>2.1</b> | <b>FAGLITTERATUR</b>  | <b>3</b>  |
| <b>2.2</b> | <b>FORSKING</b>   | <b>3</b>  |
| 2.2.1      | PRESENTASJON AV FORSKINGSARTIKLAR                                 | 3         |
| <b>2.3</b> | <b>KJELDEKRITIKK</b>  | <b>5</b>  |
| <b>3</b>   | <b>TEORETISK OG FAGLIG GRUNNLAG</b>                               | <b>6</b>  |
| <b>3.1</b> | <b>UNGDOMSTID</b>   | <b>6</b>  |
| 3.1.1      | KOGNITIV UTVIKLING  | 6         |
| 3.1.2      | PSYKOSOSIAL UTVIKLING   | 6         |
| <b>3.2</b> | <b>TYPE 1 DIABETES</b>  | <b>7</b>  |
| 3.2.1      | BEHANDLING  | 7         |
| 3.2.2      | KOMPLIKASJONAR  | 9         |
| <b>3.3</b> | <b>DOROTHEA OREM SIN EIGENOMSORGSTEORI</b>                        | <b>10</b> |
| 3.3.1      | EIGENOMSORGSBEHOV VED HELSESVIKT                                  | 10        |
| 3.3.2      | SJUKEPLEIAREN SINE HJELPEMETODAR                                  | 10        |
| <b>4</b>   | <b>UTELATNE INSULINDOSAR HOS UNGDOM SOM HAR TYPE 1 DIABETES</b>   | <b>12</b> |
| <b>4.1</b> | <b>KVIFOR ER DET EIT PROBLEM?</b>                                 | <b>12</b> |
| 4.1.1      | MANGLANDE ANSVARSKLARGJERING                                      | 12        |
| 4.1.2      | MANGLANDE FOKUS   | 12        |
| <b>4.2</b> | <b>KVA ER SJUKEPLEIAREN SI ROLLE I MØTE MED DESSE PASIENTANE?</b> | <b>14</b> |
| 4.2.1      | OPPLÆRING   | 14        |
| 4.2.2      | RETTLEIING  | 15        |
| 4.2.3      | MOTIVASJON  | 16        |
| <b>5</b>   | <b>KONKLUSJON</b>   | <b>18</b> |
|            | <b>KJELDELISTE</b>  | <b>19</b> |

## 1 Innleiing

Om lag 28 000 personar har type 1 diabetes i Noreg, og førekomsten er aukande.

(Diabetesforbundet, 2015a). Ein kombinasjon av arveleg disposisjon og miljøfaktorar ligg bak utviklinga, men nøyaktig kva som er utløysande årsak er framleis ukjent. Ein kan få sjukdommen i alle aldrar, men den rammar oftast born, ungdom og unge vaksne. Sjølv om ein per i dag ikkje kan hindre den i å oppstå, kan ein førebygge dei mange seinkomplikasjonane lite tilfredstillande behandling kan føre med seg. Slike komplikasjonar kan redusere livskvalitet og levealder hos pasienten, og behandlinga av dei utgjør store kostnader for samfunnet. Å setje i verk tiltak som fremjar god diabetesomsorg vil difor løne seg, både for den einskilde med diabetes og for samfunnet elles (Helsedirektoratet, 2009).

Sjukepleiarar har *”ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom”* (Norsk Sykepleierforbund, 2011). I møte med personar som har type 1 diabetes inneber dette å setje pasientane i stand til å meistre eigen sjukdom. Dei må leve med sjukdommen heile tida, og treff helsepersonell berre i korte augneblink. Dette gjer at dei i stor grad blir ansvarleg for eiga behandling, og det er difor viktig at sjukepleiaren legg vekt på opplæring, rettleiing og motivasjon i oppfølginga av desse pasientane (Helsedirektoratet, 2009). Opplæring av pasientar og pårørande er lovfesta, og blir sett på som ei av fire hovudoppgåver for norske sjukehus. Mangel på opplæring er like alvorleg som mangel på medisin og gode behandlingsformer (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999). Informasjonen som blir gitt må vere tilpassa den einskilde, og sjukepleiaren må forsikre seg om at den er forstått (Norsk Sykepleierforbund, 2011).

### 1.1 Bakgrunn for val av tema

Då eg var i praksis på ein barnepoliklinikk møtte eg mange ungdommar med type 1 diabetes. Fleire var i ein fase der dei skulle ta meir ansvar for eigen sjukdom, og mange av desse låg over anbefalt HbA1c. Dette kunne ein ofte sjå i samanheng med insulindosar som blei gløymde eller av andre årsaker ikkje blei tatt. Eg opplevde at det var vanskeleg å få ungdommane til å forstå alvorret i situasjonen og at dei ikkje brydde seg om kva konsekvensar dette kunne få i framtida. Gjennom praksisperioden undra eg meg over kvifor det var slik, og korleis eg som komande sjukepleiar kan hjelpe desse pasientane til å etablere gode helsevanar som dei kan ta med vidare inn i vaksenlivet.

## 1.2 Problemstilling

*Kvifor er utelatne insulindoser eit problem blant ungdommar som har type 1 diabetes, og kva er sjukepleiararen si rolle i møte med desse pasientane?*

### 1.2.1 Avgrensing

I oppgåva tar eg i hovudsak for meg ungdommar i aldersgruppa 12 - 19 år då det er i denne perioden dei fleste tar over ansvar for eigen sjukdom (Hanås, 2011). Vidare fokuserer eg på ungdom som har hatt type 1 diabetes sidan barneåra, og eg skil ikkje mellom pasientar som brukar insulinpumpe og mangeinjeksjonsbehandling. Dette er fordi eg føler det eg skriv om er relevant for begge grupper. Eg har utelatt å skrive om type 2 diabetes då denne forma av sjukdommen gjerne debuterer hos vaksne over 40 år (Diabetesforbundet, 2015b).

## 1.3 Disposisjon

Først i oppgåva vil eg gjere greie for val av metode og litteratur, samt presentere forskingsartiklane eg har brukt. Vidare vil eg sjå nærare på det faglege grunnlaget for oppgåva. Her startar eg med å seie litt om ungdomspsykologi, før eg tar føre meg kva type 1 diabetes er og kva det inneber for dei som har sjukdommen. Deretter ser eg på kva rolle sjukepleiaren har i møte med desse pasientane i lys av Dorothea Orem sin eigenomsorgsteori. Etter teoridelen føl ei drøfting av problemstillinga ut i frå forskning, teori og egne erfaringar. Til slutt vil eg kort oppsummere oppgåva og vurdere om kunnskapen som er komen fram kan ha implikasjonar for sjukepleiepraksis.

## 2 Litteraturstudie som metode

Metodeval er måten ein går fram på for å finne svar på ei problemstilling (Dalland, 2012). Etter eigne erfaringar og opplevingar i praksis sat eg igjen med eit spørsmål om kvifor ungdommar som har type 1 diabetes utelet å ta insulin. Ved å sjå nærare på faglitteratur og forskning på området ønskte eg å finne ut av dette, samt korleis eg som komande sjukepleiar kan møte dess pasientane. Eg valde difor litteraturstudie som metode. Dette inneber systematisk søk, kritisk vurdering og samanlikning av litteratur innanfor eit bestemt område. Målet er å kome fram til ei samanfatning av allereie eksisterande kunnskap (Forsberg & Wengström, 2008).

### 2.1 Faglitteratur

Det første steget i søkeprosessen var å finne relevant faglitteratur. Ved å snakke med diabetessjukepleiar på barnepoliklinikken, samt å søke i Bibsys Ask med søkeorda *diabetes*, *ungdom* og *sykepleie*, fann eg fram til bøker som var aktuelle for mi problemstilling. Etter kvart som eg har skrive har eg også funne fram pensum frå tidlegare emne og tatt i bruk bøker etter tips frå rettleiar. Eg har også brukt anbefalt litteratur om søking og oppgåveskriving.

### 2.2 Forsking

Då eg skulle søke etter forskning, begynte eg med å finne søkeord. Eg fann først orda eg ville bruke på norsk, for så å bruke SveMed+ for å finne gode og relevante engelske søkeord. Ut i frå problemstillinga mi kom eg då fram til desse orda; *type 1 diabetes*, *adolescents*, *youth*, *missed insulin*, *self management* og *insulin pump*. Databasen eg enda opp med å bruke var Academic Search Premier, der eg valde å søke i CINAHL og MEDLINE på same tid. Først søkte eg på alle orda kvar for seg, for så å kombinere nokre av dei i den vidare søkinga. Saman fekk orda *type 1 diabetes*, *adolescents* og *missed insulin* ni treff, og kombinasjonen av *type 1 diabetes*, *youth* og *missed insulin* fekk tre treff. Ved å kombinere *type 1 diabetes*, *adolescents*, *self management* og *insulin pump* fekk eg ti treff. Etter å ha lest alle dei tjueto abstrakta, sat eg igjen med fire kvalitative forskingsartiklar som eg synest var relevante for oppgåva mi. Eg vurderte dei ut i frå sjekklister for kvalitativ forskning før eg bestemte meg for å nytte dei (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014).

#### 2.2.1 Presentasjon av forskingsartiklar

Forskingsartikkelen *Missed bolus doses: devastating for metabolic control in CSII-treated adolescents with type 1 diabetes* hadde som hensikt å sjå nærare på bruken av insulinpumper hos ungdommar med type 1 diabetes og korleis dei administrera sine insulindosar. Eit anna mål var å studere

samanhengen mellom insulindosar som ikkje blei tatt og metabolsk kontroll, frekvensen av eiga blodsuktermåling, byrda av å ha diabetes og behandlingstilfredsheit. Forskinga viste at ein tredjedel av ungdommane hadde gått glipp av meir ein 15 % av sine insulindosar. Det kom også fram at desse ungdommane hadde høgare HbA1c, målte blodsukkeret sitt sjeldnare, tok færre daglege insulindosar i gjennomsnitt og var mindre fornøgd med diabetesbehandlinga (Olinder, Kernell & Smide, 2008).

Den neste forskingsartikkelen hadde som mål å vurdere konsekvensane av utelatne insulindosar til snacks hos ungdom. Resultatet er at blodsukkeret blir høgare, og høgt over lengre tid, dersom ein ikkje tar insulin enn om ein gjer det. I denne studien blei insulindosa til snacks ikkje tatt i 50 % av tilfella (WanderWel, Messer, Horton, McNair, Corby, McFann & Chase, 2010).

Forskinga til Olinder, Nyhlin og Snide (2010) hadde som mål å få innsikt i og utvikle teori om kvifor ungdom som brukar insulinpumpe tar eller ikkje tar sine insulindosar. Hovudgrunnen viste seg å vere manglande ansvarsklargjering og utilstrekkeleg eigenkontroll. Det er behov for å klargjere ansvaret mellom ungdommane og foreldra for å unngå problemet. Dei unge bør gradvis ta over ansvaret for sin diabetes, og dei bør begynne tidleg. Nokre gongar kan det vere nødvendig at dei vaksne tar meir kontroll i periodar. Ansvarsklargjering og eigenkontroll bør snakkast om, og diabetesteamet bør involvere seg. Vidare er det viktig at ungdommen sine ynskjer og meiningar blir sett og høyrte (Olinder et. al., 2010).

I 2011 såg Olinder, Nyhlin og Snide nærare på kvifor utelatne insulindosar er eit problem hos ungdom. Gjennom forskinga kom det fram at det er manglande fokus av ulike årsakar som ligg bak dei utelatne insulindosane. Nokon utset å ta insulindosa, for så å gløyme den. Dei gjer dette fordi dei ynskjer å halde sin diabetes skjult, for å unngå føling eller fordi pumpa er plassert slik at det ikkje passar seg å setje dosa framfor andre. Nokre gongar gløymer ungdommane å ta insulinet fordi det skjer mykje rundt dei, til dømes i matfri på skulen. Det kjem også fram at nokre ungdommar synest det å ha diabetes er ei stor påkjenning, og at dei difor ikkje bryr seg og ignorerer at dei har sjukdommen. Vidare viste forskinga at påminningar er den viktigaste faktoren for at ungdommane skal ta insulin. Dei synest det kunne vere fint at foreldre, venna, foreldre av venna og lærarar kunne minne dei på det, men at det også kunne opplevast kontrollerande og masete. Alarmer og andre tekniske påminningar kunne fungere for ein kortare periode, men pasientane synest ofte dei blei irriterande i lengda og slo dei derfor av. For at ungdommane ikkje skulle oppleve påminningane negativt, var det viktig at dei blei inkludert (Olinder, Nyhlin & Smide, 2011).



## 2.3 Kjeldekritikk

Faglitteraturen eg har nytta i oppgåva er i stor grad med å kaste lys over problemstillinga. Den gir relevant kunnskap om type 1 diabetes og kva det inneber, samt kva rolle sjukepleiaren har i møte med desse pasientane. Vidare er teori om ungdomspsykologi viktig for å forstå kvifor ungdommar handlar som dei gjer. Bøkene eg har brukt er lærebøker og fagbøker av nyare dato, som i hovudsak er skrivne for studentar og fagfolk. Eg har prøvd å bruke dei nyaste utgåvene, men på grunn av stor pågang på biblioteket har ikkje alltid dette latt seg gjere. Ei ulempe ved å bruke slike bøker er at dei ofte er sekundærkjelder, noko som kan føre til arving av feiltolkingar og unøyaktigheiter (Dalland, 2012).

Forskingsartiklane viser at problemstillinga er aktuell, og presenterer kunnskap om kvifor utelatne insulindosar er eit problem og kva som kan motivere ungdommane til å ta insulin. Alle artiklane var kvalitative, noko som samsvarar med at eg var ute etter kunnskap om erfaringar og haldningar hos pasientane (Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2014). Ut i frå det eg kunne finne var det lite forskning på området, og tre av forskingsartiklane eg nytta var skrivne av same forfattarar. Desse har forska mykje på born og diabetes, og er anerkjende fagpersonar på området.

## 3 Teoretisk og faglig grunnlag

### 3.1 Ungdomstid

I ungdomstida skal ein gå frå å vere born til å bli vaksen, og perioden er prega av eit ynskje om å bli sjølvstendig og uavhengig. Ein går gjennom store og raske endringar, og ein utviklar seg både fysisk, kognitivt og psykososialt. Å vere ungdom kan vere utfordrande og vanskeleg, men fører også med seg glede når ein meistrar nye livsområder og får meir ansvar (Rosenvinge, 2011, s. 167).

#### 3.1.1 Kognitiv utvikling

Etter kvart som ein veks til endrar ein måten ein forstår seg sjølv og omverda på, og ein utviklar evna til å tenkje, vurdere og løyse problem (Renolen, 2008, s. 91). I følgje Piaget sin utviklingsteori utviklar ein evna til å tenkje abstrakt gjennom ungdomsåra, noko som vil seie at ein blir stand til å sjå moglegheiter og alternativ ved tenkte problem, og ikkje berre ved konkrete problem (Tetzchner, 2012, s. 221). Saman med eit ufullstendig tidsperspektiv, vil dette føre til at mange ungdommar ikkje fullt ut forstår samanhengar og konsekvensar av vala dei tek. I kvardagen vil dette ha innverknad på deira evne til å planleggje, organisere og løyse problem. Det kan også føre til at den unge tek val som kan gi uheldige konsekvensar i framtida (Rajka, 2011, s. 136 - 137).

#### 3.1.2 Psykososial utvikling

Erikson sin psykososiale teori om personlegheitsutvikling ser på ungdomstida som ein fase der den unge formar sin identitet. Det er viktig å finne ut kven ein er, og korleis ein passar inn i samfunnet (Renolen, 2008, s. 89) Identifiseringa med foreldra er ikkje lenger tilstrekkeleg for at ungdommen skal finne si rolle, og den unge søker difor andre kjelder til kunnskap, inspirasjon og etterleving (Tetzchner, 2012, s. 683). Som ein naturleg del av dette tar den unge gradvis meir ansvar for seg sjølv, og foreldra vil ikkje lenger vere så viktige som dei ein gong var. Denne lausrivinga kan vere konfliktskapande og gjer at ungdomsåra ofte er ei vanskeleg tid for familien. Ungdommen sine krav og forventingar om å bestemme sjølv og å bli sett på som eit vakse individ, harmonerer ikkje alltid med ungdommen sine handlingar og foreldra sine forventningar. Veksling mellom ein barnsleg og vaksen oppførsel hos den unge, samt eit ynskje om at ungdommen skal ta gode val, kan føre til at foreldra synast det er utfordrande å sleppe taket på den autoritære foreldrerolla frå barneåra. Dette kan føre til at ungdommen ikkje føler seg godtatt, og kan hindre ei positiv utvikling av ein sjølvstendig identitet (Tetzchner, 2012, s. 689 - 693). På same tid kan lite tydelege og likegyldig akseptierende foreldre også vere til hinder for ei slik utvikling. For å best mogleg hjelpe borna er det viktig å stå

fram som autoritative og klare rollemodellar, på same tid som ein lar ungdommen sjølv prøve og feile (Rosenvinge & Kroger, 2011, s. 164).

Dei mange endringane ungdommane opplever i ungdomstida kan føre til usikkerheit, og mange er redde for å ikkje vere god nok. På same tid som ein har behov for å gjere ting på eigen måte, fryktar ein å skilje seg ut. Det er viktig å vere lik andre, og dei unge er ofte svært opptatt av kva andre synest om dei. Mange er vare for kommentarar og hendingar som kan verke sårande (Rajka, 2011, s. 138). I tillegg kan den fysiske utviklinga påverke identitet og sjølvoppfatning på godt og vondt (Rosenvinge, 2011, s. 170).

Eit resultat av identitetsutviklinga er at vener blir viktigare, og det betyr mykje å høyre til eit sosialt nettverk og få aksept for kven ein er. Jamaldringar delar mange opplevingar, normer, utfordringar og perspektiv, noko som gjer at det er lettare å snakke om sjølvoppleving og emosjonelle forhold med vener enn til dømes med foreldra. Emosjonell støtte er viktig for emosjonsreguleringa, og har innverknad på korleis ein meistrar ulike situasjonar og utfordringar (Tetzchner, 2012, s. 484).

## 3.2 Type 1 diabetes

Ved type 1 diabetes sluttar kroppen gradvis å produsere insulin. Det er ein autoimmun sjukdom, noko som inneber at kroppen går til angrep på seg sjølv. Immunforsvaret oppfattar dei insulinproduserande betacellene i pankreas som framandelement og øydelegg dei. Utan insulin kjem det ikkje glukose inn i cellene. Dette fører til at blodsukkeret blir høgt og at kroppen ikkje får energi (Mosand & Stubberud, 2011, s. 509).

### 3.2.1 Behandling

Det fins ingen kur mot type 1 diabetes, og medisinsk behandling er nødvendig for å overleve. Alle med sjukdommen treng tilførsel av insulin fleire gongar dagleg, gjennom mangeinjeksjonar eller frå ei insulinpumpe. Mangeinjeksjonar vil seie at pasienten set fleire insulindosar med sprøyte om dagen, ofte ein kombinasjon av hurtigverkande insulin før kvart måltid og ei dose med langtidsverkande insulin om kvelden. Ved bruk av insulinpumpe får ein tilført hurtigverkande insulin kontinuerleg gjennom heile dagen, samt at ein må tilføre ekstra insulin til måltid. Insulinbehovet er ulikt frå person til person, og endrar seg til dømes ved sjukdom, stress og fysisk utvikling. I tillegg må ein justere mengda insulin ut i frå matinntak og aktivitet. Hurtigvirkande insulin bør setjast før ein et for å unngå unødvendige svingingar i blodsukkret (Hanås, 2011). Målet med behandlinga er god blodsukkerkontroll, og det er vanleg at pasientane sjølv måler blodsukkeret sitt fleire gongar om

dagen. Fastande blodsukker bør vere 4 - 6 mmol/l og blodsukker to timar etter måltid bør ikkje overstige 10 mmol/l. Det er anbefalt å måle HbA1c kvar tredje måned. Denne blodprøva viser gjennomsnittsbloodsukker dei siste 6 - 8 vekene, og bør vere under 7 % (Helsedirektoratet, 2009).

Kva og kor mykje ein et påverkar blodsukkeret, og saman med fysisk aktivitet har det mykje å seie for korleis pasienten meistrar sjukdommen. Tidlegare var kostråda for diabetes svært strenge, og mat som inneheldt sukker skulle ikkje inngå i kosten (Hanås, 2011, s. 229). I dag skal personar med diabetes følgje dei generelle norske anbefalingane. Regelmessige og hyppige måltid er gunstig for god blodsukkerkontroll, og det er viktig å justere insulindosa etter mengde karbohydrat (Helsedirektoratet, 2009, s. 57). Pasienten må også ta omsyn til fysisk aktivitet ved tilførsel av insulin. Trening aukar glukoseopptaket i cellene, noko som fører til betra insulinsensitivitet og redusert insulinbehov (Helsedirektoratet, 2009, s. 53). Ein viktig del av behandlinga av type 1 diabetes er difor ha fokus på kost og aktivitet. Det er anbefalt at pasientane får kostrettleiing av ernæringsfysiolog, og at dei trenar regelmessig (Helsedirektoratet, 2009).

Å få type 1 diabetes kan vere ei stor belastning og kan gi ulike følelsmessige reaksjonar. Det er ein sjukdom ein må leve med tjuetimer i døgnet og som ein aldri kan ta fri frå. Blodsuktermåling og tilførsel av insulin blir ein stor del av kvardagen, og pasientane må sjølv ta behandlingmessige val fleire gongar om dagen. Dette stiller krav til praktiske ferdigheiter hos pasienten, og grundig kunnskap om sjukdommen er ein føresetnad for å oppnå gode behandlingresultat. Sidan eigeninnsats spelar ei stor rolle for god blodsukkerregulering, kan lite tilfredstillande behandling føre til skyldfølelse. Mange føler frustrasjon og sinne, og synest det er urettferdig at dei har fått sjukdommen. I periodar er det vanleg å bli lei alt den fører med seg, og det kan då opplevast vanskeleg å finne motivasjon til den daglege behandlinga. Nokre kan føle at sjukdommen styrer livet, og i eit forsøk på å leve normalt prøver dei å distansere seg frå problemet ved å vike unna ansvaret (Torgauten, 2011, s. 179). For å sikre best mogleg livskvalitet hos den einskilde, er det viktig at pasienten har dei ferdigheiter og kunnskapar som sjukdommen krev, samt motivasjon til å meistre sjukdomsrelaterte utfordringar i kvardagen (Karlsen, 2011, s. 216) Kontinuerleg opplæring, rettleiing og motivasjon står difor sentralt i behandlinga, og det er vanleg at pasientane blir følgt opp poliklinisk av eit tverrfagleg diabetesteam på sjukehuset kvar tredje måned. Konsultasjonane kan vere sjeldnare ved god regulering og oftare ved dårleg regulering (Helsedirektoratet, 2009, s. 20).

### 3.2.2 Komplikasjonar

Ein av komplikasjonane pasientane er mest redde for ved type 1 diabetes er hypoglykemi, som betyr lågt blodsukker (Mosand & Stubberud, 2011). Symptoma på dette kan variere, men det er vanlegvis ei ubehageleg oppleving som gir tap av kontroll over eigen kropp og åtferd (Hanås, 2011). Lågt blodsukker oppstår oftast på grunn av for mykje insulin i forhold til behovet, uvanleg eller auka fysisk aktivitet eller uregelmessige måltid og utilstrekkeleg karbohydratinntak (Helsedirektoratet, 2009). Ved hypoglykemi må pasienten få i seg karbohydrat, og reint druesukker gir raskast effekt (Hanås, 2011).

Hyperglykemi er når blodsukkeret er for høgt, og skyldast at kroppen ikkje får dekkja insulinbehovet. Symptoma ved hyperglykemi er ikkje så tydlege som ved hypoglykemi, og mange kan føle seg fine sjølv med eit blodsukker på 16 - 18 mmol/l. Nokon vil kanskje føle seg litt meir tørst og trøtt enn vanleg (Hanås, 2011). Dersom pasientar får plutseleg auka insulinbehov eller av forskjellige grunnar ikkje får tilførsel av insulin, er det fare for diabetisk ketoacidose. Årsaka til dette er at cellene begynner å forbrenne feitt i mangelen på glukose, og skil då ut ketona og ketonsyrer. Dette kan gi ei syreforgifting som kan vere livstruande, og utviklar seg vanlegvis over timar til dagar (Jenssen, 2011).

Pasientar med dårleg regulert diabetes over fleire år er utsatt for seinkomplikasjonar. Over tid kan høgt blodsukker føre til at cellene får problem med å levere oksygen ut i kroppen sitt vev, noko som på sikt kan gi sjukdom i auge, nyre og nervetrådar (Hanås, 2011, s. 293). Eit høgt blodsukkernivå, saman med høgt kolesterol og høgt blodtrykk, gir også auka risiko for hjarte- og karsjukdommar. God blodsukkerregulering kan førebygge dette (Hanås, 2011, s. 291).

### 3.3 Dorothea Orem sin eigenomsorgsteori

Dorothea Orem er kjend for sin eigenomsorgsteori og har med denne hatt stor innverknad på vår sjukepleietenking. Eigenomsorg blir definert som *”de handlinger som et menneske tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde liv, helse og velvære”* (Kristoffersen, 2011, s. 228). I sin teori beskriv Orem tre typar eigenomsorgsbehov knytt til dette; dei universelle, dei utviklingsrelaterte og dei helsesviktrelaterte. Vanlegvis har mennesket sjølv både ynskje og evne til å utføre handlingane desse behova krev, men av ulike årsaker kan det oppstå ubalanse mellom eigenomsorgskapasiteten og eigenomsorgskrava. Det oppstår då eit behov for sjukepleie (Kristoffersen, 2011, s. 235).

#### 3.3.1 Eigenomsorgsbehov ved helsesvikt

Hos personar som får type 1 diabetes oppstår det ei helsesvikt, og pasientane må sjølv overta styringa av kompliserte prosessar i kroppen. Dette fører til at pasientane får nye eigenomsorgsbehov som må ivaretakast for å førebygge ytterlegare svikt. Ved å setje i verk tiltak som kompensera for pasienten sin sviktande eigenomsorgskapasitet kan sjukepleiaren igjen skape balanse (Kristoffersen, 2011, s. 235).

#### 3.3.2 Sjukepleiaren sine hjelpemetodar

I følgje Orem kan sjukepleiaren bruke fem generelle hjelpemetodar for å styrke eigenomsorgskapasiteten til pasienten. Desse er å gjere noko eller handle for ein annan, å rettleie ein annan, å sørgje for fysisk og psykisk støtte, å sørgje for omgjevnadar som fremjar utvikling og å undervise. Det er pasienten sin eigenomsorgskapasitet, saman med bakgrunnen for den sviktande eigenomsorga, som avgjer kva hjelpemetodar som er mest hensiktsmessig å nytte (Kristoffersen, 2011, s. 236). Vidare avgjer omfanget av ressurssvikta kva sjukepleiesystem som er best eigna. Dersom pasienten si ressursvikt er total, er det behov for eit heilt kompensierende system. Eit delvis kompensierende system er aktuelt der pasienten sjølv kan delta i eigenomsorga. I tilfelle der pasienten har tilstrekkelege ressursar til å ivareta sine eigenomsorgsbehov, eller moglegheit til å utvikle nødvendige ressursar, bør ein velje eit støttande og undervisande system (Kristoffersen, 2011, s. 239). Ved type 1 diabetes må pasientane i stor grad stå for behandlinga sjølv, noko som krev motivasjon, kunnskap og praktiske ferdigheiter. Ved å velje eit støttande og undervisande system set sjukepleiaren pasienten i stand til å møte dei nye eigenomsorgsbehova som følgjer med sjukdommen. Dette kan gjerast gjennom rettleiing, fysisk og psykisk støtte, tilrettelegging av omgjevnadane og undervisning (Helsedirektoratet, 2009).

Rettleiing er ein eigna hjelpemetode i situasjonar der det er nødvendig at pasienten tar eigne val (Kristoffersen, 2011, s. 237). Føremålet med dette er å gjere den einskilde i stand til å finne ut av eit problem og oppdage måtar å løyse det på. Ved å knyte praktiske ferdigheiter og teoretisk kunnskap til kvardagen med type 1 diabetes, kan sjukepleiaren hjelpe pasienten til å meistre sjukdommen betre. Det er viktig at den som får rettleiing føler seg akseptert og forstått slik at vedkomande torer å prate om sine problem og utfordringar. Sjukepleiaren må lytte, samt la pasienten gjere greie for eigne mestringsstrategiar og støtte han i trua på eiga mestring (Karlsen, 2011, s. 225 - 227).

Fysisk og psykisk støtte er ein hjelpemetode som gjerne blir nytta kombinert med rettleiing. I tilfelle der pasienten står over nye og ukjente situasjonar, kan mangel på motivasjon og tru på eiga mestring vere eit problem. Ved at pasienten får støtte, oppmuntring og hjelp, minskar risikoen for at vedkomande skal feile og mislukkast. Fysisk og psykisk støtte kan setje personar med type 1 diabetes i stand til å kontrollere og gjennomføre bestemte handlingar eller til å ta bestemte val, samt gi nødvendig trygghet og motivasjon til å utføre eigenomsorg (Kristoffersen, 2011, s. 237).

Omgevningane rundt pasienten har stor innverknad på korleis vedkomande meistrar sin sjukdom. Det er difor viktig å leggje til rette for eit miljø som fremjar utvikling, deltaking og læring. Ved å stimulere både fysiske og psykososiale forhold kan pasienten få nye og endra haldningar, eit endra sjølvbilette og nye og betre ferdigheiter.

Undervisning må nyttast når pasienten treng å lære nye ferdigheiter og kunnskapar for å meistre eigenomsorga. Ein føresetnad for dette er at pasienten er mentalt førebudd på det som skal skje, samt at han forstår sitt behov for kunnskap og er interessert i å lære. Dersom pasienten ser nytten av kunnskapen vil han vere meir motivert for læring, og det er difor viktig at sjukepleiaren tar omsyn til den einskilde sine behov, tidlegare erfaringar, vaner og livsstil, ynskjer og eigenomsorgsbehov i undervisninga. Vidare må undervisninga, og eventuelt undervisningsmaterieill, tilpassast alder og utviklingstrinn. Ein kombinasjon av individuell og gruppebasert undervisning kan vere hensiktsmessig (Kristoffersen, 2011, s. 237).

## 4 Utelatne insulindosar hos ungdom som har type 1 diabetes

Forskning viser at utelatne insulindosar til måltid er vanleg blant ungdom som har type 1 diabetes, og at det er ein samanheng mellom dette og dårleg metabolsk kontroll (Olinder et. al., 2008). Det er også forska på konsekvensane av utelatne insulindosar til snacks, og resultatet var ein betydeleg høgare HbA1c (WanderWel et. al., 2010).

### 4.1 Kvifor er det eit problem?

Type 1 diabetes er ein sjukdom du må leve med tjuetimer i døgnet. Det er mykje som verkar inn på korleis blodsukkeret blir, og for å oppnå god kontroll treng ein kunnskap, ferdigheiter og motivasjon. Personar med diabetes må fleire gongar om dagen vurdere og ta val om behandling, måle blodsukker og setje insulin, og konsekvensane kan bli alvorlege dersom ein tar fri og ikkje føl opp sjukdommen (Hanås, 2011). Å ha diabetes fører difor med seg eit stort ansvar og krev stor merksemd.

#### 4.1.1 Manglande ansvarsklargjering

Olinder, Nyhlin og Smide (2010) ville gjennom si forskning få innsikt i kvifor ungdommar utelet å ta insulindosar, og kom fram til at manglande ansvarsklargjering er hovudgrunnen. Hos born er det i stor grad foreldra og andre vaksenpersonar som tar jobben sjukdommen fører med seg, men etter kvart som ein veks til og blir meir sjølvstendig er det naturleg at den unge sjølv tar over dette ansvaret. Ungdommar i denne fasen har ofte eit sterkt ynskje om å vere uavhengig, og har forventningar om å bestemme sjølv. Mi erfaring frå praksis er at mange ungdommar synest foreldra masar om sjukdommen. Konfliktane dette skapar kan gjere det vanskeleg for far og mor å involvere seg, noko som kan føre til at ungdommane får for mykje ansvar for tidleg. Å ha diabetes krev at ein er i stand til å planleggje, organisere og løyse problem, og sidan denne evna fortsatt er under utvikling gjennom ungdomstida er det ikkje sikkert den unge klarar å meistre sjukdommen åleine. Det er viktig at ungdommen får prøve og feile sjølv, men på same tid må foreldra passe på at sjukdommen blir følgt opp. God kommunikasjon og klare avtalar er difor ein føresetnad (Hanås, 2010).

#### 4.1.2 Manglande fokus

I 2011 såg Olinder, Nyhlin og Smide nærare på kvifor utelatne insulindosar er eit problem, og resultatet av forskinga er manglande fokus av ulike årsakar. I nokre tilfelle utset ungdommane å setje insulinet, for så å gløyme det. Andre gongar kunne dei gløyme det heilt vekk og ikkje tenke på det i



det heile tatt. Nokon av ungdommane brydde seg ikkje, og ignorerte at dei hadde diabetes (Olinder et. al., 2011).

Eit ynskje om å unngå føling er ei av årsakene til at ungdommane tenkte dei skulle ta insulinet seinare. I forskingsartikkelen viste dei til ei jente som sa at når ho var låg i blodsukker, utsette ho å ta insulindosa til etter ho hadde ete. Ofte blei dette gløymt fordi noko skjedde eller fordi ho begynte å tenke på noko anna (Olinder et. al., 2011). Gjennom praksis har eg møtt ungdommar som synest lågt blodsukker er heilt uproblematisk og ikkje ser grunn til å engste seg for det. Andre opplever det som svært belastande, og i nokre tilfelle kan det føre til angst. Desse pasientane har kanskje opplevd skremmande og ubehagelege følingar tidlegare, og er redde for at dette skal skje igjen. Frykta for å miste kontroll kan føre til at sjukdommen opplevast som upåliteleg. Å utsetje injeksjonen vil resultere i eit høgare og meir svingande blodsukker enn om ein set insulinet før måltidet. Dersom ein gløymer dosa heilt, kan blodsukkeret bli veldig høgt (Hanås, 2010). Sidan mange føler seg heilt fine med eit høgt blodsukker, kan det tenkjast at pasientar som fryktar føling vel å ligge høgt framfor risikoen for å få lågt blodsukker. Dette opplevast kanskje betre for pasienten der og då, men kan vere skadeleg på lang sikt. Ei slik vurdering samsvarar med Piaget sin utviklingsteori, og at ungdom i denne alderen ikkje fullt ut er i stand til å forstå samanheng og konsekvens av vala dei tar (Tetzchner, 2012).

Ein annan grunn til at ungdommane utset å ta insulinet, er fordi dei ikkje vil at andre skal vite om sjukdommen (Olinder et. al., 2011). I ungdomsåra spelar andre sine meiningar ei stor rolle, og ein ynskjer å vere lik venene sine (Tetzchner, 2012). Diabetes er på mange måtar ein usynleg sjukdom, og det er ofte først når ein ser nokon målar blodsukkeret eller tar insulin ein blir merksam på den. Fleire av ungdommane eg møtte i praksis sa at dei ofte fekk spørsmål knytt til diabetes når dei tok fram nødvendig utstyr, og synest at dette kunne vere ubehageleg. Mange hadde også opplevd å få spesialmat i bursdagar og liknande på grunn av missoppfatningar om at personar med diabetes ikkje kan ete sukker. Dei opplevde å vere til ekstra bry, og hadde eigentleg lyst å ete den same maten som dei andre. For å unngå situasjonar som dette har eg inntrykk av at mange vel å ikkje vere opne om sin diabetes. Å ikkje kunne ta insulin og måle blodsukker framfor andre gjer det meir utfordrande å leve med sjukdommen, og dersom ein utset og gløymer mange doser vil det føre til dårleg blodsukkerkontroll (Hanås, 2010).

Frå forskinga kom det også fram at ungdommar kunne gløyme insulindosa heilt vekk, utan å tenkje på den i det heile tatt. Dette hadde ofte samanheng med at det var mykje som skjedde på same tid (Olinder et. al., 2011). Som born er det vanleg å få hjelp av vaksne til å hugse på å måle blodsukker og å ta insulin dersom ein skulle gløyme det. Heime et ein stort sett saman med foreldra, og på skulen er

det vanleg å ha ein assistent som passar på. Etter kvart som ein blir eldre, endrar dette seg. Ungdommane et gjerne frukost etter foreldra er reist på jobb. Dei har kanskje sove litt for lenge og tar difor ei brødskeiv i handa på veg til skulen. På skulen er det ikkje lenger ein assistent tilgjengeleg, og det er ofte mykje som skjer og mykje å vere med på. Mange et gjerne noko lite medan dei ventar på middag og på kveldstid er dei ofte saman med vener. Då lagar dei seg kanskje noko godt eller reiser å et pizza i staden for det vanlege kveldsmåltidet. I overgangen frå at andre har ansvaret til at ein skal ta ansvaret sjølv, kan det i slike situasjonar vere lett å gløyme å ta insulin. Det er då viktig å prøve å komme fram til gode løysingar som kan minne ungdommen på dette, utan at det blir oppfatta som kontrollerande og masete.

Den siste grunnen til manglande fokus er at nokre ungdommar ikkje bryr seg, og ignorera at dei har diabetes (Olinder et. al., 2011). I praksis møtte eg ein gut som var slik. Han målte sjeldan blodsukkeret, hoppa over fleire insulindosar om dagen og hadde ein skyhøg HbA1c. På kontrollen sa han ikkje så mykje, utan om at han synest det å ha diabetes var for mykje styr og mas. Alt han ville var å vere som alle andre, og han synest det var urettferdig at han hadde diabetes. Eg opplevde at han ikkje hadde motivasjon for å lære seg å leve godt med sjukdommen, og at han distanserte seg frå situasjonen (Torgauten, 2011).

## 4.2 Kva er sjukepleiaren si rolle i møte med desse pasientane?

Sidan personar som har type 1 diabetes sjølv står for den daglege behandlinga, blir hovudoppgåva til sjukepleiaren å hjelpe pasientane til å meistre kvardagen med diabetes. Dette kan dei gjere ved å fremje eigenomsorg gjennom opplæring, rettleiing og motivasjon. På denne måten kan den einskilde sjølv hindre utvikling av seinkomplikasjonar og sikre best mogleg livskvalitet (Helsedirektoratet, 2009).

### 4.2.1 Opplæring

Lausrivinga og rolleendringa i ungdomstida fører til at ungdommar i større grad må ta dei behandlingssvala sjukdommen krev åleine. På same tid har dei ofte ein endra livsførsel, og i møte med nye situasjonar og utfordringar er det ikkje sikkert kunnskapane dei har med seg frå tidlegare strekk til. For at dei skal meistre å ta over eigen diabetes er det difor viktig at sjukepleiaren kartlegg kva pasientane kan og ikkje kan. I praksis opplevde eg at mange gav uttrykk for at dei ikkje hadde behov for opplæring til tross for ein høg HbA1c. Etter nærare spørsmål kunne det til dømes kome fram at ungdommane ikkje visste kor stor verknad utelatne insulindoser har på blodsukkerreguleringa. I tillegg var det fleire som ikkje kjende til behandlingssmåla og kva konsekvensar dårleg metabolsk

kontroll kan føre med seg. Dei hadde det fint slik dei hadde det, og såg derfor ikkje behovet for kunnskap og mangla interesse for å lære. Utan tilstrekkeleg kunnskap er det vanskeleg å ta gode val og å oppnå tilfredsstillande behandlingsresultat. For at pasientane skal få nødvendig opplæring, må sjukepleiaren sjå den einskilde pasienten og hans behov og leggje opp undervisninga ut i frå dette. Ved å få ungdommar til å sjå nytten av kunnskapen, kan ein få dei meir motivert for opplæring. Kunnskapen dei får ved opplæring kan igjen bidra til færre utelatne insulindoser (Kristoffersen, 2011).

#### 4.2.2 Rettleiing

Sjølv om ungdommen har nødvendige kunnskapar og ferdigheiter for å meistre sjukdommen, kan den umodne evna til å tenkje abstrakt føre til at den unge ikkje fullt ut forstår samanheng og konsekvens av vala han tar. Gjennom rettleiing kan sjukepleiaren hjelpe den einskilde til å sjå eit problem og oppdage måtar å løyse det på. Ut i frå erfaring frå praksis trur eg det er mange ungdommar som ikkje tenkjer over vala dei tar. Dei lev her og no, og er opptatt av at ting skal vere kjekt og kult. Eit døme på dette er ein gut som sa han tok insulin til alle måltid, men likevel hadde ein høg HbA1c. I samtale med han kom det fram at han og kompisane ofte åt litt snacks medan dei spelte data, og at insulindosa då ofte kunne bli gløymt. Då sjukepleiaren spurte pasienten korleis han kunne løyse dette problemet, fann han ut at han ville spørje kompisane om dei ville minne han på det. På neste kontroll viste det seg at dette hadde fungert godt. Denne situasjonen viser at det er viktig å reflektere over utfordringar saman med pasienten. Ein annan situasjon som kan vise dette, er jenta som valde å utsetje insulindosa for å unngå føling. Ved at sjukepleiaren opnar for samtale og refleksjon kan ein hjelpe ho til å finne andre måtar å unngå problemet på. På denne måten får den einskilde moglegheit til å kome fram til eigne mestringsstrategiar, samt støtte i trua på eiga mestring (Karlsen, 2011).

Vidare har forskning vist at det er viktig å snakke om ansvarsklargjering, og at diabetesteamet bør involvere seg i dette (Olinder, et. al., 2011). For å unngå at ungdommane får for mykje ansvar for tidleg kan sjukepleiaren snakke med pasienten og foreldra ilag, og saman kome fram til gode løysingar for å unngå konflikt og dårleg metabolsk kontroll. Det er viktig å støtte den unge sitt ynskje om å bli sjølvstendig og uavhengig, og på same tid vise forståing for at foreldra kan vere bekymra og oppleve det som vanskeleg (Tetzchner, 2012). Eg trur det kan vere lurt å la ungdommen sjølv reflektere over korleis han ynskjer å ha det. På denne måten får ein klarheit i kva ansvar han sjølv tar og kva han eventuelt treng hjelp til, samt korleis han kan få denne hjelpa. Ein slik måte å klargjere

ansvaret på samsvarar med at det er viktig for dei unge at deira ynskjer og meiningar blir sett og høyrte (Olinder et. al., 2010).

### 4.2.3 Motivasjon

Dorothea Orem legg i sin eigenomsorgsteori vekt på at fysisk og psykisk støtte, samt tilrettelagde omgjevnadar, spelar ei viktig rolle for korleis pasienten meistrar sin sjukdom. Støtte, oppmuntring og hjelp frå familie, vener og andre, vil minske risikoen for at ungdom som har type 1 diabetes skal mislukkast og feile. På same tid vil det gi nødvendig trygghet og motivasjon til å utføre handlingane sjukdommen krev (Kristoffersen, 2011). I ungdomstida er det viktig å få aksept for kven ein er, og det betyr mykje å vere lik andre (Tetzchner, 2012). Når frykta for skilje seg ut gjer at ungdommar vel å ikkje vere opne om sin diabetes, fører den også til at dei får dårlegare føresetnadar for god mestring. Sjukepleiaren må difor ha fokus på dette, og gjennom praksis har eg sett ulike måtar å motivere pasientane til å fortelje at dei har diabetes. Ved å leggje opp til at pasientane får møte andre jamaldringar i same situasjon, får dei møte nokon dei kan dele opplevingar og utfordringar med. Å ha nokon å identifisere seg med, kan gjer at det opplevast lettare for den unge å snakke om sjølvoppleving og emosjonelle forhold rundt sjukdommen. Dette vil spele ei positiv rolle for korleis vedkomande meistrar ulike situasjonar og utfordringar (Tetzchner, 2012). Ein annan måte å møte problemet på, er at sjukepleiaren til dømes snakkar med klassen til ungdommen om kva diabetes er og kva det inneber. På denne måten kan ein hindre unødvendige spørsmål og misoppfatningar, og det kan vere enklare for den einskilde å måle blodsukker og setje insulin framfor andre. Det vil også gjer at klassekameratane kan vere med å minne pasienten på å ta insulin, noko forskning har vist at ungdom med diabetes kan setje pris på (Olinder et. al., 2011).

Mi erfaring er at det er utfordrande å møte ungdommar som ikkje viser interesse for å følgje opp eigen sjukdom. I situasjonen med guten som mangla motivasjon, opplevde eg at det var vanskeleg å skape ein positiv relasjon. Han synest alt rundt sjukdommen var styr og mas, inkludert det å snakke med sjukepleiar. Pasienten meinte han hadde det fint slik han hadde det, og ønskte ingen hjelp til tross for informasjon om kva ein dårleg regulert diabetes kan føre til. Kva gjer ein i ein slik situasjon? Det finst ingen fasitsvar på dette, men det er viktig å hugse på at det kanskje er desse pasientane som treng mest hjelp. Gjennom å vise ei akseptrande, open og lyttande haldning, kan ein gje pasienten anledning til å fortelje om opplevingar og utfordringar kring eigen sjukdom. Vidare kan refleksjon og klargjerande spørsmål rundt dette hjelpe pasienten til å sjå egne moglegheiter, og bli i stand til å møte dei forventningar og krav som følgjer med det å leve med diabetes (Kristoffersen, 2011). Dette er ikkje ei enkel oppgåve, og for å klare å skape ein positiv relasjon tenkjer eg det er

viktig at pasienten får møte den same sjukepleiaren på kvar konsultasjon. Vidare kan det også vere lurt med hyppigare oppfølging for ein periode. Godt samarbeid med pasienten og dei som er rundt han i kvardagen er ein føresetnad, og kunnskap frå forskning og litteratur kan hjelpe sjukepleiaren til å få betre innsikt i pasienten sin situasjon og korleis han opplever den.

## 5 Konklusjon

Forsking viser at utelatne insulindosar er eit problem hos ungdommar som har type 1 diabetes, og at hovudårsakene til dette er manglande ansvarsklargjering og manglande fokus. Ein ser ofte problemet i samanheng med at dei unge skal ta over behandlinga av sjukdommen sin sjølv, og at dei får for mykje ansvar for tidleg. Å meistre sjukdommen inneber at ein har kunnskap, ferdigheiter og motivasjon til å ta gode behandlingmessige val fleire gongar om dagen. Ungdomstida og endringane den fører med seg gjer at dei unge møter nye situasjonar der kunnskapen dei har frå før kanskje ikkje strekk til. Vidare krev sjukdommen at ein kan planleggje, organisere og løyse problem. Denne evna er ofte umoden hos ungdommar, då den abstrakte tenkinga er under utvikling gjennom ungdomsåra. I tillegg er ein i denne perioden gjerne usikker på seg sjølv og opptatt av å ikkje skilje seg ut. Dette kan føre til at den unge vel å ikkje vere open om sin diabetes, noko som gjer det meir utfordrande å oppnå gode behandlingsresultat.

I møte med desse pasientane er det viktig at sjukepleiaren støttar den unge sitt ynskje om å bli meir sjølvstendig og uavhengig, samt å leggje vekt på at dette er noko som bør skje gradvis. Dette krev eit godt samarbeid mellom pasienten sjølv, foreldra og sjukepleiaren. På konsultasjonane bør ungdommen sjølv vere i førarsetet, og for å få innsikt i pasienten sine behov må ein leggje til rette for at den unge får snakke om eigne opplevingar og utfordringar kring sjukdomen. Sjukepleiaren treng gode kommunikasjonsferdigheiter, samt kunnskap om dei utfordringane denne pasientgruppa kan møte. Gjennom tilrettelagt opplæring, rettleiing og motivasjon kan ein fremje god eigenomsorg og mestring hos den einskilde.

Det kan vere utfordrande å møte ungdom som ikkje føl opp sjukdommen sin, og denne oppgåva kan vere med å gi sjukepleiarar og andre betre innsikt i kvifor det er slik og korleis ein kan møte desse pasientane. Type 1 diabetes og det den krev samsvarar ikkje alltid med den unge sine føresetnadar, og å meistre sjukdommen kan difor vere lettare sagt enn gjort.

## Kjeldeliste

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

Diabetesforbundet. (2015a). *Diabetes type 1*. Henta 8. mai 2015 frå  
<http://www.diabetes.no/Diabetes+type+1.9UFRnQ3O.ips>

Diabetesforbundet. (2015b). *Diabetes type 2*. Henta 15. mai 2015 frå  
<http://www.diabetes.no/Diabetes+type+2.9UFRnQ4P.ips>

Forsberg, C. & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier. Vurdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och Kultur.

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

Helsedirektoratet. (2009). *Nasjonale faglige retningslinjer. Diabetes. Forebygging, diagnostikk og behandling*. Oslo: Helsedirektoratet.

Jensen, T. (2011). Diabetes mellitus. I S. Ørn, J. Mjell, E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (s. 379 - 391). Oslo: Gyldendal Akademisk.

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

Kristoffersen, N. J. (2011). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. - A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Bind 1* (s. 207 - 280). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Mosand, R. D. & Stubberud, D. - G. (2011). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås, D. - G. Stubberud & R. Grønseth (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 507 - 536). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. (2014). *Sjekkliste for å vurdere kvalitativ forskning*. Henta 6. april frå <http://www.kunnskapssenteret.no/verktoy/sjekklister-for-vurdering-av-forskningsartikler>
- Norsk Sykepleierforbund. (2011). Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere. ICNs etiske regler. Oslo: Norsk Sykepleierforbund.
- Olinder, A. L., Kernell, A. & Smide, B. (2008). *Missed bolus doses: devastating for metabolic control in CSII-treated adolescents with type 1 diabetes*. *Pediatric Diabetes* 2009(10), 142 - 148. doi: 10.1111/j.1399-5448.2008.00462.x
- Olinder, A. L., Nyhlin, K. T. & Smide, B. (2010). *Reasons for missed meal-time insulin boluses from the perspective of adolescents using insulin pumps: 'lost focus'*. *Pediatric Diabetes* 2011(12), 402 - 409. doi: 10.1111/j.1399-5448.2010.00688.x
- Olinder, A. L., Nyhlin, K. T. & Smide, B. (2011). *Clarifying responsibility for self-management of diabetes in adolescents using insulin pumps – a qualitative study*. *Journal of Advanced Nursing* 67(7), 1547 - 1557. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05588.x
- Rajka, L. - G. K. (2011). Bare du ikke ligner læreren min! Tilrettelegging for læring hos ungdom som har kronisk sykdom. I A. Lerdal & M. S. Fagermoen (Red.), *Læring og mestring - et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 131 - 160). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Renolen, Å. (2008). *Forståelse av mennesker - innføring i psykologi for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rosenvinge, J. H. (2011). Ungdomspsykologi. I F. Svartdal (Red.), *Psykologi 2. I praksis* (s. 167 - 176). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Rosenvinge, J. H. & Kroger, J. (2011). Identitetsutvikling i ungdomstiden. I F. Svartdal (Red.), *Psykologi 2. I praksis* (s. 161 - 165). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. Henta 20. mai 2015 frå <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>



Stordalen, J. & Støren I. (2004). *Bare Skriv! Praktisk veiledning i oppgaveskriving*. Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.

Tetzchner, S. von. (2012). *Utviklingspsykologi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Torgauten, J. O. A. (2011). Følelsesmessige reaksjoner ved type 1 diabetes. I A. Skafjeld & M. Graue (Red.), *Diabetes. Forebygging, oppfølging, behandling* (s. 172 - 185). Oslo: Akribe.

VanderWel, B. W., Messer, L. H., Horton, L. A., McNair, B., Corby, E. C., McFann, K. K. & Chase, H. P. (2009). Missed Insulin Boluses for Snacks in Youth With Type 1 Diabetes. *Diabetes Care* 33(3), 507 - 508. doi: 10.2337/dc09-1840