



ÖVERGÅNGEN FRÅN BARNKLINIK TILL VUXENKLINIK FÖR UNGA PERSONER MED DIABETES TYP 1

En litteraturöversikt

Kandidatprogrammet i omvårdnadsvetenskap, 60 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Grundnivå

Examinationsdatum: 2015-05-22

Kurs: HT13

Författare:

Tina Asplund

Handledare:

Eva Styrwoldt

Examinator:

Caroline Löfvenmark

SAMMANFATTNING

Diabetes typ 1 kan debutera i alla åldrar, sjukdomen innebär en kraftig minskad eller helt utslagen egenproduktion av insulin. Det medför ett behov av att regelbundet tillföra kroppen insulin. Egenvården är en viktig del av behandlingen där bland annat blodsockerkontroller och den egna förmågan att tolka resultaten ingår. Utifrån blodsockervärdet behöver personer med insulinbehandlad diabetes ta ställning till behovet av förändrade doser insulin. Övergången från ungdom till ung vuxen är en komplicerad period då även ansvaret för egenvården skiftar från föräldrar till den unga personen. Det är även under den påfrestande perioden som övergången från barnkliniken till vuxenkliniken oftast sker. Framförallt är det bristen på stöd för ungdomar under överföringen till vuxenkliniken som är en oroande iakttagelse och en viktig fråga för vårdgivare.

Syftet var att belysa övergången från barnklinik till vuxenklinik för unga personer med diabetes typ 1.

Frågeställningar:

- Vilket stöd behöver unga vuxna för att överta ansvar för sin egenvård?
- Vad påverkar övergång från barnklinik till vuxenklinik?

För att få en överblick över den aktuella forskningen inom problemområdet valdes metoden litteraturöversikt, artikelsökningen genomfördes via databaserna PubMed och Cinahl. Med hjälp av urvalskriterierna och valda sökord granskades abstract och artiklar för att slutligen välja ut 16 originalartiklar som genomgått peer reviewed till litteraturöversikten. Samtliga utvalda artiklar granskades och kvalitetsbedömdes sedan av författaren utifrån ett modifierat bedömningsunderlag.

Att bygga ett samarbete med vårdgivare på vuxenkliniken är ett första steg i processen för ungdomarna att ta över egenvården. Genom att utgå från delaktighet, ungdomarnas kunskap och behov kan vårdgivare hjälpa ungdomarna att identifiera hinder och problem med egenvården samt ge stöd och utbildning för ökad möjlighet att självständigt hantera egenvården. Vårdgivaren kan även genom att dela tankar och reflektioner omkring egenvården tillsammans med ungdomarna, delge viktig information som leder till ökad kunskap och delaktighet i egenvården. Hanteringen och övertagandet av egenvården kan underlättas för ungdomarna. Genom att klargöra ansvarsfördelningen och identifiera samarbetet mellan föräldrarna och ungdomar kan föräldramedverkan vid behov ökas även efter övergången till vuxenkliniken.

Slutsatsen av studie visar att behovet av stöd efter övergången från barnkliniken till vuxenkliniken varierar. Det är viktigt att utgå från ungdomarnas enskilda behov för att kunna ge det stöd som ungdomarna behöver för att självständigt hantera sin egenvård. Genom att vårdgivaren på vuxenkliniken blir medveten om det enskilda behovet hos individen för att sätta egna mål och ta ansvar för sin egenvård kan stödet från vårdgivaren anpassas till behovet. Ett steg mot en förbättrad övergång är att ge ungdomarna möjlighet att bygga en relation med vårdgivare på vuxenkliniken tillsammans med sin vårdgivare på barnkliniken, där ungdomarna känner sig trygga.

Nyckelord

Diabetes, ungdomar, egenvård, stöd, övergång.

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

BAKGRUND	1
Historia	1
Ämnesomsättningen	1
Insulin	1
Diabetes	2
Personcentrerad vård	2
Empowerment	2
Egenvård	3
Från barn till ung vuxen	4
Övergången till vuxenkliniken	4
Problemformulering	5
SYFTE	6
METOD	6
Urval	6
Genomförande	6
Databearbetning	8
Forskningsetiska övervägande	8
RESULTAT	9
Delaktighet	9
Skillnaden mellan barnkliniken och vuxenkliniken	10
Processen att ta över egenvården	11
Stöd från vårdgivare	15
Övergången från barnklinik till vuxenklinik	17
DISKUSSION	17
Metoddiskussion	17
Resultatdiskussion	19
Delaktighet och personcentrerad omvårdnad	19
Patientutbildning	21
Processen att ta över egenvården	21
Övergången från barnkliniken till vuxenkliniken	22
Slutsats	23
Förslag på vidare studier	23
REFERENSER	24

Bilaga I- Matris

Bilaga II- Bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering

BAKGRUND

Historia

Diagnosen diabetes mellitus kunde konstateras i Egypten redan år 1000 f.Kr. Personer som hade onormalt stora urinnängder lämnade urin och då man smakade på urinen visade det sig att den var söt. Benämningen diabetes kommer från det grekiska språket och betyder ”rinna igenom”, innebörden i ordet är att personen med diabetes dricker mycket och har stora urinnängder. Ordet mellitus kommer ifrån latinska språket och betyder ”honung” vilket beskriver urinens söta smak (Alvarsson, Brismar, Viklund, Örtqvist & Östenson, 2010).

Förekomsten av tecken på att det fanns två olika kliniska förgreningar av diabetes mellitus förespråkades år 1875. Den ena iakttagelsen var att sjukdomen förekom hos yngre och underviktiga personer, den andra att sjukdomen förekom hos äldre och ofta överviktiga personer. Att orsaken till diabetes mellitus är bristen på insulin i kroppen kunde konstateras i samband med upptäckten och isoleringen av insulinet som gjordes år 1921 av Banting och Best (Agardh, Berne & Östman, 2007).

Ämnesomsättningen

Nedbrytningen av maten vi äter börjar redan i munnen och fortsätter sedan brytas ner i magsäcken med hjälp av magsaften, kolhydraterna vi äter bryts ner till glukos som är enkla sockerarter. När maten har bearbetats i magsäcken så transporteras den vidare ut i tolvfingertarmen, där sker upptaget av näringsämnen. Upptaget av socker kan enbart ske från tarmen, inget upptag sker i munnen eller i magsäcken. Sockret transporteras via blodet först till levern där upptaget sker med hjälp av insulin. Levern har en viktig roll eftersom den både kan lagra och frigöra socker till kroppen. Det socker levern inte tar upp transporteras vidare ut i blodomloppet och ökar då blodsockervärdet i kroppen. I musklerna lagras socker som enbart kan användas i samband med muskelarbete, musklerna kan inte dela med sig till övriga celler i kroppen vid brist på socker. Det innebär att kroppens egna förråd av socker är avgränsat (Hanås, 2008).

Insulin

Den centrala orsaken till diabetes mellitus är insulinet, antingen det är en brist på insulin eller utebliven effekt av insulinet så påverkar det ämnesomsättningen (Agardh m.fl., 2007). Enligt Hanås (2008) behöver kroppens celler socker som energi för att kunna fungera, men för att sockret i blodet ska kunna komma in i cellerna behövs insulin. Insulinet bildas i bukspottskörteln i betacellerna som finns i de langerhanska öarna, uppgiften insulinet har i kroppen är att se till att transporten av socker kan ske från blodet till cellerna. I kroppen finns även celler som kan ta upp socker från blodet utan insulin. Anledningen är att kroppen i vissa krissituationer, då nivån av socker i blodet är för lågt, stryker insulinnivån för att spara det socker som finns kvar till viktiga organ i kroppen. De organ som tar upp socker utan insulin är t ex cellerna i hjärnan, nervtrådarna, näthinnan, njurarna, binjurarna, de röda blodkropparna och cellerna i blodkärlens väggar. Vid höga blodsockernivåer som t ex vid diabetes så tar de organen upp socker i relation till blodsockernivån. Det kan vara en förklaring till att komplikationer som uppträder efter en lång tids sjukdom oftast drabbar just de organ som inte kräver insulin för att ta upp sockret från blodet.

Diabetes

Typ 1 diabetes

Typ 1 diabetes kan debutera i alla åldrar (Agardh m.fl., 2007). Enligt Hanås (2008) inträffar debuten av typ 1 diabetes oftast före 35 års ålder. En teori är att den minskade eller helt utslagna insulinproduktionen beror på att kroppens eget immunförsvar aktiveras i samband med en virusinfektion och bildar antikroppar. Antikropparna aktiveras senare och förstör då de insulinproducerande betacellerna i bukspottkörteln. Det leder till en insulinbrist och till slut en helt upphävd insulinproduktion. En del gener i kroppen har dock en skyddande effekt vilket gör att inte alla personer utvecklar diabetes mellitus typ 1.

Antikropparna som kan utlösa diabetes mellitus typ 1 kan via prover analyseras långt innan en eventuell utveckling av sjukdomen. Eftersom antikropparna av oklar anledning ibland försvinner helt och att det i dagsläget inte finns någon behandling som kan förhindra debuten så anses inte den provtagningen fylla någon funktion. Då de insulinproducerande betacellerna vid diabetes mellitus typ 1 är förstörda så innebär det att behandlingen redan från debuten är insulin i form av injektioner (Hanås, 2008).

Typ 2 diabetes

Debuten av diabetes typ 2 sker enligt Hanås (2008) oftast mellan 35-40 års ålder. Vid debuten av diabetes typ 2 finns det en egen produktion av insulin i bukspottkörteln men den räcker inte till på grund av att kroppens celler är okänsliga för insulinet. Behandlingen består till att börja med av tabletter som antingen förbättrar cellernas insulinkänslighet eller ökar frisättningen av insulin från bukspottkörteln. Livsstilsförändringar som ökad andel motion och minskat intag av mat och dryck som påverkar blodsockervärdet är en viktig del i behandlingen. Vid diabetes typ 2 kan behandling med insulin i vissa fall behövas en kort period till att börja med. För en del personer även efter flera år med tablettbehandling om den behandlingsformen inte längre fungerar optimalt. Det rapporteras om allt fler ungdomar framförallt i kombination med en övervikt som diagnostiseras med diabetes typ 2. Trots det så är fortfarande diabetes typ 1 den klart dominanta formen bland ungdomar.

Personcentrerad vård

Att arbeta utifrån ett personcentrerat förhållningssätt innebär att vårdpersonalen tillsammans med patienten kommer överens om målsättningen med behandling och vård. Genom att utgå från patientens behov och situation och inte styra mot ett förutbestämt mål kan patientens egna resurser bevaras (Arborelius, 2013).

Empowerment

Empowerment beskrivs som en filosofi som används för att förmå människor att själva upptäcka den egna förmågan att kontrollera sin sjukdom. Diabetes är i grunden en kroniskt och allvarlig sjukdom som kräver behandlingen i form av mediciner, rådgivning och omvårdnad. Eftersom den dagliga omvårdnaden är viktig del av behandlingen vid diabetes innebär det att ansvaret för omvårdnaden vilar på den personen som har diabetes. Empowerment filosofin bygger på att vårdpersonalen är experten på sjukdomen och personen med diabetes är expert på hur det är att leva med sjukdomen. Det är viktigt att i omvårdnadssituationen förstå skillnaden, att vårdpersonalen enbart kan delge vägledning, kunskapsinformation och stöd men inte utföra en beteendeförändring hos personen. Ansvaret över målsättningen med egenvården ligger hos personen med diabetes. Det behöver tydliggöras för att ökar möjligheten för personens empowerment i det dagliga livet med diabetes (Funnell, 2006).

Egenvård

Kunskap och engagemang är en av förutsättningarna för en god egenvård. Egenvården är en viktig del för att personer med diabetes mellitus ska kunna leva ett så bra liv som möjligt och för att undvika komplikationer som kan uppkomma vid långvarigt för höga blodsockervärden (Wikblad, 2006). För att kunna hantera egenvården behöver personen med diabetes enligt Insulander (2006) dels kunna mäta sitt eget blodsockervärde men även kunna tolka resultaten och utifrån det ta ställning till behov av förändrade insulindoser. Med hjälp av blodsockerkontroller kan personer med diabetes utvärdera kost, motion och justeringar av medicineringen.

Rasmussen, Ward, Jenkins, King och Dunning (2011) menar att diabetes mellitus typ 1 kräver ett livslångt engagemang omkring egenvården. Det inkluderar täta kontroller av blodsockervärdet för ökad möjlighet att må bra och förebygga komplikationer. Trots det visade det sig att ungdomar med diabetes typ 1 i större utsträckning lyssnade på kroppens signaler. Utifrån tidigare erfarenheter och reflektion användes sedan den informationen på ett mycket personlig sätt vilket gjorde att besluten omkring egenvården inte enbart baserades på blodsockervärdet.

Målet med diabetesbehandlingen är att hålla blodsockervärdet balanserat inom normala gränser. Eftersom både hyperglykemi, ett för högt blodsockervärde och hypoglykemi, ett för lågt blodsockervärde, innebär risk för komplikationer både på kort- och lång sikt. Att kontrollera blodsockernivåerna dagligen, kartlägga och reglera kost, motion och insulindoserna är en stor utmaning. Både för ungdomar med diabetes mellitus typ 1 och deras föräldrar. Samarbetet omkring egenvården för ungdomar med diabetes är flexibelt. Där ansvaret och de olika besluten omkring behandlingen för att uppnå hälsa och välbefinnande delas mellan föräldrar och ungdomarna (Schilling, Knafel & Grey, 2006).

Enligt Viklund (2006) upplever en del ungdomar även att undervisningen på barnkliniken sker över deras huvud. Där föräldrar och vårdpersonal tillsammans kommer överens om behandlingsmål utan att fråga eller inkludera ungdomarna i diskussionen. Att själv lära sig att ta ansvar för den egna behandlingen och egenvården är en viktig del av utvecklingen. Lära sig sätta egna mål som är rimliga och möjliga att uppnå är en del av den utvecklingen och för att självständigt hantera det behöver ungdomarna stöd och kunskap.

Överta ansvaret för egenvården

Barn och ungdomar tar ett större ansvar för sin egenvård med ökad ålder. Trots det ökade ansvaret för egenvården hos ungdomarna så fortsatte föräldrar att påminna om olika egenvårdsaktiviteter. Tidigare studier visar att föräldrar sannolikt kommer att fortsätta hjälpa till med olika uppgifter omkring ungdomarnas diabetes till mitten av tonåren och ibland även längre (Schilling m.fl., 2006). Enligt Sparud-Lundin, Öhrn och Danielson (2010) kan föräldrarna på nära håll observera utvecklingen och hur den unga personen hanterar sin egenvård. Ansvaret för egenvården kan sedan succesivt flyttas över på den unga personen.

Övergången från ungdom till ung vuxen är en svår och komplicerad period som dessutom innebär att ansvaret för egenvården skiftar från föräldrarna till den unga vuxna (Rasmussen m.fl., 2001). Unga personer har enligt Begley (2013) en önskan om att bli oberoende något som inte är annorlunda trots närvaron av en kronisk sjukdom. I strävan efter att bli oberoende finns även en förväntan från omgivningen att den unga personen ska ta kontroll och aktivt engagera sig i sin egenvård. Trots det är dålig följsamhet till behandlingen vanlig under hela tonåren.

Från barn till ung vuxen

Egenvården av typ 1 diabetes hos barn och ungdomar måste förstås i relation till de olika utvecklingsstadier som de går igenom. Barn och ungdomar i förpuberteten har vare sig emotionell mognad, den kognitiva förmågan att ta egna beslut angående behandlingsförändringar eller att konsekvent planera framåt. En definition av tidiga tonåren är mellan 11-15 år, från 15 års ålder till 17 års ålder sträcker sig tonåren vidare för att vid 17 års ålder övergå i sena tonåren (Schilling m.fl., 2006). Tonåren är en tid då övergången sker från att vara barn till att bli vuxen, övergången mellan dessa faser i livet kan även benämnas som transition ett begrepp som är beskrivande för övergången mellan två stabila faser (Wikblad, 2006). Tonårsperioden då den unga personen utvecklas från ungdom till ung vuxen är enligt Begley (2013) en tid som genomsyras av förändring.

Rasmussen m.fl. (2011) menar att perioden i livet mellan ungdom och ung vuxen innebär många och stora förändringar. Den unga personen flyttar hemifrån, påbörjar studier och inleder nya relationer. Att komma in i arbetslivet och föräldraskapet är några andra händelser som kan öka stressen för den enskilda individen. Den ökade stressen under övergångsfasen mellan ungdom och ung vuxen innebär många gånger att blodsockerkontrollerna blir svåra att genomföra. Det är något som ofta resulterar i hyper- och hypoglykemirelaterade akuta händelser. Ungdomar upplever både den hormonella förändringen såväl som den traditionella som hör ungdomen till med intag av alkohol och ett ökat riskbeteende. Det ökade riskbeteendet påverkade ibland enligt ungdomarna själva hur hanteringen av deras diabetes lyckades eller misslyckades. Deltagarna beskrev även övergången mellan ungdom och ung vuxen som en betydande händelse i deras liv som permanent förändrade perspektivet på livet och diabetes.

Luyckx, Moons och Weets (2010) menar att övergången till vuxenlivet för en person med diabetes kännetecknas av en ökad andel akuta komplikationer, sjuklighet och dödlighet. Övergången till vuxenlivet med allt vad det innebär av fortsatta utforskningar, experimenterande, och känslor av osäkerhet innebär stora utmaningar, inte bara för personer med diabetes utan också för kliniker som behandlar dessa personer.

Övergången till vuxenkliniken

Vanligtvis initieras övergången till vuxenkliniken av barnkliniken. Ett strukturerat program för överföringen förekom hos hälften av klinikerna i studien där olika tillvägagångssätt för övergången beskrevs. Telefonkontakt, brevkontakt, gemensam mottagning för unga inom barn- eller vuxenkliniken, möten tillsammans med vårdgivare på barn- och vuxenkliniken och gruppöverföring var några tillvägagångssätt. De stora klinikerna rapporterade i allmänhet användande av mer än en metod för att genomföra en framgångsrik övergång mellan barn- och vuxenkliniken (de Beaufort, Jarosz-Chobot, Frank, de Bart & Deja, 2010).

Förberedelser för övergången från barnkliniken till vuxenkliniken sker oftast succesivt under en längre tid. Enligt Garvey m.fl., (2012) ingår det i den processen att delta i ett besök med läkare på barnkliniken utan förälder i rummet, tillsammans med barnläkaren prata om de kontroller som bör följas upp årligen och även diskutera egenvården. Det ingår även att bli rekommenderad till en läkare eller en speciell vuxenklirik och att prata om överföringen till vuxenkliniken under ett besök. Att få träffa vårdgivare från vuxenkliniken samt få skriftlig information om överföringen ingår även det förberedelserna inför övergången. Alla ungdomar fick inte ta del av detta, det förekom ungdomar som upplevde att de inte var förberedda inför överföringen till vuxenkliniken.

En tidig förberedelse inför övergången till vuxenkliniken betonas i tidigare forskning. Bland annat genom att gradvis överlåta ansvaret för egenvården från föräldrarna till ungdomarna och att självständigt delta i möte med vårdpersonal utan närvarande föräldrar. Flera ungdomar påtalade att de önskade bli bemötta som likvärdig vuxen och inte som ett barn. Önskemål fanns även att diabetesteamet på vuxenkliniken skulle vara medvetna om de unika utmaningarna som övergångsperioden innebar för ungdomarna, och skraddarsy samarbetet och förväntningarna utifrån det (Hilliard m.fl., 2014).

Enligt Garvey m.fl. (2014) uppgav ungdomarna att de inte var förberedda på skillnaden mellan barnkliniken och vuxen kliniken vård. Det fokus som fanns på vuxenkliniken för den äldre generationen och den höga andelen personer med diabetes typ 2 formade det första intrycket av vuxenkliniken som överraskande och chockerande. En del ungdomar kände sig tagen av den ökade förekomsten av kroniska komplikationer hos personer på vuxenkliniken mot tidigare erfarenheter från barnkliniken. Personer som är dåligt förberedda inför övergången till vuxenkliniken visade sig löper en ökad risk för avbrott i uppföljningen mellan barn- och vuxenvården. Forskning visar även att glesa uppföljningar för unga vuxna på kliniken ökar risken för dålig blodsockerkontroll, akuta- och kroniska komplikationer.

För en del ungdomar kunde det dröja mer än sex månader mellan besök på barnkliniken och besök på vuxenkliniken. Det framgick av studierna att det innebar förutom ett avbrott i kontakten med vårdgivare även en ökad risk för fortsatta uteblivna kontakter med vuxenkliniken (Garvey m.fl., 2012; Garvey m.fl., 2013; Pacaud, McConnell, Huot, Aebi & Yale, 1996).

Rankin, Heller och Lawton (2011) menar att omvårdnaden på barnkliniken bland annat innebar möjligheter för individen med diabetes att kontakta sjuksköterskan när som helst. Bristen på möjlighet att bygga den relationen inom vuxenkliniken på grund av möten med olika vårdgivare vid besöken resulterade i att ungdomarna kände sig utelämnade.

Under de senaste decennierna har det riktats en ökad uppmärksamhet från vården mot övergången för ungdomar med kroniska funktionshinder. Övergången beskrivs som bristfällig och en utmaning. Tiden då övergången från barnklinik till vuxenklinik sker för ungdomar är en tid som är både utmanande och påfrestande. Därför är övergången till vuxenkliniken för personer med kroniska sjukdomar en allt viktigare fråga för all vårdpersonal (Begley, 2013). Enligt Rasmussen m.fl. (2001) är bristen på stöd för ungdomar under överföringen från barnklinik till vuxenklinik en oroande iakttagelse.

Problemformulering

På barnkliniken sker diabetesvården för ungdomarna tillsammans med föräldrar och vårdgivare. Samarbetet och ansvaret omkring egenvården går succesivt från föräldrarna till ungdomarna i en takt som är anpassad utifrån den enskilda individens personliga mognad och utveckling. På barnkliniken sker möten och kontakter ofta genom föräldrar och ungdomarna behöver inte själva ta initiativ. Uppföljningen sker med täta intervaller och föräldrarna finns alltid med som stöd. På vuxenkliniken sker uppföljningen mer sällan och ungdomarna befinner sig i en situation där de förväntas handla på eget initiativ och ta eget ansvar för sin egenvård. Ungdomarna behöver lära sig hantera sin diabetes i olika situationer något som kräver både kunskap och stöd. Bristen på stöd för ungdomar under överföringen från barnklinik till vuxenklinik är enligt Rasmussen m.fl. (2001) en iakttagelse som är oroande. Det är därför av stor vikt att öka kunskapen inom området för hälso- och sjukvårdspersonal.

SYFTE

Syftet var att belysa övergången från barnklinik till vuxenklinik för unga personer med diabetes typ 1.

Frågeställning

- Vilket stöd behöver unga personer för att överta ansvar för sin egenvård?
- Vad påverkar övergång från barnklinik till vuxenklinik?

METOD

Litteraturoversikt valdes som metod. Genom att söka artiklar via databaser för att få ett samlat grepp om den aktuella forskningen inom problemområdet och utifrån den samlade kunskapen skapa en grund för att fortsatt arbeta för en evidensbaserad vård (Rosén, 2012).

Litteraturoversikten genomfördes med utgångspunkt från ett problemområde, utifrån problemområdet formuleras sedan en frågeställning. Därefter formulerades passande sökord utifrån problemformuleringen och syftet för att få fram artiklar via databaserna som kunde besvara frågeställningen (Forsberg & Wengström, 2008).

Urval

Urvalsprocessen utfördes i olika steg, efter de inledande stegen där problemområde och frågeställning identifierats fastställdes sökord. Därefter utformades olika kriterier för inklusion- och exklusion i litteraturoversikten (Forsberg & Wengström, 2008).

Inklusionskriterier var artiklar som har genomgått Peer Review. Ungdomar mellan 12-28 år. Att artikeln svarar på syftet med litteraturoversikten, var tillgängliga i fulltext och skrivna på engelska eller svenska. Samt att det fanns ett etiskt godkännande eller etiskt ställningstagande i artikeln. Eftersom den bedrivna forskningen inom ämnet är begränsat valde författaren att ta bort begränsningen av årtal på artiklarna.

Exklusionskriterierna var Review artiklar och artiklar som inte besvarar syftet.

Genomförande

Artikelsökningen genomfördes via databaserna PubMed och CINAHL under februari 2015, PubMed är en bred databas som innehåller artiklar om omvårdnad, medicin och odontologi. CINAHL är en databas som innehåller artiklar om omvårdnad, sjukgymnastik och arbetsterapi (Forsberg & Wengström, 2008). De olika databaserna har sina respektive ämnesordsregister, ämnesorden beskriver innehållet i artikeln med korta ord. I databasen CINAHL heter ämnesordsregistret CINAHL Headings och i PubMed heter det Medical Subject Headings även förkortat MeSH (Karlsson, 2012). Enligt Forsberg och Wengström (2008) ingår även de underordnade termerna som heter subheadings i ämnesordlistan.

I PubMed användes MeSH-termer och fritextsökning och i CINAHL användes ämnesorden från CINAHL headings och fritextsökning. I samband fritextsökning användes även booleska operatörer som AND och NOT, något som begränsar sökningen. Urvalet av artiklarna utfördes i olika steg, en första sortering gjordes utifrån artiklarnas titel, nästa sortering genom att granska artiklarnas abstract och därefter valdes artiklar ut för genomläsning i sin helhet för en slutlig värdering av kvalitén (Forsberg & Wengström, 2008). Artiklarna som valdes ut var vetenskapliga artiklar och samtliga var skrivna på engelska.

Sökorden fastställdes och formulerades i så stor utsträckning som möjligt i respektive databas med hjälp av ämnesordsregistren. Eftersom det enligt Karlsson (2012) kan dröja innan ett nytt ämnesord används tillräckligt ofta för att registreras i ämnesordlistan valdes även andra ord till fritextsökningen som svarade mot syftet i litteraturöversikten.

I PubMed användes begränsningen Abstract available tillsammans med följande sökord, type 1 diabetes, type 1 diabetes mellitus, transition, transition to adult care, self-care, support from healthcare och adolescence.

I CINAHL användes begränsningarna Peer Reviewed och Abstract available. Peer Reviewed användes som begränsning för att garantera träffar av artiklar där minst två av varandra oberoende experter inom området kritiskt granskat artikelns innehåll och bedömt kvalitén (Forsberg & Wengström, 2008). Följande sökord användes, type 1 diabetes, diabetes mellitus type 1, transition to adult care, transition from pediatric, transfer from pediatric, self-care, self-management och adolescence.

Efter information från bibliotekarien valde författaren att efter de olika sökordskombinationerna lägga till den booleska operatören not tillsammans med type 1 diabetes and review och diabetes mellitus and review. Det resulterade i ett minskat antal träffar av review artiklar vid sökningen i databaserna.

Tabell 1: Söktabell

Datum/ Databas	Begränsningar	Sökord	Träffar	Lästa abstract	Lästa artiklar	Valda artiklar
2015-02-01 CINAHL	Abstract available, Peer Reviewed	Type 1 diabetes AND adolescence AND self-management NOT type 1 diabetes AND review	75	29	4	4
2015-02-01 CINAHL	Abstract available, Peer Reviewed	Diabetes mellitus type 1 AND adolescence AND self-management NOT diabetes mellitus type 1 AND review	85	24	1	1
2015-02-01 CINAHL	Abstract available, Peer Reviewed	Diabetes mellitus type 1 AND transition to adult care NOT diabetes mellitus type 1 AND review	2	2	1	0
2015-02-01 CINAHL	Abstract available, Peer Reviewed	Diabetes mellitus type 1 AND transition from pediatric NOT diabetes mellitus type 1 AND review	6	6	3	0
2015-02-01 CINAHL	Abstract available, Peer Reviewed	Type 1 diabetes AND adolescence AND self-care NOT type 1 diabetes AND review	149	33	8	2

2015-02-01 CINAHL	Abstract available, Peer Reviewed	Type 1 diabetes AND adolescence AND self- management NOT type 1 diabetes AND review	75	14	1	0
2015-02-01 CINAHL	Abstract available, Peer Reviewed	Diabetes mellitus type 1 AND transfer from pediatric NOT diabetes mellitus type 1 AND review	2	2	2	0
2015-02-07 PubMed	Abstract available	Type 1 diabetes AND transition to adult care NOT type 1 diabetes AND review	82	55	15	6
2015-02-07 PubMed	Abstract available	Type 1 diabetes mellitus AND transition AND self-care NOT type 1 diabetes AND review	43	33	2	1
2015-02-07 PubMed	Abstract available	Type 1 diabetes mellitus AND transition to adult care AND support from healthcare NOT Type 1 diabetes mellitus AND review	45	32	1	0
2015-02-07 PubMed	Abstract available	Type 1 diabetes mellitus AND adolescence AND self- care NOT type 1 diabetes mellitus AND review	1014	69	6	2

Databearbetning

Abstrakt på artiklar som utifrån titel bedömdes kunna besvara syftet valdes ut för en närmare granskning. Efter noggrann genomgång sorterades de artiklar som inte besvarade syftet eller inklusionskriterierna bort (Forsberg & Wengström, 2008). Artiklarna som valdes ut lästes ett flertal gånger i sin helhet och granskades utifrån artikelns kvalitet med hjälp av ett bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering (Bilaga II). Slutligen gjordes en bedömning av artikelns innehåll utifrån syftet och frågeställningen. Av samtliga granskade artiklar valdes sedan de ut som skulle ingå i litteraturöversikten. Vid genomläsningen och granskningen av artiklarna som författaren valt ut framgick gemensamma ämnen i artiklarnas resultatdel. De gemensamma ämnena sammanställdes och utifrån det identifierade sedan författaren rubriker till respektive avsnitt i resultatredovisningen i den aktuella litteraturöversikten. En matris med sammanställning av artiklarna som inkluderats i litteraturöversikten finns i bilaga I.

Forskningsetiska övervägande

Ett forskningsetiskt förhållningssätt är viktig av flera olika anledningar. Bland annat medverkar ett etiskt förhållningssätt till att skydda alla livsformer, människors rättighet och värde. Ett informerat samtycke är en del av det etiska skyddsnätet för människans frihet och

självbestämmande. Det innebär att deltagare som tillfrågats får information om innehållet i respektive studie och att vederbörande förstår informationen och utifrån det kan ta beslut om sitt deltagande. Valet att delta eller inte ska vara helt frivilligt och påverkan utifrån i form av hot, tvång eller attraktioner får inte förekomma. Det behöver framgå med tydlighet i det informerade samtycket, både skriftligt och muntligt, att det när som helst går att avbryta sitt deltagande utan att det kommer att påverka bemötande eller behandling. Forskningsetikens andra viktiga uppgift är att skydda allmänhetens förtroende för högskoleutbildning och forskningen, utförs arbetet på ett dåligt sätt finns risk för att tilltron till framtida arbeten minskar och därmed skadas forskningens anseendet på sikt (Kjellström, 2012).

Vetenskapsrådet har enligt Forsberg och Wengström (2008) utformat riktlinjer för god medicinsk forskning. Det understryker att ohederlighet och fusk som att presentera felaktiga, påhittade eller förändrade forskningsmaterial inte är tillåtet. Plagiering av andras material och att avsiktligt feltolka material för att det ska passa in i den egna studien och stödja egna teorier är inte heller tillåtet.

I samband med granskningen av artiklarna till litteraturstudien valde författaren, som en del av det forskningsetiska övervägandet, att enbart inkludera artiklar som antingen godkänts av en etisk kommitté eller där det fanns ett etiskt ställningstagande i artikeln, något som även stärker det vetenskapliga värdet (Wallengren & Henricson, 2012). Under hela arbetsprocessen med litteraturöversikten fanns det etiska ställningstagandet med, bland annat genom författarens medvetande över den egna förförståelse, att glesare besök på vuxenkliniken påverkar den unga vuxnas hantering av egenvården. Förförståelsen beaktades under hela arbetsprocessen för att inte påverka utfallet. Samtliga artiklar som svarade upp mot syftet har inkluderats inte enbart artiklar som svarade mot författarens förförståelse.

RESULTAT

Utifrån artiklarna som inkluderades och syftet med litteraturöversikten identifierade författaren följande gemensamma rubriker från resultaten i artiklarna, delaktighet, skillnaden mellan barnkliniken och vuxenkliniken, processen att ta över egenvården, stöd från vårdgivare och övergången från barnklinik till vuxenklirik.

Delaktighet

Genom att använda sig av en metod som heter guidad självbestämmande samtidigt med intervjuerna visade Husted, Esbensen, Hommel, Thorsteinsson och Zoffmann (2014) att processen omkring hur livskunskapen utvecklas kunde identifieras. Genom att under mötet, när det gäller besluten och problemlösningar, först involvera ungdomarna och sedan föräldrarna i andra hand. Ungdomarna startade en process för att bli egna beslutsfattare i det dagliga livet med diabetes, något som resulterade i att de växte som människor och utvecklade nya relationer med både vårdpersonal och föräldrar. Delaktigheten beskrivs även av Kyngäs, Hentinen och Barlow (1998) där läkarens målsättning var att stödja den unga diabetikern och att ta beslut gällande vården tillsammans med den unga diabetikern. Något som även Karlsson, Arman och Wikblad (2008) observerat då ungdomarna beskrev att vårdpersonalen lyssnade, besvarade frågor och tog ställning till förändringar i behandlingen tillsammans med ungdomarna. Olinder, Nyhlin och Smide (2011) påvisade att ungdomarna tillgodogör sig viktig kunskap inför framtiden genom att dela tankar och reflektioner omkring egenvården. Att under möten tänka högt, resonera omkring blodsockerkurvor och insulindoser leder till ökad delaktighet i processen omkring egenvården.

Motsatsen visade Sonneveld, Strating, van Staa och Nieboer (2013) då ungdomarna upplevde sina möjligheter att träffa vårdpersonal utan en förälder närvarande eller att ta egna beslut angående vården som små. Föräldrarna som deltog i samma undersökning delade inte ungdomarnas upplevelse.

Personcentrerad vård

Personcentrerad vård innebar att vårdpersonalen utgick från den unga individens beskrivning och upplevelse av orsaker till den aktuella metabola kontrollen. Vårdpersonalen utgick även från ungdomarnas kunskap omkring vad som händer i kroppen vid höga eller låga blodsockervärden, vid infektioner och i samband med fysisk aktivitet. I samband med uppföljningsmöten fokuserade vårdpersonalen på ungdomarna. Frågade efter den egna målsättningen för den metabola kontrollen och hur de önskar följa upp förändringar i behandlingen. Ungdomarna deltog även i besluten omkring bästa behandlingsalternativ och hantering av egenvården. En bekräftande och personcentrerad attityd från vårdpersonalen inverkar i positiv riktning mot en förbättrad egenvård för ungdomarna. Flertalet vårdpersonal påtalar vikten av individuella attityder och strategier utifrån den enskilda personens behov, något som överensstämmer med personcentrerad vård (Lundin, Öhrn, & Danielsson, 2008). Kime (2013) fann att övergångsprocessen för ungdomar med diabetes typ 1 ofta är otillräcklig. Då fokus riktas mot övergången och tillhörigheten mellan två kliniker i stället för att se det som en helhetsprocess inriktad på personen och deras unika behov.

Skillnaden mellan barnkliniken och vuxenkliniken

I både intervjuer och observationsstudier framgick skillnaden mellan vårdkulturen på barnkliniken och vuxenkliniken (Lundin m.fl., 2008). Även Perry, Lowe, Steinbeck och Dunbabin (2012) visade att bristen på struktur på vuxenkliniken jämfört med barnkliniken. Ungdomarna uppgav att de kände sig utanför på den lokala diabetesmottagningen, där det förekom ett fokus på vården omkring äldre med diabetes typ 2 upplevde ungdomarna en brist på vård som är anpassad till deras behov. Visentin, Koch och Kralik (2006) noterade att ungdomarna i processen mellan barnkliniken och vuxenkliniken inte var speciellt oroliga för övergången. Få av de tillfrågade ungdomarna hade dock förstått skillnaden mellan dessa två kliniker.

Hälso- och sjukvårdspersonalens uppfattning om skillnaden i strukturen mellan barn- och vuxenkliniken var vårdmiljön och föräldrarnas roll i vården. Förväntningar på ansvar och stöd samt den medicinska inställningen till diabetesbehandlingen var andra områden där det fanns skillnader mellan klinikerna. Vårdpersonal uttryckte även en oro för ungdomarnas möten med äldre personer med diabetes typ 2. Speciellt om de hade synliga komplikationer av sin diabetes som till exempel amputationer. Ungdomarna uppfattade inte alls det som ett problem, i stället uppgav ungdomarna att alla förtjänar att behandlas med respekt. Något som däremot noterades av ungdomarna var att vårdmiljön på vuxenkliniken var mindre vänlig och mer formell i jämförelse med barnkliniken (Visentin m.fl., 2006).

Uppföljning på respektive klinik

Uppföljningen på barnkliniken är mer tillgänglig och erbjuder ökade möjligheter till kontakt med andra professioner än vuxenkliniken (Lundin m.fl., 2008). Föräldrar är mer aktiva på barnkliniken, även om deras delaktighet succesivt minskar under sista året på barnkliniken. Väntetiderna för att komma i kontakt med vårdgivare på vuxenkliniken visade sig i flera av artiklarna vara långa (Lundin m.fl., 2008; Perry m.fl., 2012; Pyatak, Sequeira, Whittmore, Vigen, Peters & Weigensberg, 2014) och även oregelbundna (Lundin m.fl., 2008; Perry m.fl., 2012). Möjligheter för personen att få en tid som passade, med hänsyn till arbetstider eller

möjlighet att ta ledigt var begränsade (Perry m.fl., 2012; Pyatak m.fl., 2014). Önskemålen om vilken tid på dagen som var mest eftertraktad för ett bokad besök var på eftermiddagen eller sen eftermiddag vilket innebar fram till klockan 18:00 (Court, 1993).

Uppföljning av ungdomar som uteblir från inbokade besök var begränsade. Trots att de flesta uteblivna besök inträffade oftare inom vuxenkliniken så var rutinen inte densamma som på barnkliniken. På barnkliniken togs en personlig kontakt med individen, oftast på en gång för att boka en ny tid. På vuxenkliniken kunde en utebliven kontakt innebära att det tog lång tid till nästa kontakt. Den stora arbetsbelastningen på vuxenkliniken kunde även bidra till det eftersom möjligheten att boka en ny tid för individen var begränsad (Lundin m.fl., 2008). Vårdpersonalen uppgav att personer på kliniken troligtvis inte skulle bli jagade om de inte kom på det inbokade besöket. Vårdpersonal på vuxenkliniken brukar inte automatiskt boka om tiden då personer uteblir eftersom ansvaret att boka en ny tid, enligt systemet, är helt och hållet upp till personen själv (Visentin m.fl., 2006).

Patientutbildning

En del personer upplevde att information och utbildning i samband med diagnosen var bra anpassad när det gäller mängden och nivån på informationen, medan andra personer pekar på motsatsen och rapporterade att de upplevde en överväldigande känsla över mängden information (Spencer, Cooper och Milton, 2014).

Det visar det sig att möjligheten till utbildning och stöd minskade under en tid då ungdomarna behövde den mest. Barnkliniken hade en stark betoning på utbildning, men deltagarna upplevde inte alltid att de kunde tillgodogöra sig eller var mottagliga för kunskapen vid den tidpunkten i livet. När sedan behovet av utbildning blev aktuellt och uppfattades av ungdomarna själva var den inte lika tillgänglig (Perry m.fl., 2012).

Om utbildning för ungdomar med diabetes typ 1 enbart är tillgänglig då den metabola kontrollen är instabil, eller i samband med att något akut inträffar visade Visentin m.fl. (2006) att det finns en möjlig risk att problemfokus skapas för ungdomarna snarare än en förebyggande vårdmodell, något som kan inverka hämmande på egenvården i stället för stödjande. Enbart en av vuxenklinikererna hade en inarbetad rutin där samtliga ungdomar erbjöds ett möte med dietist och diabetessköterska i samband med övergången från barnkliniken, trots att intresse för att träffa dessa professioner i samband med övergången uttrycktes från flera av ungdomarna. Om diabetessköterskor och dietister enbart är involverade i vården under perioder då ungdomarnas diabetes är instabilt kan möjligheten för den unga personen att lära sig hantera egenvården minska. En del ungdomar hade inte fått någon genomgång eller utbildning sedan de diagnostiserades.

Processen att ta över egenvården

Att individen uppmuntras till att bli mer självständig kan få den konsekvensen att frånvaron på vuxenkliniken ökar (Kime, 2013). Visentin m.fl. (2006) visade att syftet med förberedelser inför övergången till vuxenkliniken är att bygga upp personens självsäkerhet. När de sedan skrivs in på vuxenkliniken ska de veta exakt vilken hjälp, stöd eller andra åtgärder som de behöver för att upprätthålla en nivå av välbefinnande och även kunna kräva det från vården. Viklund och Wikblad (2009) visade att ungdomarna fann en tröst i att söka kunskap och ta egna initiativ. Att förlita sig på sin egen målsättning, planeringen och kapacitet för att lösa problem var andra faktorer som bidrog till skickligheten och utvecklingen mot att ta egna beslut. Ungdomarna beskrev att den personliga erfarenheten omkring egenvården baserades på reflektioner från tidigare erfarenheter och misstag. Att lära sig utvärdera de rätta

insulindoserna genom kontroll av blodsockervärdet såväl som genom bekräftelse från kroppens signaler.

Att ta över egenvården är för ungdomarna en process, genom att sjukdomen och den egna personen förenas till en helhet kan det innebära en förändring i känslan från att se sjukdomen som en börda till att den blir en del av den egna personen. En del ungdomar ansåg även att processen hade förändrat deras sätt att tänka framåt och ta ställning till sin behandling i samband med olika situationer som till exempel fysisk aktivitet (Husted m.fl., 2014). Att ge ansvaret till ungdomarna i små portioner till att börja med underlättade och gav viktig träning inför att till slut ta det fulla ansvaret för sin egenvård. Den träningen och processen kan även leda till en positivare attityd till deras diabetes, vetskapen om att de självständigt kan hantera sin diabetes upplevs som positivt (Olinder m.fl., 2011).

Visentin m.fl. (2006) visade att förberedelsen inför att självständigt ta över sin egenvård i samband med övergången till vuxenkliniken saknas. Det är främst bristen på förberedelser inför det ökade ansvaret som saknas. Förberedelserna behöver utökas för att ge ungdomarna en ökad möjlighet till självständig hanteringen av egenvården vilket även skulle innebära ett större ansvar, något som förväntas från vuxenkliniken.

Att självständigt hantera egenvården

Genom att först identifiera sina problem och hinder när det gäller egenvården kunde ungdomarna sedan öppet och ärligt prata om det tillsammans med vårdpersonalen. Det blev en start i processen att ta över ansvaret för de egna besluten i livet med diabetes. På så sätt kunde även tidigare anledningar som orsakat att ungdomarna inte hanterade sin egenvård optimalt omprövas. En del ungdomar inledde en diskussion med vårdpersonalen omkring beteendeförändringar och andra vågade experimentera själva (Husted m.fl., 2014). Trots en del skillnader i vårdkultur mellan barn- och vuxenkliniken visade Lundin m.fl. (2006) att det även fanns en del likheter, bland annat det positiva sätt som vårdpersonalen stöttar den unga personen att självständigt hantera sin diabetes genom olika strategier och attityder som främjade egenvården.

Karlsson, Arman och Wikblad (2006) visade att ungdomarna sedan diagnostillfället haft stöd och hjälp av sina föräldrar genom delaktighet i besluten om insulindoser och andra handlingar som omfattade egenvården. I samband med att ungdomarna fick diagnosen diabetes behövdes hjälpen från föräldrarna med att avgöra insulindoser och även med praktiska handlingar som att ge insulininjektioner. Den kunskapen kunde ungdomarna gradvis ta över i ett senare skede. I takt med att ungdomarnas kunskaper ökade så växte även deras självständighet, ungdomarna själva påtalade att ökade kunskaper omkring egenvården i speciella situationer skulle göra deras dagliga liv mer flexibelt. Ungdomarna hittade olika sätt för att nå självständighet. Bland annat genom att pendla mellan att ta ett eget ansvar och lämna över ansvaret till föräldrarna, då osäkerheten omkring vissa situationer blev för stor. Då det ökade ansvaret blev för svårt att hantera kunde en handling, som att föräldrarna klev in och tog över, vara en lättnad för ungdomarna. Föräldrarna uppgav ur sin synvinkel att perioden då ungdomarna succesivt tog över sin egenvård var en period som inte bara var osäker utan även riskfylld. Ungdomarna hade tidigare litat fullständigt på föräldrarnas medverkan i besluten omkring egenvården. När ungdomarna sedan skulle fatta egna beslut och självständigt utföra egenvården resulterade det i ett osäkert helhetsintryck för föräldrarna. För att kunna handla självständigt måste det finnas en vilja till att ta egna beslut.

Föräldrarnas medverkan

Föräldramedverkan är högre på barnkliniken än på vuxenkliniken, under möten på barnkliniken deltar föräldrarna oftare och har en aktivare roll. Något som ibland resulterade i att vårdpersonal under mötet fick kämpa för möjligheten att föra en dialog med ungdomarna. Först genom riktade frågor till ungdomarna och ibland även genom att avbryta föräldrarna, så kunde den dialogen möjliggöras. Intervjuerna och observationerna i studien visar att föräldramedverkan på vuxenkliniken är mindre jämfört med barnkliniken. Föräldrarna är välkomna på möten en tid efter överföringen från barnkliniken, om de håller sig i bakgrunden (Lundin m.fl., 2006). Även Sonneveld m.fl. (2013) uppger att vårdgivare rapporterar att medverkan från föräldrar saknas efter övergången.

Viklund och Wikblad (2009) visade att föräldrarnas roll, enligt ungdomarna själva beskrevs som ett teamarbete, genom delad kunskap och ansvar upplevde ungdomarna att föräldrarna var ett stöd. När inte egenvården fungerade eller den unga personen själv upplevde brister i kunskapen fanns föräldrarna där som stöd, vilket var en trygghet. Lika viktigt visade det sig vara att föräldrarna visade tillit till den unga individens egen förmåga att hantera ansvaret för egenvården och även visade det förtroendet. Dashiff, Riley, Abdullatif och Moreland (2011) konstaterade att föräldrarna upplevde att de stöttade ungdomarna i deras egenvård genom att påminna om blodsockerkontroller, insulininjektioner och olika kostalternativ. Genom att se och nämna positiva handlingar från ungdomarnas sida när det gäller egenvården och bevilja en ökad frihet var det ett tecken på ökat stöd från föräldrarna. Stödet kunde även bestå av att kommunicera omkring möjliga konsekvenser av att inte hantera sin egenvård, genom att påtala olika komplikationer och vara tuff genom att sätta gränser. Föräldrarna medgav även att de tog över ansvaret i de situationer då ungdomarna inte själva kunde hantera egenvården.

Ungdomarna rapporterade att då föräldrar visade brister i förtroende, visade rädsla eller skuld upplevdes det som negativa. När föräldrarna ställde för stora krav, hade svårt att släppa kontrollen, tog över för mycket ansvar eller hade svårt att anpassa sig till ungdomarnas livsstil upplevdes det av ungdomarna som ett hinder för egenvården (Viklund & Wikblad, 2009). Liknande visade även Dashiff m.fl. (2011) där föräldrar beskrev beteende från deras sida som inte främjade egenvården så var det en dömande och kontrollerande attityd, förekomst av tjat, bråk och känslomässiga utbrott.

Det finns ett behov av att klargöra ansvaret för egenvården. Genom att föräldrar och ungdomar tillsammans kommer överens om att det är tillåtet att förhandla om ansvaret, kan många diskussioner omkring egenvården och hur den ska hanteras förebyggas. Viktigt att klargöra är även möjligheten att omförhandla och att ansvaret för ungdomarna både kan öka och minska beroende på omständigheter. Diabetesteamet kan underlätta dessa förhandlingar mellan föräldrar och ungdomar (Olinder m.fl., 2011).

Ansvar för egenvården

Olinder m.fl. (2011) konstaterade att ansvarsfördelningen var klar och tydlig för de ungdomar som gav sig måltidsinsulinet regelbundet. Antingen hade de en hög ansvars känsla eller så delade de ansvaret med föräldrarna. Ansvaret för egenvården diskuterades sällan, det var uppenbart att ungdomarna inte hade tänkt på det egna ansvaret för egenvården. Ungdomarna hade inte diskuterat ansvarsfördelningen vare sig med sina föräldrar eller med någon i diabetesteamet. De kunde under intervjun inte redogöra för vare sig sitt eget ansvar eller vem som hade ansvaret för deras egenvård.

Det visade sig även att bland de ungdomar som uppfattade sig som ansvarfulla så fanns det två olika grupperingar. En grupp som tog hela ansvaret för hantering av egenvården och det dagliga livet med diabetes och en grupp som ansågs sig vara ansvarsfulla men inte fullt ut tog hela ansvaret. Om den unga personens eget ansvar är lågt och ingen kan täcka luckorna i hanteringen av diabetes i det dagliga livet, blir egenvården otillräcklig (Olinder m.fl., 2011).

Diabetes är en sjukdom som kräver att flera komplicerade beslut tas dagligen, oftast flera gånger varje dag. En intellektuell förståelse är viktig i det sammanhanget, förmågan att lita på sin egen kapacitet, att ha en god självkänedom, våga säga nej i vissa situationer eller att stå för sina egna beslut är några faktorer som påverkar förmågan att ta beslut (Viklund & Wikblad, 2009). Ett problem som observerats av vårdgivare både inom barn- och vuxenkliniken är svårigheten att få den unga personen att förstå för vems skull egenvården är viktig. Att målsättningen med en god metabol kontroll är för deras egen skull, inte för att visa upp goda testresultat (Lundin m.fl., 2008).

Ungdomarna uppfattade sig inte alltid redo för att ta på sig det ansvar över egenvården som krävdes i samband med övergången till vuxenkliniken. Många gånger saknade de kontakten med den tidigare vårdgivaren och uppgav att det var viktigt med en vårdgivare som de kände sig bekväm tillsammans med. Känslan ungdomarna hade var att det var en fråga om tur om det skulle inträffa i samband med övergången till vuxenkliniken (Perry m.fl., 2012). Det ökade ansvaret för egenvården resulterade även i en ökad frihet. Samtidigt var det för ungdomarna viktigt att inte ta på sig ett större ansvar än det som var hanterbart eftersom det kunde resultera i en felaktig hantering av egenvården (Karlsson m.fl., 2006).

Mognad

Vissa hinder omkring egenvården kunde associeras till det typiska med den åldern ungdomarna befann sig i. Att vara generad bland kompisar, känna sig osårbar, eller fokusera på andra prioriteringar blev oftast till en nackdel för egenvården. Andra prioriteringar tillskrevs som en utvecklingsfråga då den unga individen frivilligt prioriterade annat än den egna diabetesvården. Till och med skolan ansågs inkräkta på egenvården då individen ännu inte hade lärt sig att balansera egenvården med andra aktiviteter. Unga personer har inte förmågan att planera för potentiella problem och underskattar risker. Vilket i samband med övergången innebar att ungdomarna antog att hjälpen skulle vara tillgänglig. Att någon annan skulle hantera övergången och det skulle bli en lätt process att hitta en ny vårdgivare (Pyatak m.fl., 2014). En annan sida har enligt Sonneveld m.fl. (2013) observerats av vårdpersonal, där föräldrar och ungdomar ofta oroar sig inför övergången till vuxenkliniken.

Wilson (2010) visade att ungdomarna som studerade inte hade tid att testa sitt blodsockervärde. De upplevde situationen omkring egenvården som besvärande. Ungdomarna testade inte sitt blodsockervärde bland andra människor och tog mindre doser insulin eftersom det var lättare att hantera ett högt blodsockervärde än ett för lågt. Även Dashiff m.fl. (2011) uppgav liknande iakttagelser från föräldrarna då ungdomarna inte tog sin medicin, inte vill bli tillfrågad om sina mediciner inför kompisarna och det blev svårare att hantera olika situationer. Ständiga humörsvängningar från ungdomarna och situationer då ungdomarna kom på flera och kreativare sätt att lura sin diabetes var ett agerande som tillskrevs ungdomarnas ålder.

När det gäller den upplevda psykiska mognaden uppfattade ungdomarna att ansvaret ökade med åldern och att kunskapen gradvis växte över tid. De upptäckte även att ansvaret var kopplat till deras egen förmåga att hantera sin diabetes i det dagliga livet. Den ökade

mognaden resulterade i att den unga individen spenderade mer tid utan sin familj, vilket enligt ungdomarna själva ökade chanserna att självständigt prova på problemlösning (Karlsson m.fl., 2006).

Motivation

Handlingar beskrevs som motiverande då läkare och unga med diabetes tillsammans diskuterade behandling och planerade egenvården. Läkarens målsättning var att stödja den unga individen med diabetes och att ta besluten angående vården tillsammans. Handlingar från sjuksköterskan som uppfattades som motiverande var, att pratat om egenvården, uppmärksamma ungdomarnas åsikter och fråga efter problem omkring egenvården. Sjuksköterskan och den unga diabetikern planerade tillsammans egenvården med hänsyn till den unga personens livsstil, varje möte var individuellt anpassat till respektive person (Kyngäs m.fl., 1998).

Karlsson m.fl. (2006) visade att motivationen är förknippad med framgången att reglera blodsockervärdet, drivkraften bakom egenvården är att uppnå ett bra blodsockervärde. Ungdomarna i studien uppgav att de kände sig friska och säkra när blodsockervärdet var stabilt. De upplevde även att den egna motivation mot en förbättrad egenvård ökade när de kunde hantera sin diabetes självständigt. Ungdomarnas tidigare erfarenhet omkring hur de mårde när blodsockervärdet inte var stabilt fungerade även det som en drivkraft för att förbättra egenvården.

Ungdomarna själva påpekade att insikten och medvetande var viktiga faktorer som visade att de utvecklade en självkänedom. Att ta kontroll över sin situation, motivera sig själv, visa att de stod för sina val och beslut genom olika handlingar, samt lita på sin egen intuition och våga experimentera med olika lösningar för att få en ökad erfarenhet, gav ungdomarna styrka (Viklund och Wikblad, 2009). Liknande uppgifter uppgav även Husted m.fl. (2014) då ungdomar som vågade experimentera själva ökade tron på den egna kapaciteten att agera självständigt.

Spencer m.fl. (2014) påvisade att utbildningen av ungdomarna behöver ske löpande för att bibehålla motivationen, ungdomarna själva uppgav att de upplever en ökad motivation i anslutning till utbildningen, men att den motivationen avtog och många gånger försvann helt efter avslutad utbildning.

Stöd från vårdgivare

Ungdomarna uppgav enligt Karlsson m.fl. (2006) ett de i allmänhet litade på läkaren och diabetessköterskan. Vårdpersonalen var inte alltid bekant med personens dagliga liv vilket ibland gjorde det svårt att hålla sig till råden som inte var anpassad till livsstilen. Något som även Spencer m.fl. (2014) kunde konstatera då en förälder beskrev att vårdpersonalen ibland gav råd som var svåra att förverkliga i vardagen.

I stället för att tala om hur egenvården skulle hanteras visade Husted m.fl. (2014) att vårdpersonalen gav den unga individen stöd för att sätta sina egna mål och ta egna beslut. Det blev mer en överenskommelse utifrån deras behov, något som även resulterade i ett minskat motstånd för att utföra egenvården. Liknande iakttagelse visar även Court (1993) där de främsta egenskaperna ungdomarna skattade hos läkaren var möjligheten att träffa läkaren regelbundet, lära känna och få möjlighet att prata. Även egenskaper som läkarens förmåga att ge råd men låta ungdomarna själva ta besluten uppskattades av ungdomarna.

Både ungdomarnas och deras föräldrars uppfattning om diabeteskliniken var positiv konstaterar Spencer m.fl. (2014), de var nöjda med vården och ungdomarna beskrev att sjuksköterskorna var vänliga och visade ett intresse för deras liv, något som underlättade kontakten och uppbyggnaden av en pålitlig relation. Föräldrar påpekade att stöd från personal från skolan och vårdpersonalen på diabetesmottagningen bidrar till egenvården (Dashiff m.fl., 2011).

Ett diabetesteam som agerar stödjande påverkar medicinering och till viss del den egna provtagningen negativt. Ett diabetesteam som inte agerade stödjande påverkade närvaron vid klinikbesök, ungdomarnas egna kontroller och följsamheten med kosten på ett negativt sätt, men resulterade samtidigt i en minskad känslomässig stress hos ungdomarna (Singh, Farruggia och Peterson, 2013).

Brister i vården

Ungdomar som studerade upplevde brister, då vare sig skolan eller diabetesteamet visade stöd i balansen mellan kraven från skolan och hanteringen av deras diabetes. Då de på grund av studierna flyttat, och vid försök till kontakt med en lokal diabetesmottagning fått till svar att de behövde en remiss tolkades det av ungdomarna som ointresse. När sedan försök till kontakt med den tidigare barnkliniken gjordes och svaret blev att de på grund av ålder inte längre var knutna till den mottagningen kände de sig övergivna (Wilson, 2010).

Ibland missade vårdpersonalen dolda frågeställningar och oro som fanns hos ungdomarna. Besvarade inte frågorna eller bara informerade utan att ge mottagaren tid och möjlighet att reflektera över informationen och kanske ställa motfrågor. Om vårdgivaren är upptagen med att läsa journalen i stället för att fokusera på personen. När krångel med datorn upptar vårdpersonalens hela uppmärksamhet eller när vårdpersonalen tar telefonsamtal mitt i mötet stör det kommunikationen med ungdomarna (Lundin m.fl., 2008).

Kyngäs m.fl. (1998) menar att Auktoritära läkare gav ungdomarna direktiv angående egenvården, läkaren ställde frågor men struntade i svaret från ungdomarna och förändrade inte heller sina handlingar. Läkaren pekade på misstag med egenvården som ungdomarna utfört och talade om vad de skulle göra för att undvika liknande händelser i framtiden. Då läkare agerade på samma sätt hela tiden beskrev ungdomarna det som en handling på rutin, att läkaren agerade utifrån en modell utan att ta hänsyn till de enskilda ungdomarnas behov som kunde variera beroende på individen. Läkaren beskrevs som försumlig och brister i kommunikationen uppgavs då inga frågor ställdes i samband med besöket. I stället samlades information in från journalen och beslut togs utifrån den informationen, ingenting diskuterades tillsammans med ungdomarna själva. Tillfällen då sjuksköterskan verkade agera utifrån läkarens instruktioner genom påminnelse om läkarens tidigare direktiv, uppfattades det av ungdomarna som att sjuksköterskan enbart agerade utifrån läkarens ord.

Ungdomarna uppfattade det som att ingen hänsyn togs till deras situation och att handlingen mer tjänade läkaren än ungdomarna själva (Kyngäs m.fl., 1998). Pyatak m.fl. (2014) visade att ungdomarna har brister i vetskapen om hur vårdorganisationen är uppbyggd och hur de kan byta vårdgivare om den nuvarande kontakten inte är tillfredsställande.

Vården på en del lokala vuxenmottagningar var inte anpassade till behovet som fanns hos ungdomarna, vården var mer inriktad och anpassad till äldre personer med diabetes typ 2 och därmed fokuserad på deras behov (Perry m.fl., 2012).

Övergången från barnklinik till vuxenklinik

Vuxenkliniken upplevdes som mindre förstående än barnkliniken. Ungdomarna uppgav ett fokus på det sämre blodsockervärdet i stället för orsaken till det försämrade tillståndet. Under möten förekom det krav och tillsägelser. Att hanteringen av egenvården behövde förbättras, att sjukdomen diabetes behövde tas på allvar. Något som för ungdomarnas del uppfattades som en brist i förståelse för deras situation med bland annat pågående studier ofta långt hemifrån (Wilson, 2010).

Ungdomar som överflyttats från vården på barnkliniken till vuxenkliniken gjorde jämförelser mellan de båda klinikerna och uppgav hur bra vården på barnkliniken var jämfört med vuxenkliniken. Personalens närvaro på kliniken och bristen på kontinuitet var stora frågor för ungdomarna. Föräldrarna och ungdomarna uppgav att diabetesteamet tog mycket för givet när det gäller kunskapen omkring överföringen. De uppfattade att mer kommunikation mellan vårdpersonal på barn- och vuxenkliniken behövdes när det gäller varje individs speciella behov. Idealet vore en övergångsperiod på ett år då ungdomarna fick möjlighet att bygga en relation till vårdpersonalen på vuxenkliniken tillsammans med vårdpersonalen på barnkliniken (Kime, 2013).

DISKUSSION

Metoddiskussion

Val av metod

Utifrån syftet med studien valde författaren metoden litteraturöversikt, enligt Forsberg och Wengström (2008) är det en metod som är användbar för att beskriva det aktuella kunskapsläget inom ett visst område. Den snabba utvecklingen inom hälso- och sjukvården som vilar på en vetenskaplig grund medför att vårdpersonal ständigt behöver hålla sig uppdaterad och bedöma exempelvis vilken omvårdnadshandling som är bäst just nu. Mängden information och publicerade artiklar inom ämnet omvårdnad är enorm och behovet av att kritiskt granska den informationen är viktig för att bedöma om nuvarande omvårdnadshandlingar är vetenskapligt förankrade (Rosén, 2012).

Datainsamling

Artiklarna söktes via PubMed och Cinahl, sökorden togs fram med hjälp av ämnesordsregistren på databaserna. Enligt Karlsson (2012) kan det ta tid innan ett nytt ämnesord registreras i ämnesordlistan. För att öka andelen artiklar som svarar mot syftet valde författaren att även använda andra sökord som inte ingick i ämnesordlistan men svarade mot syftet. Vid sökningen genomfördes fritextsökning i olika kombinationer tillsammans med booleska operatörer för att rikta sökningen. Vid sökning i Cinahl användes peer reviewed som begränsning för att säkerställa att artiklarna var granskade men i PubMed gick inte den begränsningen att utföra i samband med sökningen. Författaren valde då att söka information om den publicerade tidskriften för att säkerställa att publicerat material i den tidskriften genomgått peer reviewed. Genom att kombinera de olika sökorden i sökmotorerna fann författaren att flera av artiklarna som redan valts ut återkom, ibland såg abstract och artikeln annorlunda ut trots att innehållet var densamma. I samband med författarens första sökning av artiklarna noterades inte begränsningar, datum och antal lästa abstract vilket gjorde att hela sökprocessen fick göras om en gång till, då fördes noggranna anteckningar för att inte upprepa tidigare misstag.

Urval

Initialt valde författaren att begränsa sökningen av artiklar till mellan år 2004 och 2014, men eftersom forskningen inom det aktuella ämnet inte är så vanligt förekommande så valde författaren att stryka den begränsningen för att öka underlaget av artiklar i sökandet efter svar på syftet. Artiklarna som valdes ut var originalartiklar som genomgått peer reviewed. Språket i artiklarna var på engelska, på grund av vissa brister i det engelska språket användes ett lexikon för att minska risken för missstolkningar i samband med översättningen, trots försök att minska riskerna är författaren medveten om att det är en svaghet i studien. En annan begränsning i studien är att information kan ha missats utifrån författarens val av sökord.

Författaren har i litteraturöversikten valt ut åldersspannet 12-28 år. Definitionen av när tonåren börjar varierar beroende på vem som tillfrågas, författaren har valt 12 års ålder som start på tonåren. Vid beslut om hur långt åldersspannet skulle sträcka sig valde författaren 28 år. En del studier genomförs på äldre personer i syftet att kartlägga deras tidigare erfarenheter av övergången mellan barnkliniken och vuxenkliniken. För att inte gå miste om viktig information omkring övergången valde författaren att inkludera studier på personer upp till 28 års ålder. Fördelen med det breda åldersspannet, är att antalet artiklar som kan inkluderas i studien ökar. Vid den första sökningen av artiklar till studien framgick att artiklarna som svarade mot syftet hade ett åldersspann där 11 år var det lägsta och 30 år den högsta åldern. Författaren valde då åldrarna mellan 12-28 för att besvara syftet och frågeställningarna. Det är svårt att fastställa när tonåren övergår till ung vuxen, något som kan bero på att den personliga mognaden är individuell och varierar. Författaren har valt att definiera ung vuxen i samband med 18 års ålder då individen blir myndig och av samhället förväntas ta eget ansvar för sina egna handlingar rent juridiskt.

Dataanalys och etiska ställningstagande

Samtliga artiklar bedömdes och klassificerades med hjälp av ett bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering (Bilaga II). Artiklar som bedömdes hålla en hög eller medelhög kvalitet inkluderades i studien. Artiklar som höll en låg kvalitet valdes bort. Vid granskningen av artiklarna kunde gemensamma teman i artiklarna identifieras, utifrån dessa teman redovisades sedan resultatdelen. Av utvalda artiklar var 13 kvalitativa studier, vilket enligt Forsberg och Wengström (2008) av en del forskare anses vara bra då omvårdnad ska studeras, de övriga tre artiklarna inkluderades i studien trots att det inte var en kvalitativ ansats, då författaren ansåg att resultaten var användbara i studien. En av styrkorna i studien är att författaren har läst samtliga abstract och artiklar själv, bedömt enligt bedömningsunderlaget och utfört analysen av artiklarna, samtidigt kan det ses som en svaghet då bedömning av artiklarnas kvalitet och urvalet hade kunnat utformas på annat sätt om någon annan utfört processen. Författaren har i samband med valet av artiklar tagit hänsyn till Vetenskapsrådets riktlinjer för god medicinsk forskning. Enligt Forsberg och Wengström (2008) belyser de riktlinjerna att ohederlighet i form av fusk, presentation av felaktiga resultat, plagierade eller feltolkat material för att det ska stödja egna teorier inte är tillåtet. I valet av artiklar har författaren därför valt att enbart inkludera artiklar som är godkända av en etisk kommitté eller där det finns ett etiskt ställningstagande. Dels som ett forskningsetiskt ställningstagande men även för att det enligt Wallengren och Henricson (2012) stärker det vetenskapliga värdet. Då det etiska ställningstagande inte var beskrivet i artikeln, gjordes en sökning av den publicerade tidskriften. Syftet med den sökningen var att få fram information om tidskriftens etiska ställningstagande inför publicering.

Pålitlighet och reproducerbarhet

Genom den utförliga söktabellen tillsammans med urvalskriterierna och ett modifierat bedömningsunderlag är pålitligheten och reproducerbarheten i studien god. Det går att reproducera studien utifrån författarens val av sökord, begränsningar, databaser och booleska operatörer. Av utvalda artiklar var sex stycke från norden, fyra från övriga Europa och sex stycken från USA, Australien och Nya Zeeland. Det finns skillnader i sjukvårdssystemet, mellan bland annat USA och Sverige. Eftersom flertalet artiklar baserades på studier i Europa kan det vara svårt att överföra resultaten till andra länder utanför Europa. Medvetandet över författarens egen förförståelse har under granskningen av artiklarna och under hela skrivandeprocessen funnits med i bakgrunden. Som en påminnelse för att inte orsaka tolkningar eller medvetna val av artiklar utifrån förförståelsen. I samband med granskningen av artiklarna uppmärksammade författaren nya intressanta vinklingar och tänkbara orsaker till problemet som inte alls stämde med förförståelsen. Trots ett aktivt ställningstagande från författaren genom hela processen kan det enligt Henricson (2012) inte uteslutas att förförståelse påverkar både dataanalysen och resultaten.

En av insikterna som författaren tar med sig är att vid framtida arbeten som innefattar forskningsprocessen lägga upp och planera arbetet annorlunda. Då författarens egen erfarenhet av forskningsprocessen innan studien var begränsad, hade arbetet kunnat läggas upp mer strukturerat. Att från start notera samtliga sökningar noggrant. Gärna katalogföra varje enskild artikel vilket skulle minska risken för dubletter. Framförallt noga notera den inre processen, med tankar omkring resultat som framkommer i artiklarna. Hur förförståelsen påverkar processen, hur den kan hanteras och även låta en studiekamrat eller kollega läsa resultatdelen för att stärka trovärdigheten i studien.

Resultatdiskussion

Resultatet av studien visar att stödet ungdomarna behöver från vårdpersonalen efter övergången från barnkliniken till vuxenkliniken behöver utgå från ungdomarnas enskilda behov. För att möjliggöra det behöver vårdpersonalen lära känna och bygga ett samarbete med ungdomarna, en process som med fördel startar innan övergången till vuxenkliniken. Om vårdpersonalen väljer att arbeta utifrån delaktighet och en personcentrerad omvårdnad med empowerment som filosofi. Genom att utgå från att den unga personen är expert på sin situation, kan vårdpersonalen stödja processen för ungdomarna att ta över ansvaret för sin egenvård. Det förhållningssättet kan även medverka till ungdomarnas ökade delaktighet omkring den egen målsättning och förmågan att ta egna beslut. Något som ökar förutsättningarna för ungdomarna att självständigt hantera sin egenvård.

Ungdomarna behöver även tillgång, och en kontinuerlig möjlighet till utbildning i form av förstahandsinformation för att självständigt kunna hantera sin egenvård. Ungdomar som insjuknat i unga år har inte haft möjlighet att tillgodogöra sig den tidigare informationen. Även om klimatet på barnkliniken var präglad omkring patientutbildning så var inte ungdomarna mottaglig under den perioden i livet. Den mottagligheten ökade då ungdomarna självständigt skulle ta över sin egenvård och förstod på vilket sätt kunskapen var viktig. Något som gör perioden efter övergången sårbar då det finns en förväntan på ungdomarnas kunskap från vuxenkliniken och samtidigt ett gap i kunskapen hos en del ungdomar.

Delaktighet och personcentrerad omvårdnad

När ungdomarna själva fick skatta vilka egenskaper de främst önskade hos vårdpersonalen var möjlighet att träffa en läkare regelbundet, för att lära känna läkaren och få möjlighet att prata. Vidare visade det sig att delaktigheten i vården var viktig för ungdomarna. Egenskaper hos

vårdgivaren, i det här fallet läkaren, som uppskattades av ungdomarna var läkarens förmåga att ge råd omkring olika egenvårdsaktiviteter men låta ungdomarna själva avgöra och ta beslut om vilka åtgärder som skulle vidtas (Court, 1993). Delaktighet i vården är något som även andra författare påvisar, när vårdgivaren lyssnar, besvarar frågor och tillsammans med den unga individen pratar om behandling, tar ställning till behov av förändringar och planerar egenvården (Karlsson m.fl., 2008; Kyngäs m.fl., 1998). Om vårdpersonalen agerar med auktoritet, krav, tillsägelser, fokus på ett sämre blodsockervärde eller på uppgifter i datorn i stället för att fokusera på personen, orsaker till försämring och att diskutera tillsammans kan det påverka kommunikationen på ett negativt sätt (Kyngäs m.fl., 1998; Lundin m.fl., 2008; Wilson, 2010).

Om vårdpersonalen använder sig av ett personcentrerat förhållningssätt kan det påverka ungdomarnas förhållande till egenvården på ett positivt sätt. Att utgå från ungdomarnas individuella behov och på så sätt skraddarsy egenvården utifrån varje enskild person kan förändra ungdomarnas syn på egenvården (Lundin m.fl., 2008).

Samarbete och stöd från vårdteamet

Ungdomarna är experterna på sin situation och sin sjukdom. Diabetesteamets uppgift är att ge ungdomarna stöd för att själv sätta sina egna mål med egenvården och lära sig ta egna beslut, i stället för att tala om hur egenvården ska hanteras. Samarbetet resulterade i en överenskommelse mellan vårdpersonal och ungdomarna omkring egenvården med utgångspunkt från ungdomarnas egna behov. Samarbetsrelationen mellan ungdomarna och vårdgivaren förändrades även den i takt med att ungdomarnas livserfarenhet ökade (Husted m.fl., 2014). Den tidigare erfarenheten och kunskapen som ungdomarna tagit till sig resulterade i en ökad tillit till den egna förmågan att planera och sätta egna mål. Vilket bidrog till utveckling mot att ta egna beslut. Att våga experimentera med olika lösningar och lita på sin egen intuition gav ungdomarna ökad erfarenhet och styrka (Viklund och Wikblad, 2009). Även Husted m.fl. (2014) visade att ungdomarnas egna experiment ökade deras tro på sig själva och den egna förmågan att agera självständigt.

Ett problem med målsättningen som har observerats både inom barn- och vuxenkliniken är svårigheten att få den unga individen att förstå för vems skull egenvården är viktig, att det inte är för att visa goda testresultat utan för deras egen framtida hälsa (Lundin m.fl., 2008). Att lära sig sätta upp egna mål som är realistiska och möjliga att uppnå, något som framgår i bakgrunden. Är en del av utvecklingen mot en självständighet, för att möjliggöra det behövs stöd och kunskap (Viklund, 2006). Om vårdpersonalen under möten samarbetar med ungdomarna genom att dela sina tankar och reflektioner. Genom att resonera högt tillsammans omkring blodsockervärden och insulindoser kan det leda till en ökad delaktighet i egenvården och ge ungdomarna viktig kunskap inför framtiden (Olinder m.fl., 2011).

En intressant iakttagelse är att ett stöd från vårdteamet på vuxenkliniken kanske inte alltid är positivt. Enligt Sing m.fl. (2013) visade det sig att ett stöd från vårdteamet påverkade medicineringen och till viss del även ungdomarnas egen provtagning negativt. Om vårdteamet inte gav ungdomarna stöd i hanteringen av deras diabetes resulterade det i att den känslomässiga stressen minskad hos ungdomarna. Samtidigt som ungdomarnas närvaro på kliniken minskade och sämre följsamhet till kosten och den egna provtagningen rapporterades. Resultaten i den studien kan vara ett tecken på att stödet från vårdteamet behöver anpassas till det enskilda behovet hos ungdomarna. För en del ungdomar kan en ständiga påminnelse om kontroller, kosten, insulindoser, motion och komplikationer som kan

uppstå innebära en ökad stress. Samtidigt som minskad närvaro, sämre följsamhet till kosten och den egna provtagningen kan innebära risk för försämrade egenvård för ungdomarna.

Patientutbildning

Under vårdtiden på barnkliniken finns en stark betoning på utbildning, vilket ungdomarna uppgav att de inte kunde tillgodogöra sig vid den tidpunkten i livet. När sedan motivationen och behovet blev aktuellt i samband med övergången till vuxenkliniken fanns inte möjligheten tillgänglig som tidigare (Perry m.fl., 2012). Enbart en av vuxenklinikererna hade en inarbetad rutin där ungdomarna erbjöds kontakt med diabetessjuksköterska och dietist i samband med övergången från barnkliniken. Trots uttryckta önskemål om kontakt från ungdomarna i studien. Många ungdomar som fått sin diagnos när de var barn har inte fått möjlighet till förstahands information. Det gör kontakten med diabetessjuksköterska och dietist betydelsefulla för ungdomarna i processen att självständigt hantera egenvården. Sker den kontakten enbart när situationen är instabil minskar möjligheten för den unga personen att själv lära sig hantera sin egenvård (Visentin m.fl., 2006).

Processen att ta över egenvården

Vissa hinder för den unga personen omkring egenvården kunde bero på det typiska med den åldern ungdomarna befann sig i. Som bland annat innebar en oförmåga att planera för potentiella problem, upplevelse av att vara osårbar och att fokusera på andra prioriteringar i livet som var viktigare än egenvården (Pyatak m.fl., 2014). Liknande resultat visar även Schilling m.fl. (2006) som menar att den emotionella mognaden, förmågan att ta egna beslut och förmågan att planera framåt beror på var i utvecklingen den unga personen befinner sig.

Ungdomarna kom även på flera kreativa lösningar för att lura sin diabetes. Föräldrarna menade att ungdomarna inte hanterade sin egenvård med insulininjektioner, provtagningar och absolut inte ville bli tillfrågade om sin egenvård inför sina kompisar. Något som kan bero på en strävan efter att vara som andra ungdomar utan diabetes (Dashiff m.fl., 2011). Genom att först ge hjälp och stöd till ungdomarna för att identifiera problem och hinder med egenvården kunde sedan en öppen dialog ske mellan vårdpersonalen och ungdomarna. Även tidigare anledningar till brister i egenvården kunde identifieras och omprövas. En process som blev en start mot ett självständigt ansvar för egenvården för ungdomarna (Husted m.fl., 2014).

Ansvar för egenvården diskuterades sällan vare sig med föräldrar eller diabetesteamet. Inte ens ungdomarna själva hade funderat över vem som hade ansvaret för deras egenvård. I de fall där ansvaret för egenvården var klart och tydligt fördelat gav sig ungdomarna insulinet till måltiderna regelbundet. Om däremot det egna ansvarstagandet för hanteringen av egenvården i det dagliga livet är lågt och det inte finns någon som kan täcka luckorna så blir egenvården därmed otillräcklig. Det finns alltså en vinst i att föra den dialogen med både ungdomarna och föräldrarna för att klargöra ansvarsfördelningen för egenvården. Fördelningen kan även behöva vara flexibel då ungdomarnas behov av stöd kan variera. Diabetesteamet fyller en viktig funktion i den dialogen och kan underlätta förhandlingarna mellan föräldrar och ungdomar (Olinder m.fl., 2011).

Föräldrarnas medverkan

Föräldrar medverkar och är mer aktiva på barnkliniken än på vuxenkliniken. Föräldrarna är till att börja med välkomna på vuxenkliniken, under förutsättningen att de håller sig i bakgrunden (Lundin m.fl., 2006). Motsatsen till det resultatet framgick i en annan studie där vårdpersonalen tvärtom uppgav att medverkan från föräldrarna saknades efter övergången

från barnkliniken (Sonneveld m.fl., 2013). Samarbetet mellan den unga personen och föräldrarna omkring egenvården är ett flexibelt teamarbete, ansvaret för behandling och olika beslut delas mellan föräldrar och ungdomarna. Ungdomarna pendlar i sin utveckling för att nå självständighet mellan att ta ett eget ansvar, samtidigt som de upplevde en lättnad och gärna lämnade över ansvaret tillfälligt till föräldrarna när situationen omkring egenvården blev svår att behärska (Karlsson m.fl., 2006; Schilling m.fl., 2006).

Föräldrarnas medverkan i ungdomarnas process mot ett självständigt ansvar för egenvården var produktivt då det fanns ett klart teamarbete. Genom delat ansvar och kunskap såväl som visad tillit och förtroende för ungdomarnas kunskap och ansvar. Då samarbetet mellan föräldrar och ungdomar inte fungerade, vid en dömande, kontrollerande attityd och förekomst av brist på förtroende för ungdomarna. Upplevdes det som ett hinder för egenvården, situationen omkring egenvården påverkades negativt (Dashiff m.fl., 2011; Viklund och Wikblad, 2009).

Beroende på ungdomarnas enskilda behov, efter övergången från barnkliniken, kan en ökad delaktighet från föräldrarna även på vuxenkliniken vara viktig för att underlätta ett självständigt övertagande av egenvården för ungdomarna.

Övergången från barnkliniken till vuxenkliniken

Det framgår att det i samband med överföringen från barnkliniken till vuxenkliniken kunde dröja upp till sex månader innan första besöket på vuxenkliniken. Förutom ett avbrott i den tidigare kontinuiteten från barnkliniken innebar det även en risk för framtida uteblivna kontakter på vuxenkliniken (Garvey m.fl., 2012; Garvey m.fl., 2013; Pacaud m.fl., 1996). Väntetiderna för att komma i kontakt med vårdgivare på vuxenkliniken visade sig enligt flera artiklar vara långa och oregelbundna. Möjligheten för den unga personen att få ledigt från arbetet var många gånger begränsade och då vuxenkliniken inte kunde anpassa tiderna till önskemålen, som oftast inföll på eftermiddagar eller kvällar minskade tillgängligheten för uppföljning på vuxenkliniken (Court, 1993; Lundin m.fl., 2008; Perry m.fl., 2012; Pyatak m.fl., 2014).

Förberedelser inför övergången

Visentin m.fl. (2006) visar att vårdpersonalen upplevde en oro omkring skillnaden i vården mellan barnkliniken och vuxenkliniken. Det fanns en oro för att ungdomarna skulle möta äldre personer med diabetes typ 2 i väntrummen, speciellt besvärande ansåg vårdpersonalen att det var om personerna hade synliga komplikationer av sin diabetes som till exempel amputationer. Ungdomarna höll inte med vårdpersonalen, de ansåg inte att det var ett problem. Perry m.fl. (2012) visade att ungdomarna kände sig utanför på den lokala diabetesmottagningen som främst hanterade äldre personer med diabetes typ 2. Med fokus på deras behov upplevde ungdomarna en brist på vård som var anpassad till deras behov. Garvey m.fl. (2014) visade liknande iakttagelse då ungdomarna inte var förberedda på skillnaden mellan vården på barnkliniken och vuxenkliniken. Att det på vuxenkliniken eller den lokala diabetesmottagningen förekom ett stort fokus på den äldre generationen. Där ett stort antal personer med diabetes typ 2 ingick. Ungdomarna uppgav att de kände sig överväldigade av den ökade förekomsten av personer med kroniska komplikationer till skillnad mot deras tidigare erfarenhet från barnkliniken.

Ungdomar och föräldrar var eniga i att vårdpersonalen tog mycket för givet när det gäller kunskapen omkring överföringen. Det fanns en önskan om ökad kommunikation mellan vårdpersonal på barn- och vuxenkliniken för att skraddarsy vården utifrån den enskilda

personens behov. Idealet var att bygga en relation med vårdpersonalen på vuxenkliniken tillsammans med vårdpersonalen på barnkliniken under ett år innan övergången är planerad. Processen omkring övergången är många gånger fokuserad på övergången mellan två kliniker i stället för att fokusera på det ur ett helhetsperspektiv som är inriktad på personens unika behov (Kime, 2013).

Syftet med förberedelser inför övergången till vuxenkliniken är att bygga upp den unga personens självsäkerhet, stärka förmågan att hantera sin egenvård. Öka medvetandet och kunskapen omkring vilken hjälp och stöd de behöver i den processen och vad de kan kräva från vårdpersonalen på vuxenkliniken för att upprätthålla en bra nivå av välbefinnande. Förberedelser inför vården på vuxenkliniken behöver utökas och större fokus behöver riktas mot att stödja ungdomarnas hantering av egenvården, vilket även innebär en förberedelse för det ökade ansvaret och förväntningarna från vuxenkliniken (Visentin m.fl., 2006).

Slutsats

Studien visar att behovet av stöd efter övergången från barnkliniken till vuxenkliniken varierar. Det är viktigt att utgå från varje persons enskilda behov för att kunna ge det stöd som ungdomarna behöver för att självständigt hantera sin egenvård. Utifrån ungdomarnas unika behov kan vårdpersonalen tillsammans med ungdomarna bygga ett samarbete på lika villkor med hjälp av delaktighet och en personcentrerad vård. Om relationen mellan vårdpersonalen på vuxenkliniken och ungdomarna kan etableras redan under sista året på barnkliniken tillsammans med vårdpersonalen på barnkliniken, där ungdomarna är trygga. Skulle det kunna underlätta det fortsatta samarbetet mellan vårdpersonalen och ungdomarna på vuxenkliniken. Genom att vårdpersonalen på vuxenkliniken blir medveten om ungdomarnas enskilda behov, i form av delaktighet, föräldramedverkan och patientutbildning. För att självständigt sätta egna mål och ta ansvar för sin egenvård kan stödet från vårdpersonalen anpassas till behovet.

Förslag på vidare studier

Diabetes mellitus typ 1 är en sjukdom som förekommer bland ungdomar, eftersom övergången mellan barnkliniken och vuxenkliniken är ett område som ännu inte är så utforskad är ytterligare forskning inom området önskvärt. En inriktning som skulle vara intressant att belysa ytterligare är rutiner omkring övergången. Finns det ett behov av en ökad kommunikation mellan vårdgivare på barn- och vuxenkliniken? Genom att kartlägga individens enskilda behov av stöd, skapar det då ett klimat som underlätta övertagandet av egenvården för ungdomarna efter övergången till vuxenkliniken? Kan en tidig etablerad kontakt med vårdgivare på vuxenkliniken innan övergången minska känslan av vuxenkliniken som opersonlig och mindre tillgänglig? Fortsatta studier inom området är önskvärda för ökad möjlighet att ge en god, personcentrerad vård med delaktighet för ungdomar med diabetes mellitus typ 1.

REFERENSER

- Agardh, C.-D., Berne, C., & Östman, J. (2007). *Diabetes*. Stockholm: Liber AB.
- Alvarsson, M., Brismar, K., Viklund, G., Örtqvist, E., & Östenson, C.-G. (2010). *Diabetes*. Värnamo: Fälth & Hässler.
- Arborelius, E. (2013). Att tala med patienter om levnadsvanor. I B. Klang Söderkvist (Red.), (2013). *Patientundervisning* (3. uppl., ss. 189-207). Lund: Studentlitteratur.
- de Beaufort, C., Jarosz-Chobot, P., Frank, M., de Bart, J., & Deja, G. (2010). Transition from pediatric to adult diabetes care: smooth or slippery?. *Pediatric diabetes*, 11(1), 24-27. doi: 10.1111/j.1399-5448.2009.00524.x
- Begley, T. (2013). Transition to adult care for young people with long-term conditions. *British Journal of Nursing*, 22(9), 506, 508-511.
- Court, J. M. (1993). Issues of transition to adult care. *Journal of paediatrics and child health*, 29(supplement s1), 53-55. doi: 10.1111/j.1440-1754.1993.tb02263.x
- Dashiff, C., Riley, B. H., Abdullatif, H., & Moreland, E. (2011). Parents' Experiences Supporting Self-Management of Middle Adolescents With Type 1 Diabetes Mellitus. *Pediatric nursing*, 37(6), 304-310.
- Forsberg, C., & Wengström, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier* (2.uppl.). Stockholm: Natur och Kultur.
- Funnell, M. (2006). Professions- respektive patientcentrerade modeller. I K. Wikblad (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (1. uppl., ss. 51-60). Lund: Studentlitteratur.
- Garvey, K. C., Wolpert, H. A., Rhodes, E. T., Laffel, L. M., Kleinman, K., Beste, M. G., & Finkelstein, J. A. (2012). Health Care Transition in Patients With Type 1 Diabetes: Young adult experiences and relationship to glykemic control. *Diabetes Care*, 35(8), 1716-1722. doi: 10.2337/dc11-2434
- Garvey, K. C., Wolpert, H. A., Laffel, L. M., Rhodes, E. T., Wolfsdorf, J. I., & Finkelstein, J. A. (2013). Health care transition in young adults with type 1 diabetes: barriers to timely establishment of adult. *Endocrine Practice*, 19(6), 946-952. doi: 10.4158/EP13109.OR.
- Garvey, K.C., Beste, M. G., Luff, D., Atakov-Castillo, A., Wolpert, H. A., & Ritholz, M. D. (2014). Experiences of health care transition voiced by young adults with type 1 diabetes: a qualitative study. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 5, 191-198. doi: 10.2147/AHMT.S67943
- Hanås, R. (2008). *Typ 1 Diabetes: hos barn, ungdomar och unga vuxna*. Västerås: EDITA Västra Aros AB.
- Henricson, M. (2012). Diskussion. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1:5. uppl., ss.471-479). Lund: Studentlitteratur.

- Hilliard, M. E., Perlus, J.G., Clark, L. M., Haynie, D. L., Plotnick, L. P., Guttman-Bauman, I., & Ianotti, R. J. (2014). Perspectives from before and after the pediatric to adult care transition: a mixed-methods study in type 1 diabetes. *Diabetes Care*, *37*(2), 346-354. doi: 10.2337/dc13-1346
- Husted, G. R., Esbensen, B. A., Hommel, E. Thorsteinsson, B., & Zoffman, V. (2014). Adolescents developing life skills for managing type 1 diabetes: a qualitative, realistic evaluation of a guided self-determination-youth intervention. *Journal of Advanced Nursing*, *70*(11), 2634-2650. doi: 10.1111/jan.12413
- Insulander, L. (2006). Egenmätning av blodglukos. I K. Wikblad (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (1. uppl., ss. 147-155). Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, A., Arman, M., & Wikblad, K. (2006). Teenagers with type 1 diabetes-a phenomenological study of the transition towards autonomy in self-management. *International Journal of Nursing Studies*, *45*(4), 562-570. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.08.022
- Karlsson, E. K. (2012). Informationssökning. I Initial. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1:5. uppl., ss.95-113). Lund: Studentlitteratur.
- Kime, N. (2013). Young people with type 1 diabetes and their transition to adult services. *British Journal of Community Nursing*, *18*(1), 14-18. doi: org/10.12968/bjcn.2013.18.1.14
- Kjellström, S. (2012). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1:5. uppl., ss.69-92). Lund: Studentlitteratur.
- Kyngäs, H., Hentinen, M., & Barlow, J. H. (1998). Adolescents' perception of physicians, nurses, parents and friends: help or hindrance in compliance with diabetes self-care?. *Journal of Advanced Nursing*, *27*(4), 760-769. doi: 10.1046/j.1365-2648.1998.00608.x
- Lundin, C. S., Öhrn, I., & Danielson, E. (2008). From multidimensional support to decreasing visibility: A field study on care culture in paediatric and adult diabetes outpatient clinics. *International Journal of Nursing Studies*, *45*(2), 180-190. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.07.022
- Luyckx, K., Moons, P. & Weets, I. (2010). Self-classification as an adult in patients with type 1 diabetes: Relationships with glycemic control and illness coping. *Patient Education and Counseling*, *85*(2), 245-250. doi:10.1016/j.pec.2010.11.013
- Olinder, A. L., Nyhlin, K. T., & Smide, B. (2011). Clarifying responsibility for self-management of diabetes in adolescents using insulin pump: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, *67*(7), 1547-1557. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05588.x
- Pacaud, D., McConnell, B., Huot, C., Aebi, C., & Yale, J. (1996). Transition from pediatric care to adult care for insulin-dependent diabetes patients. *Canadian Journal Of Diabetes Care*, *20*(4), 14-20.
- Perry, L., Lowe, J. M., Steinbeck, K. S., & Dunbabin, J.S. (2012). Services doing the best they can: service experiences of young adults with type 1 diabetes mellitus in rural Australia. *Journal of Clinical Nursing*, *21*(13-14), 1955-1963. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.04012.x

Pyatak, E. A., Sequeira, P. A., Whittemore, R., Vigen, C. P., Peters, A. L., & Weigensberg, M. J. (2014). Challenges contributing to disrupted transition from paediatric to adult diabetes care in young adults with Type 1 diabetes. *Diabetic Medicine: A Journal Of The British Diabetic Association*, *31*(12), 1615-1624. doi: 10.1111/dme.12485

Rankin, D., Heller, S., & Lawton, J. (2011). Understanding information and education gaps among people with type 1 diabetes: a qualitative investigation. *Patient Education and Counseling*, *83*(1), 87-91. doi: 10.1016/j.pec.2010.04.026

Rasmussen, B., Wellard, S. & Nankervis, A. (2001). Consumer issues in navigating health care services for type 1 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, *10*(5), 628-634. doi: 10.1046/j.1365-2702.2001.00550.x

Rasmussen, B., Ward, G., Jenkins, A., King, S. J., & Dunning, T. (2011). Young adults' management of Type 1 diabetes during life transitions. *Journal of Clinical Nursing*, *20*(13-14), 1981-1992. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03657.x

Rosén, M. (2012). Systematisk litteraturöversikt. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1:5. uppl., ss.429-444). Lund: Studentlitteratur.

Schilling, L. S., Knafel, K. A., & Grey, M. (2006). Changing Patterns of Self-Management in Youth with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Nursing*, *21*(6), 412-424. doi: 10.1016/j.pedn.2006.01.034

Sing, E., Farruggia, S. P., & Peterson, E. R. (2013). Adolescents with diabetes: support from healthcare teams and families. *International Journal of adolescent medicine and health*, *25*(1), 91-96. doi:10.1515/ijamh-2013-0013

Sonneveld, H. M., Strating, M. M. H., van Staa, A. L., & Nieboer, A. P. (2013). Gaps in transitional care: what are the perceptions of adolescents, parents and providers?. *Child: care, health and development*, *39*(1), 69-80. doi: 10.1111/j.1365-2214.2011.01354.x

Sparud-Lundin, C., Öhrn, I., & Danielson, E. (2010). Redefining relationships and identity in young adults with type 1 diabetes. *Journal Of Advanced Nursing*, *66*(1), 128-138. doi:10.1111/j.1365-2648.2009.05166.x

Spencer, J., Cooper, H., & Milton, B. (2014). Type 1 diabetes in young people: The impact of social environments on self-management issues from young people's and parents' perspectives. *Journal of Diabetes Nursing*, *18*(1), 22-31.

Wallengren, C., & Henricson, M. (2012). Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1:5. uppl., ss.481-496). Lund: Studentlitteratur.

Viklund, G. (2006). Diabetes hos tonåringar. I K. Wikblad (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (1. uppl., ss. 105-114). Lund: Studentlitteratur.

Viklund, G., & Wikblad, K. (2009). Teenagers' perceptions of factors affecting decision-making competence in the management of type 1 diabetes. *Journal of Clinical Nursing*, 18(23), 3262-3270. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.02963.x

Wikblad, K. (2006). Egenvårdsutbildning för personer med diabetes. I K. Wikblad (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (1. uppl., ss. 179-191). Lund: Studentlitteratur.

Visentin, K., Koch, T., & Kralik, D. (2006). Adolescents with Type 1 Diabetes: transition between diabetes services. *Journal of Clinical Nursing*, 15(6), 761-769. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01347.x

Wilson, V. (2010). Students' experiences of managing type 1 diabetes. *Paediatric Nursing*, 22(10), 25-28.

Författare År Land	Titel	Syfte	Metod	Deltagare (bortfall)	Resultat	Kvalitet Typ
Court, JM. 1993 Australien	Issues of transition to adult care.	En undersökning genomfördes på ungdomar mellan 15 och 18 år med insulinberoende diabetes mellitus för att få fram deras synpunkter på processen för överföringen från barn- till vuxenklinik.	Ett frågeformulär som innehöll frågor med flera svarsalternativ skickades via mail till samtliga patienter mellan 16 och 18 år som kontrollerade sin diabetes via the Royal Childrens Hospital i Melbourne. Frågorna utgick ifrån önskvärda egenskaper hos läkaren, behovet av inblandning från annan vårdpersonal, synen på en lämplig ålder för överföring, deras uppfattning om behov av förberedelser inför överföring och vilken typ av fortsatt vård de föredrar.	n=152 (47)	Egenskaper som ungdomarna ansåg var viktiga hos läkare var att tycka om läkaren, känna förtroende för och träffa läkare för att prata. Att läkaren gav råd men lämnade besluten till ungdomarna. Ungdomarna tillfrågades vilken tid på dagen som fungerade bäst för inbokade möten. De flesta ungdomar föredrog eftermiddagar till sena eftermiddagar vilket enligt studien innebar fram till klockan 18:00.	II (P)
Dashiff, C., Riley, BH., Abdullatif, H., Moreland, E. 2011 USA	Parents' Experiences Supporting Self-Management of Middle Adolescents With Type 1 Diabetes Mellitus.	Syftet med studien var att beskriva föräldrarnas erfarenhet när det gäller att stödja egenvården för deras ungdomar med diabetes mellitus.	Studien var en delstudie i en större Pilotstudie som bedömde föräldrars stöd och ungdomars egenvård av diabetes mellitus. Även om data från både föräldrar och ungdomar samlades in samtidigt användes enbart informationen från föräldrarna i denna studie. En modell av kvalitativ beskrivning av fenomen användes, för att samla information från föräldrarna om deras erfarenhet av att stödja egenvården för ungdomarna med diabetes	n= 40 (0)	Föräldrarna stöttade deras ungdomars egenvård primärt genom att påminna, uppmuntra och bevilja mer frihet. Att kommunicera konsekvenser av misslyckad egenvård genom att betona komplikationer. Föräldrarna tog över ansvaret för egenvården i situationer då ungdomarna inte kunde hantera den. Föräldrarna hämmade ungdomarnas diabetesbehandling genom utskällning, agera dömande, tjata, och bli känslomässig. Kliniker kan hjälpa föräldrar att hantera sina känslor för att motivera ungdomar med diabetes i deras	II (K)

			mellitus. Intervjuerna, med semistrukturerade frågor, spelades in. Familjer rekryterades under tre månader via endokrinologi kliniken på barnsjukhuset.		egenvård. Föräldrarna påtalade att ungdomarna i den åldern vill gå ut med sina vänner vilket ofta resulterar i bristande egenvård. Ungdomarna vill inte bli tillfrågade om sin diabetes inför sina vänner. Föräldrar uppger situationen med ungdomarna som en berg- och dalbana med både humör- och blodsockersvängningar. Ungdomarna hittade både flera och kreativa idéer för att lura sin diabetes.	
Husted, GR., Esbensen, BA., Hommel, E., Thorsteinsson, B., Zoffman, V. 2014 Danmark	Adolescents developing life skills for managing type 1 diabetes: a qualitative, realistic evaluation of a guided self-determination-youth intervention.	Syftet med denna studie var att undersöka och belysa hur livskunskap påverkas och utvecklas hos ungdomar med diabetes typ 1 i samband med stöd från föräldrar och hälso- och sjukvårdspersonal.	Genom att digitalt inspelade öppenvårdsbesök, på två mottagningar för barn i Danmark, under användning av guidad självbestämmande för ungdomar och halvstrukturerade intervjuer. Intervjuerna genomfördes individuellt med tonåringen och föräldrarna tillsammans, i hemmet för samtliga utom en familj som önskade genomföra intervjun på sjukhuset. Studien var inbäddad i en randomiserad kontrollerad studie som testade effekten av guidad självbestämmande för ungdomar och för att inte störa den processen i studien så genomfördes intervjuerna efter att kvantitativ data hade	n=38 (0)	Intervjuer med alla deltagare visade en process för att nå livskunskap. Genom att först involvera ungdomar och sedan föräldrar i beslut och problemlösning. Ungdomarna inledde en process för att bli egna beslutsfattare i sitt liv med diabetes och att därmed växa som människa. För en del ungdomar förändrades även sättet att förhålla sig till sjukdomen genom att tänka framåt, överväga hur olika situationer bör hanteras. Genom att identifiera problem kunde ungdomarna öppet prata med vårdpersonal och ompröva tidigare prioriteringar och anledningar för att undvika egenvården. En del ungdomar pratade omkring beteendeförändringar, andra vågade utföra egna experiment som påverkade	I (K)

			samlats in.		självständigheten. Vårdpersonalen hjälpte ungdomarna att sätta egna mål och ta egna beslut omkring egenvården.	
Karlsson, A., Arman, M., Wikblad, K. 2006 Sverige	Teenagers with type 1 diabetes-a phenomenological study of the transition towards autonomy in self-management.	Syftet med studien var att belysa levda erfarenheter, med fokus på övergången mot autonomi i självförvaltning av diabetes bland tonåringar med typ 1-diabetes.	Intervjuer genomfördes på ungdomar vid ett barnsjukhus, öppna intervjufrågor ställdes omkring erfarenheten ungdomarna hade av det dagliga livet med typ 1 diabetes. Avsikten var att fånga individuella erfarenheter av egenvården. Intervjuerna spelades in och skrevs ner ordagrant samt tolkades fenomenologiskt för att fokusera på personens erfarenhet och förstå ungdomarnas tankar.	n=35 (3)	Ungdomarna svävade mellan att agera självständigt och att behöva stöd. Diabetesteamet gav ungdomarna stöd att ta beslut utifrån deras vilja. Beslut omkring behandling togs tillsammans. Egenvårdsmotivationen ökade när de kunde hantera sin diabetes. Tidigare erfarenhet av sin diabetes ökade motivationen för att förbättra egenvården. Ungdomarna litade på vårdpersonalen. I bland var råden svåra att följa då personalen inte var insatta i ungdomarnas vardag. Ungdomarna tvekade mellan att ta eget ansvar och ibland avstå uppgifter omkring egenvården. Ungdomarna trodde att ökad kunskap omkring egenvården skulle göra det dagliga livet mer flexibelt. Föräldrarna hade tidigare tagit beslut omkring egenvården sedan diagnosen. I början behövdes stödet men gradvis kunde de hantera ansvaret själva. Överföringen av ansvar uppfattades av föräldrarna som osäker då ungdomarna tidigare litat på att föräldrarna fanns där. Viljan att ta egna beslut måste finnas. Ungdomarna kände	I (K)

					<p>lättnad då ansvaret kunde överföras till föräldrarna när egenvården blev för svår att hantera, de ville inte ta ett större ansvar än de kunde hantera på grund av risker för fel. Föräldrarnas tro på ungdomarnas förmåga var viktig, det gav en ökad frihet. Chansen att praktisera problemlösning ökade när de var hemifrån. Stöd från diabetesteam stärkte ungdomarnas självkänsla.</p>	
Kime, N. 2013 England	Young people with type 1 diabetes and their transition to adult services.	Denna artikel fokuserar på resultaten av en forskningsstudie som undersökt ungdomars övergång med diabetes typ 1 och ser på den roll som distriktssköterskor har i diabetesvården för unga människor.	En tre år lång multisite-studie genomfördes av National Health Service (NHS) i England för att undersöka den nuvarande situationen i Yorkshire och Humber med tonvikt på leverans av vård. En processkartläggning användes som huvudmetod för att bättre förstå patientens erfarenhet. Det ger en baslinje och identifierar var luckorna i vården finns och vad som behöver förändras. Fokusgrupper användes för att identifiera barn och ungdomars, föräldrars och vårdgivares övertygelser och attityd i relation till diabetesvårdens bestämelse.	n= 300 (0)	<p>En växande mängd forskning visar att övergångs vård ofta är otillräckliga och fokuserade på överföring mellan kliniker. Ungdomarna uppgav hur bra vården var på barnkliniken och hur dålig den nuvarande vården på vuxenkliniken var. Personalens närvaro och bristen på kontinuitet var viktiga frågor. Ungdomarna uppgav att idealtiden för övergången var ett år eller mer med möjligheten att bygga ett förtroende för personal på vuxenkliniken. Ungdomarna och föräldrarna menade att diabetesteamet antog mycket omkring deras kunskap när det gäller övergången. De önskade mer kommunikation mellan barn- och vuxenkliniken angående unga personers individuella behov. Konsekvensen av uppmaningen att bli oberoende var att frånvaron var höger på kliniken.</p>	II (K)

<p>Kyngäs, H., Hentinen, M., Barlow, JH. 1998 Finland</p>	<p>Adolescents perceptions of physicians, nurses, parents and friends: help or hindrance in compliance with diabetes self-care?</p>	<p>Syftet med studien var att undersöka hur ungdomar med diabetes uppfattade åtgärder av läkare, sjuksköterskor, föräldrar och vänner i samband med sin egenvård.</p>	<p>Intervjuer genomfördes antingen under en sommarkurs eller under ett öppenvårdsbesök. Samtliga intervjuer utfördes av samma forskare, spelades in och översattes ordagrant. De öppna frågorna fokuserade på egenvården och hur den efterlevs bland ungdomar, genom frågor som täckte områden som insulinbehandling, kosten, egna kontroller hemma och samarbetet med hälso- och sjukvårdspersonal.</p>	<p>n=51 (1)</p>	<p>Handlingarna beskrevs motiverande då läkaren och ungdomarna pratade om behandling och planerade egenvården tillsammans. Läkarens mål var att ge stöd åt ungdomarna och att ta beslut gällande vården tillsammans. Läkare som agerade på samma sätt hela tiden beskrevs handla på rutin, oavsett ungdomarnas behov. De ställde inga frågor, samlade in nödvändig information från journalen och tog beslut. De sköterskor som upplevdes motiverande pratade om egenvården med ungdomarna, varje möte var unikt. Sköterskan och ungdomarna planerade egenvården tillsammans. Sköterskor som beskrevs agera på läkarens initiativ, upplevdes strunta i ungdomarna och deras åsikter. Ungdomarna beskrev att den handlingen gav läkaren stöd snarare än ett stöd för ungdomarna.</p>	<p>I (K)</p>
<p>Lundin, CS., Öhrn, I., Danielson, E. 2008 Sverige</p>	<p>From multidimensional support to decreasing visibility: A field study on care culture in paediatric and adult diabetes outpatient clinics.</p>	<p>Syftet med denna studie var att beskriva vårdkultur hos polikliniker för barn och vuxna diabetiker och innebörden av vården för ungdomar.</p>	<p>Femtioen deltagande observationer och tio semistrukturerade intervjuer med diabetes vårdgivare genomfördes vid två barnkliniker och två vuxen kliniker i Sverige. Data analyserades samtidigt med datainsamling, med hjälp av en konstant komparativ metod utvecklad i grounded</p>	<p>n=61 (0)</p>	<p>Ungdomarna upplevde skillnaden i vårdkulturen när de passerade från barnkliniken till den minskade synligheten på vuxenkliniken. Barn- och vuxenkliniken hade olika sätt att följa upp uteblivna besök. Avbokade besök inträffade oftare på vuxenkliniken än på barnkliniken. Barnkliniken tog en personlig kontakt i samband</p>	<p>I (K)</p>

			<p>theory tradition. Data samlades in genom observationsstudier under besök hos sköterska eller läkare. Semistrukturerade intervjuer genomfördes med vårdgivare, tre läkare och sju sjuksköterskor inom enheten. De valdes ut på grund av deras erfarenhet av ungdomar. Dessa intervjuer spelades in och översattes ordagrant i text. Undersökningsperioden varade under sju månader.</p>		<p>med uteblivna besök. Lång tid kunde passera mellan besöken på vuxenkliniken om inte en speciell notering gjordes i journalen. Svårigheter att boka besök på vuxenkliniken på grund av stor arbetsbelastning. Genom att utgå ifrån ungdomarnas upplevelse, kunskap, beskrivning av sin situation, fråga efter ungdomarnas målsättning, önskan om uppföljning och inkluderas i beslut om behandling och egenvård genomförs en personcentrerad vård. Barn- och vuxenkliniken hade vissa positiva saker gemensamt. Egenvården främjades genom strategier och stöd. Föräldrarna har en aktivare roll på barnkliniken, sista året minskar den medverkan. En del föräldrar visade sig dominera besöken, svårigheter att involvera ungdomarna under mötet. Ett problem enligt vårdgivare är svårigheten att få ungdomarna att inse för vems skull den metabola kontrollen görs. Föräldramedverkan på vuxenkliniken är mindre jämfört med barnkliniken. Föräldrarna är välkomna på vuxenkliniken i början. När vårdgivaren fokuserar på journalen eller andra störande moment i stället för på ungdomarna, visar det på brister i samarbetet.</p>	
--	--	--	---	--	---	--

Olinder, AL., Nyhlin, KT., Smide, B. 2011 Sverige	Clarifying responsibility for self-management of diabetes in adolescents using insulin pump-a qualitative study.	För att få inblick i teoretiska kunskaper om de aktuella processerna när ungdomar med insulinpump behandling tar eller missar att ta sina bolusdoser.	Intervjuer genomfördes på tolv ungdomar, fyra föräldrar och en barndiabetes sköterska från olika barndiabetes kliniker i Sverige, under juni 2008 till november 2009. The grounded theory valdes som modell för insamling och analys. Samtliga intervjuer genomfördes av den första författaren, intentionen var att inte inkludera någon som författaren hade en vårdgivare relation till. Två av ungdomarna som författaren hade en regelbunden kontakt med ville delta för att delge erfarenheter, efter en diskussion med forskningsteamet beslutades att inkludera de ungdomarna trots vårdrelationen. Deltagarna fick själva välja om intervjun skulle äga rum i hemmet eller på kliniken.	n=17 (0)	Ansvarsfördelning diskuterades sällan, tonåringen hade inte pratat om det med sina föräldrar eller diabetesteamet. Överföringen av ansvar, att dela tankar om egenvården i tidig ålder ger kunskap inför framtiden, att tänka högt omkring insulindoser och blodsockervården, succesivt ge ett ökat ansvar till ungdomarna tidigt underlättar för ungdomarna att senare ta det fulla ansvaret. Det kan även påverka förhållningen till deras diabetes genom vetskapen att de kan hantera olika situationer. Förtydligande genom att klargöra ansvaret för egenvården i kontinuerliga förhandlingar mellan ungdomar och föräldrar. Diabetesteamet kan underlätta dessa förhandlingar. En grupp ungdomar visade sig tog ansvar omkring sin egenvård. En annan grupp som observerades visade sig uppfatta det egna ansvaret som stort men de tog inte hela ansvaret för egenvården. Då en del av ansvaret saknas kan ingen täcka för denna brist.	II (K)
Perry, L., Lowe, JM., Steinbeck, KS. Dunbabin, JS. 2012 Australien	Services doing the best they can: service experiences of young adults with type 1 diabetes mellitus in rural Australia.	Att beskriva erfarenheten av vården som unga vuxna med typ 1-diabetes har vid tillgång till diabetestjänster på landsbygden i New South Wales, Australien.	Semistrukturerade intervjuer via telefon, en inbjudan skickades via post till alla lämpliga unga vuxna utifrån ett lokalt register. Intervjuerna genomfördes av en forskare, samtalen spelades in. Rekryteringen	n=26 (0)	Bristande tillgång som utgörs av, överföring till vuxenmottagning, tillgång till vårdpersonal och tillgång till aktuell information. Deltagarna upplevde ofördelaktiga kontraster med dels vården med stöd från barnkliniken och brister i	II (K)

			till undersökningen fortsatte till datamättnad. Intervjuerna transkriberades och analyserades av en forskare.		specialist- och allmänpraktiserande vård. Det rapporterades om oregelbundna besök på vuxenmottagningen och svårt att få en tid som passade med arbetstider. Ungdomarna upplevde en känsla av att inte passa in vid lokala diabetesmottagningar som vårdade personer med diabetes typ 2, med fokus på deras behov. Svårt att få vård som var anpassad till deras behov. De upplevde att möjligheterna för utbildning och stöd minskade då behovet ökade. Trots att utbildningen på barnkliniken var omfattande var de inte mottagliga för den då. Ungdomarna var inte nödvändigtvis redo att ta över ansvaret för egenvården vid tidpunkt då vården överfördes till vuxenkliniken. Ungdomarna upplevde att det var en fråga om tur om liknade kontakt som på barnkliniken skulle uppstå på vuxenkliniken.	
Pyatak, EA., Sequeira, PA., Whittemore, R., Vigen, CP., Peters, AL., Weigensberg, MJ. 2014 USA	Challenges contributing to disrupted transition from paediatric to adult diabetes care in young adults with Type 1 diabetes.	För att undersöka utmaningar som bidrar till störningar i vården under övergången från barn till vuxen diabetesvård bland unga vuxna med typ 1-diabetes som främst kommer från etniska minoritetsgrupper och har låg socioekonomisk status.	Studien var en del av en större studie, där effekten av ett strukturerat övergångsprogram för att förbättra klinik uppslutning, glykemisk kontroll och psykosociala utfall under övergången studerades. Tre olika grupper studerades, en som hade fått stöd och utbildning under	n=20	Vissa störningar i vården förekom som kunde anknytas till karaktäristiska drag hos ungdomarna, som att känna sig oövervinnlig, vara generad inför vänner eller fokusera på konkurrerande prioriteringar. Under studien ansåg författarna att missade möten berodde på utvecklingsfaktorer. Då många vårdgivare på barnkliniken hade	II (K)

			<p>övergången, en som inte fick stöd och utbildning samt en grupp som inte hade fått någon uppföljning på över tre månader sedan övergången till vuxenkliniken. Denna artikel hänvisar enbart till undersökningen av ungdomarna som inte fått ta del av någon uppföljning sedan övergången. Deltagarna avslutade kvalitativa semistrukturerade intervjuer med uppgifter omkring sina övergångsupplevelser utöver demografiska, HbA1c och psykosociala åtgärder. Beskrivande statistik fördes för kvantitativa data, och utifrån analyser av intervjuer identifierades gemensamma teman. En blandad metod analys användes för att identifiera sambandet mellan stressfaktorer som identifierats i intervjuer och kliniska och psykosociala variabler.</p>		<p>långa väntetider kunde det leda till att ungdomar som missade ett möte även missade en tillfällighet att ta del av förberedelser inför övergången till vuxenkliniken. Prioriteringar var en utvecklingsfråga när ungdomarna valde att prioritera andra aktiviteter än diabetesvården. Till och med handlingar som att gå till skolan inverkade på egenvården. Ungdomarna beskrev även en brist i tillgängligheten då det var svårt att balansera anställning, omvårdnad eller familjens behov med deras tillgång till hälsovård. Ungdomarna antog att stödet skulle vara lätt tillgänglig, någon annan skulle hantera övergången, eller att det skulle bli en enkel process att hitta en ny vårdgivare på vuxenkliniken. Ungdomarna visade även brister i kunskaper hur de tar sig fram i vårdssystemet för att få tillgång till annan vårdgivare om kontakten med nuvarande vårdgivare inte fungerar bra.</p>	
Sing, E., Farruggia, S. P., Peterson, E. R. 2013 Nya Zeeland	Adolescents with diabetes: support from healthcare teams and families.	Denna studie syftar till att undersöka sambandet mellan familjen och vårdteamets stöd och ungdomarnas hantering av sin diabetes, emotionellt,	Deltagarna rekryterades under en sex månaders period från två olika diabeteskliniker för vuxna i Auckland regionen. Ett frågeformulär användes för att mäta åtgärder, stödjande	n= 63 (39)	Stödet från vårdteamet påverkade medicineringen negativt och även till viss del ungdomarnas egen provtagning. Då vårdteamet inte gav ungdomarna ett stöd minskade närvaro på kliniken, följsamheten	II (P)

		beteendemässigt och fysiskt.	och icke-stödjande beteenden inom familjen och diabetesteamet som är relevanta för följsamheten av egenvården vid diabetes, bedömning av den känslomässiga bördan och en skala för att mäta förmågan till följsamhet och hantering av ungdomar med diabetes det senaste sju dagarna. Studien undersökte även typ av behandling, närvaro vid bokade besök på kliniken redogjordes i procent utifrån andelen besök det senaste året.		till dieten och den egna provtagningen samtidigt som resultaten visar att den känslomässiga stressen minskade hos ungdomarna. Det mest konsekventa fyndet var att ett icke stödjande vårdteam förblev betydande för några av parametrarna omkring hanteringen av diabetes som närvaro vid besök på kliniken, följsamheten till den egna blodsockerkontrollen och dieten.	
Sonneveld, HM., Strating, MMH., van Staa, AL., & Nieboer, AP. 2013 Holland	Gaps in transitional care: what are the perceptions of adolescents, parents and providers?	Huvudsyftet var att undersöka skillnader och likheter i perspektiv mellan ungdomar med kroniska tillstånd, deras föräldrar och vårdgivare under övergångsvården. Ett sekundärt syfte var att undersöka i vilken utsträckning dessa perspektiv är sjukdomsspecifika.	Studien ingår i en större utvärdering av en holländsk kvalitetsförbättring program som heter, på dina egna fötter igen. Syftet med programmet är att utveckla och genomföra övergångsvårdinsatser för ungdomar med kroniska somatiska tillstånd på sjukhus och rehabilitering center. Tre olika team av ungdomar deltog i undersökningen, en grupp med diabetes typ 1, en grupp med reumatoid artrit och en grupp med ungdomar med neuromuskulär sjukdom som behandlades med kronisk mekanisk ventilation. För att bedöma	n=338 (0)	Ungdomar betygsatte den aktuella vården betydligt sämre än föräldrar, när det gäller möjligheter att fatta egna beslut och ses utan föräldrar närvarande. Samtidigt som vårdgivare rapporterar att föräldramedverkan saknas efter övergången. Enligt vårdgivare är både ungdomar och föräldrar oroliga inför övergången till vuxenkliniken. Enligt vårdgivare är brister i vårdprocessen med avseende på riktlinjer, protokoll och samordning det vanligaste.	II (CCT)

			erfarenheter och upplevelser av övergångsvården för ungdomar och föräldrar, användes Mind the Gap.			
Spencer, J., Cooper, H., Milton, B. 2014 England	Type 1 diabetes in young people: The impact of social environments on self-management issues from young people's and parents' perspectives.	Denna kvalitativa studie undersöker de sociala miljöerna för ungdomar med typ 1-diabetes och möjliga inverkan på den glykemiska kontrollen.	Djupgående intervjuer genomfördes med ungdomar och deras föräldrar i deras hem. Ungdomar ombads beskriva hur det kändes att ha diabetes. Vad hjälpte dem att hantera sin diabetes, vad hindrade dem att hantera sin diabetes. Intervjuerna spelades in och översattes ordagrant. Två andra forskare studerade också stickprov av uppgifterna oberoende och kollade skriftliga tolkningar för att minimera partiskhet vid tolkningen. Två fokusgrupper har också genomförts för att validera tolkningen av data. Samtliga av intervjudeltagare var inbjudna att delta i fokusgrupperna, och alla som gav sitt samtycke inkluderades. Alla medlemmar i forskargruppen var närvarande vid fokusgrupperna och medverkade i dataanalys för att ytterligare begränsa tolknings partiskhet.	n=27 (0)	En förälder beskrev att vårdpersonal ibland gav råd som var svåra att genomföra i ungdomarnas dagliga liv. Föräldrar var i allmänhet nöjda med den utbildning de fått vid diagnos, att tillräckligt med information gavs vid diagnos och sedan löpande när familjen blev mer vana vid diabetesbehandlingen. Några rapporterade att en känsla av överväldigande upplevdes med för stor mängd information. Pågående utbildning var viktiga, eftersom ungdomar beskrev en känsla av motivation efter utbildningen, men beskrev också att den motivationen försvann snart efter utbildningen. Familjerna var tillfredsställda med den vård ungdomarna fick. Ungdomarna uppgav att sjuksköterskan var vänlig och intresserad av deras liv vid sidan om deras diabetes. Något som underlättade en pålitlig relation mellan vårdpersonal och familj.	I (K)

<p>Viklund, G., Wikblad, K. 2009 Sverige</p>	<p>Teenagers` perceptions of factors affecting decision-making competence in the management of type 1 diabetes.</p>	<p>Beslutsfattande är en viktig förutsättning för egenmakt. Syftet med denna studie var att undersöka tonåringarnas uppfattningar om faktorer som påverkar beslutskompetens inom diabetesbehandling.</p>	<p>Trettioåtta ungdomar från en diabetesklinik på ett universitetssjukhus i Sverige deltog i ett empowerment program, tre deltagare lämnade programmet efter ett eller två möten, resterande tillfrågades om att delta i studien. Intervjuer med öppna kvalitativa frågor genomfördes av en forskare som var okänd för deltagaren, samtliga intervjuer genomfördes på en öppenvårdsklinik, och spelades in samt översattes ordagrant av en sekreterare. Tonåringarna intervjuades två veckor efter avslutad ett empowerment utbildningsprogram. Den som intervjuade var en sjuksköterska utan klinisk erfarenhet av diabetes typ 1, som inte heller deltog i analysen av svaren. Intervjuerna analyserades med kvalitativ innehållsanalys.</p>	<p>n=35 (4)</p>	<p>Ungdomarna upplevde tröst i att söka kunskap och ta egna initiativ. Förlitar sig på sin egen förmåga när det gäller målsättning, planering, problemlösning, fatta egna beslut och lita på den egna intuitionen var andra viktiga faktorer. Uppmuntran till experiment med olika lösningar och reflektera tidigare misstag gav ungdomarna nya erfarenheter. Ungdomarna menade att vidta handling, stå för sina egna beslut och hålla fast vid besluten bidrog till självkännet och självförtroende. Att lita på sin egen kunskap. Ungdomarna beskrev teamarbete med föräldrarna genom delad kunskap och ansvar. Säkerheten beskrevs genom att föräldrarna fanns där när ungdomarna behövde det. Föräldrarna tro på ungdomarnas egen förmåga att hantera ansvaret och även överlåta ansvaret på ungdomarna var viktigt. Föräldrarnas inverkan som inkluderar misstro, skuld, skam och rädsla upplevs av ungdomarna som negativt. Ungdomarna menade att föräldrarna var ett hinder för egenvården då orimliga krav ställdes eller då de tog över för mycket ansvar. Något som resulterar i att ungdomarna vidtog mindre åtgärder angående sin diabetes.</p>	<p>I (K)</p>
--	---	--	--	---------------------	---	------------------

<p>Visentin, K., Koch, T., Kralik, D. 2006 Australien</p>	<p>Adolescents with Type 1 Diabetes: transition between diabetes services.</p>	<p>Syftet med studien var att utveckla en hållbar och samordnad strategi för att underlätta övergången mellan barn- och vuxenkliniken för ungdomar. Målen var att, de viktigaste vårdgivarna omkring diabetes skulle uttrycka sin oro och frågor omkring den aktuella vården och sätt att förbättra densamma, samt utifrån ungdomarnas eget perspektiv avslöja erfarenheter kring övergångsprocess.</p>	<p>Intervjuerna genomfördes med tjugoen vårdgivare inom diabetes och tio ungdomar. Av vårdpersonalen var elva även en del av studiens projektlednings team, som träffades varje månad för att diskutera och styra projektet. Detta tillät delaktighet och samverkan, vilket är en viktig del av den fjärde generationen forskningsmetodik. Ungdomarna rekryterades från två större barnkliniker belägna i storstaden Adelaide. Samtliga intervjuer med vårdpersonalen ägde rum på den klinik de arbetade. Åtta intervjuer med ungdomarna ägde rum på kliniken och två i deras egna hem. Intervjuerna spelades in, översattes ordagrant och analyserades av den första och andra författaren. Resultaten från de båda grupperna slogs ihop vid analysen.</p>	<p>n=31 (0)</p>	<p>Många vårdgivare uttryckte oro för att ungdomarnas möten med personer med diabetes typ 2, speciellt om dessa personer hade synliga komplikationer. Ungdomarna upplevde inte det som ett problem, påtalade i stället att alla förtjänar en respektfull behandling. Ungdomarna upplevde att vuxenkliniken var mer formell än barnkliniken. Vårdpersonalen uppfattade skillnader mellan barn- och vuxenkliniken vårdmodeller. Dels föräldrarnas roll, nivån av förväntat ansvarstagande och det medicinska synsättet på diabetes behandlingen. Ungdomarna var inte bekymrade för övergångsprocessen, få hade förstått skillnaden mellan de två olika klinikerna. Personal avslöjade att vårdtagare på vuxenkliniken inte skulle bli jagade om de uteblev från besöken. Vuxenvårdens system bygger på individen eget ansvar. Vårdpersonal menade att ungdomarna behövde bättre förberedelser inför övergången till vuxenkliniken. Det är främst förberedelser på det ökade ansvaret som saknas. Vårdpersonal hänvisade till förberedelserna för att självständigt ta över egen vården som oklar. Om tillgången till utbildning för ungdomar med</p>	<p>II (K)</p>
---	--	---	---	---------------------	--	-------------------

					diabetes typ 1 enbart existerar under ostabila perioder kan det skapa problemfokus för ungdomarna i stället för en förebyggande vård, vilket kan hindra egenvården. En av vuxenklinikerna hade en rutin för att försäkra sig om att alla ungdomarna erbjöds möte och utbildning av dietist och diabetessjuksköterska vid tiden för övergång till vuxenkliniken. En del ungdomar uppgav att de inte fått någon ytterligare utbildningen sedan diagnosen och andra uppgav att det hade en viss kontakt med diabetessjuksköterska. Syftet med förberedelser inför övergången är att öka ungdomarnas självförtroende, öka vetskapen om vad de kan kräva för att behålla god hälsa.	
Wilson, V. 2010 England	Students´ experiences of managing type 1 diabetes.	Syftet med artikeln var att utforskar ungdomarnas egna erfarenheter av att hantera sin typ 1 diabetes vid högskola eller universitet.	Data samlades in under semistrukturerade telefonintervjuer efter att information fasta eller mobila telefonnummer och lämplig datum och tider för kontakt inhämtats. Demografiska data om deltagarnas ålder, kön, längd diabetes och om de var deltog i utbildning på college eller universitet inhämtades också. Telefonintervjuer ansågs vara det mest	n=23	Eleverna ansåg att de inte fick tillräckligt stöd från vare sig college, universitet eller diabetes team för att balansera kraven på utbildning och hanteringen av egenvården. Ungdomarna uppgav svårigheter att gå från vården på barnkliniken till vuxenkliniken eftersom de upplevde brister i förståelsen för deras situation. Vårdgivare på vuxenkliniken gav tillsägelser att sköta kontrollerna bättre i stället för att ta reda på vad som orsakat försämringen och ge råd angående egenvården. Alla	II (K)

			<p>effektiva sättet att erhålla data eftersom ungdomarnas utbildningsplatser var spridda över landet. Intervjuerna spelades in och översattes ordagrant. Analysen genomfördes med hjälp av en programvara. Metoden av data insamling möjliggjorde reproducerbarhet, genom att ställa en liknande uppsättning deltagare samma frågor.</p>		<p>deltagare hade berättat för sin skola om deras diabetes och för diabetesteamet att de studerade på högskola eller universitet. Ungdomarna testade inte sitt blodsockervärde mellan lektionerna, upplevde att det var pinsamt. Många av eleverna nämnde även farhågor att hypoglykemi skulle påverka deras koncentration eller andra personers uppfattning och valde därför att alltid ligga högt i blodsockervärde.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

Figur 2. Exempel på del av matris för redovisning av sortering, granskning och kvalitetsbedömning av vetenskapliga studier utarbetad efter Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006).

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög, II = Medel, III = Låg

Tabell 1. Bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån SBU & SSF (1999) och Willman, Stoltz & Bahtsevani (2006).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få patienter/deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal patienter/deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal patienter/deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal patienter/deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få patienter/deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext (sammanhang). Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess; datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Patient/deltagargruppen för otillräckligt beskriven. Metod/analys ej tillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet.