



HØGSKOLEN STORD/HAUGESUND

EKSAMENSINNLEVERING

Forebygging av diabetiske fotsår:

Hvordan kan vi som sykepleiere bidra til forebygging av fotsår hos diabetes- pasienter?

Emnenavn: Emne 5

Emnekode:

SYKSB/SYKHB 3001 - Bacheloroppgave

Eksamensform: Hjemmeeksamen

Leveringsfrist: 18.02.10

Kandidatnr.: 75

Antall ord: 7696

Sammendrag:

Bakgrunn: Jeg valgte å skrive om forebygging av diabetiske fotsår, da dette er en svært utbredt sykdom. Denne pasient- gruppen kan vi som sykepleiere møte overalt hvor vi jobber.

Mål/Hensikt: Hensikten med oppgaven var å belyse hvorfor forebygging av fotsår er så viktig, og å sette fokus på hva vi som sykepleiere kan bidra med i forhold til fotsår. Målet var å øke kunnskapen på dette området.

Metode: Jeg har lest ulike forskningsartikler og teori for å komme frem til forebyggende tiltak for diabetiske fotsår. Jeg valgte ut de forskningsartiklene som var mest relevante i forhold til problemstillingen min, og drøftet dem opp mot teorien jeg fant.

Resultat/Funn: Det jeg kom frem til i denne oppgaven, er at noe av det viktigste vi som sykepleiere kan gjøre i det forebyggende arbeidet av diabetiske fotsår, er å undervise og veilede pasientene våre, og å motivere dem til egenomsorg.

Summary:

Background: I chose to write about prevention of footulcer in diabetic patients. Since this is an widespread disease, we as nurses can meet this patient group wherever we are going to work.

Purpose/Aim: The purpose of this task was to illustrate why the prevention of footulcer is so important, and to focus on what we as nurses can contribute in the prevention of footulcer. The goal was to increase knowledge in this area.

Methods: I have read various articles and theories about preventive measures of diabetic footulcer. I chose the most relevant articles to my problem, and discuss them against the theory I found.

Results: After working with this task, I found out that the most important we as nurses can do in the prevention of diabetic footulcer, is to teach and guide our patients, and motivate them to do self- care.

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	4
1.1 Begrunnelse for valg av tema og problemstilling.....	4
1.2 Presentasjon av begreper.....	4-5
2.0 Teori.....	6
2.1 Teoretisk perspektiv.....	6
2.2 Sykepleie perspektiv.....	6-7
2.3 Forebyggende perspektiv.....	7
2.4 Pasientens perspektiv.....	7
2.5 Aldringsprosessen.....	7-8
2.6 Diabetes.....	8
2.7 Diabetiske fotsår.....	8-9
2.7.1 Dårlig blodsirkulasjon.....	9
2.7.2 Nevropati.....	9-10
2.7.3 Infeksjon.....	10
2.8 Forebygging av diabetiske fotsår.....	10-11
2.8.1 Egenomsorg.....	12
2.8.2 Pasientundervisning.....	12-13
2.8.3 Mestring og Livskvalitet.....	13
3.0 Metode.....	14
3.1 Innhenting og bearbeiding av data.....	14-15
3.1.1 Litteratursøkeprosessen.....	14-15
3.1.2 Forskningsetiske overveielser.....	15-16
3.1.3 Kildekritikk og kvalitetskriterier.....	16
4.0 Drøfting av resultater/Funn.....	17
4.1 Forebygge diabetiske fotsår.....	17-18
4.2 Pasienters perspektiv på fotkomplikasjoner.....	18-19
4.3 Risiko for infeksjon og konsekvenser ved fotsår hos en diabetespasient.....	19-21
4.4 Hvordan hjelpe pasienten til å forstå viktigheten av forebygging.....	21-23
5.0 Konklusjon.....	24
6.0 Kildehenvisning.....	25-28

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

Etter å ha vært i hjemmesykepleien i praksis, utførte jeg flere sårstell hos pasienter. Jeg kjente at dette med sår er jeg veldig interessert i, og vil lære mer om. I og med at diabetes er en så utbredt sykdom, tror jeg at jeg vil komme mye borti diabetes og komplikasjoner i forhold til denne sykdommen.

Jeg velger i oppgaven å avgrense dette temaet med å ta utgangspunkt i diabetes type 2. Da hos eldre mennesker, som er hjemmeboende og forholdsvis oppegående. Skal jeg skrive om diabetes generelt, blir dette temaet altfor stort. Jeg velger det på bakgrunn av at de eldre er i følge Karoliussen og Smebye (2000), mer utsatt for å få sår dannelse på huden på grunn av, blant annet for dårlig blodtilstrømning til huden.

Diabetes og senkomplikasjoner er et stadig økende problem. Det er kanskje ikke alle som vet hvor alvorlig dette er, og hvilke fatale konsekvenser den kan ha. Ifølge Bakken, Lerdal, Øvreby & Hamborg (2006) er det 150 millioner mennesker på verdensbasis, som har diagnosen diabetes. Ifølge prognoser fra WHO vil dette antallet fordobles de neste 25 årene. Det er svært alvorlig. Diabetes og forebygging av komplikasjoner, er ett av flere viktige områder som sykepleiere skal ta seg av. Jeg vil gjennom denne bachelor- oppgaven prøve å finne kunnskap som svarer til problemstillingen min, og som andre sykepleiere og helsefagarbeidere også kan se på som et viktig arbeid.

1.2 Presentasjon av begreper

Jeg velger begrepet forebygging, da dette er svært relevant for oss helsearbeidere. Det forebyggende helsearbeidet dreier seg om mer enn å forebygge sykdom, skade og tidlig død. Forebygging handler også om å fremme folks helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagen. Med dette mener de blant annet å legge omgivelsene til rette for best mulig helseutvikling og å stimulere folks evner til fleksibel funksjonering, kontroll og mestring (Mæland, 2005).

Pasientundervisning er et begrep som er viktig i forhold til den pasientgruppen jeg skriver om. Pasienten har rett på informasjon om sin sykdom og helsetilstand. Han har også rett på og få en innføring i ulike strategier for å oppnå best mulig helse. Det er viktig at pleieren og pasienten kan få ett tillitsforhold og at "undervisningen" kan fokusere på de behov som

pasienten har (Engström, Melander, Ekman, Friberg & östlinder, 2007). Pasienten har et behov for hjelp som sykepleieren med sin kompetanse er satt til å ivareta. Sykepleieren må altså gjøre seg fortjent til pasientens tillitt. Sykepleierens personlighet spiller en stor rolle her (Helseth & Nortvedt, 2002).

Definisjon på mestring er den prosessen som mennesket går gjennom for å løse problemer, møte krav og utfordringer, redusere trusler og øke velvære. Derfor har jeg også valgt dette begrepet i oppgaven min. At vi kan hjelpe pasienten til å mestre utfordringer i livet. Det er viktig at vi hjelper den eldre til å planlegge å skape en meningsfull tilværelse på tross av ulike tap. Derfor er det viktig med informasjon og vurdering av hva pasienten er opptatt av, hva som bekymrer en, og hva en synes er vanskelig. Dette bidrar til å selvstendiggjøre og myndiggjøre den eldre til valg av assistanse og økt kontroll over situasjonen (Karoliussen og Smebye, 2000).

2.0 Teori

2.1 Teoretisk perspektiv

Teoretisk perspektiv betyr at en velger å se problemet vårt i lys av en bestemt teori. Hensikten med teorier er å peke ut retninger for forskningsprosessen vår. Vi trenger et perspektiv som styrer arbeidet vårt. Det teoretiske perspektivet er også avgjørende for hvordan vi nærmer oss det materialet vi samler inn (Dalland, 2007).

Jeg har altså i oppgaven min tatt utgangspunkt i forebyggende helsearbeid i helsetjenesten. Da med tanke på forebygging av fotsår. Hensikten med oppgaven er å belyse hvorfor forebygging av fotsår er så viktig, og også komme med tiltak i forhold til dette.

Hvordan vi som sykepleiere kan tilnærme oss denne gruppen pasienter er viktig å tenke over. Det er særlig viktig i hjemmesykepleien med det forebyggende aspektet. Vi må også ta hensyn til at vi er gjester i pasientens hjem, og pasientens levevaner må respekteres selv om de kanskje ikke er de beste for helsen (Ranhoff, 2008).

Vi må være der for pasienten, både i tanker og handlinger. Samhandlingen gir seg uttrykk i samspillet mellom personene og i konkrete sykepleiehandlinger. Det er viktig for pasienten at ens eksistens og verdi blir bekreftet (Kristoffersen, 2002). Vi må vise respekt, lytte til pasienten og kommunisere åpent og tydelig. Likt er det med pårørende. En må lytte og ta hensyn til pasienten og de pårørendes synspunkter når beslutninger skal tas (Kirkevold, 2008).

2.2 Sykepleie perspektiv

Etter å ha lest om de forskjellige sykepleier- teoretikerne, landet jeg til slutt på Joyce Travelbee. Gjennom hennes teori, tror jeg det vil bli lettere å styre blikket mitt videre i prosessen. Hun har et bra mål og en flott hensikt med sykepleie. Hun omhandler det som: *”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der sykepleieren gir hjelp til å forebygge, mestre eller finne mening ved sykdom og lidelse”* (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 2005 s. 22, bind 4). Pasienten er i en situasjon der han opplever et problem. Forholdet mellom sykepleier og pasient er et menneske- til menneske- forhold der partene er likeverdige personer, og ikke roller. Der sykepleieren har evne til empati, sympati, forståelse og kontakt. Det er en viktig del av sykepleien, å se til hvert menneske og hjelpe mennesket. Travelbees sykepleiedefinisjon bygger på det faktum at lidelse og smerte er en uunngåelig del av

menneskelivet. Ut fra dette gjelder det å hjelpe den syke og lidende til å finne en mening i den situasjonen en er i (Kristoffersen et al., 2005, bind 4).

2.3 Forebyggende perspektiv

Det forebyggende helsearbeidet dreier seg altså om å forebygge sykdom, skade og tidlig død og om å bedre og bevare personens helse, livskvalitet og funksjonsnivå. Forebyggende tiltak er viktig å utføre i den hensikt at de eldre skal oppnå et langt liv med god funksjon og minst mulig sykdom. Det forebyggende aspektet må alltid være til stede ved sykepleie til blant annet eldre (Ranhoff, 2008).

2.4 Pasientens perspektiv

For at pasienten på best måte skal kunne forebygge fotsår er det viktig at han ser viktigheten av det. Han må få en forståelse av hvilke konsekvenser det kan føre til hvis han ikke bryr seg. Det at det kan virke inn på ens psykiske, sosiale og fysiske helse.

Det å ha en kronisk sykdom kan oppleves som en lidelse. Lidelse er en fellesmenneskelig erfaring, men opplevelsen av den vil være individuell. Ifølge Travelbee har mennesket en tilbøyelighet til og en evne til å søke etter mening i møtet med lidelse, sykdom og smerte. Vi som sykepleier må vite hva helse er for å kunne arbeidet for å fremme helse, og hjelpe den syke til å finne en mening med den situasjonen en opplever (Kristoffersen et al., 2005, bind 4).

2.5 Aldringsprosessen

I og med at jeg vil fokusere på eldre i oppgaven min, tenkte jeg å skrive litt om aldringsprosessen. Det er flere ulike definisjoner på hva aldring er. Aldring regnes blant annet som de endringene som skjer etter moden alder og frem til død (Karoliussen og Smebye, 2000).

Etter 80- års alderen øker helseproblemene for de aller fleste. Sannsynligheten for å pådra seg akutte og kroniske sykdommer, øker med alderdommen (Romøren, 2008). Det skjer en celleendring ved aldring. Noen celler dør av for lite oksygen, eller av manglende tilgang på ernæring. Dette kan for eksempel skje ved aterosklerose (Karoliussen og Smebye, 2000).

Hudens kollagenfibrer, som gir huden styrke og elastisitet, minsker, og den beskyttende evnen reduseres. Derfor er eldre mer utsatt for sprekker og sår dannelse i huden, og senere tilheling.

På grunn av mindre subkutant fett, føler eldre seg oftere kalde. Dette fører også til større fare for sår, da støtputeeffekten mellom knokler og underlag blir dårligere da nedgangen av fett skjer (Karoliussen og Smebye, 2000).

2.6 Diabetes

Diabetes er en kronisk stoffskiftesykdom som rammer 2-3 % av den norske befolkningen. Forekomsten øker med alderen. De fleste som har diabetes, kan kategoriseres som type 1 og type 2. Type 1- diabetes er insulinkrevende og debuterer hyppigst i ungdomsårene. Type 2- diabetes er ikke insulinkrevende, og kalles aldersdiabetes. Det som kjennetegner diabetes er forhøyet blodsukker (Jacobsen, Kjeldsen, Ingvaldsen, Lund & Solheim, 2001).

Type 2- diabetes utvikles gradvis og debuterer sjelden før 40- årsalderen. Det er ofte tilfeldig at sykdommen blir oppdaget (Sand, Sjaastad, Haug & Bjålie, 2006). I Norge er 100 000 diagnostisert og en antar at 50 000 til går rundt med sykdommen uten å være diagnostisert (Sortland, 2007). Det at en går rundt med sykdommen uten å vite det, kan føre til at en er mer utsatt for senkomplikasjoner, da en ikke kan regulere den (Karoliussen og Smebye, 2000). Denne typen diabetes er en av våre vanligste sykdommer, og utgjør 90 % av alle diabetes-tilfellene (Sand et al., 2006).

Sykdommen skyldes trolig at kroppens celler mangler tilstrekkelig mottakerapparat (reseptorer) for insulin. Dermed vil ikke insulinets virkning bli utøvd på cellene. Det som ofte er typisk for personer med diabetes type 2 er høyt blodtrykk, uheldige fettverdier i blodet, og overvekt (Bertelsen, 2000).

2.7 Diabetiske fotsår

Pasienter som har hatt diabetes over flere år, er utsatt for å få senkomplikasjoner. Dette er først og fremst fra øynene (retinopati), fra nyrene (nefropati) og fra nervene (nevropati). De har også økt risiko for å få aterosklerose. Ved nevropati svekkes muskelfunksjonen, spesielt i små muskler i føtter og hender. Videre svekkes følelsessansen, og det kan lett oppstå små sår som ikke gror pga stadig belastning, og dermed utvider seg. Dette er en av grunnene til at diabetikere med nevropati er utsatt for å få fotsår (Jacobsen et al., 2001).

Diabetikere er mer utsatt enn andre for å få åreforkalkning, hjerteinfarkt, hjerneslag og dårlig sirkulasjon i beina. Kombinasjon av en nerveskade og redusert sirkulasjon gjør at mange er

mer utsatt for å få sår på føttene. Slike sår gror ofte dårlig, og blir svært langvarige og utvikler seg til at en må amputere (Jacobsen et al., 2001).

Den hyppigste indikasjonen for amputasjon er aterosklerose med perifer sirkulasjonssvikt. Hos mange er sirkulasjonssvikten en senkomplikasjon av diabetes (Almås, 2001).

Det er tre årsaker til diabetiske fotproblemer (Mosand & Førstund, 2001).

2.7.1 Dårlig Blodsirkulasjon

Dårlig blodsirkulasjon kan være et makrovaskulært problem som skyldes aterosklerose i de store arteriene i legger og lår, eller et mikrovaskulært problem perifert i foten, som skyldes ødelegging av de små blodkarene, som følge av dårlig blodsukkerregulering. Ved gange vil det ofte bli smerter i leggene på grunn av nedsatt blodtilførsel. Det blir da dårlig oksygen- og næringstilførsel til foten, og det kan oppstå iskemi (Mosand & Førstund, 2001).

Iskemi betyr mangelfull blodtilførsel, som igjen fører til oksygenmangel. Disse smertene oppstår når celler og vev ikke får nok oksygen, og avfallsstoffene fra stoffskifte ikke blir fjernet fra vevet (Kristoffersen et al., 2005, bind 2).

2.7.2 Nevropati

Den andre årsaken til diabetiske fotproblemer er nevropati. Disse nevropatiene kan være reversible, kronisk progredierende eller blandingsformer. Det vi som sykepleiere oftest møter på er de kroniske formene for nevropati. Nevropati rammer først tynne myeliniserte og ikke-myeliniserte sensoriske nerver, som formidler smerter, temperatur og autonome impulser (Mosand & Førstund, 2001).

Symptomer på nevropati varierer, men det som ofte kommer frem er at de fleste føler nummenhet, kribling og begynnende smerte i tærne eller fotsålene. Noen beskriver det også som å ha en død følelse i føttene sine. Pasienter med nevropati sier ofte at bevegelse, spaserturer, eller og bare stå, minsker smertene (Tanenberg & Donofrio, 2008). Diabetisk nevropati er en hyppig årsak til sykkelighet og uførhet. Tidlig vurdering eller behandling av nevropatien fører til at en kan bli mindre plaget med den (Tanenberg & Donofrio, 2008).

Både sensoriske og motoriske nerver kan rammes av nevropati. Er de motoriske nervene ødelagt vil føttenes form og funksjon bli endret på grunn av at muskulatur, leddbånd og sener blir affisert. Disse forandringene vil kunne føre til feilstilling og endret trykkfordeling under

foten, som ofte vil føre til at det oppstår sår. En nevropatisk fot svetter mindre, den blir tørr og huden sprekker lettere. Disse sprekkingene er gode inngangsporter for bakterier (Mosand & Førstund, 2001).

2.7.3 Infeksjon

Den siste årsaken til diabetiske fotproblemer er infeksjoner. De oppstår lett i diabetiske sår, på grunn av at dårlig blodsirkulasjon bidrar til dårlig immunforsvar. Når en får en infeksjon, får en høyere blodsukkernivå, og dette gir gode vekstvilkår for bakterier. Infeksjoner i en slik fot kan spre seg raskt, og sårene kan være dype selv om de på overflaten ser små ut. Den kan ofte spre seg inn til beinvevet og gi osteomyelitt (Mosand & Førstund, 2001).

De som har hatt diabetes i mange år, har nevropati i større eller mindre grad. En konsekvens av nevropati er avkalkning av beinsubstansen. Dette er noe som fører til skjelettforandringer. Det mest ekstreme er Charcot- fot, der deler av beinstrukturen i foten faller sammen. I og med at diabetes kan få så mange konsekvenser, og at så mange har denne sykdommen, er det blitt vanlig å behandle diabetikere ved sårsentra eller av et diabetes- fotteam. Disse teamene består av profesjonelle yrkesgrupper som legespesialister, ortoped, karkirurg og nevrolog. I tillegg deltar sykepleiere, fotterapeut og ortopedingeniør. Det er en nødvendig utvikling å sikre diabetikere den beste behandling (Langøen, 2006).

2.8 Forebygging av diabetiske fotsår

Både ved type 1 og ved type 2- diabetes, må det forebyggende arbeidet for å hindre fotproblemer begynne allerede når en har fått diagnosen. Oppmerksomheten rettes mot god blodsukkerregulering og forebygging av aterosklerose (Mosand & Førstund, 2001). Kontroll av blodsukkernivået, kan gjøres ved kostbehandling, mosjon, tabletter og/eller insulin. Behandlingen skal bedre dagsformen og utsette så langt som mulig, senkomplikasjoner (Karoliussen og Smebye, 2000).

Det er altså blodsukkerets gjennomsnittsverdi over tid som avgjør om du får mikrovaskulære senkomplikasjoner, som for eksempel nevropati. Noen tåler høyere blodsukker enn andre, men risikoen for senkomplikasjoner er liten hvis en har en HbA1c under 8 % (Jak Jervell, 2003). Når sykdommen har oppstått i høy alder er strenge kostholdsrestriksjoner ofte nødvendige. Mange hjemmeboende eldre har et riktig kosthold, men eldre er også en utsatt gruppe når det gjelder mangelfull ernæring. Dette kan gå utover trivsel, helse og velvære. Vår

oppgave er å vurdere pasientenes ernæringsstatus, legge til rette for et riktig kosthold, samt gi pasienten opplæring i blodsukkerapparatet (Karoliussen og Smebye, 2000).

I og med at diabetikere også har aterosklerotiske forandringer, skal de tidlig vurderes av en karkirurg. Er det mulig å forbedre lokal sirkulasjon med kirurgiske inngrep, skal det gjøres. På grunn av nevropatien har som regel diabetikeren mindre symptomer ved infeksjon enn andre mennesker. Det er derfor viktig med god klinisk vurdering av føttene, og god dokumentasjon, at en kan se en eventuell forskjell neste gang (Langøen, 2006).

Gode råd for å forebygge fotproblemer er: å rengjøre føttene daglig med vann og mild såpe, tørke godt for å forebygge sopp. Riktig negleklipp er utrolig viktig. Etsende midler som liktornplaster må ikke brukes. Pasienten bør slutte å røyke og bruke riktig skotøy. En kan få spesialsåle/ spesialsko som brukes ved behov. Pasienten henvises da til en ortopedingeniør. Fjerning av hard hud er viktig, men det må gjøres av en kyndig person med erfaring. I og med at en nevropatisk fot ofte er tørr, er det viktig å tilføre huden nok fuktighet, og smøre minst 1-2 ganger daglig, men ikke mellom tærne. Alle pasienter med diabetes bør få undersøkt føttene sine årlig (Mosand & Førstund, 2001).

Andre viktige råd er: Hvis det oppstår problemer som kutt, sprekker, blemmer eller vorter skal det rapporteres videre til helsepersonell som skal ta seg av dette. En bør aldri gå barbeint. En må bytte strømper hver dag og alltid vrenge strømpen før en tar den på, for å se at det ikke er sandkorn i dem (Langøen, 2006).

Vi som helsepersonell må undersøke føttene til pasienten jevnlig, se etter deformiteter og hyperkallositet. Dersom dette utvikles må en kontakte lege for videre tiltak (Langøen, 2006). Hos de pasientene som er svært utsatt for å få sår, bør inspeksjon av føttene skje daglig (Bakken et al., 2006).

Sykepleiere som jobber i hjemmetjenesten møter pasienten i sitt hjemmemiljø. Det er derfor viktig at sykepleieren identifiserer risikofaktorer i hjemmet, av den hensikt å forebygge fotsår hos pasienten. Det er også viktig at vi motiverer pasienten til blant annet økt aktivitet, som er et viktig forebyggende tiltak, noe som øker sirkulasjonen og muskel- vene- pumpen aktiviseres (Bakken et al., 2006).

2.8.1 Egenomsorg for føttene

I dagens helsevesen forventes det at pasienter og pårørende, så langt som mulig, tar større ansvar i forhold til pleien og behandling, noe som gir pasienten muligheten til å ta mer avgjørende beslutninger (Engström et al., 2007).

Diabetikere som er i fare for utvikling av fotsår, skal lære hva de selv skal se etter på føttene, og hva de skal være oppmerksomme på. De bør undersøke føttene daglig for å se etter uønskede endringer. Pasienter med diabetes type- 2, får sjelden oppfølging av et diabetisk fotteam. Det er ofte fastlegene og hjemmesykepleien som tar seg av det. Det er derfor viktig at de i hjemmesykepleien har god kunnskap om dette, og motiverer pasienten til egenomsorg for føttene sine og helsen sin (Langøen, 2006).

Pasienten må innarbeide gode vaner for sin egen fotomsorg for å forebygge senere problemer. Sykepleierens rolle er blant annet å støtte og gi veiledning til pasienten med diabetes, og til å klare egenomsorgen for sin sykdom (Mosand & Førsum, 2001).

2.8.2 Pasientundervisning

Undervisning og veiledning er viktig for å hjelpe pasienten til å mestre sin situasjon. Sykepleieren styrer da kommunikasjonen ut ifra en bestemt hensikt, og bidrar til at pasienten får bedre kunnskap, større forståelse og dypere innsikt i sin situasjon. Undervisning om hvordan en kan mestre et gitt hendelsesforløp, bygger på kunnskap om mulige komplikasjoner og ubehag (Fagermoen, 2001).

Det kommer også frem i en studie av Ruderfelt & Axelsson (2004), at pasientundervisning skal bidra til å øke kunnskap og ferdigheter, slik at helsen bevares og forbedres. Meningen med undervisningen er at pasienten skal få en bedre kontroll over sykdommen sin.

Det er viktig at pasientene skal forstå viktigheten av sykdommen sin, og hva den kan føre til. Viser her til pasientrettighetsloven (1999) § 3-2: *"Pasienten har rett til den informasjon som er nødvendig for å få innsikt i sin helsetilstand og innholdet i helsehjelpen. Pasienten skal også informeres om mulige risikoer og bivirkninger"* (Lovdata).

Det står også i § 1-3: *"at helsehjelp er handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som er utført av helsepersonell"* (Lovdata).

Undervisning i Norge er en lovpålagt oppgave for sykepleiere, og en juridisk rettighet til pasienten. Informasjon bør inkluderes som et fast tiltak i samhandling med pasienten. Utfordringen for oss sykepleiere blir å hjelpe pasienten til å følge grunnleggende råd og tiltak for hvordan fotsår kan forebygges (Bakken et al., 2006).

Kronisk sykdom krever tilpasning og mestring av flere oppgaver, der mange er nye og ukjente (Mæland, 2005). Vi som sykepleiere skal derfor gi råd og oppfølging når problem oppstår (Sörman, 2006).

2.8.3 Mestring og livskvalitet:

Det forebyggende helsearbeidet retter seg mot forhold som former folks helse og livskvalitet. Noen oppfatter livskvalitet som graden av hvor tilfredse en er med livet. Livskvalitet knyttes opp til selvfølelse og identitet, opplevelse av mening med livet, og av å være til nytte og bli akseptert (Mæland, 2005).

De fysiske symptomene som følge av sykdom og aldersforandringer er i seg selv en trussel for livskvaliteten. Økte fysiske symptomer gir stress, håpløshetsfølelse og dårlig mestringsevne (Dale, Dale & Lorensen, 2001). Dette med mestring henger nøye sammen med hvordan livskvaliteten er.

Et begrep som jeg syntes var viktig å ta opp i oppgaven var "Empowerment", altså brukermedvirkning og det å bemyndige en person. Det betyr å sette vedkommende i stand til noe bestemt. Det innebærer å styrke ens kompetanse, selvtillit og evne til og aktivt medvirke og ta ansvar når det skal tas beslutninger. (Kristoffersen et al., 2005, bind 3). Det at pasienten selv får delta, kan virke inn på en bedre mestringsfølelse og deretter livskvalitet.

Empowerment er en sentral del av det helsefremmende arbeidet. Det er viktig at pasientene selv får større innflytelse og kontroll over forhold som påvirker helsen sin. De må få mer kunnskap om disse forhold (Mæland, 2005).

Ved å hjelpe pasienten til å håpe på en bedring, kan en som sykepleier hjelpe en med å mestre lidelsen, og bære konsekvensene av de negative sidene som sykdommen har medført. Når vi som sykepleiere bruker oss selv terapeutisk, er det pasientens behov og pasientens beste som er i fokus (Kristoffersen, et al, 2005, bind 4). Hvem vi er som person, har betydning for hvordan vi utøver yrket (Sneltvedt, 2005).

3.0 Metode

Ifølge Tranøy er metode en ”*fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare*” (Dalland, 2007, s. 81). Metoden forteller oss noe om hvordan vi skal gå til verks i oppgaven, for å skaffe kunnskap. Innenfor samfunnsvitenskapen skiller en mellom kvantitativ og kvalitativ metode. De kvantitative metodene tar sikte på å gjøre om informasjon til målbare enheter, som gir oss muligheten til å regne, å finne prosent og gjennomsnitt av en større mengde. De kvalitative metodene tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som det ikke går an å måle eller tallfeste. Begge disse metodene tar sikte på å bidra til en bedre forståelse av det samfunnet vi lever i, og hvordan enkeltgrupper og personer handler og samhandler (Dalland, 2007).

Denne oppgaven er en litterær oppgave. Den bygger på forskning og litteratur som allerede er blitt gjort. Det er ulike typer litteraturstudier. Det er allmenn litteraturstudie (overview), Systematisk litteraturstudie (kritisk granske), og Begrepsanalyse (eks. Hva er livskvalitet) (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

En forutsetning for å kunne gjøre systematisk litteraturstudie, er at det finnes flere studier av god kvalitet som utgjør grunnlaget for vurderinger og konklusjoner (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

Den systematiske litteraturstudien inneholder altså det og kritisk granske, og å oppnå en syntese av data fra tidligere gjennomførte empiriske studier. Empiri betyr kunnskap som er basert på erfaring. Det beste er å finne relevant forskning og inkludere dette i oppgaven. Noen forskere mener at det innen sykepleien er viktig å velge/inkludere kvalitative studier, da det er det som beskriver pasientens følelser og opplevelse (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

3.1 Innhenting og bearbeiding av data

3.1.1 Litteratursøkeprosessen

Jeg har søkt i flere databaser for å innhente litteratur som var av betydning for min problemstilling i oppgaven. Jeg har også funnet flere relevante bøker. Det gikk forholdsvis greit å søke, da det er blitt gjort en del forskning på diabetes og fotsår. Søkebasene jeg har brukt er: Pubmed, Proquest, SveMed, og Vård I Norden. Søkeord jeg for det meste brukte var: Diabetes II, foot- ulcer, prevention, mestrning, complications, self- care, risk- factors, foot-

care, pasientundervisning. For å få opp mest relevante artikler, måtte jeg kombinere flere søkeord.

Når jeg søkte i ProQuest, brukte jeg søkeord som Diabetes 2, foot- ulcer og prevention. Det kom opp to artikler som jeg syntes var relevante for min problemstilling. Den ene var forskning gjort på diabetes pasienter som hadde høy risiko for å utvikle fotsår, der de forsket på en ny måte og forebygge dette på. Artikkelen het "Preventing diabetic foot ulcer recurrence in high-risk patients" av Lawrence, A. Lavery et al, 2007. Den andre artikkelen het: "Risk Factors for foot Infections in individuals With Diabetes" av Lawrence, A. Lavery et al, 2006. Jeg brukte da søkeord som Risk- factors og Diabetes. Jeg syntes det var viktig i det forebyggende arbeidet å være klar over risikofaktorer hos diabetespasienter, og hva infeksjon i et sår kunne medføre.

Jeg søkte etterpå i Pubmed og fant en artikkel på de samme søkeorda som i ProQuest: prevention, foot- ulcer og Diabetes 2. Den jeg fant her, var kvalitativ og omhandlet pasienter med diabetes II sitt perspektiv eller syn på fot- komplikasjoner. Den het: "Patients`perspectives on foot complications in type 2 diabetes" av Gale L et al.

Jeg fant 2 relevante artikler i Vård I Norden. Først brukte jeg søkeordet mestring, siden jeg i oppgaven også ville se på dette begrepet. Da kom denne kvantitative opp: "Mestringsevne, helseplager og tilfredshet, en surveyundersøkelse blant hjemmeboende eldre", av Magnhild Høie, 2004. Hun ser på mestring i forhold til eldre, hjemmeboende med helsplager, og hvordan dette virker inn på deres livskvalitet. Det andre søkeordet jeg brukte var diabetes. Da kom denne kvalitative artikkelen opp: "Upplevelser av å delta i samlat årsbesök hos personer med diabetes", av Christina Gustavsson- Karlsson et al, 2009. Jeg valgte denne fordi jeg syntes det var interessant å se på hvordan personer med samme sykdom kan hjelpe hverandre med og bare dele erfaringer.

Den siste artikkelen jeg tok fatt på, fant jeg i tidsskriftet SÅR. Den het "KOSTNADER for behandling av nevrologiske diabetes fotsår til tilheling" av Sjørgård et al., 2009. Dette var en spennende kvantitativ artikkel, der de så på kostnadene ved et fotsår.

3.1.2 Forskningsetiske overveielser

Etikk handler om normene for riktig og god oppførsel. Den skal gi oss veiledning og grunnlag for vurderinger før vi handler. Forskningens mål om å finne ny kunnskap skal ikke skje på bekostning av enkeltpersoners integritet og velferd. I planleggingsfasen er det lurt å spørre seg selv om hvem som egentlig vil ha nytte av de nye kunnskapene vi prøver å få frem, og om vi

kan bidra med noe overfor de menneskene som er med i prosjektet (Dalland, 2007). Det er viktig at vi som sykepleiere får kunnskap om blant annet forebygging av fotsår, og at vi videre kan informere pasienten om farer og konsekvenser et slikt sår kan ha. Jeg tror denne oppgaven er nyttig både for helsepersonell og pasienter.

3.1.3 Kildekritikk og kvalitetskriterier

Kildekritikk er de metodene du bruker for å se om kilden er sann. Hensikten er å gi leseren del i de refleksjoner som du har gjort deg. Da er det også nødvendig å kunne gjøre rede for tilgangen på litteratur. Kildekritikken skal vise at jeg er i stand til å tenke kritisk i forhold til det kildematerialet jeg bruker i oppgaven (Forsberg og Wengstrøm, 2008).

Kildekritikk er aktuelt både i oppgaver og i utøvelsen av yrket. En sykepleier må kunne svare pasienter og pårørende når de lurer på noe om sykdom eller behandling. Da er det viktig å vise til den kunnskapen som gir bakgrunn for svaret (Dalland, 2007).

Det som var viktig når jeg søkte litteratur, var at den ikke var altfor gammel. Da tenkte jeg at litteraturen ikke burde være mer enn 10 år gammel, siden det hele tiden kommer ny forskning på de forskjellige områdene. Andre kriterier var at litteraturen skulle omhandle pasienter med diabetes type 2, og være relevant for oss som sykepleiere å bruke i arbeidslivet.

Jeg har lest den litteraturen jeg har funnet med et kritisk blikk for å finne svar på problemstillingen min. Slik har jeg funnet frem til litteratur som er relevant for min oppgave. Jeg har lagt vekt på og ikke forfalske noen data eller resultater, men gjengi dem riktig. Når jeg har funnet frem artikler, har jeg også lagt vekt på at de er fagfelleurdert og at det er sikre kilder.

4.0 Drøfting av Resultater/Funn

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte de resultater som kom frem i de artiklene jeg har benyttet, opp mot teorien.

4.1 Forebygge diabetiske fotsår

Studien av Lawrence et al., (2007) har som hensikt å se på effektive forebyggingstiltak for pasienter som har høy risiko for utvikling av diabetiske fotsår. De har tatt for seg en ny metode forebygging der de ser på effekten av et temperatur overvåkningsinstrument. Dette apparatet måler hudtemperaturen, og ser om det er skade eller betennelse på vei.

Temperaturovervåkingen skal således redusere insidensen av fotsår. 173 personer deltok i studien. De ble delt inn i 3 grupper. I den ene gruppen var det fokus på standard terapi, med tilbud om legebeseøk hver åttende uke. Disse fikk undervisning, men det var kun gjennom video. Den andre gruppen fikk strukturert inspeksjon av føttene sine, to ganger daglig. De fikk utlevert et speil, og fikk god undervisning, samt veiledning om hva de skulle se etter. Den tredje gruppen fikk forbedrede terapi, veiledning og undervisning om forebyggende fotpleie, samt opplæring i nevnte temperatur- overvåkningsinstrument.

Deltakerne i den siste gruppen brukte et infrarødt hudtermometer for å måle temperaturen på 6 sider av føttene daglig. Hvis temperaturen på den ene foten var høyere enn 2,2 grader celsius mer enn samme sted på den andre foten, i over to dager, så skulle pasientene kontakte sykepleier og redusere aktivitetsnivået til temperaturen hadde normalisert seg (Lawrence et al., 2007).

Deltakerne i den tredje gruppen hadde langt færre sår enn de to andre gruppene. Det viste seg at av de 114 deltakerne i den første og andre gruppen, så fikk 34 av dem fotsår. I den siste gruppen som hadde fått opplæring i temperatur overvåkningsinstrument, fikk bare 5 av 59 pasienter fotsår. Denne studien konkluderte med at diabetes fotklinikker er veldig gode i forebygging av fotsår, selv om egenomsorg er det viktigste i forebyggingen. Dette instrumentet viste seg å være et bra hjelpemiddel i forebyggingen (Lawrence et al., 2007).

Det kan være nyttig å ta i bruk nye metoder, og det er viktig at vi som sykepleiere er oppdaterte på ny forskning. Som nevnt i teorien må pasienten innarbeide gode vaner for sin egen fotomsorg, for å forebygge senere problemer.

Nevnte instrument for temperaturovervåkning, er et bra tilbud til de pasientene som selv kan følge med føttene sine. Med bakgrunn i at nevropatien gjør at de ikke føler eller kjenner noe på føttene, er det på den ene siden bra at de kan bruke dette apparatet med å måle hudtemperaturen, og dermed oppdage tidlige tegn på fotsår. På den andre siden kan dette apparatet være kostbart, noe som igjen kan føre til at få prioriterer dette tilbudet. Vi kan anbefale forskjellige forebyggingstiltak og apparater, men det er opp til pasienten selv hva denne vil bruke pengene på. Hvem skal betale for dette apparatet, er det helsevesenet eller pasienten selv? Kanskje dette kan være noe en får støtte til gjennom hjelpemiddelsentralen. I og med at det er egenomsorgen som er viktigst her, må vi som sykepleiere ha en undervisende og veiledende rolle til pasienten, enten det er med ulike apparater, eller med grunnleggende forebyggingstiltak som blodsukkerkontroll, fotpleie, og lignende. Slik får pasientene kunnskap om ulike observasjoner de bør utføre, og hvilke tiltak som bør settes i verk for å forebygge fotsår. Vi må også forsikre oss om at pasienten forstår det vi har forklart.

I og med at eldre har vanskeligere for å lære enn yngre, må vi legge til rette for den eldres læringsbehov, og bruke et språk som pasienten forstår (Fagermoen, 2001).

4.2 Pasienters perspektiv på fotkomplikasjoner

Det er mange pasienter som kanskje ikke ser viktigheten av forebygging av fotsår. Noen har kanskje ikke fått en innføring i hvorfor det er viktig, og hva det kan føre til hvis en ikke tar det på alvor. En studie gjort av Gale et al., (2008) har som hensikt å sette fokus på å redusere risiko for sårdannelser. Pasientene blir her rådet til å utføre forebyggende egenomsorg for føttene. Det var 18 personer fra 49-70 år som deltok i denne kvalitative studien. De hadde alle diabetes type 2. Ingen av deltakerne hadde tidligere erfaring med fotsår. Det ble stilt spørsmål relatert til diabetes, og om en hadde tro på forebygging av fot- komplikasjoner, om hvordan de stilte seg til hverdagslig fotpleie, og om de var mottakelige for informasjon/råd om fotpleie.

De fleste deltakerne i studien var usikker på hva et fotsår er, og de var uvitende om vanskelighetene som følger med sårtilhelingen ved diabetes. Få av deltakerne visste heller ikke at det var en sammenheng mellom blodsukkerkontroll og fotkomplikasjoner. Forebygging av skade på føttene var ikke prioritert hos disse deltakerne og få av dem visste at nettopp dette, er en felles årsak til fotsår. De fikk som oftest bare veiledning om kost, kolesterol osv på sykehuset, ikke om fotpleie (Gale et al., 2008).

Det kommer frem i denne studien at pasientene syntes det var vanskelig å kommunisere med helsepersonell, og at de ikke fikk noe spesiell informasjon om forebygging av fotsår. Kanskje helsepersonell faktisk har informert om dette, men at de har et språk som pasientene ikke forstår, eller at de har brukt mange fremmedord. Når pasientene ikke forstår den informasjonen som blir gitt, kan det lett bli misforståelser. Det kan også være at pasientene fikk all informasjon på en gang, og at de derfor ikke husket så mye av det. Noen helsearbeidere tar kanskje for gitt at pasientene vet alt om sykdommen sin. Det er klart at mange kan ha god innsikt i sin sykdom, men det gjelder ikke alle. Forebygging av senkomplikasjoner er viktig informasjon som en bør legge vekt på, og som ikke må bli glemt. Det kan også være forholdene på arbeidsplassen som kan spille en viktig rolle for hvorfor slik viktig informasjon blir oversett. Det kan være at en har det veldig travelt. Kanskje pasientene hadde hatt nytte av et undervisningsopplegg, eller at en fulgte opp pasienten over tid. Dette kunne bidratt til at en fikk fordøyd litt informasjon om gangen.

I følge en studie av Bakken et al., (2006) kommer det frem at *"Mangel på opplæring er like alvorlig som mangel på medisiner og gode behandlingsformer"* (Klinisk sygepleje 2/2006, s. 39).

Når deltakerne i denne studien ikke visste at det var sammenheng mellom blodsukkerkontroll og fotkomplikasjoner kunne dette vært alvorlig, noe som igjen viser hvor viktig det er med pasientundervisning. En slik undervisning utgjør en viktig del av pleien og pasienten selv må få kunnskap om sin sykdom og forebyggingstiltak. Henviser her til pasientrettighetsloven § 3-2, som nevnt i teorien.

Deltakerne ble mer fokusert på forebygging av sår, etter denne studien, og de fikk en bedre innføring i sykdommen sin. Konklusjonen i nevnte studie, er at helsearbeidere må legge mer vekt på opplæring og undervisning i egenomsorg for føttene (Gale et al., 2008). Og som Travelbee sier, hjelpe pasienten til forebygging, og legge til rette for dette.

4.3 Risiko for infeksjon og konsekvenser ved fotsår hos en diabetespasient

Infeksjon er som sagt i teorien en årsak til diabetiske fotproblemer, og det er en markant sammenheng mellom infiserte sår og amputasjoner. Infeksjoner oppstår lett i diabetiske sår, på grunn av at dårlig blodsirkulasjon bidrar til dårlig immunforsvar. Lawrence et al., (2006) utførte en kvantitativ studie der de hadde som hensikt å undersøke risikofaktorer for fotinfeksjoner hos pasienter med diabetes, og hvordan en kan forebygge dette. Det ble i denne

undersøkelsen påvist at fotinfeksjoner ofte oppstår hos pasienter med diabetes. Disse infeksjonene resulterer ofte i komplikasjoner. Da er det altså snakk om sykehusinnleggelse og i verste fall amputasjoner.

Hvert år blir det foretatt 500 amputasjoner på pasienter med diabetes her i landet. Det arbeides mye for å redusere dette tallet. Spesielt på den forebyggende siden (Mosand & Førstund, 2001). En nylig studie gjort av Witsø et al., (2010) viser at fra 1994-97 til 2004-07 falt forekomsten av store amputasjoner hos diabetikere med 41 %. Det er nesten en halvering av antall amputasjoner. Omsorgen for føttene viser seg derfor i denne forskningsartikkelen å være forbedret. Dette er svært positivt at det er blitt mer fokus på dette området.

I følge Almås (2001), vil en amputasjon være alvorlig traume for pasienten, og noen vil også bli deprimerte over tap av lemsdel.

Det å tenke på at en kunne hindret en amputasjon med å ha tatt forebyggingen på alvor, må være en vanskelig situasjon og kanskje et nederlag for pasienten. På den ene siden så er det ikke sikkert at alle vet alvorret med en infeksjon. De ser på det som om det snart skal gå over. Kanskje gjør det også det, men når en har utviklet diabetes er det ofte mer komplisert. Av og til er det nødvendig å fjerne den syke delen. Hvis pasienten har fått for sein behandling for et fotsår, kan det føre til at utfallet blir større enn antatt. Kan pasienten få en skyldfølelse når det har gått så langt, eller er det kanskje helsepersonell som må ta dette innover seg, slik at forebygging er mer i fokus?

Teorien og resultater fra forskningsartiklene samsvarer med at dersom såret har lang varighet, og blir dype, er risikoen for infeksjoner svært høy. Bakteriene sprer seg raskt i en slik fot, og infeksjonen kan spre seg raskt inn til beinvevet og gi osteomyelitt. Det ble identifisert flere risikofaktorer for utvikling av infeksjon, men det kom til slutt fram at fotsår var den største risikofaktoren (Lawrence et al., 2006).

Studien konkluderer med at fot- infeksjoner forekommer relativt ofte hos personer med diabetes. Risikofaktorer for fotsår og infeksjoner kan lett oppdages ved observasjoner. Det sies også at dette med forebygging av fotsår og infeksjoner må være et mål for alle de som er i risikogruppen. Her kommer også vår undervisende og forebyggende rolle inn. Informasjon kan således synliggjøre at pasienten kan spares for mye smerte, lidelse og tap ved at fotsår forebygges. Det er kanskje ikke alle pasienter som klarer å ha den gode egenomsorgen for føttene sine. Kanskje de har andre sykdommer i tillegg, og ikke har overskudd til mer. Det

kan da være viktig å fange opp disse pasientene før det har gått for langt. Eller skal alt ansvaret ligge på pasientene selv?

Fotsår har også en stor kostnad for samfunnet. Dette er kanskje noe som mange ikke er klar over. En forstår kanskje ikke akkurat hvorfor dette kan være så kostbart. Etter å ha lest en studie av Sørgård et al., (2009) ble jeg mer bevisst på hvor viktig det er å forebygge sår, og infeksjoner. I denne artikkelen ble det beregnet direkte kostnader knyttet til behandling av nevropatiske diabetiske fotsår fra debut til tilheling ved en diabetespoliklinikk. Det var 12 deltakere i studien og pasientene hadde hatt såret i gjennomsnittlig 33 dager ved inklusjon. Summerte kostnader for behandling av nevropatiske diabetessår fra debut til tilheling, var gjennomsnittlig 48591 NOK. Det inkluderte polikliniske konsultasjoner, hospitalisering, ortopediske hjelpemidler, bandasjemateriell, hjemmesykepleie og antibiotika.

Faktorer som fører til lengre tilhelingstid er kostnadsdrivende, som for eksempel perifer arteriell sykdom, spesielt i kombinasjon med infeksjon, som øker risikoen for hospitalisering, amputasjoner og lignende. Sårvarigheten var også kostnadsdrivende i dette materiale, selv om ingen av pasientene hadde alvorlig perifer arteriell sykdom og kun en utviklet dyp sår-infeksjon. Denne studien reflekterer mindre ”kompliserte” sår, og de totale gjennomsnittskostnadene for fotsår generelt i Norge, antas derfor å være enda høyere enn det disse rapporterer (Sørgård et al., 2009).

Etter å ha lest en slik artikkel, blir det en tankevekker. Det kan være viktig at vi som sykepleiere har dette i bakhodet, at såret hele tiden kan forebygges, for videre utvikling. Begynner det med et lite skrubbsår, kan vi forebygge med en gang. Hvor mye vekt skal en egentlig legge i behandling av fotsår? Skal en være fornøyd med så noen lunde behandling, eller full behandling? Hva har pasienten rett på, og er ikke alle pasientgrupper like viktige?

4.4 Hvordan hjelpe pasienter til å forstå viktigheten av forebygging

Pasientene bør få informasjon om hvorfor forebygging er viktig, samt foreslå tiltak for dem, slik at det kan bli lettere å komme i gang. En kvalitativ studie utført av Karlsson et al., (2009) hadde som hensikt å få mer kunnskap om hvordan personer med diabetes opplevde det å gå på samlet årsbesøk eller felles gruppeundervisning. De samlet sammen flere med diabetes i en felles gruppe på ca 6-8 personer, og hadde teori og praktisk undervisning i 5 dager, der deltakerne fikk dele erfaringer.

Det kom frem flere tema under analysen av intervjuene. Det første var ”å få *hjelp* hverandre”. Det at de da fikk en glede og tilfredsstillelse ved å dele erfaringer, og gi og få råd. De fikk en følelse av at de var en ressurs for hverandre og at de motiverte hverandre til egenomsorg. Det andre temaet som kom frem var: ”å få *støtte av profesjonelle andre*”, da flere følte at de ikke fikk støtte av å gå til legen. Det var bedre å få støtte enn behandling. Det tredje temaet var: ”å *ha det kjekt samtidig som en lærer*”. De som går i gruppen følte et flott felleskap og gledet seg til gruppen neste gang. Det fjerde var ”å *kjenne trygghet*”. Det at de betyr noe, og at de ikke bare er et nummer i en pasientkø, men at de blir sett og hørt. De kan da få en fordypet kunnskap i hvordan de andre gjør for å ivareta egenomsorgen, og hvordan de takler problemene som følger med (Karlsson et al., 2009).

Begrepet ”Empowerment” står også her sentralt. Det blir beskrevet som et partnerskap mellom personen med diabetes og sykepleieren, der oppgavene er å veilede personen, med den hensikt at de selv skal klare egenomsorgen for sin sykdom (Karlsson et al., 2009). Hensikten med empowerment kan blant annet være for å øke pasientens mestring.

De konkluderte i denne studien med at deltakerne i den felles gruppen, styrket personenes egenomsorg og bidrog til bedre brukermedvirkning. Denne fellesgruppen skulle de fortsette med. Det kan være positivt med slike fellesgrupper, så dette er noe vi kan foreslå for pasientene våre. For blant annet motivasjonen sin del, kan det være positivt å treffe andre mennesker i samme situasjon. En bør videre også tenke på dem som kanskje ikke synes dette er så positivt. Noen er kanskje for sjenerte til å gå i en slik gruppe og de vil heller få informasjon individuelt. Eller at de er redde for å dele slik privat informasjon med andre. Her bør det sies at taushetsplikten må stå sentralt. Det bør være frivillig å gå i en slik gruppe, og vi må respektere hvert enkelt sine ønsker.

Studien viser at det vil kunne føre til en bedre livskvalitet, dersom den enkelte pasient selv får sette mål og gjennomføre de adferdsmessige endringene (Karlsson et al., 2009).

Mestringsevne henger tett sammen med livskvalitet. Har pasienten en god livskvalitet, kan en bedre mestre dagliglivets utfordringer. I en undersøkelse gjort av Høie (2004) kom det frem at eldre med høy mestringsevne ikke lot seg påvirke av sine helseplager i hvor fornøyde de var med tilværelsen. Studien tok utgangspunkt i hjemmeboende eldre i forhold til egen mestringsevne, helseplager og tilfredshet. Desto høyere mestringsevne de hadde, jo mer fornøyde var de med tilværelsen. Det kom også frem at de eldre klarte seg hjemme tross sykdom, begrensninger og hjelpebehov. Dette tyder på god mestringsevne. I dette utvalget av

pleieavhengige eldre med ulike helseplager, tydeliggjøres det at helse ikke bare er hvordan vi har det, men også hvordan vi tar det. Det kom også frem i artikkelen at de med lav mestringsevne, rapporterte en mindre grad av tilfredshet enn de med høy mestringsevne. De følte også de hadde flere helseplager. Her er det viktig at en kan se på signaler om behov for et mer differensiert omsorgstilbud, og ta tak i det. Det at pasientene kan gjøre det de liker, kan medføre en bedre livskvalitet.

Når det gjelder helseplager som sår på foten, kan det virke negativt på livsutfoldelsen. En er kanskje redd for at såret skal lukte, væske skal sive gjennom, eller at en har vondt for å gå. Det at vi som sykepleiere kan hjelpe pasienten med å få bukt med slike plager, eller å forebygge dem kan hjelpe pasienten å bli mer fornøyd med tilværelsen sin, og at denne får en bedre livsutfoldelse. Det at vi som Travelbee sier, hjelper pasienten så godt vi kan med forebygging, mestring, eller å finne mening med sykdom og lidelse.

Det kommer til slutt frem i artikkelen at eldres mestring av helseplager og velbefinnende vil være avhengig av vissheten om nok hjelp, og å ha hjelpere som evner å skape tillitt og trygghet (Høie, 2004). Dette er viktig at vi som sykepleiere tar med oss i arbeidslivet og hverdagen, og viser pasientene våre at vi er der for dem. Vi må ifølge Travelbee opprette et menneske- til- menneske- forhold, der vi kan legge forholdene til rette for pasientene våre, og igjen hjelpe dem til å mestre den situasjonen de er i, tross ulike helseplager.

Det aller viktigste er ifølge Ranhoff (2008), å støtte pasientene og deres ressurser, samt bidra til at han eller hun mestrer sin tilværelse. For at pasienten skal kunne mestre en situasjon, trenger en kunnskap om det en skal gjennomgå, for å forstå hvordan en skal mestre det (Fagermoen, 2001).

5.0 Konklusjon

Etter å ha arbeidet med denne oppgaven, har jeg blitt mer bevisst på hva som er viktig i forhold til forebygging av diabetiske fotsår, og vår rolle som sykepleiere. Det kom frem i de fleste forskningsartiklene jeg valgte, at det viktigste i dette arbeidet blir å undervise og veilede pasientene våre, til og selv gjennomføre egenomsorgen for føttene sine. Det kan være en utfordring for pasientene å mestre dette i dagliglivet. Det er derfor viktig at vi som sykepleiere kan motivere dem, og hjelpe dem på veien. Vi må ha forståelse for at dette kan være vanskelig for pasienten, og derfor vise at vi er der for dem, og vil hjelpe dem. Vi må komme med forebyggende tiltak som kan hjelpe pasienten med mestring av helseproblemet, og som kan føre til at en blir mer fornøyd med tilværelsen, selv om en har en kronisk sykdom, og ulike forhåndsregler som må tas. Et tiltak kan være å komme sammen med andre i samme situasjon og utveksle erfaringer. Dette har for noen vist seg å være effektivt. Andre viktige tiltak for å forebygge fotsår, er å ha et godt regulert blodsukker, riktig ernæring, god fotpleie, og at en er i aktivitet.

Ved at vi som sykepleiere, sammen med pasientene våre får mer kunnskap om dette temaet, og vet hva vi skal se etter, kan vi tidlig i forløpet forebygge fotsår og mer alvorlige konsekvenser. Når en leser hvor alvorlig et diabetisk fotsår kan utarte seg, og hvordan det kan virke inn på pasientens livskvalitet, må en bli mer bevisst på forebygging av dette.

Helsetjenestene står overfor store utfordringer, da antall eldre i befolkningen øker (Romøren, 2008). I og med at det ifølge Witsø et al., (2010) kommer frem en forbedring av omsorgen for føttene her i landet, håper jeg virkelig at en i alle helsetjenester fortsetter med å ha stort fokus på dette temaet.

6.0 Kildehenvisning

- Almås, H. (2001). Sykepleie til pasienter som gjennomgår amputasjon. I: H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 695-697). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Bakken, L. N., Lerdal, A., Øvreby, G. E. & Hamborg, K. S. (2006). Forebygging av fotsår hos pasienter med diabetes. *Klinisk sygepleje* 20 (2), 35- 41.
- Bertelsen, B. I. (2000). *Patologi: Menneskets sykdommer*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Dale, B., Dale, J. G. & Lorensen, M. (2001). Livskvalitet hos eldre hjemmeboende som mottar hjemmesykepleie. *Vård I Norden*, 21(2), s. 4-10.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Engström, B., Melander, M. B., Ekman, I., Friberg, F. & östlinder, G. (2007). *Patientundervisning: Och patienters lärande*. Stockholm: Svensk sjuksköterskeförening och Gothia Förlag AB.
- Fagermoen, M. S. (2001). Samtale, undervisning og veiledning. I: H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 1* (s. 12-30). Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS.
- Forsberg, C. & Wengstrøm, Y. (2008). *Att göra systematiska litteraturstudier: Värdering, analys och presentation av omvårdnadsforskning*. Stockholm: Natur och kultur.
- Gale, L., Vedhara, K., Searle, A., Kemple, T. & Campbell R. (2008). Patients` perspectives on foot complications in type 2 diabetes: A qualitative study. *British Journal of General Practice*, 59 (561), s. 555-562.
- Helseth, S. & Nortvedt, F. (2002). Om tillit. I: I. T. Bjørk, S. Helseth & F. Nortvedt (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 242-243). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Høie, M. (2004). Mestringsevne, helseplager og tilfredshet: En surveyundersøkelse blant hjemmeboende eldre. *Vård I Norden*, 24(3), s. 38-43.
- Jacobsen, D., Kjeldsen, S. E., Ingvaldsen, B., Lund, K. & Solheim, K. (2001). *Sykdomslære: Indremedisin, Kirurgi og anestesi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Jervell, J. (2003). *Basisbok for type 2- diabetes*. Norges Diabetesforbund.
- Karlsson, C. G., Olsson, M. & Määttä, S. (2009). Upplevelser av å delta i samlat årsbesök hos personer med diabetes. *Vård I Norden*, 29(3), s. 47-49.
- Karoliussen, M. & Smebye, K. L. (2000). *Eldre, aldring og sykepleie*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kirkevold, M. (2008). Samarbeid med pasient og pårørende. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasient* (s. 123-136). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, K. (2002). Det tredje øret. I: I. T. Bjørk, S. Helseth & F. Nortvedt (Red.), *Møte mellom pasient og sykepleier* (s. 55-63). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2005). Om sykepleie I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (bind 2 s. 22). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2005). Om sykepleie I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (bind 3 s. 243). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Kristoffersen, N. J., Nortvedt, F. & Skaug, E. A. (2005). Om sykepleie I: N. J. Kristoffersen, F. Nortvedt & E. A. Skaug (Red.), *Grunnleggende sykepleie* (bind 4 s. 26-32 + 151-152). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Langøen, A. (2006). *Huden: Pleie, pleiemidler og sårbehandling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lawrence, A. L. et al. (2007). Preventing Diabetic Foot Ulcer Recurrence in High-Risk Patients. *Diabetes Care*, 30(1), s.14-20.
- Lawrence, A. L. et al. (2006). Risk Factors for Foot Infections in Individuals With Diabetes. *Diabetes Care*, 29(6), s. 1288-1293.
- Mosand, R. D. & Førsvund, A. J. (2001). Sykepleie til pasienter med forandringer i den endokrine pankreasfunksjonen. I: H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (s. 899-928). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Mæland, J. G. (2005). *Forebyggende helsearbeid: I teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Pasientrettighetsloven (1999). § 3-2 *Pasientens rett til informasjon*. Hentet ut 20. Januar 2010 fra <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-2>
- Pasientrettighetsloven (1999). §1-3 *Definisjoner*. Hentet ut 20. Januar 2010 fra <http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-001.html#1-3>
- Ranhoff, A. H. (2008). Forebyggende og helsefremmende sykepleie. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasient* (s. 137-147). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Romøren, T. I. (2008). Eldre, helse og hjelpebehov. I: M. Kirkevold, K. Brodtkorb & A. H. Ranhoff (Red.), *Geriatrisk sykepleie: God omsorg til den gamle pasient* (s. 29-37). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

- Ruderfelt, D. & Axelsson, L. (2004). Pasientundervisning vid diabetes: Faktorer och åtgärder av betydelse för förändring av kostvanor. *Vård I Norden*, 24(4), s. 9-13.
- Sand, O., Sjaastad, Ø. V., Haug, E. & Bjålie, J. G. (2006). *Menneskekroppen: Fysiologi og anatomi*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sneltvedt, T. (2005). Hva innebærer det å være en profesjonell sykepleier? I: B. S. Brinchmann (Red.), *Etikk i sykepleien* (s. 135-146). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Sortland, K. (2007). *Ernæring: Mer enn mat og drikke*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Sörman, E. (2006). Diabetessjukskoterskans roll i teamet. I: K. Wikblad (Red.), *Omvårdnad vid diabetes* (s. 41-44). Uppsala: Författarna och Studentlitteratur.
- Sørård, B., Aas, E. & Johansen, O. E. (2009). Kostnader for behandling av nevrologiske diabetes fotsår til tilheling. *SÅR*, 17 (4), 193-200.
- Tanenberg, R. J. & Donofrio, P. D. (2008). Neurophatic Problems of the Lower Limbs in Diabetic Patients. I: J. H. Bowker & M. A. Pfeifer. *The Diabetic Foot* (s. 33-68). Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Witsø, E., Lium, A., Langeng, E., Lutterloh, A., Grytdal, A. L., Kristiansen, M. I., Bensvik, F., Egeberg, T. & Lydersen, S. (2010). Ti år med Diabetisk Fotteam og antall diabetiske amputasjoner er redusert med 40 prosent. Samhandling i praksis? Er enda ikke publisert (Er ment å publiseres i Tidsskriftet for den Norske legeforening 2010).