

## **Innspill fra Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse til direktoratets utredning om etterlevelse av behandling med legemidler (deres ref. 14/996)**

### **Hva er den største utfordringen i dag?**

- Behandling må ses i sammenheng med behov for helhetlig oppfølging av den enkeltes livssituasjon. Dette er spesielt viktig for mennesker som lever med langvarige helseutfordringer, og deres pårørende. Oppfølgingen optimaliseres ved aktiv medvirkning fra pasienten/ brukeren.
- Brukermedvirkning på systemnivå er i for liten grad ivaretatt i utvikling av
  - retningslinjer
  - verktøy
  - formidlingsstrategier
- Individuell brukermedvirkning praktiseres i for liten grad i samhandling mellom pasient/bruker og fagpersoner. Dette handler om utforming av individuelle behandlingsregimer som ivaretar pasientens eller brukerens kognitive, instrumentelle, sosiale, kulturelle og følelsesmessige behov.

### **Hva kan gjøres på kort sikt?**

- Det må etableres rutiner for brukermedvirkning på systemnivå i utvikling av retningslinjer, verktøy og formidlingsstrategier knyttet til behandling og helhetlig oppfølging.
- Fagpersoner må bruke hensiktsmessige kommunikasjonsverktøy som ivaretar pasientens eller brukerens perspektiv, i oppfølging av egen sykdom og behandlingsforløp.

### **Hva kan gjøres på lang sikt?**

- Viktigheten av brukermedvirkning må anerkjennes og tas inn i arbeidet for å forbedre helsetjenesten, spesielt med tanke på det utfordringsbildet samhandlingsreformen beskriver.
- Utdanningsforløpene for helsepersonell må inkludere helsepedagogisk opplæring med fokus på hvordan fagpersoner kan tilrettelegge for læring og medvirkning fra pasienter eller brukere, og deres pårørende.

## **Brukermedvirkning som metodisk grep**

Brukermedvirkning kan defineres som «aktiv deltakelse fra pasienter, pasientrepresentanter eller potensielle pasienter, i planlegging, overvåkning og utvikling av helsetilbud» (Crawford m.fl., 2002).

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) forstår begrepet brukermedvirkning vidt. Brukermedvirkning på individnivå omfatter den enkeltes rettigheter og muligheter til å påvirke sitt individuelle støtte- eller behandlingstilbud. Når brukere deltar i utforming av helse- og omsorgstjenesten generelt – og utover egen sak, omtales dette som brukermedvirkning på system- eller tjenestenivå ([www.mestring.no](http://www.mestring.no)).

Lærings- og mestringstjenestene praktiserer brukermedvirkning på systemnivå, og brukerrepresentantene (erfarne brukere) regnes for medtjenesteytere. Pasienter eller brukere, i tillegg til familie og andre pårørende, kan bidra som erfarne brukeres (Strøm og Fagermoen, 2011).

Brukermedvirkning har en egenverdi fordi mennesker som søker støtte gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta støtte på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet. Brukermedvirkning fordrer en endring både i den tradisjonelle rollen som pasient eller bruker og pårørende, og som fagutøver. Fagpersoner må være villige til å oppgi sin suverene posisjon og se på brukeren som en helt nødvendig medspiller i arbeidet. Fagpersoner må gå fra å være «eksperter» til å bli samarbeidspartnere.

Lærings- og mestringstjenesten er bygget opp med brukermedvirkning som styrende prinsipp, og begrepet «compliance» benyttes helst ikke. «Compliance» kan oversettes med føyelighet eller ettergivenhet. I dette begrepet ligger det en forståelse av at pasienten passivt følger beskjeder og forutsetter ikke noen allianse mellom fagperson og pasient eller bruker. Begrepet «adherence» kan bety troskap, fastholdelse eller det å gi sin tilslutning til noe. «Concordance» kan oversettes med overensstemmelse, samstemmighet eller enighet. De to siste begrepene impliserer en mer aktiv pasient- eller brukerrolle og innebærer at fagperson og bruker enes om behandling og tiltak på et mer likeverdig grunnlag. Samspillet mellom fagperson og bruker vektlegges med hensyn til kommunikasjon, medvirkning, myndighet og ansvar.

Forskning viser at brukere ikke følger angitte behandlingsregimer. Vi mener at dette må ses i lys av kompleksiteten som preger det å leve med langvarige helseutfordringer. Vi belyser dette gjennom å se nærmere på utfordringer knyttet til hvordan møte ungdom som gradvis skal ta mer ansvar for egne behandlingsopplegg og egen helse.

## **Hvordan bidra til at ungdom ivaretar egen helse**

Ungdom blir ofte omtalt som en gruppe som er «non-compliant», en gruppe som ikke følger opp egen behandling. Denne holdningen bør ikke generaliseres (Suris mfl., 2004). Vår erfaring er at ungdom som har ulike helseutfordringer ønsker å mestre behandlingen på best mulig måte.

Hovedfokuset i ulike opplæringsprogram handler tradisjonelt om sykdom og behandling, mens psykososiale aspekter vektlegges i mindre grad (Barlow og Ellard, 2004). Sykdom og behandling

utgjør bare en del av ungdoms liv. De har også andre behov, sosiale roller og prioriteringer som de ønsker det skal tas hensyn til i oppfølgingen av deres sykdom (Kyngeas mfl., 2000).

Helsetjenesten tilbyr i liten grad aldersadekvat informasjon basert på kunnskap om formidlingsstrategier til ungdom. Møtene med ungdom foregår dessuten ofte i omgivelser som ikke er utformet for å imøtekomme ungdommens ønsker og behov. Den medisinske oppfølgingen og kontrollene ved overføring av barn og ungdom fra barn- til voksenavdelinger og fra sykehus til kommunehelsetjenesten er ofte tilfeldig organisert og lite helhetlig (Kristoffersen Rajka, 2008).

Lærings- og mestringstilbud for ungdom berører tema de ønsker å lære om. Kunnskap og informasjon formidles på en slik måte at det bidrar til mestring. Ungdoms egen deltakelse i planlegging og gjennomføring av opplæringen er avgjørende for å lykkes (Kulig, 2000, Rajka, 2011).

### **Utfordringer**

For ungdom kan det å mestre egen sykdom være utfordrende og få konsekvenser både for livskvalitet og sykdommens prognoser (Kintner, 2004, Kyngeas mfl., 2000). Konsekvenser av dårlig sykdomskontroll kan føre til flere legebekker og sykehusinnleggelsler, og følgerig økt fravær fra skole eller jobb. Høyt fravær fra skole kan påvirke utdanning. En hverdag med helseutfordringer kan ha betydning for deltakelse i sosiale nettverk og fysisk aktivitet, noe som igjen kan virke inn på utdanning og jobb, sosial støtte og fellesskap med venner (Shah mfl., 2001, Kyngeas mfl. 2000,).

Studier viser at ungdom kan ha vansker med å følge opp legemiddelbehandling. Dette gjelder blant annet ved diabetes type 1, epilepsi og astma (Kyngeas mfl., 2000). Flere studier har vist at ungdom som har astma er underdiagnostisert og har liten forståelse for behandlingsregimer (Shah mfl., 2001). Selv om 70 % av deltakerne i en studie av 160 ungdommer med astma følte at de til en viss grad hadde kontroll over sykdommen, var det kun fire av ti som hadde med seg astmamedisinen sin når de gikk hjemmefra, og det var ikke uvanlig å glemme å ta dem med seg (Cohen mfl., 2003). Andre årsaker til ikke å følge opp behandlingen ved astma kan være liten tro på at behandlingen virker, vanskeligheter med å bruke inhalasjonsmedisinene, benektelse av å ha astma, frykt for bivirkninger og at de ikke «gidder» (Rhee mfl. 2009, Buston og Wood, 2000).

Ulike diagnoser kan skape ulike bekymringer for ungdom. Ved diabetes type 1, har de mindre kontroll over både livet og sykdommen. I tillegg har de økt risiko for seinkomplikasjoner og redusert levealder dersom sykdommen er dårlig regulert over tid. De kan være redde for å få hypoglykemi eller for å bli blinde når de blir eldre. Andre diagnoser kan vekke bekymring om forsinket vekst og endringer av utseendet. For eksempel kan steroidbehandling ved revmatoid artritt gjøre ungdom kritisk til hvorvidt behandling er nødvendig. En slik skepsis henger sammen med at det i ungdomstiden er spesielt viktig hvordan man ser ut. Ungdom kan også være skeptiske til tiltak som vanskelig passer inn i det livet ungdommen lever, for eksempel hyppige behandlinger hos fysioterapeut (Rajka, 2011).

### *Kognitiv utvikling*

For å forstå ungdom og deres handlingsmønstre, er det viktig å vite at hjernen ikke er ferdig modnet før en gang mellom slutten av tenårene og midten av tjuårene. Det har betydning for deres evne til å planlegge, organisere og løse problemer. Abstrakte tankeoperasjoner, med blant annet evne til å se sammenhenger og konsekvenser av ulike valg over tid, utvikles helt opp til voksen alder (Bunkholdt, 2000). Ungdom flest vil derfor ha en begrenset evne til å forstå konsekvenser av valg de tar i ungdomstiden. Det er sentralt å forstå at dårlige avgjørelser kan skyldes en umoden hjerne, og at det ikke nødvendigvis er uttrykk for et opprør (Rønhovde 2009, Sabbagh, 2006). Ungdom trenger beskyttende grenser og hjelp med å forstå konsekvenser av de valg. Ved å snakke om hva som går bra og slik forsterke dette, kan de oppleve seg mindre sårbare. Når noen situasjoner ikke går bra, er det fint å reflektere sammen over det i ettertid.

### *Sosial tilhørighet*

Variasjoner i sykdommen bidrar til ekstra utfordringer i ungdomstiden hvor den enkelte allerede opplever et tiår med store kroppslige, psykologiske og sosiale endringer. Som ungdom og ung voksen betyr det mye å være lik venner, tilhøre et sosialt nettverk og få aksept på den man er. De er svært opptatt av hva andre synes om dem og er vare for kommentarer og hendelser som kan virke sårende (Bunkholdt, 2000). Skam og skyldfølelse er heller ikke uvanlig og kan føre til at ungdom nedprioriterer omsorgen for seg selv. Forskning viser en positiv sammenheng mellom å ha en følelse av kontroll over sykdom og positive holdninger til selvbehandling, mens skamfølelse korreleres med negative holdninger til selvbehandling (Cohen mfl., 2003). Lavere selvfølelse, angst og depresjoner er mer utbredt ved kronisk sykdom enn blant jevnaldrende ungdommer (Kyngäs mfl., 2000).

### **Foreldresamarbeid**

Ungdomstiden preges av en selvstendigjøring og naturlig løsrivelse fra foreldrene. I denne perioden er ungdom ofte i opposisjon til autoriteter, inkludert foreldrene (Bunkholdt, 2000). Ungdom kan for eksempel motsette seg å følge opp legemiddelbehandlingen, slik foreldre og lege stadig «maser» om. De kan også ha manglende vilje til å gi opp ting legen sier de må slutte med (Rhee mfl., 2009). Det er viktig at foreldre gradvis gir fra seg kontroll slik at ungdom får lov til å ta stadig større ansvar (Kyngäs mfl., 2000). Dette er endringer som både ungdom og foreldre kan trenge veiledning og støtte for å håndtere.

### **Å legge til rette for læring**

Ungdom trenger kunnskap innen ulike områder. Ved at behovet for informasjon dekkes kan ungdom oppnå bedre kognitiv kontroll, noe som kan gi en opplevelse av forutsigbarhet i stedet for usikkerhet. Dette kan for eksempel være kunnskap om svingninger i sykdomsforløpet. Instrumentell kontroll kan gi opplevelse av mestring og kompetanse i stedet for hjelpeløshet. Ungdom som har astma må blant annet kunne kjenne igjen tegn til forverring av sykdommen, bruke riktig teknikk for å ta legemidler og justere behandlingen ved behov. Ved at ungdom opplever følelsesmessig støtte fra

familie og venner kan de kjenne nærhet og tilhørighet i stedet for separasjon og tap, som kan ses som en type emosjonell kontroll.

Det sentrale i møte med ungdom – som med andre pasienter eller brukere og deres pårørende – er å ta ungdoms opplevelser på alvor og støtte opp om de strategier som styrker deres ivaretagelse av egen helse (Kyngäs mfl., 2000, Havik, 1992).

Erfaring viser at ungdom i mindre grad er interessert i brosjyrer, litteratur og arbeidsoppgaver (Rajka, 2005), og at de ønsker å lære om egen sykdom ved hjelp av

- individuell undervisning gitt av helsepersonell med materiell laget for ungdom
- gruppebaserte tilbud med andre ungdommer
- databasert undervisning
- se filmsnutter hvor andre ungdommer forteller om det å leve med sin sykdom
- lage video om seg selv og sine utfordringer og muligheter

## **Tiltak som kan bidra til mestring av det å leve med langvarige helseutfordringer**

- **La pasienter/ brukere og deres pårørende medvirke**  
Vår erfaring er at ungdom er kompetente brukere, men at de kan trenge ulike ideer og valg lagt frem (Rajka, 2011). Det å legge til rette for brukermedvirkning i utvikling, gjennomføring og evaluering av tilbud kan bidra til gode samarbeidsrelasjoner mellom fagpersoner og ungdom, hvor begge parter bringer inn tema og forslag til organisering av tiltak/kurs/lærings- og mestringstilbud.
- **Hev kompetanse hos fagpersoner**  
Kompetanseheving for fagpersoner der en vektlegger kunnskap om ungdoms utvikling, hvordan ta ungdoms behov og erfaringer på alvor, hvordan formidle aldersadekvat informasjon og gode formidlingsstrategier kan støtte opp om unges håndtering av egen helse (NK LMH, 2013, Helsedirektoratet, 2012, Olafsen, 2012, Sandvin Olsson mfl., 2010).
- **Tilby gruppebaserte tilbud**  
Lærings- og mestringstilbud er gruppebaserte, og inneholder dialog mellom deltakere og fagpersoner og innlegg fra fagpersoner og brukerrepresentanter (<http://mestring.no/verktoykasse/>). For barn og unge inkluderes ofte aktiviteter som har innslag av noe sosialt eller mestringsfremmende, for eksempel quiz, klatring eller bowling. Evaluering av gruppebaserte tilbud for ungdom viser generelt stor tilfredshet med å treffe andre ungdommer som forstår akkurat hvordan de har det. Erfaringslæring kan betraktes som sosial læring. Med det menes læring som gir selvinnsett og læring om seg selv i forhold til andre. Gjennom prøving og feiling og gjennom eksempler på gode og dårlige valg eller situasjoner, kan ungdom få en viss erfaringskompetanse. Gruppen er på den måten et redskap for læring (NK LMH 2012, Rajka, 2011).

- **Legg til rette for opplevelse av fellesskap og tilhørighet**

Det er viktig med sosial støtte fra familien, med blant annet ros, oppmuntring og belønning for å følge opp behandlingen (Kyngäs mfl., 2000). Støtte og aksept fra venner og lærere kan bidra til at den unge i større grad aksepterer å leve med sykdommen (Kintner, 2004). For å mestre egen sykdom er det viktig for ungdom at sykdommen ikke truer deres sosiale rolle, og at de kjenner seg lik de andre (Kyngäs mfl., 2000). Ungdom er ofte positive til å ha med seg en venn i gruppebasert undervisning. Det kan bidra til større åpenhet om sykdommen overfor venner og bidra til utvikling av et godt sikkerhetsnett i ungdomsårene (Kyngäs mfl., 2000).

- **Skap mening og forståelse**

Mange unge trenger veiledning i forhold til å vurdere konsekvensene ved valgene de gjør, både på grunn av manglende erfaring og begrenset kognitiv utvikling (Sabbagh, 2006, Bunckholdt, 2000). En god dialog mellom ungdom, foreldre og helsepersonell kan bidra til å redusere en risiko, men dette avhenger ofte av at ungdommene opplever nytteverdi av valgene de gjør. Ungdom er mest tilbøyelig til å følge opp behandling som de tror virker (Rajka, 2011). Studier viser at opplæring som øker den unges kunnskaper og ferdigheter om astma virker positivt inn på hvordan de fungerer og mestrer det å leve med sykdommen (GINA, 2009, Wolf mfl., 2002). Det har ført til bedret lungefunksjon, mindre fravær fra skolen, færre dager med begrenset aktivitet og færre sykehusinnleggelseser.

- **Sikre praktisk tilrettelegging**

Mange unge oppgir at de rett og slett glemmer daglig medisiner, og kan trenge praktisk hjelp med dette. Det kan for eksempel være råd i form av varslinger på mobiltelefonen, laste ned behandlingsapp-er, ha medisiner i sminkepusung eller sammen med tannbørste. For andre kan det å bruke medisiner og ulike apparater riktig være tema for praktisk utprøving og gjentatte repetisjoner. Handlingsberedskap, for eksempel å vite hvordan trappe medisiner opp og ned, samt hva som skal gjøres i akutte situasjoner, er det nødvendig å ha kunnskap om (Rajka, 2011).

- **Tilpass behandlingsplaner**

Skriftlige oppfølgingsplaner med vekt på gjenkjennelse av symptomer kan bedre barn og unges oppfølging ved astma (GINA, 2009, Bhogal mfl., 2006). Behandlingsskjema kan gjerne være på størrelse med et kredittkort, slik at de passer i lommeboken eller mobiletuiet (Rajka, 2011).

- **Tilpass informasjon og opplæring**

Kombinasjon av individuelle møter med helsepersonell og undervisning gitt i grupper har vist seg effektive og anbefales for ungdom (GINA, 2009). Gruppesamtaler kan stimulere til åpenhet omkring sykdom og behandling (Selmer, 2004). Gjennom å diskutere erfaringer i lys av andres erfaringer og teori, kan ungdom øke sin forståelse og kunnskap. For noen ungdommer kan det være slik at de ikke kjenner noen andre som har samme sykdom eller nedsatt funksjonsevne. Da oppleves det å møte andre i gruppe som svært verdifullt, også sosialt sett (Rajka, 2011). En rekke artikler viser at det er effektivt at ungdom underviser hverandre. Dette kan gjøres i gruppeundervisning, men også i klassen de går i. En slik undervisning kan gi bedre livskvalitet og mindre skolefravær (Shah, 2001). Ungdom bruker internett for informasjon om helse, men kan i liten grad vurdere kvaliteten på helseinformasjonen de finner. Det er i dag stor mangel på adekvate nettjenester for unge som har helseutfordringer. Ved å kombinere helsepersonells fagkunnskap med ungdommers erfaring, kan det etableres gode nettjenester for unge (Helsedirektoratet, 2012, Andreassen og Sandaune, 2002). Mange ungdommer påpeker at humor er bra og pekefinger er dårlig. Humor kan bidra til at de tar opp følsomme, skambelagte, smertefulle eller skremmende temaer (Hjortdahl, 2005).

## Referanseliste

- Andreassen, H. og Sandaune, A.G. (2002). *Nordmenns bruk av helsetilbud på internett*. Tidsskr nor Lægeforen 2002; 122: 1640–4
- Barlow, J.H. og Ellard, D.R. (2004). *Psycho-educational interventions for children with chronic disease, parents and siblings: an overview of the research evidence base*. Child: Care, Health & Development, 30(6): 637-645.
- Bhogal, S.K., Zemek, R.L. og Ducharme, F. (2006). Written action plans for asthma in children (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews, 3.
- Bunkholdt, V. (2000). *Utviklingspsykologi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Buston, K.M. og Wood, S.F. (2000). *Non-compliance amongst adolescents with asthma: listening to what they tell us about self-management*. Family practice, 17(2): 134-138.
- Cohen, R., Franco, K., Motlow, F., Reznik, M. og Ozuah, P.O. (2003). *Perceptions and Attitudes of Adolescents with Asthma*. Journal of Asthma, 40(2): 207-211.
- GINA – Global initiative for asthma. (2009). *Global strategy for asthma management and prevention*. [www.ginasthma.org](http://www.ginasthma.org).
- Crawford, M. J., Rutter, D., Manley, C., Weaver, T., Bhui, K., Fulop, N., & Tyrer P. (2002). Systematic review of involving patients in the planning and development of health care. British Medical Journal. Nov 30;325(7375):1263-5.
- Havik, O.E. (1992) *Hvordan kan vi påvirke pasienters sykdomsforståelse*. Omsorg nr. 1, 1992.
- Hjortdahl, P. (2005). *Unges kommunikasjonsmåter*. I: Haavet, O.R. (red). *Ungdomsmedisin*, s. 89-95. Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet (2012). *Helhetlige helsetjenester for ungdom og unge voksne*, Rapport, IS-2044.
- Kristoffersen-Rajka, L.G. (2008). *Rapport til Helsedirektoratet – Nasjonal ungdomsmedisinsk konferanse 2008*. LMS barn, Ullevål Universitetssykehus. [www.ungeshelse.no](http://www.ungeshelse.no)
- Kulig, J. (2000). *Advances in medical management of asthma, headaches and fatigue*. The Medical Clinics of North America, 84(4): 829-850.
- Kyngäs, H., Hentinen, M. og Barlow, J.H. (1998). *Adolescents' perceptions of physicans, nurses, parents and friends: help or hindrance in compliance with diabetes self-care?* Journal of Advanced Nursing, 27: 760-769.



Kyngäs, H.A., Kroll, T. og Duffy, M.E. (2000). *Compliance in Adolescents With Chronic Diseases: A Review*. Journal of Adolescent Health, 26: 379-388.

Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (2014). Brukermedvirkning, <http://mestring.no/laerings-og-mestringstjenester/laering-og-mestring/brukermedvirkning/>, Oslo universitetssykehus HF.

Nasjonalt kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (2014). Prosjektet Ung medvirkning og mestrings kompetansehevingsprogram "Treff meg!", [www.mestring.no/umm](http://www.mestring.no/umm), Oslo universitetssykehus HF.

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring (2012). *Rapport 3/2012 Kartlegging av gruppebaserte tilbud for ungdom og unge voksne med langvarige helseutfordringer*. Oslo universitetssykehus HF.

Olafsen, F. mfl. (2012). *Kartlegging av ungdomsvennlig helsetjeneste på barneavdelingene*. Paidos, 30, s. 182-184.

Sandvin Olsson, A.B., Berg, S., Vidje, G. (2010) *Ungdom i fokus. Erfaringer og tanker om å være ung og ha varige helseutfordringer*. Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring, Oslo universitetssykehus HF. [www.mestring.no](http://www.mestring.no)

Strøm, A. & Fagermoen, M.S. (2011). *Brukermedvirkning som medtjenesteytelse – brukerrepresentanter som samarbeidspartnere* i Lerdal A. og Fagermoen, M.S.(red.), *Læring og mestring-et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning* (s. 63-81). Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rajka T. og Kristoffersen, L. G. (2005): *The making of an educational program for adolescents with asthma by means of adolescents themselves*. Suppl 22, 42<sup>nd</sup> Nordic Lung Congress, Trondheim.

Rajka, L.G. (2011). *"Bare du ikke ligner læreren min!"*. I: Lerdal A. og Fagermoen, M.S.(red.), *Læring og mestring – et helsefremmende perspektiv i praksis og forskning*, s.131-160. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rhee, H., Belyea, M.J., Ciuzyński, S. og Brasch, J. (2009). *Barriers to asthma self-management in adolescents: Relationship to psychosocial factors*. Pediatric Pulmonology, 4(2): 183-191

Rønhovde, L.I. (2010). *Og noen går det trill rundt for! – om hjernen, tenåringer og pedagogisk praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Sabbagh, L. (2006). *The Teen Brain, Hard at Work*. Scientific American Mind.

Shah, S., Peat, J.K., Mazurski, E.J., Wang H., Sindhusake, D., Bruce, C., Henry, R.L., Gibson, P.G. (2001). *Effect of peer led programmes for asthma education in adolescents: cluster randomised controlled trial*. BMJ 322:583-585.

Selmer, Å., Brataas, H., Holmen, T. (2004.) *Evaluering av undervisningsopplegg for ungdom med astma*. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 40-41.

Suris, J.C., Michaud, P.A., Viner, R. (2004). *The adolescent with a chronic condition*. Arch Dis Child. 2004, Oct; 89(10): 938-42. Review.

Organisasjonen unge funksjonshemmede (2012). *Strategi Ung Helse 2020 – Veien til et helsetilbud tilpasset unge brukere*.

Wolf, F., Guevara, J.P., Grum, C.M., Clark, N.M. og Cates, C.J. (2002). *Educational interventions for asthma in children (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews, 4.