



# Høgskulen på Vestlandet

## Bacheloroppgave

SYKB390-O-2023-VÅR-FLOWassign

### Predefinert informasjon

<b>Startdato:</b>	03-05-2023 12:00 CEST	<b>Termin:</b>	2023 VÅR
<b>Sluttdato:</b>	12-05-2023 14:00 CEST	<b>Vurderingsform:</b>	Norsk 6-trinns skala (A-F)
<b>Eksamensform:</b>	Bacheloroppgave		
<b>Flowkode:</b>	203 SYKB390 1 O 2023 VÅR		
<b>Intern sensor:</b>	(Anonymisert)		

### Deltaker

<b>Kandidatnr.:</b>	238
---------------------	-----

### Informasjon fra deltaker

<b>Antall ord *:</b>	7936
----------------------	------

**Egenerklæring \*:** Ja  
**Jeg bekrefter at jeg har Ja**  
**registrert**  
**oppgavetittelen på**  
**norsk og engelsk i**  
**StudentWeb og vet at**  
**denne vil stå på**  
**vitnemålet mitt \*:**

### Gruppe

<b>Gruppenavn:</b>	(Anonymisert)
<b>Gruppenummer:</b>	87
<b>Andre medlemmer i gruppen:</b>	Deltakeren har innlevert i en enkeltmannsgruppe

Jeg godkjenner avtalen om publisering av bacheloroppgaven min \*

Ja

Er bacheloroppgaven skrevet som del av et større forskningsprosjekt ved HVL? \*

Nei

Er bacheloroppgaven skrevet ved bedrift/virksomhet i næringsliv eller offentlig sektor? \*

Nei



Høgskulen  
på Vestlandet

# BACHELOROPPGAVE

Avansert hjemmesykehus: Barn som behandles  
for diabetes i hjemmet

Hospital at home: Children who are treated for  
diabetes at home

**Kandidatnummer: 238**

Bachelor i Sykepleie

Fakultet for helse og sosialvitenskap

Antall ord: 7936

Innleveringsdato: 11.05.23

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

## **Sammendrag**

**Bakgrunn:** Diabetes mellitus type 1 debuterer som oftest hos barn under 15 år. Avansert hjemmesykehus for barn er et relativt nytt behandlingstilbud i Norge der barn uavhengig av diagnose kan få behandling i eget hjem for å slippe lengre sykehusinnleggelse. En av de vanligste diagnosene i avansert hjemmesykehus er nyoppdaget diabetes. Hos yngre barn som får diabetes ligger store deler av behandlingsansvaret på foreldrene mens barnet enda er ungt.

**Hensikt:** Oppgavens hensikt er å undersøke hvordan sykepleier kan hjelpe foreldre til barn med nyoppdaget diabetes å mestre sin hverdag når de mottar avansert hjemmesykehus.

**Metode:** I oppgaven er det brukt litteraturstudie som metode. Det ble gjort strukturerte litteratursøk i databasene Cinahl, Pubmed og Medline (ovid). Det ble valgt ut fem forskningsartikler som ble sett på som relevant for problemstillingen. Artiklene ble kritisk vurdert ved hjelp av sjekklister fra helsebiblioteket. Videre er det i tillegg brukt lærebøker, lover, forskrifter og annen relevant litteratur for å diskutere oppgavens problemstilling.

**Resultat:** Ut i fra fem inkluderte artiklene ble det utarbeidet fire hovedtema: Trygghet og kvaliteten på behandlingen, mestring hos foreldre til barn med diabetes, sykepleierens rolle i diabetesbehandling i hjemmet og effekt av behandling i hjemmet.

**Oppsummering:** For at foreldrene til barn med nylig diagnostisert diabetes skal kunne føle mestring mens de mottar avansert hjemmesykehus må opplæringen og veiledningen være personsentrert og familieorientert. Sykepleier må gjennom kommunikasjon bygge gode relasjoner til både barnet og til foreldrene, og bruke denne relasjonen til å skape et trygt miljø i hjemmet. Sykepleier må være varm, tilgjengelig og faglig sterk. Viktigheten av god søvn og avbrekk hos foreldrene er viktig og sykepleier må kartlegge familiens behov og tilrettelegge behandlingen deretter.

**Nøkkelord:** Avansert hjemmesykehus, diabetes mellitus type 1, mestring, foreldre, barn, kommunikasjon, relasjon, veiledning

## **Abstract**

**Background:** Diabetes mellitus type 1 debuts most often in children under 15 years of age. Advanced hospital at home for children is a relatively new treatment offer in Norway where children, regardless of diagnosis, can receive treatment in their own home to avoid longer hospitalizations. One of the most common diagnoses in advanced hospital at home is newly diagnosed diabetes. In younger children who develop diabetes, a large part of the treatment responsibility lies with the parents while the child is still young.

**Aim:** The aim of this thesis is to investigate how nurses can help parents of children with newly diagnosed diabetes to cope with their everyday life when they receive hospital at home.

**Methods:** Literature study is used as the method of the thesis. Structured literature searches were carried out in the databases Cinahl, Pubmed and Medline (ovid). Five research articles were selected and were judged to be relevant to the topic. The articles were critically assessed using checklists from Helsebiblioteket. Furthermore, textbooks, laws, regulations and other relevant literature have also been used to discuss the theme of the thesis..

**Results:** Based on the five articles that were found to be relevant, four main themes were drawn up: Safety and the quality of the treatment, coping for parents of children with diabetes, the nurse's role in diabetes treatment at home and the effects of treatment at home.

**Conclusion:** In order for the parents of children with newly diagnosed diabetes to be able to cope while receiving hospital at home, the care and guidance must be person-centered and family oriented. Through communication, the nurse must build a good relationship with both the child and the parents, and use this relationship to create a safe environment in the home. Nurses must be warm, accessible and skilled. The importance of good sleep and breaks for parents is important, and nurses must examine the family's needs and arrange the treatment accordingly.

**Key words:** Advanced hospital at hospital, diabetes mellitus type 1, coping, parents, children, communication, relationship, guidance

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>6</b>
1.1 BEGRUNNELSE FOR VALG AV PROBLEMSTILLING .....	7
1.2 PROBLEMSTILLING .....	7
1.3 AVGRENSING AV OPPGAVEN .....	7
1.4 BEGREPSAVKLARING .....	7
<b>2.0 BAKGRUNN MED TEORETISK PERSPEKTIV</b> .....	<b>8</b>
2.1 DIABETES MELLITUS TYPE 1 HOS BARN.....	8
2.1.1 Hva er diabetes mellitus type 1 .....	8
2.1.2 Symptomer.....	8
2.1.3 Behandling .....	8
2.1.4 Opplæring i diabetesbehandling .....	9
2.2 AVANSERT HJEMMESYKEHUS FOR BARN.....	9
2.3 FAMILIESENTRERT OMSORG .....	10
2.4 SYKEPLEIERENS PEDAGOGISKE FUNKSJON.....	10
2.5 MESTRING OG EMPOWERMENT .....	11
2.8 JOYCE TRAVELBEE – SYKEPLEIETEORETISK PERSPEKTIV .....	12
<b>3.0 METODE</b> .....	<b>13</b>
3.1 LITTERATURSTUDIE SOM METODE .....	13
3.2 SØKEPROSESS .....	13
3.2.1 Søkestrategi.....	13
3.2.2 PICo .....	13
3.2.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier .....	14
3.3 LITTERATURSØK.....	14
3.3.1 Søkehistorikk .....	14
3.4 KRITISK VURDERING AV ARTIKLER.....	15
3.5 ANALYSE OG SYNTSE.....	15
3.6 ETISKE VURDERINGER .....	16
<b>4.0 RESULTATER</b> .....	<b>17</b>
4.1 TRYGGHET OG KVALITET PÅ BEHANDLINGEN .....	17
4.2 MESTRING HOS FORELDRE TIL BARN MED DIABETES.....	18
4.3 SYKEPLEIERENS ROLLE I DIABETESBEHANDLING I HJEMMET .....	18
4.4 EFFEKT AV BEHANDLING I HJEMMET .....	19
<b>5.0 DISKUSJON</b> .....	<b>20</b>
5.1 RESULTATDISKUSJON .....	20
5.2.1 Avansert hjemmesykehus og diabetes .....	20
5.2.2 Kommunikasjon som verktøy for trygghet og mestring.....	21
5.2.3 Mestring og empowerment hos foreldre til barn med diabetes.....	22
5.2.4 Sykepleierens funksjon ved diabetesbehandling i hjemmet.....	24
5.2 METODEDISKUSJON .....	25

<b>6.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>27</b>
<b>REFERANSELISTE</b> .....	<b>28</b>
<b>VEDLEGG I – PICO</b> .....	<b>1</b>
<b>VEDLEGG II – SØKEHISTORIKK</b> .....	<b>1</b>
<b>VEDLEGG III - LITTERATURMATRISE</b> .....	<b>1</b>

Oversikt over tabeller:

Tabell 1: Inklusjons- og eksklusjonskriterier.....	s. 14
--	-------

## 1.0 Innledning

Å oppleve at et barn blir akutt syk er en stor påkjenning for alle foreldre. Plutselig blir hverdagen snudd på hodet og dette fører ofte til redsel og usikkerhet for både barnet og foreldrene. I de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere står det skrevet at sykepleieren skal hjelpe til å fremme mestring, håp, samt veilede og informere pasienter og pårørende (Norsk sykepleieforbund, 2019). Dette er en sentral del av utdanningen da en ferdigutdannet sykepleier i følge rammeplanen for utdanningen skal ha evnen til å undervise, veilede og informere både pårørende og pasienten (Kunnskapsdepartementet, 2008). Videre i yrkeslivet vil disse egenskapene komme til nytte.

Kommunikasjon er en sentral del av sykepleiefaget. Travelbee (1999) beskrev viktigheten av kommunikasjon som hjelpemiddel for å etablere et menneske-til-menneske forhold. Denne relasjonen ville ifølge hennes teori kunne brukes av sykepleier for å best mulig ivareta pasientens behov, og dermed kunne fremme empowerment, helse og mestring hos pasient og pårørende.

Diabetes mellitus type 1 er en kronisk endokrin sykdom som krever livslang behandling. Kroppen slutter å produsere hormonet insulin som er essensiell for kroppens metabolisme. Når insulin ikke er tilstede i kroppen vil blodsukkeret (blodglukosen) stige. Blodsukkeret reguleres ved hjelp av subkutane injeksjoner av insulin flere ganger i døgnet. Både for høyt og for lavt blodsukker kan potensielt være livstruende. Sykdommen blir som oftest påvist for første gang når barnet er under 15 år (Grønseth & Markestad, 2022).

Rundt 400 barn blir diagnostisert med diabetes mellitus type 1 i Norge hvert år (Diabetesforbundet, u.å.). Det er i den første fasen viktig for barnet og foreldrene å få god opplæring og innsikt i sykdommen (Diabetesforbundet, 2021a). Ved de fleste sykehusene i Norge blir barn i dag innlagt direkte på sykehus ved øyeblikkelig hjelp i 7-14 dager, dette er uavhengig av allmenntilstanden til barnet. Innleggelsen er hovedsakelig for å stabilisere pasienten i tillegg til å gi familien og barnet opplæring om diabetes, insulin, blodsuktermåling og kosthold (Diabetesforbundet, 2022).



### **1.1 Begrunnelse for valg av problemstilling**

Jeg har valgt å fokusere på temaet avansert hjemmesykehus for barn med diabetes fordi jeg er interessert i å se hvordan en slik behandlingstilnærming kan gjennomføres og hvilke positive og negative sider det er med behandling i hjemmet. Jeg har hørt både gjennom media og gjennom studiet at barn har det best hjemme. I denne litteraturstudien er jeg interessert i å undersøke hvordan foreldrene til disse barna opplever det å ha sitt syke barn hjemme og hvordan de mestrer sin nye hverdag med diabetes i familien.

### **1.2 Problemstilling**

Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos foreldre til barn med nyoppdaget diabetes som mottar avansert hjemmesykehus?

### **1.3 Avgrensning av oppgaven**

I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på yngre barn med diabetes mellitus type 1. Dette er grunnet at de har mer behov for hjelp til pleie og behandling av foreldre enn ungdom gjør. Hos eldre barn og ungdom fokuseres det ofte på opplæring av pasienten og ikke så mye på foreldrene. Dette er grunnet at det er pasienten det meste av sykdomsbyrden faller på jo eldre de er. Siden jeg vil se på mestring hos foreldrene vil jeg fokusere på den tiden der de sitter med mye av ansvaret for behandlingen av barnet. Gjennom søkene er det derfor lagt inn en aldersbegrensning på 6-12 år.

### **1.4 Begrepsavklaring**

I denne oppgaven vil ordet «diabetes» gå mye igjen. Diabetes brukes som en samlebetegnelse for sykdommene diabetes mellitus type 1 og 2. Men når jeg bruker ordet «diabetes» i denne oppgaven sikter jeg kun til sykdommen diabetes mellitus type 1. Dette er gjort for enkelhets skyld.

## 2.0 Bakgrunn med teoretisk perspektiv

### 2.1 Diabetes mellitus type 1 hos barn

#### 2.1.1 Hva er diabetes mellitus type 1

Diabetes mellitus type 1 er en kronisk autoimmun endokrin sykdom som rammer pancreas (bukspyttkjertelen) (Jenssen, 2016, s. 388). I pancreas produseres hormonet insulin. Insulin har som funksjon å senke blodglukosen og virker som en nøkkel for at cellene skal kunne ta opp glukose fra blodet. Glukose er en essensiell del av celledriften (Jenssen, 2016, s. 388-389). Dersom insulinmengden i kroppen minker vil ikke cellene kunne ta imot glukose og blodglukose nivået vil stige. Ved diabetes mellitus type 1 er insulinproduksjonen helt borte. Diabetes type 1 er en livslang sykdom som kan bli livstruende, og debuterer som oftest hos barn og unge under 15 år (Jenssen, 2016, s. 388-389).

#### 2.1.2 Symptomer

De første symptomene ved diabetes er hyppig vannlating, tørste og vekttap. Dette kommer av at blodglukosen stiger (hyperglykemi) (Grønseth & Markestad, 2022, s. 340). I løpet av kort tid, dersom pasienten forblir ubehandlet vil pasienten utvikle symptomer forenelig med diabetisk ketoacidose. Ved diabetisk ketoacidose vil kroppen ha mangel på glukose og dermed energi i cellene. Kroppen begynner å forbrenne fettsyrer, dette frigjør ketonlegmer som forstyrrer kroppens syre-base balanse og pH-verdien i blodet. Dette kan være en livstruende tilstand som må behandles raskt (Grønseth & Markestad, 2022, s. 340). En annen komplikasjon som kan forekomme ved diabetes er hypoglykemi (lavt blodsukker). Hypoglykemi kalles ofte føling og kan for eksempel komme av at pasienten får for mye insulin i kroppen. Føling kan også være livstruende og kan påvirke bevisstheten til pasienten (Grønseth & Markestad, 2022, s. 340).

#### 2.1.3 Behandling

Dersom barnet blir innlagt grunnet diabetisk ketoacidose vil behandlingen startes ved å gi insulin til pasienten subkutant. Videre vil det gis insulin gjennom intravenøs infusjon. Det gis også intravenøs væske for å korrigere dehydrering (Grønseth & Markestad, 2022, s. 340). Når barnet er i en stabil metabolsk tilstand, eller hvis de blir lagt inn uten at det forekommer ketoacidose vil en begynne med subkutane injeksjoner med hurtigvirkende insulin. Disse dosene må tilpasses barnets blodsukkerverdier. Etterhvert kan man starte opp med en blanding av langtidsvirkende og hurtigvirkende insulin (Grønseth & Markestad, 2022, s. 340).

#### 2.1.4 Opplæring i diabetesbehandling

Opplæringen av barnet og foreldrene er en blanding av undervisning og veiledning. De må få undervisning om sykdommen, symptomer og tiltak ved hyper- og hypoglykemi. De trenger praktisk opplæring i å måle blodsukker og å sette insulin subkutant, eller ved bruk av insulinpumpe (Grønseth & Markestad, 2022, s. 340). Det er anbefalt at barn over 7 år tar del i opplæringen. Familien må vite hvordan de skal justere insulinmengder ved fysisk aktivitet, sykdom og matinntak. Helsepersonell må også informere om hvilke rettigheter de har i forhold til trygd, og om organisasjoner som kan støtte dem, for eksempel diabetesforbundet (Grønseth & Markestad, 2022, s. 340). De fleste foreldre kan for eksempel ha rett på pleiepenger, opplæringspenger, omsorgspenger og hjelpestønad fra NAV ifølge folketrygdloven (1997, §6-4, §6-5, §9-10 & §9-14). Hvor pleietrengende barnet er avgjør hvor mye økonomisk støtte foreldrene får. Etterhvert som barnet blir eldre og står for mer av pleien selv vil den økonomiske støtten til foreldrene avta (Diabetesforbundet, 2023).

## 2.2 Avansert hjemmesykehus for barn

Avansert hjemmesykehus (AHS) er et tilbud for barn og unge under 18 år som går ut på at barnet kan få pleie, behandling og oppfølging hjemme istedenfor å måtte legges inn på sykehus (Helsedirektoratet, 2021). Avansert hjemmesykehus er en del av spesialisthelsetjenesten og er tilknyttet barne- og ungdomsavdelingen på et sykehus. Hjemmesykehus er et tilbud som gis barn og unge som gjør at de kan bo hjemme og fortsatt motta medisinsk behandling, tilsyn og oppfølging. Barnet er innskrevet i hjemmesykehus, men AHS samarbeider tett med avdelinger på sykehuset. Dette betyr at barnet kan motta hjemmesykehus uavhengig av diagnose. Dersom et barn blir akutt syk vil barnet først bli innlagt på sykehus for å diagnostisere og avklare sykdomstilstanden. Etterhvert som pasientens tilstand blir stabil og behandlingen er startet kan pasienten overføres til AHS (Helsedirektoratet, 2021).

Noen av de vanligste problemstillingene AHS tar for seg er diabetes, kreft, og kroniske sykdommer (Boysen, 2021, s. 7). Behandlingen av diabetes i hjemmet består i hovedsak av det samme som den ville gjort på sykehuset. Veiledning og opplæring av både barnet og foreldrene er sentralt (Grønseth & Markestad, 2022, s. 340).

### **2.3 Familiesentrert omsorg**

«Familiesentrert omsorg er en arbeidsmetode som kan bidra til å gjøre foreldre/familien til reelle samarbeidspartnere i beslutninger om pleie og behandling, og i omsorgen for og oppfølgingen av barnet» (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88). Samarbeidet mellom helsepersonell og foreldre krever gjensidig respekt og tillitt. Det krever at en deler relevant informasjon med hverandre for å best mulig kunne samarbeide om pleien til barnet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88).

Når man skal utøve sykepleie til et barn er det viktig å ikke bare fokusere på pasienten, men også pasientens foreldre (Grønseth & Markestad, 2017). Foreldrene trenger også føle på trygghet. Når foreldrene er trygge vil dette ofte smitte over på barnet. Mange vil trenge å oppleve en viss kontroll over situasjonen for å føle seg trygg. De trenger støtte, god kommunikasjon og informasjon (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88). Sykepleier bør tilstrebe å la foreldrene delta i pleien og behandlingen av barnet. Dette kan føre til at de føler seg mer trygg. Foreldrene må også få hjelp til å ivareta sine egne behov i tillegg til behovene til familien som en helhet (Grønseth & Markestad, 2017, s. 88).

Det å ha et diabetessykt barn vil gjøre at hverdagen til tider kan bli mer utfordrende for foreldrene. De må ha kontroll på barnets blodsukker gjennom døgnet og passe på både medisiner og matinntak. Foreldre kan føle på en slags utenforskap i forhold til andre foreldre med friske barn. De kan oppleve stress og utbrenthet som følge av barnets sykdom. Sykepleierens rolle i slike situasjoner er å skape trygge rammer og å bistå foreldrene i å takle og mestre sin nye hverdag (Grønseth & Markestad, 2017, s. 184-185).

### **2.4 Sykepleierens pedagogiske funksjon**

Helsepedagogikk kan forstås som «alt som har med læring, utvikling, veiledning, undervisning og oppdragelse i en helsesammenheng å gjøre» (Tveiten et al., 2012, s. 158). En sentral del av sykepleie til mennesker med nylig diagnostisert diabetes er veiledning og undervisning (Oslo universitetssykehus, 2021). Det må legges til rette for at familien får den informasjonen de trenger, og at informasjonen tilpasses den enkelte. Informasjonen skal være personsentrert og brukermedvirkning skal være en sentral del av behandlingen. Familien må også få den nødvendige informasjonen og veiledningen som kreves for at de etter hvert skal kunne ta over behandlingen og føle at de mestrer sykdommen i hverdagen. Det er viktig at helsepersonell og familien jobber tett sammen og setter felles mål for behandlingen (Grønseth

& Markestad, 2017). Skal veiledningen ha effekt må det tas hensyn til faktorer som barnets alder, om barnet selv skal være ansvarlig for behandlingen eller om det er foreldrene som må ta praktisk ansvar i begynnelsen. Det er også viktig for sykepleier å sørge for at familien forstår viktigheten, bivirkninger og trolige resultat av behandlingen (Tveiten et al., 2012, s. 158-160)

## **2.5 Mestring og empowerment**

Mestringsbegrepet er mye brukt for å omtale hvordan et mennesket håndterer vanskelige situasjoner (Svartdal, 2018). Mestring er ingen enkel prosess og veien til å mestre utfordringer er sjeldent uten hindringer. Man kan i perioder føle man mestrer en livsendring godt, mens en i andre perioder kan mestring føles uoppnåelig. Sykdom og belastninger utløser ofte følelsesmessige reaksjoner (Eide & Eide, 2017, s. 48). Når et barn blir akutt og eller kronisk syk påvirker dette hele familieenheten, og ikke minst barnets foreldre. Foreldrene må på en og samme tid bearbeide sine egne reaksjoner samtidig som de må støtte og trygge det syke barnet. Holdninger, kunnskap og tilgang på nødvendige hjelpemidler er alle individuelle ressurser som kan bidra til mestring (Tveiten et al., 2012). De yrkesetiske retningslinjene sier at «sykepleieren understøtter håp, mestring og livsmot hos pasienten» (Norsk Sykepleieforbund, 2019). Det blir dermed helsepersonellet sin oppgave å trygge foreldrene og pasienten slik at de kan føle at de mestrer sin nye hverdag. En persons mestringsevne kan sees i deres kunnskap og i hvilke innsikt de har i sin situasjon. En kan se på mestringsevne som den makten et menneske har til å vise styrke i møte med motgang. Mestringsevne kan trekkes opp mot begrepet empowerment (Tveiten et al., 2012).

I følge verdens helseorganisasjon defineres empowerment som «en prosess der folk oppnår større kontroll over beslutninger og handlinger som berører helse.» (Tveiten et al., 2012, s. 48.). Når vi snakker om empowerment i forhold til små barn må man i mange tilfeller også inkludere foreldre/familien. Videre vil jeg i hovedsak fokusere på empowerment hos foreldrene til syke barn. Tre sentrale begreper innenfor empowerment-tenkning er brukermedvirkning, maktbegrepet og det å være ekspert på seg selv. Brukermedvirkning er sentralt for empowerment fordi det innebærer at barnet og foreldrene aktivt får delta i pleien. Brukermedvirkning kan føre til økt følelse av kontroll over situasjonen. Når et barn blir akutt syk vil mange foreldre føle på at de mister kontroll over situasjonen, noe som vil motvirke deres evne til å mestre situasjonen på best mulig måte. Maktbegrepet kan brukes som noe positivt eller negativt. All kunnskap og vilje foreldrene sitter inne med kan gi dem makt over

situasjonen, noe som kan gi følelser av kontroll og mestring (Tveiten et al., 2012, s. 48). Sykepleieren innehar også makt over situasjonen i forhold til den kunnskapen de sitter på. I tillegg har sykepleiere en beslutningsmyndighet som kan brukes til å utøve makt over familien. Det er viktig at sykepleieren er klar over den makten de sitter med og kun bruker den for barnets beste. Foreldrene til et barn kan bli sett på som eksperter på barnet. Dette må tas i betraktning når helsehjelp utøves (Tveiten et al., 2012, s. 48).

## **2.8 Joyce Travelbee – sykepleieteoretisk perspektiv**

Travelbee definerer sykepleie som «en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene» (Travelbee, 1999, s. 29).

Travelbee beskriver det som sykepleierens rolle å se den syke som et menneske, og ikke bare som en pasient. Sykepleieren skal samhandle med pasienten og bidra til at pasienten ikke mister håp og klarer å akseptere sin situasjon og sårbarhet (Kristoffersen, 2021, s. 232).

Travelbee understreker også viktigheten av at pårørende til pasienten også får sine sykepleiebehov dekket (Travelbee, 1999, s. 178). En sentral del av Travelbees definisjon av et menneske-til-menneske forhold er at sykepleier må se pasienten som mer enn en pasient, en må se hele mennesket (Travelbee, 1999).

Kommunikasjon er en av hjelpemidlene Travelbee beskriver sykepleier kan bruke for å bygge et menneske-til-menneske forhold med pasient og pårørende. Sykepleieren må kunne bruke kommunikasjon som et verktøy for å bli kjent med deres behov og bruke informasjonen til å utøve tilpasset, individuell og god sykepleie (Travelbee, 1999, s. 135). Det er viktig å tenke over både ordene man bruker og uttrykket som ligger bak ordene. Man må møte pasienten der de befinner seg og huske på at barn har ulike utviklingsfaser (Travelbee, 1999).

Når man som sykepleier skal møte pasienten i deres eget hjem må en også tenke over hvordan en kommuniserer og oppfører seg. For mange oppleves miljøet i hjemmet som trygt og kjent. Når en skal gi helsehjelp i hjemmet til en pasient må man huske på at man er besøkende, og at det er pasienten og pårørende som styrer hva som foregår i deres eget hjem. Sykepleier må vise respekt og forståelse ovenfor familien, og god kommunikasjon er dermed en grunnstein i samarbeidet når syke får behandling hjemme (Birkeland & Flovik, 2018, s. 50).

## 3.0 Metode

### 3.1 Litteraturstudie som metode

Litteraturstudie er en litterær oppgave der en bruker eksisterende fagkunnskap og henter ut data derfra. En bruker teori og forskning for å svare på et valgt tema (Dalland, 2020, s. 199). I min litteraturstudie har jeg samlet inn litteratur og gjennomgått denne på en kritisk måte. Jeg bruker litteraturstudie som metode fordi jeg på denne måten kan systematisere informasjon på en oversiktlig måte som gir leseren god og oppdatert informasjon om mitt valgte tema. I denne litteraturstudien bruker jeg primært kvalitativ forskning. Dette er fordi problemstillingen hovedsakelig spør etter opplevelser og oppfatninger. Dalland (2020, s. 54) skriver at «kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle». Kvalitativ metode blir ofte gjennomført gjennom intervju og går ofte i dybden på et tema (Dalland, 2020, s. 54).

### 3.2 Søkeprosess

#### 3.2.1 Søkestrategi

Artiklene som brukes i denne litteraturgjennomgangen er funnet gjennom strukturerte søk i databasene Medline (ovid), Cinahl og Pubmed. Disse databasene er brukt for å finne engelskspråklig litteratur med sykepleiefaglig relevans som kan brukes for å diskutere og besvare problemstillingen i min oppgave.

#### 3.2.2 PICo

PICo er et nyttig verktøy for å formulere presise spørsmål før et litteratursøk (Helsebiblioteket, 2021). Jeg har valgt å bruke PICo i for å få en bedre oversikt over hva det er jeg skal søke etter, og for å kategorisere og dele opp spørsmålet mitt for å gjøre det enklere å søke i databasene. Jeg har oversatt de norske ordene i skjemaet til engelsk ved hjelp av MeSh-termer (Medical Subject headings). Jeg bruker også PICo med liten «o» grunnet at jeg primært har gjort søk etter kvalitativ forskning (Vedlegg I).

### 3.2.3 Inklusjons og eksklusjonskriterier

Tabell 1: Inklusjon- og eksklusjonskriterier

Inklusjonskriterier	Eksklusjonskriterier
Barn og foreldres oppfattelse og opplevelser med AHS.	Pasienter > 18 år
Aldersavgrensning på barn 6-12 år	Artikler som er over 10 år gamle
Fagfellevurderte artikler	
Engelske eller skandinaviske artikler	
IMRaD-struktur på valgte artikler	

## 3.3 Litteratursøk

### 3.3.1 Søkehistorikk

Jeg brukte først MeSh-termer for å oversette begrepene i PICO-skjemaet mitt til engelsk. Dette ble gjort for å få så presise resultat som mulig under søket. Søkeordene som ble brukt: «Parent\*», «Child\*», «Diabetes mellitus type 1», «Diabetes type 1», «Hospital at home» og «Hospital-based home care». Det ble forsøkt å bruke ordet «cope/coping» i søkeprosessen grunnet at dette er et ord som brukes i problemstillingen, men det viste seg at inkluderingen av dette søkeordet ga lite relevante resultater. Ordet ble dermed ikke brukt i søkeprosessen, men det ble byttet ut med ord som kan ha en sammenheng med mestring som: «Safety», «Well-being», «Expectation\*» og «Perception\*». Søkeordene ble kombinert med de boolske operatorene «AND» og «OR» i søkene i de ulike databasene. Det ble brukt flere ulike kombinasjoner av søkeordene i hver database for å komme fram til de mest relevante søkene (Vedlegg II). I tillegg har jeg brukt trunkering «\*» for å få fram flere varianter av ordet jeg søker på. For å få mest mulig oppdatert forskning på temaet ble det lagt til en begrensning på at artiklene ikke kunne være mer enn 10 år gamle ved søketidspunktet. På de søkemotorene som tillatte det ble det også lagt inn en aldersbestemmelse på barna som var 6-12 år. I tillegg ble det lagt inn at artiklene må være på engelsk eller på et skandinavisk språk.

Jeg hadde noen søk der jeg valgte å ikke bruke søkeordene «Diabetes mellitus type 1» og «Diabetes type 1» fordi jeg også ville se om jeg kunne finne noe relevant forskning om hjemmesykehus generelt og hvordan foreldre har opplevd hjemmesykehus uavhengig av diagnose. Dette ble gjort fordi mange av treffene når diabetes ble brukt som søkeord var ulike oppdateringer fra samme studie. Ved å gjøre søk uten diabetes som hovedfokus fant jeg tre



artikler som allikevel underbygger og delvis svarer på min problemstilling. Til sammen i de fem søkene jeg gjennomførte fikk jeg 154 resultater. Jeg ekskluderte noen artikler basert på inklusjons og eksklusjonskriteriene jeg på forhånd hadde satt. Videre leste jeg abstraktet og så på strukturen til de ulike resultatene. Etter dette leste jeg fullteksten og vurderte de resterende kildene og satt da igjen med fem artikler som var relevante for min problemstilling.

### **3.4 Kritisk vurdering av artikler**

I denne litteraturstudien er det i hovedsak tilstrebet å bruke primærkilder. Artikkelen jeg har valgt og inkludert i denne oppgaven har alle en tydelig IMRaD struktur. Alle artiklene er også publisert i fagfelle-vurderte tidsskrifter. Jeg brukte Oria for å søke opp og dobbelkontrollere at alle kildene er fagfelle-vurdert.

Når jeg gikk gjennom artiklene har jeg tenkt på om kilden er relevant for problemstillingen. Ingen av kildene svarer nødvendigvis direkte på problemstillingen, men jeg har dømt dem til å være relevant grunnet at jeg mener de fem artiklene tilsammen dekker problemstillingen tilstrekkelig nok til å diskutere.

Jeg har brukt sjekklister fra helsebiblioteket for å kvalitetssikre artiklene. Jeg valgte ut sjekklister basert på de ulike studienes design. Sjekklister stiller bant annet spørsmål rundt studiets valg av metode, hva hensikten med studien var, etiske overveielser, analyse, presist framlegg av resultater og nytthet for praksis (Helsebiblioteket, 2016) .

Når jeg leste gjennom artiklene vurderte jeg fortløpende hvordan jeg opplevde artikkelens pålitelighet. Altså hvor mye jeg følte jeg kunne stole på resultatene jeg ble presentert. Artiklene har inkludert etiske overveielser og flere påpeker mulige feilkilder i artikkelen, det vil si at forfatterne selv har sett kritisk til eget arbeid. Dette gjør at jeg som leser føler kildene er med pålitelig. Dette er også beskrevet som positive faktorer for pålitelighet i Dalland (2020, s.58)

### **3.5 Analyse og syntese**

Etter at jeg hadde funnet de artiklene jeg ville bruke og bedømt dem til å være til å stole på satt jeg først resultatene fra artiklene inn i en litteraturmatrise (Vedlegg III). I litteraturmatrisen presenteres hensikt, metode, utvalg og resultat presist og kortfattet, i tillegg

til eventuelle kommentarer til studiene. Videre har jeg brukt tematisk analyse for å få oversikt over og analysere innholdet i studiene (Thidemann, 2019, s. 92). Jeg så først på hvilke tema som gikk igjen i de ulike artiklene, og lagde ut i fra dette fire hovedtemaer. Videre gikk jeg gjennom hver av artiklene og markerte deler av teksten inn i de fire hovedtemaene. Jeg hadde hele tiden problemstillingen foran meg for å forsikre meg om at resultatene jeg valgte ut svarte tilstrekkelig på problemstillingen. Den tematiske framstillingen av resultatene fra artiklene ligger i oppgavens resultatdel.

### **3.6 Etiske vurderinger**

Når forskning utføres skal det gjøres etiske refleksjoner rundt eget arbeid (Grønseth & Jerpseth, 2019). Det er viktig at det kommer fram i studien at det er gjort etiske overveielser. Alle artiklene inkludert i denne litteraturstudien nevner noe om etiske overveielser. Enkelte av artiklene har et eget avsnitt dedikert til de etiske overveielserne, mens resten nevner forskningsetikk i metoddelen. Når jeg har valgt artikler har jeg lagt vekt på om jeg synes forskningen er gjort på en etisk måte. Jeg fokuserte hovedsakelig på tre ting når jeg selv overveide om jeg mente forskningen var etisk forsvarlig. Disse kategoriene var: frivillighet, informert samtykke og anonymitet. Jeg brukte i tillegg sjekklister fra helsebiblioteket (2016) som hjelpemiddel for å kritisk vurdere artiklene jeg hadde funnet som beskrevet over. I sjekklisterne jeg brukte var det egne kriterier for etikk som jeg dermed gikk gjennom. I artiklene jeg har inkludert forskes det hovedsakelig på barn og deres nærmeste pårørende. Barn regnes ifølge Helsinkideklarasjonen som en sårbar gruppe og en må dermed ta spesielle hensyn i forhold til etikk. Forskingen på sårbare individer skal være nødvendig og komme den sårbare gruppen til gode. Helsinkideklarasjonen er utformet av Verdens legeförening og er etiske retningslinjer som brukes i mange land (Den nasjonale forskningsetiske komiteen, 2014).

## 4.0 Resultater

Ut fra litteratursøket fikk jeg tilsammen 154 resultater (Vedlegg II). Det ble deretter valgt ut fem artikler som etter gjennomgang av overskrifter, abstrakt og fulltekst ble bedømt til å være av relevans for oppgavens problemstilling. De fem artiklene innfridde inklusjonskriteriene.

Jeg har inkludert fire kvalitative studier (Aasen et al., 2019; Angelhoff et al., 2015; Howe et al., 2012; Sparud-Lundin & Hallström, 2016) og et randomisert kontrollert studie (Clapin et al., 2016). Studiene er gjennomført i Australia (Clapin et al., 2016), Sverige (Angelhoff et al., 2015; Sparud-Lundin & Hallström, 2016), USA (Howe et al., 2012) og Norge (Aasen et al., 2019). Studiene er fremstilt i en litteraturmatrise (Vedlegg III), for å gi en oversikt over de viktigste momentene i artiklene.

### 4.1 Trygghet og kvalitet på behandlingen

Flere av foreldrene intervjuet i de inkluderte studiene beskrev at dersom de fikk valgt mellom behandling på sykehus og behandling i hjemmet (hjemmesykehus) hadde de valgt hjemmesykehuset. Et av hovedfunnene i Aasen et al. (2019) var at foreldre heller ville deres syke barn skulle bli behandlet i hjemmesykehus enn på sykehus. Sparud-Lundin & Hallström (2016) beskrev i sin studie at foreldrene i kontrollgruppen som ble behandlet på sykehus beskrev behandlingen som mindre familieorientert. Følelsen av trygghet ved utskrivelse fra sykehus til hjemmesykehus var et sentralt tema i flere av studiene. Noen foreldre følte på usikkerhet ved utskrivelse til hjemmesykehus (Sparud-Lundin & Hallström, 2016), mens andre følte at den gode informasjonen og støtten de fikk før utskrivelse til hjemmesykehuset gjorde at de følte seg trygg nok til å dra hjem (Aasen et al., 2019). Clapin et al. (2016) fant at det ikke var signifikant forskjell mellom pasientene behandlet i hjemmesykehus og sykehus ett år etter diagnose når det kom til HbA1c og antall hypoglykemiske hendelser. De fant også at den kliniske statusen til barnet støttet oppunder at hjemmebehandling kan være et tilsvarende trygt alternativ dersom familien skulle ønske det. Foreldrene hadde i følge Aasen et al. (2019) et behov for å føle på normalitet i hverdagen til tross for barnets sykdom. Dette opplevde de at de fikk gjennom avansert hjemmesykehus og de beskrev dette som en stor del av hvorfor de foretrakk hjemmesykehus.

## **4.2 Mestring hos foreldre til barn med diabetes**

I studiene kom det fram noen kriterier som måtte ligge til grunn for at foreldrene til syke barn skulle føle på mestring gjennom sykdomsforløpet med diabetes. Både Clapin et al. (2016) og Sparud-Lundin & Hallström (2016) skriver at overgangen fra sykehuset til hjemmet kunne for noen oppleves som skremmende. Flere av foreldrene følte ambivalens rundt det å dra hjem så kort tid etter diagnosen. Etterhvert som de hadde vært hjemme en stund kom det fram at de fleste følte seg trygg og selvsikker på egne ferdigheter (Clapin et al., 2016). Flere av studiene viste at den økende selvsikkerheten i egne ferdigheter blant foreldrene var grunnet god oppfølging fra hjemmesykehuset i form av hjemmebesøk og muligheten for å ringe etter råd og assistanse store deler av døgnet (Aasen et al., 2019; Clapin et al., 2016). Det at foreldrene aktivt fikk delta i pleien til barnet og at de følte seg hørt gjorde at de følte seg mer klar for utskrivelse til hjemmesykehus (Aasen et al., 2019). Foreldrene beskrev at det var enklere å mestre livet med hjemmesykehus enn det var å være på sykehuset. De opplevde det som mindre stressende og krevende (Aasen et al., 2019). God informasjon fra helsepersonell før utskrivelse økete selvtillit og minsket stressorer som førte til mer empowerment hos familien (Aasen et al., 2019). Når foreldrene følte de ble sett på som partnere i behandlingen økte dette følelsen av eierskap over situasjonen (Sparud-Lundin & Hallström, 2016). I begynnelsen ville de fleste foreldrene ha tett kontakt med helsepersonell for å føle seg mer sikker, men etterhvert som de lært mer og tilegnet seg flere ferdigheter ble de mer og mer selvstendig (Howe et al., 2012). Angelhoff et al. (2015) beskrev hvordan dårlig søvn kan virke inn på foreldrenes evne til å bidra i barnets behandling. Det ble beskrevet at dårlig søvn ofte kommer av angst og uro, og at mangel på søvn fører til at foreldrene føler de mestrer hverdagen med et sykt barn dårligere.

## **4.3 Sykepleierens rolle i diabetesbehandling i hjemmet**

Sykepleierens rolle i hjemmebehandling av diabetes er mer informativ og veiledende. Foreldrene intervjuet av Aasen et al. (2019) sa at sykepleierens kompetanse og evne til å kommunisere både med barnet og foreldrene er en sentral del av å bygge gode bærende relasjoner. Gode kommunikasjonsferdigheter ble beskrevet som en viktig kvalitet hos helsepersonell som skal utøve sykepleie i hjemmesykehus (Aasen et al., 2019). Både Howe et al. (2012) og Aasen et al. (2019) la fram at helsepersonell må skape en direkte relasjon til barnet og ikke bare fokusere på foreldrene. Begge studiene la vekt på viktigheten av å skape en terapeutisk relasjon med familien og viktigheten av å tilrettelegge pleien til hver enkelt familie. Sykepleieren må ta seg tid til å bygge opp tillitt og lære seg å kjenne hver enkelt

familie og hvilke særegne utfordringer og behov hver familie har (Howe et al., 2012). I studien til Sparud-Lundin & Hallström (2016) kom det fram at mangel på tillitt mellom familien og sykepleieren er en barriere for læring og vil dermed sette en demper på foreldrenes følelse av mestring. Angelhoff et al. (2015) beskrev at sykepleieren i hjemmesykehus også burde fokusere på foreldrenes behov, og at det burde tas med i behandlingsplanen. Egentid og fysisk aktivitet ble sett på som viktige behov hos foreldrene (Angelhoff et al., 2015).

#### **4.4 Effekt av behandling i hjemmet**

Aasen et al. (2019) understrekte viktigheten av normalitet i hverdagen for familien selv gjennom sykdom. En av foreldrene i denne studien beskrev at de hadde en helt annen følelse av trygghet i hjemmet enn på sykehuset. Skolehverdagen til barnet var også et bekymringsmoment hos foreldre på sykehus. Noen foreldre uttrykte redsel rundt hvordan lengre perioder med fravær fra skolen ville påvirke barnets forhold til venner. Det ble beskrevet som en fordel å bli behandlet i hjemmesykehus når det kom til sosialiseringen av barnet og følelsen av normalitet for resten av familien. Dette var også beskrevet som en viktig grunn for at foreldre valgte hjemmesykehus (Aasen et al., 2019). I Sparud-Lundin & Hallström (2016) sin studie var miljøet i den hjemmebaserte sykehusbehandlingen beskrevet som et mer avslappet læringsmiljø som er mer familiesentrert. Angelhoff et al. (2015) kom fram til at foreldre likte at de kunne styre og bestemme over egen hverdag mer når de hadde hjemmesykehus. Dette var noe de ikke følte de fikk gjøre på sykehuset hvor protokoller og regler kunne styre deler av dagen. Hjemmebaserte tjenester ble beskrevet som et mer familieorientert og fleksibelt miljø (Sparud-Lundin & Hallström, 2016).

## 5.0 Diskusjon

### 5.1 Resultatdiskusjon

#### 5.2.1 Avansert hjemmesykehus og diabetes

Avansert hjemmesykehus er en relativt ny behandlingsmodell i Norge. I forskriften om barns opphold i helseinstitusjon §2 (2001), står det at barn kun skal legges inn på sykehus når «det er medisinsk nødvendig eller når det av andre grunner vil være best for barnet». Dette er grunnet påkjenningen et sykehusopphold påfører barnet og familien. Det kommer fram i forskningen til Clapin et al. (2016) og Aasen et al. (2019) at de fleste foreldrene hadde valgt hjemmesykehus ovenfor innleggelse på sykehus. Det at barna får behandling hjemme ble beskrevet av Clapin et al. (2016) som en mer praktisk løsning som hadde mindre påvirkning på det daglige livet til barnet og foreldrene. Det ble i samme artikkel også påpekt viktigheten av familiens sosiale liv og at behandling i hjemmet kunne redusere oppfatningen av diabetes som en «sykdom» noe som kunne føre til en tidligere følelse av normalitet og mestring.

Hjemmesykehus blir beskrevet som mer familiesentrert enn vanlig sykehus. Dette oppleves som en faktor som fremmer læring og selvstendighet (Sparud-Lundin & Hallström, 2016). Det kommer i tillegg fram i Sparud-Lundin og Hallström (2016) at hjemmesykehus gir en økt følelse av normalitet som bidrar til økt mestring gjennom opprettholdelse av familiens sosiale liv. Hjemmet er for mange en trygghet og vi ser for eksempel at mange syke gamle mennesker ønsker ofte bo hjemme så lenge som mulig. Man er sjef i sitt eget hjem, der har man selv kontroll og det er et sted og lande etter en lang dag (Birkeland & Flovik, 2018). Dette er en stor del av grunnen til at mennesker velger å bli behandlet hjemme selv når de er syke. Det gir en følelse av trygghet og ro en aldri vil kunne oppnå på et sykehus (Aasen et al., 2019; Sparud-Lundin & Hallström, 2016). Når et barn er innlagt på sykehus for diabetesbehandling får de mye informasjon på en gang og liggetiden er ofte kort, 7-14 dager (Diabetesforbundet, 2022).

Diabetes type 1 er en kronisk livslang sykdom. Diagnosen vil i mange tilfeller snu opp ned på hverdagen til familien. Diabetes oppdages ofte akutt og det vil være en skremmende situasjon både for barnet og for foreldrene (Grønseth & Markestad, 2017). Når diagnosen foreligger og barnet har blitt metabolsk stabil ligger det en relativt lang prosess med undervisning, veiledning og observering foran familien. Flere av foreldrene som ble intervjuet av Sparud-Lundin & Hallström (2016) følte seg ikke klar for å overflyttes til hjemmesykehus, de følte på usikkerhet og bekymret seg for å forlate sykehuset. Sykepleierens tilgjengelighet via telefon

og besøk ble beskrevet som en positiv faktor som skapte et trygt miljø for familien hjemme (Sparud-Lundin & Hallström, 2016). Flere foreldre følte også at hjemmesykehus er mer diabetesvennlig i form av at man ikke må forholde seg til fastsatte måltid som en ikke har tilberedt selv. Hjemme kan familien selv tilberede maten og vite nøyaktig hva som er i den (Sparud-Lundin & Hallström, 2016). Som nevnt over viser forskning at de fleste foreldre hadde valgt avansert hjemmesykehus foran vanlig sykehus, og det finnes mange positive sider ved behandling i hjemmet. Men det er viktig å påpeke at avansert hjemmesykehus legger mer ansvar over på foreldrene. På sykehuset vil de alltid ha helsepersonell rundt seg som til en hver tid kan veilede dem, mens de i hjemmet til tider vil stå mer alene. Det blir da sykepleierens jobb å veilede slik at foreldrene føler seg trygge nok til at de kan mestre å ha store deler av behandlingsansvaret på seg.

Selv om forskningen tyder på at de fleste foreldre hadde valgt å hjemmesykehus for sine barn er det også viktig som sykepleier å se at ikke alle familier er like (Aasen et al., 2019). Familiesentrert omsorg skal stå sentralt og det tilsier da at foreldrene skal være reelle samarbeidspartnere (Grønseth & Markestad, 2017). Det er dermed viktig for sykepleier å kommunisere sterke og svake sider ved hjemmesykehus, men samtidig informere om at et slik tilbud ikke nødvendigvis er rett for alle familier. Noen kan synes det er ubehagelig å tenke på at hjemme deres nærmest skal bli omgjort til en sykehusavdeling. Som nevnt tidligere i diskusjonen er hjemmet en trygghet for mange og det at helsepersonell kommer inn i hjemmet til familien kan oppleves som skremmende og stressende (Birkeland & Flovik, 2018). Det er derfor viktig at sykepleier også fremmer sterke og svake sider ved et vanlig sykehusopphold, slik at familien selv skal få velge det alternativet som passer best for dem.

### *5.2.2 Kommunikasjon som verktøy for trygghet og mestring*

Kommunikasjon er grunnsteinen i all relasjonsbygging. Travelbee (1999) beskriver at den profesjonelle kommunikasjonen bør være begrunnet i fag og den skal være personorientert. Sykepleiere kommuniserer med pasienter hver dag. Det er i disse møtene man lærer pasienten å kjenne og kommunikasjon, både verbal og non-verbal, er essensiell når en skal skape gode bærende relasjoner med pasient og pårørende. Travelbee (1999) beskrev viktigheten av at sykepleier opparbeider et menneske-til-menneske forhold til pasienten. Hennes teori gikk ut på at en måtte se hele mennesket bak pasientfasaden for å kunne bygge bærende relasjoner. Disse relasjonene kunne videre brukes til å skape tillitt og dermed åpne for at sykepleien bedre kunne hjelpe sine pasienter nå deres mål. Det å skape gode bærende relasjoner er

grunnsteinen i mye av sykepleierarbeidet (Travelbee, 1999). Når en familie mottar hjemmesykehus er det som oftest fremmede som kommer inn i deres hjem. Det er dermed viktig å være bevisst at en som sykepleier er besøkende i hjemmet og at behandlingen i store deler må foregå på familiens premisser (Birkeland & Flovik, 2018). I Howe et al. (2012) beskrev en rekke foreldre til diabetessyke barn at de ønsket helsepersonell som var varm og rolig i interaksjonene. De verdsatte også at helsepersonellet hadde et direkte forhold til barnet og at de hadde som mål å fremme foreldrenes kompetanse, noe som også ble nevnt i forskningen til Aasen et al. (2019). Både teori og forskning viser til at førsteinntrykk har mye og si for utviklingen av relasjonen. Tonen ved det første møtet setter også tonen for den videre relasjonen, og det er derfor viktig for sykepleier å tenke over hvordan de kommuniserer med familien i det første møtet (Howe et al., 2012; Travelbee, 1999).

Sparud-Lundin & Hallström (2016) beskrev også viktigheten av at sykepleierne også kommuniserte godt med hverandre. Det ble påpekt viktigheten av at alle sykepleierne var på samme nivå og var innforstått med situasjonen. Det gjorde det lettere for foreldrene å fokusere på barnet da de slapp å gjenta samme informasjonen om og om igjen til de ulike sykepleierne. God dokumentasjon av observasjoner og detaljerte behandlingsplaner vil derfor være en sentral del av sykepleien til pasientgruppen. Sykepleier må også være bevisst på egne holdninger i møtet med familien. Dømmende og avvisende holdninger ble sett på som hemmende for empowermentprosessen (Howe et al., 2012).

### *5.2.3 Mestring og empowerment hos foreldre til barn med diabetes*

Mestring er et begrep som ofte brukes om hvor godt en menneske klarer å håndtere utfordringer de møter i livet (Svartdal, 2018). De fleste vil regne det som en utfordring å ha et barn med nyopplaget diabetes. Sykdom hos et barn vil være en påkjenning for hele familieenheten, og foreldrene skal samtidig som de bearbeider sine reksjoner støtte det syke barnet. Når foreldrene har tatt valget å få oppfølging i avansert hjemmesykehus trenger de fortsatt oppfølging og hjelp til å mestre den nye hverdagen. De yrkesetiske retningslinjene sier i punkt 2.2 at en sykepleier skal understøtte håp og mestring (Norsk sykepleieforbund, 2019). Det blir dermed sykepleierne i hjemmesykehuset sitt ansvar å støtte foreldrene etter beste evne slik at de selv føler de kan mestre hverdagen med sykt barn. Hjemmesykehus gjør at foreldrene lærer det de trenger i det miljøet de senere vil utøve prosedyrene selv. De blir nødt til å handle når reelle situasjoner oppstår. Denne type læring fører til økt selvsikkerhet



(Sparud-Lundin & Hallström, 2016), noe som igjen vil føre til økt mestring. Foreldrene er de som kjenner barnet best og ofte vil bare det å bemyndige og trygge foreldrene være nok til at de føler de mestrer barnets sykdom (Howe et al., 2012). Sykepleier må også huske at en viktig del av empowerments begrepet er at foreldrene er eksperter på sitt eget barn (Tveiten et al., 2012). Brukermedvirkning er viktig ved all pasientkontakt og er også en sentral del av empowermentprosessen (Tveiten et al., 2012). Brukermedvirkning er også en sentral del familiesentrert omsorg. Ofte er det nok at foreldrene føler at de er inkludert og likestilte med helsepersonellet i behandlingen for at de skal kunne utvikle sine ferdigheter og selvsikkerhet nok til å overta hele den daglige omsorgen for barnet (Howe et al., 2012). Sykepleieren vil gjennom tiltak som relasjonsbygging og trygging være med på å øke foreldrenes følelse av empowerment. Empowerment går ut på å oppnå mer kontroll over helserelaterte handlinger og beslutninger (Tveiten et al., 2012). Det at foreldrene kan kontakte sykepleierne gjennom telefon og det at de har åpen retur til sykehuset dersom en situasjon skulle oppstå kan være nok til at foreldrene føler seg trygg hjemme (Aasen et al., 2019; Sparud-Lundin & Hallström, 2016). Sykepleieren må dermed informere foreldrene godt om dette ved første møte.

Forskningen viser til at avansert hjemmesykehus er et godt miljø for foreldrene å oppleve empowerment og mestring ved at de innehar så mye ansvar grunnet at de er så mye alene og de blir nesten tvunget til å lære seg å håndtere barnets diabetes (Sparud-Lundin & Hallström, 2016). Likevel er det viktig å undersøke de negative sidene ved avansert hjemmesykehus og hva sykepleier kan gjøre for at foreldre bedre kan mestre disse utfordringene. Angelhoff et al. (2015) studerte søvnen til foreldre i hjemmesykehus. Foreldre vil ofte sette barnets velvære foran seg selv. Dette kan føre til stress og dårlig søvn. Dårlig søvn hos foreldrene vil minke kvaliteten på barnets behandling. Det vil for sykepleier dermed være viktig å ikke bare tenke på barnets behov, men også se familien som en helhet (Angelhoff et al., 2015). Travelbee sin sykepleieteori understrekte også viktigheten av at pårørendes behov på ivaretas, på lik linje med pasientens (Travelbee, 1999). Foreldrene har også behov som en sykepleier må hjelpe å ivareta. Det er viktig at sykepleieren understreker til foreldrene at de også må finne tid til og ivareta seg selv for å kunne ta best mulig vare på barnet. Det vil være helsefremmende for foreldrene å kunne ta pauser innimellom for å lade batteriene. Alenetid, fysisk aktivitet og avslapping blir i forskningen beskrevet som viktig når en har et sykt barn (Angelhoff et al., 2015). Det er derimot ikke alltid like lett å få til alenetid i en hektisk hverdag. Hadde barnet vært på sykehuset kunne foreldrene gjerne dratt til hjemmet for å få alenetid og et pust i bakken. Når man har hjemmesykehus vil dette midlertidig ikke være en mulighet ettersom det

syke barnet er hjemme og det er der behandlingen foregår. Det vil derfor være viktig for en sykepleier å kartlegge hjemmesituasjonen til familien. Kanskje har de et stort nettverk av venner og familie som er interessert i å hjelpe. Da kan det være greit for sykepleier å også lære menneskene rundt opp i diabetesbehandling slik at foreldrene innimellom kan få avlastning av for eksempel besteforeldre, onkler/tanter eller nære venner. Det er også sånn at ikke alle har store nettverk rundt seg. Da kan det være mulighet for å knytte familien opp mot ulike organisasjoner. Diabetesforbundet har blant annet en ordning for avlastningstiltak og en støttekontaktordning som kan søkes om dersom det vurderes å være behov for det (Diabetesforbundet, 2021b).

#### *5.2.4 Sykepleierens funksjon ved diabetesbehandling i hjemmet*

En sykepleier har mange funksjoner. Når det kommer til diabetesbehandling er hovedfunksjonen til sykepleieren å lære bort og undervise pasient og pårørende (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleierens pedagogiske evne er viktig for hvordan foreldrene til barn med diabetes mestrer sin nye hverdag med sykdommen. Barna skal også inkluderes i opplæringen, så sykepleieren må kunne bruke sine ferdigheter for å skape gode relasjoner både med barnet og foreldrene (Grønseth & Markestad, 2017). Sykepleieren må ha evnen til å tilrettelegge informasjonen og veiledningen de gir til hver enkelt familie, og veiledningen som gis til barnet skal være tilrettelagt deres nivå. Sykepleieren må hele tiden vurdere foreldrene og barnets evne til å motta og huske den informasjonen de mottar. Foreldrene må stole på at sykepleieren gir dem den riktige informasjonen og at de får riktig opplæring, dette krever tillitt som kan bygges opp gjennom gode bærende terapeutiske relasjoner (Eide & Eide, 2017). Flere foreldre beskriver at tillitt til sykepleieren er en sentral del av forholdet (Aasen et al., 2019). Informasjonen fra sykepleieren burde være konsistent, strukturert og klar. Etterhvert som familien blir mer selvstendig vil det være viktig for sykepleier å være oppmuntrende ovenfor familien over at de tar de rette avgjørelsene og dermed trygge dem og bidra til økt selvtillit og selvfølelse (Howe et al., 2012).

Den praktiske veiledningen må også tilpasses den enkelte familien. Sykepleieren må gjøre egne faglig begrunnede avgjørelser over hvor ofte familien trenger oppfølging og tilsyn. Det kan være lurt å la både barnet og familien delta i prosedyren om blodsuktermåling og insulinsetting så fort som mulig slik at de «får det i fingrene». Dette ble beskrevet i Sparud-Lundin & Hallström (2016) som en positiv opplevelse av veiledning. Sykepleier må ha som mål å øke foreldrenes kompetanse til den grad at de selvstendig kan ivareta barnets behov

(Howe et al., 2012). Det er essensielt at sykepleien bygget en relasjon og kjenner hele familien så godt at de vet hvilke utfordringer de har i hverdagen. Familiesituasjonen bør kartlegges og undersøkes av sykepleier før en personlig behandlingsplan utarbeides i nært samarbeid med familien. En slik behandlingsplan burde ha som mål at familien kan bevare følelsen av normalitet i hverdagen (Howe et al. 2012). Sykepleier kan for eksempel komme å undervise på skolen til barnet slik at foreldre kan være trygg på å send barna tilbake på skolen og dermed opprettholde følelsen av normalitet (Howe et al., 2012; Aasen et al., 2012). Kontinuitet i pleien ble også beskrevet av Howe et al. (2012) som en faktor som fremmet empowerment. Det blir dermed viktig for sykepleier å tilrettelegge for at en mindre gruppe sykepleiere deltar i barnets pleie slik at en kan bygge gode relasjoner til de få og at de sykepleierne da er godt kjent med familiens situasjon.

## **5.2 Metodediskusjon**

Det ble valgt ut fem artikler i denne litteraturstudien. Problemstillingen fokuserer på menneskelige egenskaper og opplevelser, og det var derfor ønskelig med artikler av kvalitativt forskningsdesign. Det ble gjort litteratursøk i tre forskjellige databaser av sykepleiefaglig relevans.

Oppgaven har inklusjon- og eksklusjonskriterier. Disse er tatt i bruk for å avgrense og spesifisere oppgaven og blir sett på som en styrke ved oppgaven. Gjennom søkeprosessen er det tatt i bruk hjelpemidler som trunkering og boolske-operatører for å gjøre søkene lettere å gjennomføre.

Ordet mestring eller «cope/coping» ble ikke brukt i søket grunnet at det ikke ga relevante resultater. Jeg valgte heller å søke på en del andre ord som kan forbindes med mestring. Trygghet ble brukt fordi det har en tett sammenheng med mestring i den forstand at det er lettere å føle man mestrer en situasjon dersom man føler seg trygg (Grønseth & Markestad, 2017, s. 87). Jeg brukte også ordene oppfatning og forventning for å forsøke å finne forskning som gir innblikk i hvilke følelser foreldre til syke barn sitter med og hva sykepleier da eventuelt kan gjøre for å hjelpe den til å føle på trygghet, empowerment og mestring. Jeg fikk ved hjelp av disse søkeordene fem artikler som jeg mener gir et adekvat svar på problemstillingen til tross for at selve ordet mestring ikke var med i søkeprosessen.

Oppgavens spesifikke problemstilling er ikke forsket så mye på. I denne litteraturstudien er det dermed brukt flere artikler som bare dekker deler av problemstillingen. Men når alle artiklene er tatt i betraktning og satt opp mot hverandre mener jeg at forskningen dekker de ulike aspektene av problemstillingen på en god måte. Det kan likevel ses på som en svakhet ved oppgaven at ingen av artiklene alene kan bevare problemstillingen. En av artiklene inkludert i oppgaven er fra 2012. Et av oppgavens eksklusjonskriterier er artikler som er over 10 år gamle. Funnet av denne artikkelen ble i midlertidig gjort mot slutten av 2022 og var dermed innenfor kriteriene på det tidspunktet den ble funnet. Grunnet relevansen for oppgaven ble den dermed inkludert.

En annen svakhet ved oppgaven kan være at kun én av studiene er utført i Norge. De andre studiene er utført i Sverige, USA og Australia. Organiseringen av både diabetesbehandlingen og hjemmesykehus behandlingen varierer fra land til land og dette kan ha påvirket resultatene i studiene. Jeg vurderer allikevel de som relevant for min problemstilling både grunnet mangel på norsk forskning og fordi det i flere tilfeller er store likheter. Jeg er i tillegg interessert i hvilke tiltak sykepleier kan sette i gang for å fremme mestring hos foreldre og kunnskap fra andre land kan være med på å bedre behandlingsmåten her i Norge

## 6.0 Konklusjon

Å være foreldre til et barn med nyoppdaget diabetes kan være en skummel opplevelse. Hverdagen blir snudd opp ned og en må plutselig lære seg mye ny informasjon på kort tid. Avansert hjemmesykehus for barn er et relativt nytt tilbud i Norge, men forskning viser at mange foreldre hadde valgt et lignende behandlingsalternativ. Ved behandling i hjemmesykehus står familien mer alene enn de hadde gjort på sykehus. Dermed er det viktig med god opplæring og veiledning slik at de skal føle de mestrer sin nye hverdag på best mulig måte. Relasjonsbygging og kommunikasjon er sentralt for å kunne trygge familien i en slik vanskelig situasjon. Travelbee beskrev oppbyggingen av et menneske-til-menneske forhold som en grunnstein i behandlingen. Sykepleier må lære familien å kjenne og samtidig kartlegge deres livssituasjon. En må som sykepleier være en aktiv lytter og hele tiden vise tilstedeværelse og varme når en er hos familien. Det er viktig at sykepleier skaper en relasjon ikke bare med foreldrene, men også med barnet, og at barnet aktivt får delta i egen behandling, og at denne deltakelsen er basert på barnets utviklingsnivå. Sykepleier kan gjennom god faglig kunnskap og evne til relasjonsbygging og trygging bidra til å styrke foreldrenes følelse av empowerment og mestring.

## Referanseliste

- Aasen, L., Ponton, I. G. & Johannessen, A.-K. M. (2019). Being in control and striving for normalisation: A Norwegian pilot study on parents' perception of hospital-at-home. *Skandinavian Journal of Caring Sciences*, 33(1), 102–110. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/scs.12606>
- Angelhoff, C., Edéll-Gustafsson, U. & Mörelius, E. (2015). Sleep of parents living with a child receiving hospital-based home care: a phenomenographical study. *Nursing Research*, 64(5), 372 – 380. DOI: [10.1097/NNR.000000000000108](https://doi.org/10.1097/NNR.000000000000108)
- Birkeland, A. & Flovik, A. M. (2018). *Sykepleie i hjemmet*. (3. utg.). Cappelen Damm akademisk.
- Boysen, E. S. (2021). *Digital oppfølging av barn i hjemmesykehus: Erfaringer med utvikling og bruk av Digital Hjemmeoppfølging ved Avansert Hjemmesykehus for barn – Ahus*. (Prosjektrapport, 2021:00897). Sintef. <https://sintef.brage.unit.no/sintef-xmlui/handle/11250/2780422>
- Clapin, H., Hop, L., Ritchie, E., Jayabalan, R., Evans, M., Browne-Cooper, K., Peter, S., Vine, J., Jones, T. W. & Davis, E. A. (2016). Home-based vs inpatient education for children newly diagnosed with type 1 diabetes, *Pediatric Diabetes*, 18(7), 579– 587. <https://doi-org.galanga.hvl.no/10.1111/pedi.12466>
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal.
- Den nasjonale forskningsetiske komiteen. (2014, 10. oktober). *Helsinkideklarasjonen*. Forskningsetikk. <https://www.forskningsetikk.no/ressurser/fbib/lover-retningslinjer/helsinkideklarasjonen/>
- Diabetesforbundet. (2021a, 11. mars). *Har barnet ditt nettopp fått diagnosen?* Diabetes. <https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/barn-med-diabetes/har-barnet-ditt-nettopp-fatt-diagnosen/#section1>

- Diabetesforbundet. (2021b, 02. juni). *Rettigheter for barn med diabetes*. Diabetes. <https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/barn-med-diabetes/rettigheter-for-barn/>
- Diabetesforbundet. (2022, 12. januar). *Hva skjer når du får diagnosen diabetes type 1*. Diabetes. <https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/behandling/nar-du-far-diagnosen/#section2>
- Diabetesforbundet. (2023, 8. mars).  *Rett til økonomisk støtte*. Diabetes. <https://www.diabetes.no/felles/rettigheter/rett-til-okonomisk-stotte/#section3>
- Diabetesforbundet. (u.å.). *Barn med diabetes*. Diabetes. <https://www.diabetes.no/diabetes-type-1/barn-med-diabetes/>
- Eide, H. & Eide, T. (2017). *Kommunikasjon i relasjoner: personorientering, samhandling, etikk*. (3. utg.). Gyldendal akademisk.
- Folketrygdloven. (1997). *Lov om folketrygd* (LOV-1997-02-28-19). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19?q=folketrygdloven>
- Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon. (2001). *Forskrift om barns opphold i helseinstitusjon* (FOR-2021-09-20-2838). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2000-12-01-1217>
- Grønseth, R. & Jerpseth, H. (2019). *Bacheloroppgaven i sykepleie: Praktiske råd i skriveprosessen*. Fagbokforlaget.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2017). *Pediatri og pediatrisk sykepleie*. (4. utg.). Fagbokforlaget.
- Grønseth, R., & Markestad, T. (2022). *Pediatri og pediatrisk sykepleie*. (5. utg.). Fagbokforlaget.

Helsebiblioteket. (2021, 30. september). *Kunnskapsbasert praksis: 2.1 PICO*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#2sporsmalsformulering-21-pico>

Helsebiblioteket. (2016, 03. juni). *4.1 Sjekklist*.

<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no/4.kritisk-vurdering/4.1-sjekklist>

Helsedirektoratet. (2021, 24. juni). *Evaluering og vurdering av avansert hjemmesykehus for barn*. <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/evaluering-og-vurdering-av-avansert-hjemmesykehus-for-barn>

Howe, C. J., Ayala, J., Dumser, S., Buzby, M., & Murphy, K. (2012). Parental Expectations in the Care of Their Children and Adolescents With Diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, 27(2), 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2010.10.006>

Jenssen, T. (2016). Diabetes mellitus. I S. Ørn & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (2. utg., s. 388-389). Gyldendal.

Kristoffersen, N. J. (2021). Sykepleiefagets teoretiske utvikling – en historisk reise. I E-A. Skaug, S. A. Steindal & G. H. Grimsbø (Red.), *Grunnleggende sykepleie: Fag og profesjon*. (s. 226-287). Gyldendal.

Kunnskapsdepartementet (2008). *Rammeplan for sykepleieutdanning*. Regjeringen.

[https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan\\_sykepleierutdanning\\_08.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kd/vedlegg/uh/rammeplaner/helse/rammeplan_sykepleierutdanning_08.pdf)

Norsk sykepleieforbund. (2019). *Yrkesetiske retningslinjer*. NSF. <https://www.nsf.no/etikk-0/yrkesetiske-retningslinjer>

Oslo Universitetssykehus. (2021, 25. oktober). *Diabetes hos barn*. <https://oslo-universitetssykehus.no/behandlinger/diabetes-hos-barn>

Sparud-Lundin, C. & Hallström, I. (2016). Parents' Experiences of Two Different Approaches



to Diabetes Care in Children Newly Diagnosed With Type I Diabetes. *Qualitative Health Research*, 26(10), 1331–1340. <https://doi.org/10.1177/1049732315575317>

Svartdal, F. (2018, 29. august). Mestring. I *Store Norske Leksikon*. <https://snl.no/mestring>

Thidemann, I.-J. (2019). *Bacheloroppgaven for sykepleiestudenter: den lille motivasjonsboken i akademisk oppgaveskriving* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelige forhold i sykepleie*. Gyldendal akademisk.

Tveiten, S., Wennick, A. & Steen, H. F. (2012). *Sykepleie til barn: Familiesentrert sykepleie*. Gyldendal akademisk.

## Vedlegg I – PICo

<b>Problemstilling:</b>			
Hvordan kan sykepleier fremme mestring hos foreldre til barn med nyopplaget diabetes som mottar avansert hjemmesykehus?			
	<b>P</b> <b>Populasjon/ Problem</b>	<b>I</b> <b>Intervensjon / Tiltak Eksposisjon, Interesse</b>	<b>Co</b> <b>Kontekst</b>
<b>Norske begrep</b>	Foreldre Barn Diabetes mellitus type 1 Diabetes type 1	Trygghet Oppfatning* Forventning*	Avansert hjemmesykehus (AHS)
<b>MeSH</b>	Parent* Child* Diabetes mellitus type 1 Diabetes type 1	Safety* Well-being Perception* Expectation*	Hospital at home (HAH) Hospital based home care (HBHC)

## Vedlegg II – Søkehistorikk

### Pubmed

Dato for søk	Database/Søkemotor	Funn	Søkeord/MeSH-termer	Antall treff
25.12.22	Pubmed	Being in control and striving for normalisation: A Norwegian pilot study on parents' perceptions of hospital-at-home	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hospital-based home care</li> <li>2. Hospital-at-home</li> <li>3. 1 OR 2</li> <li>4. Parent*</li> <li>5. Child*</li> <li>6. 4 OR 5</li> <li>7. Expectation*</li> <li>8. Perception*</li> <li>9. 7 OR 8</li> <li>10. 3 AND 6 AND 9</li> </ol> <p>Avgrenset tidsrom 10 år Child: 6-12 years Språk: Engelsk</p>	72
26.12.22	PubMed	Parental Expectations in the Care of Their Children and Adolescents With Diabetes	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Child*</li> <li>2. Parent*</li> <li>3. 1 OR 2</li> <li>4. Diabetes mellitus type 1</li> <li>5. Diabetes type 1</li> <li>6. 4 OR 5</li> <li>7. Expectation*</li> <li>8. 3 AND 6 AND 7</li> </ol> <p>Avgrensing tidsrom 10 år Child: 6-12 years</p>	41

			Språk: Engelsk	
21.01.2023	Pubmed	<p>Home-based vs inpatient education for children newly diagnosed with type 1 diabetes</p> <hr/> <p>Parents' Experiences of Two Different Approaches to Diabetes Care in Children Newly Diagnosed With Type 1 Diabetes.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Child*</li> <li>2. Parent*</li> <li>3. 1 OR 2</li> <li>4. Diabetes mellitus type 1</li> <li>5. Diabetes type 1</li> <li>6. 4 OR 5</li> <li>7. Hospital-at-home</li> <li>8. Hospital-based home care</li> <li>9. 7 OR 8</li> <li>10. 3 AND 6 AND 9</li> </ol> <p>Avgrenset tidsrom 10 år Child: 6-12 years Språk: Engelsk</p>	21

### Cinahl

Dato for søk	Database/Søkemotor	Funn	Søkeord/MeSH-termer	Antall treff
01.12.22	Cinahl	Parents' Experiences of Two Different Approaches to Diabetes Care in Children Newly Diagnosed With Type 1 Diabetes.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. "Child*"</li> <li>2. "Parent*"</li> <li>3. 2 AND 3</li> <li>4. "Hospital at home"</li> <li>5. "Hospital-based home care"</li> <li>6. 3 OR 4</li> <li>7. Diabetes mellitus type 1</li> <li>8. Diabetes type 1</li> </ol>	11

			<p>9. 6 OR 7</p> <p>10. 3 AND 6 AND 9</p> <p>Avgrenser tidsrom fra 2012-2022</p>	
--	--	--	--	--

**Medline (ovid)**

Dato for søk	Database/Søkemotor	Funn	Søkeord/MeSH-termer	Antall treff
01.02.23	Medline (ovid)	Sleep of Parents Living With a Child Receiving Hospital-Based Home Care	<p>1. "Hospital at home"</p> <p>2. "Hospital based home care"</p> <p>3. 1 OR 2</p> <p>4. Parent*</p> <p>5. Child*</p> <p>6. 3 AND 4</p> <p>7. Safety</p> <p>8. Well-being</p> <p>9. 5 OR 6</p> <p>10. 3 AND 6 AND 9</p> <p>Avgrenset tidsrom fra 2013-2023</p>	9

### Vedlegg III - Litteratormatrise

Tittel & forfatter (år)	Hensikt	Metode	Utvalg	Resultat	Kommentar
<p><b>Sparud-Lundin &amp; Hallström, 2015.</b></p> <p><b>Parents' Experiences of Two Different Approaches to Diabetes Care in Children Newly Diagnosed With Type 1 Diabetes.</b></p>	<p>Hensikten med artikkelen var å se på foreldrenes erfaringer med to ulike behandlingstilnæringer når deres barn nylig var diagnostisert med Diabetes. Artikkelen sammenligner foreldres erfaringer med behandling på sykehus og behandling i hjemmesykehus.</p>	<p>Studie fra Sverige. Kvalitativ intervju med foreldre som deltok i en tidligere randomisert kontrollert studie.</p>	<p>36 foreldre til 23 barn. 21 mødre og 15 fedre ble intervjuet. 17 foreldre var i «sykehus» gruppen 19 foreldre var i «hjemmesykehus» gruppen</p>	<p>Studiet så på to kategorier: miljøforhold og læringsforhold. Foreldrene som hadde hatt hjemmesykehus hadde i begynnelsen en uro, men etterhvert opplevde de at den kontinuerlige tilgangen til hjemmesykehuset ga dem blant annet pålitelighet og sikkerhet. De opplevde hjemmesykehus som helseskapende, virkelighetsforberedende og mer familieorientert. De fikk en følelse av at de var mer innblandet og ansvarlig for behandlingen og at det fremmet deres evne til å ta beslutninger. De beskrev også hjemmesykehus som et mer avslappet miljø.</p>	<p><b>Styrker:</b> Variasjon i foreldregruppen (par, skilte, mødre og fedre). Studien hadde både en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe. Utvalget av foreldre var representativt av ulike sosiodemografiske forhold (siviltilstand, yrke, utdanning).</p> <p><b>Svakheter:</b> Det ble kun utført engangsintervju. Intervjuene ble gjennomført 8-10 måneder etter diagnose. Foreldrene kan ha uklare tilbakekallinger. Hjemmesykehus gruppen var 2 dager på sykehuset og fikk behandling før utskrivelse til hjemmesykehus. Dette kan være forskjellig prosedyre i ulike land.</p>

<p><b>Aasen et al., 2019</b></p> <p><b>Being in control and striving for normalisation: A Norwegian pilot study on parents' perceptions of hospital-at-home</b></p>	<p>Hensikten med studien er å utforske hvordan foreldrene til syke barn opplever å motta hjemmesykehus og hvilke forhold de mener bør ligge til grunn for at de skulle kunne mestre hverdagen hjemme.</p>	<p>Studie fra Norge. Kvalitativ studie Data er samlet inn gjennom semi-strukturerte intervju med foreldre til barn som mottok hjemmesykehus.</p> <p>Barna hadde varierende diagnoser.</p>	<p>9 intervjuer ble gjennomført. 6 mødre og 3 fedre ble intervjuet.</p>	<p>Hovedfunnet i studien er at foreldrene foretrekker hjemmesykehus framfor den tradisjonelle sykehusinnleggelsen. Foreldrene følte på et behov for mer normalitet i hverdagen til tross for deres barns sykdom. Det at de hadde åpen retur til sykehuset og hadde åpen kontakt med hjemmesykehuset skapte en følelse av trygghet og kontroll over situasjonen.</p> <p>Resultatene viste at foreldre opplevde at hjemmesykehus bidro til et roligere og mer forutsigbart familieliv. God informasjon, sykepleiernes kompetansenivå og deres evne til å samhandle med både foreldrene og barnet var viktige faktorer som påvirket mestring.</p>	<p>Stryker: Norsk studie der resultatene er basert på hvordan hjemme sykehusbehandlingen er i Norge. Dermed sett på som veldig relevant for denne oppgaven.</p> <p>Svakheter: Foreldrene som var med i studien har barn med ulike diagnoser. Studien fokuserer ikke eksklusivt på diabetes, men det var en av de vanligste diagnosene. Likevel sett på som veldig relevant for oppgaven.</p>
---	---	---	---	--	--

<p><b>Angelhoff et al., 2015.</b></p> <p><b>Sleep of Parents Living With a Child Receiving Hospital-Based Home Care</b></p>	<p>Hensikten med studien var å se på hvordan foreldrenes søvn ble påvirket når de har et barn som mottar hjemmesykehus.</p>	<p>Studie fra Sverige. Kvalitativ studie med fenomenografisk design.</p>	<p>15 foreldre (11 mødre og 4 fedre) ble intervjuet.</p>	<p>Det ble funnet at søvn påvirket både foreldrenes velvære og kvaliteten på barnets omsorg. Symptomer på dårlig søvn, som stress ble funnet til å begrense foreldrenes kapasitet til å møte barnets behov. Funnene viser at det er viktig for sykepleieren å anerkjenne foreldrenes søvn som en del av barnets behandlingsplan. Dette kan for eksempel gjøres ved å gi støtte og fremme fysisk aktivitet.</p>	<p><b>Styrker:</b> Studien gir god innsikt innenfor teamet hjemmesykehus og søvn. Søvn er en viktig faktor for at mennesker skal kunne yte maks. Det er dermed et viktig aspekt å se på når en ser på mestring.</p> <p><b>Svakheter:</b> Studien fokuserer ikke direkte på diabetes, men 2 av barna som hadde hjemmesykehus i studien hadde «endocrine system disease». Det er tenkelig at noen av disse barna kan ha diabetes. Uavhengig av diagnose ser jeg på det som en relevant artikkel grunnet at diabetes er en sykdom som i trenger oppfølging hele døgnet, spesielt i startfasen.</p>
---	---	--	--	--	---



<p><b>Clapin et al., 2016</b></p> <p><b>Home-based vs inpatient education for children newly diagnosed with type 1 diabetes</b></p>	<p>Hensikten med studien var å sammenligne sykehusopphold med et hybrid hjemmebasert alternativ for barn med nylig diagnostisert diabetes type 1. Studie ser på metabolske og psykososiale utfall.</p>	<p>Randomisert kontrollert studie.</p>	<p>50 pasienter var inkludert. 25 i hver gruppe.</p>	<p>Resultatene er lagt fram 1 år etter barnet fikk diagnosen. Alle barna tilbrakte 48 timer på sykehuset. Hjemme gruppen ble etter dette sendt hjem med oppfølging. Det var ingen forskjell mellom gruppene på det medisinske eller på det psykososiale. Foreldrene indikerte at hvis de skulle velge ville de valgt behandling og oppfølging i hjemmet istedenfor sykehus.</p>	<p><b>Styrker:</b> Viser til at behandling i hjemmet kan være sikkert å gjennomføre.</p> <p><b>Svakheter:</b> Studie ser ikke så mye på hva en sykepleier kan gjøre for å hjelpe foreldre med mestring, men jeg ser på det som viktig å kunne vise til forskning som viser at behandlingsalternativet er trygt og gjennomførbart. Studie ses dermed som relevant for problemstillingen.</p>
---	--	--	--	---	---

<p><b>Howe et al., 2012</b></p> <p><b>Parental Expectations in the Care of Their Children and Adolescents With Diabetes</b></p>	<p>Hensikten med studie var å få en bred oversikt over hvordan foreldrene til barn med diabetes ser på forholdet til helsepersonell og hva foreldre opplevde som hjelpsomt og ikke hjelpsomt når det kom til hvordan helsepersonellet støttet dem og barnet i å leve med diabetes.</p>	<p>Kvalitativ og kvantitativ metode som besto av fokusgrupper, en spørreundersøkelse og intervju.</p>	<p>63 foreldre til barn med diabetes ble intervjuet.</p>	<p>I studie kommer det fram hva foreldrene til barn og ungdom med diabetes mener helsepersonell bør gjøre for at familien skal kunne leve på best mulig måte med diabetes. Resultatene ble delt inn i 3 hovedkategorier: Å legge grunnlaget, å gi klinisk behandling og å engasjere familien som partnere.</p> <p>Foreldrene ville at helsepersonell skulle ta seg tid til å bli kjent med både barnet og resten av familien og familiens situasjon. De ville bli regnet med som partnere i barnets diabetes behandling og at den medisinske behandlingen og rådene skulle være tilrettelagt familien. Helsepersonell burde også være faglig sterk og gi god pålitelig informasjon.</p>	<p><b>Styrker:</b></p> <p>Studie gir god innsikt i hvordan foreldre forventer å bli møtt av helsepersonell, og det skrives en del om hva som kan hjelpe øke følelsen av empowerment hos foreldrene.</p> <p><b>Svakheter:</b></p> <p>Foreldrene intervjuet har ikke mottatt hjemmesykehus, men ses som relevant for problemstillingen selv om studien er gjennomført med foreldre som får poliklinisk oppfølging grunnet den innsikten studien gir i foreldres forventning til diabetesbehandlingen generelt.</p>
---	--	---	--	---	--

