



Bacheloroppgave

SAE00 Sykepleie

Forebygging av diabetiske fotsår i hjemmesykepleien
Prevention of diabetic foot ulcer in the home care
service

Andreas Løwe

Totalt antall sider inkludert forsiden: 50

Molde, 7. mai 2009



Publiseringsavtale

Tittel på norsk: Forebygging av diabetiske fotsår i hjemmesykepleien

Tittel på engelsk: Prevention of diabetic foot ulcer in the home care service

Forfatter(e): Andreas Løwe

Fagkode: SAE00

Studiepoeng: 12

Årstall: 2009

Veileder: Jeanette Varpen Unhjem

Fullmakt til elektronisk publisering av oppgaven

Forfatter(ne) har opphavsrett til oppgaven. Det betyr blant annet enerett til å gjøre verket tilgjengelig for allmennheten (Åndsverkloven. §2).

Alle oppgaver som fyller kriteriene vil bli registrert og publisert i Brage HiM med forfatter(ne)s godkjenning.

Oppgaver som er unntatt offentlighet eller båndlagt vil ikke bli publisert.

Jeg/vi gir herved Høgskolen i Molde en vederlagsfri rett til å gjøre oppgaven tilgjengelig for elektronisk publisering:

ja nei

Er oppgaven båndlagt (konfidensiell)?

ja nei

(Båndleggingsavtale må fylles ut)

- Hvis ja: **Kan oppgaven publiseres når båndleggingsperioden er over?** ja nei

Er oppgaven unntatt offentlighet?

ja nei

(inneholder taushetsbelagt informasjon. Jfr. Offl. §13/Fvl. §13)

Dato: 7. mai 2009

Antall ord: 11906

Forord

Diabetiske fotsår oppstår som trykksår på føttene hos eldre diabetespasienter som følge av diabetisk nevropati i kombinasjon med aterosklerose.

Ved diabetisk nevropati kan muskelfunksjoner og følelsessansen i føttene svekkes, noe som øker risikoen for at det kan oppstå små sår, som ved feil belastning kan begynne å vokse i stedet for å gro. Aterosklerose medfører nedsatt sirkulasjon i føttene pga "åreforkalkning", noe som bidrar til at fotsårene vokser mer enn de heles.

Diabetiske fotsår kan derfor i verste fall resultere i amputasjon av det rammede beinet.

(Dag Jacobsen m. fl 2001, Sykdomslære- indremedisin, kirurgi og anestesi. Gyldendal Forlag. s 316)

Innhold

1. Innledning	side 1
1.1 Problemstillingen min	side 2
1.2 Avgrensinger av problemstillingen	side 2
2. Fremgangsmåte i arbeidet med oppgaven	side 3
2.1 Datasamling og artikkelsøk	side 3
2.2 Kjennetegn på kvalitativt orienterte metoder	side 4
2.3 Fremdriften i arbeidet med oppgaven	side 5
3. Teorikapittel	side 7
3.1 Diabetes Mellitus	side 7
3.2 Utbredelse og årsaker	side 8
3.2.1 Behandling	side 9
3.2.2 Seinkomplikasjoner	side 9
3.3 Patofysiologi	side 9
3.3.1 Nevropati	side 10
3.3.2 Perifer arteriosklerose	side 11
3.3.3 Andre patofysiologiske faktorer	side 11
3.3.4 Forskning om hjerte/karsykdommers påvirkning på diabetiske fotsår	side 11
3.4 WHO's fem hjørnesteiner i behandlingen av diabetesføtter	side 12
3.4.1 Regelmessig inspeksjon og undersøkelse av risikoføtter	side 13
3.4.2 Identifisering av risikoføtter	side 14
3.4.3 Opplæring av pasient, pårørende og helsepersonell	side 15
3.4.4 Riktig fottøy	side 16
3.4.5 Behandling av diabetesføtter uten sår	side 16
3.5 Kliniske behandlingsmetoder for diabetiske fotsår	side 16
3.6 Nyere forskning om beskyttelse mot fotsår	side 17
3.7 Sykepleiepedagogikk	side 17
3.7.1 Individuell pasientundervisning	side 18
3.7.2 Hensikten med undervisning og veiledning	side 18
3.8 Undervisning, opplæring og læring	side 20
3.8.1 Undervisning til eldre mennesker	side 21
3.8.2 Tilrettelagt miljø	side 21
3.8.3 Råd og veiledning	side 22

3.9 Sykepleie til pasienter som bor hjemme	side 23
3.7.1 Sykepleie i andre sitt hjem	side 23
3.7.2 Hjemmesykepleieren som ”gjest”	side 23
3.7.3 Nyere forskning innen hjemmesykepleie	side 25
3.8 Egenomsorg	side 26
3.8.1 Hva er egenomsorg?	Side 26
3.8.2 Nyere forskning om egenomsorg	side 29
4. Drøftingskapittel	side 31
Case	side 31
4.1 Gevinsten ved pasientundervisning	side 31
4.2 Spesielle hensyn ved undervisning til eldre	side 32
4.2.1 Valg av undervisningsmetode	side 33
4.2.2 Undervisningens tidsramme	side 33
4.2.3 Undervisningens innhold	side 34
4.3 Sykepleieteori	side 38
4.4 Forbehold om mulige endringer i situasjonen	side 39
Avsluttende kommentar	side 40
5. Konklusjon	side 41
Litteraturliste	side 44

1. Innledning

I min avsluttende bacheloroppgave i sykepleierutdannelsen har jeg valgt å prøve å skrive om hvilke tiltak som nyere forskning og faglitteratur anbefaler for sykepleiere som skal forebygge diabetiske fotsår hos eldre diabetikere som bor hjemme. Ideen min er at jeg som sykepleier kan lære de eldre å ta vare på føttene sine på egenhånd ved å gi informasjon og veiledning om forebyggende tiltak og god fotpleie. Dersom de eldre mestrer fotpleien selv, så er faren for diabetiske fotsår betydelig redusert, i forhold til pasienter som ikke kan dette.

Dette temaet mener jeg representerer et viktig forebyggende helsearbeid. Diabetes mellitus er en sykdom som stadig øker i takt med velstandsutviklingen her i Norge. Med tanke på antatt levealder hos nordmenn må vi regne med at diabetikere vil utgjøre en stor pasientgruppe i fremtiden.

Målet mitt med denne oppgaven vil være å kunne bidra til bedret og forlenget livskvalitet hos eldre diabetikere som bor hjemme.

Personlig engasjement er også en grunn til at jeg valgte dette temaet. Jeg har diabetes mellitus i min nærmeste familie, og er nok arvelig disponibel for sykdommen selv. Med denne Bacheloroppgaven vil jeg prøve å synliggjøre metoder for å kunne hjelpe diabetespasienter til å hjelpe seg selv.

1.1 Problemstillingen min:

Hvordan kan sykepleier gjennom bruk av veiledning bidra til å forebygge diabetiske fotsår hos eldre som bor hjemme?

Problemstillingen jeg har valgt tar utgangspunkt i sykepleierens kliniske funksjon, den er rettet direkte mot pasient og eventuelle pårørende, den ligger innenfor den godkjente sykepleiers funksjonsområde og den kan besvares med relevant sykepleie- og støttfagslitteratur.

1.2 Avgrensinger av problemstillingen:

Forebyggingen avgrenses til tiltak eldre diabetespasienter og deres pårørende på en enkel måte kan gjennomføre selv når de bor hjemme, uten at de behøver ha helsepersonell til stede når de gjennomfører fotpleien.

Undervisning og veiledning skal være tilpasset målgruppens særegne behov.

Med eldre som bor hjemme menes mobile kognitivt fungerende mennesker over pensjonsalder som har diabetes mellitus og eventuelt deres nærmeste.

Hensikten min med å jobbe med denne problemstillingen er å kunne forebygge alvorlige seinkomplikasjoner relatert til diabetiske fotsår hos hjemmeboende eldre ved å undervise dem om forebyggende tiltak. Ved å mestre observasjon av hud og kunne igangsette pleietiltak som forebygger diabetiske fotsår kan de eldre i større grad "ta ansvar" for den forebyggende fotpleien i hjemmesituasjonen. Derfor må undervisningen være tilpasset målgruppens læringsforutsetninger slik at de faktisk mestrer stell og observasjon av huden på føttene sine. Dette vil kunne bidra til å gi pasienten en forlenget god helsesituasjon. Samtidig kan en på denne måten kanskje kunne redusere antall amputasjonsoperasjoner relatert til diabetes mellitus, som vil være med å spare samfunnet økonomisk og arbeidsmessig.

Hvem vet? Kanskje kan kunnskapene jeg tilegner meg under arbeidet med denne oppgaven hjelpe meg til å klare å forebygge diabetiske fotsår og amputasjon av mine egne føtter en gang i fremtiden..

2. Fremgangsmåte i arbeidet med oppgaven

Valg av metode.

Vitenskap og metode henger sammen. Metode er verktøyet en bruker for å oppdage og fremskaffe ny kunnskap i studier og forskningsarbeid. Metode kan defineres som en fremgangsmåte for å frembringe kunnskap eller etterprøve påstander som fremsettes med krav om å være sanne, gyldige eller holdbare. I boka "Metode og oppgaveskriving for studenter" gjengir forfatter Olav Dalland et sitat av Vilhelm Aubert der han beskriver hva en metode er;

"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." – Vilhelm Aubert- (Dalland 2000, s71)

2.1 Datasamling og artikkelsøk

Bacheloroppgaven min er bygget på litteraturstudie, og data har jeg samlet inn fra pensumlitteratur, faglitteratur utenom pensum og gjennom forskningsartikler som jeg har søkt frem via relevante databaser for helsefagartikler.

Databasene jeg brukte til artikkelsøking fant jeg via bibliotekets hjemmeside. Databasene jeg fant artiklene jeg kunne bruke i var den svenske databasen Swemed, den nordiske databasen Norart, den engelske databasen Cochrane, og Søkeordene jeg benyttet under søkene var "diabetic foot ulcer", "prevention of diabetic foot ulcer", "Diabetes" og "self-care" på de engelske databasene. På de nordiske databasene brukte jeg søkeord som "diabetiske fotsår", "forebygging av diabetiske fotsår", og "forebygging hjemmesykepleie". Artikler om temaene var ikke så lett å finne på de nordiske databasene, men på de engelske databasene var utvalget stort av relevante artikler som kunne knyttes til problemstillingen min. Av de sju artiklene jeg valgte å ta med i oppgaven min er det seks nyere forskningsartikler og en fagartikkel. To av artiklene var skrevet på norsk.

Her er resultatene etter artikkelsøket mitt:

- Databasen Proquest hadde to aktuelle artikler
- Databasen Norart hadde en aktuell artikkel.
- Databasen Ovid hadde to aktuelle artikler jeg kunne bruke
- Databasen Swemed hadde en aktuell artikkel.

Nærmere omtale og kildekritikk av artiklene har jeg skrevet i teorikapitlet.

2.2 Kjennetegn på kvalitativt orienterte metoder.

- Følsomhet i arbeidet med innhenting og bearbeiding av data kan få frem best mulig gjengivelse av den kvalitative variasjon.
- Dybde i arbeidet med datasamling kan gi mange opplysninger om få undersøkelsesenheter.
- Det særegne er mer spennende enn det gjennomsnittlige, fokuset er mer rettet mot det spesielle og avvikende i datasamlingen.
- Fleksibilitet er motsetningen til den kvantitative systematikken. Intervju er en metode som kan preges av fleksibilitet ved at forskeren utformer spørsmål som kan besvares individuelt, uten noen gitte svaralternativ på forhånd.
- Nærhet til feltet gjør at den kvalitative datasamlingen gjøres ved direkte kontakt med interesseområdet.
- Helhet og sammenheng setter preg på den innsamlede dataen, i forhold til de kvantitative metodene som samler data knyttet til atskilte fenomener.
- Forståelse formidles i fremstillingen av arbeidet.

Deltagelse gjør at forskeren kan se fenomenet innenfra. Forskeren får som deltaker sterkere påvirkning og delaktighet enn som tilskuer, slik de kvantitative metodene tar sikte på i sitt arbeid. (Dalland 2000)

2.3 Fremdriften i arbeidet med oppgaven.

Når jeg hadde klargjort problemstilling til oppgaven min satte jeg i gang med datasamling fra litteratursøk. Jeg brukte bibliotekets søkeprogram Bibsys for å søke meg frem til aktuell litteratur. Søkeordene jeg brukte var de samme som i artikkelsøket. Når litteraturen var på plass satte jeg i gang å skrive teorikapittelet for å klargjøre hvilke tema som ble mest aktuelt til drøftingen. I arbeidet med teorikapittelet gikk jeg i dybden og prøvde å belyse alle de ulike kategoriene som problemstillingen berører. Når teorien var skrevet, var det enklere å se hva slags artikler som passet best til drøfting, noe som gjorde artikkelsøket mitt veldig målrettet og effektivt. I havet av artikler om temaene dukket det opp et par fagartikler som jeg måtte luke bort, så alle artiklene ble systematisk vurdert i forhold til om det var forskningsartikkel eller noe annet.

Teorikapittelet mitt inneholdt allerede noen funn til problemstillingen min, så drøftinga tok utgangspunkt i disse. Forskningsartiklene ble brukt til å støtte opp under funnene fra teorien. For at drøftinga skulle gå systematisk og oversiktlig valgte jeg å lage et case for å levendegjøre problemstillingen. Med problemstillingen beskrevet som et fiktivt eksempel fra praksis ble arbeidet med å følge den røde tråden lettere. Jeg tror også at drøfting med utgangspunkt i case øker forståelsen hos leseren, og gjør det lettere å se den store sammenhengen i oppgaven min.

Når drøftingen var gjort, satt jeg igjen med funnene som utgjorde konklusjonen.

Fremgangskapittelet skrev jeg naturlig nok etter at alle de øvrige kapitlene var ferdige.

For at noen skal kunne vurdere verdien av den nye kunnskapen jeg har skaffet meg, må det være tydelig hvordan den er fremkommet. Metoden eller metodene må beskrives.

Forfatteren må også vurdere om den valgte metoden ga et sikkert svar eller om det kan knyttes noe usikkerhet til den valgte metoden som eventuelt kan ha kunnet påvirke resultatene. (Dalland 2000)

Krav til data.

Det er to krav som stilles til innsamlet data, som kan ha betydning både for hva dataene kan brukes til, og hvilken verdi de har for undersøkelsen. Det settes krav til hvilken relevans den innsamlede dataen har for problemstillingen, og det stilles krav til påliteligheten til innsamlingen av data. (Dalland 2000)

Relevans.

Et grunnleggende krav til data er at de må være gyldige. Det vil si at dataen som er samlet inn må være relevant i forhold til oppgavens problemstilling. Brukes intervju som metode er det viktig at spørsmålene er utformet slik at de kan gi resultater som er relevante i forhold til problemstillingen. (Dalland 2000)

Pålitelighet.

Selv om data er relevante i utgangspunktet, er det også viktig at de er samlet inn på en måte som gjør dem pålitelige. Det innebærer at de ulike leddene i prosessen må være fri for unøyaktigheter. (Dalland 2000)

3. Teorikapittel

I dette kapittelet ønsker jeg å belyse de ulike temaene som problemstillingen min berører. Teorien går i dybden for å øke forståelsen for problematikken i rundt forebygging av diabetiske fotsår hos eldre som bor hjemme.

3.1 Diabetes Mellitus.

Pankreas (bukspyttkjertelen) er en langstrakt kjertel som ligger på tvers i bukhulen, bak ventrikkelen og inntil den bakre bukveggen. Pankreas består av en endokrin del som produserer flere hormoner deriblant insulin og glukagon som er viktige komponenter i forbindelse med glukosereguleringen i blodet. Hormonene produseres i de langerhanske øyene, som er små grupper av endokrine kjertler som ligger inne i pankreas.

Den eksokrine delen produserer bukspytt, som har viktige funksjoner i fordøyelsesprosessen. Bukspytt tømmes i duodeum via pankreasgangen.

Sykdomsforstyrrelser i pankreasfunksjonen kan føre til redusert insulinproduksjon, og forhøyet glukosekonsentrasjon i blodet. Denne tilstanden er bedre kjent som diabetes mellitus, og vil bli grundigere beskrevet i et eget avsnitt nedenfor. (Bjålie et al. 2001)

Diabetes Mellitus er en kronisk stoffskiftesykdom. Diabetes mellitus kan deles inn i fire ulike typer;

- Type 1- diabetes som er en autoimmun diabetes med betacelleskade.
- Type 2- diabetes som innebærer varierende grader av insulinmangel og insulinresistens.
- Spesielle typer diabetes for eksempel MODY-syndromet (Maturity Onset Diabetes of Youth), diabetes ved cystisk fibrose, diabetes relatert til sykdommer i pankreas eller medikamentutløst diabetes.
- Svangerskapsdiabetes

Felles for alle typer diabetes mellitus er forhøyet glukosekonsentrasjon i blodet. En måte å diagnostisere sykdommen på er å måle pasientens fastende blodsukker. Dersom pasienten

har en fastende blodsukker verdi som ligger på over 6,0 mmol/l i kapillært fullblod, eller 7,0 mmol/l i venøst plasma kan det kunne gi diagnosen diabetes. En annen metode å påvise diabetes mellitus på er ved å gjennomføre glukosebelastning, som vil si at en gir 75 g glukose oppløst i et glass vann, og måler blodsukker verdien 2 timer etterpå.

Blodsukker verdier over 11,1 mmol/l to timer etter glukosebelastning er et sikkert tegn på diabetes. Blodsukker verdier som ligger mellom 7 og 11 etter to timer kan indikere at pasienten har nedsatt glukosetoleranse. Nedsatt glukosetoleranse er en tilstand som kan utvikle seg til diabetes. Tilstanden kan også normalisere seg eller forbli uforandret i årevis. (Jacobsen et al. 2001)

3.2 Utbredelse og årsaker.

Ca 15000- 20000 personer i Norge har diabetes type 1. Dette er en sykdom som er særdeles utbredt i Skandinavia i forhold til på verdensbasis. Lidelsen kan oppstå i alle aldre, og skyldes insulinmangel som følge av immunologisk ødeleggelse av de insulinproduserende cellene i pasientens bukspyttkjertel.

Diabetes type 2 er en ikke-insulinkrevende diabetes og omtales ofte som aldersdiabetes. Ca 80000- 90000 mennesker i Norge har diagnosen. Sykdomsutbruddet oppstår ofte etter 40-årsalderen og utbruddene øker veldig i hyppighet med økende alder.

Det forekommer ofte blant eldre at diabetes type 2 kan utvikle seg til diabetes type 1 etter hvert som pasientens naturlige insulinproduksjon kan avta eller forsvinne.

Diabetes type 2 blir regnet som en "livsstils-sykdom", og mange av pasientene med diagnosen er overvektige, har høyt blodtrykk og har forstyrrelser i blodfettstoffene. Disse tilleggspå problemene gjør denne pasientgruppen ekstra disponert for å utvikle åreforkalkningssykdommer som hjertekrampe, hjerteinfarkt, hjerneslag og dårlig perifer sirkulasjon.

Insulinresistens øker som regel med overvekt, og avtar ved økt aktivitetsnivå.

(Jacobsen et al. 2001)

3.2.1 Behandling.

Diabetesbehandling går i hovedsak ut på å unngå symptomer som skyldes høyt blodsukker, og å forebygge utvikling av diabetiske seinkomplikasjoner. For å oppnå dette må en tilstrebe normale og stabile verdier av glukose i blodet. Metoder for å senke høyt blodsukker er tilførsel av insulin, enten peroralt eller i form av injeksjoner med en insulinpenn.

Noe av det viktigste i behandlingen av diabetes er opplæring og motivasjon, slik at diabetikeren selv kan bli i stand til å ta ansvar for sin egen sykdom. Tverrfaglig samarbeid mellom ulike hjelpeinstanser om felles mål for behandlingen er å anbefale for å sikre at pasienten mestrer sykdommen på alle plan. Undervisning og veiledning vil hos disse pasientene være viktige hjelpemidler i sykdomsbeherskelsen, og en må belage seg på at disse pasientene vil ha behov for undervisning og helsehjelp resten av livet.

Diabetes type 2 kan kontrolleres av pasienten selv ved hjelp av mosjon og kostregulering. Ved å spise mat med lavt sukkerinnhold, kan en begrense blodsukkerstigning, og ved å bruke mye flerumettet fett i kostholdet sitt kan pasienten forebygge åreforkalkning. I stedet for sukker anbefales diabetikere å bruke kunstige søtningsstoffer i sitt kosthold. Ved å mosjonere hjelper pasienten blodsukkerreguleringen med sin egen forbrenning. (Jacobsen et al. 2001)

3.2.2 Seinkomplikasjoner.

Pasienter som har hatt diabetes i mange år er utsatt for å utvikle seinkomplikasjoner. Seinskadene kan oppstå i øynene (retinopati), i nyrene (nefropati) og fra i nervesystemet (nevropati). Diabetespasienter har i tillegg til dette en økt risiko for utvikling av aterosklerose. (Vaaler, Møinichen, Grendstad (red.) et al. 1999)

3.3 Patofysiologi.

Diabetiske fotsår faller innunder kategorien nevropatiske trykksår. Vesentlige risikofaktorer for diabetiske fotsår er tidligere sår og amputasjoner, hyperkeratoser, leddeformiteter og svaksynthet. Menn er oftere rammet enn kvinner av diabetiske fotsår.

Graden av perifer arteriosklerose er den viktigste faktoren som avgjør om et diabetisk fotsår skal kunne gro.

Forekomsten av diabetiske fotsår er høy, og en regner med at i Norge foretas det ca 400-500 amputasjoner i året som skyldes diabetiske fotsår.

Fagartikkelen "Diabetiske fotsår" som er skrevet av Dr Macus Gürgen stiller spørsmålet om den høye forekomsten av amputasjoner kan skyldes manglende forståelse hos helsepersonell om patomekanismene bak utviklingen av diabetiske fotulcerasjoner. (Gürgen, Kaal, Witsø, 2008)

3.3.1 Nevropati.

Perifer diabetisk nevropati rammer det sensoriske, det motoriske og det autonome nervesystemet.

Typisk ved sensorisk nevropati er at pasienten mister sensibilitetens beskyttende funksjon for eksempel overfor mindre traumer.

Motorisk nevropati kan gi feilstillinger i føttene og forandret gangmønster.

Forhøyet trykk i fotsålen kan resultere i fortykkelse av huden (kallus) og iskemiske nekroser i huden eller i ustansede fotsår.

Nevropatisk betingede sår er ofte smertefrie, noe som kan være problematisk dersom pasienten ikke kjenner såret, og fortsetter å belaste foten på en ugunstig måte. Ca 70% av alle diabetesfotsår har sitt utgangspunkt i en kombinasjon av sensorisk og motorisk nevropati.

Dersom det autonome nervesystemet påvirkes, kan det oppstå forstyrrelser i arterienes autoreguleringsmekanismer og arteriovenøs shunting. Ødemene som deretter vil oppstå gir nedsatt oksygenering av vevet. En slik fot kan lett miste mye varme, og huden kan over tid bli uttørket og sprukken, noe som kan føre til at hudens barrierefunksjon mot mikroorganismer faller bort. I tillegg til dette kan huden miste mye av sin elastisitet.

Arteriovenøs shunting kan også fremme utviklingen av ostopeni i fotskjelettet, noe som kan føre til spontanfrakturer eller sammenbrudd av ledd og knokler slik at foten blir deformert.

(Gürgen, Kaal, Witsø, 2008)

3.3.2 Perifer arteriosklerose.

Personer med diabetes mellitus har en forhøyet risiko for å utvikle perifer arteriosklerose. Palpabel puls i arteria poplitea, men manglende puls i ankel- eller fot-arteriene er et klassisk tegn på aterosklerose. Grunnen til at sirkulasjonen blir slik er at den diabetiske makroangiopati ofte angriper leggarteriene. Det kan i tillegg oppstå mikroangiopatiske forandringer som fortykket basalmembran, skjøre karvegger, mikrotromber og vasomotoriske feilfunksjoner som er utløst av den autonome nevropatien. Mediasklerose er vanlig hos diabetikere, noe som kan innebære at arteriene kan bli stive på grunn av forkalkninger i tunica media. Dette kan føre til et falskt forhøyet perifert blodtrykk.
(Jacobsen et al. 2001)

3.3.3 Andre patofysiologiske faktorer.

Ulcerasjoner i føttene er som oftest multifaktorielt betinget. Sår dannelse som skyldes kombinasjonen av karsykdom og nevropati utgjør ca 15% av alle tilfeller. Andre faktorer kan være vevsatrofi i fotsålen, nedsatt infeksjonsresistens på grunn av forstyrret proteinsyntese og granulocytffunksjon, samt nedsatt leddbevegelse. Dårlig metabolsk kontroll fremmer utviklingen av seinkomplikasjoner som nevropati og angiopati. (Gürgen, Kaal, Witsø, 2008)

3.3.4 Forskning om hjerte/ karsykdommers påvirkning på diabetiske fotsår.

Forskningsartikkelen "Improved survival of diabetic foot ulcer patients 1995-2008" er skrevet av Matthew J. Young, Luann E. Randall, Joanne E. McCardle og Janet J. Barclay. Hensikten med studiet de gjorde i arbeidet med artikkelen var å finne ut om hjerte/ karsykdom påvirker dødeligheten for pasienter med diabetiske fotsår. (Young et al. 2008)

Metode

Metoden studiet ble gjort på var at de gransket statistikken for dødeligheten hos pasienter med diabetiske fotsår før og etter at hjerte/ karsykdommer ble inkludert i undersøkelsene ved oppfølging av pasienter med diabetiske fotsår.

Resultat

Resultatene viste en klar nedgang i dødelighet etter at hjerte/ karsykdomsfokuset ble inkludert i behandlingsprogrammet til pasienter med diabetiske fotsår.

Forskernes konklusjon i artikkelen er at pasienter med diabetiske fotsår har høy risiko for å dø, men at overlevelsesprosenten har økt de siste 13 årene. De anbefaler å inkludere hjerte/ karsykdomsundersøkelser hos pasienter med diabetiske fotsår, fordi det viser seg at pasienter med kartlagte hjerte/ karsykdommer lever lenger enn pasienter som ikke har blitt undersøkt for dette. (Young et al. 2008)

Kildekritikk.

Indikasjonene på sammenhengen mellom nedgang i dødsfall hos diabetespasienter etter at fokus på hjertesykdom ble en del av forebyggingsprogrammet kan virke logisk. Om det virkelig er så enkelt kan en spekulere på; Dersom noen går med en uoppdaget hjertelidelse, vil nok faren for tidlig død være like stor enten pasienten har diabetes eller ikke. At hjertemedisin derimot har en gunstig effekt på sårforebygging er mer troverdig. Til tross for litt vage konklusjoner så tar forskerne opp et viktig fokus innen diabetespleie, og bevisstgjøringen av dette er viktig for helsepersonell som yter bistand til denne pasientgruppen.

3.4 WHO's fem hjørnesteiner i behandlingen av diabetesføtter.

Verdens helseorganisasjons praktiske retningslinjer skisserer fem "hjørnesteiner" som til sammen gir pasienten tilstrekkelig oppfølging, behandling og forebygging av diabetiske fotsår hos pasienter med diagnosen diabetes mellitus.

De fem hjørnesteinene i behandlingen av diabetesføtter omfatter regelmessig inspeksjon og undersøkelse av risikoføtter, identifisering av risikoføtter, opplæring av diabetiker, pårørende og helsepersonell, vurdering av fottøy og behandling av hyperkeratoser, negleforandringer og lignende.

([http://www.diabetes.no/filestore/-Diabetesno_-
filarkiv/Helsepersonell/Dendiabetiskefot.pdf](http://www.diabetes.no/filestore/-Diabetesno_-filarkiv/Helsepersonell/Dendiabetiskefot.pdf))

3.4.1 Regelmessig inspeksjon og undersøkelse av risikoføtter.

Alle diabetikere bør undersøkes med fokus på fotproblemer minst en gang i året.

Diabetikere som i tillegg har kjente risikofaktorer bør undersøkes oftere, gjerne hver måned eller enn gang hver 6. måned. Sko og sokker bør også inspiseres like ofte. Fravær av subjektive symptomer betyr ikke at foten er garantert frisk.

Undersøkelsene bør omfatte både nevropati, perifer sirkulasjon, hud, beinas ledd, fottøy og om det foreligger noen grad av diabetisk polyneuropati, samtidig som en innhenter pasientens relevante sykehistorie. (Gürgen, Kaal, Witsø, 2008)

Nevropati.

Undersøkelse med tanke på nevropati går ut på å kartlegge om pasienten har symptomer som prikking, stikking eller smerter i beina. Nedsatt sensibilitet eller vibrasjonssans kan også være tegn på nevropati.

Sykehistorie.

Tidligere sår eller amputasjoner er relevante punkter å se etter i sykehistorien. Tidligere opplæring av pasienten i henhold til egenomsorg av beina er også av interesse.

Hud.

Huden på føttene er et viktig observasjonsområde når en undersøker risikoføtter. Huden observeres og dokumenteres med fokus på farge, perifer temperatur og eventuelle ødemer.

Ben/ ledd.

Når føttene undersøkes observerer man beinas leddstillinger i forhold eventuell utvikling av hammertær, hallux valgus, hulfot og benutspring. Nedsatt bevegelse i beinas ledd er også et viktig punkt å observere og dokumentere.

Fottøy.

Diabetikerens fottøy bør undersøkes og inspiseres både innvendig og utvendig med tanke på risiko for gnagsår.

Vurdering av diabetisk polyneuropati.

Diabetisk polyneuropati kan vurderes på flere grunnlag. Semmes Weinstein monofilament 10 gram er et godt verktøy til trykksans-måling. Monofilamentet er en stiv nylontråd som trykkes mot huden. Når den bøyer seg tilsvarer det et trykk på 10 gram. Dersom diabetikeren ikke kjenner dette trykket er det et uttrykk for perifer nevropati.

For å måle vibrasjonssansene i foten benyttes en stemmegaffel (128 Hz). Tap av vibrasjonssans kan en også måle ved hjelp av et biothesiometer.

Berøringssansen måles ved hjelp av en bomullsdott mot fotryggen.

Reflekser som er aktuelle å kontrollere ved mistanke om nevropati er akillesrefleksen.

3.4.2 Identifisering av risikoføtter.

Etter å ha undersøkt diabetikers føtter skal hver pasient plasseres i en risikokategori. Dette resultatet vil bestemme videre oppfølging.

Risikokategoriene er delt opp i tre grupper. Pasientene som ikke har noen sensorisk nevropati går innunder kategori C. Pasienter som har fått påvist sensorisk nevropati kommer innunder kategori B. Pasienter i risikokategori A er personer som har en kjent sensorisk nevropati, i tillegg til at de har en eller flere av følgende prolematikker; Fotdeformiteter/ benprominenser, tegn til perifer ischemi, tidligere sår eller tidligere amputasjon.

3.4.3 Opplæring av pasient, pårørende og helsepersonell.

En opplæring som er strukturert og organisert er av stor betydning for å kunne forebygge fotsår. Målet med opplæringa er å øke motivasjon, ferdigheter og kunnskap. Pasienten må

informeres om tidlige symptomer på fotproblemer, og få kunnskap om nødvendige tiltak for å forebygge fotsår.

Opplæringen må inneholde praktisk informasjon, for eksempel om hvordan neglene skal klippes på riktig måte.

Opplæringen bør gis over flere seanser, gjerne over tid. Å benytte forskjellige læringsmetoder i undervisningen anbefales. Det er viktig å forsikre seg om at pasienten har forstått budskapet og er motivert til å gjennomføre de nødvendige tiltak som skal til for å forebygge fotsår.

I tillegg bør leger og annet helsepersonell få regelmessig opplæring i hvordan de selv kan gi et bedre tilbud til pasientene sine i høyrisikogruppen.

Opplæring av høyrisikopasienter bør inneholde følgende momenter;

- Daglig inspeksjon av føttene og av områdene mellom tærne. Hvis ikke pasienten får til å inspisere føttene selv, bør en annen person gjøre dette.
- Regelmessig fotvask bør utføres, med påfølgende varsom tørking, spesielt mellom tærne. Vanntemperaturen på fotbadet bør ikke overstige 37 grader celsius.
- Pasienten bør ikke gå barfot eller gå barbeint i skoene, verken innendørs eller utendørs.
- Ved fjerning av hyperkeratoser bør det ikke brukes plaster eller kjemikalier.
- Nye sko bør inspiseres for å kjenne om det er ujevnheter innvendig før de tas i bruk.
- Dersom en diabetespasient har nedsatt syn, må han få hjelp til å stelle føttene, spesielt ved klipping av neglene.
- Fuktighetskremer og oljer kan benyttes mot tørr hud på beina, men anbefales ikke til bruk mellom tærne.
- Sokker anbefales å skifte daglig. Bruk sokker uten sømmer fortrinnsvis. Hvis sokkene har sømmer bør sokkene brukes med den vrangle siden ut.
- Klipp alltid tåneglene tvers over.
- Hyperkeratoser bør ikke skjæres av pasienten selv, men av en fotpleier eller en annen kyndig person.
- Pasienten må påse at føttene blir undersøkt av lege eller sykepleier regelmessig.
- Diabetikeren må informeres om å umiddelbart ta kontakt med lege eller diabetes poliklinikk dersom det oppstår blemmer, kutt eller sår på føttene.

3.4.4 Riktig fottøy.

Ofte er fotsår forårsaket av dårlige eller for trange sko. Fottøy som er tilpasset pasientens endrede biomekaniske forhold og deformiteter, er av stor betydning for å forebygge fotsår. Personer med normal sensibilitet vil selv kunne finne ut hvilke sko som passer dårlig. Pasienter med nevropati og/ eller ischemi trenger nøyaktig tilpassede sko, spesielt når føttene har deformiteter i tillegg. Det er viktig at skoen er verken for stram eller for vid, og innsiden av skoen bør være 1-2 cm lenger enn selve foten. Den indre skobredden bør være lik fotens bredde ved grunnleddene, og en må passe på at det er plass nok til tærne i skoene, spesielt ved hammertå-problematikk. Skoene må prøves når pasienten står oppreist, fortrinnsvis mot slutten av dagen. Dersom det er vanskelig å finne passende sko på grunn av deformiteter eller abnorm belastning som for eksempel hyperemi, kallus eller sår, bør pasienten henvises til ortopedi-ingeniør for tilpasning av spesialsko eller såler.

3.4.5 Behandling av diabetesføtter uten sår.

Hos høyrisikopasienter må hyperkeratoser (kallus), negler og eventuelle hudforandringer følges opp regelmessig, fortrinnsvis hos fotterapeut. Dersom det er mulig bør fotdeformiteter bli behandlet konservativt, for eksempel med ortose fremfor operasjon. (http://www.diabetes.no/filestore/-Diabetesno_-_filarkiv/Helsepersonell/Dendiabetiskefot.pdf)

3.5 Kliniske behandlingsmetoder for diabetiske fotsår.

Dersom en baserer behandlingen av et fotsår på prinsippene som nevnes nedenfor, kan en oppnå en sårtilhelingsrate på 80-90%.

God sårbehandling kan ikke kompensere for vedvarende traume, ischemi eller infeksjon.

Har pasienten sår som går dypere enn subcutis, bør disse behandles aggressivt, gjerne innlagt på sykehus. (Gürgen, Kaal, Witsø, 2008)

3.6 Nyere forskning om beskyttelse mot fotsår.

Forskningsartikkelen "Research comparing three heel ulcer-prevention devices" er skrevet av Darlene M. Gilcreast, Joseph B. Warren, Linda H. Yoder, Janis J. Clark, Joyce A. Wilson og Mary Z. Mays og omhandler et forskningsprosjekt i USA hvor målet var å sammenligne tre forskjellige typer hælbeskyttelse for å se hvilken type som ga best beskyttelse mot trykksår på hælene.

Studiet er kvantitativt, og 338 tilfeldige personer i risikogruppen for utvikling av fotsår var med i undersøkelsen. Undersøkelsen foregikk parallelt på to sykehus samtidig sør i Texas i fra 1997 til 2001. Metodene forskerne brukte når de samlet inn data var skjemaet "The Braden Scale for Pressure Ulcer Risk", innsamling av helsehistorie og instrumenter for måling av sensibilitet i huden.

Resultatene fra forskningen var at det oppstod tolv trykksår på 240 pasienter når det ble brukt hælbeskyttelse hos pasienter i risikogruppen når de var sengeliggende. Av de tre typene beskyttelse som ble testet var det gjennomsnittlig ca like mange liggesår per produkt. Produktene som ble brukt under undersøkelsen var enkel hælbeskyttelse, hel fotbeskyttelse og fot og leggbeskyttelse.

Undersøkelsen avdekket at ved å i tillegg til å bruke de trykkavlastende fotbeskyttende produktene, bruker puter til trykkavlastning hos sengeliggende pasienter kan en bidra til å forebygge fotsår ytterligere. (Gilcreast et al. 2005)

Kildekritikk.

Artikkelen tar utgangspunkt i et omfattende studie av beskyttelsesprodukter rettet mot forebygging av fotsår. Undersøkelsen omfattet to sykehus, og resultatene stammer fra statistiske funn i undersøkelsen. Dette styrker troverdigheten til forfatterens konklusjon.

3.7 Sykepleiepedagogikk

Sykepleierens pedagogiske funksjon innebærer alle vurderinger, konkrete gjøremål og handlinger sykepleieren har ansvar for som har til hensikt å legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling, og mestring hos pasienter, pårørende og kollegaer og studenter.

Hensikten med sykepleierens pedagogiske funksjon kan beskrives som oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring. (Tveiten 2001)

3.7.1 Individuell pasientundervisning.

Undervisning og veiledning hos et sykt menneske stiller spesielle krav til sykepleieren. I tillegg til de pedagogiske vurderingene og valgene som må foretas, har sykepleieren ofte også ansvar for andre sykepleiefunksjoner.

For å kunne legge til rette for at undervisning og veiledning blir individuell og hensiktsmessig, er det nødvendig å vurdere pasienten og den situasjonen han er i. Det er ikke sikkert at pasienten selv er bevisst over sitt behov for veiledning og undervisning, noe som kan gjøre motivasjonen lav. I slike tilfeller er det viktig for sykepleieren å stimulere motivasjon ut ifra pasientens tilstand.

Dersom pasienten ikke ser sitt eget behov for undervisning og veiledning, må sykepleieren først legge til rette for at pasienten skal kunne oppdage dette behovet. Dette kan eksempelvis skje ved at sykepleieren i passende situasjoner kan gi informasjon om mulige konsekvenser av sykdommen for pasientens daglige liv.

Etter å ha samlet inn data om pasienten og vurdert læreforutsetningene må sykepleieren lage en plan for undervisning og veiledning. En slik plan bør synliggjøre hva hensikten med undervisningen og veiledningen er, hvilke temaer planen omhandler, hvordan og når undervisningen skal foregå. Denne planen kan være en del av en pleieplan. (Tveiten 2001)

3.7.2 Hensikten med undervisning og veiledning.

En hensikt med undervisning og veiledning kan være å legge til rette for mestring av egen sykdom eller symptomer fra denne. En annen hensikt kan være å legge til rette for forståelse og holdningsdannelse for sykdommen, eller å kunne legge til rette for mestring av ferdigheter eller prosedyrer knyttet til den aktuelle sykdommen.

Det er viktig å samarbeide med pasienten når en utarbeider hensikter og mål for undervisningen, slik at en får realistiske mål som kan bidra til at motivasjonen hos pasienten holdes oppe. Er målene derimot urealistiske, kan pasienten lett miste motet. Å samarbeide med pasienten om utforming av mål med undervisningen er samtidig en metode som legger til rette for brukermedvirkning.

Hva påvirker situasjonen.

Mange forutsette og uforutsette forhold kan påvirke undervisning og veiledning av pasienter. Pasientens tilstand kan endre seg slik at han ikke orker undervisning, eller smerter eller symptomer fra sykdommen kan forstyrre pasientens oppmerksomhet. Derfor er tid og sted for undervisning best når pasienten har et bevisst ønske om det.

Undervisningens innhold

Sykepleieren og pasienten kan samarbeide om planleggingen av undervisningens innhold, men det er viktig at sykepleieren som har fagkunnskaper tar hovedansvar for planleggingen for å sikre kvaliteten på undervisningsopplegget.

Hva som skal formidles til pasienten må vurderes ut ifra pasientens læreforutsetninger, og kan inneholde følgende temaer;

- Enkel anatomi, fysiologi, sykdomslære og patologi.
- Hensikten med behandlingen, både den medisinske og den sykepleiefaglige.
- Mulige komplikasjoner.
- Mulig smerte, varighet og lindringsmuligheter.
- Hva pasienten kan bidra med selv i behandlingsopplegget.
- Pasientens rettigheter.

Disse følgende innholdskomponentene kan være aktuelle i planleggingen av hvordan en pasient skal lære en ferdighet eller prosedyre;

- Hva skal læres?
- Hva er hensikten med prosedyren?
- Hvordan utføres prosedyren?
- Hva er det særlig viktig å være oppmerksom på?
- Når og hvor kan prosedyren utføres?
- Hva kan gå galt?

Undervisningsmetode.

Metodevalg for undervisningen kan være samtaler og skriftlig informasjonsmateriell om den aktuelle sykdommen, og behandlingen dette innebærer.

Evaluering

I en undervisningssituasjon er det viktig å regelmessig prøve å finne ut hva pasienten har oppdaget, forstått eller lært, slik at videre oppfølging blir mest mulig hensiktsmessig.

Evaluering kan skje i form av samtaler om det som er blitt undervist, hvor sykepleieren kan be pasienten fortelle hva han har forstått, og hva det videre lærebehovet omhandler.

Pasienten ser ikke alltid hjelpebehovet sitt, og sykepleieren må i disse tilfellene bruke faglige og pedagogiske metoder for å forsøke å bevisstgjøre pasienten sitt faktiske behov. (Tveiten 2001)

3.8 Undervisning, opplæring og læring.

Det finnes forskjellige oppfatninger om hvordan undervisning best kan legges til rette.

Uansett hvilken undervisningsform en velger bør undervisningen tilfredsstillende visse krav;

Undervisningen bør ha et positivt sikte. Dette gjelder både i forhold til aktuelle læretemaer, og i forhold til virkningen som undervisningen gir den som blir undervist. Undervisning skal med andre ord bidra til kultivering og forbedring.

Et annet krav til undervisningen er at den må foregå på en slik måte at den som undervises er klar over hva som faktisk skal læres, samtidig som en gir den som undervises frihet til å kunne spørre og komme med motforestillinger. En slik åpenhet skiller undervisning fra manipulasjon og indoktrinering.

Et tredje krav til undervisningen er at den på sikt skal kunne resultere i innsikt og forståelse på sentrale kunnskapsområder. (Myhre 2001)

3.8.1 Undervisning til eldre mennesker.

Undervisning er en hjelpemetode som brukes når noen skal tilegne seg ny kunnskap eller nye ferdigheter. For at undervisning skal kunne gi resultater er det en forutsetning at den eldre har en viss motivasjon og interesse av å lære. For å kunne bidra til å motivere eldre er det viktig å innhente informasjon og kunnskap om den eldres bakgrunn, vaner og livsstil. Dette og den eldres holdninger og erfaringer er viktig å ta med i betraktningen når en skal planlegge undervisningsopplegget.

Undervisning til eldre bør ta spesielt hensyn til endrede sanser som er veldig vanlig blant de eldre. Den som skal planlegge et undervisningsopplegg til eldre må derfor kunne gi stimuli gjennom flere sanser i sin undervisning. Det er også viktig å ta høyde for at enkelte av de eldre kan ha behov for ekstra god tid i undervisningssituasjonen, og at de eldres motivasjon til å lære styrkes dersom de opplever undervisningen som meningsfull.

(Karoliussen og Smebye 2000)

3.8.2 Tilrettelagt miljø.

Et terapeutisk miljø omfatter både det sosiale og det fysiske miljøet. Et utviklende miljø skal kunne bidra til å forme holdninger og verdier, og det må gi mulighet for å utfolde evner og tilpasse selvbildet.

Et miljø som fremmer personlig utvikling i en undervisningssituasjon bør inneholde følgende momenter;

- Personer som viser omsorg.
- Muligheter til både å kunne være alene og til å være sammen med andre.
- Assistanse når det er behov for hjelp.
- Mulighet til å kunne ta egne avgjørelser.
- Respekt og tro på muligheter for vekst.
- Forventning om respekt for en selv og for andre.
- Forventning om at en tar ansvar for seg selv og sine handlinger.
- Personer som gjennom sin handling viser en moden personlighet.

(Myhre 2001)

3.8.3 Råd og veiledning.

Råd og veiledning bør gis ut i fra den eldre sine egne interesser, og ikke ut i fra sykepleier eller omgivelsene sine interesser. Råd og veiledning er aktuelt i situasjoner der den eldre skal ta en avgjørelse eller skal fortsette en handling som krever oppfølging. (Karoliussen og Smebye 2000)

Behovet for undervisning og veiledning.

Eldre personer kan ha behov for kontinuerlig undervisning og veiledning, ettersom helse og velvære ofte varierer. Undervisning og veiledning er viktig i forbindelse med munn- og tannhelse, ved sykdom eller ved eventuell endring i kostholdet. Her er det ofte ikke nok å bare gi muntlig informasjon.

Ulike former for undervisning.

- Planlagt undervisning eller kurs.
- Utvikling av undervisningsmateriell, som for eksempel informasjonsbrosjyrer.
- Situasjonsbetinget undervisning (informasjon tilpasset den aktuelle situasjonen hvor det undervises).
- Veiledning og anbefaling

(Tveiten 2001)

Kommunikasjon og språk.

En samtale mellom den eldre og sykepleieren skal baseres på informasjon som er tilpasset den enkelte pasient med et språk som han eller hun forstår. Det er også viktig at sykepleieren som skal gi undervisning og veiledning kan vise tilbakeholdenhet og medmenneskelig forståelse, og at det bør legges vekt på at den eldre selv får velge løsninger der dette er mulig. Skal dette kunne være mulig må det være en god kommunikasjon mellom sykepleieren og den eldre. (Karoliussen og Smebye 2000)

3.9 Sykepleie til pasienter som bor hjemme.

Mange ønsker å bo og leve hjemme, selv om de er nokså hjelpetrengende. I hjemmet har pasienten gjerne sine kjære i rundt seg og en får være i kjente omgivelser. Å bo hjemme og ha et stort hjelpebehov over lengre tid kan være ei utfordring for pasienten selv, for familien og annet nettverk og for hjelpeapparatet. Når et hjem ikke lenger er forsvarlig for helsen, vil alltid bestemmelsen om å flytte være en tung avgjørelse å ta, både for pasienten, familien og for hjemmesykepleien.

3.7.1 Sykepleie i andre sitt hjem.

Et hjem og en institusjon har svært ulike rammevilkår og muligheter for atferd. Den atferden som er tillatt og i tråd med rolleforventningene i et hjem, kan i en institusjon bli ansett som feil eller uakseptabelt, og omvendt.

Sykepleierrollen i hjemmesykepleien gir gode forutsetninger for å kunne yte god sykepleie. Samtidig kan hjemmesituasjonen innebære noen usikre faktorer, gråsoner eller fallgruver. Alle har vi våre forestillinger om hva et hjem er, hvordan et hjem bør være, og hvordan et hjem bør se ut. Disse forestillingene er ofte preget av normene i samfunnet vi lever i. Vi har også med oss normer for hvordan man oppfører seg når man er på besøk i et hjem; Hva det er akseptabelt å snakke om, hvilke områder man kan bevege seg på og rollefordelingen mellom en vert og en gjest. Dette er en nødvendig kompetanse for en sykepleier, og kan ofte fungere som en rettesnor for hjemmesykepleieren.

3.7.2 Hjemmesykepleieren som "gjest".

Ifølge Sosial, og helsedepartementet er det viktig at de som tjenesteyter i hjemmetjenesten er bevisst på at en er gjester i andre sine hjem.

Boka "Kan eg koma inn" ifra pensumlitteraturen beskriver nærmere hva som bør vektlegges i rollefordelingen mellom sykepleier og pasient når pleieren skal utøve sykepleie hjemme hos pasienten.

Gjest og vert er komplementære roller; Når en får besøk som en vet om på forhånd, er det vanlig at verten har forberedt seg mer eller mindre på besøket ved å rydde og ha på seg klær som passer for anledningen.

I hjemmesykepleien må både den som kommer inn i hjemmet og den som bor der bryte med mange av sine normer. Institusjonsnormer gjelder ikke i et hjem. Samtidig kan man heller ikke si at det er bare normene om skikk og bruk som gjelder i hjemmesykepleien. Årsaken til at sykepleieren kommer hjem til pasienten er fordi det er en oppgave som skal utføres, som pasienten har søkt om hjelp for. De oppgavene sykepleieren gjør i et hjem stemmer ikke overens med normene for hva en gjesterolle innebærer på besøk i et annet menneskes hjem.

Som gjest er en ofte invitert og ønsket på besøk av verten. Sykdom og reduserte funksjoner er for alle mennesker "ubudne gjester" i livet, som gjør at en kan bli nødt til å slippe noen andre "ubudne gjester" inn i hjemmet sitt, nemlig hjemmesykepleierene. Samtidig ønsker verten som regel at akkurat disse ubudne gjestene skal komme på besøk, fordi at helsesvikt har ført til at han nå har behov for hjelp.

At hjemmesykepleieren og andre hjelpere kommer inn i pasientens hjem, er ofte en forutsetning for at pasienten skal kunne være hjemme i kjente omgivelser og mestre sin hverdag. Hjelpen virker på denne måten normalitetsfremmende for pasienten. Hjelpen hjemmesykepleien utøver kan samtidig representere en trussel mot pasientens trygghetsfølelse i sitt eget hjem, så hjemmesykepleien vil i disse tilfellene kunne oppleves som normalitetshemmende av pasienten.

De fleste institusjoner har soner som er forbudte områder for pasienter å ferdes i, for eksempel kjøkken, medisinrom og lager, mens helsepersonellet har adgang overalt. I et hjem er situasjonen omvendt. Her er det sykepleieren som møter "forbudte" soner som de kan nektes adgang til. I institusjon har personer som trenger helsehjelp automatisk pasientstatus hele tiden, mens en person som får hjelp fra hjemmetjenesten bare har pasientstatus kun når han får hjelp.

Pasienten eller pasientens pårørende kan velge å lukke dørene og avslå hjelp. Pasienten kan også velge å fullstendig ignorere rådene fra sykepleieren eller avtaler som er gjort med hjemmetjenesten. Pasienten har vide juridiske rammer for selvbestemmelsesrett, og er den formelle eieren av arenaen. Sykepleieren har svært få juridiske retter til kunne pålegge pasienten eller de pårørende noe som helst. Pasientene lever som regel mesteparten av sine liv utenfor helsevesenets kontroll på eget ansvar.

3.7.3 Nyere forskning innen hjemmesykepleie.

Tonje Heglis forskningsartikkel ”... Å ikke lage pleiepasienter i hjemmet” tar for seg balansen mellom avhengighet og uavhengighet hos hjemmeboende eldre. Den ble publisert i Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning i 2006. Hennes hensikt med denne artikkelen var å beskrive sykepleiernes erfaringer, oppfatninger og utfordringer i arbeidet med å opprettholde balansen mellom avhengighet og uavhengighet/ selvhjulpenhet hos eldre som mottar daglig hjemmesykepleie.

Hennes design på studiet er beskrivende og kvalitativ, og hennes metode for innsamling av data i studiet var bruk av semistrukturerte intervju.

Undersøkelsen ble gjort ved en avdeling for hjemmesykepleie, og antallet respondenter var tre.

Konklusjonen i artikkelen belyser funnene som ble gjort i undersøkelsen som Tonje Hegli beskriver i sin forskningsartikkel. Hun konkluderer bl.a. med at avhengighet hos eldre hjemmeboende pasienter er et problemområde for både pasient og pleier. Hele studiet hennes er bygd på sykepleieres beskrivelser om erfaringer og utfordringer i hjemmesykepleien, og har avdekket at både forhold ved ”pasient- pleier- interaksjonen” og omgivelsene er av betydning for hvordan balansen mellom avhengighet og uavhengighet ivaretas. Videre konkluderer forfatteren med at å implementere en mer pasientfokusert og pasient-empowering tilnærming, sammen med tilfredsstillende rammebetingelser kan være et steg i riktig retning for å møte den vanskelige balansegangen mellom avhengighet og uavhengighet hos eldre hjemmeboende pasienter. (Hegli 2006)

Kildekritikk.

Forskningen baserte seg på intervju med tre respondenter. En mulig svakhet i undersøkelsen kan være det at disse tre sykepleierene jobbet ved samme avdeling, noe som gjør bredden av erfaringer litt smalere, siden avdelinger og kommuner kan variere veldig i forhold til kvaliteten på tilbudet om hjemmesykepleie. Økonomiske rammebetingelser er også noe som kan variere fra kommune til kommune, og bidra til å påvirke arbeidet i hjemmesykepleien.

En styrke ved hennes metodevalg er at forskeren har vært i direkte kontakt med sine primærkilder under hele undersøkelsen, og er derfor troverdig når hun presenterer funn og utsagn fra studiearbeidet sitt.

For øvrig er problematikken aktuell for hjemmesykepleiere fordi alle kan gå i den fellen at skaper pleiepasienter i hjemmet på grunn av lært hjelpeløshet.

3.8 Egenomsorg.

Begrepet egenomsorg innen sykepleiefaget stammer fra sykepleieteoretikeren Dorothea Orem's sykepleieteorimodell. Orem begynte å arbeide med å få økt forståelsen av hva sykepleie egentlig er på slutten av 50-tallet, og resultatet ble boka "Nursing: Concepts of practice", som presenterte egenomsorgsteorien hennes. Boka har etter første utgivelse i 1971 blitt omarbeidet en rekke ganger helt frem til 1995 på bakgrunn av kommentarer og diskusjoner fra konferanser om sykepleieteori og av erfaringer fra dem som har anvendt teorimodellen i praksis. (Cavanaugh 1999)

3.8.1 Hva er egenomsorg?

Egenomsorg kan beskrives som individets evne til å utføre aktiviteter som er nødvendige for å leve og overleve.

Sentralt for begrepet egenomsorg er at omsorgen skal iverksettes frivillig og tilsiktet av pasienten, med andre ord utføre gjennomtenkte, tillærte handlinger som bidrar til å opprettholde liv og helse, og til å fremme velvære. Aktiviteter og handlinger som er nødvendige for at en skal kunne opprettholde helse og utvikling er noe som må læres, og de ulike handlingene påvirkes av faktorer som for eksempel alder, modning og kultur. (Orem 1994)

Universelle egenomsorgsbehov.

Egenomsorgsbehovene Dorothea Orem beskriver som felles for alle mennesker er;

- Behovet for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av luft
- Behovet for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av vann
- Behovet for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av mat

- Behovet for eliminasjonsprosesser og for utskillelse av avfallsstoffer
- Behovet for å opprettholde balanse mellom aktivitet og hvile
- Behovet for å opprettholde balanse mellom å ha sosial kontakt og å være alene
- Behovet for trygghet mot farer for liv, menneskelig funksjon og velvære
- Behov for å fremme funksjon og utvikling innenfor sosiale grupper, i samsvar med menneskelig potensial, kjente begrensninger og ønsket om positivt selvbilde.

Problemer som oppstår på noen av disse åtte områdene kan føre til livstruende tilstander for mennesket. Å forebygge farer er vesentlig for at den enkelte skal kunne overleve samtidig som det er en forutsetning for menneskelig utvikling. Utviklingen hos et menneske dreier seg blant annet om at hver enkelt må lære hvilke situasjoner som kan være farlige, og at det er i stand til å kunne beskytte seg mot slike omgivelser.

Disse åtte universelle egenomsorgsbehovene er de essensielle områdene som hver enkelt må være i stand til å mestre for å kunne sies å utøve egenomsorg. (Cavanaugh 1999)

Utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov

Dorothea Orem beskriver en rekke behov knyttet til menneskelig modning og utvikling. Disse egenomsorgsbehovene er til stede på hvert enkelt av et menneskes utviklingsstadium som for eksempel spedbarnsperioden, barndommen og ungdomstiden. Andre utviklingsrelaterte egenomsorgsbehov er omsorg i forbindelse med tilstander som kan gi negative konsekvenser for menneskelig utvikling og omsorg for å dempe faktiske eller potensielle skadelige virkninger av bestemte forhold eller livsbegivenheter.

Helsesviktrelaterte egenomsorgsbehov

De helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene foreligger når den enkelte blir syk, blir skadet, får funksjonssvikt eller er under legebehandling.

Helserelaterte egenomsorgskrav;

- Å kunne sørge for hensiktsmessig hjelp dersom en utsettes for påvirkning av fysiske eller biologiske stoffer eller miljøbetingelser knyttet til menneskelige, patologiske hendelser og tilstander, eller ved genetiske, fysiologiske eller psykiske tilstander som en vet kan føre til eller ha sammenheng med menneskelig patologi.

- Å kjenne å kunne sette inn nødvendige tiltak mot eventuelle virkninger og resultater av patologiske tilstander som kan utviklingsmessige konsekvenser.
- Å kunne utføre de diagnostiske, terapeutiske og rehabiliterende tiltak som legen forordner, på en måte som er hensiktsmessig for å forebygge spesielle patologiske tilstander, bekjempe selve sykdommen, regulere menneskelige integrerte funksjoner, korrigere misdannelser eller kompensere for funksjonshemming.
- Å kjenne og kunne sette inn tiltak for å motvirke eller regulere ubehagelige eller skadelige virkninger av medisinsk behandling og ordinerte legemidler som kan lede til utviklingsmessige konsekvenser.
- Å kunne justere egenverdi og selvbilde ved å akseptere at en har en bestemt helsetilstand og trenger bestemte former for helsehjelp.
- Å lære å leve med virkninger av patologiske tilstander og med resultatet av medisinske diagnoser og behandlingstiltak, i en livsstil som fremmer videre personlig utvikling.

Hovedpremisset bak de helsesviktrelaterte egenomsorgsbehovene er at ved eventuelle endringer i helsetilstanden må den enkelte søke råd og assistanse fra andre som er kompetente til å gi dette når vedkommende selv ikke har kapasitet til å ivareta sine egenomsorgsbehov.

Egenomsorgssvikt.

Nye eller kroniske helseproblemer, eller emosjonelle traumer, kan gjøre at man må sette i verk nye tiltak for å ivareta egen helse, eller at man må søke assistanse hos andre. Evnen til å kunne oppfylle krav til egenomsorgsaktiviteter kan variere fra person til person.

Mennesker som har en sykdom kan være bare delvis i stand til å dekke sine egenomsorgsbehov.

Mennesker har en stor evne til å kunne tilpasse seg endringer hos seg selv og i omgivelsene rundt dem. Situasjoner kan allikevel forekomme der summen av summen av de kravene som blir stilt til den enkelte, overskrider vedkommendes evne til å oppfylle dem. I slike situasjoner vil den enkelte kunne få behov for hjelp til å dekke sine egenomsorgsbehov, for eksempel fra familie, venner og fra helsepersonell. (Orem 1994)

3.8.2 Nyere forskning om egenomsorg.

Forskningsartikkelen ”Diabetes foot self-care in the German population” er skrevet av Sasha Schmidt, Herbert Mayer og Eva- Maria Panfil. Målet med deres studie var å finne ut hvilken form for egenomsorg pasienter med diabetes utøver for å forebygge diabetesføtter, og å se hvilken variasjon det var mellom pasienter som har fått undervisning kontra de som ikke har, i forhold til utvikling av diabetiske seinskader.

Bakgrunn og metode

Bakgrunnen for dette studiet er viktigheten av at pasienter med fare for utvikling av diabetesfot kan forebygge dette selv ved hjelp av egenomsorg.

Metoden forfatterne har brukt i dette studiet er en sekundær analyse av data som ble brukt under utviklingen av ”Frankfurter Catalogue of Foot Self- Care – Prevention of Diabetic Foot Syndrome”. Undersøkelsene omhandlet 269 pasienter med diabetes type 1 og type 2.

Resultater

Resultatene fra undersøkelsene viste bl.a. at pasienter som hadde mottatt mer enn tre undervisningsprogram om diabetes ivaretok egenomsorgen bedre enn pasienter som hadde mottatt lite eller ingen undervisning, og at pasienter i risikogruppen for utvikling av diabetesfot kan utføre mer adekvat egenomsorg med bistand og oppfølging av helsepersonell. I tillegg viste resultatene at pasienter med diabetes i Tyskland sjelden utfører inspeksjon av fottøy eller føtter med tanke på utvikling av diabetiske fotsår.

Konklusjon

Generelt er det mangelfull egenkontroll av fottøy, sokker og føtter blant pasienter med diabetes i Tyskland.

Statistikken over innsamlet data viser også at minst tre undervisningsprogram kan være nødvendig for at pasienten skal motiveres nok til å utføre rutinemessig egenomsorg. Spesielt pasienter i risikogruppen for utvikling av diabetesfot har behov for tettere profesjonell oppfølging i forhold til egenomsorgen for at de skal kunne forebygge diabetesfot eller andre diabetiske senskader.

(Schmidt, Mayer og Panfil 2008)

Kildekritikk

Artikkelen er skrevet på bakgrunn av en stor og omfattende undersøkelse på diabetespasienter og deres vaner når det gjelder egenomsorg. Fordi studiet omfatter så mange objekter kan vi si at resultatene er reelle i forhold til statistikken. Studiet er systematisk gjennomført, noe som kvalitetssikrer artikkelens resultater og budskap.

4. Drøftingskapittel

Case

Jens er en 83 år gammel mann som bor hjemme sammen med sin 78 år gamle kone Liv. Jens har diabetes type 2, en diagnose han fikk for 20 år siden. Jens har hatt et avslappet forhold til sykdommen sin, og har i stor grad overlatt ansvaret for kostregulering til sin kone.

I tillegg til diabetes har Jens fått påvist perifer nevropati, og aterosklerose hos sin lege. For et års tid siden fikk Jens et fotsår etter et fall hjemme. Han fikk da innvilget hjemmesykepleie som tok seg av sårstellet, i tillegg til at han ble fulgt opp av sin fastlege og av fotpleier. Såret ble helet etter en måneds tid, og kontakten med hjemmesykepleien ble etter dette avsluttet.

Kona til Jens kontakter nå hjemmesykepleien et år etterpå og er bekymret for at mannen kanskje er i ferd med å utvikle et decubitus på den samme foten som han hadde hatt sår på tidligere. Det blir i denne sammenheng innvilget hjemmesykepleie til ekteparet med den hensikt at sykepleieren skal forebygge diabetiske fotsår hos Jens ved hjelp av undervisning og veiledning av både Jens og hans kone...

Med dette caset som utgangspunkt vil jeg drøfte forebygging av diabetiske fotsår ved hjelp av undervisning hos eldre som bor hjemme. Drøftingen vil skje i forhold til faglitteratur og nyere forskningsmateriell. Drøftingen vil forhåpentligvis avdekke funn som kan gi svar på problemstillingen min, og samtidig kunne vurdere svarenes holdbarhet.

4.1 Gevinsten ved pasientundervisning.

Undervisning til pasienter med diabetes om egenomsorg i forbindelse med forebygging av diabetiske fotsår kan være nyttig sykepleie på sikt. Nyere forskning viser at jo mer undervisning pasienten får, jo mindre blir risikoen for utvikling av diabetiske fotsår. Dette går frem i forskningsartikkelen "Diabetes foot self-care practises in the German

population”. Forfatterne sier i denne artikkelen at pasienter som har gjennomført mer enn tre undervisningsopplegg om forebygging av diabetiske fotsår utfører en mye bedre egenomsorg enn pasienter som har mottatt kun ett eller ingen undervisningsopplegg om temaet. Samtidig påpekes det også at selv pasienter i faresonen for utvikling av sår ikke utfører tilstrekkelig egenomsorg dersom de ikke har fått undervisning om dette.

Regelmessig undervisning er det beste tiltaket for å styrke diabetespasientenes egenomsorg konkluderer forfatterne med etter å ha gjennomført studiet av 269 pasienter med diabetes i Tyskland, i forhold til deres egenomsorgsvaner i forhold til forebygging av diabetiske senkomplikasjoner som fotsår. (Schmidt, Mayer, Panfil 2008)

4.2 Spesielle hensyn ved undervisning til eldre.

Når en sykepleier skal planlegge undervisning til personer som de i caset er det viktig at han ivaretar spesielle hensyn en bør ta når en skal undervise eldre mennesker. For at undervisning skal kunne gi resultater er det en forutsetning at Jens og/ eller kona har en viss motivasjon og interesse av å lære. Det er viktig å samarbeide med pasienten når en utarbeider hensikter og mål for undervisningen, slik at en får realistiske mål som kan bidra til at motivasjonen hos pasienten holdes oppe. Er målene derimot urealistiske, kan pasienten lett miste motet. Å samarbeide med pasienten om utforming av mål med undervisningen er samtidig en metode som legger til rette for brukervedvirkning, som jeg nevnte i teorikapitlet. (Karoliussen og Smebye 2000)

Undervisningen til Jens og kona bør kunne ta høyde for et spesielt hensyn til at endrede sanser, som for eksempel nedsatt syn eller nedsatt hørsel, er veldig vanlig blant de eldre. Sykepleieren som skal planlegge et undervisningsopplegg til ekteparet kan derfor med fordel forsøke å gi stimuli gjennom flere sanser i sin undervisning. Dette kan innebære noe så elementært som at sykepleieren påser at Jens har på seg for eksempel høreapparat eller briller om det skulle være behov for det, og forsikre seg om at disse hjelpemidlene fungerer slik at han forstår hva som blir sagt, og hva som blir gjort.

Det er også viktig å ta høyde for at enkelte av de eldre kan ha behov for ekstra god tid i undervisningssituasjonen, og at Jens og konas motivasjon til å lære styrkes dersom de opplever undervisningen som meningsfull. (Karoliussen og Smebye 2000)

4.2.1 Valg av undervisningsmetode.

For at Jens og kona skal få optimalt utbytte av undervisningen er det viktig at sykepleieren velger undervisningsmetoder som er tilpasset deres lærebehov og læreforutsetninger. Som jeg nevnte i teorikapitlet så kan disse følgende innholdskomponentene være aktuelle i planleggingen av hvordan en pasient skal lære en ferdighet eller prosedyre; Hva skal læres? Hva er hensikten med prosedyren? Hvordan utføres prosedyren? Hva er det særlig viktig å være oppmerksom på? Når og hvor kan prosedyren utføres? Hva kan gå galt? Sykepleierens metodevalg for undervisningen kan være samtaler, skriftlig informasjonsmateriell og praktisk veiledning i forebyggende tiltak for å forebygge utvikling av diabetiske fotsår. (Tveiten 2001)

4.2.2 Undervisningens tidsramme.

Undervisning til pasienter kan være en tidkrevende prosess, avhengig av undervisningens tema og mottaker. Når sykepleieren skal planlegge et undervisningsopplegg for Jens er det viktig å unngå vidløftige og tidkrevende undervisningsleksjoner. I hjemmesykepleien er tid mangelvare, og dessverre kan en ofte se i praksis at forebyggende arbeid blir nedprioritert i forhold til annet arbeid som inkluderer stell og pleie dersom tiden ikke strekker til alle oppgavene som hjemmesykepleieren har fått i oppdrag å utføre.

Nyere forskning viser at de eldre har større sjanse for å praktisere adekvat forebyggende fotpleie når undervisningsopplegget kan gjentas regelmessig. (Schmidt, Mayer, Panfil, 2008) Dersom sykepleieren kan tilpasse et undervisningsopplegg til et enkelt hjemmebesøk hos Jens og kona, med skriftlig informasjon og praktisk veiledning i forebyggende fotpleie, vil ekteparet i caset statistisk sett kunne utøve egenomsorg på en tilfredsstillende måte etter tre hjemmebesøk. Jo flere ganger undervisningsopplegget kan gjentas, jo bedre blir som regel pasientens egenomsorg. (Schmidt, Mayer, Panfil, 2008) Dette betyr at dersom sykepleieren klarer å tilpasse undervisningen sin til et vanlig fotstell hos Jens, vil dette styrke muligheten for at dette forebyggende arbeidet faktisk blir inkludert i hjelpen som Jens mottar av hjemmesykepleien. Dersom sykepleieren

kombinerer skriftlig informasjon i form av brosjyrer etc. med et pedagogisk fotstell hos Jens, vil den planlagte undervisningen ikke overskride tiden sykepleieren har til rådighet for Jens sine føtter i utgangspunktet. Velger en å hoppe over undervisningen vil ikke dette bidra til å redusere besøkets varighet hos Jens fordi hjemmesykepleierene allikevel hadde måttet pleie føttene til Jens for å forebygge sår.

4.2.3 Undervisningens innhold

Sykepleierens undervisningsopplegg til Jens og kona bør inneholde en rekke momenter for at ekteparet skal kunne forebygge diabetiske fotsår på en best mulig måte. Som jeg nevnte i teorikapitlet har verdens helseorganisasjon, WHO, utarbeidet fem hjørnesteiner som retningslinje for forebygging og overvåking av diabetiske pasienter som er i risikozonen for å utvikle diabetiske fotsår.

De fem hjørnesteinene i behandlingen av en diabetisk risikofot omfatter regelmessig inspeksjon og undersøkelse av risikoføtter, identifisering av risikoføtter, opplæring av diabetiker, pårørende og helsepersonell, vurdering av fottøy og behandling av hyperkeratoser, negleforandringer og lignende. (http://www.diabetes.no/filestore/-Diabetesno_-_filarkiv/Helsepersonell/Dendiabetiskefot.pdf)

De fem hjørnesteinene danner et godt utgangspunkt når sykepleieren skal planlegge undervisningsopplegget til Jens og hans kone. Videre i denne drøftingen tar jeg for meg hvert av de fem punktene som jeg skisserte i teorikapitlet;

Regelmessig inspeksjon og undersøkelse.

Jens og kona kan gjerne oppfordres av sykepleieren til å inspisere føttene til Jens en gang daglig for å kontrollere eventuelle hudforandringer eller skader. Dersom Jens ikke er i stand til å utføre dette kan kona eventuelt undersøke føttene for han. I tillegg til daglig egenpleie bør Jens anbefales å gå til en profesjonell fotpleier minst en gang årlig for å få foten vurdert med tanke på risiko for utvikling av sår.

Identifisering av risiko

Identifisering av risikoføtter kan skje ved at sykepleier innhenter data om Jens for å kartlegge sykehistorien og sykdomsbildet, slik at Jens får forebygging og undervisning som er spesielt egnet for han, og for å vurdere risikonivået Jens har for å utvikle diabetiske fotsår. Forfatterne av forskningsartikkelen "Prediction of diabetic foot ulcer occurrence using commonly available clinical information" sier at pasientens helsehistorie inneholder som regel informasjon som kan gjøre at en kan beregne risikoen for utviklingen av diabetiske fotsår, og på denne måten kunne forebygge sårene før de oppstår. (Boyko, Ahroni, Cohen, Nelson, Heagerty, (2006) "Prediction of diabetic foot ulcer occurrence using commonly available clinical information", Diabetes Care)

Sykepleieren som skal vurdere Jens sin risiko for å utvikle diabetiske fotsår må ta med følgende faktorer i sin vurdering;

- Jens har hatt diabetes i over ti år, noe som øker risikoen for utvikling av sår.
- Han har aterosklerose, som på sin side representerer fare for sårutvikling pga sirkulatoriske forstyrrelser.
- Han har fått påvist nevropati, som utgjør en fare for sår eller skade grunnet nedsatt sensibilitet i beina.
- Han har tidligere hatt et fotsår, noe som innebærer stor risiko for å få det igjen.
- Han er mann. Det alene innebærer faktisk økt risiko statistisk sett.
- Han er gammel. Risikoen for utvikling av fotsår øker med alderen.

I henhold til beskrivelsene ovenfor er Jens virkelig i risikozonen for å utvikle diabetiske fotsår, og god forebyggende sykepleie i form av for eksempel undervisning vil i hans tilfelle kunne være nødvendig for å unngå fotsår og mulige amputasjoner. (Gürgen, Kaal og Witsø 2005)

Opplæring av diabetiker, pårørende og helsepersonell.

Sykepleieren kan med fordel lage et undervisningsopplegg som kan benyttes av Jens sin kone og av de andre kollegaene i hjemmesykepleien, for på den måten sikrer sykepleieren kvalitetsmessig forebygging fra alle aktørene som skal hjelpe Jens.

Sykepleieren må være klar over pasientens selvbestemmelsesrett over egen helse, og respektere synspunktene Jens måtte ha i forhold til undervisningsopplegget, og til

forebyggingsarbeidet generelt. Som nevnt i teorikapitlet kan pasienten eller pasientens pårørende velge å lukke dørene og avslå hjelp. Pasienten kan også velge å fullstendig ignorere rådene fra sykepleieren eller avtaler som er gjort med hjemmetjenesten. Pasienten har vide juridiske rammer for selvbestemmelsesrett, og er den formelle eieren av arenaen. Sykepleieren har svært få juridiske retter til kunne pålegge pasienten eller de pårørende noe som helst i dette tilfellet.

Undervisning og veiledning hos et sykt menneske stiller ofte spesielle krav til sykepleieren. I tillegg til de pedagogiske vurderingene og valgene som må foretas, har sykepleieren ofte også ansvar for andre sykepleiefunksjoner som for eksempel observasjoner i forhold til Jens sine diagnoser og sykdomsbilde.

For å kunne legge til rette for at undervisning og veiledning blir individuell og hensiktsmessig, er det nødvendig å vurdere pasienten og den situasjonen han er i. I mitt case er situasjonen slik at behovet for undervisning er der, men det er Jens sin kone Liv som ser det best. Derfor kan sykepleieren med fordel forsøke å bevisstgjøre Jens hjelpebehovet ved å samtale om farene ved diabetiske fotsår, og risikofaktorene som er tilstede i Jens sitt tilfelle. Dersom Jens får en forståelse av alvoret i forebyggingen vil han kanskje bli mer bevisst for farene, og aktivt forebygge eventuelle risikoer for sårdannelser.

Vurdering av fottøy.

Skoa til Jens må passe godt til føttene for å unngå fare for utvikling av sår. I tillegg er det viktig at skoa er jevne og hele innvendig, og at en inspiserer skoene grundig utvendig og innvendig regelmessig. Siden Jens har nevropati i tillegg er det spesielt viktig at han kontrollerer skoene innvendig før bruk, fordi stein eller lignende i skoa kan resultere i sårutvikling uten at han kjenner det. Sykepleieren bør veilede Jens i korrekt inspeksjon av skoa, og i tillegg undersøke skoene selv med jevne mellomrom for å kontrollere Jens sin vurderingsevne, gjerne sammen med Jens og kona. Jens må anmodes om å ikke gå barbeint utendørs eller i sko fordi faren for å skade huden på beina er større da.

Nye sko bør inspiseres for å kjenne om det er ujevnheter innvendig før de tas i bruk. Sykepleieren kan også med fordel anbefale Jens å skifte sokker daglig for å unngå bakterievekst i sokkene som øker infeksjonsfaren derfor Jens skulle pådra seg en rift eller et sår i huden på beina. Helst bør han anbefales bruke sokker uten sømmer. Hvis sokkene har sømmer bør sokkene brukes med den vrangle siden ut for å sikre en glatt overflate mot

fotens hud, samtidig som en unngår avtrykk etter sømmen dersom sokkene er litt stramme for føttene til Jens.

Behandling av negleforandringer, hyperkeratoser og lignende.

Sykepleieren bør anbefale Jens å ha fotpleie som en del av sin daglige egenomsorg. Neglene må ikke bli for lang, og huden må ikke bli for tørr. Det bør anbefales at Jens klipper tåneglene tvers over i stedet for i bue. Sykepleieren bør også demonstrere for Jens og kona hvordan de skal klippe neglene hans på en skånsom og kontrollert måte ved hjelp av fotbad som gjør at neglene mykere og lette å klippe. Vanntemperaturen på fotbadet bør forøvrig ikke overstige 37 grader celsius. Etter fotbad er det viktig å tørke føttene godt, men sykepleieren må anmode Jens om å tørke skånsomt områdene mellom tærne for å unngå å lage rifter i den tynne huden der.

Dersom føttene smøres med salve bør de unngå å smøre mellom tærne pga tynn hud som lett kan sprekke. Ved fjerning av hyperkeratoser bør ikke Jens bruke plaster eller kjemikalier.

Hyperkeratoser bør heller ikke skjæres av Jens eller kona selv, men av en fotpleier eller en annen kyndig person.

Jens og kona må også informeres om å ta kontakt med lege eller diabetes poliklinikk dersom det oppstår blemmer, kutt eller sår på føttene. (http://www.diabetes.no/filestore/-Diabetesno_-_filarkiv/Helsepersonell/Dendiabetiskefot.pdf)

Informasjon om hjertets påvirkning av diabetiske fotsår.

I sykepleierens skriftlige undervisningsmaterieell anbefales det å inkludere informasjon om sammenhengene mellom hjerte/ kar-problematikk og utvikling av diabetiske fotsår. Dette er spesielt viktig for Jens fordi han har aterosklerose, en faktor som øker risikoen for å dø på grunn av diabetiske fotsår. Ifølge forfatterne av artikkelen "Improved survival of diabetic foot ulcer patients 1995-2008" er det en klar sammenheng mellom nedgangen av dødsfall blant pasienter med diabetiske fotsår og det nye fokuset på hjerte/ karproblematikk innen forebyggingsarbeidet hos diabetespasienter. (Young et al. 2008) Dersom sykepleieren anbefaler Jens å aktivt følge opp behandlingen av sin aterosklerose hos legen sin vil dette være en viktig forebyggende faktor mot utvikling av diabetiske fotsår og andre lidelser som skyldes nedsatt perifer sirkulasjon.

Tips om forebyggende produkter.

Om det skulle utvikle seg slik for Jens at føttene hans utvikler hudforandringer som øker trusselen for sårdannelse så må sykepleieren anbefale bruk av forebyggende produkter. Skulle Jens bli syk og sengeliggende en periode er det særlig stor fare for at han kan utvikle trykksår på for eksempel hælene. Tar en i bruk produkter som hælbeskyttelse eller fotbeskyttelse hos sengeliggende pasienter, reduserer en faren for trykksår betydelig. Forfatterne av forskningsartikkelen "Research comparing three heel ulcer-prevention devices" beskriver en markant forskjell på forekomsten av decubitus hos sengeliggende pasienter mellom de som bruker og de som ikke bruker beskyttende produkter på beina. (Gilcreast m. fl. 2005) Apotekene selger ulike former for hælbeskyttende bandasjer, og hjemmesykepleien kan formidle forebyggende produkter som for eksempel trykkavlastende "risputesko" som beskytter både tærne, hælen og ankene mot decubitus ved lengre sengeleie.

Forfatterene understreker i artikkelen at faren for utvikling decubitus kan reduseres ytterligere dersom sykepleierene er påpasselige med å trykkavlaste sengeliggende pasienter med puter under knærne eller bak ryggen dersom pasienten skal ligge litt på siden. I artikkelen fremheves det at regelmessig snuing eller vending av sengeliggende pasienter er nødvendig for at de beskyttende produktene skal fungere så godt som mulig (Gilcreast m. fl 2005)

4.3 Sykepleieteori

Sykepleierens arbeid med undervisning av Jens og kona er i tråd med sykepleieteoretiker Dorothea Orem sin egenomsorgsteori.

Som jeg nevnte i teorikapitlet så er det sentralt for begrepet egenomsorg at omsorgen skal iverksettes frivillig og tilsiktet av pasienten, med andre ord utføre gjennomtenkte, tillærte handlinger som bidrar til å opprettholde liv og helse, og til å fremme velvære. (Orem 1994) Resultatet av den planlagte undervisningen vil sykepleiefaglig sett kunne styrke Jens sin evne til å kunne utføre tilstrekkelig egenomsorg, med oppfølging av helsepersonell som tilleggforsikring. Sykepleieren bidrar derfor til å forebygge diabetiske fotsår hos Jens over

lengre tid ved hjelp av undervisningen sin enn han hadde gjort ved å gjennomføre forebyggende tiltak aktivt selv. Sykepleieren ville helt sikkert passet på å gi tilstrekkelig forebygging til Jens dersom Jens for eksempel var en inneliggende pasient ved en institusjon. Hensikten med undervisningen er derimot å hjelpe Jens til å mestre denne jobben selv i sitt eget hjem, for å på den måten kunne være med selv å bestemme hvor lenge det er forsvarlig for Jens å bo hjemme.

Det er et viktig moment i hjemmesykepleien at sykepleiere ikke skal bidra til å utvikle pleiepasienter i hjemmene uten at det strengt tatt er nødvendig. Tonje Heglis forskningsartikkel ”... Å ikke lage pleiepasienter i hjemmet” tar for seg balansen mellom avhengighet og uavhengighet hos hjemmeboende eldre. Hennes hensikt med denne artikkelen var å beskrive sykepleiernes erfaringer, oppfatninger og utfordringer i arbeidet med å opprettholde balansen mellom avhengighet og uavhengighet/ selvhjulpenhet hos eldre som mottar daglig hjemmesykepleie. Hun konkluderer bl.a. med at å implementere en mer pasientfokustert og pasient-empowering tilnærming, sammen med tilfredsstillende rammebetingelser kan være et steg i riktig retning for å møte en vanskelig balansegang mellom avhengighet og uavhengighet hos eldre hjemmeboende pasienter. (Hegli 2006)

Orem beskriver helsesvikrelaterte egenomsorgsbehov som at ved eventuelle endringer i helsetilstanden må den enkelte søke råd og assistanse fra andre som er kompetente til å gi dette når vedkommende selv ikke har kapasitet til å ivareta sine egenomsorgsbehov (Orem 1994). Dette er det viktig for sykepleieren å få Jens og kona til å forstå, slik at de ikke behøver å vegre seg for å be om profesjonell bistand i fotstellet dersom de føler at de har behov for det. Sykepleieren bør prøve å være tydelig på at han ønsker å hjelpe Jens og bistå han i forebyggingen av diabetiske fotsår, men at Jens har størst utbytte av å mestre dette selv.

4.4 Forbehold om mulige endringer i situasjonen.

Som jeg nevnte tidligere i drøftingen er opplæring av diabetikeren, pårørende og annet helsepersonell viktig i denne casen. Grunnen til at dette er spesielt viktig her er en viss fare for at situasjonen kan endre seg. Dersom Jens blir syk eller skadet vil han ha behov for hjelp og assistanse enten av sin kone, eller av helsepersonell. Dersom kona Liv skulle bli

syk eller skadet, er det viktig at Jens enten klarer å ta ansvar for forebyggingen selv, eller at helsepersonell kan komme inn i bildet og overta Liv sine oppgaver og ansvar overfor Jens. Dette gjelder selvfølgelig også dersom Liv føler behov for assistanse eller avlastning, selv om dette er sjeldent i praksis. Ofte sliter pårørende seg helt ut før de får til å be noen om hjelp til omsorgen av syke familiemedlemmer.

Det må heller ikke glemmes at sykepleieren faktisk kan bli syk eller skadet selv også, noe som synliggjør viktigheten i at sykepleieren lærer opp sine medarbeidere til å kunne gjennomføre undervisningsopplegget hjemme hos Jens og kona, uten at sykepleieren som har laget opplegget nødvendigvis må være til stede. Tar en hensyn til disse forbeholdene sikrer man kontinuitet og stabilitet i forebyggingsarbeidet, noe som er viktig i dette tilfellet. Ei uke eller to uten stell og pleie kan være nok til å i verste fall kunne starte en uheldig utvikling av diabetiske fotsår i Jens sitt tilfelle.

Avsluttende kommentar.

Jeg vil presisere at drøftingen min tar utgangspunkt i min fiktive case, og at tiltakene som blir beskrevet i drøftingen er spesielt tilpasset Jens og kona sine behov. Ingen pasienter er like, og derfor kan det ikke fremsettes generelle forebyggende tiltak som skal gjelde for alle pasienter med samme diagnose og problematikk. Mange pasienter bor alene uten å ha noen støttespillere i ryggen, og disse kan ha et helt annerledes behov for hjelp og undervisning enn Jens og kona hadde. Det er dessverre slik i virkeligheten at pårørende til kronisk syke pasienter ofte må yte så mye hjelp og pleie at de blir utslitt og utbrent, og i verste fall får redusert sin egen helsetilstand som konsekvens av hjelpen de føler seg forpliktet til å gi. Sykepleieren må være spesielt obs på signaler fra de pårørende for å kunne tilby avlastning før det går så langt at de pårørende blir utbrent. Dersom sykepleieren derimot ikke tar hensyn til dette, risikerer han at utviklingen i det aktuelle hjemmet fører til at han får to pasienter i stedet for en i en slik hjemmesituasjon.

5. Konklusjon

Jens og hans kone Liv har behov for undervisning og veiledning for å kunne ivareta egenomsorgen i forhold til stell, kontroll og pleie av hans bein. Forebyggende tiltak er den viktigste pleien Jens og hans hjelpere kan utøve i henhold til utviklingen av diabetiske fotsår. Fordi risikoen for utvikling av sår er så høy hos Jens er det viktig at sykepleieren planlegger et skreddersydd undervisningsopplegg som er såpass forståelig at Jens, kona og andre helsepersonell kan forstå og mestre de ulike tiltakene uten videre problem. Det er viktig at undervisningsmaterialet er tilpasset Jens sine individuelle lærebehov, og hans læreforutsetninger for at han skal kunne oppleve undervisningen som meningsfull og viktig.

Kona Liv har på sin side også et behov for undervisning for å øke forståelsen for den aktuelle problematikken og i tillegg øke handlingskompetansen i forhold til observasjon og forebyggende fotpleie. Dersom Liv får muligheten til å oppleve situasjonen som noe hun kan mestre, vil dette være med på å forebygge engstelse og fortvilelse som hun tydelig var plaget med når hun kontaktet hjemmesykepleien. Dersom sykepleieren planlegger undervisning som kan læres av det eldre ekteparet sammen, vil han styrke ekteparets handlingskompetanse, noe som vil bidra til at ekteparet vil kunne møte Jens sin fotsår-problematikk med større styrke enn de hadde før kontakten med hjemmesykepleien ble opprettet.

I henhold til problemstillingen min i denne oppgaven kan sykepleieren med fordel være bevisst på at skriftlig informasjonsmateriell kanskje bør tilpasses slik at det lettere kan leses av svaksynte personer.

Den skriftlige informasjonen kan gjerne inneholde i grove trekk de fem hjørnesteinene som er beskrevet av diabetesforbundet, samt opplysninger om hvordan de kan bestille profesjonell fotpleie dersom pasienten ønsker dette utover det tilbudet hjemmesykepleien kan tilby.

Hjørnesteinenes fem punkter kan med fordel beskrives med et lett forståelig språk, og de spesielle beskrivelsene for hver enkelt stein kan forsøkes formulert så kort og enkelt som sykepleieren klarer uten å forringe effekten av de fem hjørnesteinene og deres ulike tiltak.

Den praktiske veiledningen kan sykepleieren med fordel legge inn i en vanlig stellesituasjon, og tilpasse lengden på undervisningsopplegget til den tida som er beregnet for et hjemmebesøk med for eksempel morgenstell. Dette gjør at undervisningen lett kan integreres i sykepleiernes etablerte rutinemessige arbeidsmønster, uten at det nødvendigvis trenger å måtte oppleves som en tilleggsjobb for sykepleieren og annet helsepersonell som skal utføre det forebyggende arbeidet hjemme hos den hjemmeboende eldre.

Klarer sykepleieren å gjennomføre undervisningen minst en gang ukentlig vil den hjemmeboende eldre kunne få kunnskaper og opparbeidet ferdigheter til å kunne ivareta egenomsorgen for sine bein i løpet av noen få ukers tid. Jo flere ganger de hjemmeboende eldre får repetert øvelsene sammen med sykepleieren, jo større er sjansen for at de skal kunne mestre en adekvat forebyggende fotpleie på egenhånd.

Tidsperspektivet er viktig å ta hensyn til også pga hjemmesykepleiens minimale kapasitet til å kunne gjennomføre undervisningsopplegg for de eldre diabetikerne på hjemmebane i en ellers gjerne hektisk og travel jobb. Blir undervisningens varighet lenger enn en kan forvente at et morgenstell skal ta, øker sjansene for at undervisningen kan bli prioritert bort i forhold til hjemmesykepleiernes øvrige arbeidsoppgaver. De hjemmeboende eldre kan ved hjelp av sykepleiers undervisning kunne ha mulighet til å utvikle seg til en hjelperessurs for hjemmesykepleien.

Egenomsorgen som sykepleieren kan overføre til andre ved bruk av undervisning vil på sikt ha en mer solid og langvarig effekt enn omsorgen som sykepleieren kunne utført på en passiv pasient med risiko for utvikling av diabetiske fotsår.

Ved hjelp av såpass enkle tiltak i hjemmesykepleien kan hver enkelt sykepleier i samarbeid med pasienten bidra til å redusere antall amputasjoner relatert til diabetiske fotsår i samfunnet, og dermed bidra til en bedre livskvalitet og lengre alderdom hos de hjemme-boende eldre diabetikerne.

Helhetlige vurderinger av pasientens helsetilstand vil også kunne bidra til å forebygge fare for utvikling av fotsår. Kontroll av nevropati og hjerte/ karsykdommer regelmessig vil være med på å forebygge fare for utvikling av risikoføtter hos pasienter med diabetes.

Litteraturliste

- Bjålie, Jan G, Egil Haug, Olav Sand, Øystein V. Sjaastad, Kari C. Toverud, (2001) *Menneskekroppen – fysiologi og anatomi*, Gyldendal Akademisk Forlag
- Boyko, Edward J, Jessie H. Ahroni, Victoria Cohen, Karin M. Nelson og Patrick J. Heagerty. 2006. *Prediction of Diabetic Foot Ulcer Occurrence Using Commonly Available Clinical Information*, Diabetes Care 29: 1202-1207, 2006.
- Dalland, Olav (2000), *Metode for oppgaveskriving for studenter*, 3. utgave, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Gilcreast, Darlene M, Joseph B. Warren, Linda H. Yoder, Janis J. Clark, Joyce A. Wilson og Mary Z. Mays 2005. *Research Comparing Three Heel Ulcer-Prevention Devices*. J WOCN March/ April 2005.
- Gürgen, Marcus, Andreas Kaal, Eivind Witsø, (2005) *Diabetiske fotsår*, Tidsskrift for Den norske legeförening nr 7, 2005; 125: 899-902)
- Hegli, Tonje, 2006, ”... Å ikke lage pleiepasienter i hjemmet”, Norsk Tidsskrift for Sykepleieforskning 2006
- Herbert Svenkerud. *Cappelens Engelsk – Norsk og Norsk – Engelsk ordbok*, J. W. Cappelens Forlag AS 9. opplag 1996
- Jacobsen, Dag Sverre Erik Kjeldsen, Baard Ingvaldsen, Kristin Lund og Kaare Solheim(2001) *Sykdomslære- indremedisin, kirurgi og anestesi*. Gyldendal Norsk Forlag AS
- Karoliussen, Mette, Kari Smebye, 2000, *Eldre, aldring og sykepleie*, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Krishnan, Singhan, Christian Quattrini, Maria Jeziorska, Rayaz A. Malik og Gerry Rayman. 2007. *Neurovascular Factors in Wound Healing in the Foot Skin of Type 2 Diabetic Subjects*, Diabetes Care 30: 3058-3062, 2007
- Kristoffersen, Nina Jahren (red.) (1996) *Generell sykepleie bind 1*. Universitetsforlaget.
- Marit Solheim og Kjell Arne Aarheim (red.) 2004. *Kan eg komme inn? - verdier og val i heimesjukepleie*, Gyldendal Norsk Forlag AS
- Orem, Dorothea, (1994) *Nursing – concepts of practise*, C. V. Mosby 6th edition
- Reidar Myhre (2001) *Didaktisk basiskunnskap*, Gyldendal Norsk forlag AS
- Stephen J. Cavanaugh (1999) *Orems sykepleiemodell i praksis*, Universitetsforlaget AS
- Schmidt, Sasha, Herbert Mayer og Eva-Maria Panfil. 2008. *Diabetes foot self-care practices in the German population*, Journal of Clinical Nursing, 17, 2008. 2920-2926

Vaaler, Stein, Terje Møinichen, Ingvild Grendstad (red.) (1999) *Diabeteshåndboken*, Universitetsforlaget AS

[http://www.diabetes.no/filestore/-Diabetesno -
filarkiv/Helsepersonell/Dendiabetiskefot.pdf](http://www.diabetes.no/filestore/-Diabetesno-_filarkiv/Helsepersonell/Dendiabetiskefot.pdf)