

# SYKEPLEIERNES VEILEDNING TIL UNGDOM MED TYPE 1 DIABETES

Masteroppgave i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv

Desember 2008  
Dzana Porobic

Universitetet i Stavanger  
Institutt for helsefag

**UNIVERSITETET I STAVANGER**

**MASTERSTUDIUM I  
HELSE- OG SOSIALFAG MED FOKUS PÅ BRUKERPERSPEKTIV**

**MASTEROPPGAVE**

**SEMESTER:** Høst 2008

**FORFATTER:** DZANA POROBIC

**VEILEDER:** BJØRG KARLSEN

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk:** SYKEPLEIERNES VEILEDNING TIL UNGDOM MED TYPE 1  
DIABETES

**Engelsk:** NURSES GUIDANCE TO YOUTH WITH TYPE 1 DIABETES

**EMNEORD/STIKKORD/NØKKEWORD:**

Nurses, youth, type 1 diabetes, guidance, counselling, patient education

**SIDETALL:** 87

**ANTALL ORD:** 21356

**STAVANGER:** 15.12.2008  
**DATO/ÅR**

.....*Dzana Porobic*.....  
**SIGNATUR**

## **FORORD**

Denne masteroppgaven markerer slutten på to års masterstudie i Helse- og Sosialfag med fokus på brukerperspektivet ved Universitetet i Stavanger. Studietiden har gått fort ikke bare fordi det har vært krevende, men også utrolig lærerikt. Å skrive en masteroppgave har gitt meg ny innsikt og nye måter å se på sykepleiernes rolle i helsetjenesten. Nå når arbeidet er avsluttet og resultatet ligger foran meg, kan jeg ikke unngå å føle stolthet over å ha klart dette.

Jeg ønsker først og fremst å takke alle sykepleiere som lot seg intervjuet. Tusen takk for at dere gjorde det mulig for meg å gjennomføre denne studien.

Takk til min veileder Bjørg Karlsen for konstruktive tilbakemeldinger og innspill under hele arbeidet med studien.

Stor takk til Gro Vatne for at hun tok seg tid til å hjelpe med korrekturlesing. Du er en sann venn.

Sist men ikke minst ønsker jeg å takke mine kjære Armin, Mirna, Mirza og min søster Jasmina for stor forståelse, tålmodighet og støtte i denne prosessen. Dere er de mest fantastiske personene i hele verden.

Stavanger, 15.12.2008

# INNHALDSFORTEGNELSE

<b>FORORD</b> .....	<b>3</b>
<b>INNHALDSFORTEGNELSE</b> .....	<b>4</b>
<b>FORKORTELSER</b> .....	<b>7</b>
<b>SAMMENDRAG</b> .....	<b>8</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>9</b>
<b>1.0 INNLEDNING</b> .....	<b>10</b>
<b>1.1 Bakgrunn for valg av tema</b> .....	<b>10</b>
1.1.1 Sykepleiernes veiledning i diabetesomsorgen.....	10
1.1.2 Tidligere forskning om sykepleiernes veiledning.....	13
<b>1.2 Studiens mål</b> .....	<b>14</b>
<b>1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål</b> .....	<b>14</b>
<b>1.4 Avgrensning</b> .....	<b>15</b>
<b>1.5 Oppgavens oppbygning</b> .....	<b>15</b>
<b>1.6 Oppsummering</b> .....	<b>15</b>
<b>2.0 EGENOMSORGSRELATERTE UTFORDRINGER HOS UMD</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1 Håndtering av diabetes i hverdagen - egenomsorgsaktiviteter</b> .....	<b>16</b>
2.1.1 Egenomsorgsbehov hos UMD.....	19
2.1.2 UMD's behov for støtte og veiledning.....	19
<b>2.2 Oppsummering</b> .....	<b>20</b>
<b>3.0 TEORI OM SYKEPLEIERNES VEILEDNING</b> .....	<b>21</b>
<b>3.1 Sykepleiernes veiledning</b> .....	<b>21</b>
3.1.1 Utfordringer i sykepleiernes veiledning av UMD .....	21
<b>3.2 Forutsetninger for veiledning</b> .....	<b>23</b>
3.2.1 Relasjon og samhandlingsferdigheter.....	23
3.2.2 Prosessen .....	25
3.2.3 Rammefaktorer og pasientforutsetninger .....	25
<b>3.3 Undervisningssituasjon i veiledning</b> .....	<b>26</b>
<b>3.4 Sykepleie i egenomsorgsperspektiv - stimulering av egenomsorg hos UMD</b> .....	<b>27</b>
<b>3.5 Oppsummering</b> .....	<b>28</b>

<b>4.0 METODE</b> .....	<b>29</b>
4.1 Kvalitativ metode .....	29
4.2 Rekruttering av respondenter .....	30
4.3 Kvalitativ forskningsintervju .....	31
4.3.1 Utvikling av intervjuguide .....	31
4.3.2 Datainnsamling .....	32
4.3.3 Dataanalyse .....	32
4.4 Studiens validitet og reliabilitet .....	34
4.5 Ethiske overveielser .....	36
4.6 Oppsummering .....	37
<b>5.0 PRESENTASJON AV ANALYSE OG STUDIENS FUNN</b> .....	<b>38</b>
5.1 Sykepleiernes veiledning til ungdom med diabetes type 1 .....	39
5.1.1 Utfordringer med å skape kontakt .....	39
5.1.2 Viktige komponenter i veiledningen .....	44
5.2 Forhold som påvirker sykepleierens veiledning av UMD .....	47
5.2.1 Rammefaktorer .....	47
5.2.2 Kontekst som påvirker veiledning .....	48
5.3 Oppsummering .....	52
<b>6.0 DRØFTING AV FUNN</b> .....	<b>54</b>
6.1 Sykepleiernes veiledning til UMD og deres nærmeste .....	54
6.1.1 Betydning av å bygge gode relasjoner med ungdommene .....	54
6.1.2 Veiledning som prosess .....	56
6.1.3 Veiledningskomponentene .....	57
6.2 Forhold som påvirker sykepleierens veiledning av UMD .....	59
6.2.1 Hvordan rammefaktorer påvirker sykepleiernes veiledning av UMD? .....	59
6.2.2 Hvordan kontekst påvirker sykepleiernes veiledning? .....	60
6.3 Studiens relevans for brukerperspektivet .....	61
6.4 Oppsummering .....	62
<b>7.0 KONKLUSJON</b> .....	<b>63</b>
7.1 Hvordan beskriver sykepleiere veiledning till UMD mellom 12-16 år og deres nærmeste? .....	63
7.2 Hvordan veileder sykepleiere UMD for å stimulere egenomsorg? .....	63
7.3 Hva påvirker sykepleiernes veiledning av UMD? .....	64
7.4 Implikasjoner for praksis .....	65
7.5 Implikasjoner for videre forskning .....	66

<b>LITTERATURLISTE .....</b>	<b>67</b>
<b>VEDLEGG .....</b>	<b>76</b>

## **FORKORTELSER**

UMD - Ungdom med type 1 diabetes

NDF - Norges Diabetesforbund

NOU – Norges offentlige utredning

LMS - Lærings- og mestringssenter

HbA1c – Langtidsblodsukker (måles hver tredje måned ved poliklinisk konsultasjon)

## SAMMENDRAG

**Bakgrunn:** Veiledning av pasienter er en viktig del av sykepleierens arbeid og type 1 diabetes blant ungdom i Norge øker i omfang. Type 1 diabetes er en kronisk sykdom som krever at ungdom rammet av sykdommen foretar komplekse beslutninger og handlinger i egenomsorgen. De har derfor behov for støtte og veiledning fra sykepleiere. En av målsetningene i sykepleiernes veiledning av ungdom med type 1 diabetes er at disse skal få et godt liv uten akutte komplikasjoner og senkomplikasjoner. Ungdom med type 1 diabetes bør gjennom sykepleiernes veiledning få kunnskaper og innarbeide holdninger som hjelper dem til å bli selvstendige i egenomsorgen.

**Mål:** Målet med studien var å få kunnskap om hvordan sykepleiere beskriver veiledning til ungdom med type 1 diabetes og hva de gjør for å ivareta målgruppens behov for selvstendighet i egenomsorg. Jeg ønsket å synliggjøre sykepleiernes rolle i diabetesomsorgen i håp om at dette kan bidra til profilering av faget og funksjon.

**Metode:** Denne studien er en kvalitativ studie hvor 7 sykepleiere ansatt på barneavdelingene og poliklinikkene ved tre ulike sykehus ble intervjuet. Sykepleierne jobber med ungdom med type 1 diabetes som er 12- 16 år gamle. Halvstrukturert kvalitativ forskningsintervju ble brukt i studien. En beskrivende kvalitativ analyse ble benyttet for å strukturere og organisere data.

**Funn:** Studien viste at sykepleiernes veiledning i stor grad dekker behov for støtte og veiledning som ungdom med type 1 diabetes trenger for å ivareta egenomsorgen. Funnene falt sammen i to kategorier: Sykepleiernes veiledning til ungdom med type 1 diabetes og faktorer som påvirker sykepleiernes veiledning. Funnene viser viktigheten av gode kommunikasjons- og veiledningsferdigheter hos sykepleiere, samt at det er flere forhold som kan påvirke kvaliteten og utfallet av veiledningen. Når det gjelder involvering av ungdom med type 1 diabetes og deres nærmeste i planlegging og gjennomføring av veiledningen er funnene tvetydige.

**Konklusjon:** Drivkraften bak sykepleiernes veiledning er deres ønske om å hjelpe og støtte ungdom med type 1 diabetes. Sykepleierne har som mål å øke ungdommenes kunnskaper, innarbeide gode vaner slik at ungdommene og deres nærmeste kan ivareta egenomsorgen i hverdagen. Å inkludere ungdommene og deres nærmeste i planlegging av veiledningen er noe som sykepleiere bør prioritere fordi det vektlegges av både lovverket og helsepolitiske føringer, samt litteraturen på området.



## ABSTRACT

**Background:** Guidance of patients is an important part of nurses' work and type 1 diabetes among adolescence in Norway increases in scope. Type 1 diabetes is a chronic disease that requires adolescence affected by the disease to make complex self-care decisions and actions. They have a need for support and guidance from nurses. One of the objectives of the nurses' guidance of adolescence with type 1 diabetes is that these get a good life without acute and long-term complication. In order to do this, adolescence with type 1 diabetes nurses needs the guidance to obtain knowledge and incorporate attitudes that will help them to be independent in self-care.

**Aim:** The aim of the study was to gain knowledge of what nurses describe as the guidance to the adolescence with type 1 diabetes, and what they do to protect target group's need for independence in self-care. In addition, one wanted to highlight the role of nurses in diabetes care in the hope that this can contribute to the promotion of their own discipline and function.

**Method:** This study is a qualitative study in which 7 nurses employed in primary departments and the polyclinic at three different hospitals were interviewed. Those nurses' all work with adolescence from 12- 16 years old. Semi-Structured qualitative research interview was used in the study. A descriptive qualitative analysis was used to structure and organize data.

**Results:** The study showed that nurses guidance largely covers the needs for support and guidance that adolescence with type 1 diabetes need to protect their own care. The findings fell into two categories: nurses' guidance to young people with type 1 diabetes and factors that affect nurses' guidance. The findings show importance of good communication and supervision skills of nurses, and that there are several factors that can affect the quality and outcome of the guide. As for the involvement of adolescence with type 1 diabetes and their relatives in the planning and implementation of the guidance the findings are ambiguous.

**Conclusion:** The root of nurses' guidance is their desire to help and support adolescence with type 1 diabetes. Nurses tried to increase adolescences knowledge and incorporate good habits in their daily lives so that adolescence can take care of them selves. Including adolescence and their relatives in the planning of the guide is something that nurses should give priority to, because both legislation and health guidelines, and also literature emphasizes this.

## **1.0 INNLEDNING**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema**

Denne oppgaven har fokus på sykepleierens veiledning til ungdom med type 1 diabetes som er mellom 12 og 16 år gamle. Veiledning av pasienter er en viktig del av sykepleierens arbeid (Kristofferson, Nortvedt, Skaug, 2005, Almås et al., 2001), og den økende prevalens av type 1 diabetes blant ungdom (Aamodt et al., 2007), gjør sykepleierens veiledning til denne målgruppen til et aktuelt tema. I oppgaven brukes begrepet veiledning i en mer utvidet forstand slik at den omfatter både relasjon, informasjon, rådgiving i vanskelige valg, støtte og opplæring knyttet til den enkeltes helsesituasjon (Tveiten, 2007, Lønstad, 1998). Forkortelsen UMD blir i oppgaven brukt for ungdom med type 1 diabetes.

En av grunnene til å velge dette emnet er at jeg personlig har interesse for type 1 diabetes da det i familien til min man er stor forekomst av type 1 diabetes. Som mor til to tenåringer, erfarer jeg daglig hvor utfordrende det kan være å tilnærme seg ungdommene i denne perioden av livet. Min bakgrunn som sykepleier forsterker min interesse for temaet sykepleierens veiledning. Gjennomgang av tidligere forskning viser at det ikke er utført mange studier om sykepleierens beskrivelser av egen veiledning til UMD og deres nærmeste. De studiene som finnes bekrefter at et godt samarbeid mellom helsepersonell (herunder sykepleiere) og UMD er viktig fordi det er med å stimulere ungdommens selvstendighet i egenomsorg (Grey, Boland, Davidson, 2000, Karlsson, Arman & Wikblad, 2006).

#### **1.1.1 Sykepleiernes veiledning i diabetesomsorgen**

UMD som er mellom 12 og 16 år gamle er utviklingsmessig inne i en meget turbulent periode, hvor det skjer mange fysiske, psykososiale og kognitive endringer (Haavet, 2005, Eriksson, 2000). Sykdommen kommer i tillegg til disse endringene og medfører store fysiske og psykiske belastningene som er utfordring for både UMD, deres nærmeste og sykepleiere som jobber med disse (Huus & Enskär, 2005). For å mestre livet med diabetes og oppnå tilfredsstillende blodsukkerverdier trenger UMD og deres nærmeste kunnskaper om sykdommen, kroppens fysiologi samt ferdigheter knyttet til måling av blodsukker og injisering av insulin (Kyngäs & Barlow, 1995, Curtis & Hagerty, 2002, Vaaler, Møinichen & Grendstad, 2004).

Forskning viser at målet med sykepleiernes veiledning bør være at UMD skal kunne kjenne at de behersker sitt liv og diabetes og blir selvstendige i egenomsorg (Le Croy, 2004, Steenbeck, 2004).

Sykepleierteoretiker Dorothea Orem (2001) definerer egenomsorg som aktiviteter som individet tar initiativ til og utfører på egne vegne for å opprettholde eget liv, helse og velvære. Disse aktivitetene gjelder både fysiske, psykososiale og åndelige aspekter og inkluderer behovet for vekst og behovet for å ha noe å gi tilbake til omgivelsene (Kristoffersen et al, 2005). Orem anser familien som en viktig påvirkende faktor for utvikling av egenomsorg hos den enkelte, fordi det er innenfor familien egenomsorgen læres (Kirkevold & Ekern, 2006). UMD trenger foreldrenes hjelp og støtte, og ansvar for diabetesomsorgen bør deles hensiktsmessig mellom foreldrene og ungdommen for at målet om selvstendighet i egenomsorg kan oppnås (Kanner, Hamrin & Grey, 2003, Anderson et al., 2002, Schilling, Grey & Knafl, 2002). Ungdommene er i en periode av livet hvor de ønsker frigjøring fra foreldrene og selvstendighet i egenomsorg (Andås, 2001). Samtidig som foreldrene oppmuntret selvstendigheten, forventes det av dem å hjelpe UMD å kontrollere sykdommen (Williams, 1999). Å finne balansegangen i foreldrenes involvering i ungdommens kontroll av sykdommen kan være utfordrende (Baliko, 2007). Sykepleieren bør kunne yte støtte og veiledning i denne perioden for å hjelpe foreldrene og UMD til å håndtere diabetesrelaterte konflikter og forbedre samarbeidet. Dette er viktig fordi studiene tyder på at lagarbeid og foreldreengasjement kan føre til forbedring av blodsukkerverdier hos UMD (Baliko, 2007, Andersen, Bracket, Ho, & Laffel, 1999, Miller – Johnson et al., 1994). Gode familierelasjoner minsker diabetes relatert stress (Lindholm & Riis, 1998) og øker egenomsorgsevne hos UMD.

Forekomsten av type 1- diabetes hos barn og unge i Norge er den tredje høyeste i verden (Graue, 2004). Sykdommen debuterer ofte i barne- og ungdomsårene. Diabetes type 1 er en kronisk stoffskiftesykdom som skyldes genetisk betinget ødeleggelse av insulinproduserende celler. Som følge av denne ødeleggelsen avtar insulinproduksjonen i kroppen, eller stopper helt opp. Insulin produseres i pankreas og regulerer opptak og forbruk av glukose fra blodet. Uten insulin får ikke kroppens celler tilført energi fordi sukkernivået i blodet stiger (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund & Solheim (2001). Sentrale mål for behandling av diabetes kan deles i **kortsiktige og langsiktige** mål. Det kortsiktige målet i behandling av diabetes er å normalisere blodsukternivå og unngå akutte komplikasjoner (hypoglykemi og hyperglykemi). Det langsiktige målet er å hindre eller forsinke utvikling av senkomplikasjoner. Disse målene er felles for alle diabetespasienter, også UMD. Tidligere forskning om UMD viser at disse har vanskeligheter med å nå disse målene (Myrstad, 2005,

Taper Strawhacker, 2001, Nabors, Troillett, Nash & Masiulis, 2005). UMD trenger derfor støtte og veiledning fra sykepleiere for å kunne overta egenomsorg og ta beviste valg i forhold til egen helse. Sykepleiere er den gruppen helsepersonell som ofte møter UMD og deres familie både på sykehusets avdelinger og ved jevnlig polikliniske konsultasjoner og kan derfor anses å ha en nøkkel rolle i diabetesomsorgen.

Veiledning av pasienter er, som tidligere nevnt, en viktig del av sykepleiernes arbeid (Tveiten, 2008). Sykepleiernes veiledning påvirkes av mange faktorer og både tid, sted, organisatoriske forhold, sykepleierens kompetanse og pasientens bakgrunn, samt motivasjon spiller inn på hvordan resultatet blir (Hörnsten, Sandström & Lundman, 2004, Friberg, 2001, Martinsen, 2001). Lovverk og utvikling av samfunnet har de siste par tiår gått i retning av å stille krav til sykepleieren om å være i stand til å undervise, veilede, gi råd og støtte til pasienten og pårørende uten å ta fra disse evnene til å delta aktivt i utforming av både undervisnings- og behandlingsopplegg (Lov om pasientrettigheter, 2001, Lov om helsepersonell, 2001). Helsepolitiske føringer understreker også at pasientens meninger, ressurser og erfaringer med egen helse og sykdom bør være utgangspunktet for sykepleierens undervisning og veiledning (NOU 1997, NOU 2005). Samfunnets fokusering på mestring og pasientenes aktive deltakelse nevnes som mål for ulike opplæringstiltak i offentlige dokumenter (St. meld. Nr.16 2002-2003 Resept for sunnere Norge, Nasjonalstrategiplan for diabetes område 2006 – 2010). Denne fokusering kan ses i tråd med faglitteraturen som påpeker at pasientens muligheter til å ivareta egenomsorg og leve med en livslang sykdom øker når sykepleiere tar hensyn til hele mennesket og dets livssituasjon (Peyrot & Rubin, 2007, Gjengedal & Hanestad, 2007).

I sin artikkel ” A review of the activity and effects of nurse-led care in diabetes” gjennomgikk Carey & Cortney (2007) tjueto artikler fra periode 1996-2006. Artikkelen omhandler aktiviteter og effekter av sykepleiernes deltakelse i diabetesomsorgen. Gjennomgangen viste at sykepleiere har en viktig rolle på mange områder i diabetesomsorgen. Sykepleiere organiserer og gjennomfører både opplæring, individuell omsorg, stimulerer egenomsorg og er både fysisk og psykisk støtte for diabetespasienter. Konklusjonen i artikkelen var at sykepleierledede tiltak fører til forbedring av pasientens helse. Dette ga seg uttrykk i stabilisering av blodsukkerverdier, bedre egenomsorg og nedgang i både diabetesrelaterte symptomer og kortere liggetid ved hospitalisering.

Forutsetninger for vellykket veiledning av UMD er mange. Sykepleiere som veileder UMD må forholde seg til både ungdommene og deres utvikling, sykdommen og ungdommens nærmeste. Veiledning til UMD (12-16 år) innebærer ofte at foreldrene eller andre nære

personer er til stede. Sykepleiernes veiledning vil kunne påvirkes av dette. Derfor er kunnskap om ungdommens utvikling og læremønstre, samt familieforhold viktig for sykepleiere for å kunne forstå UMD og gi dem støtte som sikrer god helse og gode levemuligheter.

### **1.1.2 Tidligere forskning om sykepleiernes veiledning**

Litteratursøk har, som tidligere nevnt, vist at det er ikke utført mange studier om sykepleiernes veiledning til UMD. Studier knyttet til pasientundervisning brukes her for å vise viktigheten av en pedagogisk tilnærming til UMD.

Forskning viser at god undervisning og veiledning kan resultere i bedret livskvalitet hos pasienter (Klein et al. 2001). Studiene viser at sykepleiernes oppgave i diabetesomsorgen for ungdom er å identifisere og videreutvikle deres resurser. Slik øker ungdommens muligheter til å ivareta egenomsorg (Borup, 1998, Barlow & Ellard, 2004). Når sykepleiere legger til rette for UMD til å kunne delta aktivt i behandlingen, kan de hjelpe disse å bli aktive deltakere i sitt eget liv (Tapper Strawhacker, 2001). Forskning viser at sykepleiere som tar utgangspunktet i ungdommens behov kan lykkes i å gi ungdommene veiledning og støtte som kan være grunnlag for aktiv og effektiv kontroll av diabetes (Brataas, Herman, 2003, Hilfinger, Fore & Parra-Medina, 2005, Funnell, Haas, 1995). De mest effektive undervisningsprogrammene er de som baseres på pasientens individuelle behov (Bradbury & Jenkinson, 1996, 1997, Divertie, 2002).

Studiene påpeker at det er viktig med et godt samarbeid mellom helsepersonell og UMD for å sikre overgang fra avhengighet til selvstendighet i egenomsorg (Grey et al., 2000, Schumacher & Meleis, 1994). Kyngäs (2003) skriver om nødvendigheten av god kommunikasjon mellom ungdommen og sykepleieren. For å gi ungdommen følelse av myndighet og vise at de respekteres som eksperter på eget liv er det viktig at sykepleieren bruker toveis kommunikasjon og forhandling (Price, 1996)

Sykepleiere som veileder UMD og deres nærmeste kan yte hjelp ved emosjonelle vanskeligheter, ved å øke støtten slik at pasienten bedre kan ta vare på seg selv (Schibayama, 2007, Lernmark, Persson, Fishert, & Rydelius, 1999). Det å inkludere foreldre i omsorg for UMD er fordelaktig og kan i følge Kanner, Hamrin & Grey`s (2003) studie føre til bedring av blodsukker regulering hos disse.

Studien til Siminerio, Funnell & Peyrot, (2007) viste at mest vanlige forskjeller mellom leger og sykepleiere var at sykepleiere ga bedre undervisning, brukte mer tid med pasienten, var bedre til å lytte og kjente sine pasienter bedre enn leger. Sykepleiere hadde høyere fornemmelse og forståelse for psykososiale saker og var mer tilbøyelige enn leger å

foreslå for pasienter å ta ansvar for egenomsorg. Studien konkluderte med at sykepleierens involvering i diabetesomsorgen var viktig. Sykepleiere som var spesialister i diabetessykepleie tok seg mer tid til å prate om egenomsorg, var mer involvert i medisinerings og var generelt mer villige til å ta ansvar enn andre sykepleiere (Siminerio et al., 2007). Andås et al., (2001) fant ut at ungdommene med diabetes mente at sykepleiere var en støtte i konsultasjon og at de har betydning for kontinuitet i omsorgen for disse. Ungdommene mente at sykepleiere viser at de bryr seg, er lett å snakke med og gjør at de føler seg velkomne (Andås et al., 2001).

## **1.2 Studiens mål**

Sykepleiere møter UMD og deres pårørende både når ungdommene legges inn på sykehuset med nyoppdaget type 1 diabetes, ved re - innleggelser, og på jevnlig kontroll i poliklinisk virksomhet. Fokuset i studien er sykepleiernes beskrivelser av egen veiledning til UMD som er 12-16 år gamle. Det overordnede målet med studien er å få dypde kunnskap om hvordan sykepleiere beskriver deres erfaring med veiledning til UMD og deres nærmeste og hva de gjør for å ivareta målgruppens behov for selvstendighet i egenomsorgen. Dette anser jeg som viktig å undersøke i håp om at denne kunnskapen kan være et nyttig bidrag til sykepleiernes veiledning i det kliniske arbeidet. Et annet mål er å synliggjøre sykepleiernes rolle i diabetesomsorgen i håp at dette kan bidra til profilering av faget og funksjon.

## **1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål**

På bakgrunn av dette velger jeg følgende problemstilling:

*"Hvordan beskriver sykepleiere veiledning til ungdom med type 1 diabetes mellom 12-16 år og deres nærmeste?"*

Jeg har valgt å stille følgende forskningsspørsmål for å utdype problemstillingen:

- 1. Hvordan veileder sykepleiere ungdom med type 1 diabetes for å stimulere egenomsorg?*
- 2. Hva påvirker sykepleiernes veiledning av ungdom med diabetes type 1?*

## **1.4 Avgrensning**

I denne studien vil jeg forholde meg til sykepleiernes beskrivelser av veiledning til UMD og deres nærmeste og forhold som påvirker veiledning av UMD. Sykepleiere veileder diabetespasienter i grupper og individuelt. Sykepleiernes beskrivelser av individuell veiledning til UMD og deres nærmeste blir lagt til grunn for denne studien.

## **1.5 Oppgavens oppbygning**

Innledningsvis presenteres bakgrunn for valg av tema, studiens mål og problemstilling. I kapittel 2 beskrives utfordringer som UMD møter i hverdagen og egenomsorgsbehov hos disse. Teori knyttet til sykepleiernes pasientveiledning presenteres i kapittel 3. Kvalitativ metode og kvalitativ forskningsintervju, samt metodologiske refleksjoner beskrives i kapittel 4. Empirien presenteres og analyseres i kapittel 5. Kapittel 6 tar for seg drøftingen. I kapittel 7 oppsummeres funnene, implikasjoner for praksis og videre forskning.

## **1.6 Oppsummering**

Jeg har i dette kapitlet presentert min studie, samt klargjort problemstilling, avgrensning og disposisjon av oppgaven. Relevant forskning knyttet til sykepleiernes veiledning ble også presentert. Kapittel 2 tar for seg relevant forskning og teori knyttet til egenomsorg hos UMD.

## 2.0 EGENOMSORGSRELATERTE UTFORDRINGER HOS UMD

Dette kapitlet søker å belyse hvilke egenomsorgsaktiviteter UMD må foreta for å sikre et godt liv uten akutte komplikasjoner og senkomplikasjoner. I kapitlet brukes en del relevant forskning og Orem`s egenomsorgsteori for å sette egenomsorgsrelaterede utfordringene i sammenheng med UMD`s behov for støtte og veiledning.

### 2.1 Håndtering av diabetes i hverdagen - egenomsorgsaktiviteter

Innledningsvis ble ungdommens utvikling, familieforhold og sykdomsutvikling (jf. 1.1.1) nevnt som utfordringer for god egenomsorg og selvstendighet hos UMD. God egenomsorg er viktig for UMD fordi deres helse og velvære avhenger av dette. Ungdommens hverdag preges av ulike aktiviteter som de må foreta for å kunne møte krav sykdommen stiller og oppnå god egenomsorg. Diabetesregulering krever stor egen innsats og oppofrelse fra UMD. Den enkelte ungdommen selv må ta ansvar for å måle blodsukkeret, sette insulinet og tenke på å tilpasse insulinmengden både til matinntaket og fysisk aktivitet.

Dersom UMD ikke tar ansvar for dette kan de risikere å utvikle både akutte komplikasjoner og senkomplikasjoner. Akutte komplikasjoner er hypoglykemi og hyperglykemi.

**Hypoglykemi** oppstår når blodsukkeret faller under normalområdet (under 4 mmol/l).

**Hyperglykemi** oppstår når blodsukkeret stiger over normalområdet. Hyperglykemi kan over tid utvikles til alvorlig syreforgiftning (ketoacidose). Ketoacidose forekommer relativt sjeldent, og skyldes for lite insulin i forhold til behovet. Tilstanden forekommer hyppigere der det sosiale nettverket er svekket, f.eks. hos ungdom som bor alene (Hanås, 2000).

Pasienter som har høye gjennomsnittlige blodsukkerverdier har økt risiko for **senkomplikasjoner** som bl.a. blindhet, nyresvikt, amputasjon av føtter og for hjerte- og karsykdommer (Jacobsen et al., 2001).

For å nå målene om stabilt blodsukkernivå og unngå senkomplikasjoner er det viktig at pasienter med diabetes foretar egne målinger av blodsukkerverdier. Ved å utføre egne målinger kan den som har diabetes tilpasse sin livsstil til sykdomsbildet (Hanås, 2000).



Effektiv håndtering av diabetes i hverdagen krever i følge Norges Diabetesforbund (NDF) (2007) følgende aktiviteter:

- Insulintilførsel
- Kosthold
- Fysisk aktivitet
- Motivasjon/kunnskap

Annen litteratur påpeker de samme aktivitetene som essensielle for vellykket sykdomshåndtering og egenomsorg (Jacobsen et al., 2001, Mertig, 2007). Disse aktivitetene er en del av hverdagen for alle diabetespasienter, også UMD. Ut i fra Orem`s (2001) egenomsorgsteori sammenfaller disse aktivitetene med egenomsorgsaktiviteter hos en person.

### **Insulintilførsel**

Ved type 1-diabetes er insulintilførsel nødvendig fra behandlingsstart. Diabetes type 1 krever at kroppen får tilført riktig mengde insulin slik at blodsukkeret stabiliseres (Mertig, 2007). Behandlingen består av insulininjeksjoner som pasienten vanligvis administrerer selv. Insulin injiseres under huden. I all hovedsak operer man med to typer insulin: hurtigvirkende insulin, som har 3-5 timers varighet, og langsomtvirkende insulin som har 12- 16 timers varighet. De to insulintypene kan kombineres eller brukes separat avhengig av andre faktorer som kan påvirke blodsukkernivå (Mertig, 2007).

Insulinbehovet varierer hos ungdom i puberteten på grunn av fysiologiske endringer og høye veksthormonkonsentrasjoner (Moran et al. 1999). De fleste ungdommer må øke insulindosene og det kan være svært vanskelig å til enhver tid beregne riktige insulindoser.

Hormonsvinginger gjør at dosejusteringer må foretas oftere enn hos andre diabetespasienter. Dette kan oppleves som veldig frustrerende for UMD (Hanås, 2000) og kan påvirke UMD`s motivasjon.

### **Kosthold**

Kosten skal gi tilstrekkelig energi for normal vekst og utvikling. Den må være riktig sammensatt av karbohydrater, fett og protein. Blodsukkeret påvirkes av mengden og typen karbohydrater, fett og proteiner. Insulinet må balanseres i forhold til maten som spises for å unngå svingninger i blodsukkernivået. (Mertig, 2007) Når matinntaket er for lite i forhold til

kroppens behov eller ved inntak av alkohol kan personer med diabetes type 1 oppleve hypoglykemiske episoder. Hypoglykemisymptomer varierer fra person til person, men skjelving, svette, uro, hodepine og konsentrasjonsproblemer er mest vanlig (Hanås, 2000).

I ungdomsperioden blir ungdommens livsstil mer uregelmessig og blodsukkerreguleringen kan bli nedprioritert. De fleste ungdommene legger på seg noen kilo når de starter med insulin. Utseende er viktig for ungdommer og UMD kan unnlate å spise eller ta insulin for å unngå ytterligere vektøkning. Dette kan resultere i økt fare for hypoglykemi (Andås, 2001).

### **Fysisk aktivitet**

Fysisk aktivitet er et viktig område i diabetesbehandlingen fordi den reduserer insulinbehovet. Fysisk aktivitet hjelper pasienten å kontrollere vekten ved å øke muskelmasse og minske fettproduksjon. Aktivitet øker hjerte- og lungekapasitet og forbedrer fordøyelse, samt blodtrykk og kolesterolnivå. Ved å være i fysisk aktivitet forbedres søvn og velvære (Mertig, 2007).

Det er viktig for ungdommen å kunne være med på aktiviteter sammen med sine jevnaldrende (Haavet, 2005). For å oppnå dette bør UMD ha godt regulert blodsukker og være forberedt på eventuelle hypoglykemiske episoder som kan være følge av økt fysisk aktivitet (Hanås, 2000).

### **Kunnskap/motivasjon**

Gode kunnskaper om diabetes er en av forutsetningene for god egenomsorg (Gjengedal & Hanestad, 2001). For å tilegne seg kunnskaper må pasienten være motivert og forstå at kunnskaper om sykdommen medfører større grad av kontroll over egen helse. Bedre kunnskaper om sykdommen kan øke mestringsfølelsen (Granum, 2003), men er ikke nok for at UMD skal innta en aktiv rolle i håndtering av diabetes.

I følge Håkonsen (1994), er motivasjon drivkraften som ligger til grunn for handlinger, den gir retning for atferd. Tveiten sier i "Pedagogikk i sykepleiepraksis" (2008) at motivasjonen kan betraktes som en læreforutsetning. Dersom pasienten virkelig ønsker å tilegne seg kunnskap, betyr dette mye. Samtidig inngår også holdninger (tro på at kunnskap har betydning), ferdigheter (kunne lese) og følelser (depresjon, stress) i forutsetningene som gjør at pasient kan veiledes til å lære (Tveiten, 2008). Motivasjon påvirkes også av pasientens egne vurderinger av helsefarene diabetes utgjør (Granum, 1994).

### **2.1.1 Egenomsorgsbehov hos UMD**

Tidligere i oppgaven ble begrepet egenomsorg definert, slik det brukes i denne studien, som aktiviteter individet tar initiativ til og utfører for å opprettholde eget liv, helse og velvære. Diabetes krever stor grad av egenomsorgsaktivitet da opptil 95 % av den daglige omsorgen blir utført av pasienten selv (Anderson et al., 1995). God egenomsorg er en forutsetning for vellykket behandling av diabetes (Myrstad, 2005, Allgot, 2000). Sykdommen krever at pasienten selv tar initiativ og utfører handlinger som sikrer normal menneskelig funksjon, utvikling og helse. Målet med disse handlinger er å dekke egenomsorgsbehov. Egenomsorg omfatter i følge Orem (2001) tre ulike typer egenomsorgsbehov:

- De universelle egenomsorgsbehov (luft, vann, næring, aktivitet, sosialt samvær)
- De utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov (ungdomsalder)
- Egenomsorgsbehovene relatert til helsesvikt (genetiske og utviklingsmessige avvik fra normal funksjon)

De universelle egenomsorgsbehov er felles for alle stadier i livssyklus. Tidligere i kapitlet ble insulintilførsel, kosthold, fysisk aktivitet og kunnskap/motivasjon påpekt som viktige egenomsorgsaktiviteter hos UMD. I tillegg til universelle egenomsorgsbehov er UMD i en utviklingsperiode som krever tilpassing. Egenomsorgsbehov relatert til utvikling hos UMD kan ha sammenheng med utviklingsprosesser som ungdommene gjennomgår eller nye behov som oppstår på grunn av en tilstand eller hendelse. Disse behovene kan kobles til ungdommens ønske om selvstendighet og frigjøringsprosesser relatert til foreldre og andre voksne personer.

Sykdommen diabetes krever spesifikke egenomsorgsaktiviteter relatert både til de universelle behovene, samtidig som UMD må utføre handlinger for å dekke helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov. Ungdommens behov sammenfaller derfor med det som Orem (2001) kaller for egenomsorgsbehov ved helsesvikt.

### **2.1.2 UMD`s behov for støtte og veiledning**

Ungdomstiden er karakterisert av hurtig utvikling og forandring (Skinner, 2005). Psykososiale og kognitive endringer fører til at ungdommer søker spenning og eksperimenterer med livsstil som kan forbindes med voksenlivet. Eksperimentering og risikoatferd er del av frigjørings- og utviklingsprosessen i adolescensen (Haavet, 2005) og utfordringen for UMD er å kunne prøve ut ting på lik linje som andre ungdommer. Studiene viser at UMD sliter med å overholde

insulinbehandlingen (Graue, 2005, Johnson, Freund, Silverstein, & Hansen, 1990, Haug, 2005).

Følgelig trenger UMD målrettet informasjon som kan hjelpe dem å unngå farlige situasjoner (Graue & Søvik, 2000), samt behov for jevnlig kontakt med helsetjenesten. De må være oppmerksom på konsekvensene sykdommen fører med seg. I tillegg må de følge en krevende medisinsk behandling som kan medføre ubehag og ha negativ virkning i form av, for eksempel ubehagelige hypoglykemiske episoder eller vektøkning. Negative virkninger kan føre til at UMD ikke følger den oppsatte behandlingen eller lar være å foreta egenomsorgshandlinger. UMD må lære å leve med diabetes og virkninger av både sykdommen og behandlingen. Sykepleiernes veiledning og oppfølging av UMD er vesentlig faktor for at UMD skal kunne ivareta egenomsorg. Veiledning bør fremme den personlige utviklingen, tilføre kunnskaper og motivere UMD å håndtere sykdommen på en måte som fremmer helse og velvære.

## **2.2 Oppsummering**

Dette kapitlet har beskrevet egenomsorgsrelaterte utfordringer hos UMD.

Egenomsorgsaktiviteter og egenomsorgsbehov hos UMD ble knyttet til Orem's egenomsorgsteori. Teorien og tidligere forskning viser at det er viktig for UMD å innta en aktiv rolle i daglig håndtering av sykdommen. Kapitlet belyste også UMD sitt behov for jevnlig kontakt med helsetjenesten, støtte og veiledning. I neste kapittel blir relevant teori om sykepleiernes veiledning presentert.

### **3.0 TEORI OM SYKEPLEIERNES VEILEDNING**

Kapitlet tar for seg teori om sykepleiernes veiledning, utfordringer og viktige forutsetninger for veiledning. Innledningsvis blir veiledning definert og utfordringene i veiledning beskrevet. Deretter beskrives forutsetningene knyttet til relasjon mellom sykepleier og pasient og sykepleiernes samhandlingsferdigheter som er grunnlaget for veiledning. Under forutsetningene gis det også en beskrivelse av rammefaktorer og pasientens forutsetninger. Veiledning av UMD er kompleks prosess og den kan inneholde undervisningssituasjoner som også blir beskrevet her. Sykepleie i et egenomsorgsperspektiv presenteres avslutningsvis.

#### **3.1 Sykepleiernes veiledning**

Sykepleiernes veiledning kjennetegnes ved at sykepleiere ønsker å bidra til at pasienten får bedre kunnskap, større forståelse og dypere innsikt i sin situasjon (Almås et al., 2001).

Sykepleiere benytter veiledning når pasienten og pårørende har behov for hjelp til å sette seg mål i forbindelse med en kronisk sykdom (for eksempel endring av livsstil). Tveiten (2008) definerer veiledning slik: "Veiledning kan defineres som en formell, relasjonell og pedagogisk istandsettingsprosess som har til hensikt at mestringskompetansen styrkes gjennom en dialog basert på kunnskap og humanistiske verdier." ( s. 98).

Da veiledningens mål er å sette i gang prosesser hos pasienten som får veiledning, bør veiledningen ta utgangspunkt i pasientens behov (Tveiten, 2008, Falk, 1999, Eide & Eide, 2004). Pasientens synspunkter, utfordringer og spørsmål er ofte retningsgivende for mål og innhold i veiledningen (Tveiten, 2008, Killèn 1992). Sykepleieren bør derfor etablere god relasjon til pasienten og fremme åpenhet i kommunikasjonen mellom seg selv og pasienten.

##### **3.1.1 Utfordringer i sykepleiernes veiledning av UMD**

Som veiledere møter sykepleiere i følge Tveiten (2008) en rekke utfordringer i veiledning:

- å veilede, fremfor å gi råd og undervise
- å holde tilbake egen kunnskap
- å ikke å være løsningsfokusert på den andres vegne
- å være tålmodig slik at den veiledede selv oppdager

- å veilede noen vi "ikke liker"
- å tåle ikke å få vise dyktighet. (s.98).

Disse utfordringene er uavhengige av pasientens diagnose og behandlingsbehov, og kan derfor knyttes til UMD. Som tidligere nevnt trenger UMD veiledning, hjelp og støtte for å kunne håndtere diabetes i hverdagen og delta mer aktiv i egenomsorg. Innledningsvis ble familien nevnt som viktig faktor i ungdommens overtakelse av egenomsorg (punkt 1.1.1). Veiledningen til UMD som er mellom 12 og 16 år gamle foregår ofte med foreldrene til stede. UMD og ikke minst deres familie må kunne komme frem med egne bekymringer, ønsker for behandlingen og på egen hånd utforske og finne ut hva de ønsker å lære og fokusere på. Dette er også en av utfordringene som sykepleierne møter i sitt arbeid med UMD. I tillegg til dette nevner litteraturen at ungdommene trenger gode venner for å kunne optimalisere egenomsorg og oppnå velvære (Skinner et al. 2000, Lindholm & Riis, 1998).

Sykepleiere møter også samfunnets krav om å utføre sitt arbeid faglig forsvarlig og omsorgsfullt. Samtidig skal de ivareta pasientens og pårørendes behov for informasjon om behandling og deres behov for støtte § 4 i Lov om helsepersonell (2001). Sykepleierens relasjon og handlinger overfor den enkelte bør derfor ikke bli preget av standardprosedyrer. I Norges Offentlige Utredning (NOU 1997:2) er det lagt frem utredningen "Pasienten først!" hvor det legges vekt på at pasientens behov er utgangspunktet for all behandling og kjernen i all pleie. Å fremme helse hos UMD og øke deres egen innsats er viktig oppgave for sykepleiere ansatt i både kommunehelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Dette er vesentlig fordi UMD er en gruppe som møter store utfordringer i hverdagen og trenger å utvikle strategier som kan hjelpe dem til å leve et aktivt og fullverdig liv (Graue, 2004).

Brukermedvirkning blir også beskrevet som viktig verdi og strategi i NOU (2005) "Fra stykkevis til helt". Brukermedvirkning kan defineres som brukernes innflytelse og mulighet til påvirkning av helsetjenestene som tilbys (Alm Andreassen, 2004). Haugstvedt (2001) skriver om ungdommenes opplevelse av egen medvirkning i behandlingsopplegget og om hvordan de blir møtt. Studien viste at ungdommene ofte følte at de ikke hadde blitt hørt på og at deres ønsker og behov ikke alltid ble ivarettatt (Haugstvedt, 2001). Møte med den enkelte UMD er en kompleks situasjon hvor sykepleieren må forholde seg til både sykdommen, symptomer og komplikasjoner, og på samme tid være opptatt av pasientens resurser, medvirkning og mestring. Målet for sykepleien til UMD er i stor grad knyttet til egenomsorg og mestring av

hverdagen. Ungdommens situasjon, indre og ytre ressurser og mulighet til å delta i behandlingen på egne premisser bør være sykepleierens utgangspunkt. Sykepleieren skal i tråd med sitt faglige og etiske ansvar legge til rette for at UMD skal komme med sine forslag, ideer og bekymringer. Sykepleiere har ekspertise, men også hovedansvar for reel brukermedvirkning i samhandling med brukere. Sykepleieren må derfor endre sin ekspertrolle og bli en som samarbeider med UMD. Dette er en forutsetning for at pasienten selv kan skaffe seg nødvendig innsikt, kunnskaper og ferdigheter (Høybråten Sigstad, 2004). All behandling, pleie og opplæring bør derfor ha som mål å gi UMD best grunnlag for å ta sine egne beslutninger og ta vare på egen helse.

### **3.2 Forutsetninger for veiledning**

Veiledning kan ha undervisningsaspekter fordi både veiledning og undervisning har til hensikt å styrke mestringskompetansen gjennom oppdagelse og læring (Tveiten, 2008). I veiledning formidles kunnskap når pasienten har et situasjonsbestemt læringsbehov og sykepleieren møter pasienter der han er og forsøker å høre hva hans behov er (Almås et al., 2001). Undervisning blir derimot som oftest planlagt og gjennomført ut i fra underviserens egne vurderinger av pasientenes behov (Tveiten, 2008). Det kan sies at veiledning er en undervisningssituasjon der den som skal lære må stå i sentrum (Kristoffersen, 1996, s. 549).

Ifølge teoriene om pedagogisk veiledning (Kristoffersen et al. 2005) er viktige forutsetninger for veiledning følgende:

- Relasjon
- Samhandlingsferdigheter
- Prosess

#### **3.2.1 Relasjon og samhandlingsferdigheter**

Relasjon som skapes i møtet mellom sykepleieren og UMD avhenger blant annet av sykepleierens samhandlingsferdigheter. Samhandlingsferdigheter er blant annet ferdigheter i kommunikasjon, undervisning og veiledning. En god relasjon kjennetegnes av en mellommenneskelig varme og empati. Kommunikasjon kan enkelt defineres som en utveksling av verbale og non-verbale tegn mellom to eller flere parter (Eide & Eide, 2004). Ved å kommunisere med UMD på en måte som fremmer trygghet og gi UMD mulighet til å

tenke, føle og uttrykke seg fritt (Rogers, 1951, Rogers, Gendlin, Kiesler, & Traux, 1967, Rogers, & Sanford, 1984) etablerer sykepleieren et godt utgangspunkt for veiledningsforholdet (Killèn, 1992) med ungdommen. Veiledningen gjennomføres ved at UMD og sykepleier i felleskap forsøker å finne mål som er tilpasset ungdommenes resurser, motivasjon, kunnskaper og væremåte. Sykepleieren bruker seg selv som person og sine ferdigheter i kommunikasjon og samhandling i veiledning. Det å lytte, vise empati, være oppmerksom på ikke-verbale uttrykk og kroppsspråk er svært viktig. Den som veiledes blir bevisst sine behov, reflekterer og lærer (Tveiten, 2008). Tilgjengelig forskning som omhandler kommunikasjon mellom sykepleiere og UMD viser at egenomsorgen hos UMD påvirkes av hvordan sykepleieren bygger relasjoner og kommuniserer med UMD (Kyngäs, 2004, Zoffmann & Kirkevold, 2007).

Veiledningsferdigheter kan i grove trekk deles i relasjonsskapende ferdigheter og avklarende/fokuserende ferdigheter.

**Relasjonsskapende ferdigheter** er aktiv lytting, empati og en åpen, rolig og pasienthenvendt kroppstilling. Evnen til å lytte aktivt er sentral ferdighet i veiledningen og ved å lytte til pasienten får sykepleieren høre hva pasienten er opptatt av. Den aktive lyttingen, klargjør følelser og hjelper med å se helheten på nytt. Det som er avgjørende er at den som lytter, får frem følelser slik den andre opplever dem. Da kan den som forteller bli mer bevisst hendelsene og gjennom å tenke, løse sitt problem (Gordon, 1999, Bae & Waastad, 1992). Sykepleieren som møter pasienten med empati, gir opplevelsen av å bli forstått, verdsatt og tatt på alvor, slik at pasienten får aksept for egne opplevelser og følelser (Tveiten, 2008).

**Avklarende og fokuserende ferdigheter** er verbalt følge, ulike type spørsmål, parafrasering og speiling. Sykepleieren gjør bruk av sine avklarende og fokuserende ferdigheter når hun lar pasienten uttrykke seg og klargjøre egen situasjon. Slik hjelper hun pasienten å oppleve egen situasjon, oppfatninger og synspunkter klarere enn før. Spørsmål er også viktige i veiledning og de bør være åpne og beskrivende, og invitere pasienten til å rette oppmerksomhet mot følelser, hindringer og ønsker. Sykepleieren setter ord på tanker og meningsinnhold ved hjelp av parafrasering, mens hun bruker speiling til å sette ord på følelser som hun oppfatter at pasienten gir uttrykk for (Kristoffersen et al., 2005).

Sykepleierens kompetanse har et kognitivt aspekt, et affektivt aspekt og et handlingsaspekt. Disse aspektene er like viktige og utgjør helhet (Fagermoen, 1993). Det kognitive aspektet består av kunnskaper, forståelse og innsikt i sykepleie, pedagogikk, psykologi osv. som sykepleier erverver seg gjennom utdanningen. Det affektive aspektet er sykepleierens



verdigrunnlag, etisk, moralsk og emosjonell bevissthet knyttet til egne handlinger, forståelse for handlinger og konsekvensene av dem og evnen til å vurdere disse etisk og moralsk (Fagermoen, 1993). Handlingsaspektet inkluderer samhandlingsferdigheter (kommunikasjon, veiledning, ledelse), rasjonelle ferdigheter (problemløsning, kliniske vurderinger, beslutningsevne) og manuelle ferdigheter som involverer hender og kropp (Fagermoen, 1993).

### **3.2.2 Prosessen**

Veiledningsprosessen skal hjelpe pasienten til selv å finne ut av hva hans mål er og sammen med sykepleieren planlegge hvordan han skal kunne oppnå det. Tschudin (2003) og Engquist (1996) setter opp følgende trinn i veiledningen:

1. Klargjør utgangspunktet.      NÅ?
2. Oppdag hva målet er.      ØNSKER?
3. Utforsk måter å nå målet på.      HVORDAN?

Sykepleiere med ansvar for pasientveiledning bør kjenne til de forskjellige delene av veiledningsprosessen. I tillegg bør de klare å legge til rette for at veiledningsprosessen slik den er beskrevet over ivaretas.

Klargjøring av utgangspunkt handler om å innhente og analysere pasientens opplevelse av egen situasjon slik at veiledningen kan gå over til neste trinn – det å definere pasientens mål for veiledningen. Pasienten bør veiledes slik at han selv kommer frem til hvilke delmål som eventuelt skal nås og hvilket utbytte han ønsker av veiledningen. Sykepleieren skal så bistå pasienten ved å belyse alternative mål og konsekvenser av de valgte prioriteringene (Kristoffersen et al., 2005).

### **3.2.3 Rammefaktorer og pasientforutsetninger**

Rammefaktorene som kan påvirke sykepleierens veiledning kan være ytre rammer (samfunnets helsepolitiske og juridiske føringer) og indre rammer. Veiledning foregår i en kontekst og kan påvirkes av fysiske og organisatoriske forhold. Lokaler og tid, forstyrrelser, avbrytelser, samt personalressurser og økonomi er noen av faktorene som kan påvirke veiledningen. Når veiledningen foregår på sykehuset, bør dette skje på et sted hvor en kan unngå forstyrrelser og avbrytelser. Det er også viktig å finne et tidspunkt som passer både pasienten og sykepleierens arbeidsplan (Kristoffersen et al., 2005).

Pasientens oppvekstvilkår, miljø, pasientens sosiale nettverk, intellektuell kapasitet, utdanningsnivå, dagsformen, syn og hørsel kan virke inn på sykepleierens veiledning. UMD må lære seg måter å ivareta sin egen helse, og forutsetningen er at de er motivert. Familien er viktig for ungdommene og anses som en viktig påvirkende forutsetning for utvikling av egenomsorg hos den enkelte (Kirkevold, Ekern, 2006). Familien anses som en av de viktigste kildene til bekreftelse, sosial støtte og motivasjon. Dysfunksjonelle forhold kan true den enkeltes helse og trivsel (Kashani & Wesley, 1998, Killèn, 1994). Relatert til UMD kan konflikter i familien (foreldre – barn forhold) ha negativ innvirkning på både ungdommenes blodsukkerregulering, økt risiko for utvikling av depresjoner og generelt dårligere sykdomstilpasning (Egede, Zeng, Simpson, 2002, Shroff Pendley et al., 2002)

### **3.3 Undervisningssituasjon i veiledning**

I studien benyttes begrepet veiledning i utvidet forstand slik at veiledningen omfatter også undervisningssituasjoner. Sykepleiere benytter seg av undervisningen i situasjoner når UMD er nydiagnostisert eller av andre grunner trenger mer kunnskaper om både sykdommen og håndtering av denne. I slike situasjoner formidler sykepleiere kunnskapene enten ved hjelp av undervisning eller forskjellige demonstrasjonsmetoder. Innhold og mål i en undervisningssituasjon blir som oftest forhåndsbestemt.

Innholdet i veiledning kan variere i de ulike sykdomsperiodene (Tveiten, 2008). Innholdet i veiledningen avhenger også av målene som velges for veiledningen. Det må individualiseres og tilpasses den enkelte pasient (Kristoffersen et al., 2005). Nydiagnostiserte trenger fakta om sykdommen, legemidlene og samtidig hvordan de skal leve med sykdommen og hva de kan gjøre for å unngå forverring (Tveiten, 2008). Demonstrasjonsmetoden er velegnet for innlæring av nye praktiske ferdigheter fordi den krever delaktighet hos pasienten og fremmer læring (Tveiten, 2008). I diabetesomsorgen er det viktig for pasienter å lære praktiske ferdigheter som å måle blodsukker, å sette insulinsprøyte eller sjekke ketoner i urinen. For å kunne leve et godt liv med diabetes og unngå senkomplikasjoner, bør pasientene lære seg viktigheten av å ha regelmessige måltider, lære å gjenkjenne symptomer på lavt eller høyt blodsukker, samt å sjekke føtter for lesjoner og ha jevnlig kontroll av øye og nyrefunksjon (Redman, 2004). I tilfeller av akutt forverring av en kronisk sykdom som diabetes, er det viktig at sykepleieren tar hensyn til pasientens erfaringer i å leve med sykdommen. UMD ønsker en mer fleksibel

livsstil og dette betyr ofte at de nedprioriterer behandlingen enten som en del av frigjøringsprosessen fra foreldrene eller fordi de ønsker å gjøre erfaringer ved å prøve og feile (Andås, 2001, Myrstad, 2005). Sykepleieren må unngå å dømme pasienten og heller forsøke å øke pasientens muligheter til å få ny innsikt om sykdommen og levesett (Almås et al., 2001).

Wolpert & Anderson (2001) skriver at det er i diabetesomsorgen viktig å ha realistiske mål som fokuserer på egenomsorgsatferd like mye som på biologiske mål, at målene bør være oppnåelige og fremme følelsen av mening, samtidig som de må være skreddersydde for pasientens livssituasjon og motivasjon. Pasientens oppfatninger av hindringer og prioriteter i deres liv som påvirker egenomsorg bør alltid inngå i målene (Wolpert & Anderson, 2001). Målene som pasienten har vært med og skapt, virker motiverende og pasientene føler seg mer forpliktet til å arbeide fram mot målene (Almås et al., 2001).

Ved nyoppdaget diabetes opplever UMD varig endring i livet og står overfor utfordringer. De må skaffe seg både nye kunnskaper og lære ny atferd, samtidig som de blir avhengige av daglig tilførsel av insulin. Egeninnsats er avgjørende for hvordan sykdommen kommer til å utvikle seg og prege livet (Andås, 2001). Ved jevnlig oppfølging av UMD er målet å forbedre både kunnskaper, ferdigheter og holdninger hos disse, slik at de aktivt tar del i egenomsorgen. (Andås, 2001). Det å lære å mestre sykdommen og leve med den tilleggsbelastningen sykdommen utgjør, krever forståelse av både kroppens fysiologi og tilegnelse av nødvendige ferdigheter (Curtis & Hagerty, 2002, Vaaler et al., 2004).

### **3.4 Sykepleie i egenomsorgsperspektiv - stimulering av egenomsorg hos UMD**

Sykepleie blir av Orem (2001) definert som en tjeneste, en spesiell måte å assistere mennesker på. Sykepleiens fokus rettes mot personer som grunnet sin helsesvikt helt eller delvis mangler evnen til å opprettholde egenomsorg. For å kunne veilede UMD til god egenomsorg bør sykepleieren derfor ha kjennskap til ungdommens ferdigheter og livssituasjon.

Familiesituasjon og forholdet mellom UMD og foreldrene har konsekvenser for både ungdommens egenomsorg og sykepleierens veiledning. UMD som ikke klarer å tilfredsstille sykdomsrelaterte behov risikerer å få komplikasjoner som påvirker helse og livskvalitet. Når pasienten mangler kunnskap, ikke klarer å vurdere sin situasjon eller ikke klarer å iverksette handlinger rettet mot egenomsorgsbehov kan sykepleieren benytte forskjellige hjelpemetoder for å kompensere for pasientens manglende evne til egenomsorg (Orem, 2001).

Orem (2001) fremhever følgende hjelpemetoder som sykepleieren kan benytte seg av for å imøtekomme pasientens egenomsorgskrav:

- Å gjøre noe eller handle for en annen
- Å veilede og rettlede en annen
- Å sørge for fysisk og psykisk støtte
- Å sørge for omgivelser som fremmer utvikling
- Å undervise

I sitt arbeid med UMD kan sykepleieren bruke disse metodene slik at UMD realiserer sitt potensial og oppnår selvstendighet i egenomsorgen. Når ungdommene har en nyoppdaget diabetes, må sykepleieren handle for dem. Hun gjør dette når hun måler blodsukkeret og setter insulinet. Deretter blir hennes oppgave å veilede og lære UMD hvordan de skal overta ansvar for dette selv. Selv om ungdommene ofte ønsker selvstendighet i egenomsorg, er det ikke ensbetydende med at de klarer å håndtere sykdommen helt alene. Derfor er det viktig at sykepleieren sørger for at både UMD og deres nærmeste involveres i diabetesomsorgen.

### **3.5 Oppsummering**

Dette kapitlet har beskrevet sentrale aspekter ved sykepleiernes veiledning. Teorien viser at sykepleierne har ansvar for å velge tilnærming som øker ungdommens sjanse for god egenomsorg. Sykepleierens veiledningskompetanse og ikke minst fagkompetanse betyr mye for at målet om god egenomsorg skal nås. Et godt samarbeid mellom sykepleieren og pasienten bør prioriteres. Neste kapittel tar for seg beskrivelse av valgt metode og metodologiske utfordringer. Kapitlet går nærmere inn på å beskrive den kvalitative metoden, kvalitativ intervju, analyse, samt studiens validitet og reliabilitet.

## 4.0 METODE

### 4.1 Kvalitativ metode

Det mest sentrale ved valg av forskningsmetode er studiens hensikt og problemstilling. Metode er et verktøy brukt av forskere for å strukturere studien, samle og analysere informasjon som er relevant for forskningsspørsmålet (Polit & Beck, 2004). Som mitt redskap har jeg valgt en kvalitativ tilnærming fordi kvalitativ metode tar utgangspunkt i levd liv (Nerheim 1995). Utgangspunktet for studien var å få kunnskap om sykepleiernes erfaring med veiledning til UMD. Kvalitativ metode er velegnet for å kunne få en dypere forståelse av sykepleierens beskrivelser av egen veiledning av UMD (Repstad, 1999).

Kvalitativ metode brukes til å belyse og forstå, og tar utgangspunkt i respondentens erfaringer, opplevelser, oppfatninger, verdier, handlinger og følelser (Straus & Corbin, 1998). Gjennom bruk av kvalitativ metode, velges enheter som en anser som typiske (Halvorsen, 2002). Jeg var opptatt av informasjonskvalitet og forsøkte derfor å intervju de personene som jeg antok hadde den beste kunnskapen (Smith, 1998). I den kvalitative forskningstradisjon tar en utgangspunkt i virkeligheten slik den fremstår for hver enkelt og hensikten er å finne ulike sider ved det som blir undersøkt. Forståelse og tolkning vokser frem gradvis (Strauss & Corbin, 1998, Eneroth, 2005). Da kvalitative metoder karakteriseres av nærhet mellom forsker og respondent kan datainnsamlingen og tolkning påvirkes av dette (Dellve, Abrahamsson, Trulsson, & Hallberg, 2002). Jeg måtte hele tiden være bevisst min bakgrunn som sykepleier, min forforståelse og kjennskap til sykepleierens veiledning som kunne påvirke min tolkning og forståelse av dataene jeg fikk i intervjuene med sykepleiere. Jeg måtte også unngå å påvirke sykepleiernes svar med min egen forforståelse og få frem deres egne beskrivelser av arbeidet med UMD.

I kvalitative undersøkelser er det ikke generalisering som er primært, men forskeren ønsker ofte at resultatene kan være overførbare til lignende miljøer (Halvorsen, 2002). Kvalitativ tradisjon tallfester ikke, målet er å ordfeste (Grimen & Ingstad, 2004, Holme & Solvang, 1997). Malterud (2003), skriver at utfordringen innenfor kvalitativ forskning ligger i å beskrive veien slik at andre kan følge prosessen.

## 4.2 Rekruttering av respondenter

Siden jeg var opptatt av å gå i dybden og få en helhetsforståelse, bestemte jeg å ikke ha større utvalg enn at det er mulig å gjennomføre dyptpløyende analyser (Thagaard, 1998). I kvalitativ forskning er det viktig å sikre seg nok deltakere samtidig som en må tenke på videre bearbeiding av data. Stort antall deltakere sikrer ikke nødvendigvis nyttig informasjon og kan medføre stor arbeidsmengde (Kvale, 2006).

Utvelgelse av respondenter i kvalitativ forskning skjer ut ifra kriterier som tjener formålet og det styres ikke av fordelingen eller hyppighet i en populasjon (Miles & Huberman, 1984). En søker personer som kan fortelle noe om det en ønsker å studere (Kvale, 2006). Jeg ønsket å intervju 8 sykepleiere som til daglig arbeider på barneavdeling eller barnepoliklinikk.

**Tilgang til feltet:** Søknaden om tillatelse til å intervju sykepleiere på avdeling og poliklinikk ble sendt til klinikkdirektøren (vedlegg 1). I tillegg til egen søknad (vedlegg 1) ble det lagt til informasjonsskrivet fra universitetet som viste at jeg var tilknyttet mastergradsstudiet i helse- og sosialfag (vedlegg 2), samt et eksemplar av informasjonsbrev til sykepleiere (vedlegg 3) og samtykkeskjema (vedlegg 4). Jeg fikk positivt svar fra klinikkdirektøren som formidlet videre kontakt med sjefsykepleieren ved den aktuelle avdelingen. I samtale med avdelingssykepleier fikk jeg tillatelse til å intervju 4 sykepleiere som hun valgte ut (vedlegg 6). Jeg oversendte samtykkeskjema og informasjonsskriv til disse fire sykepleiere. Intervjuene ble gjennomført i løpet av et par uker. I et forsøk på å få tak i flere respondenter sendte jeg en søknad (vedlegg 1) med følgeskriv (vedlegg 2, 3 og 4) til et annet sykehus. Samtidig oversendte jeg adresserte og frankerte konvolutter som sykepleiere kunne bruke for å sende tilbake samtykkeskjema (vedlegg 4). En sykepleier svarte på min forespørsel (vedlegg 7). Etter samtale med min veileder, kontaktet jeg også et tredje sykehus og snakket med avdelingssykepleier ved den aktuelle avdelingen (vedlegg 8). Ved dette sykehuset fikk jeg to respondenter. Informasjonsskrivet til sykepleiere og samtykkeskjema ble sendt og intervjuene ble gjennomført snarest.

**Utvalg:** Deltakere i studien måtte ha minst et års erfaring og arbeide daglig med ungdom med type 1 diabetes. Sykepleiere kunne jobbe både på poliklinikken og barneavdelingen. De kunne være med eller uten videreutdanning i diabetessykepleie og ansatt i minst ½ stilling. I studien gjennomførte jeg 7 dybde intervjuer med sykepleiere ansatt ved tre ulike sykehus fordi det var vanskelig å få nok respondenter ved et sykehus.

Sykepleiere jeg intervjuet er kvinner, mellom 40 og 50 år gamle, jobber i stillingsbrøk fra 80 % til 100 % stilling. og har mellom 2 og 25 års erfaring i arbeid med diabetes. Tre av sykepleiere har utdanning utover grunnutdanningen. En av disse har videreutdanning tilsvarende videreutdanning i diabetessykepleie. To av sykepleiere jobber i en delt stilling på avdelingen og poliklinikken. En av sykepleiere jobber kun på poliklinikken og resterende fire kun på avdelingen.

### **4.3 Kvalitativ forskningsintervju**

I studien gjorde jeg bruk av kvalitativ forskningsintervju. Kvalitativt forskningsintervju forsøker å forstå verden fra respondentens side. Formålet med kvalitativ forskningsintervju, er å innhente beskrivelser av respondentens livsverden med henblikk på kvalitativ tolkning av meningen i det som beskrives (Kvale, 2006). Det kvalitative forskningsintervjuet er ”halvstrukturert”.

#### **4.3.1 Utvikling av intervjuguide**

Kvale (2006) sier at spørsmålene i intervjuguiden skal være med å bygge opp under et positiv samspill mellom respondenten og intervjueren. Kvale (2006) mener at spørsmålene må være korte, lettfattelige og uten akademisk språkbruk. Intervjueren og respondent skaper materialet i et samspill. Dette betyr at jeg som forsker var en aktiv deltaker i utviklingen av ny kunnskap. Nærkontakten med respondentene gir bedre forståelse av den enkeltes situasjon (Kvale 2006). En intervjuguide ble laget før gjennomførelsen av intervjuer. Intervjuguiden klargjør temaområdene en ville ha som utgangspunkt. Respondenten prater fritt i forhold til temaene som tas opp. Intervjueren stiller oppfølgingsspørsmål og passer på å dreie samtalen inn på det han/hun er interessert i at respondenten skal snakke om (Larsen, 2007). Utviklingen av intervjuguide bygget på min forforståelse om sykepleierens pedagogiske funksjon og veiledning av UMD. Siden jeg selv er sykepleier opplevde jeg å ha felles begreper og kategorier med dem jeg intervjuet. Dette er en av fallgruvene i en intervjusituasjon (Wadel, 1991). Som forsker står en i fare for å tro at intervjupersoner legger det samme innholdet i begrepene (Wadel, 1991).

Et pilotintervju ble utført og intervjuguiden ble etter dette intervjuet forandret med tanke på å forbedre intervjuenes flyt. Det ble også lagt til nye spørsmål som gikk nærmere inn på hvilke støttespillere som var viktig å involvere i diabetesomsorgen (foreldre, venner). Etter første

intervjuet, ble flere av spørsmålene i den opprinnelige guiden slått sammen. Dette gjaldt spørsmål 1 og 3, 5 og 11, 6 og 7, 15 og 16 (vedlegg 9). Underspørsmålene i intervjuguiden (vedlegg 10) skulle hjelpe intervjueren å føre respondenten inn på aktuell tema dersom det ble nødvendig.

#### **4.3.2 Datainnsamling**

Jeg gjennomførte intervjuene ved hjelp av en intervjuguide (vedlegg 10) som var åpen, men likevel rettet respondentens fokus på temaområder som kunne hjelpe meg å svare på problemstillingen. I løpet av intervjuene ble sykepleiere bedt om å fortelle historier og episoder, erfaringer og tanker om sitt arbeid med UMD. Alle intervjuene unntatt et ble tatt opp ved hjelp av lydopptaker. Hvert intervju varte i ca en time.

Ved starten på intervjuet ble det stilt et spørsmål som ble brukt som introduksjon til temaet for studien. Respondentene kunne fortelle fritt om sine erfaringer med veiledning av UMD og deres nærmeste. Intervjueren supplerte med underspørsmål for å få nærmere opplysninger om de temaene som respondenten fortalte om og som var av interesse for studien. Allerede etter noen intervjuer kan det vise seg at innhenting av data ikke tilfører ny kunnskap (Kvale, 2006). I denne studien ble metningspunktet nådd ved det femte intervjuet.

Intervjuene ble utført i klinikkens lokaler. Både tidspunktet og lokaler ble bestemt på forhånd fra klinikkens side og ga lite muligheter for fleksibilitet. Her var det dessverre ikke var mulig å være helt uten forstyrrelser. Dette medførte at enkelte av intervjuene tidvis mistet flyten. Imidlertid var dette en nyttig informasjon å ta med seg i studien fordi dette gjenspeilet sykepleiernes hverdag.

#### **4.3.3 Dataanalyse**

I kvalitativ forskning foregår bearbeiding, analyse og tolkning parallelt med datainnsamlingen (Kvale, 2006). Dette betyr at analysen foregår mens selve intervjuet pågår. Allerede mens intervjuet pågår skjer det et søk etter begreper og temaer som er interessante. Senere gjennomlesing finner mening og dypere forståelse av datamateriale. (Polit & Beck, 2004). Dataene som var lagret på lydopptakeren ble transkribert snarest etter at intervjuene ble gjennomført. Dette gjorde jeg fordi jeg fortsatt hadde respondentenes mimikk, ansiktsuttrykk og kroppsholdning ferskt i minne. Dette hjalp meg senere i analyse og tolkningsarbeidet. Formålet med analysen var å forsøke å finne ut hvordan sykepleiere beskriver veiledning av UMD.

Jeg benyttet meg av elementer fra Kvale`s (2006) kvalitativ analyse. Det første jeg måtte gjøre er å lese gjennom de transkriberte tekstene for å få en følelse av helheten. Jeg



leste datamateriale flere ganger slik at jeg kunne finne data som hørte sammen.

Kvale (2005) beskriver tre analyseenheter i analysearbeidet:

1. Selvføståelse
2. Kritisk forståelse basert på sunn fornuft
3. Teoretisk forståelse

**Selvforståelse** begrenser seg til respondenten. Respondentens synspunkter omskrives, slik de forstås av forskeren (Kvale, 2005). Allerede mens intervjuene foregikk, ble det forsøkt foretatt en oppsummering av det som ble sagt, slik at respondenten kunne gi tilbakemelding om ting ble oppfattet riktig.

**Kritisk forståelse basert på sunn fornuft** er det andre nivået i fortolkningen og omfatter kritisk tolkning av respondentenes utsagn. Her brukes forskernes allmenne kunnskaper om området. En stiller seg mer kritisk til informantenes utsagn og setter disse utsagnene i en større forståelsesramme.

**Teoretisk forståelse:** Som det siste nivået brukes teoretisk referanseramme for å tolke utsagnenes mening. På dette stadiet overgår de teoretiske tolkningene både selvføståelse og kritisk forståelse og stiller utsagnene i et mer utvidet perspektiv.

Problemstillingen og forskningsspørsmålene var utgangspunktet for tolkning av intervjuene. Hovedspørsmålet i studien var: "Hvordan beskriver sykepleiere veiledning til ungdom med type 1 diabetes? Analysen jeg benyttet meg av inneholdt elementer av det som Kvale (2006) kaller for meningsfortetning. Ved denne typen analyse foregår arbeidet i fem trinn (Kvale, 2006):

1. Gjennomlesing
2. Bestemme "meningsenhetene"
3. Uttrykke temaet som dominerer den naturlige meningsenheten,
4. Undersøke meningsenheten i lys av studiens spesifikke formål
5. Binde sammen de viktigste emnene i intervjuet i et deskriptivt utsagn

Datamaterialet ble først **gjennomlest** for å få et helhetsbilde av innholdet. Deretter ble dataene strukturert og de naturlige **meningsenheter** bestemt. Etter å ha stilt meg spørsmål: "Hvordan beskriver sykepleiere veiledning til ungdom med type 1 diabetes mellom 12-16 år og deres nærmeste?" ble to sentrale **tema som dominerte den naturlige meningsenheten trukket frem**. Disse sa noe om sykepleierens veiledning og faktorer som påvirker veiledning av UMD og deres nærmeste. Deretter undersøkte jeg **meningsenhetene i lys av studiens spesifikke formål** og stilte følgende spørsmål: "Hva forteller denne uttalelsen meg om sykepleierens

veiledning til UMD?”, ”Hva påvirker sykepleiernes veiledning til UMD?” (jf. forskningsspørsmål). Jeg kom frem til flere **viktige emner i intervjuet** som jeg uttrykte i **deskriptive utsagn**. Dette ble gjort ved å lete etter fellesnevnerne i meningsenhetene som skulle gi en ensartet fremstilling av sykepleiernes beskrivelser av deres erfaringer med veiledning av UMD og deres nærmeste.

#### **4.4 Studiens validitet og reliabilitet**

Utgangspunktet for hele den kvalitative forskningsprosessen er forskerens fordommer og forforståelse (Holme & Solvang, 1997). Jeg har hele tiden forsøkt å være bevisst i forhold til min egen forforståelse og fordommer slik at de ikke virker inn på en måte som gjør at jeg møter med klare forventninger om hva jeg ønsker å finne. Forskeren kan ikke være fullt objektiv, men kan nærme seg objektivitetsidealet ved å være klar over det at hans meninger og verdier spiller inn på resultatene (Holme & Solvang, 1997). ”Validiteten avhenger av *hva* som er målt og betegner datas *relevans* for problemstillingen i undersøkelsen” (Hellevik, 1995, s. 159). I følge Kvale(2006) avhenger undersøkelsens validitet av studiens teoretiske forutantakelser. Validiteten av kunnskapen som produseres avhenger av planleggingen av undersøkelsen. Validitet har også med intervjupersonens troverdighet å gjøre. Respondentene i min studie var alle erfarne sykepleiere som hadde kunnskap og erfaring i arbeid med UMD. Sykepleiere ble i løpet av intervjuene spurt om meningen med det som blir sagt, og gitt informasjonen ble kontrollert med enkle underspørsmål som skulle bekrefte eller avkrefte denne. Fokuset i intervjuene var rettet mot å svare på forskningsspørsmålene. Jeg forsøkte å stille relevante spørsmål som kunne sikre validiteten av funnene. Det som rapporteres av funnene er i min studie en valid beskrivelse av intervjuene. Respondentenes uttalelser brukes i presentasjon av funnene og dette er med å sikre studiens validitet. Kvale (2006) skriver at studiens validitet avhenger av valide vurderinger og beskrivelser av intervjuene.

En intervjuundersøkelse skal etter Kvale (2006) ha validitetsaspektet gjennom intervjuundersøkelsens sju stadier. Disse stadiene er: **tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, verifisering og rapportering**. Tematiseringen ble foretatt tidlig slik at emnet og formål med undersøkelsen ble formulert. Deretter ble studien planlagt med hensyn til stadiene. Tilgjengelig forskning og litteratur på området ble gjennomgått, søknaden om tilgang til feltet og tillatelse for å starte prosjektet ble sendt. Intervjuing ble foretatt etter

intervjuguide og intervjuene ble tatt opp på bånd. Transkribering ble først foretatt så nøyaktig som mulig ut i fra opptakets kvalitet. Analyse ble foretatt og det ble trukket frem hovedkategorier og underkategorier. Datamaterialers gyldighet og pålitelighet ble verifisert gjennom å være nøye på hva som ble gjort og hvordan. Studien rapporteres i en masteroppgave. Validitet berører alle de sju stadiene i intervjuundersøkelsen og bør derfor benyttes som kvalitetskontroll gjennom alle stadier i kunnskapsproduksjon (Kvale, 2006).

Reliabilitet i en studie handler om konsistens i forskningsfunn og retter seg mot alle ledd i datasamlingen. Intervjuenes reliabilitet kan spesielt settes i sammenheng med ledende spørsmål, som når de ikke er en bevisst del av intervjuteknikken – uforvarende kan påvirke svarene (Kvale 2006). Kontroll av reliabilitet kan gjøres på ulike måter, både ved at flere tolker samme datamateriale, eller ved at forskeren gir redegjørelse for prosedyrer og forklarer de ulike trinnene i analyseprosessen (Kvale, 2006). Når flere analyserer og kommer frem til ulike resultater, kan disse i følge Kvale (2006), bearbeides i en dialog som kan føre til intersubjektiv enighet eller rapporteres side om side og begrunnes. En høy reliabilitet er men en for sterk fokusering på reliabilitet kan motvirke kreativ tenkning og variasjon (Kvale, 2006). Jeg har i min studie forsøkt å beskrive de ulike trinnene i både datainnsamling og analysen slik at andre kan følge disse.

Kritikken som retter seg mot kvalitative studier er at de ikke kan generaliseres. Kvalitativ forskning kjennetegnes av få respondenter. Datamaterialet i studien er rikt og inneholder sju sykepleieres beskrivelser og erfaringer av veiledning av UMD. Sykepleiere er ansatt ved tre forskjellige sykehus og arbeider både poliklinisk og på barneavdelinger. Målet med oppgaven var, som tidligere nevnt ikke å generalisere, men å få frem respondentenes beskrivelser av egen veiledning av UMD i håp at funnene kan være til nytte i klinisk arbeid.

## 4.5 Etiske overveielser

Det er viktig at en som forsker vurderer de valg en gjør ut i fra de etiske prinsipper (Jacobsen, 2005). De mest sentrale forskningsetiske normene er, i følge Brinchmann & Vike (2005), hensynet til forsøkspersonen, informert og frivillig samtykke, konfidensialitet og ivaretagelse av personopplysninger, forskerkompetanse og nødvendige tillatelser. I mitt arbeid fulgte jeg de etiske retningslinjene i Helsinkideklarasjonen (2000) og Sykepleierens Samarbeid i Norden Etiske retningslinjer for sykepleieforskning (2003).

I Helsinkideklarasjonen (2000) slås det fast at hensynet til individet skal alltid gå foran hensynet til samfunns- eller forskningsnytt. Det er i all forskning viktig å avveie mulig nytte mot mulig skade. Ikke-terapeutisk forskning innebærer ingen helsemessig gevinst for forsøkspersonene. Dette innebærer at det stilles ekstra krav til gjennomføring av prosjektet, spesielt i forhold til informert samtykke.

For å sikre at de etiske prinsippene ble fulgt, søkte jeg tillatelse fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) om å gå i gang med prosjektet. Tillatelsen om å gjennomføre prosjektet ble gitt 26.4.2008 (vedlegg 5).

Sykepleierens Samarbeid i Norden etiske retningslinjer for sykepleieforskning (2003) baserer seg på fire etiske prinsipper: autonomi, velgjørenhet, ikkeskade og rettferdighet. Informert samtykke, frivillighet og anonymisering står sentralt.

Etter at kontakten med oversykepleiere/avdelingssykepleiere ble opprettet ved søknad om tilgang til feltet formidlet disse både informasjonsskriv (vedlegg 3) og samtykkeskjema (vedlegg 4) til sykepleiere. Samtykkeskjemaene ble oppbevart i låsbart skap atskilt fra både datamateriale og lydbånd. Det var kun forskeren som hadde tilgang til disse. I følge Helsinkideklarasjon (2000) skal respondentens identitet beskyttes og eventuelle sensitive data holdes innelåst. Data ble anonymisert ved transkripsjon for å forhindre gjenkjenning av både respondenten, sykehusene og avdelingene. Lydbåndene og utskriftene ble holdt innelåst på to fysisk atskilte plasser. Alle respondentene var informert om mulighet til å trekke seg fra undersøkelsen. Datamateriale ble transkribert og lagret på privat PC uten forbindelse til Internet. Personlige opplysninger som navn, adresse, fødselsdato og lignende ble ikke skrevet

ned og ga dermed ikke mulighet til å gjenkjenne respondenten.

## **4.6 Oppsummering**

I metodekapitlet ble det gjort rede for valg av kvalitativ metode og kvalitativ dybdeintervju. Metodologiske utfordringer som tilgang til feltet, rekruttering av respondenter og presentasjon av utvalget ble presentert. En kort beskrivelse av analysearbeidet ble gitt. Etiske overveielser og nødvendige tillatelser er beskrevet i dette kapitlet. Metodekapitlet ga en redegjørelse for studiens validitet og reliabilitet. I neste kapittel blir analysen og studiens funn presentert.

## 5.0 PRESENTASJON AV ANALYSE OG STUDIENS FUNN

I dette kapitelet presenteres studiens funn. I løpet av analysen ble det gjort forsøk på å trekke frem det essensielle i intervjuene og lage kategorier som skaper mening. Kategoriene som ble trukket frem tar utgangspunktet i studiens problemstilling og forskningsspørsmål. En oversikt over hoved- og underkategorier, samt deskriptive utsagn presenteres i tabell 1. Deretter gis en kort beskrivelse av fremgangsmåten en brukte for å komme frem til de ulike kategoriene.

Hovedkategorier	Sykepleiernes veiledning til UMD		Forhold som påvirker sykepleierens veiledning av UMD	
Underkategorier	Utfordringer med å skape kontakt	Viktige komponenter i veiledningen	Rammefaktorer	Kontekst som påvirker veiledning
Deskriptive utsagn	<p><i>Å møte ungdommene der de er</i></p> <p><i>Hvordan imøtekomme ungdommens behov for støtte</i></p> <p><i>Å ta ungdommene på alvor</i></p> <p><i>Tilnæringsmåter i møte med UMD</i></p>	<p><i>Målet med veiledning</i></p> <p><i>Innhold i veiledning</i></p>	<p><i>Tid</i></p> <p><i>Miljøet rundt veiledningssituasjon</i></p> <p><i>Satsing på veiledning</i></p>	<p><i>Betydningen av sykepleiernes kunnskap og erfaring</i></p> <p><i>Betydningen av ungdommenes psykososiale "bagasje"</i></p>

Tabell 1 Presentasjon av hovedkategori og underkategorier

Etter å ha brukt Kvaales tre analyseenheter: **selvforståelse, kritisk forståelse basert på sunn fornuft, teoretisk forståelse** kom jeg frem til at sykepleierne beskrev ulike utfordringer dog viktige komponenter som kjennetegner veiledning av UMD og deres nærmeste. I tillegg

beskrev sykepleierne forhold som de mener påvirker deres veiledning til disse. Jeg valgte derfor å formulere to hovedkategorier **”Sykepleiernes veiledning til UMD”** og **”Forhold som påvirker sykepleiernes veiledning til UMD”**. To underkategorier hørte naturlig under hovedkategorien om sykepleiernes veiledning: *”Utfordringer med å skape kontakt”* og *”Viktige komponenter i veiledningen”*. *”Rammefaktorer”* og *”Kontekst som påvirker veiledning”* hørte til hovedkategorien **”Forhold som påvirker sykepleiernes veiledning til UMD”**. Til slutt kom jeg frem til deskriptive utsagn som uttrykker viktige emner i underkategoriene. Analysens fremgangsmåte ble tidligere beskrevet i kapittel 4 (s.33). En oversikt over hoved- og underkategorier, samt deskriptive utsagn er presentert i tabell 1. Respondentenes utsagn brukes for å presentere studiens funn. Sitatene brukes for å vise respondentenes tanker om egen veiledning til ungdom med diabetes type 1. Sitatene gjengis noe omformulert for å bedre tekstflyten og lette lesing. Dette ble gjort fordi transkripsjonen i seg selv innebærer oversetting fra et muntlig språk, som har egne regler, til et skriftlig språk med helt andre regler (Kvale, 2006). Kvale (2006) forteller videre at ordrette intervjutranskripsjoner kan medføre uetisk stigmatisering av bestemte personer eller grupper. Muntlig og skriftlig språk har naturlige forskjeller og det kan derfor være greit å omformulere og fortette uttalelsene (Kvale, 2006, s.107). I dette kapitlet brukes begrepene ”respondent” og ”sykepleier” om hverandre når en skal referere til sykepleiernes utsagn fra intervjuene.

## **5.1 Sykepleiernes veiledning til ungdom med diabetes type 1**

Denne hovedkategorien (jmf. tabell 1, s.38) presenterer veiledning til ungdommene med type 1 diabetes. Sitatene ble valgt for å vise sykepleiernes beskrivelser av hvilke utfordringer de møter i sitt arbeid med UMD. I tillegg til dette beskrev sykepleiere ulike tilnæringsmåter de bruker når de veileder disse, samt viktige komponenter i veiledningen. Utsagnene som brukes i fremstillingen av funn er med på å gi et bilde av sykepleiernes veiledning hvis mål er stimulering av egenomsorg hos UMD.

### **5.1.1 Utfordringer med å skape kontakt**

Av og til kan det være vanskelig å skape den gode kontakten og sykepleieren må nøye seg med det hun får og forsøke å formidle at ungdommen har et sted å henvende seg til:

*”Mange ganger så sier jeg kanskje sånn: ok, kjekt å se deg ... ha det bra... Jeg bare prøver å si at de er velkomne her, de kan ringe når de vil, ta kontakt, ... ”*

Sykepleierne opplever at ungdommene ikke alltid er like mottagelige for kontakt. Noen ønsker ikke å samarbeide og går med en gang sykepleieren har foretatt de nødvendige undersøkelsene. Sykepleiere blir skuffet, men må akseptere tingenes tilstand.

Sykepleierne som jobber på poliklinikken beskriver det slik:

*”Utfordringen er når de sitter der fulle av motstand, legger armene i kors og svarer ikke...”*

*”... da prøver jeg å komme inn under, men nei, det er noe herk. De ønsker ikke å snakke, vil ikke. De synes at det er kjedelig... Er vi ferdige?, så går de... Da føler du at lufta går ut av deg... De kommer jo igjen, det er noe med det. De aller fleste kommer igjen.”*

*”Så noen kommer vi til kort med. Det må jeg bare si. Det er forferdelig... Men du vet at du ikke klarer å nå alle... De har kanskje noen år hvor de raser fra seg og så kommer de tilbake igjen. Det må du bare akseptere...”*

*”...de kommer her med capsen bak fram og bare sitter og ikke er fornøyde. De får et problem med forhold til både det å være ungdom og ta med seg sin diabetes.”*

En respondent uttrykket det slik:

*”Så vi må møte de der de er, og veilede så sant som det er mulig. Det er vanskelig”*

*”Min oppgave i forhold til det er å prøve å nå inn til de, uansett hvor de er og beholde kontakten, ... å vise at jeg beholder troen, respekten for de når det gjelder å ta vare på sin diabetes.”*

#### Å møte ungdommen der de er

Noen av respondentene i studien jobber på både barneavdelingen og barnepoliklinikken, mens andre jobber kun på avdelingen eller poliklinikken. Sykepleiere som jobber på poliklinikken blir bedre kjent med ungdommene og oppnår kontinuitet i oppfølgingen. Ungdommene møter på poliklinikken minst fire ganger i året. Respondentene opplever at de blir bedre kjent med ungdommen og at kommunikasjonen er bedre når den baserer seg på trygghet, åpenhet og respekt for hverandre. Det kan virke som om sykepleiere som jobber på poliklinikken kan være mer fleksible når det gjelder det å veilede ungdommen til egenomsorg.

Felles for alle sykepleierne er at de forsøker å *møte ungdommen der de er*, på deres egne premisser og tilrettelegger forholdene best mulig for at ungdommene skal føle seg trygge og ivaretatt.

En av sykepleierne forteller:

*”... det som er viktig, er å ta de imot og behandle dem med respekt. Bli kjent med dem*



*slik at de blir trygge. Da lager jeg en god arena til å fortsette på. Målet er at de skal være trygge, trives hos oss og føle at de blir sett.”*

Flere av sykepleiere sier at de finner ungdommens ståsted ved å lytte, høre hva de er opptatt av. Det er viktig for dem å skape god kontakt for å komme nærmere ungdommen og kunne samarbeide med dem. Funnene viser også at de fleste sykepleiere forsøker å kommunisere med ungdommen på deres premisser, snakke litt om interesser for å få ungdommene til å åpne seg og fortelle.

Fire av respondentene beskrev dette slik:

*”Med barn kan du bestemme litt og si sånn må du gjøre. Det kan du ikke med en ungdom, du må forklare dem, si hva du mener og hvorfor.”*

*”Du må begynne med å høre. Du må plukke ting som stenger for kommunikasjon. For hvis de sitter med angst og tenker på den gamle mannen som bor opp i det huset med amputert fot og som har diabetes, så greier de ikke å høre på et ord av det jeg sier. Høre på dem, hva vet de om diabetes og jeg må bli kjent med dem før jeg kan begynne å introdusere mine ting. Det er grunnlaget du skal lage når de skal gå her fire ganger i året, at du faktisk har blitt kjent med dem. Vi må begynne med å høre, ikke med å snakke.”*

*”... vi er interessert i hvordan det går med en som driver sykling... Hvordan det går når han skal gå på et løp. Jeg spør, hva gjør du, hvordan forbereder du deg til det? Jeg føler at det åpner, for da er de interessert... Jeg føler at vi blir litt kjente med dem, når vi ikke sitter med dataen og bare spør: Ja, hvordan var blodsukkeret?*

*”... når en blir mer og mer kjent med hverandre så klarer du å fange det opp hva de er opptatt av, hva de tenker på, underveis. ...”*

#### Hvordan imøtekomme ungdommens behov for støtte

Sykepleierne på poliklinikken erfarer at UMD som ungdommene flest i denne perioden har behov for støtte og hjelp til å takle ungdomstiden. Denne tiden er full av utfordringer og ungdommene utforsker gjerne ”de voksnes verden”. Sykepleierne forteller at de føler ansvar for å veilede og støtte ungdommer slik at de minsker risiko for alvorlige konsekvenser av denne atferden. Respondentene er ut i fra det de forteller ikke dømmende. De tar ungdommene på alvor og forsøker å hjelpe dem.

Sykepleierne forteller:

*”En 12 åring hadde begynt å drikke. Vi vet at de ikke har lov, men vi er nødt til å fortelle hva er lurt for deg hvis du gjør det. Fortelle hvilke skader alkohol gjør og hva som er, gå og spis masse pizza, chips før du legger deg. Jeg er nødt til å fortelle sånne ting selv om de er for unge til å drikke, men de gjør det og da må vi fortelle. Jeg kan ikke nekte å snakke om drikking før de er 18 år...”*

*"Det er en som har blitt litt sånn, (R gjør seg stor, brer ut armene) Går du og trener? Ja. Og hvordan er det i de miljøene? Er det noen greier? Ja. Også begynner han å spørre: "Ja, hvordan er det med sånne proteinpulver, hvordan er det hvis du bruker noe? Ja, jeg har en kamerat som bruker testosteron..." - En kamerat-, ja ok. Er det farlig, går det an å ta en blodprøve?"*

*"Ikke så mange forteller, men jeg må gripe fatt i ord de kommer med, stikkord, og prøve å finne ut av ting. Mange ganger så spør jeg direkte og da får du oftest et ærlig svar."*

*"En jente spurte hva hvis noen røyker, da forstod vi at hun røyker og da må vi forklare henne."*

Respondentene beskriver at det at ungdommene får forståelse for egen sykdom er viktig for å kunne gi seg den beste behandlingen, ha det godt med sin kropp og ha mindre fare for senkomplikasjoner.

#### *Å ta ungdommene på alvor*

Funnene i studien er ikke entydige når det gjelder ungdommens involvering i veiledningsopplegget. Noen av sykepleiere mener at UMD har mulighet til å påvirke konsultasjonene og behandlingen mens andre mener at det ikke alltid er tilfelle. Enkelte sykepleiere prøver å jobbe sammen med ungdommene slik at de selv formulerer målene sine og sette opp en plan for hvordan de skal nå disse.

Sykepleierne respekterer ungdommens ønske om avhengighet, men føler også at mye avhenger av ungdommens tilstand og situasjon de befinner seg i.

En sykepleier mener at dersom UMD ønsker å være med og påvirke veiledningen, så har de mulighet til det. Hun forteller at ungdommene som oftest ikke er interessert i dette.

*"Jeg vil nok si at de har valg hvis de vil, hvis de vil være med og bestemme så har de gode muligheter for det, absolutt. Men veldig ofte så er det den der "vet ikke" og da blir det du som gjør alt..."*

En sykepleier beskrev forsøk på å involvere ungdommene i veiledningen slik:

*"... å måle blodsukker hver morgen, går det an? Nei, du har ikke tid. Ok. Kan du måle blodsukker på skolen? ... Vi trenger ikke mer en det, et mål, en ting i løpet av en dag. Greier du det? En ting må vi ha. Vi starter veldig, veldig smått."*

I tilfeller når UMD har problemer med å håndtere sin diabetes så synes sykepleieren at det er viktig å skjære gjennom og styre ungdommene mer for at de skal komme inn på rett spor.

Respondenten forteller:

*"Vi, pålegger dem av og til. Sier, du kommer igjen om en måned og da vil jeg ha det sånn og sånn..."*

Respondentene synes at ungdom er mest opptatt av det hvordan de kan fungere best i hverdagen, på skolen med kjærester. Ut i fra funnene kan det se ut som om sykepleiere synes at det er viktig å få ungdommene med på lag, men at ungdommene styrer selv hvor mye de ønsker å være med. En av sykepleierne formidlet det slik:

*"De kan styre med det hvor samarbeidsvillige de er. Det går jo på samarbeid. Hvis ikke de vil samarbeide så har du ikke så mye å stille opp med. Sånn er det bare... du prøver, men av og til må du kanskje prøve å si stopp hvis ikke de vil samarbeide."*

#### Tilnæringsmåter i møte med UMD

Sykepleiernes veiledning kan foregå på mange ulike måter og i forskjellige situasjoner. Sykepleierne som jobber på poliklinikken fortalte at veiledningen består av dialog med ungdom, fast HBA1c måling og undervisning etter behov. En av dem beskrev følgende fremgangsmåte:

*"Jeg bruker ikke undervisning, fordi undervisning er en enveis kommunikasjon og en lærer lite av undervisning. Jeg bruker "PAK modellen". Den står for "Practice", "Attitude", "Knowledge". Du praktiserer og erfarer ting selv. Gjennom dialog får du holdninger som deretter fører til at du tar bedre vare på deg selv. Du tilegner deg kunnskap..."*

Respondenten fortalte også dette:

*"Jeg har et redskap som jeg bruker, det tar mer tid og jeg inviterer dem alene, uten foreldre. Vi har da en time med to oppfølgingstimer. Dia Clock, utviklet av Kjersti Jensen i Kristiansand som er pedagog og har diabetes. Dette viser 24 timer klokke med lys halvpart som er dag og en mørk halvpart som er natt. Klokken visualiserer sykdommen gjennom å legge på en del symboler på, for eksempel insulin. De forteller når de fikk insulin morgen og kveld. Vi bruker dette som et utgangspunkt. Hvor lenge virker den, når har den maks effekt. Og så skal de legge på måltider på de spesielle tidspunkter, og der de setter insulin. Noen ganger setter de ikke insulin til maten. Mitt mål er at de skal se hvor det mangler ting, visualisere hva de faktisk gjør feil."*

En annen respondent beskrev sin tilnæringsmåte slik:

*"Eneste måten jeg føler meg som lærer er når jeg underviser foreldrene på nettverksmøter og barnehager, skoler. Ellers føler jeg meg mer som veileder, jeg finner ut hvilke behov de har, det kan være mange forskjellige behov ..."*

En respondent ansatt på barneavdelingen fortalte at hun gir råd, veiledning og informerer nesten hele tiden. Sykepleieren bruker anledningen når den byr seg og bruker de hverdagslige situasjoner til å prate med ungdommene. Hun formulerte det slik:

*"du bruker de anledningene du har. Du er kanskje innom kaster søppel, reier seng,*

*kommer med håndklær. Det er mye du kan snakke og få informasjon om i hverdagslige situasjoner... ”*

Sykepleierne gir uttrykk for at det er viktig for dem at ungdommene tar vare på egen helse. De opplever at det til tider kan være vanskelig å finne ut hvordan de skal oppfordre UMD til egenomsorg. De prøver likevel å nå inn til dem selv om de er lite mottagelige i utgangspunktet.

Noen forteller følgende:

*”Jeg synes ikke at det er alltid like lett å snakke med dem. Du snakker og så føler du at det blir mas, det har de hørt før. Men du er nødt, når de er hos oss da er det viktig å komme med oppfordringer til dem i alle fall hvis de kommer gang på gang, ... ”*

### **5.1.2 Viktige komponenter i veiledningen**

#### Målet med veiledningen

Sykepleierne forteller at det er veldig store individuelle forskjeller i når og hvordan UMD begynner å ta ansvar for egenomsorgen. De fleste sykepleiere i studien er enige om at det ikke er så enkelt å vite hva som skal til for at ungdommene skal overta ansvaret for egenomsorg. Respondentene mener at det er viktig at ungdommene får forståelse for egen sykdom. Sykepleierne forsøker å motivere ungdommene til å bli interessert i egenomsorg, de forsøker å legge forholdene til rette, og følge opp ting som ungdommene eventuelt tar opp i veiledningssituasjon.

Målet med sykepleierens veiledning er at UMD skal komme gjennom ungdomstiden på best mulig måte. De fleste sykepleierne viser engasjement og tilstedeværelse og fokuserer på at de er opptatt av at ungdommene skal forstå viktigheten av å kunne ta vare på seg selv.

Sykepleierne fortalte dette om målet med veiledningen:

*”Det aller viktigste for meg er å formidle det at det går helt greit å leve med diabetes... De må ta mer forhåndsregler.”*

*”Målet mitt er at de skal forstå hvorfor de må måle blodsukker, hvorfor de skal sette insulin. De skal ha forståelse for sin diabetes og gi seg selv den beste behandlingen, at kroppen skal ha det best mulig, fordi de skal ha det best mulig med sin kropp.”*

*”Så målet må være å finne den knappen som gjør at de begynner å bruke kunnskapene sine. Finne motivasjonsknappen. Det tenker jeg er målet for meg... målet må være å få åpne opp så de begynner å ta vare på seg selv.”*

*”Målet må være at essensen av det jeg snakker om går inn, i alle fall noe av det. At det sitter noe igjen, at de ikke bare lar det gå rett gjennom, ... at de kan ha nytte av det videre når de skal hjem i hverdagen sin. Målet er at de føler at det gjelder dem selv. ... at det er jeg som skal leve videre med sykdommen.”*

*”... ha god livskvalitet og mindre fare for senkomplikasjoner.”*

*”... å bevisstgjøre på gode rutiner, god håndhygiene før de stikker seg i fingeren, både for å få riktig BS men også for at når du stikker hull i huden er det mulig inngangsport for bakterier. Så å bevisstgjøre dem på god hygiene, bevisstgjøre dem på et sunt kosthold...”*

*”... Jeg tenker målet må være å åpne opp, slik at de begynner å ta vare på seg selv.”*

På spørsmålet hvordan de evaluerer veiledningen fortalte to av sykepleierne fra poliklinikken:

*”hva som er forskjellen på de gangene når det går bra eller ikke. Det vet jeg ikke egentlig, jeg kan ikke fortelle at jeg har et pedagogisk verktøy som jeg bruker.”*

*”Ikke annet enn at du ser de kommer igjen. Det er den tilbakemelding på at du har gjort noe godt.”*

*”Du vet aldri helt hvor du treffer.”*

En av sykepleierne ansatt på barneavdelingen sa:

*”Jeg skjønner det etter spørsmålene de stiller etterpå. Hvis du har sagt en ting veldig klart og tydelig og de stiller spørsmål om akkurat det, da tenker du: Du har ikke fått med deg noe av det jeg har sagt. Det kan være at de er i en sjokkfase fortsatt, at det var litt for tidlig at det tema for akkurat, at du må repetere det.”*

En annen fortalte at hun pleier å la ungdommene undervise foreldrene for da ser hun hva de har fått med seg:

*”Når jeg har ungdom til opplæring for første gang, så underviser jeg de unge alene først. Senere har vi undervisning med foreldre. Da er det ungdommen som snakker og forteller og jeg støtter og hjelper. Da er de, lærer og jeg er ”backup”. Slik føler jeg at jeg får en veldig grei tilbakemelding om hva de har fått med seg.”*

#### Innhold i veiledningen

Om innhold i veiledningen fortalte en av sykepleiere:

*”... Du gir råd og veiledning om ting som du ser kanskje de strever med. Kanskje du kan gjøre på denne måten istedenfor, det kan være bedre for deg, har du tenkt på det eller? ...”*

Andre sykepleiere ansatt på barneavdelingen fortalte at de forsøker å lære ungdommene praktiske ferdigheter og teoretiske kunnskaper:

*”Bruker veldig mye dette her å praktisk vise, vise en sprøyte, vise et blodsukker måler, la de få øve seg.”*

*”... å sette seg ned og vise hvordan du måler blodsukker, lar de prøve å måle på meg. Det samme med å sette insulinsprøyter selv når de skal prøve seg.”*

*”Vi viser hvor det er praktisk og greit å stikke, for det er ikke alle steder som det er greit å stikke. ... direkte diabetes kunnskap og praktiske ferdigheter er de viktigste for oss.”*

*”..., vi har en plansje hvor vi viser dem hvor bukspyttkjertelen er, magesekk, og hvor de forskjellige ting i magen ligger, hvor insulinet lages.”*

Sykepleierne veileder ofte i forhold til kosthold, fysisk aktivitet og problemløsning i situasjoner med for lavt blodsukker.

*”Jeg kan sette meg i spisestua og snakker med dem. Da kommer jeg inn på det at i brunosten er det veldig mange karbohydrater og det er ikke særlig smart å bruke mye brunost på skivene. Vi ser og på forskjell mellom vanlig syltetøy og lett syltetøy, ser på forskjell i mengden karbohydrater...”*

*”Vi går gjennom kostholdsundervisning, vi snakker litt om det når de skal ligge hos kammerater, ha svømming på skolen, ...”*

*”Når de går ut på tur herifra, går de som regel med kjeks i lommen, fordi blodsukkeret kan bli for lavt. Da opplever de det selv. De spiser og kommer tilbake. De måler hvis det går galt. Vi prøver å forberede dem på både for høyt og for lavt blodsukker og hvordan de kan oppleve på kroppen at det er forskjellige symptomer fra person til person. Vi pleier å prøve å forberede dem på problemer.”*

Sykepleierne som jobber på avdelingene møter ungdommene i mer akutte situasjoner for eksempel ved første innleggelse (nyoppdaget diabetes) eller ved innleggelse på grunn av ketoacidose. Dette medfører at de først og fremst må gi ungdommene opplæring i grunnleggende ferdigheter når det gjelder egenomsorg, for eksempel det å måle blodsukker, gi insulin, ta urinprøve av seg selv. Ved alle tre sykehusene har avdelingene et pedagogisk opplegg for diabetesundervisning for barn og ungdom med nyoppdaget diabetes og for ungdom som blir lagt inn på grunn av ketoacidose.

Ved nyoppdaget diabetes er det mye opplæring i teoretiske og praktiske ferdigheter.

Sykepleierne fortalte følgende:

*”... hvis de er nyoppdaget da skal vi gjennom det å føle, stikke eller snakke om feber... Da er det bestemte mål og mening med det... Du må stykke det opp slik at det ikke blir for mye... med nyoppdaga så har en mål og hva en skal undervise i...”*

*”ellers så går det veldig mye på vanlige ting, altså vi kan ha alt i fra hva er diabetes, stikketeknikk, måleteknikk, altså måling av blodsukker, sånne enkle ting som det kan være greit å få gått gjennom, få en repetisjon for og begynne på nytt, ja. For de lærer seg jo veldig ofte det nytter.”*

Når UMD utvikler ketoacidose og blir innlagt på avdelingen blir de ovennevnte tingene gjennomgått på nytt. En sykepleier fortalte at:

*”Vi har noen ungdommer som kommer med ketoacidose som er veldig, veldig forhøyet,*

*der jobber du på litt annen måte der må du se hva som ikke fungerer i hverdagen. Er det for lite insulin, er det for mye mat, er det snikspising, er det, insulin lommer som ligger, der må du begynne å problemløse, det er en helt annen måte å jobbe på. Vi har ikke så veldig mange. De som er, er ofte gjengangere. Det er et eller annet som er problemet, kanskje stikker de seg feil, slik at ikke alltid insulinet blir i kroppen, at de stiller pennene feil. Det blir liksom prøving og feiling og da observerer vi det gjerne, vi er med og ser hva de spiser, er med og ser at de ikke lurert maten unna, er med og prøver å finne at de ikke snikspiser. Da blir det mer observasjon for å finne ut hva er egentlig feilen her. ”*

## **5.2 Forhold som påvirker sykepleierens veiledning av UMD**

Funnene knyttet til denne hovedkategorien (jf. tabell 1, s.38) viser at det er mange forhold og forutsetninger som påvirker sykepleierens veiledning til UMD. Underkategoriene handler om rammefaktorer og kontekst som påvirker veiledning til UMD.

### **5.2.1 Rammefaktorer**

Sykepleiere i intervjuene beskriver en del rammefaktorer som de mener påvirker deres veiledning. Disse faktorene er knyttet til sykehuset som arbeidsplass og lærearena for UMD. Respondentene forteller at *tid, miljøet rundt veiledningssituasjon og satsing på veiledning* påvirker deres veiledning til UMD. Funnene viser at sykepleierne kommer med sprikende informasjon når det gjelder disse faktorene. Dette kan ha sammenheng med det faktum at respondentene jobber ved tre ulike sykehus.

#### Tid

*Tiden* strekker ikke til og det å kunne komme med ideer og finne på gode løsninger i forhold til veiledning av UMD blir vanskeligere:

*”Jeg føler hele tiden at rammene rundt hos oss blir mindre. Før så kunne vi bruke tid og da blir du litt mer kreativ, til å tenke ut ting. Vi hadde litt felles møter med andre... Nå er det mer sånn, kjør og da får du ikke kommet opp med så mange ideer. Faktisk ikke.”*

To andre sykepleiere fortalte også at de synes at tid er viktig for veiledningens kvalitet.

*”En annen ting som påvirker veldig er tid, det å ha nok tid ser jeg på som veldig viktig. Det har jeg av og til, og av og til så har jeg det ikke.”*

*” ... enkelte ganger har jeg det ganske travelt, men undervisning i diabetes har vært ganske høyt prioritert. Det å få lov og sette seg ned og undervise har det stort sett vært gehør hele veien... men av og til er det så travelt at du sier, jeg er nødt til å utsette det.”*

### Miljøet rundt veiledningssituasjon

Noen av respondentene mener at *miljøet rundt veiledningssituasjon* påvirker både ungdommene og veiledningen i seg selv. Dersom omgivelsene er slik at de kan slappe av og ha det noen lunde behagelig så virker det positivt inn. De beskriver det slik:

*"Det som påvirker... miljøet rundt. De kommer her, vi prøver å gjøre det koseligere enn vanlig kontor, men det er allikevel sykehus... , det er mer koselig på Lærings- og mestringssenteret (LMS). Du kan sitte i en salong..., omgivelser og miljø rundt er kjempeviktig, tror jeg. Ingen som kommer her føler seg vel..."*

*"Hos oss har vi et rom som vi kaller for diabetes rommet... Der har jeg, alt det infomateriale som jeg trenger er inne på det rommet... det er et behandlingsrom, så det er ikke noe sånn super rom å undervise. Rommet er greit nok, når en får sitte i fred og ro... Men man kan til tider ofte bli avbrutt av at folk kommer inn og kikker og spør og sånne ting, ja. Skulle gjerne hatt et rom mer tilrettelagt for undervisning, men det har jeg ikke... det er noe av det som står på ønskeliste..."*

*"... veldig viktig og at du trekker deg tilbake et rolig sted, at du slipper å sitte i gangen der er det mye som skjer, distraherer..."*

### Satsing på veiledning

*Satsing på veiledning* av ungdommer er varierende og ved et av sykehusene blir det organisert en del gruppemøter sammen med sosionom, ernæringsfysiolog og lege, men dette er ikke tilfelle ved de andre to sykehusene. Individuell veiledning av UMD er mest fremtredende ved alle tre sykehus. Dette har i følge en av respondentene med satsing å gjøre og hun forteller følgende:

*"... nå bruker vi mer tid, vi bruker to timer. Vi har bedt om å få et år til, det fikk vi innvilget i fjor... men vi hadde trengt å bruke mer tid på ungdommene. Da kunne vi gjort ennå mer."*

En annen respondent sa:

*"her har vi ikke engang tid til å lese all posten som kommer inn, som og er informasjon, fra industrien, ... og gå på internett og lese. Det er foreldrene som kommer med bunker med papir som de har funnet på internett. Det å være oppdatert det krever en god del. ... er vel ikke alltid rett at vi skal gjøre det på fritiden, selv om jeg leser en del på fritiden og."*

*"..., men det er industrien som sponser oss, med et kurs i året. Jeg og legen sier klart i fra at hvis vi ikke lenger skal få de kursene der, er vi gått ut på dato innen 3 år. Vi har et kurs i året som er viktig... du får møte andre som jobber med de samme tingene, få en teoretisk opplæring, og ikke minst høre litt hvordan andre gjør ting. ..., det er viktig å beholde motivasjonen på oss som sitter på hver vår tue rundt omkring i landet..."*

### **5.2.2 Kontekst som påvirker veiledning**

Sykepleiere i studien fortalte at deres kunnskaper og erfaringer, samt ungdommenes



psykososiale forhold kan påvirke veiledning og dermed virke inn på UMD's egenomsorg.

#### Betydning av sykepleiernes kunnskap og erfaring

Sykepleierne mente at deres kompetanse kan påvirke veiledning av UMD. Respondentene har litt ulike meninger om hvilke kunnskaper som er viktige. De fleste mener imidlertid at det å kunne kommunisere med UMD (s.40, 41), ha erfaring og kunne lære av hverandre er viktig. Det er delte meninger om hvor viktig det er med pedagogisk kompetanse. Noen av sykepleiere sier at de kunne tenke seg mer kunnskap om pedagogikk fordi de føler at det kunne hjelpe dem i arbeidet med UMD. Sykepleiere sa:

*"... hadde jeg hatt noe pedagogisk utdanning så hadde jeg kanskje tenkt annerledes."*

*"Jeg tror jeg hadde lært mye av å få pedagogisk undervisning. Jeg tror jeg kunne lært mye der, ja."*

*"Hadde jeg hatt mer pedagogisk peiling så vil nok sikkert det påvirke undervisning."*

Andre mener derimot at pedagogiske kunnskaper ikke er avgjørende for veiledning:

*"Helt sikker kan du nok ikke være, men det tror jeg ikke at du er om du har en pedagogisk utdanning heller."*

*"Pedagogisk utdanning har jeg ikke, men når du får kontakten med barna og du får foreldrene til å forstå det du driver med så, så tror jeg du gjør noe riktig uansett."*

Om opplæringen i veiledning fortalte respondentene følgende:

*"Har ikke fått opplæring i det. Ikke i det hele tatt. Nei, jeg har ikke det, men når du kan noe godt selv så er det lettere å lære det vekk, tror jeg. Jeg har hørt på andre."*

*"Jeg har selv vært på kurs i regi av NDF... Jeg har vært på alle deres reiser, der opplever du en del ting som er viktige for ungdommene. Jeg har lært mest av å være sammen med ungdommer."*

*"Jeg har ikke opplæring i veiledning. Lite, et eller annet kurs."*

Sykepleierne mener at erfaring og fagkunnskapene er viktige når en skal veilede UMD. En av sykepleierne fortalte om hvordan mangel på erfaring påvirket hennes veiledning til en UMD og hennes familie:

*"Jeg hadde ikke hatt så lang erfaring og du ser det på kartet, ok, kjempeflott. Jeg visste ikke bedre, og legen som jeg hadde med visste heller ikke. Han var helt enig at Hba1c på 5 var helt flott... det viste seg senere at ungdommen hadde følinger på følinger... foreldrene begynte å bekymre seg, fordi de fant henne i kramper om morgenen. Der gjorde jeg en dårlig jobb."*

Flere av respondentene fortalte om usikkerheten i begynnelsen og om viktigheten av å lære av både andre sykepleiere og pasienter som har diabetes.

*"Det første året jeg var i diabetesteamet var jeg litt usikker... Du er ganske ny. Jeg viste lite om diabetes fra før, ikke så veldig mye, og læringskurven det første året var bratt."*

*"Vi har kunnskapen og lærer litt av hverandre og mange her har barn selv."*

*"Erfaringsutveksling, pluss at du er på kurs og hører. Der er det alltid pasienter med diabetes som snakker om hvordan de har fått det til. Hva har de opplevd og hvordan de er blitt møtt i helsetjenesten. Da tenker jeg at det var smart. Sånn skal jeg gjøre. Du tilegner deg kunnskap mens du går veien."*

*"Vi har vært på ganske mange kurs og temakvelder om diabetes og vi har et eget diabetesteam i avdelingen som møtes et par ganger i året og går gjennom undervisningsopplegget. Vi snakker litt med hverandre, spør "Hvordan gjør du det?"*

#### Betydningen av ungdommenes psykososiale "bagasje"

Sykepleiere i studien syntes at ungdommens psykososiale "bagasje" påvirker veiledning.

Respondentene fortalte at når de får forståelse for disse faktorene, klarer å tilpasse veiledningen ungdommenes behov. En av respondentene beskrev det slik:

*"...den bagasjen som de tar med seg hjemmefra den dagen de får diabetes, det er det som er nesten avgjørende for hvordan de kommer til å takle dette... alt i fra rutiner, om de kommer fra familien med faste rutiner, sunt kosthold..."*

*"...noen mennesker det sier vi gjerne er litt enklere, sant, mener det ikke negativt, men de er like mye mennesker som alle andre, men det tar lengre tid til å få dem til å forstå hva du mener, du må gjerne si ting på forskjellige måter før de på en måte skjønner det. Det er klart at det vil påvirke deg lite grann du kan bli frustrert, aaahh tenker du for deg selv, hvordan skal jeg si at de skal skjønne det jeg mener."*

*"...den ringen de har rundt, har veldig mye å si for hva du tar imot. Og vi ser det veldig ofte..."*

*"Jeg hadde en familie hvor far hadde diabetes, som ikke klarte seg så greit, storesøster hadde diabetes, som ikke klarte seg så greit og så var det lillebror som fikk diabetes senere, som var liten, men bodde i samme hjemmet. De påvirket kanskje hverandre og resultatet var ikke bra hos han heller. Han kom ut skjevt på skråplan på mange områder da og ble flyttet på en institusjon..."*

*"Diabetesen og alt det der er kjempeviktig, men det er viktigere hvordan de har det hjemme. Hvordan de skal klare å takle hverdagen med alkoholiserede foreldre eller foreldre som ikke stiller opp eller alt mulig sånt. Da snakker jeg ikke så mye om diabetes da blir det tilleggspørsmål for den ungen, skjønner du?"*

*"De må ha støtte i familien hvis de ikke har det, familie, ikke har noen støtte, så tror jeg det vil være veldig vanskelig, men jeg tror at en kan ikke skjære under en kam, for ingen er like. Det at det er noen som kan ha ansvar når de kanskje er 14-15, andre kan ikke ta ansvar når de er 18."*

Ut i fra sykepleiernes beskrivelser er det viktig for ungdommens motivasjon og egenomsorg å ha foreldre som gir ungdommene støtte og hjelp. Samtidig beskrev sykepleiere viktigheten av "å gå ved siden av hverandre". Sykepleiere syntes at UMD bør få mulighet til å overta deler av det daglige ansvaret for egenomsorgen, mens foreldre opptrer som viktige støttespillere, uten å trekke seg helt ut.

*"... det er ungdommen som følger med på dette, samtidig så må ikke foreldrene trekke seg helt ut... De må prøve å gå ved siden av hverandre, men når du har ungdommer selv, vet du hvor vanskelig det er å gå på siden av de."*

Noen sykepleiere fortalte at det av og til kan være konflikter mellom UMD og foreldre. Da forsøkte de å vende blikket mot ungdommene:

*"... hvis de opplever foreldre som støttende, tar de dem med inn. Hvis de opplever dem som kranglende så kan vi snakke med den ene. Og av og til så må vi vende blikket fra mor og så må vi bare spørre ungdommen å få svar. Da venter vi litt med mor..."*

*"... når de da skal mer inni i bildet selv og overta egenomsorg, er de ikke vant til den situasjon og de klarer ikke å håndtere det. Da opplever vi at foreldrene sitter og trekker dem ned... at de kommer med anklager... Jeg henvender meg til brukeren, og er det foreldrene som svarer, det er varsku, signal at her må vi gjøre en endring."*

Sykepleierne fortalte at foreldrene ikke alltid støtter ungdommene når de er på veiledningen sammen.

En sykepleier sa at enkelte foreldre er lei av å "mase" og kan si:

*"Jeg følger ikke med lenger, det er du som holder på med dette her, jeg gidder ikke masse lenger, har mast på deg halve livet... Det er du som må holde på med dette."*

Hun nevnte også at hun ikke pleier å kommentere dette:

*"Da tenker jeg "please". Kan du ikke støtte de litt heller, men det er sjelden jeg kommenterer det."*

En annen sykepleier fortalte følgende:

*"Jeg mener foreldrene er viktige, hvis de velger å være med på dette her. Det er noen som følger litt fra sidelinjen. De støtter ikke ungdommen så mye som de skulle."*

På spørsmålet om hun tar dette opp sa sykepleieren:

*"Pleier å snakke med legen og sitte sammen. Vi prøver i alle fall..."*

En annen sykepleier fortalte:

*"Vi har egne psykologer, som vi bruker veldig mye i sårne situasjoner og sosionomer til dels..."*

Dersom foreldrene ikke støtter UMD pleier noen av sykepleierne i studien å involvere venner eller andre nære personer for å stimulere egenomsorgen hos disse.

Sykepleierne beskrev det slik:

*"Da kan vi spille på venner. De tar med seg venner i stedet for mor og far."*

*"Når jeg forstår at de har fått seg en kjæreste så sier jeg ta han med. Neste gang tar du han med, han er velkommen til å være med på kontrollen. Det har vi lyst til... De har med venner av og til, kjempeflott!"*

*"De viktigste for ungdommer er vennene. I den alderen er det kun venner. Da betyr ingenting verken foreldre eller oss en "null. Har de venner som de har vokst opp med så kan det bety mye for egenomsorgen."*

På en av avdelingene pleier de ikke å ha med venner men kan av og til ha søsken eller besteforeldre: Sykepleier fortalte:

*"Vi har ikke venner med på undervisningen her oppe. Vi har hatt søsken litte grann. Det har jeg god erfaring med. De virker nysgjerrige og interesserte og jeg tror at det er søsken som kan hjelpe."*

*"Noen ganger har jeg hatt en mormor, farfar... Hvis de er mye hos mormor i helgene, kan det være lurt at mormor kan litte grann om diabetes."*

En av respondentene hadde litt blandede erfaringer med å ha venner med på veiledningen.

Hun sa:

*"Ja, vi lærte før at det var viktig å ha med seg venner. Jeg opplever det ikke så positivt. Disse vennene har ikke diabetes selv og noen prøver å vise at de ikke tar ting så nøye. Litt for å skryte for sine venner. Dersom det er to venninner med diabetes så kan det ofte bli en lukket situasjon. Vi har noen ungdommer som møter samtidig fordi de er klassevenninner og venner på forhånd og det er positivt på mange måter, men jeg ser og en litt negativ effekt."*

### 5.3 Oppsummering

Sykepleiernes beskrivelser var grunnlag for å trekke frem kategorier om veiledning til UMD, samt forhold som påvirker sykepleierens veiledning av UMD. Sykepleiernes kommunikasjons og veiledningsferdigheter vektlegges i arbeidet med UMD. Det å finne ungdommenes ståsted og behov er viktig. Sykepleierne aksepterer at ungdommene er forskjellige og det at de trenger hjelp og støtte av ulik grad. Samtidig er dette en del av utfordringen knyttet til veiledning av UMD. Sykepleierne forteller også at det ikke alltid er enkelt å involvere UMD i veiledningen.

Målet med veiledningen av UMD er at de skal kunne leve et godt liv uten komplikasjoner og ha en god egenomsorg. Innholdet i veiledningen varierer. På avdelingene er veiledning i praktiske og teoretiske ferdigheter en del av oppholdet. Her finnes retningslinjer for hva de nydiagnostiserte pasienter eller de som er innlagt for ketoacidose skal gjennom. På poliklinikken er det faste målinger av langtidsblodsukkeret og samtale. Sykepleiernes veiledning inneholder opplæring, praktiske råd i forhold til blodsuktermåling, injeksjonsteknikk, viktighet av god blodsukkerregulering og annet.

Rammefaktorene påvirker sykepleiernes veiledning. Ut i fra respondentenes beskrivelser ble tid, miljøet rundt veiledningssituasjon og satsing på veiledning trukket frem som viktige rammefaktorer. Disse faktorene er felles for både barneavdelingen og poliklinikken.. Rammene blir strammere og satsing på utvikling av sykepleiernes kompetanse minker. Kravene om å gi mulighet til ungdommene og pårørende til å delta aktivt i planleggingen av veiledning og behandling er til stede. Sykepleiere klarer ikke alltid å innfri dette fordi tiden ikke strekker til. Sykepleiere trekker frem egen erfaring i veiledning og samarbeid med andre som viktige påvirkningsfaktorer. Uerfarenhet og liten opplæring kan resultere i dårligere veiledningstilbud. Ungdommenes psykososiale forhold blir også trukket frem som forhold som kan påvirke veiledning. Det kan virke som om et godt nettverk rundt ungdommene, øker deres muligheter til å leve et godt liv med diabetes.

I neste kapitel diskuteres funnene i hovedsak opp mot tidligere presentert teoretisk referanseramme.

## **6.0 DRØFTING AV FUNN**

I dette kapitlet blir studiens ulike funn, presentert i kapitel fem, diskutert opp mot teori introdusert i kapitel 2 og 3. Kapitlet er organisert etter studiens problemstilling og forskningsspørsmål. Studiens relevans for brukerperspektivet blir også presentert her.

### **6.1 Sykepleiernes veiledning til UMD og deres nærmeste**

Her blir sykepleiernes veiledning drøftet ut i fra relasjonsbygging og samhandlingsferdigheter hos sykepleiere. UMD's involvering i veiledning blir også diskutert. Tschudin (2003) og Engquist (1996) sine trinn i veiledning brukes som utgangspunktet for diskusjon av veiledningsprosess.

#### **6.1.1 Betydning av å bygge gode relasjoner med ungdommene**

Killèn (1992) skriver om relasjonens viktighet i veiledningen og sykepleiere i studien er opptatt av å utvikle relasjon som er preget av tillit, gjensidig respekt og åpenhet.

Mesteparten av respondentene i studien har jobbet med diabetes i flere år og har både gode kunnskaper om diabetes og erfaring. Sykepleiere viser ansvar og omsorg for UMD og dette er egenskaper en god veileder bør ha (Rogers, 1951, 1967,1984).

Det innledende møte mellom sykepleier og UMD er svært viktig for sykepleierens videre arbeid og forhold mellom sykepleieren og UMD. Sykepleiere gir uttrykk for at de forsøker så langt som mulig å møte ungdommen på deres egne premisser og å kommunisere som to likeverdige partnere. De tilrettelegger forholdene slik at ungdommene skal føle seg trygge og ivaretatt i veiledningssituasjon. Sykepleiere i studien innrømmer at det av og til kan det være vanskelig å nå ungdommen, motivere dem for å selv ta ansvar for egen helse. Funnene i denne kategorien kan vise til at relasjonen mellom sykepleieren som veileder og ungdommen i hovedsak preges av trygghet og tillit. Sykepleieren har en annen kompetanse enn ungdommene, men holdningen ser ikke ut til å være en ovenfra og ned holdning. Sykepleiere ser ungdommen som individer og er ikke kun opptatt av diabetes. De er opptatt av det å lytte til ungdommene, har en åpen tilnærming, og motivere ungdom til egenomsorg. Sykepleierens ekthet og empati er viktig for at ungdom med diabetes skal kunne tenke og føle selv og dette er i tråd med det Rogers et al., (1967, 1984) skriver om relasjonen som er viktig side i veiledningen. Denne studien viser at sykepleiere klarer å leve seg inn i ungdommenes situasjon og være et medmenneske. I situasjoner hvor ungdommene viser atferd som er

risikofylt (s.42) er sykepleiere ikke belærende, men forsøker å akseptere og veilede ungdommene på en ikke dømmende måte. Jeg tør hevde at dette åpner for dialog og inviterer ungdom til å vise initiativ og tørre å stille spørsmål. Også tidligere forskning viser at sykepleiernes veiledning og støtte som tar utgangspunktet i ungdommens behov kan være grunnlag for god egenomsorg (Brataas &, Herman, 2003, Hilfinger, 2005, Funnel & Haas, 1995, Karlsson et al., 2006).

Sykepleiere i studien forsøker å ha åpen samtale hvor de utforsker og gransker ungdommens væremåte. Respondentene bruker seg selv som person i veiledning av UMD. Det kan synes som om de bruker sine **relasjonsskapende ferdigheter** ved å lytte aktivt og høre hva UMD er opptatt av og hun kan bruke det videre i veiledningen samt at de sitter vendt med kroppen mot ungdommen. Ved å verbalt følge ungdommene, stille spørsmål og la ungdommen uttrykke seg, ser det ut som om sykepleierne bruker sine **avklarende og fokuserende ferdigheter**. Dermed får UMD se sin situasjon klarere og finne egne mål og muligheter til å ta vare på seg selv og sin diabetes. Respondentene i studien forsøker å fange opp ting som ungdommene sier og tilpasser veiledningen situasjonen (s.41). Sykepleiere beskriver egne ferdigheter i veiledningssituasjon, men de kaller dem ikke for relasjonsskapende eller avklarende og fokuserende ferdigheter slik som Kristoffersen et al. (2005) gjør. Grunnen til at sykepleiere ikke benevner sine ferdigheter slik kan være at de ikke kjenner til dette, eller at de ikke ble spurt direkte.

#### Hvordan ta ungdommene på alvor?

Sykepleiere i studien sier at de tilpasser innhold i veiledningen til ungdommenes behov ut i fra det ungdommen tør og ønsker å fortelle. Funnene kan tyde på at ungdommene sjelden forteller om hva de ønsker og har behov for. Dermed kan det se ut som om det er sykepleieren som velger hva hun skal veilede i dersom hun ikke klarer å få informasjon fra ungdommen. Dette er konsistent med studien til Mordiffi et al., (2003) som viste at helsepersonell i stor grad tar utgangspunkt i egne behov og forventninger i stedet for pasientens. Teorien (jf. 3.1) sier at sykepleierens kunnskap om fagområdet, kommunikasjon og veiledning kan representere makt som sykepleiere bør være seg bevisst. Sykepleiere som jobber med UMD ser ut til å være bevisste på dette og de viser respekt for ungdommens grenser. Sykepleierens veiledning foregår i følge litteraturen i spenningsfeltet mellom ekspertpåvirkning og brukermedvirkning (Tveiten, 2007, Alm Andreassen, 2004). Funnene i studien er sprikende og kan tyde på at det ikke alltid blir tatt utgangspunkt i ungdommens resurser og erfaringer av å leve med sykdommen (s. 43). Det er klinikken som organiserer både veiledning, setter et tema på dagsorden, og har faste oppgaver som må gjøres i løpet av veiledningen. Teorien og

tidligere forskning påpeker at det er viktig at ungdommene aktivt tar del i veiledningen og at målene for veiledningen bør fremme følelsen av mening og tilpasses ungdommenes livssituasjon (Le Croy, 2004, Steenbeck, 2004). Ut i fra det sykepleierne i studien forteller er dette ikke alltid tilfelle. Også Andås (2001) og Haugstvedt (2001) fant ut i sine studier om UMD's opplevelse av egen medvirkning i behandlingsopplegget at UMD ofte følte at de ikke hadde blitt hørt på og at deres ønsker og behov ikke alltid ble ivaretatt.

Sykepleiere har kunnskaper om diabetes og erfaring, men det er viktig å huske på at det er UMD som lever med sykdommen. Helsetjenesten skal muliggjøre reel brukermedvirkning og samarbeid med både UMD og deres nærmeste. Reell brukermedvirkning forutsetter at pasienten oppfattes som en premissleverandør for å få til en god behandlingsprosess og at vedkommende gis tilstrekkelig og tilrettelagt informasjon om sykdom og behandling.

### **6.1.2 Veiledning som prosess**

Respondentene i studien bruker mange ulike måter til å stimulere egenomsorg hos UMD.

Sykepleiere bruker forskjellige tilnærminger i ulike situasjoner. Som oftest er det individuell veiledning og opplæring som sykepleiere benytter seg av. I tillegg til dette blir det ved et par sykehus organisert gruppeveiledninger med mer eller mindre suksess. I behandling og veiledning av UMD brukes det både medisinsk kunnskap og menneskekunnskap. Sykepleiere veileder ungdom og foreldre og snakker om de ulike behandlingsmetoder. Dialog er en viktig metode som sykepleiere benytter seg av i veiledningen.

Funnene knyttet til sykepleiernes veiledning og fremgangsmåter de bruker for å veilede UMD diskuteres opp mot Tschudin (2003) og Engquist (1996) sine trinn i veiledningen **klargjør utgangspunktet, oppdag hva målet er, utforsk måter å nå målet på**. Sykepleierens veiledning bør foregå i ulike trinn og ut i fra funnene kan disse gjenkjennes i respondentenes uttalelser om eget arbeid. Respondentene i studien sier selv at de håper at ungdommene "våkner" og tar med seg kunnskapene de erverver i løpet av veiledningen. Når dette skjer og hva det er som påvirker ungdommens motivasjon til å ta vare på seg selv varierer mye og sykepleiere opplever at deres arbeid gir resultater i det lange løp.

Funnene viser ikke at veiledningsprosessen foregår slik som litteraturen beskriver. Selv om litteraturen påpeker viktigheten av sine trinn i veiledningen (Tschudin, 2003, Engquist, 1996), følger ikke sykepleiere disse. Det ser heller ikke ut til at sykepleiere kjenner til dette og den manglende pedagogiske opplæringen kan være en forklaring på dette. Sykepleiere i studien opplever at de får god kontakt med UMD. De viser interesse for ungdommens hverdag og aktiviteter f. eks. sykling, skole, venner (s.41) og forsøker å skape trygghet og tillit i sitt



forhold med UMD. Ved å åpne opp for samtalen og gi UMD mulighet til selv å komme frem med ønsker og behov får sykepleierne et godt utgangspunkt for å gå over til neste trinn i veiledningen. Når de har kommet så langt kan sykepleiere forsøke å oppdage hva målet for veiledningen er i samarbeid med UMD. Sykepleierne i studien sier at de ofte spør om hverdagslige ting for å kunne finne ut hva ungdommene trenger for å kunne leve et godt liv og ivareta egenomsorg. Noen av respondentene gir uttrykk for at det kan være vanskelig å få ungdommene til å åpne opp og begynne å samarbeide mens andre sier at de spør direkte og får som oftest et ærlig svar. Litteraturen påpeker at det er viktig at UMD gjennom veiledning finner ut hvordan de skal klare å ivareta egenomsorg. Dette er viktig fordi god egenomsorg påvirker ungdommens liv og deres livssituasjon (Le Croy, 2004, Steenbeck, 2004, Myrstad, 2005, Allgot, 2000). Med andre ord er det viktig at sykepleiernes veiledning fører til at ungdommene finner ut hvordan de skal møte utfordringene i daglig livet og ta være på egen helse.

### **6.1.3 Veiledningskomponentene**

#### *Målet med sykepleiernes veiledning*

Både Killèn (1992) og Tveiten (2008) skriver at målet med veiledningen er å sette i gang prosesser hos pasienten som får veiledning. Videre skriver de at veiledningens mål og innhold springer ut av pasientens behov og samtalen mellom sykepleieren og UMD. Veiledningen er ikke alltid strukturert, men blir til i relasjon mellom sykepleier og UMD. Noen av sykepleierne sier at de ikke setter opp mål for veiledningen, men at de fokuserer på hva som er viktig for at ungdommene skal komme gjennom ungdomsperioden på beste mulig måte. Brorparten av respondentene beskriver sin veiledning slik, men enkelte sykepleiere sier at de ikke kommer så veldig mye inn på det hva ungdommene ønsker og har behov for. Det kan derfor se ut som om funnene er delvis i tråd med teorien. Videre påpeker teorien at målene må fokusere på egenomsorgsattferd og bør være oppnåelige og skreddersydde for den enkelte (Wolpert & Anderson, 2001). Målet med veiledning kan være å øke både praktiske og teoretiske kunnskaper eller å finne ut hva det er som skal til for å stimulere egenomsorg. Et av målene er å unngå at UMD får senkomplikasjoner som et dårlig regulert blodsukker kan føre med seg. Sykepleierne i studien ønsker at ungdommene skal overta omsorg for sin diabetes, og ved å veilede forsøker og snakke sammen gir de grunnlaget som trengs for at UMD skal gjøre dette. Deres rolle i veiledning til UMD er å være der for ungdommen, støtte og følge dem opp. Funnene i studien er konsistente med Orem's (2001) definisjon av egenomsorg. Orem (2001) skriver at egenomsorg er en prosess som blir lært gjennom aktivitet, mellommenneskelige relasjoner og kommunikasjon. Sykepleierens veiledning til UMD

hjelper UMD til å bli selvstendige ved å tilføre kunnskaper, invitere til dialog og refleksjon. Respondentene beskriver veiledning som inneholder både praktiske øvelser og teoretisk kunnskap. Orem (2001) sier at sykepleieren må benytte seg av forskjellige fremgangsmåter for å kompensere for pasientens manglende evne til egenomsorg. Sykepleieren gjør dette ved å støtte, veilede, informere UMD og deres nærmeste. Slik setter sykepleierne UMD i stand til å vurdere sin situasjon og iverksette handlinger rettet mot diabetesrelaterte egenomsorgsbehov.

Sykepleierne forteller også at de bruker samtale for å finne målene og tilpasse innholdet i veiledningen UMD's behov. Studiens funn viser at innholdet i veiledningen avhenger av pasientens situasjon og av hvor framskreden sykdommen er. I tråd med teorien avhenger innholdet i veiledningen av målene som velges for veiledningen (Kristofferson et al. 2005). Sykepleierne i studien er opptatt av å formidle hva som er viktig for å ha et godt liv med diabetes og unngå senkomplikasjoner. De er opptatt av det at UMD skal lære grunnleggende praktiske ferdigheter for eksempel å måle blodsukker, sette insulinsprøyter, måle ketoninnhold i urinen. UMD må ivareta disse egenomsorgsaktiviteter i hverdagen for å sikre seg et liv uten ubehagelige diabeteskomplikasjoner. Mertig (2007) skriver at pasienter med diabetes bør lære disse aktivitetene så snart som mulig etter diagnosen. Studien viser at sykepleiere også formidler viktigheten av å ha stabilt blodsukker, ha et sunt kosthold og være i aktivitet. Dette sammenfaller med det litteraturen påpeker som viktig for et godt liv med diabetes. Redman (2004) skriver at for å kunne ha et godt liv med diabetes og unngå senkomplikasjoner, bør pasienter lære seg å måle blodsukker selv, ta insulin, ha regelmessige måltider og fysisk aktivitet, lære å gjenkjenne symptomer på lavt eller høyt blodsukker, tilpasse dose og tid for å holde rede på blodsukkerverdier, matinntak og aktivitetsnivå, sjekke føtter for lesjoner, ha hyppige kontroller av blodtrykk og kolesterolverdier, samt jevnlig kontroll av øye og nyrefunksjon. Alle ovennevnte egenomsorgsaktiviteter er viktige for UMD og ungdommenes behov for støtte ser ut til å bli ivaretatt ved hjelp av sykepleiernes veiledning.

#### *Innhold i veiledningen tilpasses sykdomsutviklingen*

Avhenging av sykdomsutviklingen har UMD ulike behov som sykepleiere trenger å dekke gjennom veiledningen. Noen trenger ny kunnskap (s. 45, 46), andre å friske opp kunnskapene de har eller vedlikeholde disse. Enkelte ungdommene trenger en diskusjonspartner som kan hjelpe dem til å finne ut hva som er best for dem.

Sykepleierne i studien tar hensyn til og prøver å tilpasse veiledningen ungdommenes situasjon. Tveiten (2008) skriver at det er forskjell på hvilke kunnskaper nydiagnostiserte og

de som har hatt sykdommen en stund trenger. Sykepleiere i studien ser ut til å ha klare retningslinjer når det gjelder nydiagnostiserte ungdommer og deres nærmeste. Ut i fra funnene kan det se ut som om veiledningen for UMD som har hatt sykdommen en stund ikke følger noe oppsatt plan for økning av kunnskaper, men er mer avhengig av sykepleierens kommunikasjonsferdigheter, fagkunnskaper og erfaring. Diabetesrelaterte (helsesviktrelaterte) egenomsorgsaktiviteter krever disiplin og oppofrelse fra UMD (Anderson & Funnell, 2000). Sykepleierne i studien forteller at viktighet av egenomsorg påpekes i veiledning av UMD og deres nærmeste. De forteller at de snakker om insulinsetning, viktigheten av å måle blodsukker, kosthold, balansen mellom aktivitet og hvile og forsøker å motivere UMD til å ivareta egenomsorg. Litteraturen beskriver disse temaene som vesentlige for egenomsorgen hos diabetespasienter (Mertig, 2007).

## **6.2 Forhold som påvirker sykepleierens veiledning av UMD**

### **6.2.1 Hvordan rammefaktorer påvirker sykepleierens veiledning av UMD?**

Sykepleiere i studien er enige i at både fysiske og organisatoriske forhold påvirker veiledningen. Veiledningen og opplæringen av UMD avhenger av *tid og satsing* på veiledning, samt *miljøet rundt veiledningssituasjon*.

Opplæringen i akutfase blir prioritert, men likevel kan oppleves som salderingspost når det er travelt på avdelingene. Det er heller ikke tid til samarbeid med andre og det oppleves som om rammene blir stadig strammere (s.47). Dette gir seg uttrykk i mindre samarbeid med andre som jobber med diabetes som igjen påvirker kvaliteten på veiledningen. Veiledningen foregår i omgivelser preget av avbrytelser og travelhet, selv om sykepleiere sier at det er viktig å sitte i fred og ro, å ha god tid. *Tid og satsing* på veiledning spiller stor rolle på hva som prioriteres, veiledningens kvalitet kan rammes av nedprioriteringer (Friberg, 2001, Almås et al., 2001). Selv om det å holde seg faglig oppdatert er sykepleierens ansvar, forteller enkelte av sykepleierne at de kunne tenke seg mer støtte fra arbeidsgiveren. Støtten er ulik ved de tre sykehusene, men i hovedsak er det lite opplæring, lite tid til å oppdatere seg og liten eller intet samarbeid mellom de ulike sykehus. Sykepleiere forteller om foreldre som kommer med informasjon som de selv har funnet på nettet og som de ikke kjenner til. Funnene i min studie er konsistente men Gillibrand & Flynn (2001) sine funn om at sykepleiere som jobber med diabetespasienter har liten tid å ta seg av pasientene. På

poliklinikken er måling av HbA1C inkludert i veiledningssituasjon. Langtidsblodsukker prøven tar ca. 10 minutter og dermed en tredjedel av tiden beregnet til veiledning av UMD.

*Miljøet som veiledningen foregår i har i følge sykepleierne i studien påvirkning på veiledningen. Litteraturen påpeker også miljøet rundt veiledningssituasjon som viktig (Friberg, 2001, Karlsen, 1993). Rolige omgivelser og det å ha nok tid bør prioriteres i veiledning av UMD og deres nærmeste, men dette er ikke alltid gjennomførbart i en travel hverdag. Sykepleierne forteller at de til tider blir avbrutt mens de veileder. Avbrytelsene kan føre til at kontakten og kommunikasjonen mellom sykepleieren og UMD blir dårligere og dermed føre veiledningen i negativ retning.*

### **6.2.2 Hvordan kontekst påvirker sykepleiernes veiledning?**

#### *Sykepleiernes erfaring og kunnskap*

Sykepleieren og ungdommen har i utgangspunktet ulike forutsetninger og forventninger til veiledningen. Respondentene sier selv at deres kunnskaper og erfaringer med målgruppen påvirker deres veiledning (s. 49). Enkelte sykepleiere føler seg usikre i rollen som veileder og pedagog og funnene kan tyde på at årsaken kan ligge i manglende formell kompetanse og resurser som brukes på intern opplæring av sykepleiere, kurs og lignende. Teorien vektlegger sykepleierens kunnskaper om både emnet og målgruppen (Kristofferson et al., 2005). Sykepleierne formidler kunnskap om diabetes og hensikten med informasjonen er å hjelpe UMD og deres nærmeste å forstå, bearbeide situasjonen, bli motivert og begynne å ta være på seg selv. Utgangspunktet for sykepleiernes veiledning av kronisk syke pasienter, herunder pasienter med diabetes er pasienten og hans erfaringer i å leve med sykdommen (Ravnestad, 2003). Ungdommene har egne forutsetninger for læring og kommunikasjon og sykepleiere i studien påpeker at de forsøker å åpne opp for tilliten og trygghet og utvikling. Sykepleierne sier selv at de kjenner til ungdommens utvikling og ungdommens ønske om selvstendighet, samt deres behov for støtte og veiledning.

Noen av sykepleierne i studien vektlegger pedagogiske kunnskaper som viktige (s.49). Studien viser at kunnskaper om pedagogikk er erfaringsbasert og at det er kun en av sykepleierne i studien som har pedagogisk utdanning. Dersom en skal ta utgangspunktet i teorien er sykepleiernes kommunikative, pedagogiske og fagkunnskaper, samt moralske og etiske verdier grunnlaget for sykepleiernes veiledning (Fagermoen, 1993). Disse kunnskapene eller mangel på dem gjør ungdommens læring mulig eller begrenser den. Orem (2001) refererer til kunnskaper, holdninger, evner og egenskaper som en sykepleier må ha for å kunne yte sykepleie og dermed veiledning til pasientene på en tilfredsstillende måte.

### Nettverkets betydning forstimulering av egenomsorg hos UMD

Sykepleierne i studien forteller om at ungdommenes omgivelser påvirker både veiledningen og ungdommenes muligheter til å ha en god egenomsorg (s. 50,51). Ungdommene som kommer fra resurssterke hjem og har foreldre og venner som støtter dem opp, ser ut i følge sykepleiernes utsag til lettere å klare å overta egenomsorg. I tilfellene hvor denne støtten mangler, ser det ut som om ungdommene får større utfordringer med å klare seg selv. Dette er konsistent med tidligere forskning som påpeker viktigheten av sykepleie som tar hensyn til hele mennesket (Peyrot & Rubin, 2007, Corbin, & Strauss, 1991). Familien anses i teorien som en av de viktigste kildene til bekreftelse, sosial støtte og motivasjon og utviklingen i samfunnet har ført at familien som tidligere ofte ble sett på som passiv tilskuer gjenvinner sin rolle som omsorgsgiver for syke familiemedlemmer (Kirkevold & Ekern, 2006). Derfor bør sykepleieren betrakte UMD som en helhet i relasjon med sine omgivelser, og involvere deres nærmeste i veiledningen. Sykepleierne i studien sier at dersom foreldrene støtter opp ungdommene, har ungdommene bedre predisposisjoner til å ha god egenomsorg. I tilfeller hvor det er konfliktfulle relasjoner mellom UMD og foreldre, tar ikke sykepleierne i studien affære og forsøker å løse disse konfliktene (s. 51). Noen av sykepleiere forteller at de i slike situasjoner satser på ungdommens venner (s.52) eller andre nære personer og bruker dem som støttespillere for å stimulere egenomsorg hos UMD. Også litteraturen viser at vennerelasjonene blir mer og mer viktige ettersom UMD blir eldre. Dette skjer som en konsekvens av ungdommens løsrivelse fra foreldrene. Litteraturen viser også til at vennerelasjoner i en periode kan fungere som erstatning for bekreftelsen man er vant til å få fra foreldrene (Jerlang, 2001, Jørgensen, 1993, Evenshaug & Hallen, 1991).

### **6. 3 Studiens relevans for brukerperspektivet**

Brukermedvirkning omtales i litteraturen som aktivitet som brukerne deltar med og som helse- og sosialarbeiderne tilrettelegger for. Når vi ser på helse- og sosialtjenestene ut i fra brukerperspektivet må vi ta utgangspunktet i brukerens behov, ønsker og forståelse av egen situasjon (Humerfelt, 2005). Helsetjenesten må med andre ord gi brukeren mulighet til å påvirke tjenestens organisering og innhold, samt kunne velge tjenester (Alm Andreassen, 2004).

Sykepleieren er ekspert på sitt område, men det er UMD som er eksperter på sitt liv. Det er de som vet best hvordan diabetes påvirker deres livssituasjon. Når sykepleieren veileder UMD

ut i fra brukerperspektivet, gir hun ungdommen mulighet til å mobilisere egne krefter og oppleve mestring og god helse. Det er først da UMD kan oppleve at de har kontroll over eget liv. Veiledningen preget av blodsuktermålinger og skremselspropaganda er ikke veiledning som øker ungdommenes kompetanse til å bli herrer over eget liv og helse. Sykepleieren som sørger for å møte UMD som det individet han er, gir ham mulighet til å være seg selv, åpner opp for dialog og overfører ekspertrollen til ungdommen. Samtidig overfører hun "makten" til ungdommen slik at han blir i stand til å bedre ivareta egen helse. Dette er viktig fordi ungdom har et ønske om å bli selvstendige og "eie" sin diabetes (Haug, 2005). Ungdommene og deres nærmeste bør involveres mer i planlegging og deres behov og ønsker bør i økende grad prege det tilbudet de får. Studien viser at den biomedisinske tradisjonen fortsatt kan skimtes i helsetjenesten for UMD. Viktigheten av å ha en lav HbA1C må ikke overskygge individene sykepleiere møter i sitt arbeid. Resultatet av dette kan bli et tilbud og en helsetjeneste som ikke møter ungdommens behov. I praksis kan involvering være det å direkte spørre ungdommen hva de ønsker å vite, hvordan de kunne tenke seg at veiledningen ble organisert. Da gir en dem mulighet til å være med og forme det fremtidige tilbudet. Dersom ungdommene ble spurt og hadde kommet med ideer og aktivt deltatt i organisering av gruppeveiledning, kunne disse tilbudene kanskje føre med seg mer aktiv deltakelse fra ungdommens side.

## **6.4 Oppsummering**

I dette kapitlet ble sykepleiernes beskrivelser av veiledning til UMD og deres nærmeste belyst ut i fra teoretisk forståelse. Relasjonsbygging og veiledningsprosess ble diskutert mot veiledningsteori. Fremgangsmåter sykepleiere bruker i veiledningen, samt mål og innhold i veiledningen ble drøftet. Avslutningsvis ble også studiens relevans for brukerperspektivet belyst. I konklusjonskapiteler knyttet trådene i studien sammen og hovedtrekkene oppsummeres.

## **7. 0 KONKLUSJON**

I dette kapitlet blir hovedfunnene i studien oppsummert i form av svar på problemstilling og forskningsspørsmål. Kapitlet gir i tillegg implikasjoner for klinisk praksis og videre forskning.

### **7.1 Hvordan beskriver sykepleiere veiledning till UMD mellom 12-16 år og deres nærmeste?**

Studien viser at sykepleiere i hovedsak bruker veiledning i arbeid med UMD. Deres møte med UMD preges av sykepleiernes kommunikasjonsevner og dialog med ungdommene.

Sykepleiere i studien er flinke til å møte ungdom med diabetes der de er, og forsøker å legge forholdene til rette slik at UMD kan føle seg trygge og ikke nøle med å spørre om hjelp eller råd. Likevel blir den ofte knappe tiden sykepleiere har til rådighet preget av den

”sykdomsorienterte” tradisjonen. Målingen av langtidsblodsukkeret kan ta opptil en tredje del av tiden som sykepleierne og ungdommene har til disposisjon.

De fleste sykepleiere i studien ser på seg selv som veileder, ikke lærer. Sykepleiere mener at de veileder, men er samtidig usikre hva det er som får ungdommen til ”å våkne”. Med andre ord, kan det virke som om sykepleiere ikke klarer å evaluere eget arbeid.

### **7.2 Hvordan veileder sykepleiere UMD for å stimulere egenomsorg?**

Når det gjelder det å stimulere ungdommen til egenomsorg er kommunikasjon mellom sykepleieren og UMD avgjørende. Sykepleiere møter UMD der de er og forsøker å tilrettelegge veiledningen etter deres behov. Likevel viser studiens funn at dette ikke er alltid tilfelle.

Sykepleierne veileder UMD til egenomsorg ved hjelp av dialog og sine kommunikasjons- og veiledningsferdigheter. De bruker forskjellige fremgangsmåter for å sikre at UMD erverver seg kunnskaper og holdninger gjennom veiledning. Stimulering av egenomsorg skjer i de dagligdagse situasjoner på avdelinger og på diabetespoliklinikker. Sykepleiere bruker samtale og bygger opp ungdommens tillit og trygghet. Mange forskjellige metoder blir brukt i arbeidet med UMD, men individuell oppfølging er den som er mest fremtredende. Sykepleiernes

veiledning til UMD innebærer både teoretiske og praktiske ferdigheter og sykepleiere både forteller og viser UMD hvordan de skal bruke utstyret, hvor viktig det er å måle blodsukkeret og ha et stabilt blodsukker for å kunne unngå akutte og senkomplikasjoner. Likevel er den viktigste komponenten pasientens egenomsorg og innsats for å bevare og utvikle motivasjon til å mestre sykdommen og behandlingen.

Helsestatusen og sykdomsutvikling hos UMD er også vesentlige faktorer som påvirker både mål og innhold i veiledningen. Nyoppdagede pasienter og UMD som strever med for høye eller for lave blodsukker verdier har bruk for både kunnskaper men også en holdningsendring. Dårlig blodsukkerregulering kan føre til akutte og senkomplikasjoner som igjen fører til økt antall reinnleggelse. Det å leve med diabetes innebærer en del avgjørelser og handlinger som må tas daglig og det er viktig at sykepleiernes veiledning ryster UMD til dette.

### **7.3 Hva påvirker sykepleiernes veiledning av UMD?**

Studien tyder på at rammefaktorene som tid, miljø, satsing og avdelingstype spiller stor rolle i hvordan sykepleierens veiledning til UMD blir gjennomført.

Sykepleiernes ferdigheter og fagkunnskaper er viktige forutsetninger for vellykket veiledning. Den enkelte sykepleier må lære det som er nødvendig for å være trygg i sin yrkesutøvelse, samt vite hva grensene er for eget kompetanseområde. Det at sykepleiere ”lærer veien mens de går” kan være positivt, men det kan innebære at pasientene lider unødvendig på grunn av sykepleiernes manglende kompetanse.

Familieforhold og andre sosiale forhold er viktige for egenomsorg hos UMD. Foreldre og andre nære personer kan påvirke UMD's egenomsorg og deres muligheter til å klare seg bra i hverdagen. Støtte fra foreldre er vesentlig for hvordan ungdommene takler egenomsorgsutfordringer som er relatert til diabetes.



## 7.4 Implikasjoner for praksis

Sykepleierens kunnskaper om pedagogisk veiledning, og ungdom som målgruppe har betydning for veiledning og dermed ungdommenes egenomsorg. De fleste av respondentene har ikke videreutdanning i diabetessykepleie, og mangler pedagogisk utdanning. Veiledning som pedagogisk arbeidsmetode burde kanskje vektlegges mer i sykepleierens grunnutdanning. Når vi vet at samfunnet stiller krav til sykepleiere om å være veiledere til pasienter og pårørende, er det en grunn til bekymring at sykepleiere ikke er rustet til dette. For å kunne gi UMD den veiledningen de trenger, bør sykepleierne få mulighet til å ta utvikle sin formelle kompetanse både når det gjelder diabetes og pedagogikk. Deres kompetanse som veiledere bør styrkes i form av både tilbud om kurs og videreutdanning i diabetes. Sykepleiere som jobber med diabetes er forholdsvis liten gruppe og det bør være mulig å øke samarbeidet mellom de ulike sykehus, slik at de kan lære av hverandres erfaringer med veilednings- og behandlingsmetoder. Det er helseforetakenes ansvar å yte tjenestene som gir kontinuitet i oppfølging av ungdom med diabetes og deres familier og tillater dem å aktivt delta i planlegging og organisering av tilbudet. Geografisk plassering og helseforetakets økonomi bør ikke styre kvaliteten på helsetjenestene som tilbys UMD og deres nærmeste.

Sykepleiere bør anerkjenne at de vanlige konfliktene i familiene kan forsterkes når de overlapper med områder som er sentrale i diabetes egenomsorg. For å kunne ruste familien og ungdommer for en livslang håndtering av diabetes, bør sykepleiere ha kunnskaper om familiedynamikk og utvikle samarbeid med familien fordi dette er av betydning for egenomsorg hos UMD. Konflikter mellom ungdommer og foreldrene er noe som kan forventes i ungdomsperioden. Dersom sykepleierne kjenner til vanlige ungdom - foreldre konflikter, har de mulighet til å støtte og veilede både UMD og deres foreldre. Det å kunne evaluere eget arbeid er viktig og bør prioriteres fordi evalueringen kan skaffe til veie opplysninger om hva som skal til for at sykepleiere forbedre egen praksis. Dersom ungdommen på slutten av veiledningen gir tilbakemelding, kan dette føre til at de føler at de har mer kontroll over egen situasjon og øke deres selvstendighet i egenomsorg. Samtidig får sykepleieren viktig informasjon og viser samtidig at hun er oppmerksom på ungdommens behov og væremåte.

## 7. 5 Implikasjoner for videre forskning

Hensikten med denne studien var å fremskaffe kunnskap om sykepleiernes veiledning til UMD og deres nærmeste. Utgangspunktet for studiens funn var sykepleiernes beskrivelser av eget arbeid. Dataene som forekommer som resultat av intervjuene kan gi pekepinn for hvordan sykepleiere veileder UMD. Funnene i studien kan kun gi et bilde av sykepleiernes egne erfaringer.

Ved intervjuing kan det forekomme en del feilkilder som kan knyttes til både forskeren og respondentene. Jeg har som tidligere nevnt (jf.4.3.1) forsøkt å ikke påvirke respondentenes svar. Videre la jeg vekt på å presentere funnene ved hjelp av respondentenes sitater for å sikre studiens troverdighet. Jeg forsøkte å gi grundig redegjørelse for prosedyrer og forklarte de ulike trinnene i analysen.

Da sykepleierne i studien i tillegg til å være en liten gruppe på 7 jobber på to forskjellige arbeidsplasser (henholdsvis barneavdeling og poliklinikk) kan funnene ikke generaliseres.

Ytterligere forskning om sykepleiernes veiledning kan være nødvendig da det ser ut til at det er en del variasjoner i arbeidet ved de ulike sykehus. Det kunne være aktuelt å undersøke hvordan er sykepleiernes veiledningskompetanse på landsbasis. En undersøkelse av hvordan veiledningen foregår og hva som legges til grunn ved de ulike helseforetakene kunne være aktuell.

Type 1 diabetes har stor påvirkning på familiene. Diabetesrelaterte konflikter mellom UMD og foreldrene er en del av deres hverdag. Det kan være behov for ytterligere forskning om dette kan være nødvendig for å se på sykepleiernes rolle i håndtering av disse konflikter. En studie som kunne involvere både UMD, deres foreldre og sykepleiere som jobber med disse, kunne kanskje rette oppmerksomhet mot sykepleiernes håndtering av diabetesrelaterte familiekonflikter. Som en del av prosjektet kunne en tilby et veiledningskurs for sykepleiere med tema ungdommens utvikling og familiedynamikk hvor målet var økt samarbeid mellom sykepleiere, UMD og deres foreldre.

## LITTERATURLISTE

- Aamodt, G., Stene, L. C., Njølstad, P. R., Søvik, O., Jøner, G. & Norsk studiegruppe for barnediabetes. (2007). Spatio-temporal trends and age-period-cohort modeling of the incidence of type 1 diabetes among children aged <15 years in Norway 1973-1982 and 1989-2003. *Diabetes Care* 2007; 30, 884-889.
- Allgot, B. (2000). Personer med diabetes – fra brikker til aktører? *Tidsskrift for Den norske lægeforening*. 120, 2683-2685.
- Alm Andreassen, T. (2004). *Brukermedvirkning i helsetjenesten. Arbeid i brukerutvalg og andre medvirkningsprosesser*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Anderson, R.M., Funnell, M. M., Butler, P.M., Arnold, M.S., Fitzgerald, J. T., Feste, C.C. (1995). Patient Empowerment: results of a randomized controlled trial. *Diabetes Care* 18.
- Anderson B., Brackett, J., Ho, J. & Laffel, L. (1999). An office-based intervention to maintain parent-adolescent teamwork in diabetes management. Impact on parent involvement, family conflict, and subsequent glycemic control. *Diabetes Care* 25, 713-721.
- Anderson, R.M., Funnell, M. M. (2000). Compliance and adherence are dysfunctional concepts in diabetes care. *Diabetes Educator*. 2000 Jul-Aug; 26 (4):597-604.
- Anderson, B. J., Vangsnæs, L., Connell, A., Butler, D., Goebel-Fabbri, A. & Laffel L. M. B. (2002). Family conflict, adherence, and glycaemic control in youth with short duration Type 1 diabetes *Diabetic Medicine Vol 19 Issue 8*: 635-642
- Andås, E. (2001). *Ungdom som lever og lærer*. Hovedfagsoppgave i Helsefag, Universitetet i Bergen, Bergen.
- Bae, B. & Waastad, J. E. (1992). *Erkjennelse og anerkjennelse. Perspektiv på relasjoner*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Baliko, B.(2007). Adolescents with Diabetes. I R.G. Mertig (Red.), *The Nurse`s Guide to teaching Self-management*. New York: Springer Publishing Company
- Barlow, J.H., Ellard, D.R. (2004). Psycho-educational interventions for children with chronic disease, parents and siblings; an overview of the research evidence base. *Care, health and development* 30, 637-645.
- Borup, I.K. (1998). Pupil`s experience of annual health dialogue with the school health nurse. *Scandinavian Journal of Caring Science* 12, 160-169.
- Bradbury M, Jenkinson T (1997). Medical investigations: principles and nursing management. Medical investigations 6: marrow aspiration *British Journal of nursing* 6 (12) 708-9

- Bradbury M, Jenkinson T (1996). Caring for the adolescent diabetic *British journal of nursing* 5 (14) 845-6, 848-51
- Brataas, H. (2003). *Kvalitet i samspill*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Brinchmann, A., Vike H. (2005). *Omsorg uten grenser. Velferdskommunen i ytelseskrisen*. Porsgrunn: Evalueringsrapport av helse- og sosialsektoren i Porsgrunn kommune.
- Carey N, Courtenay M. (2007). A review of the activity and effects of nurse-led care in diabetes. *Journal of Clinical Nursing*. 2007 Nov;16(11C):296-304.
- Corbin, J.M. & Strauss, A. (1991). A Nursing Model for Chronic Illness Management Based Upon the Trajectory Framework. *Scholarly inquiry for nursing practice* 5(3):155 – 174.
- Curtis, J.A., Hagerty, D.(2002). Managing diabetes in childhood and adolescence. *Canadian Family Physician*, vol 48, 499-509.
- Dellve, L., Abrahamsson, K., Trulsson, U., & Hallberg, L. (2002). Grounded theory in public health research I (Red.) L.R. Hallberg *Qualitative methods in public health research: theoretical foundations and practical examples*. Lund. Studentlitteratur.
- Divertie, V. (2002). Strategies to promote medication adherence in children with asthma. *The American Journal of Maternal/Child Nursing* 27(1):10-18.
- Egede, L. E., Zheng, D., & Simpson, K. (2002). Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care*, 25, 464-470.
- Eide, T., Eide, H. (2004). *Kommunikasjon i praksis. Relasjoner, samspill og etikk i helse og sosialfaglig arbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eneroth, B. (2005). *Hur mäter man "vackert?" Grundbok i kvalitativ metod*. Göteborg: Natur och Kultur.
- Engquist, A. (1996). *Om konsten at samtala. En bok för människor i kontaktyrken*. Stockholm: Raben Prisma.
- Eriksson, B. S. (2000). *Kropp, sjel, diabetes. Reaksjoner och vägvalg vid kronisk sjukdom*. Stockholm: Carlsson Bokforlag.
- Evenshaug, O., & Hallen, D. (2001). *Barn- och ungdomspsykologi*. Lund: Studentlitteratur
- Fagermoen, M.S. (1993). *Sykepleie i teori og praksis - et fagdidaktisk perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Falk B. (1999): *Å være der du er. Samtale med kriserammede*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Friberg, F. (2001). *Pedagogiska möten mellan patienter och sjuksköterskor på en medicinsk vårdavdelning - Mot en vårddidaktik på livsvärldsgrund*. Doctoral thesis. Göteborgs universitet, Göteborg.

- Funnel, M.M., Haas, L.B.(1995). National standards for diabetes self-management education programs. *Diabetes Care*, 18, 110-116.
- Gillibrand, W., Flynn, M. (2001) Forced externalization of control in people with diabetes. *Journal of Advanced Nursing, Vol 34*.
- Gjengedal, E., Hanestad, B. R. (2007) *Å leve med kronisk sykdom – en varig kursendring*. Oslo: Cappelen Akademiske forlag.
- Gordon, T. (1999). *Snakk med oss, lærer! Trening i kommunikasjon og konfliktløsning*. Oslo: Grøndahl Dreyer.
- Grey, M., Boland, E.A., Davidson, M., Tamborlaine, W. V. (2000). “Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life. *Journal of Pediatric Nursing* 2000, 137, 107–13.
- Granum, V. (2003) *Praktisk Pasientundervisning*. Oslo: Fagbokforlaget.
- Graue, M. (2000). Ungdom med diabetes – pedagogiske utfordringer i behandlingen. *Pediatrisk Endokrinologi, 14*, 54-60.
- Graue, M. (2004). *Health-related quality of life in adolescents with type 1 diabetes*. Doktoravhandling, Universitetet i Bergen, Bergen
- Graue, M. (2005). ”*Helserelatert livskvalitet hos unge med type 1 diabetes*” Hentet (14.10.2007) fra: [http://www.uib.no/info/dr\\_grad/2005/GraueMarit.htm](http://www.uib.no/info/dr_grad/2005/GraueMarit.htm)
- Grimen, Harald og Ingstad, Benedicte (2004): Kvalitative forskningsopplegg. I: *Forskningsmetode i medisin og biofag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Halvorsen, K. (2002). *Forskningsmetode for helse- og sosialfag: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen akademisk.
- Hanås R.(2002)*Type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne*. Oslo: NKS Forlaget, 2002
- Haug, J. (2005). Spesifikke psykologiske implikasjoner ved kroniske, somatiske sykdommer generelt og ved diabetes spesielt. I A. O. Faleide (Red.), *Selvregulering, personlighet og helse: et psykofysiologisk og psykosomatisk perspektiv*. (s. 33-44). Oslo: Unipub
- Haugstvedt, A. (2001) *Brukermedvirkning som mål og middel i behandling av diabetes*. Hovedoppgave i sosiologi, Universitetet i Oslo, Oslo.
- Hagquist, C.,Starrin, B.(1997) Health education in schools – from information to empowerment models. *Health promotion international 12*:231-335.
- Haavet, R., Bjorvatn, B., Daae, C., Fetveit, A., Grøholt, B., Hvalstad, M., Rognstad, S., Waal, H.(2005). *Ungdomsmedisin*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hilfinger, D. K., Fore, E.M., Parra-Medina, D. (2005) Adults roles in community – based

- youth empowerment programs. *Fam community health* 28, 320-337.
- Helse og omsorgsdepartement (HOD) (03.07.2006) *Nasjonal strategi for diabetes området 2006-2010* Hentet 14.10.2007 fra:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressesenter/pressemeldinger/2006/Nasjonal-strategiplan-for-diabetesområdet2006-2010.html?id=104651>
- Helse og omsorgsdepartement (2005) *Fra stykkevis til helt – en sammenhengende helsetjeneste*. NOU 2005:3. Hentet 14.10.2007 fra:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/2005/NOU-2005-03.html?id=152579>
- Helse og omsorgsdepartement (2002-2003) *Resept for et sunnere Norge*. St.meld. nr. 16 Hentet 14.10.2007 fra:  
<http://www.regjeringen.no/en/dep/hod/documents/regpubl/stmeld/20022003/Stmeld-nr-16-2002-2003-.html?id=196640>
- Hellevik, O.(1995) *Sosiologisk metode*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsepersonelloven. (1999) *Lov om helsepersonell m.v. av 2.juli.1999 nr 64*. Hentet 14.10.2007 fra:  
<http://www.lovdatab.no/all/ni-19990702-064.html>
- Holme, I. M. & Solvang, B. K. (1997). *Forskningsmetodik. Om kvalitative og kvantitative metoder*. Lund: Studentlitteratur.
- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv - honnørord med lavt presisjonsnivå I: E. Willumsen (Red.), *Brukernes medvirkning! : kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene*. (s.)Oslo: Universitetsforlaget.
- Huus, K., Enskär, K. (20 05). Adolescents` experience of living with diabetes. *Pediatric nursing April vol 19*. No.3.
- Høybråten Sigstad, H.M.(2004) Brukermedvirkning – alibi eller realitet? *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 2004;124:63-4.
- Hörnsten, Å., Sandström H., & Lundman, B. (2004). Personal understandings of illness among people with type 2 diabetes. *Journal of advanced nursing* 2004; 47(2):174-82.
- Jacobsen, D. I. (2005) *Hvordan gjennomføre undersøkelser?* Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jacobsen, D.,Kjeldsen, S.E., Ingvaldsen, B., Lund, K., Solheim, K. (2001) *Sykdomslære – Indremedisin, kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Jerlang, E. (2001). *Psykologisk pædagogisk opslagsbok*. København: Hans Reitzel forlag.
- Johnson, S.B., Freund, A.,Silverstein,J., & Hansen, C.A.(1990) Adherence and health status

- relationships in childhood diabetes. *Health Psychology*, 9, 606-631.
- Jørgensen, Harald (1993): *Hovedoppgaven — skikk og bruk i oppgavearbeidet*. Oslo: Novus.
- Kanner, S., Hamrin, V., Grey, M. (2003). Depression in adolescents with diabetes  
*Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, Jan-Mar 2003.
- Karlsen, B. (1993). *Idealer og realiteter i sykepleierens pasientundervisning*.  
Hovedfagsoppgave, Universitetet I Oslo, Oslo.
- Kashani, J. H., Wesley, D.A. (1998). Impact on Family Violence on Children and Adolescents  
*From the series Developmental Clinical Psychology and Psychiatry, Volume 37*. Sage  
Publications, Inc.
- Killèn, K. (1992). *Faglig veiledning og tverrfaglig perspektiv*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Killèn, K. (1994). *Svekket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kirkevold, M., Ekern, K. S. (2006). *Familien i sykepleiefaget*. Oslo: Gyldendal Norsk forlag.
- Klein, J. T., Grossenbacher-Mansuy, W, Häberli, H., Bill, A., Scholtz, R. W. & Welti, M.  
(2001) *Transdisciplinarity: Joint Problem Solving among Science, Technology, and  
Society. An Effective Way for Managing Complexity*. Basel: Birkhäuser Verlag.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. (2005a). *Generell sykepleie I*. Oslo:  
Universitetsforlaget AS.
- Kristoffersen, N.J., Nortvedt, F., Skaug, E.A. (2005b). *Generell sykepleie II*. Oslo:  
Universitetsforlaget AS.
- Kristoffersen, N. J. (1996). *Generell sykepleie I*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Kvale, S. (2005). *Interview. En introduktion til det kvalitative forskningsinterview*.  
København: Hans Reitzels Forlag.
- Kvale, S. (2006) "Det kvalitative forskningsintervju". Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kyngäs, H. & Barlow, J. (1995). Diabetes: an adolescent's perspective. *Journal of Advance  
Nursing*, 5: 941-947.
- Kyngäs, H. (2003). Patient Education Perspective of adolescents with a chronic disease.  
*Journal of Clinical Nursing* 12: 744-51.
- Kyngäs, H. (2004). Support network of adolescents with chronic disease: Adolescents'  
perspective. *Nursing & Health Sciences Volume 6 Issue 4, Pages 287 - 293*
- Kyngäs, H. (2007). Predictors of good adherence of adolescents with diabetes (insulin-  
dependent diabetes mellitus). *Chronic Illness*. 2007 3 (1):20-8
- Larsen, A. K. (2007). *En enklere metode. Samfunnsvitenskapelig forskningsmetode for  
profesjonsutdanningene*. Bergen: Kunnskapsforlaget.
- Le Croy, C. W. (2004) Evaluation of an empowerment program for early adolescent girls.

*Adolescence* 39: 427-441.

- Lernmark, B., Persson, B., Fishert, L. & Rydelius, P.A. (1999). Symptoms of depression are important to psychological adaptation and metabolic control in children with diabetes mellitus. *Diabetes Medicine*. 16; 14-22.
- Lindholm, A., & Riis, A. (1998). Insulin aspart vs. human insulin in the management of long-term blood glucose control in Type 1 diabetes mellitus: a randomized controlled trial. *Diabetic Medicine 1998: Vol.17 Issue 11: 762-770*
- Lønstad, A. (1998) *Pasientveiledning – å finne veien til pasienten*. Notat, Høyskolen i Oslo, Oslo.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2001). *Fenomenologi og omsorg: Tre dialoger*. Oslo: Tano Aschehoug,
- Miles, M.B., Huberman, A.M. (1984) *Qualitative data analysis: A sourcebook of new methods*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Miller, J. F. (2000). *Coping with chronic illness. Overcoming illness*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Miller-Johnson, S., Emery, R. E., Marvin, R.S., Clarke, W., Lovinger, R., Martin, M. (1994). Parent-child relationships and the management of insulin-dependent diabetes mellitus. *Journal Consult Clinical Psychology* 1994; 62: 603-610.
- Moran, A., Hardin, D., Rodman, D., Allen, H.F., Beall, R.J., Borowitz, D. et al. (1999). Diagnosis, screening and management of cystic fibrosis-related diabetes mellitus: a consensus conference report. *Diabetes Res Clin Pract* 1999.45:61-73.
- Mordiffi, S. Z., Tan, S. P., & Wong, M. K. (2003). Information provided to surgical patients versus information needed. *AORN Journal*. 77(3).
- Myrstad, H. (2005). "Jeg er jo normal for det..." Om ungdom med diabetes og det "normale" liv. Hovedfagsoppgave ved seksjon for helsefag, Universitetet i Oslo, Oslo
- Nabors, L., Troillett, A., Nash, T. & Masiulis, B.(2005). *Journal of School health April 2005*, Vol. 75, No. 4d 119.
- Nerheim, H. (1995). *Vitenskap og kommunikasjon*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Norges Diabetesforbund (2007). *Hva er diabetes?* Informasjonshefte. Oslo. Norges Diabetesforbund.
- Orem, D. (2001). *Nursing: Concept of practice (6.th edition)*. St. Louis, Missouri, Mosby
- Pasientrettighetsloven. (1999). *Lov om pasientrettigheter m.v. av 2.juli.1999 nr 64*. Hentet 14.10.2007 fra:



<http://www.lovddata.no/all/ni-19990702-063.html>

- Peyrot, M., Rubin, R. R. (2007). Behavioral and Psychosocial Interventions in Diabetes: A conceptual review. *Diabetes Care*, 2007; 30(10): 2433-2440.
- Polit, D.F & Beck, C. T. (2004) *Nursing Research. Principles and Methods*. 7.edition Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Price, J.F. (1996) Issues in adolescent asthma: what are the needs? *Thorax* 1996; 52 (suppl I): 13.
- Ravnestad, M. (2003) Sjukepleiaren sin pedagogiske funksjon. *Sykepleien nr 7*. Hentet 14.10.2007 fra:  
<http://www.sykepleien.no/article.php?articleID=890&printMe=1> 0
- Redman, B.K. (2004). *Advances in Patient Education*. New York: Springer Publishing Company.
- Repstad, P. (1999). *Närhet och distans – Kvalitativa metoder i samhällsvetenskap*. Lund: Studentlitteratur.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-Centered Counselling*, Boston: Houghton-Mifflin.
- Rogers, C. R., Gendlin, E.T., Kiesler, D.J., and Traux, C.B. (Eds.). (1967). *The therapeutic relationship and its impact: A study of psychotherapy with schizophrenics*. Madison: University of Wisconsin Press.
- Rogers, C. R. and Sanford, R. (1984). Client-centered psychotherapy. I Kaplan, H. & Sadock, B. (Eds.). *Comprehensive textbook of Psychiatry/IV*. pp. 1374-1388. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Schibayama, T. (2007). Effectiveness of lifestyle counselling by certified nurse of Japan for non-insulin-treated diabetic outpatients: a 1-year randomized controlled trial. *Diabetes Results in Clinic Practice*. 76(2):265-268.
- Schumacher, K.L., Meleis, A.I.(1994). Transitions: A Central Concept in Nursing. *Journal of Nursing Scholarship, Volume 26*, Issue 2: 119-127.
- Shroff Pendley, J., Kasmien L.J., Miller, D.L., Donze, J., Swenson, C., Reeves, G. (2002). Peer and family support in children and adolescents with type 1 diabetes. *Journal of pediatric psychology*, 2002, Vol. 27(5), 429-438.
- Siminerio, L.M. (2007). US nurses' perceptions of their role in diabetes care: results of the crossnational diabetes attitudes wishes and needs (dawn) study. *Diabetes Educator*, 33(1):152-62.
- Skinner, C. (2005). *Psychology in Diabetes Care*. Wiley: Wiltshire.
- Skinner, T.C., John, M. & Hampson, S.E. (2000). Social support and illness representations in

- adolescents with diabetes: A longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*, 25 (4), 259-267.
- Smith, M. J. (1998). *Social science in question*. The Open University. Thousand Oaks: Sage Publishing.
- Sosial- og helsedepartement (1996) *Pasienten først*. NOU 1997:2. Oslo: Statens Forvaltningstjeneste. Hentet 14.10.2007 fra:  
<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/NOUer/1997/NOU-1997-2.html?id=140689>
- Steenbeck, A. (2004). Empowering health promotion. *Journal of holistic nursing* 22(3):254-266.
- Strauss, A.L., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research*. Thousand Oaks: Sage Publishing.
- Sykepleiernes Samarbeid i Norden (SSN) (2003). *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden*.
- Tapper Strawhacker, M.A. (2001). Multidisciplinary Teaming to Promote Effective Management of Type 1 Diabetes for Adolescents. *Journal of Scholl Health*. August 2001, Vol. 71, No.6: 213
- Tschudin, V. (2003). *Approaches to ethics. Nursing beyond Boundaries*. Oxford: Butterworth Heinemann.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tveiten, S. (2007). *Den vet best hvor skoen trykker*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Vaaler, S., Møinichen, T. & Grendstad, I. (2004) *Diabetes håndboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Vifladt, E., Hopen, L. (2004). *Helsepedagogikk -samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt Kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: Seek A/S.
- Williams, G.C., Cox, E. M., Koudies, R., Deci, E.L. (1999) Presenting the Facts About Smoking to Adolescents: Effects of an Autonomy-Supportive Style. *Arch Pediatric Adolescence Medicine*, Sep. 1, 153(9): 959-964.
- Wolpert, H.A., & Anderson, B.J. (2001) Management of diabetes: are doctors framing the benefits from wrong perspectives? *BMJ* 7319, 994-996.
- World Medical Association (2000), *Helsinki deklarasjon*.

Zoffman, V., Kirkevold, M. (2007) Relationships and their Potential for Change Developed in Difficult Type 1 Diabetes. *Qualitative Health Research*, Vol 17, No. 5, 625-638.

## VEDLEGG

### 1. SØKNAD OM TILGANG TIL FELTET

Klinikkdirektør: Medisinsk klinikk

Sykehus: \_\_\_\_\_

#### **SØKNAD OM Å GJENNOMFØRE EN STUDIE OM SYKEPLEIERNES VEILEDNING AV UNGDOM MED TYPE 1 DIABETES**

Min henvendelse gjelder søknad om tillatelse til å gjennomføre den empiriske delen av denne studien ved å intervju sykepleiere ansatt på medisinsk barneavdeling og barnepoliklinikk..

Jeg er masterstudent ved Institutt for helsefag, Universitetet i Stavanger, der jeg for tiden arbeider med min mastergradsoppgave.

Studiens foreløpige arbeidstittel er ” **Å lære bort ansvar for eget liv og helse – Hvordan stimulerer sykepleiere egenomsorg hos ungdom med diabetes type 1 gjennom veiledning?** ”

Formålet med studien er å se på sykepleierens pedagogiske funksjon i arbeid med ungdom med diabetes type 1. Dette er av betydning nettopp fordi sykepleiere er sentrale i diabetesomsorgen både på sengeposten og i poliklinisk arbeid.

I den empiriske delen av studien søker jeg kunnskap om sykepleierens syn/meninger om sin pedagogiske funksjon (veiledning) overfor ungdom med diabetes type 1 og om hva de mener er viktig for å stimulere til egenansvar og selvstendighet. Det er gjort få studier tidligere som viser hvordan sykepleiere møter denne gruppen for å stimulere ungdommens egenomsorg.

For å få svar på disse spørsmålene ønsker jeg å intervju 8 sykepleiere på barneavdelingen og barnepoliklinikken. Sykepleiere bør ha minimum et års erfaring i direkte arbeid med ungdom med diabetes. Intervjuene håper jeg å kunne gjennomføre i løpet av april 2008. Hvert intervju vil være i ca 1 time. Jeg ber om at intervjuene kan foregå i arbeidstiden og i egnete lokaler på \_\_\_\_\_.

Dersom tillatelse blir gitt, håper jeg at du kan være behjelpelig med å sette meg i kontakt med avdelingssykepleier for samarbeid om å velge ut aktuelle sykepleiere.

Jeg vil sørge for at forespørselsbrev, samt ferdig adresserte og frankert konvolutter blir levert til klinikken så snart jeg har mottatt en bekreftelse fra dere.

Samtykke fra sykepleierne vil bli innhentet, og alle opplysningene om sykehuset, avdelingene og sykepleier vil bli anonymisert. Min veileder ved Instituttet for helsefag, Universitetet i Stavanger er førsteamanuensis Bjørg Karlsen.

Jeg håper denne henvendelsen gir tilstrekkelig informasjon for at dere skal kunne vurdere min søknad. Jeg legger ved en kopi av forespørsel til sykepleiere og samtykkeskjema. Dersom dere har spørsmål vedrørende opplegget eller gjennomføringen, kan jeg kontaktes pr. telefon: 52 70 27 60, mob. 97728717 eller e-post: [dzana.porobic@hsh.no](mailto:dzana.porobic@hsh.no).

Jeg håper på et snarlig svar.

Med vennlig hilsen

Haugesund, 13.03.08

Dzana Porobic

## 2. TILKNYTNING TIL MÅSTERGRADSSTUDIE



Universitetet  
i Stavanger

### **Vedr. Studie som grunnlag for masteroppgave.**

Dzana Porobic er student ved Masterstudium i helse- og sosialfag med fokus på brukerperspektiv ved Universitetet i Stavanger, Institutt for helsefag.

Som del av studiet, skal studentene gjennomføre et selvstendig vitenskapelig arbeid, en masteroppgave. Dzana Porobic har valgt å arbeide med følgende tema:

*Å lære bort ansvar for eget liv og helse – Hvordan stimulerer sykepleiere egenomsorg hos ungdom med diabetes type 1 gjennom veiledning.*

Arbeid med masteroppgaven må følge forskningsetiske retningslinjer og eksisterende godkjenningsordninger for forskning innenfor helse- og samfunnsfag.

Veileder for arbeid med masteroppgaven er: 1.amanuensis Bjørg Karlsen, Universitetet i Stavanger.

Arbeidet forventes slutført: juni 2008.

Dersom det er spørsmål kan undertegnede kontaktes.

Stavanger, den 13. mars 2008

(sign)

Anne Vinsnes  
1.amanuensis  
Faglig ansvarlig

Helene Hanssen  
1.lektor  
Studiekoordinator

Bjørg Karlsen  
1.amanuensis  
Veileder

### **3. INFORMASJONSSKRIV**

**Kjære deltaker!**

**Forespørsel om deltakelse i en undersøkelse om sykepleierens veiledning av ungdom med type 1 diabetes**

Jeg er student ved Institutt for helsefag (IHF) ved Universitetet i Stavanger og arbeider med mastergradsoppgave under veiledning av førsteamanuensis Bjørg Karlsen.

Studiens foreløpige arbeidstittel er ” **Å lære bort ansvar for eget liv og helse – Hvordan stimulerer sykepleiere egenomsorg hos ungdom med diabetes type 1 gjennom veiledning? ”**

Formålet med studien er å se på sykepleierens veiledning i arbeid med ungdom med diabetes type 1. En slik studie er av betydning nettopp fordi sykepleiere er sentrale i diabetesomsorgen både på sengeposten og i poliklinisk arbeid. Det er gjort en del studier om ungdom med diabetes type 1 og deres behov. Dessuten er det skrevet mye i litteraturen om sykepleierens pedagogiske funksjon. Derimot er det få studier som viser hva norske sykepleiere i gjør i praksis for å stimulere til aktiv egenomsorg. Studien kan gi ideer om hvilke endringer som kan gjøres i det kliniske felt for bedre å i møtekomme den aktuelle gruppens behov for utvikling av egenansvar og selvstendighet.

For å kunne få innblikk i dette feltet, ønsker jeg å intervju 8 sykepleiere ansatt ved medisinsk barneavdeling og /eller barnepoliklinikk. Sykepleiere som skal intervjues bør ha minimum et års erfaring, være ansatt i minst 50 % stilling og ha lyst til å delta. Da jeg er klar over det faktum at sykepleiere har travel hverdag, er jeg forberedt på å utføre intervjuer på de tidspunktene som er mest gunstig for dem. Intervjuet med den enkelte vil være i ca. 1 time og samtalen vil bli tatt opp på lydbånd. Lydbåndene vil bli oppbevart i låsbare skap og slettet etter at arbeidet med oppgaven er ferdig. Sykepleierens navn vil ikke bli nevnt på lydbåndet. Opplysningene jeg får i intervjuene vil anonymiseres og skal ikke kunne føres tilbake til den enkelte sykepleier.

Deltakelse i studien er frivillig, og den enkelte sykepleier kan trekke seg på et hvilket som helst tidspunkt. Ved studiens slutt blir et eksemplar av den ferdige oppgaven sendt til klinikken. Jeg bidrar gjerne med muntlig fremleggelse av funnene dersom dette skulle være av interesse. Oppgaven planlegges innlevert i løpet av våren/høsten 2008.

Dersom dere har spørsmål vedrørende studien, kan jeg kontaktes pr. tlf.52 70 27 60, mob. 95793008 eller e-post: [dzana.porobic@hsh.no](mailto:dzana.porobic@hsh.no).

Med hilsen

Haugesund, 13.03.08

Dzana Porobic

#### 4. SAMTYKKESKJEMA

Jeg \_\_\_\_\_ gir mitt samtykke til å delta i Dzana Porobic studie. Jeg er informert om studiens hensikt og at min deltakelse inkluderer å bli intervjuet av Dzana Porobic om mine synspunkter på og om min erfaring i veiledning av ungdom med diabetes type 1.

Jeg er kjent med at intervjuet er frivillig, og jeg kan trekke meg fra deltakelse på et hvilket som helst tidspunkt. Jeg vet at all informasjon som jeg gir, vil bli anonymisert både i forhold til oppbevaring og fremstilling av oppgaven.

Skjemaet sendes i frankert og adressert konvolutt til Dzana Porobic.

Dersom jeg har kommentarer etter intervjuet, kan jeg kontakte Dzana Porobic på tlf. 52 70 27 60/95793008.

Dato: \_\_\_\_\_

Sted: \_\_\_\_\_

Sykepleier/deltaker \_\_\_\_\_ Intervjuer/student \_\_\_\_\_



Harald Hårfagres gate 29  
N-5007 Bergen  
Norway  
Tel: +47-55 58 21 17  
Fax: +47-55 58 96 50  
nsd@nsd.uib.no  
www.nsd.uib.no  
Org.nr. 985 321 884

Björg Karlsen  
Institutt for helsefag  
Universitetet i Stavanger  
4036 STAVANGER

Vår dato: 25.04.2008

Vår ref:18860 / 2 / SM

Deres dato:

Deres ref:

## TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 27.03.2008. Meldingen gjelder prosjektet:

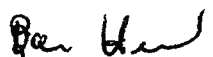
18860	<i>Å lære bort ansvar for eget liv og helse. Hvordan stimulerer sykepleiere egenomsorg hos ungdom med diabetes type 1 gjennom veiledning?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Björg Karlsen
Student	Dzana Porobic


Etter gjennomgang av opplysninger gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon, finner vi at prosjektet ikke medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt etter personopplysningslovens §§ 31 og 33.

Dersom prosjektopplegget endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for vår vurdering, skal prosjektet meldes på nytt. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, [http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk\\_stud/skjema.html](http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html).

Vedlagt følger vår begrunnelse for hvorfor prosjektet ikke er meldepliktig. Prosjektet kan settes i gang.

Vennlig hilsen

  
Bjørn Henrichsen

  
Siv Midthassel

Kontaktperson: Siv Midthassel tlf: 55 58 83 34

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Dzana Porobic, Liarfjell 108, 4250 KOPERVIK





## Prosjektvurdering - Kommentar

---

18860

Ombudet kan ikke se at det foretas behandling av personopplysninger med elektroniske hjelpemidler eller at det opprettes manuelt personregister som inneholder sensitive personopplysninger. Prosjektet vil dermed ikke omfattes av meldeplikten.

Det legges til grunn at opptak ikke behandles på pc samt at opplysninger anonymiseres ved transkribering ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Det legges videre til grunn at det ikke finnes en koblingsnøkkel/navneliste som kobler transkripsjoner til informant, jf. meldeskjema. Formuleringen i informasjonsskrivet "kodet navneliste vil også bli oppbevart..." bør derfor utgå.

## 6. TILLATELSE SYKEHUS 1

**Dzana Porobic**

---

**Fra:**  
**Sendt:** 23. april 2008 09:33  
**Til:** Dzana Porobic  
**Emne:** Studie om sykepleierenes veiledning av ungdom med type 1 diabets

Hei!

Viser til tlf samtale der vi ble enige om at jeg skulle sjekke om vi kunne ornde med 4 sykepleier til intervju.

Jeg har snakket med de aktuelle, og har satt opp en plan.

For å tilpasse driften blir det etter følgende oppsett.

29.04 kl 08 - 09

6.mai 08 - 09

6.mai 12 - 13

6.mai 13 - 14

Håper dette er greit. Fint hvis du kan gi snarlig tilbakemelding.

mvh

**Dzana Porobic**

---

**Fra:** [redacted]

**Sendt:** 3. juni 2008 09:23

**Til:** Dzana Porobic

**Emne:** prosjektoppgave- tilgang til feltet

Hei.

[redacted] er på tidligvakt i morgen, vi planlegger nå mulighet for intervju kl.13.00-14.00, passer dette tidspunktet for deg?

Når vi deg på tlf:52 70 27 60.

Mvh

---

**Fra:** Dzana Porobic [mailto:dzana.porobic@hsh.no]

**Sendt:** 3. juni 2008 07:49

**Til:** [redacted]

**Emne:** SV: prosjektoppgave- tilgang til feltet

Da venter jeg på endelig tilbakemelding fra deg.

Tusen takk for hjelpen.

Mvh

Dzana

**Dzana:**

---

**Fra:**

**Sendt:** 6. mai 2008 15:10

**Til:** Dzana Porobic

**Kopi:** ,

Til Dzana Porobic

Jeg gir herved tillatelse til at du kan intervju

om barn/unge og med type 1 Diabetes.

Vennlig hilsen

overssykepleier

---

**Fra:** Dzana Porobic [mailto:dzana.porobic@hsh.no]

**Sendt:** 6. mai 2008 14:54

**Til:**

**Emne:** Empirisk studie ved barneavdeling

Hei

Viser til telefon samtalen og oversender søknad om å gjennomføre en studie om sykepleiernes pedagogiske funksjon overfor ungdom med type 1 diabetes.

Vedlagt er kopi av samtykkeskjema og informasjonsbrev til sykepleieren.

Med vennlig hilsen

Dzana Porobic

## 9. INTERVJUGUIDE - første intervjuet

### **Bakgrunnsinformasjon:**

*Spørsmål om alder, erfaring, interesse for diabetes, utdanning, stillingsstørrelse.*

### **Intervjuspørsmål:**

**1) Hvordan opplever du det å være sykepleier til ungdom med diabetes type 1? Hvordan opplever du at du møter ungdommen med type 1 diabetes gjennom din undervisning/veiledning? Hvem er dine samarbeidspartnere? Hvem mener du er viktig å involvere i dette arbeidet bortsett fra ungdommen selv?**

**2)Hva synes du at du kan bidra med når det gjelder stimulering av egenomsorg hos ungdom med diabetes type 1?**

**3)Hvilke utfordringer du mener du møter i arbeidet ditt med ungdom med diabetes type 1?**

**4)Hvem er ungdommens viktigste støttespillere når det gjelder det å oppnå en god egenomsorg?**

**5) Har du fått opplæring i hvordan du skal veilede/undervise ungdom med diabetes? I tilfelle, hvor, når og på hvilken måte?**

**6) Hva er det du ønsker å oppnå når du underviser/veileder ungdom med diabetes type 1? Hva er det du underviser/veileder i?**

**7) Hvordan planlegger du undervisningen/veiledningen?**

*Hvordan kartlegger du ungdommens behov for læring og støtte?*

*Hvordan motiverer du ungdommen til å komme frem med sine ønsker og behov og for å stimulere læring og egenomsorg?*

**8)Hvordan tilnærmer du deg ungdom med diabetes for å finne ut hvilke læringsbehov de har for å kunne ivareta egen helse?**

*Hvordan pleier du å stille spørsmålene? Hva spør du om?*

**9)Hva tenker du på når det snakkes om sykepleierens pedagogiske funksjon? Pasientundervisning/veiledning?**

**10) Hvilke arbeidsmåter og metoder bruker du i undervisning/veiledning av ungdom med diabetes?**

***Kan du fortelle litt om hvordan dette foregår – gi eksempel fra egen praksis?***

*Hvordan går du frem for å finne ut hva som er viktig å vektlegge i en undervisnings/veilednings situasjon for å stimulere egenomsorg?*

**11)Hvordan mener du at du mestrer rollen som underviser/veileder av ungdom med diabetes type 1?**

**12) Hvilke faktorer mener du påvirker din undervisning/veiledning av ungdom med diabetes? Kan du gi noen eksempler på det?**

**13) Mener du at du har tilstrekkelig tid til å ta deg av ungdommene på en måte som kan dekke deres behov for opplæring slik at de kan ivareta egenhelse? Hvordan mener du omgivelsene påvirker utfallet av en undervisnings/veiledningssituasjon?**

**14) Kan du fortelle om gode og dårlige erfaringer fra arbeid med ungdom med diabetes type 1?**

*Hva skjedde? Hva gjorde du? Hvordan reagerte pasienten? Hvorfor mener du han reagerte slik?*

**15) Hva skjer etter veiledning?**

*Kommer pasienter med kommentarer, spørsmål og lignende? Hvordan ivaretar du disse? Blir de fulgt opp ved neste konsultasjon?*

**Har du noen måter å finne ut om undervisningen/veiledningen din har hatt effekt?**

**16) Har du tilslutt noe du har lyst til å tilføye vedrørende dette emnet som du ikke har fått frem tidligere?**

## **10. INTERVJUGUIDE – brukt i resten av intervjuene**

### **Bakgrunnsinformasjon:**

*Spørsmål om alder, erfaring, interesse for diabetes, utdanning, stillingsstørrelse.*

### **Intervjuspørsmål:**

**1) Hvordan opplever du det å være sykepleier til ungdom med diabetes type 1? Hvilke utfordringer du mener du møter i arbeidet ditt med ungdom med diabetes type 1? (alder 12-16 år)**

*Hvordan opplever du at du møter ungdommen med type 1 diabetes gjennom din undervisning/veiledning? Hvem mener du er viktig å involvere i dette arbeidet bortsett fra ungdommen selv?*

**2) Hvem er ungdommens viktigste støttespillere når det gjelder det å oppnå en god egenomsorg?**

*Samarbeidspartnere, familien, foreldre, venner... Blir eventuelle diabetesrelaterte konflikter mellom ungdom og foreldre tatt opp i samtalen? Hvordan gjør du det?*

**3) Hva tenker du på når det snakkes om sykepleierens pedagogiske funksjon? Hva er pasientundervisning/veiledning?**

**4) Hvordan mener du at du bidrar med når det gjelder stimulering av egenomsorg hos ungdom med diabetes type 1?**

*Hva er din rolle som sykepleier?*

*Hvor mye ansvar kan pålegges en ungdom med diabetes?*

**5) Hva er det du ønsker å oppnå når du underviser/veileder ungdom med diabetes type 1? Hvordan planlegger du undervisningen/veiledningen? Hva er det du underviser/veileder i? Hvordan jobber du med mål sammen med pasienten? Hvordan kartlegger du ungdommens behov for læring og støtte? Samarbeider du med ungdommen i planlegging av undervisningen/veiledningen? Setter du deg ned med dem og finner ut hva som er viktig for dem, hva de ønsker?**

**6) Hvordan tilnærmer du deg ungdom med diabetes for å finne ut hvilke læringsbehov de har for å kunne ivareta egen helse og ta ansvar for egenomsorg?**

*Hvordan går du frem for å finne ut hva som er viktig å vektlegge i en*

*undervisning/veiledningssituasjon for å stimulere egenomsorg? Hvordan pleier du å stille spørsmålene? Hva spør du om?*

**7)Hvilke arbeidsmåter og metoder bruker du i undervisning/veiledning av ungdom med diabetes? Er det gruppeundervisning, individuelle samtaler? Kan du fortelle litt om hvordan dette foregår – gi eksempel fra egen praksis? Hvordan øker du ungdommens kompetanse til å utføre egenomsorg, er det ved å øke kunnskaper, tekniske ferdigheter, lære dem atferds og problem løsende metoder? Hvordan finner du ut hva ungdom ønsker å oppnå når det gjelder å ta ansvar for egen sykdom?**

**8) Har du fått opplæring i hvordan du skal veilede/undervise ungdom med diabetes? I tilfelle, hvor, når og på hvilken måte? Hvordan mener du at du mestrer rollen som underviser/veileder av ungdom med diabetes type 1?**

**9) Hvilke faktorer mener du påvirker din undervisning/veiledning av ungdom med diabetes? Jeg tenker først og fremst på fysiske faktorer (tid, ressurser, miljøpåvirkning, altså rom, sted) men også på psykososiale og kulturelle faktorer (foreldre, venner). Kan du gi noen eksempler på det? Hvordan mener du omgivelsene påvirker din undervisning/veiledning og dermed også egenomsorg hos ungdom med diabetes?**

**10)Har du noen måter å finne ut om undervisningen/veiledningen din har hatt effekt? Hva skjer etter undervisningen/veiledning? Kommer pasienter med kommentarer, spørsmål og lignende? Hvordan ivaretar du disse? Bli de fulgt opp ved neste konsultasjon?**

**11) Kan du fortelle om gode og dårlige erfaringer fra arbeid med ungdom med diabetes type 1? Hva skjedde? Hva gjorde du? Hvordan reagerte pasienten? Hvorfor mener du han reagerte slik?**

**12) Har du tilslutt noe du har lyst til å tilføye vedrørende dette emnet som du ikke har fått frem tidligere?**