

BACHELOROPPGAVE:

**Hvordan kan vi som sykepleiere undervise og veilede ungdom med nyopplaget diabetes mellitus type 1 med fokus på brukermedvirkning?**



FORFATTER(E)/KANDIDATNUMMER\*: 706

Antall ord\*: 10418

Dato: 06.05.2011

**Sammendrag av Bacheloroppgaven**

Tittel:	Hvordan kan vi som sykepleiere undervise og veilede ungdom med nyoppdaget diabetes mellitus type 1 med fokus på brukermedvirkning?	Dato : 6.5.2011
Deltaker(e)/kandidatnr:	706	
Veileder(e):	Øyfrid Larsen Moen	
Nøkkelord (3-5 stk)	Undervisning, veiledning, brukermedvirkning, ungdom, diabetes type 1.	
Antall ord: 10418	Antall vedlegg: -	Publiseringsavtale inngått: ja
Kort beskrivelse av bacheloroppgave:		
<p>Det er en økende forekomst av diabetes type 1 blant barn og unge. I denne forbindelse er sykepleierens undervisende og veiledende funksjon et satsingsområde med tanke på å forebygge senkomplikasjoner. Ved nyoppdaget diabetes type 1 vil sykepleieren være en av de første faggruppene den unge pasienten møter. Denne oppgaven er en litteraturstudie som tar for seg brukermedvirkning i undervisning og veiledning til ungdom med nyoppdaget diabetes mellitus type 1. Formålet med dette arbeidet er å belyse hvordan sykepleieren ivaretar den unge's brukermedvirkning i undervisnings- og veiledningssammenheng.</p>		

**ABSTRACT of bachelor thesis**

Title:	How can we as nurses teach and guide adolescents with newly diagnosed diabetes mellitus type 1 and focus on consumer involvement?	Date : 6.5.2011
<hr/> <hr/> <hr/>		
Participants/ Candidate number*:	706	
<hr/> <hr/>		
Supervisor(s)	Øyfrid Larsen Moen	
<hr/>		
Keywords (3-5)	Teaching, guidance, consumer involvement, adolescents, diabetes mellitus type 1.	
Number of words*:	10418	Number of appendix: -
Availability (open/confidential): Open		
<b>Short description of the bachelor thesis:</b>  There is an increasing incidence of type 1 diabetes among children and adolescents. In this regard, the nurse's educational and guiding function is a priority in order to prevent complications. In newly diagnosed type 1 diabetes, one of the first encounters will be between the patient and the nurse. This is a literature thesis which deals with user interaction in teaching and guidance to young people with newly diagnosed diabetes mellitus type 1. The purpose of this work is to elucidate how the nurse takes care of the young's consumer involvement in teaching and counseling context.		

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Innledning</b>	s.3-5
1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling	s. 3
1.2 Avgrensning og presisering av problemstillingen	s. 4
1.3 Begrepsavklaring	s. 4
1.4 Oppgavens oppbygging	s. 5
<b>2.0 Metode</b>	s. 6-10
2.1 Valg av metode	s. 6
2.2 Utvalgte kilder	s. 6-7
2.3 Databasesøk og funn	s. 7-8
2.4 Pensumlitteratur	s. 8-9
2.5 Kildekritikk	s. 9-10
2.6 Etikk	s. 10
<b>3.0 Teoridel</b>	s. 11-19
3.1 Diabetes mellitus type 1	s. 11
3.2 Ungdoms kognitive-, intellektuelle- og psykososiale utvikling	s.11-12
3.3 Sykepleierens funksjoner	s. 12-13
3.4 Undervisning og veiledning	s. 13-16
3.5 Brukermedvirkning	s. 17-19
<b>4.0 Drøftingsdel</b>	s. 20-30
4.1 15-åringen	s. 20-21

4.2	Pekefinger-mentalitet eller veiledning? .....	s. 21-22
4.3	En god start .....	s. 22-23
4.4	Mottakelighet .....	s. 23-24
4.5	Planlegging - en god forutsetning .....	s. 25
4.6	En medvirkende rolle .....	s.25-27
4.7	Fagspråk skaper avstand? .....	s. 27
4.8	Hva innebærer veiledning? .....	s. 27-28
4.9	Brukermedvirkning – trussel eller gode? .....	s. 28-29
4.9.1	Slipper vi dem til? .....	s. 29-30
<b>5.0</b>	<b>Konklusjon</b> .....	<b>s. 31-32</b>
	<b>Etterord</b> .....	<b>s. 33-34</b>
	<b>Litteraturliste</b> .....	<b>s. 35-37</b>

## **1.0 Innledning**

### **1.1 Bakgrunn for valg av tema og presentasjon av problemstilling**

Vi har i løpet av vårt utdannelsesforløp fått en stor interesse for sykepleierens undervisende- og veiledende funksjon, og av den grunn var dette et naturlig valg som tema for vår avsluttende oppgave i sykepleiefaget. I løpet av ulike praksisperioder har vi sett at det er et økt behov for undervisning og veiledning i kombinasjon med brukermedvirkning til pasienter. Vi mener det vil være interessant å belyse dette, da vi tenker at det vil være avgjørende hvordan undervisning og veiledning blir tilrettelagt for at brukermedvirkning skal ivaretas. Da vi valgte ut temaet for oppgaven, var det første vi tenkte på: diabetespasienter. Vi ser undervisning og veiledning som svært viktig i denne sammenheng, da vi tror at tilstrekkelig med kunnskap er nødvendig for at disse pasientene skal kunne mestre sin hverdag med en kronisk sykdom. Som målgruppe har vi valgt å bruke ungdom, fordi vi mener at undervisning og veiledning til denne gruppen spiller en stor rolle med tanke på at de har et langt liv foran seg hvor de skal leve med sykdommen. I tillegg ønsker vi å tilegne oss mer kunnskap om betydningen av brukermedvirkning som fokus i undervisning og veiledning til ungdom. Vi kom dermed fram til følgende problemstilling:

**”Hvordan kan vi som sykepleiere undervise og veilede ungdom med nyoppdaget diabetes mellitus type 1 med fokus på brukermedvirkning?”**

I ”Resept for et sunnere Norge” (St.meld. nr. 16, 2002-2003) utarbeidet av Helse- og omsorgsdepartementet blir det satt fokus på det helsefremmende og forebyggende arbeidet med tanke på nye helseutfordringer som kan oppstå. I ”Fra stykkevis til helt” (NOU: 2005: 3) kommer det fram at helsetjenestene skal ha et økt fokus på brukermedvirkning i behandling. Dette for at helsetjenestene skal imøtekomme pasienters behov ut fra et individuelt grunnlag. På bakgrunn av disse ser vi også behovet for å belyse temaet vi har valgt, da dette er et tydelig satsingsområde i helsetjenesten.

## 1.2 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Med ungdom i problemstillingen har vi tatt utgangspunkt i 15-års alder, da vi ser på denne alderen som en utfordrende periode hvor man er på vei til å bli voksen. Vi har kun valgt å ta for oss undervisning og veiledning til ”den unge” og dens forutsetninger, og ikke hatt noe fokus på det sosiale nettverket rundt, som for eksempel foreldre og venner. Vi ser at nettverket rundt 15-åringen er av betydning med tanke på oppmuntring til medvirkning, støtte og kunnskaper rundt diabetes, men på grunn av at dette er en dybdeoppgave som skal inneholde et visst antall ord, har vi ikke hatt mulighet til å ta for oss dette selv om dette kunne vært av interesse.

Arenaen for oppgaven foregår i spesialisthelsetjenesten rett etter at diagnosen diabetes mellitus type 1 er stilt, og hvor den unge blir innlagt på sykehus. Det er i denne fasen vi tenker det vil være viktig å tilegne seg grunnleggende kunnskap om sin nyoppdagete sykdom og som blir forutsetningen for eventuell videre oppfølging og behandling. Diagnosen diabetes mellitus type 1 i seg selv blir ikke grundig utdypet i denne oppgaven, da dette ikke er hovedfokuset vårt.

Ordet ”mestring” blir flere ganger nevnt i oppgaven, da mestring er hensikten og målet bak undervisning og veiledning. Det å medvirke i undervisning og veiledning ser vi også i sammenheng med mestring, uten å gå nærmere inn på dette her. Hovedbegrepene våre i problemstillingen og innholdet i oppgaven er undervisning, veiledning og brukermedvirkning, og vi har derfor valgt å ikke sette for stort fokus på begrepet ”mestring”. Dette også på grunn av antall ord i oppgaven samt tidsperspektivet.

Ungdoms kognitive utvikling, sykepleierens funksjon og sykepleieteoretiker Dorothea Orem er kort beskrevet i oppgaven, da vi mener dette er relevant i forhold til at man kan danne seg en bakgrunnsforståelse for videre innhold som presenteres og drøftes i oppgaven.

## 1.3 Begrepsavklaring

Ordene ”brukermedvirkning”, ”pasientmedvirkning” og ”medvirkning” har samme betydning i oppgaven vår. Vi har valgt å bruke ulike uttrykk på grunn av leservennlighet.

## **1.4 Oppgavens oppbygging**

Vi har valgt å skrive teori og drøfting hver for seg, hvorav teoridelen kommer først. Denne inneholder en kort beskrivelse av hva diabetes mellitus type 1 er og forekomsten av denne sykdommen, og videre kommer en kortfattet innføring omkring ungdoms kognitive-, intellektuelle og psykososiale utvikling. Deretter presenteres sykepleierens ulike funksjonsområder som er aktuell i forhold til denne oppgaven, samt en definering av ordet ”mestring”. I denne sammenheng nevnes også Dorothea Orem’s egenomsorgsteori. Etter dette kommer teoriens hoveddel bestående av undervisning og veiledning samt brukermedvirkning sett opp mot dette.

Drøftingsdelen vår består av flere underkapitler. Innledningsvis tar vi opp sykepleierens undervisende og veiledende funksjon og dens hensikt, deretter drøfter vi litt rundt 15-åringens tanker, følelser og væremåte samt utfordringer i forbindelse med en nyoppdaget diabetes. Videre kommer vi inn på egnethet hos sykepleiere i forhold til undervisning og veiledning av denne pasientgruppen, før vi tar for oss betydningen av å skape et godt forhold til den unge pasienten. Omstendigheter og planlegging rundt undervisningen og veiledningen blir også nevnt i drøftingsdelen, i tillegg til brukermedvirkning i undervisnings- og veiledningssituasjoner.



## 2.0 Metode

Vilhelm Aubert definerer metode som

*”En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører med i arsenalet av metoder.”* (Dalland 2007, s. 81)

Metode er et hjelpemiddel som brukes til å samle inn relevant data til et bestemt formål (ibid.).

### 2.1 Valg av metode

Som metode i denne oppgaven har vi valgt litteraturstudie, hvor vi tar for oss litteratur som allerede eksisterer og er relatert til vår problemstilling (Dalland 2007). Dette fordi vi mener at denne typen studie er aktuelt i forhold til bachelor-oppgave og tidsperspektivet som er gjeldende da. Vi føler at tiden ikke hadde strukket til, dersom vi skulle gjennomført et empirisk studie og derfor har vi valgt å se bort fra dette. Det hadde selvfølgelig vært mulig å ha en kombinasjon av litteratur- og empirisk studie da vi kunne nyansert ulike temaer i oppgaven enda mer, men vi føler vi får et større faglig utbytte av kun å fokusere på litteraturstudiet. Forskning andre har gjort mener vi kan støtte vår oppgave i like stor grad som om vi skulle foretatt et empirisk studie. Vi har hatt et stort fokus på å bearbeide og reflektere rundt litteraturen vi har funnet, i den hensikt å utarbeide en oppgave med god flyt og et interessant, samt aktuelt innhold.

### 2.2 Utvalgte kilder

Forfattere vi benytter mye i oppgaven og som har utgitt ulik litteratur er: Anita Skafjeld (sykepleier med videreutdanning innen diabetes, arbeider med undervisning av helsepersonell og pasienter med diabetes ved Oslo Universitetssykehus), Marit Graue (sykepleier som har forsket mye på diabetes, førsteamanuensis ved Høgskolen i Bergen), Vigdis Granum (dekan og faglig ansvarlig for sykepleie-utdanningen ved Høgskolen i Oslo, har skrevet mye litteratur om pasientundervisning) og Sidsel Tveiten (førstelektor med kompetanse innen veiledningsmetodikk og brukerveiledning). Vi har også benyttet oss av to artikler i oppgaven skrevet av ulike forfattere: Elin Ose Velle og Ragnhild Bjarkøy som har bakgrunn innen

diabetessykepleie. Deres artikkel ”*Meistring av diabetes kan lærast*” er publisert i fagtidsskriftet ”Sykepleien”, som vi ser på som en pålitelig kilde og hvor sykepleieperspektivet står i fokus. ”Sykepleien” er et eksempel på et fagtidsskrift, ettersom dette er ment for en gitt faggruppe. Et fagtidsskrift vil omhandle både fagstoff og vitenskapelige artikler. I motsetning til dette vil artikler publisert i vitenskapelige tidsskrifter gjennomgå en fagfelle vurdering (peer-review) som gjør at de har gjennomgått en strengere kvalitetssikring (Dalland 2007). Alexis Hodgkins (diabetessykepleier, jobber i diabetesteam) er en annen forfatter vi har brukt i oppgaven. Hun har utgitt artikkelen ”*Teaching people with diabetes to self-care*” i fagtidsskriftet ”Nursing in practice” og vi ser på innholdet i denne artikkelen som svært relevant sett opp mot vår problemstilling.

Vi har bevisst valgt disse forfatterne, da vi mener disse kildene er pålitelige ettersom de skriver i et sykepleiefaglig perspektiv, deres erfaring fra praksisfeltet samt at deres publiseringer er fagfelle vurdert. Vi tenker at en sykepleier med videreutdanning innen diabetes vil ha større innsikt rundt vårt tema og som dermed vil gi et bedre fokus på vår problemstilling.

### **2.3 Databasesøk og funn**

I løpet av vår siste praksisperiode i spesialisthelsetjenesten benyttet vi oss av ”Kunnskapsegget”, som var tilgjengelig på praksisstedet. Dette er en samling av noen utvalgte databaser. Søkord vi benyttet da var blant annet: teenager, diabetes, self-care, self-management, education, guidance, youth, involvement og teaching. Vi avgrenset søket ved at vi kombinerte ordene ”diabetes”, ”self-management”, ”involvement” og ”youth”, og vi fikk da et mer oversiktlig treff. Vi kombinerte også ordene ”education”, ”guidance” og ”teaching”. Vi kikket på treffene vi fant, men syntes ikke at disse samsvarte med vår problemstilling. Vi føler at kunnskapsegget ikke er tilfredsstillende som oppslagsverk da vi opplevde det som rotete og uoversiktlig. Dette ser vi også i sammenheng med at vi ikke er erfarne med bruk av ”Kunnskapsegget”. Vi fikk tilbakemeldinger fra ansatte som er kjent med ”Kunnskapsegget” om at det er en god søkemonitor, dersom man kan å bruke den.

Ved oppstarten av denne bachelor-oppgaven begynte vi med søk i BIBSYS, som er en felles bibliotekdatabase for norske universiteter og høyskoler, hvor man deriblant kan søke opp tidsskrifter, bøker, artikler, forskningsartikler, bachelor- og masteroppgaver. Vi opplever

BIBSYS som oversiktelig og brukervennlig med tanke på litteratursøk. Via BIBSYS benyttet vi søkeord som: sykepleie, undervisning, veiledning, diabetes, ungdom, mestring, brukermedvirkning og diabetes mellitus type 1. Søkeordene gav mange resultater, vi avgrenset da ved å kombinere flere ord sammen, for eksempel: ”sykepleie, undervisning og veiledning, diabetes og ungdom” og ”diabetes, ungdom, brukermedvirkning og mestring”. Vi fikk da alt fra 0 til cirka 20 treff. Vi vurderte treffene etter forfatters faglige bakgrunn og innholdet sett opp mot vår problemstilling. Vi skaffet oss dermed en god oversikt over bøker vi så på som mest aktuelle. Etter hvert som vi bearbeidet litteraturen vi hadde valgt ut, så vi at innholdet i noen av bøkene ikke var så relevant likevel. Vi har kontinuerlig gjort vurderinger som dette. I tillegg har vi studert litteraturhenvisninger og litteraturlister i bøker vi har brukt og vi har sett at forfatterne bak disse bøkene har henvist til hverandre. Ut fra dette forstod vi hvilke forfattere som er anerkjent i de ulike fagene. I litteratur skrevet av Skafjeld og Graue blir det henvist til Haugstvedt’s hovedoppgave i sosiologi. Den samme oppgaven blir også henvist til i flere andre bøker vi har kikket i, og vi har forstått at Haugstvedt har gode kunnskaper innen diabetesfaget. Vi vurderte derfor Haugstvedt som en pålitelig kilde, og at hennes hovedoppgave var relevant for vår problemstilling.

Databaser vi har søkt i er ”British Nursing Index”, ”SveMed+”, ”Ovid Nursing Database”, ”Academic Search Elite” og ”NorArt”. I alle databasene benyttet vi oss av disse søkeordene: diabetes, teaching, teenagers, self-care, patient education, self-management, youth, participation, involvement og nursing. Via ”British Nursing Index” fant vi artikkelen ”*Teaching people with diabetes to self-care*”, da vi benyttet søkeordene ”diabetes, teaching AND teenagers”. Denne fikk vi bestilt via høgskolens bibliotek. Via ”NorArt” kombinerte vi søkeordene ”diabetes AND ungdom” og fant artikkelen ”*Å mestre diabetes kan lærast*”. Vi søkte også på fagtidsskriftet ”Sykepleien” og fant der den samme artikkelen nevnt ovenfor. Via de andre databasene vi søkte på, fant vi lite av relevans for vår problemstilling. Vi synes ”British Nursing Index” var den mest brukervennlige databasen å søke i, da denne var oversiktelig og det var enkelt å finne fram til artiklene.

## 2.4 Pensumlitteratur

Vi har benyttet oss av pensumbøker i oppgaven, som i følge Dalland (2007) er gunstig å benytte seg av ettersom det er relatert til studiet. Vi har i tillegg henvist til lovverk som

Helsepersonelloven og Pasientrettighetsloven i oppgaven vår, da vi mener dette er relevant i forhold til vår problemstilling.

## 2.5 Kildekritikk

Vi har vært kritiske til bruk av litteratur som er av utgivelsesdato før år 2000, da det stadig kommer nyere forskning omkring diabetes og opplegget rundt. I tillegg øker stadig forekomsten av denne diagnosen, slik at muligens andre faktorer rundt behandlingen blir mer vektlagt nå enn før. Undervisning og veiledning som funksjon oppfatter vi er under stadig utvikling samt at fokuset på pasientens medvirkende rolle er større nå enn tidligere. Mye av innholdet i de eldre bøkene er å finne igjen i de av nyere dato, likevel ser vi tydelig at den nyere litteraturen belyser vårt valgte tema på en mer utfyllende og reflektert måte. Vi ser også at det er mer fokus på brukermedvirkning de senere årene via litteratur av nyere dato.

Forfatterne vi har benyttet oss av har en faglig bakgrunn innen sykepleiefaget, og vi ser på det som nyttig at mange av forfatterne også har videreutdanning innen diabetessykepleie, da disse vil inneha mye erfaring og kunnskap omkring diabetesomsorg. Vi har gjort oss en tanke om at når man jobber innenfor faget har man selvsagt stor faglig innsikt, men på en annen side kan vi forestille oss at man også blir mindre selvkritisk til det arbeidet man selv gjør og at man kan ha et rutinepreg over arbeidet sitt, som kan føre til at man blir mindre mottakelig for forandring. Om dette kommer til syne i litteraturen de har skrevet er vi heller usikre på. Etersom vi skal være kritiske, er dette en tanke vi har gjort oss.

Når det gjelder artikkelen ”Meistring av diabetes kan lærast” kan man ikke ta for gitt at denne er ”kvalitetsstempelt”, ettersom dette er en artikkel funnet i et fagtidsskrift (Dalland 2007). Vi har likevel valgt å bruke denne artikkelen ettersom forfatterne bak er anerkjente innenfor det aktuelle fagområdet.

Hadde våre kunnskaper rundt litteratursøk samt øvelse rundt dette vært større, ser vi at vi kunne funnet mer forskning omkring vår problemstilling. Når det gjelder artikkelen skrevet av Hodgkins fra Storbritannia har vi vurdert hennes kompetanse, samt at vi har sett på referansene hun har brukt i artikkelen som pålitelige. Vi har ingen kjennskap til diabetesomsorg i Storbritannia, men vi føler at dette samsvarer med den norske diabetesomsorgen som kommer frem i litteratur vi har benyttet oss av i oppgaven. Vi har derfor vurdert at denne artikkelen er aktuell for vår oppgave.

En annen kilde vi har benyttet i oppgaven vår er ”Medisinsk Informasjon” som er et forskningsbasert temahefte som inneholder ulike medisinske temaer. Det vi har benyttet oss av dreide seg om Type 1-diabetes. Dette heftet fant vi via søk i BIBSYS, men vi var usikre på om vi skulle benytte denne i oppgaven vår. Siden dette temaheftet er forskningsbasert, valgte vi å anse det som en pålitelig kilde.

## **2.6 Etikk**

Som sykepleier er det forventet at man behandler alle mennesker med respekt, deriblant sårbare pasienter med behov for helsehjelp. Sykepleie innebærer at man har en helsefremmende og forebyggende funksjon, og man skal kontinuerlig oppdatere seg på det faglige plan for eksempel via forskning (Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden 2003).

### 3.0 Teoridel

#### 3.1 Diabetes mellitus type 1

Diabetes mellitus type 1 er en kronisk sykdom, hvor de insulinproduserende betacellene i pancreas ødelegges. Insulinproduksjonen reduseres dermed kraftig og det oppstår hyperglykemi (høyt blodsukker) (Bjålie, Haug, Sand, Sjaastad 2006). Diabetes er den vanligste stoffskiftesykdommen i verden (Skafjeld og Graue 2011). Polyuri, nykturi, hyppig vannlatning, glukosuri, ketoner i urinen, tørste, vekttap, appetittløshet, hodepine, urinveisinfeksjoner og soppinfeksjoner er symptomer og funn man ser ved diabetes mellitus type 1. Har man en glukosekonsentrasjon i blodet som tilsvarende over 11,1 mmol/l to timer etter en glukosebelastning eller et fastende blodsukker på over 6 mmol/l stilles diagnosen diabetes mellitus. Diabetes mellitus type 1 utvikles som oftest i ungdomsårene, eller tidligere enn 35-års alder. (Donaldson, Raine, Savage 2006, Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund, Solheim 2006). Cirka 300 barn og ungdom i Norge får diagnosen type 1-diabetes hvert år, og forekomsten øker stadig. Økningen har vært på 1-3% årlig, og det er i de nordiske landene det er størst forekomst (Medisinsk Informasjon 2009, Skafjeld 2002).

I følge Almås (2008) er årsakene til at man utvikler diabetes mellitus type 1 uklare, men det finnes enkelte som kan utvikle denne sykdommen på grunn av at de er genetisk disponerte. Det finnes også andre mulige årsaksfaktorer, som for eksempel kosthold, lite mosjon og stress. Type 1-diabetes medfører en risiko for en rekke senkomplikasjoner; blant annet blindhet, nyresvikt, hjerte- og karsykdommer (Skafjeld m.fl. 2011).

#### 3.2 Ungdoms kognitive-, intellektuelle og psykososiale utvikling

I Grønseth m.fl. (2009) blir unges kognitive-, intellektuelle og psykososiale utvikling beskrevet. Det vil si deres forståelse av omverdenen ved bruk av sanser, hvordan de forstår kunnskap de tilegner seg, deres tankegang samt måten de uttrykker seg på. Samme forfatter bruker Jean Piagets teori fra 1952 om barns intellektuelle utvikling, oppdelt i fire ulike faser. Det fjerde stadium som gjelder barn/unge fra 12 år og oppover, kalles *den formale-operasjonelle fasen* og forteller at den unge nå er i stand til å tenke litt mer utover de konkrete hendelsene og får et større perspektiv på ting. Tankene beveger seg nå mer enn tidligere over

på ukjent grunn, ting den ikke har erfaring med. Den unge i dette stadiet har utviklet en større evne til å løse problemer, men har enda ikke evnen til å finne de gode løsningene på de mest kompliserte problemene (ibid.). Selv om utviklingen har kommet til det fjerde stadium, påpekes det i Grønseth m.fl. (2009) at den unge fortsatt har et stort behov for informasjon og oppfølging. Vedkommende kan også ha problemer med å forstå konsekvenser som kan oppstå senere av valgene den tar. Hanås (2011) nevner at tenåringer viser en økt uavhengighet og er på vei til å bli voksen, men at de ofte ”går tilbake” i utvikling i visse tilfeller. Tenåringen blir også beskrevet som innadvendt og selvsentret, følsom og sårbar. Sårbarheten oppstår som oftest når man føler seg annerledes enn andre (Grønseth og Markestad 2009). Videre nevnes det at ungdom har en god forståelse når det gjelder sykdom og mange kan oppleve det som skremmende når de føler at deres funksjon, mobilitet og kroppsbygge blir endret. De kan oppleve en frykt for ikke lenger å være ”normal” (ibid.).

### 3.3 Sykepleierens funksjoner

Som sykepleier har man ulike funksjonsområder, og disse funksjonene innebærer gjøremål og handlinger sykepleieren utretter for mennesker med sykdom og helsesvikt. Funksjoner som for eksempel er rettet mot det helsefremmende og forebyggende, samt den undervisende funksjon står sentralt som delfunksjoner i sykepleie (Kristoffersen m.fl. 2006). Disse delfunksjonene har som hensikt å bidra til at pasienter i ulike situasjoner skal kunne oppleve mestring som er definert av Filipp og Klauer som:

*”...reaksjoner i møte med stressende hendelser, reaksjoner som har som mål å få i stand en ny tilpasning mellom individet og hans eller hennes omverden.”* (Næss og Eriksen, 2006 s. 90)

Sykepleierens undervisningsfunksjon er i følge Granum (2003) av betydning når det gjelder pasientens oppnåelse av mål knyttet til sykdom, et eksempel på dette kan være at vedkommende skal oppleve å mestre egen livssituasjon. Videre hevder Almås (2008) at pasienter med nyoppdaget diabetes har behov for undervisning og veiledning for å kunne mestre sin sykdom. Det poengteres i denne sammenheng at innholdet i denne undervisningen og veiledningen er av betydning for vedkommendes sykdomsutvikling, spesielt med tanke på senkomplikasjoner.

Dorothea Orem's egenomsorgsteori beskriver blant annet undervisning og veiledning som metode når pasienten har behov for å tilegne seg kunnskaper og ferdigheter. Dette gjelder for eksempel ved at pasienten opplever tilfredsstillende egenomsorg, det vil si å mestre sin nye livssituasjon med en kronisk sykdom. Orem poengterer at undervisningen må vurderes i forhold til pasientens alder og utvikling (Kristoffersen m.fl. 2006).

### **3.4 Undervisning og veiledning**

Tveiten (2008) beskriver undervisning som en viktig sykepleieroppgave, fordi når man underviser formidler man kunnskap. Undervisningen er planlagt i forkant og innholdet er kjent for sykepleieren som skal undervise. Målet for undervisning er at man skal oppleve mestring. Undervisning og veiledning vil være gunstig å kombinere, først kommer undervisningen med formidling av kunnskap deretter benyttes denne i veiledningssammenheng. Hensikten er at man utvikler en forståelse for hvordan og hvorfor man handler (ibid.). Almås (2008) påpeker at sykepleieren har en viktig pedagogisk rolle hos diabetespasientene.

Sykdom fører til en endring i livet, det er mange nye hensyn som må tas og ofte er det også visse begrensninger man får. På bakgrunn av dette trenger pasienten kunnskap for å mestre sin nye tilværelse (Granum 2003). Det er viktig for sykepleieren at pasienten ser en mening med undervisningen, innholdet i undervisningen skal bety noe for pasienten. Det hjelper ikke at sykepleierne ser på undervisningsinnholdet som gunstig dersom det ikke er etter pasientens behov for kunnskap (ibid.).

Almås (2008) sier at sykepleieren vil være en av de første faggruppene pasientene med nyoppdaget diabetes møter i startfasen. I denne fasen stilles det nye og fremmede krav til pasientene. Som sykepleiere er det viktig å kunne støtte og veilede pasientene, slik at de vil kunne mestre sin diagnose og alle forandringer som oppstår i hverdagen med sin nyoppdagete diabetes type 1 (Velle, Bjarkøy og Graue 2011). Varigheten av innleggelsen kan variere, men foregår som oftest over et kortere tidsrom og det er derfor viktig å kunne noe om hvordan man som sykepleier møter disse pasientene i denne perioden. Dette for at pasientene får mest mulig ut av sitt opphold i form av læring, veiledning og mestring (ibid.). Medisinsk Informasjon (2009) opplyser om at pasienter med nyoppdaget diabetes skal gå gjennom et undervisnings- og opplæringsopplegg så fort man har fått konstantert diagnosen. Hodgkins



(2009) hevder at engasjement, veiledning og støtte samt undervisning fra helsepersonell er med på å avgjøre pasientens opplevelse av mestring i senere tid. Videre belyser hun forskning gjort i 1996 som tilsa at personer med diabetes som hadde mottatt utilstrekkelig med undervisning/veiledning hadde en økt risiko for å utvikle senkomplikasjoner.

Det kommer frem at pasienter har gitt tilbakemeldinger om at de har opplevd at helsepersonell ikke har oppmuntret til egen læring og håndtering av sykdommen, de har lagt en demper på det (Skafjeld m.fl. 2011). Granum (2003) sier at det er manglende kunnskap blant mange i helsevesenet når det kommer til valg av undervisningsmetoder. Undervisningen er preget av lite struktur og det er lite rom for spørsmål, altså det foregår en enveiskommunikasjon. Den er gjerne spontan og av den grunn også ofte lite planlagt og gjennomtenkt (ibid.). Videre hevder Granum (2003) at undervisningen ville fått et bedre resultat dersom den hadde vært mer gjennomtenkt og planlagt. Det er spesialisthelsetjenesten som har mottatt flest negative tilbakemeldinger når det gjelder manglende undervisning og informasjon. Eksempler på hvilken bakgrunn disse tilbakemeldingene bygger på er at pasientene har opplevd for lite undervisning etter eget behov, eller at informasjonen som er gitt ikke er forstått.

Undervisningstilbud kan ha blitt gitt, men det samsvarer ikke med pasientenes individuelle behov og ønsker, kommer det fram av Granum (2003). Mangel på kunnskap hos pasientene vil kunne bidra til usikkerhet omkring egen situasjon og en opplevelse av manglende mestring av eget liv. På en annen side vil økt kunnskap hos pasientene bidra til økt følelse av mestring (ibid.).

Tveiten (2008) påpeker at det i starten vil kunne være av hensikt at det er sykepleieren som i stor grad styrer undervisningen i form av formidling av kunnskap, ettersom målet er at pasienten skal inneha god kunnskap om sin sykdom. Undervisningen sykepleierne gir pasientene er gjerne basert på mye faktakunnskap som kan føre til at undervisningen ikke er tilpasset deres ønsker og behov rundt egne opplevelser (ibid.). Som pasient ønsker man å tilegne seg kunnskap rundt sin egen sykdom og hvordan man skal mestre sin situasjon.

Undervisningen som ofte ønskes er i følge Tveiten (2008) relatert til hvordan sykdommen arter seg, hva de selv kan gjøre og ikke minst hva som skjer når de kommer hjem. De har behov for tilstrekkelig med kunnskap slik at de har de forutsetninger som trengs for å mestre sin sykdom etter endt sykehusopphold. Det kommer frem at pasientene ønsker undervisning rundt hva de selv mener er viktig, selve innholdet vil da være individuelt (ibid.). God

samhandling mellom pasient og sykepleier i undervisningssammenheng handler om at pasienten gjerne lærer av det han/hun ser på som interessant for sin situasjon og på grunnlag av dette kan pasienten ha tilegnet seg kunnskap som er aktuell i forhold til egne behov og erfaringer (Granum 2003). Tveiten (2008) hevder at pasienten selv bør se behovet for å tilegne seg kunnskaper og ferdigheter ut fra sitt ønske om å mestre sin livssituasjon. Granum (2003) belyser gjenkjennelse av tidligere kunnskaper i undervisningssituasjon, hvor undervisningen er tilrettelagt i den hensikt at pasienten oppdager at tidligere kunnskaper og ny kunnskap kan trekkes sammen og dermed gi mening. Dette vil kunne føre til at pasienten opplever mestring og føler at han har evner til å løse eventuelle problemer som måtte oppstå. Pasienten vil også kunne erfare at det å inneha kunnskap om egen sykdom er en viktig ressurs for å kunne mestre den (ibid.). Sykepleierens mål blir å tilstrebe at pasienten ser hvorfor det er viktig å tilegne seg ny lærdom og et gunstig tiltak er at pasienten selv er delaktig når det gjelder undervisningsopplegget (Granum 2003). Forslaget Granum (2003) kommer med videre er at pasienten blir utfordret til å tenke ut spørsmål han/hun ønsker at undervisningen skal ha fokus på. Denne teorien støtter også Næss og Eriksen (2006) når de forteller at dersom man skal oppnå mestring, må pasienten selv være villig til å søke etter ny informasjon. Granum (2003) nevner videre at sykepleiernes utfordring da blir å legge opp undervisningen slik at pasienten får mulighet til å være aktiv og ikke minst at innholdet er interessant. Ved at pasienten aktivt deler tanker, følelser og opplevelser og hvor dette knyttes sammen med undervisningen og blir en del av innholdet, vil pasienten kunne tilegne seg ny kunnskap (ibid.). Når pasienten deltar i planleggingen av undervisningen vil det bli et økt fokus på sykepleiernes veiledende rolle og i denne sammenheng vil det være viktig at sykepleieren tar utgangspunkt i pasientens ressurser og forutsetninger til å tilegne seg kunnskap (ibid.). Pasienten er i følge Granum (2003) ekspert på seg selv og kjenner seg selv best mens sykepleieren innehar fagkunnskaper, og ved å kombinere dette vil man kunne få et godt utgangspunkt for en undervisning tilpasset pasientens behov.

Et godt tillitsforhold mellom sykepleier og pasient er meget viktig når det kommer til formidling av kunnskap i undervisningssammenheng, da forholdet mellom sykepleier og pasient vil være avgjørende i forhold til pasientens tilegnelse av kunnskap (Granum 2003). Hvilke kunnskaper, holdninger og ferdigheter sykepleieren innehar er viktige faktorer når det kommer til undervisning. Sykepleierens undervisningsferdigheter vil være avhengig av erfaring og hvilket syn vedkommende har på læring, og ikke minst hvordan sykepleieren

ønsker å tilnærme seg pasienten ved planlegging og gjennomføring av undervisningen (ibid.). Når det kommer til sykepleierens kompetanse med tanke på den undervisende og veiledende funksjonen, er det i følge Granum (2003) en forutsetning at vedkommende har gode pedagogiske kunnskaper i kombinasjon med at hun også er personlig egnet til dette. Her kreves gode samarbeidsegenskaper, evne til å lytte samt å tilrettelegge undervisningen individuelt etter pasientens behov. Det gis tilbakemeldinger fra sykepleiere om at de ønsker mer kunnskap rundt pasientundervisning og at det blir et økt fokus på dette gjennom utdannelsen (ibid.). Helse- og omsorgsdepartementet's nasjonale strategi for diabetesområdet (2006-2010) har som en nasjonal målsetting at helsepersonell innen diabetesomsorgen har kompetanse for å sikre kvaliteten på tjenestene, samt kapasitet til å utføre dette. For å oppnå dette skal det legges til rette for at aktuelt helsepersonell skal kunne ta videreutdanning. Granum (2003) hevder at undervisning i helsevesenet kan bli påvirket i negativ retning av tidspress og høye krav til å effektivisere driften. Hun poengterer videre hvor viktig det er at en eller to sykepleiere har ansvaret for undervisningen under pasientens sykehusopphold, da dette vil sikre en god faglig kvalitet og godt samarbeid ved at man blir kjent med hverandre. I tillegg vil man få kontinuerlig oppfølging og veiledning ut fra behov. Det vil være lettere for sykepleierne å se hva som bør vektlegges i undervisningen og oppmuntre og gi tilbakemeldinger på det pasienten mestrer når hun kjenner vedkommende (ibid.). Dersom pasienten opplever å ikke mestre situasjoner er det viktig at sykepleieren fokuserer på det positive og det vedkommende allerede kan, i tillegg til å tilstrebe at vedkommende opplever å kunne bygge videre på dette (ibid.).

I følge Tveiten (2008) har veiledning som hensikt at pasienten skal lære, og målet er at vedkommende skal oppleve mestring på bakgrunn av dette. Som sykepleier må man ta utgangspunkt i vedkommendes forutsetninger og veilede ut fra dette. Pasientens forståelse for situasjonen og opplevelsen av denne er også momenter som bør tas hensyn til (ibid.). Gjennom veiledning vil sykepleieren tilrettelegge for at den som veiledes ser hvilke ferdigheter som er nødvendige for å oppnå mestring av ulike situasjoner, samt at vedkommende blir oppmerksom på hva som bør jobbes videre med. Det poengteres at veiledning er en metode som fremmer medvirkning og som dermed oppmuntrer til deltakelse og aktiv bruk av pasientens ressurser (ibid.).

### 3.5 Brukermedvirkning

I følge Haugstvedt (2001) kan brukermedvirkning sees på som et virkemiddel når målet er gode resultater av behandlingen. Brukermedvirkning er definert som

*”...at mennesker selv henter tilbake makten i sine liv. Makten er ikke nødvendigvis noe som skal gis til personene, men noe de selv skal ta og styre innenfra.”* (Brodtkorp, Norvoll og Rugkåsa, 2001 s. 139)

Brodtkorp m.fl. (2001) forteller at brukermedvirkning er særlig viktig i forbindelse med kronisk sykdom, hvor pasienten blir tilknyttet helsetjenester i ulike tidsperspektiver. Det påpekes at ved å legge vekt på brukermedvirkning får man et innblikk i pasientens opplevelser, meninger og tanker omkring sin situasjon. Med utgangspunkt i dette vil man da kunne få en mer helhetlig oversikt over pasientens forståelse og innsikt (ibid.). Mennesker med en kronisk sykdom har i følge Norges Diabetesforbund (2000) et større læringsutbytte når de selv medvirker i undervisningsprosessen, enn om helsepersonellet kun *gir* undervisning. Man ser tendenser til at helsepersonell undervurderer pasienter og villigheten deres til å lære og mange av helsepersonellet utfører dermed undervisning på den formelle måten, hvor pasienten blir en passiv lytter (Brodtkorp m.fl. 2001). I følge Næss m.fl. (2006) ser man tydelig at pasientene innenfor diabetesomsorgen får et stort ansvar for sin egen behandling. Det er derfor sentralt at pasienten, som har det avgjørende ordet, og helsepersonell sammen legger planer for videre forløp. Pasientrettighetsloven (1999) §3-1 sier at pasienter har rett til medvirkning når helsehjelp skal ytes. I hvilken grad pasienten kan medvirke avhenger av pasientens evne til å forstå informasjon, samt videreformidle dette.

Skafjeld og Graue (2011) hevder at pasientens medvirkning blir sett på som mer og mer viktig, og at når det gjelder diabetes står brukermedvirkning høyt i fokus. Dette kommer av at sykdommen er kronisk og at det dermed kreves en selvstendighet. Ikke minst er det et økt fokus på pasientens egen innflytelse over sin sykdom (ibid.). Brukermedvirkning er også et viktig middel for å kvalitetssikre innholdet i de helsetjenestene som gis, for eksempel undervisning og veiledning. Her vil man i følge Skafjeld og Graue (2011) kunne gi rom for forbedring og endringer som er mer tilpasset og relevant ut fra vedkommendes situasjon. Når man har fokus på brukermedvirkning vil det si at man setter brukerens behov høyt og

brukeren skal da være delaktig i de beslutninger som gjelder dem selv (ibid.). Når man snakker om brukermedvirkning er også ”interesse” et viktig ord i denne sammenheng, og Skafjeld og Graue (2011) sier at i dette ligger det at vedkommende er interessert i å medvirke i det som er aktuelt for han selv. Det poengteres at diabetespasientene vil ha stor nytte av å være aktivt medvirkende rundt egen situasjon. Dette kommer også frem fra Hodgkins (2009) hvor det anbefales at helsepersonell bruker veiledning, og ikke forteller hva pasienten skal og bør gjøre. I stedet bør pasienten selv ved hjelp av veiledning fra helsepersonell, finne ut hvilke løsninger som passer til sin problemstilling. Da pasienten finner sine egne løsninger, er det mest sannsynlig at læringen er størst og at pasienten følger opp dette (ibid.). Selv om det er fokus på pasientmedvirkning understrekes det at man som sykepleier ikke må glemme at pasienten trenger de faglige kunnskapene sykepleieren innehar. I dette ligger det at pasienten ikke har evne til å finne ut alt selv, men trenger undervisning og veiledning for å kunne oppnå ønskede mål (Tveiten 2008). Skafjeld og Graue (2011) påpeker at Diabetesforbundet er en pådriver for at brukermedvirkning skal stå mer i fokus. De er også opptatt av viktigheten av god opplæring for å mestre sykdommen. Forbundet oppdaterer også sine medlemmer med ny kunnskap via tidsskrifter og lignende samt at de har sin egen internettside.

Tveiten (2008) hevder at brukermedvirkning er et ord som vi ofte ser i sammenhenger som omhandler veiledning. Det kommer frem at veiledning i motsetning til undervisning har som hensikt å veilede pasienten med utgangspunkt i behov der og da. Det vil også være vanskelig å planlegge innholdet i veiledningen ettersom utgangspunktet er behovet til pasienten.

Undervisning vil i større grad styres mer av den som underviser etter hva den vurderer som nødvendig og det vil være mer planlagt (ibid.). Når man veileder skal man ikke gi pasienten fasit svarene, oppgaven ligger i å bidra til at vedkommende finner svarene selv, og i denne sammenhengen vil det være heldig dersom sykepleieren har avklart med pasienten på forhånd hva veiledning innebærer og at det er i den beste mening. Dette for å unngå misforståelser fra pasientens side hvor vedkommende kan tro at sykepleieren ikke ønsker å hjelpe (ibid.).

Tveiten (2008) påpeker videre at målet er at pasienten skal oppleve veiledningen som noe meningsfylt som gir noe nyttig tilbake, samt at det å mestre situasjoner og finne svar selv vil kunne oppleves som styrkende på selvtiliten. Sykepleieren bør også være på tilbudssiden når det gjelder seg selv som ressurs med tanke på fagkunnskaper, og hva pasienten ønsker og har forventninger om at hun skal bidra med (ibid.).

Tveiten (2008) hevder at sykepleieren kan oppleve utfordringer når det gjelder å måtte ha en mer passiv rolle med tanke på veiledning. Dette støtter også Hodgkins (2009) som nevner at man må opptre profesjonelt og ikke opptre selvsentrert. Det kan være vanskelig å ikke komme med fasitsvarene umiddelbart, og vedkommende kan synes at det pasienten ønsker å veiledes i er u hensiktsmessig (ibid.). Sykepleieren kan også oppleve utålmodighet i forhold til det å la pasienten få tid til å håndtere situasjonen og det at sykepleieren ikke får framhevet sin fagkunnskap nok. På bakgrunn av dette poengteres det at sykepleieren i forkant av veiledning går inn i seg selv og forbereder seg på hva en veiledning innebærer og er oppmerksom på dette (Tveiten 2008).

## 4.0 Drøftingsdel

Som sykepleier har man de yrkesetiske retningslinjer å forholde seg til som blant annet sier at man skal anvende sin kunnskap til helsefremmende og helseforebyggende arbeid (Brinchmann 2005). Vi ser på undervisning og veiledning som en svært viktig del av sykepleierens funksjon. Denne funksjonen vil være både forebyggende samt helsefremmende fordi nettopp undervisning og veiledning vil kunne bidra til at pasientene får en økt forståelse rundt sin sykdom og tilegner seg tilstrekkelig med kunnskap (Kristoffersen m.fl. 2006). Dette kan bidra til at senkomplikasjoner i forbindelse med diabetes mellitus type 1 unngås (Almås 2008). Når vi tenker på helseforebygging og helsefremming ser vi også dette i sammenheng med det å for eksempel redusere tilfeller av føling og hyperglykemi fordi pasienten har nok kunnskaper om sin sykdom og symptomene som kan oppstå. Orems egenomsorgsteori beskriver at pasienter bør tilegne seg nødvendig kunnskap slik at man får en tilfredsstillende egenomsorg. Dette kan bidra til å forebygge negative følger, da med tanke på senkomplikasjoner (Kristoffersen m.fl. 2006). Vi tenker at tilstrekkelig kunnskap i forbindelse med diabetes vil kunne gi den unge en større trygghet rundt sin situasjon med en kronisk sykdom, samt at vedkommende vil være mindre avhengig av andre rundt seg, for eksempel helsepersonell og foreldre.

### 4.1 15-åringen

Slik vi har forstått det ut fra Grønseth m.fl. (2009) samt etter vår erfaring, er 15-åringen en utfordring når det gjelder undervisning og veiledning. Disse pasientene er i følge Hanås (2011) en gruppe på vei til å bli voksne, de kan bære preg av sårbarhet og usikkerhet. Samtidig med denne usikkerheten ser vi at ønsket om å bli mer selvstendig og uavhengig av foreldrene er sterkt. Videre er denne gruppen opptatt av ikke å skille seg ut blant de i den samme aldersgruppen, de ønsker å forbli "normale" (Grønseth m.fl. 2009). Hvis vi tenker med oss selv var vi sjelden opptatt av konsekvenser som kunne oppstå i forbindelse med ulike handlinger. Dette ser vi i sammenheng med at det er vanskelig å se langt framover i tid i forhold til for eksempel senkomplikasjoner og det å forholde seg til dette. Det å skulle få en kronisk sykdom i denne alderen ser vi på som svært vanskelig med tanke på at ungdom er i stadig forandring, både når det gjelder det kognitive og det kroppslige (ibid.). Sett i

sammenheng med en nyoppdaget diabetes type 1 vil dette kunne medføre enda flere og større forandringer for en ungdom hvor man er i en alder der det meste skal prøves ut. Skafjeld og Graue (2011) sier at tenårene i seg selv er en utfordrende periode, og når man i tillegg får diabetes vil dette føre meg seg ekstra utfordringer og begrensninger. Da tenker vi på i forhold til de daglige aktivitetene de eventuelt er vant med å delta på og deres livsmønster. Man må kontinuerlig ta hensyn til sykdommen med de symptomer som kan oppstå i ulike situasjoner og sammenhenger, som for eksempel føling etter en gymsøye eller en fotballtrening. Vi kan tenke oss at unge på grunn av dette kan føle at livssituasjonen blir problematisk og vanskeliggjort. Skafjeld og Graue (2011) hevder også at diabetes er en krevende sykdom å forholde seg til fordi det er så mange hensyn å ta. Vi tenker at ønsket om å være som alle andre kan komme i sterk konflikt med at sykdommen samtidig er så synlig for andre. Vi tenker for eksempel at i forkant av en lunsj på skolen, hvor man må måle blodsukker samt sette insulin, vil kunne forsterke følelsen av å være annerledes.

#### **4.2 Pekefinger-mentalitet eller veiledning?**

Vi har gjort oss noen tanker rundt det å skulle undervise og veilede denne pasientgruppen og kommet fram til at egnethet hos sykepleieren er av stor betydning. Med det mener vi at muligens ikke alle er aktuelle til å undervise akkurat denne aldersgruppen. Dette ser vi i samsvar med Granum (2003) som poengterer at sykepleierens syn på læring og tilnærming av pasienten har stor betydning for gjennomføring og planlegging av undervisningen. En forutsetning vi mener bør være tilstede er at man er komfortabel og interessert i ungdom og at man har satt seg inn i deres væremåte og hverdag, da vi tenker at det vil gi gode forutsetninger for videre samarbeid mellom pasient og sykepleier. Det å opptre som en "bedreviter" og fremstå som belærende ser vi på som uheldig, og vi tenker dette kan virke provoserende og mot sin hensikt. Pasienten vil da kanskje forbinde sykepleieren med en voksen, som alle andre foreldre, og dette tenker vi kan virke motstridende til ønsket den unge har om å bli mer selvstendig og voksen. Etter vår erfaring fra ulike praksisperioder har vi observert at ikke alle sykepleiere er like godt egnet til å undervise og veilede. Dette ser vi i sammenheng med at sykepleieren kan være usikker på sin undervisende og veiledende rolle, mangel på fagkunnskap og pedagogiske ferdigheter samt erfaring. Dette ser vi også ut fra Granum's (2003) påstand om mangelfull kunnskap blant helsepersonell med tanke på undervisningsferdigheter. I løpet av vårt utdanningsforløp har vi savnet mer fokus på



sykepleierens undervisende og veiledende funksjon, da vi ser dette som en forutsetning for å kunne fremstå som en ”helhetlig” sykepleier. Ikke minst med tanke på de lover som vi er pålagt å følge; Helsepersonelloven §10 (1999) sier at den som yter helsehjelp er pliktig til å gi informasjon til pasienter. Ut fra Skafjeld og Graue (2011) ser vi også at pasienter opplever at de ikke får tilstrekkelig eller god nok undervisning og veiledning under innleggelse, så kanskje det da er en tanke å rette mer fokus mot dette i løpet av utdannelsen? En annen tanke er at sykepleierne etterspør muligheter for kurs og videreutdanning med tanke på pedagogikk, da vi ser på dette som relevant i forhold til undervisning og veiledning. Vi tenker også at en videreutdanning innen diabetesomsorgen er å foretrekke på grunn av at disse sykepleierne vil kunne bidra med mer kompetanse og større innsikt med tanke på pasientens situasjon. Vi ser på dette som en god kvalitetssikring av helsetjenesten ettersom kunnskapen disse sykepleierne innehar omkring diabetes vil være av et bredere spekter. Helse- og omsorgsdepartementet (2006-2010) nevner også videreutdanning som en nasjonal målsetting i forbindelse med diabetesomsorgen i sin nasjonalstrategi for diabetesområdet. Her blir kompetanse vektlagt for å kvalitetssikre tjenesten.

Ved at videreutdannet helsepersonell blir benyttet i tilfeller med nyoppdaget diabetes tenker vi at dette vil kunne begrense tilfeller av senkomplikasjoner og fremme en bedre egenomsorg. Hodgkins (2009) nevner forskningsresultat fra 1996 som viste at diabetespasienter med mangelfull undervisning og veiledning var mer utsatt for utvikling av senkomplikasjoner. Ettersom vi ser det har også sykepleierne et eget ansvar i forhold til det å holde seg faglig oppdatert og søke ny kunnskap dersom de føler mangel på dette. Det å ønske faglig påfyll ser vi på som en svært god egenskap hos en sykepleier, og vi mener dette bør veie opp for en eventuell følelse av å ikke inneha tilstrekkelig med kunnskap og ferdigheter rundt den aktuelle situasjonen. Granum (2003) nevner at sykepleiere ønsker mer kunnskap rundt pasientundervisning og at dette bør vektlegges mer i løpet av utdannelsen.

### **4.3 En god start**

Det første møtet mellom pasient og sykepleier ser vi på som viktig, da dette etter vår mening legger grunnlaget for videre samarbeid. På bakgrunn av dette tenker vi at sykepleieren foretar en grundig samling av bakgrunnsopplysninger, dette i form av å stille åpne spørsmål og lytte til det pasienten forteller. Det å gi positive tilbakemeldinger ser vi også på som gunstig. Dette tenker vi for at pasienten skal oppleve å være delaktig i samarbeidet. Sykepleierens

kommunikasjonsferdigheter mener vi er av betydning for et forhold basert på tillit og trygghet. Vi ser også dette i sammenheng med det å føle at man blir tatt på alvor og bli møtt med respekt og forståelse. Disse momentene ser vi på som svært aktuelle for å skape et godt forhold mellom den unge og sykepleieren. Som også Granum (2003) tilsier er det viktig å bli godt kjent med pasienten før man legger opp til undervisning. Dette ser vi på som betydningsfullt i forhold til om innholdet i undervisningen er tilpasset pasientens behov samt utviklingstrinn. Det kommer frem i Almås (2008) at det er viktig å etablere et godt forhold til pasienten, da dette vil kunne føre til god kommunikasjon der innholdet kommer tydelig frem for vedkommende. Det at sykepleieren lærer å kjenne pasienten og vedkommendes måte å kommunisere på, for eksempel i forhold til hvordan den unge ordlegger seg, vil kunne gjøre at sykepleieren kan legge opp undervisningen ut fra pasientens forutsetninger. Vi tenker at dette vil være viktig for at pasienten skal forstå innholdet, tilegne seg kunnskap og ut fra dette oppleve mestring. Vi mener at sykepleieren bør være oppmerksom på at et hvert individ er ulike og at undervisningsopplegget derfor må være individuelt tilpasset, noe også Granum (2003) bekrefter. Det kan tenkes at det samme undervisningsopplegget blir anvendt til samme aldersgruppe, hvor de individuelle behovene ikke blir lagt til grunne. Likevel ser vi ut fra Granum (2003) at en grunnleggende faktakunnskap om selve sykdommen er gjeldene for alle, men vi mener at visse justeringer likevel bør gjøres for hver pasient, slik at alle får mest mulig læring ut fra situasjonen.

#### **4.4 Mottakelighet**

Vi ønsker også å ta for oss litt om tid og sted for undervisningen, da vi har forstått at dette er relevant for å oppnå ønsket hensikt, som er læring for å oppnå mestring (Tveiten 2008). Vi mener at en undervisningssituasjon bør foregå noen dager etter at vedkommende har fått diagnosen, dette for at pasienten skal ha muligheten til å bearbeide sine tanker og følelser, altså å la det ”synke inn”. Dette ser vi i samsvar med opplysninger gitt i Granum (2003) der det kommer fram at personer som har fått en sykdom kan være i en psykisk krise, som vil kunne være avgjørende for tilegnelse og mottakelighet av undervisning. Vi tenker også at tidsrommet pasienten er på avdelingen også vil være avgjørende for planlegging av undervisningen med tanke på hvordan tiden disponeres. Velle m.fl. (2011) hevder at i møte med pasienten under oppholdet må man legge opp undervisningen slik at læring, veiledning og mestring ivaretas. Vi mener det er en idé å dele opp undervisningen i ulike ”bolker”. Kanskje kan dette føre til at det blir gitt en passelig mengde informasjon, ut fra hvert enkelt

individets utholdenhet, slik at pasienten ikke blir utslitt etter hver seanse? Som sagt bør dette tilpasses etter hver pasient, siden enkelte kan holde oppe konsentrasjonen i for eksempel to timer, motfor andre som kan ha vansker med å følge med etter et kvarter. Vi tenker at dersom undervisningen inneholder for mye informasjon vil dette kunne virke overveldende og meningsløst for pasienten og det kan bli for mye å forholde seg til i en sårbar fase. Som sykepleier tenker vi at man kontinuerlig bør vurdere om pasienten er mottakelig for undervisning. Dette bekreftes i Almås (2008) hvor det står beskrevet at man som sykepleier må være oppmerksom på hvilket tidsrom undervisningen gis, og hvor mottakelig pasienten er på det tidspunktet. Legges undervisningen til rett før et måltid kan vel pasienten raskt bli ukonsentrert og miste fokus? Holdes det tidlig eller sent på dagen, og hvor opplagt er pasienten til ulike tider? I hvilken dagsform er pasienten i? Det bør også reflekteres rundt hvilke omstendigheter undervisningen og veiledningen gis i. Dette i sammenheng med at pasienten skal oppleve ro rundt seg, at pasienten skal kunne konsentrere seg om fokuset som gjelder nå og ikke bli distraheret av omgivelsene. Den unge bør heller ikke bekymre seg for om noen andre hører samtalen (Granum 2003). Vi tenker at den unge kan ønske å være mer deltakende og aktiv dersom omgivelsene føles trygge.

Vi tenker også at det vil være svært viktig med tanke på brukermedvirkning og mestring at undervisnings- og veiledningssituasjoner vil kunne foregå etter fastsatte tidspunkt i løpet av sykehusoppholdet. Dersom pasienten får beskjed i god tid før den planlagte situasjonen, tror vi vedkommende vil få en bedre mulighet til å tenke ut eventuelle spørsmål og problemstillinger og dermed få større mulighet til å delta aktivt i de ulike sammenhengene. Dette i motsetning til om pasienten blir ”kastet inn” i en undervisnings- og veiledningssituasjon, uten noe tid til forberedelser. Vi tenker da at den unge vil kunne oppleve å ha en passiv rolle og det oppfattes som lite forutsigbart. Man kan selv tenke seg en undervisningssituasjon der man ikke er forberedt og innholdet er ukjent; man har da begrensede muligheter til å kunne medvirke i denne sammenhengen, og dermed kunne få et mindre utbytte av situasjonen. I tillegg kan man kjenne på følelsen av å ikke mestre innholdet som blir formidlet. Almås (2008) påpeker at det er av fordel at undervisnings- og veiledningstidspunkt er avklart med pasienten i forkant, fordi pasienten skal få mulighet til å forberede seg med tanke på spørsmål. I tillegg nevnes det at det er uheldig for gevinsten av undervisningen/veiledningen at pasienten stiller uforberedt.

#### **4.5 Planlegging - en god forutsetning**

Det påpekes også at pasienter selv bør kunne bidra med planlegging av undervisnings- og veiledningssituasjoner, dette for å kunne ha en aktiv rolle med tanke på innholdet i disse situasjonene (ibid.). Vi mener det også vil være hensiktsmessig å la pasienten selv kunne få bidra i planleggingen av undervisning, likevel ser vi det som nødvendig at sykepleieren de første dagene "tar styringen" når det gjelder innholdet i undervisningen. Dette fordi vi tenker at pasienten har behov for de grunnleggende faktakunnskapene om diabetes fra starten av, noe også Tveiten (2008) sier er viktig. Disse kunnskapene bør etter vår mening formidles til den unge i en tidlig fase, da vi tenker at det er en forutsetning at vedkommende har en grunnleggende forståelse for hva diabetes er, hvordan kroppen fungerer med diabetes og hva som skjer videre. Først da denne kunnskapen er kjent for pasienten vil vedkommende etter vår mening kunne være mer mottakelig for videre informasjon rundt sin sykdom, for eksempel hva vedkommende skal gjøre dersom for eksempel føling (hypoglykemi) oppstår. Vi mener pasienten da vil ha en bedre forutsetning for å oppleve mestring da basiskunnskapen er god, samt at kunnskapen man bygger videre på er relatert til aktuelle situasjoner som kan oppstå i forbindelse med sykdommen. Almås (2008) bekrefter viktigheten av at pasienten har kunnskap om hvordan man mestrer situasjoner som kan oppstå i forbindelse med sin sykdom. Dersom kunnskapen er rettet mot en aktuell situasjon tenker vi at det vil kunne oppleves som enklere å forholde seg til, ettersom situasjonen da er kjent for pasienten. Ved at vedkommende forstår hva som skjer med kroppen og hvilken betydning de tiltak vedkommende iverksetter har, tenker vi spiller en rolle for å oppleve mestring. Etter hvert som de grunnleggende kunnskapene om sykdommen er tilegnet hos pasienten, tenker vi det blir mer rom for at pasienten selv kan medvirke i planlegging og gjennomføring av undervisning og veiledning. Et eksempel på dette kan være at sykepleieren oppsøker pasienten i god tid i forkant av den planlagte seansen, og at sykepleier og pasient *sammen* planlegger innholdet. Sykepleier kan for eksempel fortelle om det hun har tenkt til å si litt om, slik at pasienten har mulighet til å formulere spørsmål og komme med innspill i forbindelse med dette.

#### **4.6 En medvirkende rolle**

Vi tenker også at sykepleieren etter å ha blitt bedre kjent med pasienten vil kunne utfordre vedkommende til å ta mer regi selv i læringssituasjoner, fordi pasienten selv skal oppleve å være medvirkende og ha kontroll. Innholdet i undervisningen og veiledningen vil da etter vår

mening bli mer tilpasset hvert individ og dets ønsker. Selvsagt ser vi at sykepleieren bør foreta en vurdering rundt når den unge er klar for å innta en mer medvirkende rolle, da vi tenker dette vil være individuelt; noen er mer ivrige etter å ha kontroll og ta styringen enn andre, og mange vil kanskje føle det som ubehagelig og skremmende. Dersom sykepleieren ”presser” pasienten til å ha en *for* aktiv rolle når pasienten selv er nølende, vil dette etter vår mening kunne føre til at vedkommende får en negativ opplevelse rundt det å medvirke i undervisnings- og veiledningssammenheng. Vi sier ikke at brukarmedvirkning ikke skal vektlegges, men vi ser det som nødvendig at sykepleieren kontinuerlig vurderer når den unge føler seg klar for dette og at sykepleier motiverer og påpeker viktigheten av at vedkommende medvirker rundt sin situasjon. Vi ser da at innholdet tilpasses mer etter den unges ønsker og behov. Vi tenker at sykepleierens observasjoner og kjennskap til pasienten vil være viktig ettersom hun da kan ha et bedre grunnlag for å vurdere når den unge er moden for å medvirke. Etter vår mening kan det muligens være gunstig å gjøre pasienten oppmerksom på at man skjønner at det kan være vanskelig å delta og være aktiv i starten. Men vi tenker at etter hvert som vedkommende tilegner seg mer kunnskap om sykdommen, vil den unge naturlig få større forutsetninger for dette. Dette ser vi i samsvar med Granum (2003) som hevder at mer kunnskap og trening gjør det enklere å mestre de utfordringer og tilpasninger sykdommen medfører i hverdagen.

I følge Pasientrettighetsloven §3-1 (1999) har pasienter rett til å medvirke rundt sin egen situasjon. Vi ser på brukarmedvirkning som spesielt viktig i tilfeller hvor man blir kronisk syk og ”avhengig” av helsevesenet, fordi disse pasientene etter vår mening bør få muligheten til å ha mest mulig innflytelse rundt egen situasjon og håndtere den på sin egen måte. Ettersom den kroniske sykdommen er noe man har med seg hele livet, tenker vi det er viktig at hverdagen ikke styres av andre, for eksempel helsepersonell. Vi vil påstå at via brukarmedvirkning vil den unge føle seg sett, respektert samt at det styrker følelsen av å ha kontroll og mestre. Dersom pasienten ansvarliggjøres kan det tenkes at det oppleves som mer interessant å ha en mer aktiv rolle. Skafjeld og Graue (2011) påpeker også at diabetespasienten vil ha stor nytte av å være aktivt medvirkende rundt egen situasjon, da egen deltakelse er meget viktig for fremtidsutsikter med tanke på sykdommen. I denne sammenheng tenker vi for eksempel på utvikling av senkomplikasjoner. Når vi tenker med oss selv har det vært et stort fokus på brukarmedvirkning gjennom vår utdanningsperiode, noe vi ser på som svært nyttig. Vi merker selv at vi legger større vekt på brukarmedvirkning i

praksis, samtidig som vi ser viktigheten av å anvende dette, slik at pasienten skal oppleve å ha kontroll og innflytelse over sin egen situasjon. Vi har erfart i løpet av våre praksisperioder at brukermedvirkning tidvis har blitt omtalt som merarbeid for de ansatte, og ut fra vår opplevelse kan mange av de ansattes holdninger overfor pasientene vise at: ”jeg vet best, hva som er best for deg”. Kan det tenkes at denne holdningen kommer av at det tar mindre tid å styre sårn sykepleieren vil selv, motfor om pasientens ønsker må tas hensyn til?

#### **4.7 Fagspråk skaper avstand?**

Vi har også reflektert rundt måten sykepleieren formidler kunnskapen i undervisnings-sammenheng. Som sykepleier innehar man mange faguttrykk, og vi ser det som svært uheldig å bruke mange av disse i møtet med pasienter. Vi tenker dette er unødvendig og kan bidra til å skape en større avstand til pasienten. Bruk av faguttrykk gir også rom for misforståelser, samt at pasienten kan føle seg mindreverdig. Hvordan ivaretas da mestringsfølelsen og muligheten til å medvirke? Og hvordan vil en ungdom reagere på dette? Vil det virke provoserende og frastøtende? Vi tror at mange vil kunne kjenne på disse følelsene. Etter vår erfaring vil ”bedrevitere” være personer man gjerne ønsker å ta avstand fra. Hva har faguttrykk å gjøre i en slik sammenheng? Ingenting, etter vår mening. Det å ha et dagligdags språk som de fleste forstår og det å opptre som et likeverdig menneske mener vi pasientene vil kunne ha et større utbytte av, samt at dette blir mer verdsatt. Almås (2008) hevder at unødig bruk av faguttrykk vil kunne forårsake en uheldig språkbarriere mellom pasient og sykepleier, hvor pasienten kan oppleve usikkerhet og lett misforstå. Dette fordi pasienten ikke har det faglige grunnlaget og de samme forutsetningene for å forstå faguttrykk sykepleieren bruker.

#### **4.8 Hva innebærer veiledning?**

Ved veiledning tenker vi det vil være gunstig at sykepleieren inviterer pasienten til å medvirke ved å stille spørsmål til pasienten og få vedkommende til å delta ved å komme med forslag til løsninger på ulike situasjoner. I disse tilfellene ser vi at pasienten medvirker ved at sykepleieren stiller pasienten spørsmål og blir bedt om å komme med forslag. Vi mener sykepleieren i forkant av veiledningen bør avklare med pasienten hva veiledning innebærer, dette for å unngå unødvendige misforståelser. Vi ser at slike misforståelser kan oppstå i tilfeller der pasienten blir sliten og frustrert over å måtte ha en så aktiv rolle, derfor tenker vi det er en fordel å informere om veiledningens hensikt og at det er i beste mening. I denne sammenheng ser vi også at sykepleieren må være bevisst på sin rolle som veileder ved å la

pasienten slippe til og være den som er i fokus. Ønsket om å hjelpe står antakelig høyt, men ved å la pasienten finne ut av ting selv mener vi at man gjør en bedre innsats for å tenke fremover siden diabetes er en sykdom man må leve med hele livet. Tveiten (2008) beskriver også dette som vesentlig. Etter vår mening bør sykepleieren unngå å gi svarene med en gang, men heller veilede og oppfordre pasienten til å finne løsninger selv. Dette ser vi i samsvar med Granum's (2003) opplysninger om at denne form for veiledning vil kunne føre til at pasienten selv oppdager hva han selv har behov for å lære for å oppleve mestring rundt egen situasjon. Her blir det viktig at sykepleieren har en tro på at pasienten selv ser hvilke behov han har, og at sykepleieren setter seg inn i vedkommendes situasjon (ibid.). I veiledningssammenheng ser vi det som positivt at pasienten blir spurt etter hva han ønsker å bli veiledet i, da dette ivaretar pasientens medvirkning samt at vedkommende blir veiledet ut fra individuelle hensyn. Ved at pasienten i veiledningssituasjoner opplever å håndtere de aktuelle situasjonene på en positiv måte, mener vi vil kunne fremme mestring. Vi tenker det er gunstig dersom sykepleieren påpeker og bidrar til å fremme pasientens ressurser og egenskaper, og oppfordrer til at den unge bruker disse i veiledningssammenheng.

#### **4.9 Brukermedvirkning – trussel eller gode?**

Skafjeld og Graue (2011) hevder at pasienters medvirkning har blitt sett på som mer og mer viktig de senere årene. Vi ser på brukermidvirkning som en kvalitetssikring i helsetjenesten, fordi tjenestene tilpasses hvert individs behov, noe også Skafjeld og Graue (2011) bekrefter. Ved at den unge medvirker rundt egen situasjon tenker vi vil kunne gi en god forutsetning for endringer og forbedringer som er mer tilpasset og relevant ut fra vedkommendes situasjon. Dette ser vi i samsvar med Tveiten's (2008) påstand om at i dagens helsevesen er det et økende fokus på tilrettelegging med den hensikt at pasienten skal mestre de ulike problemene han har ved å ta i bruk og se de ressurser og muligheter man har, altså medvirkning rundt egen situasjon. Det blir med andre ord sett bort fra tidligere syn om at helsevesenet skulle løse alle problemer for pasientene. Dette sier noe om at helsetjenestene har som mål å fokusere på menneskers behov, ressurser og egen grad av mestring (ibid.).

Det finnes antakeligvis helsepersonell som opplever aktive og medvirkende pasienter som en belastning og en trussel mot deres faglige kvalifikasjoner, men vi tror at mange de senere årene har erfart at medvirkning fra pasienter ikke er en trussel. Dette på bakgrunn av mer kunnskap rundt brukermidvirkningens hensikt. Som sykepleier mener vi man bør tenke over

at man har yrkesetiske retningslinjer å følge, deriblant det etiske prinsippet om autonomi (selvbestemmelse) som omhandler pasientens rett til informasjon og det å ta egne avgjørelser (Brinchmann 2005).

#### 4.9.1 Slipper vi dem til?

Som nevnt er ungdom generelt en utfordrende gruppe, og på bakgrunn av det tenker vi litt rundt hvilke holdninger helsepersonell har til ungdom. Blir de sett på som selvstendige personer? Som barn? Respekterer vi dem? Undervurderer vi deres evne til å opptre selvstendig? Tar vi mindre hensyn til medvirkning ettersom de ikke er voksne? Står de unge på sine krav om medvirkning? Dette er spørsmål vi stiller oss. Det kan tenkes at mange ser på ungdom som umodne og ukritiske til vurderinger rundt deres livssituasjon, og at de unnlater å "slippe dem til" på grunnlag av dette. Vi tror det finnes helsepersonell med forutinntatte meninger om at den unge ikke vet hva som er best for seg selv og det kan dermed tenkes at sykepleieren lett kan ta styringen i undervisnings- og veiledningssammenheng. Sykepleieren kan danne seg tanker om hva *hun* tror pasienten har behov for å vite for å kunne mestre sin situasjon. Dersom dette er tilfelle, ser vi ikke at brukermidvirkning vil bli ivaretatt. Vi mener at denne tankegangen vil være uheldig, da vi ser det som en selvfølge at alle pasienter uansett alder skal bli sett på som likeverdige mennesker med evnen til å medvirke. På en annen side kan det være at brukermidvirkning i større grad ivaretas når pasienten er ung, da helsepersonell er klar over at det å la de unge medvirke vil kunne virke motiverende. Det kan også tenkes at ungdom er en aldersgruppe som i stor grad ønsker å medvirke aktivt rundt sin situasjon, dette sett opp mot ønsket om å være selvstendig samt deres evne til å tilegne seg kunnskap på egenhånd, for eksempel via internett. Vi tror ungdom har større forutsetninger for å holde seg oppdatert om sin egen sykdom i motsetning til for eksempel en mann på 75 år, som kanskje heller ønsker en mindre medvirkende rolle i sin behandling.

Avslutningsvis vil vi nevne Haugstvedt's (2005) påstand om at dersom brukermidvirkning skal anvendes, vil dette være avhengig av om helsepersonell er villig til å tre inn i en rolle hvor det må tenkes nytt og annerledes og hvor man må ha et ønske om å benytte brukermidvirkning som virkemiddel. Ut fra dette tenker vi at sykepleieren bør være åpen for at det er den unge pasienten som skal medvirke i å forme undervisnings- og veiledningstilbudet sitt, og at sykepleieren da må være forberedt på at den unges ønsker kan se noe annerledes ut enn hva sykepleieren hadde sett for seg. Likevel er det ikke bare



helsepersonell som skal tre inn i nye roller; den unge må også ha et ønske og være åpen for å ha en medvirkende rolle (ibid.).

## 5.0 Konklusjon

Vi har kommet frem til at sykepleierens villighet til å la den unge pasienten få en medvirkende rolle når det gjelder planlegging av innholdet i undervisning og veiledning, vil kunne være avgjørende for at brukermedvirkning ivaretas. På denne måten vil den unge kunne påvirke innholdet i undervisnings- og veiledningssituasjoner ut fra individuelle ønsker og behov. Ved at den unge i startfasen av innleggelsen tilegner seg basiskunnskap om sykdommen, vil dette kunne øke pasientens innsikt i forhold til egen sykdom. Dette vil igjen kunne fremme muligheten til medvirkning, da forutsetningene for å forstå videre undervisning og veiledning ut fra basiskunnskapene er større. Den unge vil da kunne anvende disse kunnskapene i læringssituasjoner og dermed få en aktiv rolle.

Sykepleieren kan i undervisnings- og veiledningssituasjoner vektlegge brukermedvirkning ved aktivt å stille spørsmål til den unge og oppmuntre til at vedkommende finner løsninger selv, i motsetning til om sykepleieren kommer med umiddelbare svar. Sykepleieren bør være bevisst på sin veiledende rolle og hvordan hun utøver denne. Det er den unge pasienten og dens ressurser, og ikke sykepleierens fagkunnskaper, som er aktuelle å fremheve i disse situasjonene. Vi anser det som gunstig at sykepleieren oppfordrer den unge til å inneha en aktiv rolle i undervisnings- og veiledningssituasjon, likevel bør vurderinger om pasienten er klar for dette gjøres kontinuerlig slik at ingen som ikke er klar for det blir ”presset” til å innta en slik rolle. Samtidig bør sykepleieren påpeke overfor pasienten de fordelene vedkommende vil ha av å medvirke, med tanke på at den unge vil få en økt innflytelse over undervisnings- og veiledningstilbudet som vil gagne vedkommende.

Vi tror at dersom brukermedvirkning skal være et fokus i undervisning og veiledning, er det en forutsetning at den unge pasienten har et ønske om å medvirke selv.

Som en oppfølging kunne det vært av interesse å foreta en empirisk studie hvor vi kunne utført en spørreundersøkelse blant ungdom med nyopplaget diabetes mellitus type 1. Her ville vi stilt spørsmål som omhandler brukermedvirkning og hvor aktive de unge ønsker å være i ulike sammenhenger. I tillegg kunne det vært spennende å tilegne oss mer kunnskap rundt ulike brukergrupper (for eksempel ”Ung diabetes forbund”) i forbindelse med diabetes og

hvordan brukermedvirkning står i fokus her. I denne sammenheng kunne vi også undersøkt litt rundt gruppeundervisning/gruppeveiledning som valg av undervisnings- og veiledningsform og brukermedvirkning sett opp mot dette.

## Etterord

Fra starten av satte vi opp faste dager vi skulle treffes på høgskolen. Dette synes vi har vært en oversiktlig og strukturert måte å samarbeide på. Arbeidet vårt føler vi bærer preg av godt samarbeid, vi har hatt god flyt og vært målrettet. Vi har kontinuerlig vurdert hvor langt på vei vi har vært i prosessen med tanke på å samle litteratur og utarbeiding av oppgaven. Vi satte oss en tidsramme for hvor lang tid vi skulle benytte til å innhente litteratur og bearbeiding av dette, det samme gjorde vi i forhold til teori- og drøftingsdelen vår. Vi ser at vi har brukt mer tid enn vi skulle ønske på litteratursøk, da vi ikke er så erfarne med bruk av ulike søkekilder, for eksempel databaser. Likevel føler vi dette bedret seg etter hvert som vi fikk trening. Vi har også brukt mye tid til bearbeiding av litteratur, men dette var bevisst da vi ønsket å legge en stor jobb i å velge ut det mest aktuelle stoffet. Når vi ser tilbake på arbeidet rundt oppgaven har vi blitt mer bevisste og kritiske til hvilke kilder vi benytter.

Vi tror vi kommer til å ha god nytte av kunnskap vi har tilegnet oss med tanke på undervisning og veiledning med fokus på brukermedvirkning. Selv om fokuset har vært diabetespasienter i denne oppgaven, tenker vi at dette også vil være aktuelt for alle pasientgrupper, uansett diagnose og alder. Vi håper vi har blitt mer bevisste rundt det å ivareta brukermedvirkning, og vi ønsker å ta med oss kunnskapen vi har tilegnet oss videre.

## Selvkritikk

Siden ordet ”mestring” nevnes mye i oppgaven, ser vi at vi kunne gått dypere inn på dette. Etter vårt arbeid med oppgaven har vi forstått at mestring er nært knyttet til brukermedvirkning, undervisning og veiledning; for å oppnå mestring av egen sykdom, er man avhengig av tilstrekkelig med kunnskap som tilegnes via god undervisning og veiledning. Vi vil påstå at dersom undervisning og veiledning skal betegnes som ”god”, bør brukermedvirkning være i fokus. Kanskje kunne vi til og med hatt med ”mestring” innunder problemstillingen, men da hadde vi vært nødt til å ha mindre fokus på noe annet. Vi ser at vi kunne valgt bort å skrive om ungdom, og heller tatt undervisning og veiledning på et generelt nivå med brukermedvirkning og mestring i fokus. Likevel synes vi at ungdom er en spennende målgruppe, og vi mener at deres medvirkende evne ikke skal undervurderes, men fremheves.

Vi ønsket også å tilegne oss mer kunnskap om ungdom, siden vi har lite erfaring med denne aldersgruppen.

## Litteraturliste

\*= selvvalgt litteratur

Almås, Hallbjørg (2008). *Klinisk sykepleie* (bind 1 og 2). 3.utgave 5.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Bjålie, Jan G., Egil Haug, Olav Sand og Øystein V.Sjaastad (2006). *Menneskekroppen – fysiologi og anatomi*. 2.utgave 1.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brinchmann, Berit Støre (2005). *Etikk i sykepleien*. 1.utgave, 2.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Brodtkorp, Elisabeth, Reidun Norvoll og Marianne Rugkåsa (2001). *Mellom mennesker og samfunn*. 1.utgave, 1.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Dalland, Olav (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. 4.utgave, 2.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\* Granum Vigdis (2003). *Praktisk pasientundervisning*. 1 opplag. Bergen: Fagbokforlaget.

Grønseth, Randi og Trond Markestad (2009). *Pediatri og pediatrik sykepleie*. 2.utgave 3.opplag. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

\*Hanås, Ragnar (2011). *Bli ekspert på din egen diabetes – Type 1 diabetes hos barn, ungdom og unge voksne*. 3.utgave, 1.opplag. Oslo: Cappelen Damm AS.

\*Haugstvedt, Anne (2001). *Brukermedvirkning som mål og middel i behandling av diabetes*. Hovedoppgave i sosiologi, Universitetet i Oslo, Oslo.

\*Hodgkins, Alexis (2009). Teaching people with diabetes to self-care. I: *Nursing in Practice*. May/June 2009, s. 36-40.

Jacobsen, Dag, Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Kristin Lund og Kaare Solheim (2006). *Sykdomslære – indremedisin, kirurgi og anestesi*. 1.utgave, 5.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kristoffersen, Nina Jahren, Finn Nortvedt og Eli-Anne Skaug (2006). *Grunnleggende sykepleie* (bind 1 og 4). 1.utgave 2.opplag. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

\*Medisinsk Informasjon [I]09. *Type 1-diabetes*. 23.årgang. Oslo: MEDLEX Norsk Helseinformasjon.

\*Norges Diabetesforbund (2000). *Fra lydighet til selvstendighet*. Oslo

\*NOU 2005:3: *Fra stykkevis til helt*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

\*Næss, Siri og John Eriksen (2006). *Diabetes og livskvalitet*. Rapport 7/06. Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring (NOVA).

\*Skafjeld, Anita (2002). *Diabetes – grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell*. 2.utgave, 1.opplag. Akribe Forlag.

\*Skafjeld, Anita og Marit Graue (2011). *Diabetes forebygging, oppfølging, behandling*. 1. opplag. Akribe AS.

Stortingsmelding nr. 16 (2002-2003). *Resept for et sunnere Norge*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.

Tveiten, Sidsel (2008). *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. 2. utgave. Bergen: Fagbokforlaget AS.

\*Velle, Elin Ose, Ragnhild Ø.Bjarkøy og Marit Graue (2011). Meistring av diabetes kan lærast. I: *Sykepleien*. 99(01): 54-56.

### **Digitale kilder:**

\*Helse- og omsorgsdepartementet (2006-2010). *Nasjonal strategiplan for diabetesområdet*. [online] URL:

[http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter\\_planer/rapporter/2006/nasjonal-strategi-for-diabetesområdet-20.html?id=106611](http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/rapporter/2006/nasjonal-strategi-for-diabetesområdet-20.html?id=106611) (03.04.2011)

\*Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell, paragraf 10. [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html#10> (20.03.2011)

\*Pasientrettighetsloven (1999). Lov om pasientrettigheter, paragraf 3-1. [online] Lovdata. URL: <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-1> (20.03.2011)

Sykepleiernes samarbeid i Norden (2003). *Etiske retningslinjer for sykepleieforskning i Norden* [online] URL:

<http://www.sykepleien.no/ikbViewer/Content/337889/SSNs%20etiske%20retningslinjer.pdf>

(04.04.2011)