



Høgskolen i **Hedmark**

Campus Elverum
Avdeling for idrett og helse
4BACH

Eline Kristina Landberg og Marit Eid Wålberg
Veileder: Anne Grethe Kydland

”En fot å stå på, en fot å gå på”

“One foot to stand on, one foot to walk with”

Antall ord: 11307

BASY2010

2013

Samtykker til utlån hos biblioteket:

JA

NEI

Samtykker til tilgjengeliggjøring i digitalt arkiv Brage:

JA

NEI

Innholdsfortegnelse

1.0 Innledning.....	s. 3
1.1 Begrunnelse for valg av tema.....	s. 3
1.2 Avgrensning og presisering av problemstillingen.....	s. 3
1.3 Definisjoner av sentrale begreper i problemstillingen.....	s. 5
1.3.1 Sykepleie.....	s. 5
1.3.2 Forebyggende helsearbeid [sykepleie].....	s. 5
1.3.3 Diabetiske fotsår.....	s. 5
1.3.4 Hjemmesykepleie.....	s. 5
1.4 Formålet med oppgaven.....	s. 6
1.5 Oppgavens disposisjon.....	s. 6
2.0 Metode.....	s. 7
2.1 Hva er metode.....	s. 7
2.2 Valg av metode.....	s. 7
2.3 Litteratursøk.....	s. 7
2.4 Kildekritikk.....	s. 9
3.0 Teori.....	s. 10
3.1 Joyce Travelbee sin sykepleieteori.....	s. 10
3.2 Hjemmesykepleie.....	s. 12
3.3 Diabetes mellitus.....	s. 14
3.4 Senkomplikasjoner og diabetiske fotsår.....	s. 16
3.5 Forebyggende sykepleie til diabetiske fotsår.....	s. 17
3.5.1 Generelle tiltak.....	s. 18
3.5.2 Spesifikke forebyggende tiltak mot fotsår.....	s. 20
4.0 Drøfting.....	s. 23
4.1 Et mellommenneskelig forhold.....	s. 23
4.2 Samspillet mellom sykepleier og bruker.....	s. 26
4.3 Diabetiske fotsår.....	s. 29
5.0 Konklusjon.....	s. 36
6.0 Litteraturliste.....	s. 37
Vedlegg 1, Sammendrag	

1.0 INNLEDNING

Ca. 25 000 har diabetes type 1 og ca. 350 000 har diabetes type 2 i Norge i dag (Diabetesforbundet, 2012). I løpet av de siste 50 årene anslås det at forekomsten av type 2 diabetes har firedoblet seg, og det forventes en større økning i tiden fremover. Halvparten av de med diabetes type 2 vet ikke engang at de har sykdommen (Diabetesforbundet, 2012).

1.1 Begrunnelse for valg av tema

Bakgrunnen for valg av temaet er at sykdommen diabetes mellitus er relevant innenfor sykepleiefaget. Som statistikken tilsier er dette et økende problem i dagens samfunn (Diabetesforbundet, 2012). Personlig har begge møtt denne gruppen i praksis og synes dette er et spennende fagområde. Vi ser at det er nødvendig med kunnskap og kompetanse for å utføre forebyggende sykepleie ved denne sykdommen. Det er viktig å forebygge for å hindre unødvendige sykehusinnleggelser og alvorlige komplikasjoner (Mæland, 2010). Som sykepleier er sjansen stor for å møte denne gruppen uavhengig av hvilken arbeidsplass en arbeider ved (Skafjeld & Graue, 2011). Personer med diabetes står i fare for å utvikle mikro – og/eller makrovaskulære senkomplikasjoner (Jenssen, 2011). Diabetiske fotsår utgjør drøyt 30 % av diabetiske senkomplikasjoner. 50% av personer med diabetes som er over 60 år, utvikler fotsår (Diabetesforbundet, 2009). Vi ser med dette nødvendigheten av kunnskap om forebyggende sykepleie mot diabetiske fotsår i vår yrkesutøvelse.

Problemstillingen vår er som følger:

Hva er god sykepleie for å forebygge diabetiske fotsår i hjemmesykepleien?

1.2 Avgrensning og presisering av problemstillingen

Vi vil igjennom oppgavens besvarelse belyse sykepleieres rolle i forebyggende arbeid, hos brukere som står i fare for å utvikle diabetiske fotsår. Gjennom oppgaven har vi valgt å bruke Joyce Travelbee (1999) sin sykepleieteori, for å fremstille hvordan vi kan tilnærme oss brukere på best mulig måte. Av flere mulige sykepleieteorier synes vi Travelbee (1999) sin var nærmest til å treffe vårt syn og mening på hva god sykepleie er. I forhold til oppgavens innhold og handling har Travelbee (1999) den teorien vi er ute etter, da den vil innvirke positivt på besvarelsen av problemstillingen.

Videre har vi valgt å ta for oss hjemmesykepleien som vår arbeidsarena, der vi bruker de ressursene vi har tilgang til i møte med brukere i hjemmet. Bakgrunnen for dette valget er at hjemmesykepleien vektlegges i forhold til St. meld nr. 47 (2009) som omhandler samhandlingsreformen. Med dette stilles det krav om økt kunnskap, og dermed forventes større ansvar og utfordringene til sykepleiere vil øke. Gjennom oppgaven har vi valgt å fokusere forebyggende arbeide for å komme frem til en praktisk tilnærming, gjennom konkrete sykepleietiltak. I hjemmesykepleien ligger hovedvekten av brukere i en eldre aldersgruppe, 67 år og eldre (Fjørtoft, 2007). Vi velger derfor å rette fokuset mot disse brukerne, også fordi Diabetesforbundet (2009) peker på at senkomplikasjoner ofte utvikles etter flere år med diabetes mellitus.

Vi avgrenser oppgaven til å handle om et mellommenneskelige forhold mellom sykepleier og bruker, derfor unnlater vi å nevne pårørende og nettverk som en ressurs. På grunn av oppgavens tids- og rammebetingelser velger vi å avgrense oppgaven ytterligere til å skrive om én aktuell senkomplikasjon. Det finnes flere typer senkomplikasjoner ved diabetes mellitus, der i blant retinopati, nefropati og nevropati (Jenssen, 2011). Vårt valg har falt på nevropati, og for å avgrense ytterligere velger vi diabetiske fotsår. Vi har valgt å ta for oss begge kjønn da vi ikke finner noen markante ulikheter ved forekomst av fotsår mellom kjønn.

Vi tar for oss type 1 og type 2 da dette er de vanligste typene. Det har vist seg at forhøyet blodglukose er årsaken til forandringer i organer som gir senkomplikasjoner. Dette er likt for begge typene av diabetes mellitus (Jenssen, 2011).

Fjørtoft (2007) peker på at hjemmesykepleien skal benytte begrepet ”bruker” fremfor ”pasient”. *Pasient* kommer fra det latinske ordet *pati*, som betyr å ”lide”. Det Fjørtoft (2007) vil frem til er at dersom en bruker begrepet ”pasient” kan dette gi assosiasjoner til at en er

hjelpetrengende, alvorlig syk, svak og hjelpeløs. Hvis en benytter begrepet ”bruker” vil personen som mottar hjemmesykepleie kunne føle seg i en mer aktiv rolle. Vatne referert i Fjørtoft (2007, s. 11) understreker dette perspektivet på en faglig måte; ”Anvendelse av brukerbegrepet i behandlingssammenheng, retter i større grad fokus på brukerens ressurser, som kunnskap og kompetanse, og skal inngå som en viktig basis når en planlegger og gjennomfører tjenesten.” På bakgrunn av dette vil vi anvende begrepet ”bruker” i denne besvarelsen.

1.3 Definisjoner av sentrale begreper i problemstillingen

Her velger vi å ta med en begrepsavklaring av ulike begreper som vi benytter i problemstillingen.

1.3.1 Sykepleie

Travelbee (1999, s. 29) definerer;

”Sykepleie er en mellommenneskelig prosess der den profesjonelle sykepleiepraktikeren hjelper et individ, en familie eller et samfunn med å forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene. ”

1.3.2 Forebyggende helsearbeid/ [sykepleie]

Mæland (2010, s. 13) definerer;

”Forebyggende helsearbeid/ [sykepleie] dreier seg om mer enn å hindre sykdom, skade og tidlig død. Det handler også om å fremme folks helse og bidra til at helsen blir en positiv ressurs i hverdagslivet.”

1.3.3 Diabetiske fotsår

Lindholm (2012, s. 29) definerer;

”Fotsår defineres som sår nedenfor malleolen, forårsaket av forstyrrelse i den arterielle sirkulasjonen i beinet (iskemiske fotsår) eller av perifer nevropati og/eller perifer sirkulasjonsforstyrrelse som komplikasjon til diabetes mellitus.”

1.3.4 Hjemmesykepleie

Humphrey og Milone- Nuzzo referert i Fjørtoft (2007, s. 15) definerer;

”Hjemmesykepleie er å yte sykepleie til akutt og kronisk syke i alle aldre i deres eget hjem. Det innebærer en helhetlig tilnærming med fokus på miljømessige, psykososiale, økonomiske, kulturelle og personlige faktorer som påvirker den enkeltes og familiens helsestatus.”

1.4 Formålet med oppgaven

Vårt mål med denne oppgaven er å utarbeide praktiske og konkrete sykepleietiltak, ved forebygging av diabetiske fotsår. Vi vil tilegne oss kunnskap og kompetanse som vi får bruk for som sykepleiere. Det er viktig å tilrettelegge og forebygge slik at fotsår ikke oppstår (Lindholm, 2012; Skafjeld, 2011). Det er dette som er hovedfokuset i samhandlingsreformen, der en skal fremme helse ved å arbeide forebyggende (Helse –og omsorgsdepartementet, 2009). Sykepleieres oppgave er å bruke ”føre var” prinsippet slik at vi kan forhindre og redusere forekomst av komplikasjoner og sykdom (Mæland, 2010). For å oppnå et godt samarbeid mellom bruker og sykepleier velger vi å benytte Joyce Travelbee (1999) sin sykepleieteori, som går inn på å skape et mellommenneskelig forhold.

1.5 Oppgavens disposisjon

Oppgaven innledes med et metodekapittel (kapittel 2). Her har vi tatt for oss valg av metode, litteratur, samt hvordan vi stiller oss kritiske til valg av aktuelle kilder. Videre vil vi, i kapittel 3, vise til hvilke teoretiske perspektiver som benyttes i oppgaven. Aktuell litteratur er sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (1999) sin teori om mellommenneskelige forhold i sykepleien. Vi vil også gi en teoretisk innføring i hjemmesykepleie, diabetes mellitus,

diabetiske fotsår og forebyggende sykepleie. Vi velger denne rekkefølgen for å fremheve sykepleierens rolle. I kapittel 4 har vi drøftet funnene ved bruk av teori og forskning. Oppgaven avsluttes med en konklusjon av funn som svarer på problemstillingen (kapittel 5).

2.0 METODE

2.1 Hva er metode?

En metode viser og forteller hvordan en skal samle data og finne kunnskap. Sosiologen Vilhelm Aubert referert i Dalland (2012, s. 111) definerer som følger;

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

Årsaken til at en skal komme fram til og velge en bestemt og ikke minst aktuell metode, er for å kunne samle god og relevant data. Metode er viktig for å vite hvordan en skal gå frem for å finne nødvendig kunnskap som kan besvare problemstillingen til oppgaven (Dalland, 2012).

2.2 Valg av metode

Oppgavens metode er et litteraturstudie. Ifølge Dalland (2012) blir litteraturstudie bygget opp av skriftlige kilder som en kan bygge oppunder med praksiserfaringer.

2.3 Litteratursøk

I oppgavens besvarelse har vi benyttet oss av pensumlitteratur, selvvalgt litteratur og forskningsartikler. Retningslinjene for oppgaven sier at besvarelsen skal bygge på minimum 400 sider med selvvalgt litteratur inkludert minimum 4 forskningsartikler. Vi vil i det følgende vise hvordan vi gikk frem for å finne litteraturen vi har valgt å bruke i oppgaven.

Vi gikk inn på hjemmesiden til Høgskolen i Hedmark og brukte linken til biblioteket. Her fikk vi frem oversikten over de ulike databasene, videre brukte vi linken til sykepleie og psykisk helse. Databaser vi valgte å bruke var Cinahl og Norart, siden disse er kvalitetssikret og brukervennlige. Vi startet søkene i databasen Cinahl og her anvendte vi disse engelske søkeordene; ”Diabetes”, ”foot ulcers”, ”quality of life”, ”prevent”, ”foot”, ”complications”, ”ulceration” og ”wound care.” Vi kombinerte disse søkeordene på forskjellige måter og fikk opp 10, 200 og 108 treff. Vi avgrenset ytterligere for å få opp artikler i full text og fra perioden 2008 – 2013. Da fikk vi 1, 22 og 9 treff. Vi kom også over en artikkel fra 2006 som var relevant, bygget opp mot de andre artiklene vi fant. Her brukte vi søkeordene; ”Diabetes”, ”foot ulcers”, ”nursing” og ”prevent.” Vi fikk da opp 63 treff, avgrenset fra 2005 – 2013 og full text. Vi fikk da opp 19 treff. Grunnen til at vi valgte å avgrense tidsperioden i søkene var for å få nye oppdaterte forskningsartikler.

Deretter ville vi finne en artikkel som omhandlet sykepleierens rolle i samarbeid med brukeren. Dette for å drøfte opp mot sykepleieteoretikeren Joyce Travelbee (1999). Vi brukte også denne gangen databasen Cinahl. Vi anvendte disse engelske søkeordene; ”nurse- patient”, ”relations”, ”nursingrole”, ”home nursing” og ”empowerment.” Vi fikk da opp 8 treff, videre avgrenset vi til full text og funn i mellom år 2007-2013. Da fikk vi opp 2 treff. Videre søkte vi i databasen Norart for å finne fram til en norsk studie. Her brukte vi søkeordet ”diabetes” og ”amputasjoner,” fikk da 3 treff. Etter søkeprosessen satt vi igjen med 6 relevante artikler som vi benytter igjennom besvarelsen.

Vi har anvendt kvantitative forskningsartikler når vi fant tallfestede resultater i forskningen (Dalland, 2012). Vi har også benyttet oss av kvalitativ forskning for å kunne drøfte Travelbees (1999) teori om blant annet det mellommenneskelige forholdet, håp og livskvalitet. Dette for å samle meninger og opplevelser, der en ikke kommer frem til tallfestede resultater (Dalland, 2012).

For å finne selvvalgt litteratur brukte vi BIBSYS, som er høgskolen sin bibliotekbase. Vi anvendte søkeord som "diabetes", "diabetes mellitus", "empowerment", "hjemmesykepleie", "Joyce Travelbee", "diabetiske fotsår", "sår", "forebyggende", "sykepleietiltak", "sykepleie", "kosthold" og "fysisk aktivitet." Videre har vi brukt pensumlitteratur fra vår 3-årige utdanning på sykepleien, da dette er kvalitetssikret litteratur.

2.4 Kildekritikk

Dalland (2012, s. 67) definerer; "Kildekritikk er de metodene som brukes for å fastslå om en kilde er sann. Det betyr å vurdere og karakterisere de kildene som benyttes." Grunnen til at en skal være kritisk til en kilde er for å finne relevant litteratur som kan besvare oppgavens problemstilling. Det er også viktig ved kildekritikk at en kan gjøre rede for anvendt litteratur i oppgaven. Det metodiske redskapet i en litterær oppgave er hvordan en klarer å vurdere kildene og belyse om det er en god eller dårlig kilde (Dalland, 2012).

Vi valgte å søke etter nye oppdaterte forskningsartikler da det stadig kommer oppdatert forskning og resultater om diabetes mellitus. Dette for å kvalitetssikre relevante kilder. Da vi søkte etter forskningsartikler valgte vi å begynne å lese abstraktet til artiklene. Årsaken til dette var for å spare tid og for å få en kort innføring i hovedpunktene. Ved å kun lese abstraktene vet vi samtidig at vi kan ha oversett aktuell forskning, men dette var en prioritering vi måtte gjøre i forhold til tidsbegrensningen. Begrunnelse for valg av antall artikler er at vi ser mye like forskningsresultater og de underbygger hverandre. Med dette som utgangspunkt synes vi det var viktig å kvalitetssikre funnene ved å ha flere artikler som bekrefter hverandre.

3.0 TEORI

3.1 Joyce Travelbee sin sykepleieteori

Joyce Travelbee ble født i 1926 i New Orleans, USA (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug, 1996). Hun jobbet som psykiatrisk sykepleier i mange år. Sykepleieteorien har fremdeles stor innvirkning på sykepleierfaget den dag i dag. Hennes sykepleierfokus lå i å skape en mellommenneskelig relasjon mellom bruker og sykepleier (Kristoffersen et al., 1996). Travelbees (1999) sykepleiedefinisjon beskriver vår funksjon, mål og hensikt, som vi tidligere har vist til i begrepsavklaringen.

Travelbees (1999) menneskesyn retter seg mot ideen om at hvert individ er unikt og uerstattelig (Kristoffersen et al., 1996). Det pekes på at tap og lidelse er to erfaringer de aller fleste vil oppleve i løpet av livet, men opplevelsen hos hvert individ er personlig. Lidelse og tap gir oss som mennesker mulighet til personlig utvikling og vekst, da mennesket har en evne til å finne mening i situasjonen, tross sykdom og lidelse (Kristoffersen et al., 1996). Travelbee (1999) viser til at håp er en faktor som fremmer mestring. Håp gir motivasjon til å mestre livssituasjonen og dermed til å finne en løsning eller utvei av lidelsen. Ved å håpe blir fokuset rettet mot forbedringer i livet for fremtiden (Travelbee, 1999).

For å kunne fremme helse må en definere hva helse er (Travelbee, 1999). Travelbee (1999) selv har ingen definisjon på begrepet, men mener man kan ha helse tross en medisinsk

diagnose, og motsatt. Vi har valgt å ta med en definisjon på hva helse er når Travelbee (1999) påpeker dette. Jensen og Johnsen referert i Gammersvik og Larsen (2012, s. 48) definerer helse som; ”En følelse av livsmot og livsglede og evnen til å mestre (hverdags)livets ulike situasjoner. Helse er en følelse av sammenheng, dvs. en følelse av begripelighet, håndterbarhet og meningsfylthet.”

Travelbee (1999) peker på at man skal ha en subjektiv forståelse av begrepet, der sykepleiere tar utgangspunkt i brukerens opplevelse av egen helsetilstand for å gi god sykepleie. Travelbee referert i Kristoffersen et al. (1996, s. 406) peker på at ”Subjektiv helse defineres individuelt, det vil si i henhold til hver enkeltes vurdering av sin fysisk-emosjonelle-åndelige status, slik denne oppfattes av ham.”

For å utføre god sykepleie, mener Travelbee (1999) det er avgjørende å skape et mellommenneskelig forhold. For å få til dette må en se bort i fra rolle-stereotypier og for å se hverandre som medmennesker. Hun beskriver flere faser sykepleier og bruker skal gjennom for å nå målet om en god relasjon. Ved å bruke kommunikasjon som et redskap vil dette føre til menneskelige relasjoner i samspill mellom sykepleier og bruker. Travelbee (1999) beskriver det mellommenneskelige forholdet som en prosess der man har et innledende møte som fører til kontakt, deretter empati, sympati, og til slutt etablering av gjensidig forståelse og kontakt (Travelbee, 1999).

Det første steget er *det innledende møtet* der sykepleier møter bruker for første gang (Travelbee, 1999). Begge parter danner seg forventninger og antakelser om den andre. Observasjoner ved første møtet oppfattes ved verbal- og nonverbal kommunikasjon, dermed dannes et ”førsteintrykk”. Førsteintrykket endres og utvikles etter hvert som en blir bedre kjent. ”En sykepleier” og ”en bruker” er hva partene ofte ser hverandre som ved det innledende møtet, og ikke som unike individer. For å arbeide seg inn i neste fase må en se vekk fra disse stereotypi oppfatningene, og prøve å se individet bak sykdommen (Travelbee, 1999).

Kontakt er neste fase i det mellommenneskelige forholdet (Travelbee, 1999). Da begynner personlighetene til bruker og sykepleier å bli mer synlige for hverandre. Dermed kan vi få en bedre forståelse av brukerens situasjon og ønsker. For å oppnå dette er det viktig for

sykepleieren å ikke sammenligne den nye brukeren med tidligere brukere. Sykepleier og bruker begynner å se hverandre som individer, ikke kategorier (Travelbee, 1999).

Den tredje fasen er etablering av *empati* (Travelbee, 1999). Empati handler om evnen til å forstå en annen persons psykologiske tilstand, samtidig som en er atskilt. Når en føler empati for andre, knytter man sterke bånd, og med det kan en også forutsi den andres adferd. Empati bygger på noe en kan kjenne seg igjen i, og at en har like erfaringer og et ønske om å forstå hverandre (Travelbee, 1999).

Sympati er et resultat av empati, og en følelse man viser ovenfor den andre personen (Travelbee, 1999). Sympati forbindes med lidenskapelighet, der ønsket om å hjelpe personen ut av lidelse er stort. I motsetning til empati der en kun føler med, vil man ved sympati kjenne på ønsket om å lindre personens plager. Dette kan virke som en lettelse på brukeren siden en kan dele lidelsen med en annen (Travelbee, 1999).

Gjensidig forståelse og kontakt er et utfall av de andre fasene en har oppnådd i det mellommenneskelige forholdet (1999). Ved dette nivået føles en fortrolighet ovenfor hverandre slik at det kjennes trygt å dele følelser, tanker og holdninger. Travelbee (1999) mener det er oppnåelse av denne fasen som er det høyeste målet for all sykepleie.

Det er denne spesielle relasjonen som gjør at en lærer seg å kjenne hvert menneske som et individ og ser brukerens særegne behov (Travelbee, 1999). En profesjonell sykepleier vil ifølge Travelbee (1999) kunne bruke sin personlighet og kunnskap bevisst for å skape et hensiktsmessig forhold.

3.2 Hjemmesykepleie

”Brukeren skal få hjelp til å mestre hverdagen i sitt hjem,” (Fjørtoft, 2007, s. 15), dette er hjemmesykepleiens målsetting. I teorien blir begrepet hjemmesykepleie kun brukt når det er sykepleier som utfører tjenesten. Ved annen kompetanse blir begrep som hjemmetjenester, hjemmebaserte tjeneste og åpen omsorg anvendt. Lov om pasient –og brukerrettigheter (1999) § 2-1a viser til at bruker har rett til å få øyeblikkelig hjelp, og nødvendige helse- og

omsorgstjenester i kommunen. Det vil si at kommunen er pliktet til å tilby nødvendige helse – og omsorgstjenester, som i mange tilfeller vil være tilbud om hjemmesykepleie.

En viktig refleksjon å gjøre seg når en arbeider i andres hjem, er at arbeidsarenaen din er over dørstokken til brukeren (Fjørtoft, 2007). Vi som sykepleier kommer for å gi brukere profesjonell hjelp, og derfor kan det være misvisende hvis vi bruker begrepet ”gjest”. Det er derfor mer hensiktsmessig å bruke betegnelsen ”gjest” til en som ikke er invitert fastslår Fjørtoft (2007). Dette kan både være en utfordring for oss som sykepleiere og for brukeren som har behov for hjelp. Hjemmesykepleie ligger i grenseland mellom det private og det offentlige, og dette kan også være en utfordring for mange. Et hjem er trygghet, selvstendighet og individualitet. Det er et hjem som skaper et liv og hvordan rammene for hvert enkelt liv fungerer. Gullestad referert i Fjørtoft (2007, s. 26) beskriver dette på en god måte; ”Dørstokken er den viktigste grensen mellom det private og det offentlige. Entredørene, låsene, navskiltet, dørmatten og ringeklokken kan ses som praktiske og symbolske markeringer av denne grensen. Den er på samme tid både en barriere og et vern.” Det er avgjørende at hjemmesykepleien viser respekt og ivaretagelse av hjemmet til brukeren (Fjørtoft, 2007).

St. meld nr. 47 (2009) omhandler samhandlingsreformen, som tredde i kraft januar 2012. Målet med denne reformen er at det skal bygges opp et bedre oppfølgings -og behandlingstilbud i kommunene, som igjen gjenspeiler seg i at det vil bli behov for kunnskap og kompetanse. Hjemmesykepleien vil derfor bli en arbeidsarena med høyere kvalifikasjoner. Samhandlingsreformen har et fokus på å fremme helse og forebygge helseproblemer, fremfor å ha fokuset på sykdom og behandlingen av den. Arbeidet med samhandlingsreformen krever kompetanse, spesialisering og ikke minst tverrfaglig samarbeid (Helse –og omsorgsdepartementet, 2009). Tverrfaglig samarbeid er en betegnelse som omhandler fagpersoner med ulik kompetanse, som arbeider mot et felles mål til brukere (Fjørtoft, 2007). Lov om helsepersonell (1999) § 21, *hovedregel om taushetsplikt*, kan føre til at tverrfaglig samarbeid kan være vanskelig å gjennomføre i praksis (Fjørtoft, 2007). Dette på grunn av Lov om helsepersonell (1999) § 25, *opplysninger til samarbeidende personell*, peker på at opplysninger til samarbeide personell kun kan få informasjon hvis brukeren tilsier seg dette.

Selv om samhandlingsreformen har påført hjemmesykepleien en mer krevende arbeidssituasjon, er vi som sykepleiere fortsatt pliktet til å forholde oss til lovverk (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009). Lov om pasient –og brukerrettigheter (1999) § 3-1 viser til at brukere har rett til medbestemmelse i gjennomføring av helse –og omsorgstjenester. Også §3-2 er vesentlig ettersom vi som sykepleier er pliktet til å gi tilstrekkelig med informasjon på en forståelig måte, så brukeren har mulighet til medbestemmelse av egne helsevalg. Alle kan ta sine egne beslutninger om hvordan de vil leve sitt eget liv, det er også da viktig at dette respekteres (Fjørtoft, 2007).

”Brukermedvirkning kan defineres som brukerens mulighet og evne til selvbestemmelse i møte med fagpersoner og tjenester” (Fjørtoft, 2007, s. 127). Begrepet brukermedvirkning er en vesentlig rettighet i dagens samfunn (Fjørtoft, 2007). Som sykepleier er det viktig å la brukere engasjere seg i sin egen helsetilstand. Vatne referert i Fjørtoft (2007) peker på at selvbestemmelse, valgfrihet, innflytelse og egenaktivitet er prinsipper som beskriver brukermedvirkning. For at brukere skal kunne få mulighet til å medbestemme, må vi som sykepleiere gjøre brukeren delaktig. Som sykepleier vil en hjelpe og motivere brukere til å ta de ”riktige” helsevalgene (Fjørtoft, 2007).

Begrepet empowerment spiller en sentral rolle og kan knyttes opp mot brukermedvirkning (Fjørtoft, 2007). ”Empowerment, eller myndiggjøring, som det gjerne heter på norsk, er å gi makt og autoritet til personer og sette dem i stand til noe de ikke tidligere var i stand til (Fjørtoft, 2007, s. 128). Gibson referert i Fjørtoft (2007) peker på at involvering og samarbeid er viktig ved empowerment.

3.3 Diabetes mellitus

Skafjeld og Graue (2011, s. 19) definerer;

Diabetes mellitus er en hormonell sykdom med relativ eller absolutt insulinmangel som resulterer i forhøyet blodsukker. De vanligste formene er type 1- og type 2 – diabetes. Ved type 1 –diabetes foreligger det absolutt insulinmangel på grunn av ødeleggelse av de insulinfrigjørende betacellene i pankreas (bukspyttkjertelen), og insulinbehandling er dermed nødvendig. Type 2- diabetes er den vanligste formen for diabetes, og tilstanden karakteriseres

ved relativ insulinmangel på grunn av insulinresistens og tiltagende redusert insulinfrigjøring fra betacellene.

Ved Diabetes type 1 angriper immunforsvaret sine egne insulinproduserende betaceller i pankreas (Jenssen, 2011). Type 1- diabetes er en autoimmun sykdom og når 80-90 % av betacellene er ødelagt har personen utviklet type 1- diabetes. Dette rammer som oftest barn og ungdommer under 18 år, og det er en arvelig sykdom. Voksne kan også utvikle type 1- diabetes, men dette er mer sjeldent. Ved Diabetes type 2 oppstår det et underskudd av insulinproduksjon og et overskudd av glukagon. Personer i 40- års alderen og eldre er de som oftest blir rammet av type 2- diabetes, yngre personer rammes sjeldent (Jenssen, 2011).

Vanligste symptomet ved type 1- diabetes er hyppig urinlating og tørste (Jensen, 2011). Disse symptomene kommer på grunn av for mye glukose i urinen. Hvis disse symptomene ikke oppstår hos brukeren vil insulinmangelen gi større konsekvenser ved at opptaket av karbohydrater og energi til muskel –og fettceller blir ytterligere redusert. Dette vil kunne resultere i avmagring og vekttap. Brukeren vil få væsketap som fører til slapphet og tretthet. Det vanligste ved diabetes type- 2 er at forløpet til sykdommen utvikler seg over 10-12 år, hvor blodglukosen stiger langsomt. Startfasen av diabetes type- 2 har svært lite symptomer, og det er derfor mange som lever uvisse om at de har denne diagnosen. Når sykdommen har utviklet seg over flere år, og blodglukosen blir forhøyet til alle tider på døgnet, spesielt om morgningen, kan sykdommen oppdages. Hyppig vannlating, slapphet og tretthet er symptomer på dette. Siden sykdomsforløpet som regel går over en lengre periode før den blir oppdaget, har ca. halvparten av denne pasientgruppen utviklet en senkomplikasjon når diagnosen blir stilt (Jenssen, 2011).

For å få stilt en diabetesdiagnose er kriteriet at blodglukosen blir målt til over 7 mmol/l eller høyere fastende (Jenssen, 2011). HbA₁C er et uttrykk som brukes for å beskrive glukoseinnholdet i blodet de siste 6-8 ukene, også kalt langtidsblodsukker. Denne verdien viser hvor mye glukose som er bundet til hemoglobin i de røde blodcellene. Et godt regulert blodsukker ligger mellom 4- 7 mmol/l fastende, som tilsvarer 7 % eller lavere i HbA₁C verdier (Jenssen, 2011).

Kun brukere som får behandling med insulininjeksjoner eller tabletter (sulfonylureapreparater) opplever hypoglykemi, også kalt for føling (Jenssen, 2011). Symptomer ved hypoglykemi er sultfølelse, uro, svette og eventuelt hjertebank. Dersom blodglukosen blir under 2,5 mmol/l vil symptomer som tåkesyn, tunnel syn, svimmelhet og bevisstløshet oppstå. Dette fordi hjernefunksjonen påvirkes i en større grad. Hypoglykemi behandles ved at brukeren inntar sukker i form av eksempelvis sjokolade, honning eller sukkerholdige drikker. Ved alvorlig hypoglykemi vil brukeren få sukker intravenøst (Jenssen, 2011).

Hyperglykemi er betegnelse på høyere blodglukose enn normalt (Jenssen, 2011). Ved underskudd av insulininjeksjoner eller sulfonylurepreparater, på grunn av utilstrekkelig dose eller økt behov, oppstår hyperglykemi. Symptomene er hyppig vannlating, tørste, tørre slimhinner, redusert almenntilstand, slapphet og i verste fall bevisstløshet (Jenssen, 2011).

Det er flere som debuterer til type 1- diabetes ved ketoacidose (Jenssen, 2011). Ketoacidose en tilstand som type 1- diabetikere kan utvikle dersom blodsukkeret er svært høyt. Type 2 – diabetikere kan også få høyt blodsukker, men det oppstår ikke ketoacidose ettersom de produserer nok insulin til å hindre utviklingen. Ketoacidose utvikles ved manglende eller svært nedsatt insulinbehandling. Det som skjer er at innholdet av glukose blir forhøyet i blodet, dette fordi musklene ikke klarer å ta opp glukose i en tilstrekkelig grad i forhold til behovet. Leveren begynner å produsere glukose uhindret og det blir en opphopning. I denne prosessen begynner i tillegg fettsyrer å frigjøres fra fettvevet. Dette er en tilstand som kan være svært alvorlig og farlig å overse. Tilleggssymptomer ved ketoacidose er at pusten til personen får en ketonlukt (Jenssen, 2011).

3.4 Senkomplikasjoner og diabetiske fotsår

Et liv med diabetes kan gi en kompleks hverdag for mange (Skafjeld & Graue, 2011). Faktorer som påvirker livssituasjonen kan være å oppnå stabilt blodsukker, redsel for hypoglykemi – og/eller hyperglykemi, kostholdsregulering, legemidler og det å ha faste rutiner. I tillegg til disse endringene kommer frykten for å utvikle senkomplikasjoner (Skafjeld & Graue, 2011).

Ved senkomplikasjoner skilles det mellom mikro- og makrovaskulære komplikasjoner (Jenssen, 2011). Mikrovasculære senkomplikasjoner oppstår i mindre blodkar som rammer nyrer (nefropati), øyne (retinopati) og perifere nerver (nevropati). Felles for disse er forandringer i arteriene og kapillærene. Makrovaskulære senkomplikasjoner oppstår i større blodkar som kan føre til hjerte –og karsykdommer (Jenssen, 2011).

Diabetiske fotsår er en mikrovasculær senkomplikasjon som ca. 15 - 25 % av alle voksne med diabetes opplever å få, en eller flere ganger i løpet av livet (Skafjeld & Graue, 2011). Det regnes også at 3 – 8 % av alle med diabetes mellitus har et eller flere åpne sår (Lindholm, 2012). Den vanligste årsaken til at fotsår oppstår er ved skader på perifere nerver, dette på grunn av nedsatt og forstyrret sirkulasjon. Nerveskader og forandringer i blodkar kan føre til diabetiske fotsår (Lindholm, 2012). Alle typer nerver blir rammet ved nevropati og dette fører til nedsatt temperatur –og følelsessanser i bein og føtter (Diabetesforbundet, 2011). Når temperatur-, smerte- og følelsessansene svekkes kan det oppstå sår som er vanskelig å oppdage for de som lever med sykdommen. Dette fører til redusert følelse av ubehag. (Lindholm, 2012; Jenssen, 2011).

80% av alle diabetiske fotsår oppstår på grunn av sko som trykker eller spisse gjenstander i fottøyet (Lindholm, 2012). Sårhelingsprosessen blir redusert over tid hos personer med diabetes. Årsaken til dette er fordi granulocytffunksjonen er nedsatt hos diabetikere, og dette øker risikoen for infeksjon. En annen faktor som innspiller er hvis HbA₁C verdien øker som følge av dårlig regulert blodsukker (Lindholm, 2012).

Ca. 50 % av diabetiske fotsår oppstår under fotsålen, dette gjør det vanskelig for brukere å observere (Lindholm, 2012). Også tær, spesielt stortå, er utsatt for sår dannelser. Ved trykksårbelastninger skjer det som oftest sår dannelser på hælene. Når en observerer endringer på brukere sine føtter, er det viktig å få spesialisert behandling og pleie regelmessig. Gjennom Lov om spesialisthelsetjenesten (1999) har brukere krav på spesialiserte tjenester. Det er nødvendig å kartlegge ” ... sykdomsbilde, varighet av diabetessykdommen, eventuell legemiddelbehandling, sykdomsforståelse og brukerens evne til medvirkning i behandlingen” (Lindholm, 2012, s 223), altså hele sykdomsbilde som også blir kalt for ”anamnese”.

Fotsår er hovedårsaken til amputasjoner hos diabetikere (Skafjeld, 2011). Det er viktig med en grundig vurdering av brukere før det fastslås at amputasjon er nødvendig, dette skal være siste

utvei (Lindholm, 2012). Dersom det oppstår infeksjoner er det nødvendig og ta bakterie prøver som sendes til dyrkning. Ved amputasjoner er det 25-50% som gjennomføres på grunn av dype infeksjoner. Disse dype infeksjonene forårsakes ofte av gramnegative og anaerobe mikroorganismer (Lindholm, 2012). Målet vårt som sykepleiere er å forebygge mot sår og hindre at prosessen går over en lengre periode og resulterer i amputasjoner (Helse –og omsorgsdepartementet, 2009 ; Lindholm, 2012).

3.5 Forebyggende sykepleie til diabetiske fotsår

Forebyggende helsearbeid blir av World Health Organization (WHO) referert i Mæland (2010) og beskrevet som mer enn å lindre sykdom. En driver forebyggende arbeid på samfunns- og individnivå. Formålet er uansett å øke folks livskvalitet ved å forebygge sykdom og fremme helse (Mæland, 2010 ; Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

For å arbeide forebyggende som sykepleier blir det viktig å rette seg mot personer i risikogruppen for utvikling av diabetiske fotsår (Jenssen, 2011). Personer med diabetes må planlegge hverdagens rutiner slik at de får regulert blodsukkeret. Blodsukkersvingninger gjennom mange år vil føre til alvorlige senkomplikasjoner (Skafjeld, 2011). Målet om å opprettholde et stabilt blodsukker krever kunnskap om ernæring, fysisk aktivitet, behandling og medisiner (Diabetesforbundet, 2012).

3.5.1 Generelle tiltak

En sunn diet og fysisk aktivitet er viktige basistiltak for sykdomsgruppen (Diabetesforbundet, 2012). Det er viktig å regulere livsstilen ved å jobbe mot en balanse mellom en metabolsk kontroll og redusere faren for risikofaktorer. Dette vil føre til bedret livskvalitet og sikkerhet for brukeren (Diabetesforbundet, 2012).

Det er viktig for diabetikeren å få en skreddersydd kost- og mosjonsplan som er individuelt tilpasset (Diabetesforbundet, 2012). Forbedring av livsstilen gjennom kost, mosjon og riktig behandling, vil ha en forebyggende effekt. Ved å måle blodsukkeret blir man etter hvert tryggere på hvordan blodsukkeret påvirkes etter hva en gjør. Fysisk aktivitet og et sunt

kosthold vil gi gode effekter på lang sikt, uansett type diabetes, alder og kjønn (Hermanssen, 2011). Faren for hjerte- og karsykdommer, høyt blodtrykk, fedme, høye kolesterolverdier og blodsukkersvingninger, minker ved å være fysisk aktiv, samt ved å spise sunt (Diabetesforbundet, 2012). Hos type 2 diabetikere har fysisk aktivitet en positiv virkning ved at glukoseopptaket i muskulaturen øker, som medfører til sterkere insulinfølsomhet. Ved å innta mindre hvetemel, sukker og ”ferdigmat”, og spise mer fisk og fiber vil kostholdet bedres. Et stabilt blodsukker, forhindring av hypo- og hyperglykemi og utvikling av kroniske senkomplikasjoner er målet (Diabetesforbundet, 2012).

De fleste diabetikere med type 1 er normalvektige, men hos personer med type 2 er hele 75% overvektige eller har fedme (Diabetesforbundet, 2012). I disse tilfellene er det spesielt viktig å oppfordre til vektreduksjon i form av redusert kaloriinntak og økt forbrenning ved fysisk aktivitet (Hermansen, 2011).

Fysisk aktivitet og et sunt kosthold øker insulinfølsomheten, og kan redusere vekt og Body Mass Index (BMI) verdier. BMI er en formel som brukes for å indikere over- eller undervekt gjennom forhold mellom høyde og vekt (Hermansen, 2011). Det finnes ingen fasit for hvordan en skal leve sunt, men ved veiledning av fagpersoner og erfaringer underveis, vil brukeren oppnå en sunnere livsstil (Diabetesforbundet, 2012).

Hjemmesykepleiernes videreformidlingsevne av kunnskap er av stor betydning i forebyggende arbeid (Fjørtoft, 2012). Det er avgjørende for sykepleier og bruker at sykepleier har tilegnet seg tilstrekkelig kunnskap og kompetanse i veiledning og behandling av bruker (Fjørtoft, 2007). Spesielt viktig er det å ha en systematisk oppfølging der kartlegging og tilrettelegging av behovene er avgjørende for godt resultat (Skafjeld, 2011).

Individuell plan (IP) er et hjelpemiddel som er lovpålagt i Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) §2-5, *Rett til individuell plan*. I sosialtjenesteloven, og i arbeids- og velferdsforvaltningsloven er rett til individuell plan også hjemlet (Thommesen, Normann & Sandvin, 2011). *Forskrift om individuell plan* (2004) gir en beskrivelse av målet med dette verktøyet. IP benyttes for å gi brukeren en helhetlig, koordinert, individuell tjeneste, og for at brukeren skal ha en primæransvarlig sykepleier (Thommesen et al., 2011). Sammen med brukere med behov for langvarig og koordinert helsehjelp, utarbeider vi som sykepleiere en tiltaksplan (Moen, Hellesø & Berge, 2008). Dette for å sikre individuelt tilpasset tilbud og for å ivareta begrepet om brukermedvirkning. IP skal brukes for å bistå brukere med sammensatte

tjenestebehov, slik at en oppnår den helsehjelpen de har krav på (Moen et al., 2008). I en IP skal man kartlegge brukerens ressurser, behov for hjelp, samt fastsette hvilke mål en skal arbeide mot (Thommesen et al., 2011). Utarbeidelse av en god og oppdatert IP vil gjøre samarbeidet lettere mellom tjenesteyter, tjenestemottaker og det tverrfaglige samarbeidet (Forskrift om individuell plan, 2004). Hos en bruker med diabetes vil det sannsynligvis være behov for tverrfaglig samarbeid med for eksempel fastlege, diabetessykepleier og fotpleier. Målet med tverrfaglig samarbeid er for å dekke brukerens behov (Fjørtoft, 2007). Tiltakene som iverksettes skal ta utgangspunkt i brukerens livssituasjon, og individualiseres. En IP skal inneholde en detaljert samarbeidsplan der ansvar- og oppgavefordeling skal plasseres (Fjørtoft, 2007).

For å oppnå kontinuitet i hjemmesykepleien, er et primærsykepleiesystem et godt tiltak (Fjørtoft, 2007). Ved å ha et primærsykepleiesystem vil brukeren kunne forholde seg til faste sykepleiere i større grad (Helse –og omsorgsdepartementet, 1995). Dette vil føre til et sammenhengende tilbud der ansvarsforholdene er bestemt (Thommesen et al., 2011). Primærsykepleieren har med dette ansvar for å vurdere tiltak, informere brukeren om nødvendig informasjon, og oppdatere journalføringer. De av personalet som går fast til en bruker får hovedansvaret for omsorgen og kontakten med brukeren (Thommesen et al., 2011). Dette vil føre til at sykepleieren har god oversikt og kontroll over brukerens behov, ressurser og tiltak (Fjørtoft, 2007). Et slikt system kan føre til mer stabilitet for bruker og sykepleier. Det vil også medføre kontinuitet og mulighet til individuelt tilpassede tiltak til brukeren, som igjen kan bidra til en trygghetsfølelse. Det vil med dette bli lettere å skape gode og stabile rutiner i hjemmesituasjonen (Fjørtoft, 2007). For sykepleiere viser det seg også å ha gunstige resultater ved å arbeide i et slikt system, når en blir mer bevisst på oppfølgingen, utvikling og fremgang (Helse –og omsorgsdepartementet, 1995).

3.5.2 Spesifikke forebyggende tiltak mot fotsår.

Diabetiske fotsår kan i verste fall føre til amputasjon (Skafjeld, 2011). I utgangspunktet er sykepleieres oppgave å unngå at diabetiske fotsår oppstår, men dersom denne komplikasjonen skulle oppstå er arbeidsoppgaven å iverksette tiltak som forebygger utvikling av infeksjon. Ofte kan årsaken til amputasjon være forsinket eller manglende forebyggende behandling (Helsenorge, 2012). For å kartlegge brukerens risiko for utvikling av fotsår er det noen risikofaktorer som spiller inn. Disse er hyperglykemi, røyking, perifer nevropati, iskemi,

tidligere fotsår, fotdeformiteter, nedsatt syn, varighet av sykdommen, alderdom og enslige eldre personer. Brismar et al. Referert i Lindholm (2012, s. 227) viser til retningslinjer en bruker for å gradere risikogrupper i fare utvikling av diabetiske fotsår:

Gruppe 1. Lav risiko: Ingen tegn på perifer nevropati og arteriell insuffisiens. Ingen fotødemer eller deformiteter (friske føtter). Undervisning om egenomsorg.

Gruppe 2. Middels høy risiko: Perifer nevropati. Forandringer som deformiteter, forhornet hud, hallux valgus, hammertær, tørr hud, hudrødme. Palpabel fotpuls eller ankeltrykk over 80mm Hg. Føttene krever særlig oppmerksomhet. Regelmessig fotpleie. Ortopediske hjelpemidler.

Gruppe 3. Høy risiko: Perifer nevropati uttalte fotdeformiteter, fot ødem, manglende evne til egenomsorg, alvorlig nedsatt syn på grunn av diabetes. Nedsatt arteriell sirkulasjon. Hyppige kontroller hos fotterapeut og behandlende lege. Ortopediske hjelpemidler.

Dersom en bruker blir vurdert med høy risiko er det viktig at vi som sykepleiere undersøker føttene daglig (Skafjeld, 2011). Observasjoner, vurderinger og dokumentering virker forebyggende, samt at bruker får, eller selv utfører, et godt fot stell. Det er viktig å kartlegge resultatet av ulike undersøkelser, som eksempelvis førlighet, sirkulasjon, hud- og negleforandringer. Anbefalinger er for en diabetiker viktig å følge, samtidig som det passes på at det ikke er steiner og annet puss i skoene som kan gnage på huden. Ved å inspisere føttene regelmessig vil en kunne oppdage sårutvikling og tegn på dårlig hud i en tidlig fase. Behandlingen vil da også kunne starte før det eventuelt er for sent (Skafjeld, 2011).

Skafjeld (2011) peker på aktuelle forebyggende tiltak mot diabetiske fotsår. Disse omhandler først og fremst enkle grep som innebærer å inspisere, identifisere og undersøke føttene regelmessig. Viktige observasjoner er muskelatrofi, fotdeformiteter, tørr hud, negler, forhornet hud, sprekkdannelser, perifer puls, fargen på huden og eventuelt forandringer ved sår dannelse (Lindholm, 2012). Riktig opplæring, veiledning og bruk av ortopedisk fottøy blir blant annet beskrevet (Skafjeld, 2011). Som sykepleier kan det være lurt å se tilbake på sykehistorien til brukeren for å se etter risikofaktorer, eller faktorer en må vise hensyn til under samarbeidet. For å teste føttene for nevropati vil kliniske undersøkelser som trykksans, vibrasjonssans, berøringssans og reflekser være gunstige (Skafjeld, 2011).

Dokumentasjon er en annen forutsetning i sykepleie som er nødvendig for å utføre forsvarlig helsetjenester både faglig og juridisk (Moen et al., 2008). Lov om helsepersonelloven (1999) §40 står det;

Journalen skal føres i samsvar med god yrkesskikk og skal inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen, samt de opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov. Journalen skal være lett å forstå for annet kvalifisert helsepersonell.

Ved å føre god dokumentasjon vil vi kunne ha en bedre oppfølging av brukere, samt kontinuitet i arbeidet (Moen et al., 2008). Verdien av dokumentasjon er avhengig av struktur for at faglig samhandling og kommunikasjon skal blir lettere. Helsepersonelloven (1999) viser videre i § 39 at vi er pliktet til å reflektere over helsehjelpen vi utfører og brukerens aktuelle situasjon. Dokumentasjonen skal gi en beskrivelse av helsehjelpen vi som sykepleiere yter sammen med brukeren (moen et al., 2008). Journalføringer om en bruker, er det materialet vi som sykepleiere arbeider ut i fra når vi vurderer, planlegger og utfører tjenester, med og for brukeren. Siden brukermedvirkning vektlegges i vår helselovgivning, skal vi ha med brukerens ønsker og forventninger i utforming av tiltak, også med i journalføringen (Moen et al., 2008). Mange brukere har behov for tjenester fra spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Dersom samhandlingen, kommunikasjonen og koordineringen er mangelfull mellom disse tjenesteyterne, vil brukeren ikke få den hjelpen de har krav på. Nettopp derfor er det svært nødvendig å ha et godt system der en fører god dokumentasjon for å dekke brukerens behov (Moen et al., 2008). I forhold til en bruker med diabetes vil det være svært nødvendig å dokumentere alt som har med sår utvikling å gjøre. En presis og nøye forklart beskrivelse av huden vil være nødvendig for å se utvikling eller reversering av såret (Lindholm, 2012)

4.0 DRØFTING

Vi vil begynne med å drøfte hva god sykepleie er, sett i sammenheng med Joyce Travelbee (1999) sin sykepleieteori og selvvalgt forskning. Vi benytter oss også av to artikler fra Norsk Sykepleierforbund som tar for seg håp og forholdet mellom sykepleier og bruker (Thollin, 2005; Lorentsen, 2003).

4.1 Et mellommenneskelig forhold i sykepleie

Et av hovedfokusene til Travelbee (1999) er å skape et mellommenneskelig forhold. Hun tar avstand fra roller og generalisering. Det finnes mye litteratur som forteller noe om forholdet mellom sykepleier- og bruker. For å opprettholde, eller ivareta, et godt forhold mellom bruker og sykepleier viser det seg i midlertid å være et felles trekk å rette fokus mot å skape gode møter. Erfaringen av det gode møtet vil oppleves ulikt for begge parter, slik Travelbee (1999) er opptatt av.

Vi vil nå ta for oss de ulike fasene Travelbee (1999) viser til for å oppnå det mellommenneskelige forholdet. I den første fasen, som er det innledende møtet, er det sykepleiers ansvar å se vekk fra egen oppfatning om stereotypier. Det er da viktig for sykepleiere å være seg bevisst personlige holdninger og kroppsspråk. Brukere er enkeltindivider med ulik personlighet og erfaringer. Det blir dermed avgjørende å se bort ifra stereotypier, og se brukeren for det enkeltindividet den er. Sykdomssymptomene kan være like, men en må ikke forveksle dette med individet. På bakgrunn av dette er det viktig å ta hensyn til at brukere med diabetiske fotsår vil oppleve tilværelsen og sykdomsforløpet ulikt (Hummelvoll, 2012). Det blir med dette viktig å lytte til hver enkelte sin opplevelse av sykdommen.

Neste fase i Travelbees (1999) teori er kontakt. Det etableres kontakt mellom sykepleier og bruker etter første fase. Personlighetene kommer frem og en forstår hverandre bedre. Hummelvoll (2012) mener det er viktig å vise respekt og benytte brukermedvirkning som et nyttig verktøy, slik at vi ikke tar fra brukeren kontrollen. Dette er nødvendig for at brukeren skal holde motivasjonen oppe og føle mestring i egen helsesituasjon (Hummelvoll, 2012). Hummelvoll (2012) beskriver mestring som å beherske og håndtere vanskelige livssituasjoner.

Tredje fase i Travelbees (1999) teori om mellommenneskelige forhold handler om empati. Empati er evnen til å forstå et annet menneske (Travelbee, 1999). For å utøve god sykepleie pekes det på at det er vesentlig å vise empati ovenfor brukere. Dette kan bidra til at brukere føler seg ivaretatt og forstått (Hummelvoll, 2012). Med det ser vi at Hummelvoll (2012) bekrefter Travelbees (1999) syn på empati. Eide og Eide (2011) viser til at det er viktig som

sykepleier å vise empati på en profesjonell måte for at brukeren og sykepleieren skal oppnå gode relasjoner.

Neste fase i det mellommenneskelige forholdet til Travelbee (1999) er hennes syn på sympati. Travelbee (1999) mener sympati handler om en sterk følelse om å hjelpe. Sympati og medfølelse er to begreper som henger sammen. Sykepleieren skal føle med brukeren og dermed blir man personlig involvert, uten at dette påvirker jobben en skal yte (Travelbee, 1999). Eide og Eide (2011) hevder en skal vise forståelse, uten å involvere seg privat. Som sykepleiere har de fleste en genuin interesse av dette i utgangspunktet. Vi stiller oss med dette kritiske da vi ser at Eide & Eide (2011) ikke samsvarer med Travelbee (1999) sin mening om hvordan det profesjonelle forholdet utarbeides. Gjennom egne praksiserfaringer har vi resonert oss frem til at det kan være en belastning å engasjere seg privat fra sykepleierens ståsted.

Utfallet av Travelbees (1999) teori om mellommenneskelige forhold vil kunne være gjensidig forståelse og kontakt. Hummelvoll (2012) benytter seg av betegnelsen sykepleier- bruker-fellesskapet i stede for sykepleie- bruker- forholdet. Dette gjør han for å legge fokuset på møtet mellom to mennesker, isteden for rolleforskjellene. Med dette sammenligner vi Travelbees (1999) teori, og ser et ulikt ordvalg, men med samme tolkning (Hummelvoll, 2012). Derfor velger vi å forholde oss til Travelbees (1999) betegnelse, sykepleie- bruker-forholdet.

Det er med dette viktig å huske at sykepleierens formål er å hjelpe og tilrettelegge for den hjelpetrengende (Thollin, 2011; Travelbee, 1999). Vi ser at det ofte kommer frem brukerhistorier i media der brukere og pårørende har opplevd såre opplevelser. Travelbee (1999) har et godt poeng med at en skal alltid ta i betraktning at opplevelsen hos hvert individ er personlig. Hvordan kan vi forsikre oss om at brukeren opplever møtet med sykepleier som noe positivt?

Det er som nevnt viktig å være seg bevisst måten man tilnærmer seg brukere (Thollin, 2011). En sykepleier har utdanning og kompetanse til å pleie, behandle og vise omsorg. Dette skaper en særstilling og det er derfor viktig å være bevisst på dette slik at en ikke misbruker sin posisjon. Et godt poeng er at makt ikke nødvendigvis skapes av faglig posisjon, men også fortroligheten en får hos andre. Thollin (2005) beskriver dette slik;

“Er man bevisst relasjonens dialogiske fundament, er det også mulig å kombinere faglig

autoritet og likeverdige mellommenneskelige forhold.”

Bruker vil ofte kunne bekrefte hvorvidt han eller hun opplever møtet med sykepleier som positivt gjennom kroppsspråk og hva som blir sagt (Eide & Eide, 2010). Sykepleierens jobb blir dermed å tolke og tyde brukerens verbale (hva som blir sagt) og nonverbale (kroppsspråket) kommunikasjon. Vår fremtredelse som sykepleier gjenspeiles i brukers reaksjon. Med dette mener vi verbal og nonverbal kommunikasjon. Det er viktig å gi bekreftelse når en lytter til brukeren slik at vedkommende føler at vi er interesserte og vil hjelpe (Eide & Eide, 2010).

Ifølge Travelbee (1999) er det viktig å ikke generalisere roller. Dersom en benytter rollebetegnelse er det avgjørende å ikke skape en for stor avstand mellom bruker og sykepleier. Likevel stiller vi oss kritiske til teorien da vi ser at det kan være en fordel å skape en viss avstand mellom bruker og sykepleier (Thollin, 2005). En viss avstand kan føre til bedre faglige vurderinger, en arbeider rettferdig og en settes ikke i en sårbar situasjon (Thollin, 2005). Eide og Eide (2010) viser til det profesjonelle forholdet mellom sykepleier og bruker, der begrepet empati, fagkunnskap og målorientering er vesentlig. For å oppnå profesjonalitet er det viktig å vise innlevelse ovenfor brukeren for å kunne handle etter beste interesse (Eide & Eide, 2010).

Ifølge Travelbee (1999) er håp en faktor som gir motivasjon til å fremme mestring. Spørsmålet blir med dette, hvordan kan en styrke brukerens håp? I en artikkel skrevet om en studie som omhandler håp hos brukere, kommer det fram at opplevelse av noe godt og gode øyeblikk gir håp (Lorentsen, 2003). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere viser det til at en skal understøtte håp i punkt 2.2 (Norsk sykepleieforbund, 2011). Pasienter som nærmer seg livets slutt kan oppleve at håpet spirer ved unnværelse av smerter og kvalme. Her bruker vi ”pasient” da vi viser til betydningen av begrepet i oppgavens innledning. Følelsen av håp gir pasienten et ønske om å kjempe videre mot sykdom, dette bekreftes i artikkelen og gjennom Travelbees (1999) teori (Lorentsen, 2003). Lorentsen (2003) som Travelbee (1999) viser til likheter som bekrefter at Travelbee (1999) sin teori også er aktuell per dags dato. Det kommer fram at sykepleiere må få mer kunnskap om betydningen av håp, og hvilken virkning dette kan ha (Lorentsen, 2003). Travelbee (1999) peker på at det er viktig å finne mening i en vanskelig situasjon, siden tap og lidelse gir oss mulighet til utvikling og vekst som personer. Lorentsen

(2003) viser til at vår kultur, og helsevesenet er for dårlig på håpsfremmende intervensjoner. Dette kommer av at vi er mer opptatt av det gode liv og vi foretrekker derfor ikke å føle på lidelse. Ved å godta lidelse og død, vil håpet vokse frem (Lorentsen, 2003).

4.2 Samspillet mellom sykepleier og bruker

Doss, DePescal og Hadley (2011) skriver en forskningsartikkel som omhandler bruker-sykepleier forholdet. For å underbygge sykepleierteorien til Travelbee (1999), samt stille oss kritiske til den, benytter vi denne forskningen.

For å skape et godt forhold mellom sykepleier og bruker kreves det en innsats og vilje fra begge parter (Doss et al., 2011). Flere brukere opplever sykepleierens holdninger som ovenpå og støtende siden de har utdanning i sykepleiefaget. Dette fremprovoserer et skille i forhold til det mellommenneskelige forholdet som Travelbee (1999) sin teori vil oppnå (Doss et al., 2011). Doss et al. (2011) viser til en "helsemodellen" som oppfattes slik at brukere mottar hjelp, og sykepleiere gir. Målet er å jobbe seg mot en mer bruker- sentrert modell der brukeren har en mer aktiv rolle i pleien. For å oppnå dette er gode utarbeidede tiltaksplaner som involverer brukeren viktig. Brukerens ressurser og funksjoner skal ivaretas, da dette vises å ha mange gunstige effekter for brukeren livskvalitet (Doss et al., 2011). Dersom vi som sykepleiere klarer å veilede brukere til å utnytte egne ressurser for ivaretagelse av sine føtter, vil brukeren bli satt i en aktiv rolle (Fjørtoft, 2007). Her ser vi at Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) §3-1 gjenspeiler seg i forskningen da brukermedvirkning er avgjørende for å oppnå en optimal helsemodell.

For å forstå ønsket hos brukeren og tilrettelegge en plan som er fleksibel, er sykepleierens rolle, i første omgang, å lytte (Doss et al., 2011). Ved å lytte isteden for å overkjøre med ideer, vil brukeren føle seg bedre møtt og få større tro til tiltaksplanen. I Norge er dette regulert etter Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) §2-5 for å oppnå resultatet som blir vist i forskningen.

Empowerment er en arbeidsmetode som blir tatt opp i forskningen siden det viser seg å være et nødvendig prinsipp i bruker- sykepleier forholdet (Doss et al., 2011). Empowerment blir beskrevet i forskningen som en prosess som hjelper folk til å bestemme og ha kontroll over

faktorer som påvirker deres liv. Med dette menes det at empowerment er mer enn å gi makt og innflytelse. Det involverer også å hjelpe brukeren til å innse at de har medbestemmelse. Vi som sykepleiere må derfor veilede og informere brukeren slik at de kan anvende prinsippet om brukermedvirkning (Doss et al., 2011). Vi ser også her at Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) §3-1 og §3-2 blir relevant i forhold til forskningen, når vår plikt er å gi tilstrekkelig med informasjon på en forståelig måte. Studien viser at brukere som føler seg bemyndiget vil mest sannsynlig utøve selvhjelp mer effektivt (Doss et al., 2011). Ved å føle seg bemyndiget vil de kunne ta styring over sin egen helsesituasjon bedre enn hvis de overlater ansvaret til en sykepleier. Vi viser til *rett om Individuell plan*, i Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) §2-5, da det er viktig å benytte brukerens ressurser. I sykepleierens yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere ser vi også at vi som sykepleiere skal fremme brukerens mulighet til å ta selvstendige avgjørelser, i punkt 2.4 (Norsk sykepleieforbund, 2011). Vi ser at det å benytte brukerens ressurser henger sammen med å la brukeren ta selvstendige avgjørelser (Doss et al., 2011).

Ifølge Travelbee (1999) er kommunikasjon nøkkelen til å oppnå god sykepleie. Klarer en å få brukere til å føle trygghet ved å stille spørsmål og dele bekymringer, vil forståelsen bli mye større for brukeren. I forskningen står det at god kommunikasjon ikke handler om kvantitet, men kvalitet (Doss et al., 2011). Med dette tolkes det til at det er mer gunstig å skape en god relasjon og dermed få ”tyngde” i samtalen, fremfor varighet. Travelbee (1999) sier det som legger grunnlaget i et meningsfylt forhold, er *hva* som kommuniseres og *innholdet*.

Travelbee (1999) retter fokuset mot mellommenneskelige forhold. Ved å sammenligne forskning med Travelbees (1999) teori, kan en dra parallelle linjer å se at forståelse av brukerens personlige situasjon er svært avgjørende. Dette kan en kalle et mellommenneskelig forhold, da en forstår hverandre. Brukeren må føle seg forstått og respektert for å være mottagelig slik at man kan oppnå et godt resultat. Travelbee (1999) hevder at alle mennesker opplever situasjoner ulikt. Brukere kan vise sinne og upassende atferd hvis de opplever misnøye (Doss et al., 2011). Sykepleiere må ta hensyn til dette i møte med brukere og være klar over at dette kan være rettet mot situasjonen, ikke nødvendigvis personlig mot sykepleieren. Forskning viser at det ofte er støtte og forståelse brukere søker i slike situasjoner (Doss et al., 2011).

Hvordan skape dette mellommenneskelige forholdet i hjemmesykepleien - er det oppnåelig? Det kommer av forskningsresultatene til Doss et al. (2011) frem at brukere ikke forventer at sykepleiere skal ta seg tid til å snakke om vær og vind, men det forventes at det vises empati, sympati og forståelse for brukerens situasjon. Videre kommer det frem at dette kan gjøres ved å stille spørsmål som for eksempel ”hvordan har du det i dag?” og ”er det noe du trenger hjelp til?” Det kommer også frem at de opplever at mange sykepleiere har et større fokus på det medisinske enn medmenneskelighet. Brukerne ønsker å bli møtt med empati og forståelse, der tidsklemma blir usynlig (Doss et al., 2011). Vi ser gjennom praksiserfaringer at tidsklemmen gjør det uoppnåelig å tilfredsstille brukerens ønske. Likevel må vi som sykepleiere ta oss tid til å utføre sårprosedyrer korrekt ved å benytte trekant- og hygienepinsipper (Elstrøm, 2009). Dersom det har oppstått smitte i et infisert diabetessår, må vi benytte smitteverntiltak som vil hindrer smitteoverføring (Elstrøm, 2009).

Etter samhandlingsreformen tredde i kraft i 2012, har sykepleierens arbeidsoppgaver økt, og det stilles høyere krav (Helse –og omsorgsdepartementet, 2009). Dette fører til mindre disponert tid hos hver bruker, som igjen fører til stress. Dette presset vil kunne vise seg gjennom nonverbal kommunikasjon, og kan av brukere oppfattes som en stressfaktor (Eide & Eide, 2011). Dette er med på å påvirke forholdet mellom bruker og sykepleier negativt. Som sykepleiere må vi være bevisst problemet og jobbe med kroppsspråket, slik at ikke brukeren blir påvirket av stresset (Eide & Eide, 2011).

Gjennom praksis har vi også opplevd ensomhet som et problem hos brukere i hjemmesykepleiepraksis. Behovet for sosial kontakt er stort og dette er ikke gunstig i forhold til tidsklemma. Dersom brukere er ensomme er det viktig at sykepleiere viser empati, for å skape trygghet (Hummelvoll, 2012).

For å skape et godt sykepleier- bruker- forhold er det viktig å ta hensyn til noen faktorer (Doss et al., 2011). For det første er det viktig å ta hensyn til brukerens ønske. Hvordan forhold ønsker bruker å ha til sykepleier? For det andre må en ta hensyn til både brukers og sykepleiers personlighet. En tredje faktor som vil spille en rolle er hvilken situasjon eller setting bruker møter sykepleier. Om forholdet er klinisk, terapeutisk eller overinvolvert, for å nevne noen. De ulike situasjonene bruker er i, vil kreve ulike ting fra både bruker og sykepleier. Vi ser med dette at disse faktorene vil spille en rolle for hvordan type forhold som skapes (Doss et al., 2011).

Ut i fra våre egne praksiserfaringer har begge opplevd at brukere har et sterkt ønske om at sykepleiere kun skal ha fokus på å utføre arbeidsoppgavene. Noen brukere ønsker derfor ikke å snakke om personlige aspekter ved livet (Hummelvoll, 2012). En må derfor ta hensyn og respektere hvorvidt bruker ønsker å oppgi personlige aspekter ved sitt private liv.

Ut fra denne drøftingen av Travelbees (1999) teori undrer vi oss hvor gjennomførbart det mellommenneskelige forholdet er å oppnå. Dette på bakgrunn av at vi stiller oss kritiske til hvor mye, både bruker og sykepleier, skal gi av sin personlighet (Eide & Eide, 2010). Det er viktig å skille mellom jobb og vennskap, ved å opprettholde et profesjonelt forhold. Travelbee (1999) hevder det er likheter mellom vennskap og sykepleier- bruker forhold. Ulikhetene sees ved forpliktelser, krav og kvalifikasjoner. Ved sykepleie- bruker forholdet ligger fokuset på den syke, i motsetning til vennskap der begges behov er av betydning. Venner liker hverandre, men dersom sykepleier misliker brukeren, vil det heller ikke oppstå et mellommenneskelig forhold. Graden av nærhet mellom bruker og sykepleier varierer fra gjensidig respekt, til en bekreftelse om at brukeren betyr noe for sykepleieren, og omvendt. Doss et al. (2011) bekrefter Travelbee (1999) med at det kan være gunstig å ha et skille mellom bruker og sykepleier. Dette for å få et godt resultat av tjenesten som gis, ved å unngå personlige relasjoner som kan skape ubehag og vanskelige situasjoner (Doss et al., 2011).

4.3 Diabetiske fotsår

Vi benytter også her av forskningsartikler som omhandler problematikken rundt diabetes. Som vi viste til i teorikapittelet reduseres sårhelingsprosessen hos diabetikere (Lindholm, 2012). Simms og Ennen (2010) har i gjennom forskning en mulig forklaring til dette. Forskningen deres viser til en studie der en gruppe forskere analyserte biopsier fra 12 personer med kroniske diabetessår, og sammenlignet med biopsier fra 12 kirurgiske pasienter uten diabetes. Studien resulterte i at biopsiene til de med diabetes viste redusert angiogenese og ekstravasasjon av leukocytter i vevet som omgir såret, i forhold til kontrollgruppen. Angiogenese er en prosess som skjer i kroppen der nye blodkapillærer dannes. Det er en naturlig prosess for tilheling av sår og nydannelse av hud (Lindholm, 2012). Ekstravasasjon av leukocytter betyr at leukocytene uønsket lekker fra blodbanen over til det omliggende vevet

av såret og fører til infeksjoner og vevskader (Lindholm, 2012). Som det kommer frem av studiens resultater, reduseres sårhelingsprosessen hos brukere med diabetes (Simms & Ennen, 2010). I likhet med Simms og Ennen (2010) viser det seg at en rekke andre teoretikere og forskere viser til de samme komplikasjonene, med økt infeksjonsfare og en redusert tilhelingsprosess hos brukere med diabetes (Lindholm, 2012; Jenssen, 2011 ;Benbow, 2012; Fletcher, 2006; Simms & Ennen, 2010; Searle et al., 2008).

En annen forskningsartikkel vi anvender, er Benbows (2012) studie. Benbow (2012) peker på at hyperglykemi påvirker kroppens immunforsvar negativt, ved at høy konsentrasjon av blodglukose resulterer i infeksjon og nedsatt sårheling. Det kommer frem av forskningsartikkelen at det også finnes andre forklaringer på årsak. I verste fall kan dette resultere i omfattende vevskader der amputasjon er nødvendig (Benbow, 2012).

Amputasjon og infiserte sår kan hos mange føre til langsiktig uførhet som gir svekket livskvalitet (Benbow, 2012). Dette resultatet underbygger Searle et al. (2008) i en mindre studie. Kun 22 pasienter var involvert og dette begrenser generaliserbare funn. Funnene i studien viser at brukere ofte lager sine egne forestillinger om sin egen sykdom. Disse forestillingene kan påvirke deres mestring og omsorgssøkende adferd. Evnen til mestring og omsorgssøkende adferd påvirkes av hvor lenge de har levd med diabetes, kontrollen de har over sykdommen, og hvilke konsekvenser det har skapt. Studien viser at fotsår påvirker mange aspekter i hverdagen. Det som ofte påvirkes er mobilitet, uavhengighet, sosialt liv, arbeid og økonomi. Dersom disse faktorene oppleves belastende for brukeren, vil livskvaliteten kunne reduseres. Tegnene på redusert livskvalitet og frustrasjon over sykdommen kan vise seg igjennom sinne, frykt, depresjon, hjelpeløshet, kjedsomhet og tap av selvtillit (Searle et al., 2008).

Fjørtoft (2007) viser til brukere av hjemmesykepleien som trenger hjelp til å mestre hverdagen. Uavhengig av hvilken type hjelp brukeren har behov for, skal vi som sykepleiere tilrettelegge og bidra slik at brukeren oppnår livskvalitet og mestring. Meningen av begrepet "livskvalitet" varierer hos hvert individ. Hos mange vil opplevelsen av livskvalitet avhenge av helse og funksjonsnivå. Samtidig vises det også til at brukere med nedsatt funksjonsevne og kroniske sykdommer opplever livskvalitet ved å se kvalitet i andre faktorer (Fjørtoft, 2007).

Rustøen (2010) viser til begrepet livskvalitet ved at vi som sykepleiere må ta vare på brukerens ressurser og muligheter. Ved å bruke begrepet livskvalitet kan dette gi positive tanker for både bruker og sykepleier. Det er viktig at vi også hjelper brukeren til å mestre den nye livssituasjonen igjennom brukermedvirkning (Reitan, 2010). I yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere vises det til, i punkt 2.4, at brukere skal kunne ta selvstendige valg (Norsk sykepleieforbund, 2011). Dermed er det nødvendig at sykepleier gir tilstrekkelig informasjon som er relevant for helsehjelpen vi yter, og forsikrer seg om at informasjonen er forstått av brukeren. Dette ser vi gjenspeiler seg i Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) § 3-2 hvor vi som sykepleiere er pliktet til å gi god informasjon på en forståelig måte. Lindholm (2012) viser til at brukere med aktive fotsår, i motsetning til brukere med helet fotsår, har dårligere livskvalitet.

Fletchers (2006) forskning viser til at det er for lite fokus på fotpleie blant sykepleiere i møte med brukere. Derfor er det viktig å forsterke budskapet om å observere føttene daglig for å arbeide forebyggende mot fotsår (Skafjeld, 2011). Våre observasjoner av foten som sykepleiere er nødvendige for at brukeren skal kunne forstå viktigheten av egenomsorg og forebyggende arbeid (Fletcher, 2006). Dersom vår kompetanse ikke strekker til er det viktig å benytte seg av tverrfaglig samarbeid. Tverrfaglig samarbeid til brukere med diabetiske fotsår er optimalt for å få den nøyaktige hjelp og riktig fagkompetanse (Fjørtoft, 2007). Dette gjennomføres gjennom en godt utarbeidet Individuell plan (IP) (Thommesen et al., 2008).

Det forventes en stor økning av sykdommen på grunn av antall eldre og overvektige mennesker (Fletcher, 2006). Sykepleieres mange oppgaver er å formidle og forsterke forebyggende og helsefremmende budskap. Fletchers (2006) studie viser som St. Meld. nr 47 (2009), til viktigheten av forebyggende og helsefremmende arbeid. Ettersom Fletchers studie er fra 2006, har noe endret seg. Folkehelsearbeid har tredd i kraft i form av lovbestemmelser. Med dette har vi som sykepleiere blitt pålagt å arbeide forebyggende og helsefremmende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Sykepleiere må forstå hvilke faktorer som fører til utvikling av diabetiske fotsår, og en må kunne veilede og informere om viktigheten av forebyggende arbeid på en forståelig måte (Fletcher, 2006). Dette er vi som sykepleiere lovpålagt gjennom Lov om pasient- og brukerrettigheter (1999) §3-2, *Pasienten og brukerens rett til informasjon*.

Motivasjon spiller en vesentlig rolle for å nå frem til brukeren (Segesten, 2010). Maslow referert i Knutstad (2010) peker på i sin teori på at det er viktig å skape trygghet, og fremme motivasjon. Ved å oppnå trygghet hos brukeren vil det kunne bidra til å skape tillit, i forhold til informasjon og veiledning (Fletcher, 2006). Ifølge Fletcher (2006) vil det optimale være å skape og vektlegge en strukturert opplæring allerede fra diagnosen blir stilt. Med dette menes det en opplæringsprosess der bruker får informasjon, og veiledning angående sykdommen.

Hver gang en sykepleier møter en bruker med diabetes, burde det falle naturlig å observere føttene (Skafjeld, 2011). Fletcher (2006) mener også det er viktig å observere og kartlegge brukere som er i risikogruppen til utvikling av sykdommen. Enkel visuell vurdering av foten kan identifisere tegn og symptomer. Det Fletcher (2006) viser til er at desto tidligere en begynner med forebyggende arbeid, desto lettere er det å forebygge mot sykdom og lidelse. Med dette ser vi at Fletcher (2006) peker på hovedfokuset i St. meld nr 47, som er samhandlingsreformen.

Som Lindholm (2012) viser til i teorien, er dokumentasjon en svært betydelig arbeidsoppgave for sykepleiere. I forhold til dokumentering av fotsår skal beskrivelsen av observasjoner dokumenteres med nøyaktig ordvalg, slik at man kan sammenligne andre notater for å følge med på utviklingen. I møtet med brukere i hjemmesykepleien vil det da falle seg naturlig å observere såret i forbindelse med eventuelt stell. Dokumentasjonen vil gi et grunnlag for refleksjon av iverksatte tiltak, og man kan dermed se om de er av nytte, enten det er forebyggende tiltak, eller behandlende (Lindholm, 2012). Et primærsykepleiesystem vil her føre til at de samme øynene ser sårets utvikling, og dermed sammenlignes med et bedre grunnlag for utgangspunkt og endringer (Lindholm, 2012; Thommesen et al., 2011).

Et diabetisk fotteam i Trondheim fastslår at tverrfaglig samarbeid er vesentlig for å yte forebyggende sykepleie (Witsø et al., 2011). Ortopeder, fotterapeuter, ortopediingeniør, gips- og ortoseteknikker er samarbeidspartnere en kan benytte seg av. Det vises gjennom studien at det i Trondheim har vært en reduksjon i antall amputasjoner hos diabetikere siden fotteamet startet. De mener det er fotteamet som har bidratt til dette samt et større fokus på fagområdet. Ved spesielle behov kan det også være nødvendig med andre spesialister som hudlege og endokrinolog. Mye av det forebyggende arbeidet er det primærhelsetjenesten som tar ansvar

for. Dersom det oppstår spesifikke komplikasjoner og brukere trenger behandling, er det viktig å skape et tverrfaglig samarbeid med spesialisthelsetjenesten (Witsø et al., 2011).

Vi ser gjennom forskning at diabetikere med type 2 utgjør en større del av gruppen som utvikler diabetiske fotsår, i motsetning til type 1 (Witsø et al., 2011). Det kommer frem at årsaken til dette er på bakgrunn av at brukere som utvikler diabetes type 2 ofte oppdages ved at en komplikasjon allerede har oppstått (Witsø et al., 2011; Fletcher, 2006). Dersom bruker ikke er oppmerksomme på sykdommen, får de heller ikke vært aktivt forebyggende mot fotsår (Witsø et al., 2006). Forskningen viser at brukere med diabetes type 1 er bedre informert, og har bedre utgangspunkt for å kontrollere sykdommen da den ofte oppdages i ung alder. Fletcher (2006) viser til at brukere med type 2-diabetes opplever etter stilt diagnose, store livsstilsendringer. Dette gir konsekvenser for livssituasjonen når en må tilpasse seg endringene, og tilegne seg ny kunnskap. Mange kjenner seg overveldet av informasjon i starten (Fletcher, 2006). Hummelvoll (2012) viser til at oppfatningen av informasjonen bruker får, vil variere ut i fra forutsetninger, sinnsstemning og ”dagsform”. Situasjonen bruker er i når informasjonen gis kan variere, og dermed varierer også måten han forstår informasjonen på (Hummelvoll, 2012) Dermed kan det være en fordel for oss som sykepleiere å ikke overvelde med for mye informasjon ved nyoppdaget diabetes, men ta det over tid (Skafjeld, 2011).

Gjennom forskningsartiklene ser vi viktige forebyggende tiltak som går igjen (Simms & Ennen, 2010; Searle et al., 2008; Fletcher, 2006; Witsø et al., 2011; Benbow, 2012). Disse viser en viktighet av riktig fottøy, innleggessåler, avlastning og omfordeling av fotens trykk.

Fletcher (2006) viser til Diabetic Research and Wellness Foundation som oppfordrer til enkle og gjennomførbare tiltak;

- aldri gå barbeint
- bruk godt tilpassede sko
- sjekk skoen for gjenstander før du setter de på deg
- observer føttene daglig for skader og endringer
- hold de rene og tørre
- smør med fuktighet regelmessig

- hold tå negler trimmet
- unngå direkte varmekilder som radiatorer og for varmt badevann
- søk hjelp raskt hvis problemer oppstår

Dette er enkle og svært effektive forebyggende tiltak (Fletcher, 2006). Kjenner en til disse, og klarer å overbevise brukeren til å få god nok innsikt i egen helsesituasjon, er en stor del av vår oppgave som sykepleiere gjennomført. Lindholm (2012) bekrefter disse tiltakene, og mener i samsvar med Fletcher (2006) at dette er relevante tiltak i forhold til forebyggende sykepleie.

Vi viser igjen til Benbow (2012) sin forskning, da den påpeker at alle brukere må screenes og undersøkes. Dette for å komme frem til hvor stor risiko brukeren har for å utvikle senkomplikasjonen diabetiske fotsår. Under screening, tester man følelsen i foten med et monofilament, sjekker pulsen i foten, inspiserer etter deformiteter og fottøyet blir tatt opp til diskusjon. Fotterapeuten klassifiserer alvorlighetsgraden av brukerens føtter ved å følge trinnene vi finner i forskningen (Benbow, 2012);

Trinn 1: normal fot: risikofaktorer (iskemi og nevropati) er fraværende

Trinn 2: høy risiko fot: en eller flere risikofaktorer er tilstede

Trinn 3: sår dannelse på fot: sprekker, brannså, gnagsår, brutt hudbarriere

Trinn 4: infisert fot: brudd i hudbarrieren som er en portal til infeksjon

Trinn 5: nekrotisk fot: infeksjon forårsaket av lokal vedvød

Trinn 6: uhelbredelig fot: skadet uten mulighet for sårreversering - nødvendiggjør amputasjon

Vi ser her at Benbow (2012) utfyller flere trinn i klassifisering av alvorlighetsgrad ved diabetiske fotsår, opp mot Brismar referert i Lindholm (2012) som viser til tre trinn. Benbow (2012) peker på alle grader ved diabetiske fotsår, mens Brismar referert i Lindholm (2012) viser til tre trinn som klassifiserer alvorlighetsgraden ved at diabetiske fotsår ikke skal oppstå. Det er derfor ikke mulig og underbygge disse retningslinjene opp mot hverandre (Lindholm, 2012 ; Benbow, 2012).

Dersom en har diabetes og står i fare for senkomplikasjoner anbefaler Benbow (2012) at man lager en fremdriftsplan for å forebygge. Har en bruker med diabetes økt risiko, skal en bli undersøkt hver 3.-6. måned av et fagpersoner. Dersom man har høy risiko skal en kartlegges

hver 1.-3. Måned (Benbow, 2012). Skafjeld (2011) peker på at hjemmesykepleien skal observere føttene til brukere med diabetes daglig.

Føtter må kartlegges, for å forebygge mot sår og infeksjoner. Viktige observasjoner er rødhet, varme, hevelse og sprekker i huden. Ved iskemiske sår er det spesielt viktig å se under tånegl, tuppen av tærne, over tåledd og utkanten av foten (Benbow, 2012).

5.0 KONKLUSJON

Gjennom besvarelsen ser vi at god sykepleie for brukere med diabetiske fotsår i hjemmesykepleien krever tilrettelagte og konkrete tiltak. Det forventes en stor økning av diabetes mellitus på grunn av antall eldre og overvektige mennesker i dagens samfunn (Fletcher, 2006). På bakgrunn av denne økningen har vi gjennom oppgaven tatt for oss konkrete tiltak for å forebygge diabetiske fotsår.

Vi ser viktigheten ved bruk av IP for å skape tilrettelagte tiltak for hver individuelle bruker. For å skape kontinuitet i kartlegging, og tilrettelegging av IP er det vesentlig å benytte seg av primærsykepleiesystemet.

Vi som sykepleiere skal arbeide for å unngå at diabetiske fotsår oppstår. Dersom det oppstår diabetiske fotsår er det sykepleieres oppgave å iverksette forebyggende tiltak mot utvikling av infeksjoner som resultere i amputasjon. Som sykepleiere følger vi retningslinjer som graderer risikogrupper som står i fare for utvikling av diabetiske fotsår. Observasjon, vurdering og dokumentering er vesentlig for å arbeide forebyggende (Skafjeld, 2011). Travelbee (2001) peker også på at relasjon og mellommenneskelig forhold tilrettelegger for god sykepleie gjennom forebyggende tiltak. Det vises til at god sykepleie krever ferdigheter som å være flink til å lytte, vise empati, være støttende, undervise og veilede på en måte som engasjerer.

God sykepleie for å forebygge diabetiske fotsår i hjemmesykepleien krever sammensatte tiltak som skaper kontinuitet, helhetlig sykepleie, et godt samarbeid og praktiske tilnærminger. Det blir med dette nødvendig å rette fokuset mot forebyggende arbeid av diabetiske fotsår, gjennom konkrete tiltak og god sykepleie i hjemmesykepleien.

6.0 LITTERATURLISTE

*Benbow, M. (2012). *Diabetic foot ulcers*. Lokalisert på http://content.ebscohost.com/pdf27_28/pdf/2012/G7D/01Sep12/79945619.pdf?T=P&P=AN&K=2011680932&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNLe80Sep/U4yNfsOLCmr0ueprJSsqy4SLSWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGrtU%2B2qq9PuePfgeyx44Dt6fIA (3 sider).

Dalland, O. (2012). *Metode og oppgaveskriving* (5. utg.). [Oslo]: Gyldendal akademisk.

* Diabetesforbundet. (2009). *Diabetes og fotkomplikasjon*. Lokalisert på http://www.diabetes.no/filestore/-Diabetesno_-_filarkiv/Faktaark/Faktaark_ny_profil_/Diabetes_og_fotkomplikasjon_faktaark_2010.pdf (3 sider).

* Diabetesforbundet. (2011). *Type 1- diabetes og fysisk aktivitet*. Lokalisert på <http://www.diabetes.no/?module=Articles;action=Article.publicShow;ID=650> (1 side).

* Diabetesforbundet. (2011). *Type 2-diabetes*. Lokalisert på http://www.diabetes.no/filestore/-Diabetesno_-_filarkiv/Faktaark/Faktaark_/Type2-diabetes-2011.pdf (2 sider).

* Diabetesforbundet. (2011). *Type 2- diabetes og fysisk aktivitet*. Lokalisert på <http://www.diabetes.no/Type+2-diabetes+og+fysisk+aktivitet.9UFRzQXz.ips> (1 side).

* Diabetesforbundet. (2012). *Diabetes type 1*. Lokalisert på <http://www.diabetes.no/Diabetes+type+1.9UFRnQ3O.ips> (1 side).

* Diabetesforbundet. (2012). *Diabetes type 2*. Lokalisert på http://www.diabetes.no/filestore/-Diabetesno_-filarkiv/Faktaark/Faktaark_/Type2ogfysiskaktivitet-2011.pdf (2 sider).

*Diabetesforbundet. (2012). *Fysisk aktivitet*. Lokalisert på http://www.diabetes.no/Fysisk+aktivitet.b7C_wlvS4r.ips (1 side).

* Diabetesforbundet. (2012). *Hva er rett kosthold?* Lokalisert på http://www.diabetes.no/Hva+er+rett+kosthold%3F.b7C_wlHU5I.ips (1 side).

*Doss, S. DePascal, P. & Hadley, K. (2011). *Patient-Nurse Partnerships*. Lokalisert på <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=b219c38b-3110-4525-839b-cb12a99e7543%40sessionmgr110&vid=8&hid=120> (11 sider).

Eide, H. & Eide, T. (2011). *Kommunikasjon i relasjoner – samhandling, konfliktløsning, etikk* (2. utg.). [Oslo]: Gyldendal akademisk.

Elstrøm, P. (2009). Smittekjeden. I M, Steen. & M, Degre (Red.). *Mikrober, helse og sykdom*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Fjørtoft, A.K. (2007). *Hjemmesykepleie – ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

* Fletcher, J. (2006). *Full nursing assessment of patients at risk of diabetic foot ulcers*. Lokalisert på: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=7&sid=2f734247-7990-40e7-a910-ec0041861b61%40sessionmgr111&hid=110> (4 sider).

Forskrift om individuell plan. (2004). *Forskrift om individuell plan etter helselovgivningen og sosialtjenesteloven* (2004-12-23) . Lokalisert på <http://www.lovdato.no/cgi-wift/ldles?doc=%2Fsf%2Fsf%2Fsf-20041223-1837.html>

* Gammersvik, Å. & Larsen, T. (Red.). (2012). *Helsefremmende sykepleie – i teori og praksis*. Bergen: Fagbokforlaget. (11 sider).

* Helsenorge. (2012). *Amputasjon på grunn av diabetes*. Lokalisert på <http://helsenorge.no/Helsetjenester/Sider/Amputasjon-på-grunn-av-diabetes.aspx> (2 sider).

* Helse –og omsorgsdepartementet. (1995). *Plan for helse –og sosialtjenester til den samiske befolkningen i Norge*. (Norges offentlige utredninger [NOU] 1995:6. Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1995/nou-1995-6/10/3.html?id=140030> (6 sider).

Helse –og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen; Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. (St. meld. nr. 47, 2008-2009). Lokalisert på <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-.html?id=567201>

* Hermansen, K. (2011). Diabetes. I I, Hessov & P. B, Jeppesen (Red.), *Klinisk ernæring*. (5. utg.) København: Munksgaard Danmark. (19 sider).

Hummelvoll, K.K. (2012). *Helt – ikke stykkevis og delt* (7. utg.). [Oslo]: Gyldendal akademisk.

Jensen, T. (2011). Diabetes Mellitus. I S. Ørn, J. Mjell & E. Bach-Gansmo (Red.), *Sykdom og behandling* (1. utg., s. 379-391) [Oslo]: Gyldendal akademisk.

* Kirkevold, M. (2009). *Sykepleieteorier – analyse og evaluering* (2. utg.). [Oslo]: Gyldendal akademisk (15 sider).

* Kristoffersen, N. J. (1996). Teoretiske perspektiver på sykepleie. I N. J, Kristoffersen. F, Nortvedt. & E. A, Skaug. (Red.), *Grunnleggende sykepleie. Bind 4*. (s. 13-99). Oslo: Gyldendal Akademiske. (86 sider).

Lindholm, C. (2012). *Sår* (3. utg.). [Oslo]: Akribe.

* Lorentsen, V. B. (2003). *Hvordan kan sykepleieren styrke pasientens håp?* Lokalisert på <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/121739/-hvordan-kan-sykepleieren-styrke-pasientens-hap> (8 sider).

Lov om helsepersonell, LOV-1999-07-02-6. (1999). Lokalisert på http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-064.html&emne=HELSEPERSONELLOV*&&

Lov om pasient –og brukerrettigheter, LOV-1999-07-02-63. (1999). Lokalisert på http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-063.html&emne=PASIENTRETTIGHETSLOV*&&

Lov om spesialisthelsetjenesten, LOV-1999-07-02-61. (1999). Lokalisert på http://www.lovdata.no/cgi-wift/wiftldles?doc=/app/gratis/www/docroot/all/nl-19990702-061.html&emne=SPESIALISTHELSETJENESTELOV*&&

* Moen, A. Hellesø, R. & Berge, A. (2008). *Sykepleieres journalføring – Dokumentasjon og informasjonshåndtering*. Oslo: Akribe. (66 sider).

Mæland, J.G. (2010). *Forebyggende helsearbeid – Folkehelsearbeid i teori og praksis* (3. utg.). [Oslo]: Universitetsforlaget.

Reitan, A. M. (2010). Mestring. I U, Knutstad (red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie- Sykepleieboken 2*. (3. utg., s. 74-107.). Oslo: Akribe

Rustøen, T. (2010). Livskvalitet og velvære. I U, Knutstad (red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie- Sykepleieboken 2*. (3. utg., s. 29-55). Oslo: Akribe.

* Simms, K.W. & Ennen, K. (2010). *Lower extremity ulcer management: best practice algorithm*. Lokalisert på

http://content.ebscohost.com/pdf25_26/pdf/2011/6PW/01Jan11/55831641.pdf?T=P&P=AN&K=2010882984&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNLe80Sep7U4yNfsOLCmr0ueprNSsq64Sq6WxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGrtU%2B2qq9PuePfgeyx44Dt6fIA

(9 sider).

* Searle, A. Wetherell, M. A. Campell, R. Dayan, C. Weinman, J. & Vedhara, K. (2008). *Do Patients` Beliefs about Type 2 Diabetes Differ in Accordance with Complications: An Investigation into Diabetic Foot Ulceration an Retinopathy*. Lokalisert på

<http://content.ebscohost.com/pdf9/pdf/2008/7M2/01Jul08/33563547.pdf?T=P&P=AN&K=201009481&S=R&D=c8h&EbscoContent=dGJyMNLe80Sep7U4yNfsOLCmr0ueprVSSam4TK%2BWxWXS&ContentCustomer=dGJyMPGrtU%2B2qq9PuePfgeyx44Dt6fIA>

(7 sider).

Segesten, K. (2010). Trygghet og utrygghet ved ukklar og/eller alvorlig sykdom. I U, Knutstad, (red.), *Sentrale begreper i klinisk sykepleie- Sykepleieboken 2*. (3. utg., s. 29-55). Oslo: Akribe.

* Skafjeld, A. (2011). Forebygging og behandling av fotsår. I A. Skafjeld & M. Graue, (Red.), *Forebygging, oppfølging, behandling Diabetes*. Oslo: Akribe. (26 sider).

* Skafjeld, A. & Graue, M. (Red.). (2011). *Forebygging, oppfølging, behandling – Diabetes*. Oslo: Akribe. (53 sider).

* Thommesen, H. Normann, T. & Sandvin, J.T. (2008). *Individuell plan – sesam, sesam?* (2. utg.). [Oslo]: Kommuneforlaget. (15 sider).

* Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Oslo: Gyldendal akademisk. (260 sider).

* Witsø, E. Lium, A. Langeng, E. Lutterloh, A. Grytdal, A. L. Kristiansen, M. I. S. Bensvik, F. Egeberg, T. & Lydersen, S. (2011). *Diabetiske fotteam og innsidens av amputasjoner*. Lokalisert på

<http://tidsskriftet.no/article/2095794> (2 sider).

Norske sykepleierforbund. (2011). *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*. Lokalisert på https://www.sykepleierforbundet.no/ikbViewer/Content/785285/NSF-263428-v1-YER-hefte_pdf.pdf (14 sider).

* Thollin, K. R. (2005). *Samspillet mellom sykepleier og pasient*. Lokalisert på <http://www.sykepleien.no/fagutvikling/fagartikkel/118612/samspillet-mellom-sykepleier-og-pasient> (4 sider).

Antall sider selvvalgt litteratur: 633