

BSYBAC5 V21

Bacheloroppgave i Sykepleie

Hvordan kan sykepleier forebygge utviklingen av diabetiske fotsår?



Universitetet
i Stavanger

Det helsevitenskapelige fakultet
Bachelor i Sykepleie

[Stavanger, 12.05.21]

Jeg/vi tillater at bacheloroppgaven kan brukes som eksempeloppgave på studiet

Sammendrag

Bakgrunn

Diabetes er en av de hyppigste folkesykdommene. Sykdommen kan medføre alvorlige komplikasjoner som fotsår. Pasienter med diabetes kan blant annet få nevropati og aterosklerose. Dette øker risikoen for å utvikle fotsår. Det er antatt at omtrent én av fire pasienter med diabetes på et eller annet tidspunkt vil utvikle fotsår. Diabetiske fotsår kan i verste fall føre til amputasjon. Sykepleiere har en sentral forebyggende rolle for å hindre fotsår som følge av diabetes. Våre erfaringer fra praksis i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten viser at sykepleiere trenger mer kunnskap på dette området.

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke hvordan sykepleiere kan bidra til å forebygge utviklingen av diabetiske fotsår.

Metode

Vi har valgt å bruke integrativ litteraturoversikt som metode i oppgaven vår. Vi har analysert fire forskningsartikler, brukt relevant teori og egne refleksjoner og erfaringer for å belyse oppgavens problemstilling.

Resultat/hovedkonklusjon:

Resultatene viser at helhetlig sykepleie, tverrfaglig samarbeid, og bruk av tekniske og faglige hjelpemidler har en stor rolle i forebygging og behandling av diabetiske fotsår. Sykepleiers pedagogiske funksjon er også en viktig del av det forebyggende arbeidet.

Nøkkelord: diabetes, diabetiske fotsår, forebygging

Innholdsfortegnelse

1. Innledning	5
1.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	5
1.2 <i>Problemformulering</i>	5
1.3 <i>Oppgavens hensikt</i>	6
1.4 <i>Begrepsavklaringer.....</i>	6
1.4.1 <i>Best practice guidelines.....</i>	6
1.4.2 <i>Telemedisin</i>	6
2. Teoridel	7
2.1 <i>Diabetes mellitus.....</i>	7
2.2 <i>Komplikasjoner.....</i>	7
2.2.1 <i>Diabetiske fotsår.....</i>	7
2.2.2 <i>Forebygging av diabetiske fotsår.....</i>	8
2.3 <i>Sykepleiers forebyggende og helsefremmende funksjon</i>	9
2.4 <i>Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon.....</i>	9
2.5 <i>Tverrfaglig samarbeid</i>	10
2.6 <i>Joyce Travelbee</i>	10
3. Metode.....	12
3.1 <i>Hva er metode?.....</i>	12
3.2 <i>Litteratursøk og valg av litteratur</i>	13
3.3 <i>Analyse</i>	16
4. Resultater	17
4.1 <i>Helhetlig tilnærming.....</i>	17
4.2 <i>Tverrfaglig samarbeid</i>	18
4.3 <i>Informasjon, veiledning og undervisning</i>	22
4.4 <i>Behov for å strukturere arbeidet.....</i>	24
4.4.1 <i>Hjelpemidler</i>	24
4.4.2 <i>Rutiner for observasjon</i>	24
5 Diskusjon	26
5.1 <i>Metodediskusjon</i>	26
5.1.1 <i>Forskernes bakgrunn</i>	26
5.1.2 <i>Studiens deltakere.....</i>	26
5.1.3 <i>Arena/land.....</i>	27
5.1.4 <i>Kvalitativ tilnærming som metode</i>	27
5.1.5 <i>Integrativ litteraturoversikt som metode.....</i>	28
5.1.6 <i>Vurdering av analysemetoder</i>	29
5.1.7 <i>Etiske hensyn.....</i>	30
5.1.8 <i>Begrunnelse for valg av artiklene</i>	30
5.2 <i>Resultatdiskusjon</i>	31
5.2.1 <i>Pasienten er mer enn bare en fot.....</i>	31
5.2.2 <i>Etablere et godt samarbeid</i>	32

5.2.3	Informasjon, veiledning og undervisning	33
5.2.4	Bruk av tekniske og faglige hjelpemidler	35
6	Konklusjon.....	37
7	Anvendelse i praksis	38
	Litteratur	39
8	Vedlegg	
8.1	Vedlegg 1- Oversikt over søkekombinasjoner	
8.2	Vedlegg 2- Oversiktstabell over analyserte artikler	

1. Innledning

Diabetes er en av de hyppigste folkesykdommene. Én av 20 nordmenn har kjent diabetesdiagnose, trolig er det store mørketall. Sykdommen er forbundet med alvorlige komplikasjoner og bidrar vesentlig til sykdomsbyrden i Norge og resten av verden (Stene & Gulseth, 2017). Diabetes kan medføre flere kroniske komplikasjoner. Mye av oppfølgingen og behandlingen av diabetes er rettet mot å forhindre utvikling av komplikasjoner (Åsvold, 2020). Denne oppgaven fokuserer på forebygging av diabetiske fotsår, som er en av senkomplikasjonene som kan oppstå. Diabetiske fotsår får lite oppmerksomhet i diabetesomsorgen og det bør få langt mer oppmerksomhet blant helsepersonell. Når diabetiske fotkomplikasjoner inntreffer, er det ofte overlatt til tilfeldighetene om pasienten beholder funksjonsdyktig ekstremitet eller ikke (Gürgen et al., 2005).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Vi har i løpet av våre praksisperioder møtt mange pasienter med diabetes som har eller står i fare for å utvikle senkomplikasjoner i forbindelse med sin sykdom. Derfor ønsket vi å se nærmere på hvordan sykepleier kan forebygge komplikasjoner relatert til denne sykdommen. Som sykepleiere er det vår oppgave å ta vare på disse pasientene. Herunder forebygge utvikling av komplikasjoner som diabetiske fotsår. Opptil 25% av alle personer som lever med diabetes vil utvikle diabetiske fotsår på et eller annet tidspunkt (Langøen, 2018, s. 314). Vi mener derfor det kan bringe store helsegevinster i befolkningen hvis sykepleiere og andre helsearbeidere kan forebygge utviklingen av disse.

1.2 Problemformulering

Diabetes er en kronisk sykdom som kan medføre mer eller mindre alvorlige komplikasjoner/senkomplikasjoner dersom behandling og/eller forebyggende tiltak uteblir. Fotsår oppstår lettere hos pasienter med diabetes (Helsenorge, 2018). Vi har derfor valgt å se på hvilke tiltak man som sykepleier kan gjøre for å forebygge dette. Vi ser et behov for økt kunnskap om forebygging av diabetiske fotsår, da en stor andel av pasienter med diabetes utvikler dette. Ny kunnskap på området kan bidra til å redusere antall nye tilfeller. På bakgrunn av dette formulerte vi problemstillingen: «Hvordan kan sykepleier forebygge utviklingen av diabetiske fotsår?». Vårt perspektiv ligger hos sykepleier.

1.3 Oppgavens hensikt

Hensikten med denne oppgaven er å se nærmere på hvordan sykepleiere kan forebygge utviklingen av diabetiske fotsår.

1.4 Begrepsavklaringer

1.4.1 Best Practice Guidelines

Begrepet «Best Practice Guidelines» (BPG) er benyttet i artikkelen til Ritchie og Prentice (2011), som er en av de vitenskapelige artiklene som danner grunnlaget for denne bacheloroppgaven. BPG er systematisk utviklede, evidensbaserte retningslinjer for å hjelpe helsearbeidere med å vite hva som er passende helsehjelp og tiltak i spesifikke kliniske situasjoner (Registered Nurses' Association of Ontario, u.å.).

1.4.2 Telemedisin

Begrepet telemedisin er benyttet i artikkelen til Kolltveit et al. (2018) og kan defineres som forskjellige teknologier, i denne forstand teknologiske enheter som støtter ekstern interaksjon mellom helsepersonell (Kolltveit et al., 2018, s. 1135). Telemedisin kan innebære undersøkelse, overvåking, behandling og administrasjon av pasienter, og/eller opplæring av pasienter og personell ved hjelp av teknologiske systemer. Telemedisin gir umiddelbar tilgang til ekspertise og informasjon om pasienten, uavhengig av hvor pasient eller informasjon er lokalisert. Telemedisin kan for eksempel være bruk av smarttelefon og overføring av bilder (Braut, 2020). Telemedisinutstyret som benyttes i artikkelen er en digital sårjournal, som gjorde at sykepleierne kunne overvåke sår inog sårutvikling (Kolltveit et al., 2018, s. 1135).

2. Teoridel

Basert på antall treff da vi søkte etter artikler, ser det ut til at dette er et felt det finnes mye forskning på. Det gjelder spesielt diabetes og de ulike komplikasjonene som kan oppstå. Det var mange artikler om diabetes og fotsår, men ikke like mange som fokuserte på det forebyggende arbeidet.

2.1 Diabetes mellitus

Diabetes mellitus er en kronisk metabolsk sykdom som kjennetegnes ved for høy glukosekonsentrasjon i blodet og forstyrrelser i karbohydrat-, fett-, og proteinomsetningen. Diabetes er forårsaket av manglende eller nedsatt insulinproduksjon, eventuelt kombinert med redusert insulinvirksomhet (Mosand & Stubberud, 2016, s. 52). I Norge lever det omtrent 240 000 personer med kjent diabetes, hvorav 28 000 personer har diabetes type 1, og 216 000 personer har diabetes type 2 (Stene & Gulseth, 2017). Type 1, som er mangel på insulin, behandles med insulininjeksjoner. Type 2, som kan skyldes både insulinmangel og insulinvirksomhet, behandles med kost, mosjon, blodsukkersenkende tabletter og eventuelt insulin (Stene & Gulseth, 2017).

2.2 Komplikasjoner

2.2.1 Diabetiske fotsår

Diabetiske fotsår forårsakes av to senkomplikasjoner av diabetes: nevropati og arteriosklerose (Gürgen et al., 2005). Nevropati eller nervesykdom er en fellesbetegnelse for sykdommer i perifere nerver der det oppstår funksjonsforstyrrelser fordi nervefibre eller deres isolerende margskjeder ødelegges av sykdomsprosesser (Jansen & Faiz, 2020). Arteriosklerose er betegnelsen på tilstander med fortykket arterievegg med tap av elastisitet (Arnesen, 2018). Perifer diabetisk nervesykdom rammer det sensoriske, motoriske og autonome nervesystemet. Ved sensorisk nervesykdom får pasienten nedsatt følelse, for eksempel overfor mindre traumer som det å ha en stein i skoen over lengre tid. Motorisk nervesykdom gir feilstilling i føttene og forandret gangmønster. Økt trykk i fotsålen resulterer i fortykket hud (kallus), vevsdød i huden grunnet lokal blodmangel og dype, runde og skarpt avgrensede fotsår. Nevropatien gjør at disse sårene ofte er smertefrie. Ofte vil ikke personen registrere skaden og vil fortsette å belaste foten, dette gjør det vanskelig for såret å gro. (Gürgen et al., 2005). Videre kan sårene oppstå fordi pasienten har gått med små gjenstander i skoen uten å merke

det. Sko som gnager, kan også føre til sår, enten fordi skoene er for små, eller fordi de har sømmer som gnager. Sår kommer dessuten etter bruk av for varmt vann i fotbad, eller fordi pasienten har gått barbeint og tråkket på gjenstander, på varm sand eller varm asfalt. Personer med sensorisk nevropati vil ikke ha mulighet til å registrere trykk eller varme. Nevropatiske sår begrenser seg til undersiden av foten, tåspissene, undersiden av tærne og mellom tærne. Iskemiske (lokal blodmangel) sår, forårsaket av arteriosklerose er som oftest lokalisert på yttersiden av foten, på tærne og på hælen. (Mosand & Stubberud, 2016, s. 69). Dårlig blodglukoseregulering og varigheten av sykdommen øker risikoen (Mosand & Stubberud, 2016, s. 57).

2.2.2 Forebygging av diabetiske fotsår

Hos voksne må det forebyggende arbeidet for å hindre fotproblemer begynne når diagnosen er stilt. Dette gjelder både ved diabetes type 1 og diabetes type 2. Oppmerksomheten bør rettes mot god blodglukoseregulering og forebygging av arteriosklerose. Samtidig er det like viktig å undersøke føttene for å se etter feilstillinger, deformiteter eller negleproblemer som bør bedres. Pasientene må også oppmuntres til å innarbeide gode vaner for stell av føttene for og forebygge utvikling av problemer. Mange pasienter er lite opptatt av god fotomsorg i yngre år, men flere av disse opplever at det skaper problemer etter å ha levd mange år med sykdommen. Personer med diabetes bør årlig få en fotundersøkelse. Informasjon om resultatet og eventuelle tiltak er en svært viktig del av det forebyggende arbeidet for å redusere fotproblemene og dermed også antall amputasjoner (Mosand & Stubberud, 2016, s. 68).

Videre følger viktige forebyggende tiltak. Føttene bør rengjøres daglig med vann og mild såpe og smøres med fuktighetskrem. Riktig negleklipp er avgjørende. Fotterapeut har en viktig rolle i teamet rundt pasienten. Disse har spesialkompetanse i fotpleie til pasienter med diabetes. Pasienten henvises eventuelt til ortopediingeniør. (Mosand & Stubberud, 2016, s. 68). Ortopediingeniøren tar mål og avstøpninger og designer proteser, ortoser og ortopedisk fottøy (Utdanning.no, u.å.).

Helsedirektoratet anbefaler at pasienter med moderat og høy risiko for diabetiske fotsår får opplæring i daglig undersøkelse av føttene. Det anbefales at eldre og personer med nedsatt bevegelighet eller nedsatt syn får assistanse av andre til fotundersøkelse, for eksempel familie, venner, fotterapeut og hjemmesykepleien. Det er også foreslått at pasienter med moderat og

høy risiko for å utvikle fotsår går jevnlig til lege, sykepleier eller til autorisert fotterapeut med kompetanse innen diabetes og diabetesføtter. Pasientene bør også få utlevert informasjonsmateriell om egenomsorg og forebygging av fotsår (Helsedirektoratet, 2016).

2.3 Sykepleiers forebyggende og helsefremmende funksjon

Norsk Sykepleierforbund sine yrkesetiske retningslinjer viser viktigheten av forebyggende arbeid. Der står det: «Sykepleieren har ansvar for en sykepleiepraksis som fremmer helse og forebygger sykdom» (Norsk Sykepleierforbund, u.å.).

Sykepleier har en forebyggende og helsefremmende funksjon mot pasienter som er syke, men også mot friske pasienter, spesielt de som er utsatt for helsesvikt. Den helsefremmende funksjonen innebærer å styrke pasientens egne ressurser, for eksempel å fremme normal vekst og utvikling eller opprettholde normale funksjoner i dagliglivet. Dette kalles primær forebygging. Sekundærforebyggende tiltak kjennetegnes ved og tidlig identifisere tegn på, og sette i gang tiltak for å forebygge faktisk sykdom, eller potensiell helsesvikt. Å observere tegn og symptomer på sykdomsutvikling, for så å informere lege om endringene slik at man kan iverksette behandlingstiltak, er et eksempel på sekundærforebyggende tiltak. Tertiærforebyggende tiltak har som hensikt å forhindre at det oppstår komplikasjoner ved sykdom, undersøkelser og behandling, og forebygge nye helseproblemer hos pasienter med kronisk sykdom eller helsesvikt (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22).

2.4 Sykepleiers undervisende og veiledende funksjon

Informasjon, undervisning og veiledning av pasienter, pårørende, medarbeidere og studenter er en viktig rolle man har som sykepleier. Hensikten med å informere, undervise og veilede er å skape en trygghet, og øke pasientens forståelse og mestring av egen sykdom. Pasienter med nyoppdaget diabetes er et eksempel på en pasientgruppe som vil kunne kreve et mer omfattende undervisningsopplegg angående livsstilsendringer. Pasientens behov for informasjon understøttes av pasientrettighetsloven, som beskriver pasientens rett til informasjon. Sykepleier er dermed pålagt å gi pasienten nødvendig informasjon, dette kan ikke utelukkes, for eksempel på grunn av mangel på tid. Sykepleier har ansvar for å legge til rette for og skape gode rutiner og prosesser som sikrer pasient og pårørendes deltakelse, i hele sykdoms- og behandlingsforløpet (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23).

2.5 Tverrfaglig samarbeid

Tverrfaglig samarbeid er en strukturert arbeidsform som forutsetter dialog og felles beslutninger mellom personell fra ulike faggrupper, sammen med pasient, bruker, og eventuelt pårørende. Det tverrfaglige samarbeidet kan bidra til å sikre at man har felles mål og forståelse av ressurser og behov. Da kan man planlegge tiltak for å se tjenesten i sammenheng. Teamet arbeider sammen om gjennomføring av tiltak for å sørge for koordinering og nødvendige avklaringer underveis. Deretter evaluerer man tiltakene og avklarer nye mål for å sikre kontinuitet og trygge overganger. Den enkelte fagpersonen er ansvarlig for sin tjenesteyting og må være trygg og kompetent i sin fagrolle. Aktørene i det tverrfaglige samarbeidet er avhengige av hverandres bidrag, dette er fordi de samarbeider mot et felles mål. En av forutsetningene for å få til et godt tverrfaglig samarbeid er at alle de involverte har tydelige avklarte roller og forventninger internt i teamet (Helsedirektoratet, 2018).

2.6 Joyce Travelbee

Vi har valgt å bruke Joyce Travelbee sin sykepleieteori i denne oppgaven fordi vi oppfatter henne som en foregangskvinne i og snakke om forebygging i sykepleie. Travelbee definerer sykepleie slik: «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» (Travelbee, 1999, s. 29).

Sykepleieprosessen er en prosess som innebærer alt sykepleier gjør for og sammen med pasienten. Den tar sikte på å hjelpe enkeltindividet eller familien til å mestre eller utholde sykdom og lidelse når disse erfaringene melder seg i individets eller familiens liv. Etter hvert som vitenskapen utvikler seg og man får økt kunnskap om sykdommers årsaker, vil man også regne med at forebygging blir et høyt prioritert område innenfor medisin og sykepleie. Forebyggende helsearbeid vil vektlegges, og det vil kunne utvikles til en høyt effektiv virksomhet, i følge Travelbee. Sterkere prioritering av forebyggende arbeid er en faktor som vil kunne vise seg som nedgang i antall sykehusinnleggelses (Travelbee, 1999, s. 33–34).

Helsefremmende undervisning er et vidt begrep, men dreier seg fremfor alt om å hjelpe enkeltindivider og familier til å forebygge sykdom eller mestre erfaringer med sykdom og

lidelse. Travelbee beskriver fenomenet slik: «kjernen i all helsefremmende undervisning er (om nødvendig) å hjelpe syke mennesker til å finne mening i sykdommen og i de tiltakene som må settes i verk for å bevare helsen og kontrollere symptomene» (Travelbee, 1999, s. 34–35). Hvis en pasient for eksempel er nødt til å endre livsstil som tiltak for å bevare egen helse, er det lett å undervurdere hvordan de foreskrevne tiltakene virker på den enkelte. Pasienter har ulike forutsetninger og vaner. Det er ikke alltid lett med en omlegging som innebærer store forandringer, spesielt ikke hvis pasienten mangler motivasjon og ikke ser de helsebevarende tiltakene som meningsfulle. Hovedmålet i den helsefremmende undervisningen vil derfor handle mye om at den enkelte pasient skal finne mening i sykdom og helsefremmende tiltak, og ikke bare å formidle informasjonen i og for seg (Travelbee, 1999, s. 35).

3. Metode

3.1 Hva er metode?

Dalland beskriver i sin bok *Metode og oppgaveskriving* at det å være metodisk i vitenskapen handler om å bruke og overholde intellektuelle standarder i våre argumentasjoner. Det stilles krav om ærlighet og sannhet, samt at vi må tenke og systematisere disse tankene. Det finnes ulike metoder for å få frem ny kunnskap og til å etterprøve i hvilken grad påstander er sanne, gyldige eller holdbare. Valg av metode avhenger av hvordan man ønsker å fremskaffe eller etterprøve kunnskap. «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» (Aubert, 1985, sitert i Dalland, 2017, s. 51).

Metoden som danner grunnlaget for denne oppgaven kalles integrativ litteraturoversikt. Litteraturoversikt som metode innebærer å skape en oversikt over det som finnes av kunnskap for eksempel innenfor et bestemt sykepleierrelatert område, eller om et problem innenfor sykepleierens virksomhetsområde eller kompetanse (Friberg, 2017, s. 141–142). Kjennetegn ved den integrative litteraturoversikten er at man skal skape en oversikt over et bestemt fagområde og baserer seg på systematiske utvalg av artikler. Det særegne med den integrative litteraturoversikten er at man drar egne konklusjoner ut fra resultatene. Det innebærer datareduksjon, skape en oversikt og sammenligne. Dette gjøres fordi man ønsker å syntetisere resultatene fra de ulike studiene, slik at man kan skape en ny helhet (Friberg, 2017, s. 150).

Artiklene vi har valgt å belyse problemstillingen med brukte kvalitativ metode. Kvalitativ metode innebærer å gå i dybden på et fenomen eller problem som er utfordrende å tallfeste eller måle. Her går man i dybden og innhenter mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter. Dataene som samles inn, tar sikte på å få frem en sammenheng og helhet, samt å formidle en forståelse (Dalland, 2017, s. 52–53). Ordlyden i problemformuleringen og hensikten med oppgaven gjorde at det ble vurdert som mest hensiktsmessig å benytte seg av artikler som brukte kvalitativ metode. «Hvordan kan sykepleier forebygge utviklingen av diabetiske fotsår?», kan være utfordrende å tallfeste eller måle, dermed ble artikler med kvantitativ tilnærming ikke vurdert.

3.2 Litteratursøk og valg av litteratur

Vi har anvendt systematisk litteratursøk i relevante helsefaglige databaser. Databasene har vi tilgang til på universitetets biblioteknettside, og vi er blitt anbefalt å bruke disse databasene når vi skal finne helsefaglige artikler. Vi valgte å søke etter kvalitative studier, og samtlige inkluderte artikler er kvalitative. Ifølge Kildekompasset er en fagfellevurdert artikkel vurdert og godkjent av andre forskere innen samme fagfelt, før publisering (Kildekompasset, u.å.). Vi valgte dermed av kvalitetsmessige hensyn å avgrense søket ytterligere ved å velge artikler som er fagfellevurdert, og som i utgangspunktet ikke er eldre enn 10 år (2011). Dette fordi forskning er ferskvare. Vi har derimot funnet en artikkel fra 2005, men etter gjennomlesning har vi vurdert den som relevant for i dag. Artikkelen handler blant annet om pasientundervisning, noe vi finner relevant med tanke på det vi vet fra før, men som også er med på å understøtte vår teoridel. Artikler som utelukkende baserte seg på pasienters erfaringer ble ekskludert, siden vi har valgt å skrive om sykepleiers perspektiv. Vi har også ekskludert artikler som inkluderte andre diabetiske komplikasjoner. Vi valgte å se etter, og bruke artikler hovedsakelig fra Europa/USA/vestlige verden, da disse kan være relevante og overførbare til det norske helsevesenet. Vi startet søkearbeidet med å søke på de skandinaviske databasene SveMed+ og Idunn. Søkene ble først gjort på norsk i disse databasene, men her fikk vi ingen relevante treff. Deretter valgte vi kun å benytte oss av engelske søkeord.

Vi gjorde også søk i databasen British Nursing Index, men fant heller ingen relevante treff her. Vi fant samtlige av de benyttede artiklene i databasen Cinahl. I Cinahl inkluderte vi også databasene Academic Search Premier og Medline for å utvide søket. Vi fikk relativt mange treff da vi søkte i Cinahl, og vi måtte derfor kombinere ulike søkeord for å finne relevante artikler. Vi brukte engelske søkeord. Vi kombinerte blant annet søkeordene *nurs** AND *prevention* AND «diabetic foot prevention and control», «diabetes education» AND «foot complications» og «nursing assessment» AND «diabetic patients» AND «diabetic foot». Siden vi valgte å skrive oppgaven i sykepleiers perspektiv inneholdt mange av kombinasjonene søkeordene «*nurs**» eller «education». Søkeordet «prevent» ble også benyttet i de fleste søkene, siden problemstillingen vi har valgt omhandler forebygging. Søkeordene er basert på egne oversettelser og forslag som dukket opp underveis i søkeprosessen. Søkekombinasjoner er presentert i *vedlegg 1*.

Ved valg av artikler så vi nøye gjennom artiklenes oppbygning. Vi valgte å se etter artikler som er bygd opp etter IMRaD-strukturen. IMRaD står for introduksjon, metode, resultat og diskusjon, og gir deg som leser en god oversikt over oppgavens oppbygning (Dalland, 2020, s. 157). Vi har sjekket kildenes troverdighet ved å undersøke forskernes bakgrunn og om det var tatt etiske hensyn i artiklene.

Artiklene vi har valgt inkluderer flere ulike arenaer som hjemmesykepleie og sykehus. Vi har valgt å holde dette åpent, siden vi ikke har valgt å rette problemstillingen mot en bestemt arena. Vi har vurdert det slik at artiklene som er valgt, trolig vil kunne benyttes i flere arenaer.

Artikkel	Problem/Hensikt	Perspektiv	Metode	Resultat	Databas e
Gershater, M. A., Pilhammar, E., & Alm Roijer, C. (2013). Prevention of foot ulcers in patients with diabetes in home nursing: a qualitative interview study. <i>European Diabetes Nursing</i> , 10(2), 52–57. https://doi.org/10.1002/edn.227	Målet med denne studien var å utforske sykepleiers profesjonelle arbeid i forebygging av diabetiske fotsår i hjemmesykepleien. Samt hvordan dette arbeidet kan forbedres i fremtiden.	Sykepleier	-Kvalitativ studie. -15 deltakere -Intervjuer med varighet på 35-64 min.	Resultatene viser at sykepleierne jobber gjennom ledelse, koordinering, utdanning og evaluering. De trenger mer kompetanse innen pedagogikk og ledelse	Cinahl
Kolltveit, B.-C. H., Thorne, S., Graue, M., Gjengedal, E., Iversen, M. M., & Kirkevold, M. (2018). Telemedicine follow-up facilitates more comprehensive diabetes foot ulcer care: A qualitative study in home-based and specialist health care. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 27(5–6), e1134–e1145. https://doi.org/10.1111/jocn.14193	Å undersøke bruk av telemedisin i behandling av diabetiske fotsår, og følgene det har for helsepersonell på sykehus og i hjemmesykepleien.	Sykepleier/ helsepersonell	-kvalitativ studie. -Intervjuer med varighet på 20-50 min. - Observasjon i praksis. 2-8 økter på 25-90 min -7 deltakere.	Helsepersonell i begge gruppene oppfattet at bruken av telemedisin gjorde at de fikk en mer helhetlig tilnærming til pasientene, men med ulike utgangspunkt for gjennomførelse i praksis.	Cinahl
Johnson, M., Newton, P., Jiwa, M., & Goyder, E. (2005). Meeting the educational needs of people at risk of diabetes-related amputation: A vignette study with patients and professionals. <i>Health Expectations</i> , 8(4), 324–333. https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2005.00344.x	Å undersøke hvordan pasienter og helsepersonell ser på rådgivning om diabetisk fotpleie som element i den pedagogiske tilnærmingen i pasientundervisningen.	Pasienter og sykepleier/helsepersonell	-Kvalitativ studie. -30 deltakere. -Intervjuer. - Bruk av vignette (fiktiv pasienthistorie).	Deltakernes svar tyder på at tidlige og positive interaksjoner med kompetent helsepersonell er nødvendig for å hjelpe pasienter med og integrere råd i sine hverdagsrutiner.	Cinahl

Ritchie, L., Prentice, D. (2011). An exploration of nurses' perceptions regarding the implementation of a best practice guideline on the assessment and management of foot ulcers for people with diabetes. <i>Applied Nursing Research</i> , 24(2), 88–93. https://doi.org/10.1016/j.apnr.2009.04.005	Målet med studien var å finne ut hvordan implementering av BPG (Best Practice Guidelines) fungerer for sykepleiere for å vurdere diabetiske fotsår.	Sykepleier	-Kvalitativ studie. -14 deltakere. -Fokusgrupper og individuelle intervjuer.	Funnene fokuserer på viktige punkter angående effekten av BPG-implementering i områdene pasientutfall, sykepleieutøvelse og tverrfaglig samarbeid.	Cinahl
---	---	------------	--	--	--------

Tabell 1

3.3 Analyse

For å foreta en analyse av artiklene startet vi med å lese gjennom artiklene flere ganger for å få en inngående kjennskap til hver enkelt artikkel og hva som var særegent ved dem. På denne måten var det lettere å se sammenhenger og helheter på tvers av artiklene. Resultatene fra gjennomlesningen ble satt inn i oversiktstabellen *Tabell 1*. Vi tok for oss artiklene og så nærmere på likheter og ulikheter i studienes teoretiske- og metodiske utgangspunkter. Samt hvordan forfatterne av artiklene har foretatt analysearbeidet. Hovedvekten la vi på likheter og ulikheter i studienes resultater. Fremgangsmåten som er beskrevet her, er hentet fra Fribergs analysemodell (Friberg, 2017, s. 148–150).

Deretter ble det gjort en datareduksjon av resultatene. Resultatene som passet med vår hensikt, ble analysert grundigere. Det vil si at vi fortsatte å sammenligne disse resultatene for å finne likheter og underliggende mønstre, eller en «rød tråd». Da kom vi frem til fire hovedkategorier og to underkategorier som var aktuelle svar på vår problemformulering og hensikt. På denne måten beveget vi oss fra helhet til deler og deretter en ny helhet (Friberg, 2017, s. 150). Kategoriene er presentert i *Tabell 2*.

4. Resultater

Hovedkategori	Underkategori
Helhetlig tilnærming	
Tverrfaglig samarbeid	
Informasjon, veiledning og undervisning	
Behov for å strukturere arbeidet	Hjelpemidler Rutiner for observasjon

Tabell 2

4.1 Helhetlig tilnærming

I studien «Prevention of foot ulcers in patients with diabetes in home nursing: a qualitative interview study» kom det frem at sykepleierne i hjemmesykepleien var opptatt av en helhetlig tilnærming til pasientene med diabetes. De beskrev at tiltak knyttet til forebygging av diabetiske komplikasjoner var å opprettholde en god ernæringsstatus og god metabolsk kontroll som innebar glukosekontroll (Gershater et al., 2013, s. 55) En sykepleier sa dette:

When there are really high-risk patients one must inspect both feet even if there is not a hole in the contra lateral. But it is important with the feet even if there is no ulcer on them. One must see the hole picture. (Gershater et al., 2013, s. 55)

I studien til Johnson et al. (2005) beskrev samtlige av helsearbeiderne viktigheten av at pasientene fikk kostholdsråd slik at tilfredsstillende blodglukosenivåer og tilpassede dietter var etablert før komplikasjoner utviklet seg (Johnson et al., 2005, s. 329). En deltaker sa:

I'm not sure that we pick people up soon enough, I think probably we pick them up when they've got a problem, and maybe prevention is better than cure...I think the patients need to understand the implications...and what can happen on a long term basis. (Johnson et al., 2005, s. 329)

Det kom frem av intervjuene med ulike helsepersonell og pasienter at det var viktig med en felles forståelse av pasientens situasjon for å gi støtte og påvirkning (Johnson et al., 2005, s. 329). I studien til Kolltveit et al. (2018) kom det frem at sykepleieren i sårklinikken dokumenterte blodglukosenivået, spurte pasienten om medisiner, matvaner, livsstil, fotvaner, daglige valg, aktivitet, dagligliv, støtte fra andre og generelt deres sosiale velvære. Dette skjedde samtidig som pasienten fikk stelt såret sitt. De fulgte opp med å forklare forholdet

mellom aktivitet/hvile og eventuell sårutvikling (Kolltveit et al., 2018, s. 1139). Sykepleieren sa:

Using this web-based ulcer record gives us very good and structured working processes. The web-based ulcer record requires information in a structured way, and it steers our focus in that direction. It's a kind of a steered process in seeing the whole person. (Kolltveit et al., 2018, s. 1139)

Sykepleierne opplevde at bruken av en web-basert sårjournal hjalp dem til en mer helhetlig og omfattende tilnærming til pleien enn de hadde opplevd før. Dette var fordi journalen krevde at de var oppmerksomme på viktige elementer som utgjorde god fotpleie og sårbehandling (Kolltveit et al., 2018, s. 1141). En sykepleier sa dette:

We find it very important that we see the whole picture. We have to be aware of infections, the circulation in the foot and the blood glucose level. We can't simply put some lotion in the foot ulcer. No, it's not only the foot ulcer, we have to see the whole person. We have to look out for his mental status and evaluate whether the patient has the capacity to observe the foot ulcer himself, or if we need to contact home based care to carry out this. Clean socks...activity versus passivity. Using the web-based ulcer record helps us to broaden our perspective in term of what we look for. (Kolltveit et al., 2018, s. 1141)

I studien til Ritchie og Prentice (2011) oppfattet ledere i kommunen at sykepleierne utviklet en mer helhetlig tilnærming og ble flinkere til å gjøre en ansvarlig vurdering av pasientenes fotstatus. Deltakerne opplevde at forebygging og helseundervisning ble fremmet ved å innføre en «Best practice guideline» (Ritchie & Prentice, 2011, s. 90). En sykepleier fra dialyseavdelingen på sykehuset sa: «Well, we probably wouldn't have looked at their feet unless they were complaining about a problem...at least now I am in tune that I need to look at it before something happens» (Ritchie & Prentice, 2011, s. 90).

4.2 Tverrfaglig samarbeid

Artikkelen «Prevention of foot ulcers in patients with diabetes in home nursing: a qualitative interview study» fremhevet sykepleiernes samarbeid med assistentene. Sykepleierne beskrev dette som et lederskap som handlet om å ha kontroll på eller holde oversikt over assistentenes arbeid. Sykepleierne fortalte at assistentene utførte en stor del av vurderingene av pasientenes behov, sykepleietiltak og evaluering på en daglig basis. Gjensidig tillit ble derfor sett på som viktig, da assistentene i stor grad var sykepleiernes øyne, ører, nese og hender. Dette lederskapet handlet om å gjennomføre ulike strategier, som formelle og uformelle møter, skriftlige instruksjoner, evaluering av signeringsark og gjennom et omfattende utdanningsprogram. Alt dette krevde at det var utarbeidet gode kommunikasjonsstrategier

mellom sykepleierne og andre som var involvert i pleie av pasienter. Hovedverktøyene for kommunikasjon var mobiltelefoner og skriftlige instruksjoner. Personlige møter mellom sykepleier og assistent ble også ansett som verdifullt når det gjaldt å utveksle informasjon om pasientene. En sykepleier sa dette: «*They can call on the telephone, or they can knock at my door, or every morning we meet in our home care groups. And they know that they shall inform about it (changes in foot status)*» (Gershater et al., 2013, s. 54).

Videre beskrev sykepleierne sin avhengighet av informasjon fra pleieassistentene.

Assistentene måtte rapportere forandringer i helsestatus, fotstatus og utføre sykepleietiltak. En sykepleier sa: «*How do I get to know? Well, I know it if I get a signal from the health care assistants; otherwise I do not know it*» (Gershater et al., 2013, s. 54).

Eksisterende sår ble sjekket av sykepleierne minst en gang i uken for å forsikre seg om at de ikke progredierte og også for å inspisere den andre foten. Pleieassistentene utførte daglig bandasjeskift og var instruert til å rapportere endringer i fotstatus, til sykepleierne (Gershater et al., 2013, s. 55).

I studien til Ritchie og Prentice (2011) forklarte sårsykepleieren viktigheten av fotpleiere i sårteamet. Ved bruk av evidensbasert BPG var det lettere å få sykepleierne til å forstå hva som var deres ansvarsområder. De opplevde raskere sårtilheling ved å henvise til fotpleier slik at pasientene fikk hensiktsmessig fottøy samt forebyggende pleie. Dette opplevdes som positivt. Deltakerne i studien opplevde at forventningene til sykepleierne, ledere, organisasjonen og tildelingskontoret ble klare og at en dynamisk ledelse- og organisasjonsstøtte var avgjørende for å suksessfullt innføre en «Best practice guideline» (Ritchie & Prentice, 2011, s. 90–91).

I studien til Kolltveit et al. (2018) kom det frem at i poliklinikken var det alltid to helsearbeidere som jobbet sammen i møte med pasientene og ved bruk av telemedisinutstyret. En diabetessykepleier og enten en sårsykepleier eller en fotpleier. Dagen var organisert slik at en av dem utførte sårpleie og den andre dokumenterte og fulgte opp tidligere saker fra den nettbaserte sårjournalen. De byttet på oppgaver fra dag til dag slik at alle kunne vedlikeholde de forskjellige ferdighetene. Morgenene startet med at fotpleieren og diabetessykepleieren gikk igjennom dokumentasjonen på alle pasientene som var planlagt den aktuelle dagen. De

diskuterte det siste besøket og ulike aspekter ved såret og om det var sannsynlig med nye sårutviklinger, ved hjelp av sårjournalen (Kolltveit et al., 2018, s. 1138–1139).

Videre var sykepleierne enige om viktigheten av hensiktsmessig fottøy. Fra intervjuene kom det frem at ansvaret for å skaffe pasienten riktig skotøy ble satt til pasientenes pårørende eller pleieassistentene. Få av sykepleierne nevnte sko fra sykehusets ortopediske skomaker. Det var forbundet med administrativt arbeid for sykepleierne og ekstra besøk til sykehuset for pasientene, ved å henvise dem til skomakeren. Dette ble derfor i stor grad unngått.

Sykepleierne sa at koordinering av besøk til fotpleier ble delegert til pleieassistentene. Pasienter i omsorgsboliger fikk fotpleie fra selvstendig næringsdrivende fotpleiere med ulike ferdigheter og utdanning. Sykepleierne ytret noe misnøye med dette, da de opplevde at fotpleierne noen ganger forårsaket fotsår ved å klippe pasientens tånegler for kort. De intervjuede sykepleierne klippet ikke tånegler og pleieassistentene hadde ikke tillatelse grunnet risikoen for å forårsake fotsår (Gershater et al., 2013, s. 54). En sykepleier sa:

And do you know what I think the chiropodist do? They cut a little to deep, it very easily becomes an ulcer. Yes that is my opinion. It is difficult to talk to them about it also. One intrudes into their space. So afterwards the patients come to us and we have to change dressings and fix things.
(Gershater et al., 2013, s. 54)

Saksbehandlere i kommunen jobbet sammen med teamet sitt for å utvikle et behandlingsforløp og en mer nøyaktig dokumentasjonsmetode for å kunne effektivisere pleieprosessen. Et eksempel på dette handlet om interaksjonen mellom sykepleier og lege. Sykepleierne uttrykte frustrasjon over å måtte legge til rette for at legene skulle overholde sårpleieregimene. Når verbal kommunikasjon ikke lyktes, sendte saksbehandleren brev til legen slik at spesialsykepleierne kunne gripe inn. En av saksbehandlerne forklarte, "She (APN) certainly has the ability to give them (physicians) you know the latest research and maybe talk the game" (Ritchie & Prentice, 2011, s. 90). Spesialsykepleiernes innflytelsesrike rolle ble gjentatt av en annen saksbehandler: "It's a huge resource, helps move initiatives forward and work with physicians- you're speaking their speak" (Ritchie & Prentice, 2011, s. 90). En «Best Practice Guideline» som verktøy for å fremme evidensbasert praksis ble beskrevet av en deltaker da hun diskuterte kommunikasjon med leger. "You're giving them (physicians) data, you're giving them research, you're giving them best practice, you're not just calling because you'd like to change from this order to that order" (Ritchie & Prentice, 2011, s. 90).

I studien til Johnson et al. (2005) kom det frem at pasientene opplevde at de forskjellige helseprofesjonene hadde ulik kompetanse og i noen tilfeller ikke var samstemte i hvilke råd de ga. Pasientene var spesielt fornøyde med diabetessykepleierne når det gjaldt ekspertise, empati og tilgjengelighet. Noen av pasienten i studien følte seg ikke sikre på at primærhelsetjenesten hadde den samme spesialkompetansen som de hadde på diabetiske fotklinikker (Johnson et al., 2005, s. 329). En pasient sa:

I just think they know more, more than what the doctors know, and they know every crook and cranny, whereas your doctors, working on a general principle, whereas they are working, specialising... and they're friendly, more like a family basis... (Johnson et al., 2005, s. 329)

I studien til Kolltveit et al. (2018) kom det frem at sykepleierne i hjemmetjenesten jobbet mye alene, og ikke i et team som de gjorde på poliklinikken. Sykepleieren i hjemmesykepleien hadde bare seg selv å støtte seg på når hun skulle vurdere om det hadde blitt en forverring av såret og om det var nødvendig å sette inn nye tiltak. Ved innføring av den elektroniske sårjournalen fikk sykepleierne lettere tilgang på spesialister og kommunikasjon mellom de ulike helsearbeiderne ble fremmet. Til tross for dette, jobbet sykepleierne i hjemmetjenesten alene. Det ble derfor bare hennes oppgave å vurdere når spesialistene på sykehuset skulle kontaktes. På grunn av tidspress i tjenesten, kunne det være at forandringene i såret eller pasientens situasjon måtte være signifikante for at sykepleieren skulle kontakte spesialistene (Kolltveit et al., 2018, s. 1141).

Sykepleierne i artikkelen til Gershater et al. (2013) hevdet at etter at de ble varslet av pleieassistentene, foretok en vurdering av pasientens medisinske tilstand før de eventuelt tilkalte lege. Sykepleierne hadde inntrykk av at et sykehusopphold utgjorde en stor risiko for å utvikle fotsår. Derfor unngikk de å sende pasienten til sykehus med mindre det var strengt nødvendig. En sykepleier sa dette: «*They came here with pressure ulcers.*» Intervjuer: «*From the hospital or from their homes?*» Sykepleier: «*They came from the hospital*» (Gershater et al., 2013, s. 54).

4.3 Informasjon, veiledning og undervisning

Studien til Johnson et al. (2005) fant ut at det å forstå diabetes og komplikasjoner var en avgjørende faktor for at pasienten kunne ta ansvar for eget liv og sykdom. De beskrev tre elementer som hadde betydning for pasientens evne til å forstå: pasientens evne til å ta i mot informasjon tidlig, situasjoner som har betydning for pasientens evne til å forstå over tid og relasjonen mellom det å forstå informasjon og det å praktisere på bakgrunn av informasjonen som ble gitt (Johnson et al., 2005, s. 328).

I studien til Gershater et al. (2013) beskrev sykepleierne at de brukte mye tid og energi på opplæring av pasientene og kolleger, men mest tid brukte de på kolleger. En av grunnene de trakk frem var at det kunne være utfordrende med opplæring av pasienter med et sammensatt sykdomsbilde. En sykepleier sa: «*There is a little bit of dementia, and those who don't really understand; patients with psychiatric problems. And I don't think that the information really was understood*» (Gershater et al., 2013, s. 55). Sykepleierne beskrev at de brukte ulike pedagogiske strategier som å repetere informasjon og involvering av pårørende. En betydelig andel av pasientene hadde derimot ingen pårørende (Gershater et al., 2013, s. 55).

I studien til Johnson et al. (2005) rapporterte mange av pasientene med diabetes type 2 at de ikke hadde tatt sykdommen på alvor ved diagnostisering. Noen innså ikke alvoret før de allerede hadde fått komplikasjoner som følge av diabetes (Johnson et al., 2005, s. 328). En pasient sa:

When I first got it, I was er, 'Oh, it's only diabetes'. I didn't know anything about it, and I just thought it were another illness. I didn't realise at the end of the day, I'd to have become like this, I didn't realise it'll not happen to me', but it has, everything's happened... I know when I were yonger, I neglected myself, I really did, and I know paying for it. (Johnson et al., 2005, s. 328)

Pasientene uttrykte at de følte seg nedstemt, og mente at de ikke hadde fått tilstrekkelig med fotpleieråd og oppfølging/henvisning de første årene etter diagnosen ble satt. Studien trakk frem flere mulige grunner til hvorfor dette kunne skje, blant annet ustrukturert pasientundervisning, eller variasjoner i kunnskap og erfaring hos sykepleierne (Johnson et al., 2005, s. 328). Studien til Gershater et al. (2013) fant ut ved intervju med sykepleierne at det var behov for å evaluere og lære opp pleieassistenter i hvordan de kan forebygge fotsår, og ikke bare blodsuktermåling, insulininjeksjoner, levere ferdig kontrollert medisin, og skifte av bandasje (Gershater et al., 2013, s. 55).

Flere pasienter opplevde at både leger og sykepleiere ikke hadde den kunnskapen de forventet at de skulle ha, sammenlignet med diabetessykepleiere på spesialisert fotklinikk. Tidligere erfaringer og informasjon hadde også betydning for hvordan pasientenes forventninger om fremtidige samhandlinger mellom pleier og pasient skulle være. Helsearbeiderne trakk frem flere potensielle grunner til at pasientene ikke opplevde å få den informasjonen de hadde behov for: timing, type informasjon og måten informasjonen ble overlevert på. En sykepleier sa «if he's given leaflets with little, sort of, explanation, he could easily put them to one side and not look at them» (Johnson et al., 2005, s. 328). En ortoped uttalte videre betydningen av å repetere informasjonen angående komplikasjoner av diabetes før det er for sent (Johnson et al., 2005, s. 328).

I tillegg til barrierer for informasjonsutveksling var helsearbeiderne bekymret over avvik i relevant sårpleieutdanning, mangel på tid til å utveksle nødvendig informasjon, og begrenset omfang av fotpleie og dietttråd i primærhelsetjenesten. Råd om diabetesvennlig kosthold ble sett på som en avgjørende faktor tidlig i forløpet for å hindre senkomplikasjoner. De fant derimot ut at mange pasienter ofte fikk denne informasjonen for sent, med tanke på at det allerede hadde oppstått komplikasjoner (Johnson et al., 2005, s. 329).

Selv om helsearbeiderne fra studien til Johnson et al. (2005) opplevde mange ulike barrierer angående informasjonsutveksling til pasient, presiserte de hvor viktig det var at de oppnådde god informasjonsflyt med pasienten. For en pasient med nylig diagnostisert diabetes kunne det være overveldende mye informasjon å forholde seg til. Pasientene kunne oppleve en sjokktilstand som ville ha betydning for hvor mye informasjon de hadde evne til å ta imot. Både helsearbeiderne og pasientene som var intervjuet påpekte betydningen av å oppnå felles forståelse av pasientens situasjon, for å fremme en støttende og samstemt beslutning (Johnson et al., 2005, s. 329).

4.4 Behov for å strukturere arbeidet

4.4.1 Hjelpemidler

Studien «An exploration of nurses' perceptions regarding the implementation of a best practice guideline on the assessment and management of foot ulcers for people with diabetes» trakk frem fordelene med implementering av «Best Practice Guideline» som verktøy til sykepleierne for forebygging av diabetiske fotsår. Studien fant ut at bruk av «Best Practice Guideline» resulterte i større autonomi for sykepleierne, og en forbedret pleie for pasientene (Ritchie & Prentice, 2011, s. 91).

I studien «Telemedicine follow-up facilitates more comprehensive diabetes foot ulcer care: A qualitative study in home-based and specialist health care» kom de frem til at bruk av telemedisin i diabetes fotpleie førte til en mer strukturert arbeidsprosess, og at det kan være et hjelpemiddel som bidrar til at man som sykepleier ser hele pasienten. De fant ut at telemedisin fungerte bedre i spesialisthelsetjenesten enn i hjemmesykepleien. På sykehus hadde de egnet rom, tilpasset og tilgjengelig utstyr, og ikke minst datamaskin og smarttelefon tilgjengelig for direkte overføring i pasientens sårjournal. I hjemmesykepleien var de mer avhengig av å planlegge besøk, forberede utstyr, og de hadde ingen tilgang til sårjournalen når de var hjemme hos pasienten. Ulike omgivelser i pasientens hjem kunne også gjøre det vanskelig for sykepleier og ta gode bilder (Kolltveit et al., 2018, s. 1140).

4.4.2 Rutiner for observasjon

Artikkelen «Telemedicine follow-up facilitates more comprehensive diabetes foot ulcer care» beskrev hvordan sykepleierne opplevde å bli mer bevisst på det å observere pasientens føtter for å se etter sår dannelser (Kolltveit et al., 2018, s. 1141). En sykepleier uttalte dette:

I have become more aware of preventing any new foot ulcers when applying telemedicine. Inspection of both feet to see if there is any skin cracks, and make sure that the skin on the feet are soft by using lotion on the feet. Removing hard skin as well. My clinical gaze has improved, but also because of more experience with wound care. (Kolltveit et al., 2018, s. 1142)

Gershater et al. (2013) sin artikkel fant ut at sykepleierne som ble intervjuet ikke hadde noen fastlagt struktur på hvordan de skulle forebygge og evaluere fotsår. Pågående fotsår ble derimot sjekket minst en gang ukentlig for å forhindre forverring, samt observasjon av den andre foten. Pleieassistentene som utførte sårstell og bandasjeskift på pasientene var opplært

til å dokumentere i pasientens journal og rapportere videre endringer til sykepleierne (Gershater et al., 2013, s. 55).

5 Diskusjon

5.1 Metodediskusjon

5.1.1 Forskernes bakgrunn

Ved å undersøke forskernes faglige bakgrunn, ble vi bedre rustet til å vurdere artiklenes gyldighet. Alle de valgte artiklene ble foretatt av forskere med helsefaglig og medisinskfaglig bakgrunn. De fleste forskerne er sykepleiere. Flere har spesialisering innenfor diabetes og diabetessykepleie. To av forfatterne i artikkelen til Johnson et. al (2005) er leger. Dessuten har flere relevant forskningskompetanse som master- eller doktorgrad.

5.1.2 Studienes deltakere

Alle de valgte studiene inkluderte sykepleiere som deltakere. Sykepleiernes erfaring varierte fra 3 til 41 år. Noen av sykepleierne hadde ikke tidligere erfaring med diabetiske fotsår, mens andre hadde mer enn 30 års erfaring innenfor dette feltet. I studiene til Kolltveit et al. (2018), Ritchie og Prentice (2011) og Johnson et al. (2005) ble det henholdsvis rekruttert fotpleier, kommunale saksbehandlere, pasienter med langvarige fotkomplikasjoner, rådgivere, leger, ortoptister, fotpleiere og kostholdseksperter som deltakere. Vår oppfatning er at valg av deltakere passer bra med studienes hensikter og problemstillinger, selv om vår problemformulering er rettet mot sykepleiere. Dette fordi sykepleiere stadig samarbeider med andre profesjoner og yrkesgrupper i sitt arbeid. Antall deltakere varierte fra syv til 30. Grunnen til relativt få deltakere kan sammenfalle med valg av metode, som er kvalitativt orientert.

Kriteriene som ble lagt til grunn for deltakelse i studiene var ulike. Deltakerne i studien til Kolltveit et al. (2018) ble rekruttert fra en pågående undersøkelse som omhandlet bruk av telemedisin (Kolltveit et al., 2018, s. 1136). Studien til Ritchie og Prentice (2009) sendte e-post til sykepleierne på sykehuset og kontaktet koordinatoren i hjemmetjenesten med forespørsel om å oppmuntre sykepleiere til å delta. Dette var avdelinger som allerede hadde begynt arbeidet med implementering av BPG (Ritchie & Prentice, 2011, s. 89). Studien til Johnson et al. (2005) la til grunn at pasientene som skulle delta hadde hatt langvarige problemer med diabetiske fotsår da det var forventet at disse hadde verdifulle erfaringer i møte med helsetjenesten. De andre deltakerne var helsearbeidere (Johnson et al., 2005, s. 326). I studien til Gershater et al. (2013) ble sykepleiere med mer enn to års erfaring i hjemmetjenesten rekruttert som deltakere. Ingen av studiene ekskluderte sykepleiere som ikke

hadde erfaring med diabetiske fotsår og forebygging (Gershater et al., 2013, s. 52). Vi ser på dette som positivt da det ikke bare er sårsykepleiere eller diabetessykepleiere som møter pasienter med fotproblemer relatert til diabetes. Studien til Johnson et al. (2005) som inkluderte pasienter, ser vi på som hensiktsmessig. Dette fordi pasientene sitter med erfaringer og kan gi helsepersonell god innsikt i hvordan det forebyggende arbeidet burde foregå. Både positive og negative tilbakemeldinger kan gi oss en god oversikt og et godt grunnlag for det videre arbeidet.

5.1.3 Arena/land

De utvalgte artiklene ble utført i Sverige, Norge, Canada og Storbritannia. Vi har som tidligere nevnt i metodekapittelet, valgt å bruke forskningsartikler fra land i den vestlige verden. Vi har en oppfatning om at helsevesenet i de tre utvalgte artiklene i tillegg til den fra Norge, kan være overførbart til det norske helsevesenet. Vi hadde ikke valgt arena på forhånd. Studien til Johnson et al. (2005) er utført på fotklinikk, sykehus og primærhelsetjenesten. Studien til Ritchie og Prentice (2011) og Kolltveit et al. (2018) inkluderte både hjemmebasert/kommunale tjenester og sykehus. Gershater et al. (2013) sin forskning ble utført i hjemmesykepleien. Gjennom de fire artiklene, får vi et bredere innblikk i hvordan forebygging av diabetiske fotsår praktiseres i de ulike arenaene, og også hvilke utfordringer man kan møte i for eksempel hjemmesykepleien versus sykehus. Ved at vi ikke avgrenset til en bestemt arena kan det tenkes at resultatene vi har kommet frem til kan være for generelle. Hadde vi valgt å fokusere på en bestemt arena, hadde vi kunnet sett hva som er det særegne i den enkelte arena, da noen tiltak kan fungere bedre i en arena i forhold til en annen. Noen av resultatene fra artiklene belyser også ulike utfordringer i ulike arenaer, for eksempel med tanke på tilgjengelighet, utstyr, bemanning og så videre. Etter analyse av artiklene har vi derimot trukket ut likheter og ulikheter mellom artiklene, der vi har valgt å se nærmere på de gjennomgående temaene.

5.1.4 Kvalitativ tilnærming som metode

Samtlige artikler er kvalitative studier, og passet bra til å besvare vår problemstilling da vi mener at ordlyden i problemformuleringen vår gjorde det utfordrende å finne tallfestede resultater. Den kvalitative metoden tar sikte på å fange opp mening og opplevelse, og er blant annet kjennetegnet ved at datainnsamlingen skjer i direkte kontakt med feltet og tar sikte på å få frem sammenheng og helhet (Dalland, 2020, s. 55).

Kvalitative studier har som hensikt å «gå i dybden» på et fenomen eller problem, og det er derfor hensiktsmessig med færre deltakere. I de kvalitative studiene får forskerne mulighet til å få mange opplysninger fra få undersøkelsesenheter (Dalland, 2020, s. 55). Ut fra vår problemformulering, ønsket vi nettopp å vise helheter og sammenhenger i hvordan det forebyggende arbeidet skjer. Vi mener derfor at valg av artikler som kun benyttet seg av kvalitativ metode var hensiktsmessig fordi svaret vi var ute etter skulle handle om opplevelser og erfaringer. En mulighet kunne vært å inkludere en studie med kvantitativ metode, da vi antakelig kunne fått et bilde av hvor ofte det forebyggende arbeidet pågikk og hvilke forebyggende tiltak som var de mest utbredte.

Vi har sett nærmere på samtlige artikler for å vurdere kvalitet og utforming av spørreundersøkelsene. Studien til Kolltveit et al. (2018) har gjort ytterligere datainnsamling basert på tidligere forskning. De refererer også til helsedirektoratets nasjonale retningslinjer for oppfølging av pasienter med diabetiske fotsår. De benyttet en «interpretive descripton» som er en kvalitativ metode som oppfordrer forskeren til å vurdere innsikt fra flere innsamlingsmetoder (Kolltveit et al., 2018, s. 1135–1136). Gershater et al. (2013) sin studie hadde i forkant utformet et pilotintervju med seks personer fra en diabetisk fotklinikk for å teste ut og revidere spørsmålene på forhånd. Disse ble deretter analysert grundig av forskningsgruppen før de ble tatt i bruk i større skala. Også i Ritchie og Prentice (2011) sin studie fikk deltakerne være med å vurdere og revidere spørsmålene sammen med ekspertpanelet (Ritchie & Prentice, 2011, s. 89-90). Johnson et al. (2005) brukte en vignett-metode, som medførte at deltakerne fikk uttrykke sine synspunkter uten direkte henvisning til seg selv. Dette åpnet for å kunne uttrykke følelser, meninger, verdier og holdninger uten at det virket påtrengende for den som var involvert (Johnson et al., 2005, s. 331).

5.1.5 Integrativ litteraturoversikt som metode

Vi mener at integrativ litteraturoversikt som metode har fungert godt til å besvare vår problemformulering. Dette fordi vi har fått en oversikt over de ulike studienes resultater slik at vi har kunnet trekke ut felles hovedkategorier og underkategorier og sette dette sammen til en ny helhet. Det har gjort at vi har klart å presentere det faktiske forebyggende arbeidet som skjer praksis.

Med tanke på den relativt korte tiden vi hadde til rådighet, tenker vi at valg av fire artikler var overkommelig. Hadde vi hatt lenger tid på oppgaven, kan det tenkes at vi hadde funnet flere relevante artikler som kunne bidratt til en bredere oversikt. Vi fikk relativt mange treff på noen av søkene våre, dette kan ha gjort at gode og relevante artikler har blitt oversett.

5.1.6 Vurdering av analysemetoder

Det er brukt ulike analysemetoder i de valgte artiklene. I studien til Gershater et al. (2013) brukte forskerne en deduktiv innholdsanalyse (Gershater et al., 2013, s. 52). Hensikten med denne analysemetoden er å validere eller utvide et teoretisk rammeverk eller en teori. Eksisterende teori eller forskning kan bidra til å konsentrere problemformuleringen (Hsieh & Shannon, 2005, s. 1281). Denne metoden ble brukt til å identifisere sykepleietiltak rettet mot forebygging av fotsår som kom frem i intervjuene av deltakerne. Ved å systematisk kategorisere det beskrevne arbeidet ved hjelp av de formelle kravene i kompetansebeskrivelsen til sykepleierne, kunne de ulike arbeidsområdene sorteres i kategorier. Vi mener at denne analysemetoden var hensiktsmessig å bruke med tanke på studiens hensikt. Dette fordi forskerne fikk en oversikt over hvordan sykepleierne jobbet med det forebyggende arbeidet ved å sammenstille de forhåndsbestemte kategoriene og kategoriene som kom frem av intervjuene. Samtidig kan det tenkes at sykepleiernes beskrevne tiltak som ikke «passet» inn under kategoriene, ikke ble tatt hensyn til eller ikke ble tatt med i resultatdelen. Hvis dette er tilfelle, kan det være at viktig kunnskap om forebygging ble utelatt.

I studien til Johnson et al. (2005) analyserte de data ved hjelp av en rammeanalyse. Denne metoden innebærer å gjøre seg kjent med dataene før man utvikler et tematisk rammeverk som deretter brukes til å klassifisere data. To av forskerne startet prosessen ved å bruke et lite antall av transkripsjonene fra intervjuene til å utvikle et sett med kategorier som var gjennomgående i resultatene. Disse ble deretter anvendt på et større datasett. På denne måten ble kategoriene ytterligere raffinert, og hovedtemaer satt inn i en matrise med de nummererte underkategoriene i kolonner og deltakere i rader (Johnson et al., 2005, s. 327). I studien til Ritchie og Prentice (2011) transkriberte de alle intervjuer og notater for å identifisere de dataene som var særlig relevante. De gjorde en datareduksjon for å kunne komme med konklusjoner. De identifiserte seks hovedkategorier fra dataene ved hjelp av oversiktstabeller over dataene og nøkkelfunn (Ritchie & Prentice, 2011, s. 89). I studien til Kolltveit et al.

(2018) foregikk analysearbeidet slik at de leste dataene i helhet samtidig som de studerte særlig interessante funn nærmere. På denne måten fikk forskerne en oversikt over datamaterialet samtidig som de fikk tak i de ulike nyansene. De så nærmere på likheter og ulikheter. De avsluttet analysearbeidet med å tolke funnene (Kolltveit et al., 2018, s. 1137).

Felles for analysearbeidet til de ulike forskerne var at de systematiserte viktige funn i kategorier. Dette gjorde at de kunne se sammenhenger og dra konklusjoner på tvers av dataene. Vi mener at et slikt analysearbeid var hensiktsmessig i henhold til de nevnte artiklenes hensikt. Alle artiklene er kvalitative studier som gjør at dataene representerer deltakernes opplevelser og følelser. Ved å kategorisere disse, vil det være enklere for forskerne å få et helhetlig bilde av deltakernes uttrykte opplevelser. Det kan også tenkes at det ble lettere for forskerne og se likheter og ulikheter i dataene.

5.1.7 Etske hensyn

Samtlige artikler er etisk godkjent av komiteer eller på universitetet hvor den enkelte studien fant sted. I studien til Johnson et al. (2005) og Kolltveit et al. (2018) står det at de deltakerne som ga samtykke til å være med i studien, var informert om at deltakelse i studien var frivillig og at anonymitet skulle bevares.

5.1.8 Begrunnelse for valg av artiklene

Vi mener vi har funnet artikler som sammenfaller godt med vår problemstilling. Bruk av valgte søkeord, som beskrevet i metodekapittelet, ga oss mange relevante treff. Vi valgte å ikke avgrense søket geografisk, og ser nå i ettertid at det kunne spart oss for mye tid da vi fikk opp en del artikler fra blant annet Midtøsten. Samtlige artikler er skrevet på engelsk, så vi har dermed brukt en del tid på oversetting og forståelse av artiklene. Vi har med beste evne forsøkt å forstå artiklene på bakgrunn av vår faglige og språklige kunnskap, selv om det kan være enkelte elementer i artiklene vi kan ha oppfattet annerledes enn det som var ment.

5.2 Resultatdiskusjon

I dette delkapittelet skal vi diskutere studienes resultater i sammenheng med teori og egne refleksjoner. Ut fra dette vil vi forsøke å besvare hvordan sykepleiere kan forebygge diabetiske fotsår.

5.2.1 Pasienten er mer enn bare en fot

Sykepleierne i studiene til Gershater et al. (2013) og Johnson et al. (2005) pekte på at noen av tiltakene knyttet til forebygging av diabetiske komplikasjoner var å opprettholde eller opprette god ernæringsstatus og tilfredsstillende blodglukosenivåer (Gershater et al., 2013, s. 55; Johnson et al., 2005, s. 329). Dette underbygges av teorien om at det forebyggende arbeidet må starte med en gang en person får påvist diabetes. Først og fremst bør man ta sikte på god blodglukoseregulering (Mosand & Stubberud, 2016, s. 68).

Det er viktig at sykepleiere er oppmerksomme og undersøker begge føttene til pasienten. Dette på grunn av den sensoriske- og motoriske nervesykdommen som kan oppstå ved diabetes. Det kommer frem av teorien at disse pasientene kan oppleve nedsatt følelse under føttene og dermed ikke være klar over at de for eksempel har sko som trykker eller at de har småstein i skoen (Gürgen et al., 2005). I studien til Gershater et al. (2013) kom det frem at sykepleierne var bevisst på å undersøke begge føttene. Det gjorde at de fikk oversikt over pasientens situasjon og så «hele bildet» (Gershater et al., 2013, s. 55). Dette er viktig fordi pasientene ofte ikke føler smerte og dermed ikke registrerer om det oppstår en skade eller ikke (Gürgen et al., 2005). Ved bruk av en web-basert sårjournal ble sykepleierne i studien til Kolltveit et al. (2018) mer oppmerksomme på den helhetlige tilnærmingen fordi de fikk en bedre oversikt over hva de skulle se etter. I tillegg kunne de gå tilbake i sårjournalen og se tidligere fotstatus (Kolltveit et al., 2018, s. 1141).

Sykepleieteorien til Joyce Travelbee hjelper oss å forstå viktigheten av å se hele pasienten. Travelbee beskriver at sykepleie handler om å hjelpe pasienten med og forebygge eller mestre erfaringer med sykdom og lidelse og om nødvendig å finne mening i disse erfaringene (Travelbee, 1999, s. 29). Med dette i tankene, vil det trolig være vanskelig å hjelpe pasienten hvis man ikke ser hele personen. Sykepleierne i sårklinikken i studien til Kolltveit et al. (2018) rettet oppmerksomhet på mange områder av pasientens liv, som støtte fra andre og pasientens sosiale velvære. Med denne helhetlige tilnærmingen kan det være lettere for

sykepleier å fange opp endringer i pasientens situasjon samt hjelpe han eller henne med å finne mening i tiltakene som blir satt i gang (Kolltveit et al., 2018, s. 1141).

5.2.2 Etablere et godt samarbeid

Vi mener det er viktig å etablere et godt samarbeid mellom de ulike yrkesgruppene som er en del av «teamet» rundt pasienten. Dette for at pasienter med komplekse utfordringer skal få best mulig helsehjelp. Pasienter med diabetes som har risiko for å utvikle fotsår eller andre fotkomplikasjoner har sammensatte behov som strekker seg fra god blodglukosekontroll til stell og undersøkelse av føttene.

For at det tverrfaglige samarbeidet skal fungere er det vesentlig at de ulike yrkesgruppene er bevisst sin egen rolle og ansvarsområder i teamet og at de er tydelige på sine kompetanseområder. Det er viktig at profesjonene aktivt bruker hverandres kompetanse, slik at samarbeidet kan føre til en helhetlig tilnærming til pasientens utfordringer (Helsedirektoratet, 2018). Vi så at det foregikk masse samarbeid i de ulike artiklene, både godt og ikke så godt. Det som var bra, var at det så ut til at sykepleierne og pleieassistentene i studien til Gershater et al. (2013) hadde etablert et relativt godt samarbeid. De var begge avhengige av hverandre, selv om sykepleierne hadde en overordnet rolle. Arbeidsfordelingen var tydelig, og kommunikasjonen dem imellom var hensiktsmessig. Et aspekt ved samarbeidet som kanskje ikke var like bra i denne studien var det mellom sykepleierne og fotterapeutene. Det kom frem i artikkelen at noen av sykepleierne var kritiske til fotterapeutenes kompetanse (Gershater et al., 2013, s. 54). Vi tolker dette som at de ikke hadde etablert en gjensidig tillit til hverandre og at de ikke hadde avklart hverandres roller. Dårlig kommunikasjon kan også være et viktig element. Konsekvensene av dårlig kommunikasjon kan gå ut over pasientsikkerheten, da det kan tenkes at helsearbeiderne ikke blir samstemte i sine råd og veiledning.

Ved å innføre en BPG i studien til Ritchie og Prentice (2011) kom de frem til at det var lettere å få de ulike medlemmene i sårteamet til å forstå sine ansvarsområder. Sykepleierne opplevde at fotpleierne var en viktig del av sårteamet. Dette fordi de opplevde at pasientene fikk forebyggende pleie ved rask henvisning til fotpleier. Også forventningene til de enkelte i teamet ble godt etablert ved å benytte seg av BPG. Det tyder på at ved å innføre klare

retningslinjer ble samarbeidet lettere fordi de raskt fikk en god struktur i arbeidet og tydelige roller (Ritchie & Prentice, 2011, s. 92).

Etter vårt arbeid med analyse av studiene oppdaget vi forskjeller i det tverrfaglige samarbeidet i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. I spesialisthelsetjenesten avdekket vi at de ulike yrkesgruppene var tettere på hverandre. Det er kanskje åpenbart da de i mange tilfeller jobber i samme avdeling eller samme sykehus. Det kan tenkes at det dermed blir lettere å skape og vedlikeholde et samarbeid eller et team. I studien til Kolltveit et al. (2018) kom det frem at sykepleierne i hjemmetjenesten jobbet mye alene og i mange tilfeller bare hadde seg selv å støtte seg på når de skulle ta avgjørelser og vurderinger. Ved bruk av den elektroniske sårjournalen fikk sykepleierne lettere tilgang til spesialister og kommunikasjonen mellom dem ble fremmet (Kolltveit et al., 2018, s. 1141). Det kan derfor tenkes at samarbeidet mellom de ulike helsearbeiderne ble bedre. Samtidig beskriver de i studien at det fortsatt kunne være høy terskel for sykepleierne å kontakte spesialistene grunnet tidspress i tjenesten (Kolltveit et al., 2018, s. 1141).

Pasientene i studien til Johnson et al. (2005) gir oss innsikt i hvorfor det tverrfaglige samarbeidet kan være utfordrende. De pekte på at den ulike kompetansen hos helseprofesjoner førte til at noe av informasjonen og rådene som ble gitt ikke opplevdes som samstemte (Johnson et al., 2005, s. 329). Vi mener at disse opplysningene er verdifulle da de kan hjelpe oss med å forstå hvilke utfordringer teamet rundt pasientene kan stå i. Det blir derfor viktig å sette fokus på at rollene og arbeidsområdene i samarbeidet må være avklart og at man på forhånd har grunnlagt et felles utgangspunkt og ståsted, slik at pasientene opplever et samstemt team.

5.2.3 Informasjon, veiledning og undervisning

Informasjon, veiledning og undervisning er en viktig del av sykepleiepraksisen, for at pasienten skal oppleve forståelse og mestring av egen sykdom. Sykepleier har et spesielt ansvar for at pasienten får nødvendig informasjon (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Studien til Gershater et al. (2013) beskrev ulike strategier som gjentakelse av informasjon og involvering av pårørende som nødvendig for at pasienten skulle bli tilstrekkelig informert (Gershater et al., 2013, s. 55). Joyce Travelbee fremhever helsefremmende undervisning, altså det å hjelpe enkeltindivider og familier til å forebygge sykdom eller mestre erfaringer med

sykdom og lidelse. Hun beskriver betydningen av å kunne bruke helsefremmende undervisning for å hjelpe syke mennesker til å finne mening i sykdom, samt de tiltakene som iverksettes for at de skal bevare helse og kontrollere symptomene (Travelbee, 1999, s. 34–35).

Det viser seg at mange pasienter ikke tar sykdommen på alvor når de blir diagnostisert med diabetes. Studien til Johnson et al. (2005) viste at noen av pasientene ikke så alvoret før de allerede hadde fått komplikasjoner som følge av diabetes. Pasientene mente at de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon og oppfølging de første årene etter diagnostisering, og at det hadde stor betydning for sykdomsutviklingen og faren for komplikasjoner (Johnson et al., 2005, s. 328). Sykepleiers pedagogiske funksjon handler ikke bare om sykepleiers rolle i å levere informasjon, men også et ansvar for å sikre at informasjonen blir forstått, og at man sikrer pasient og pårørendes deltakelse i pasientens sykdoms- og behandlingsforløp (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 23). Travelbee (1999) skriver også i sin bok at hovedmålet med helsefremmende undervisning i stor grad handler om at den enkelte pasient finner mening i sykdom og helsefremmende tiltak, og at ikke informasjonen bare blir gitt ut som den er (Travelbee, 1999, s. 35.) Johnsons et al. (2005) trakk frem både ustrukturert pasientundervisning og/eller variasjon i kunnskap og erfaring hos sykepleierne som utøver helsehjelpen som potensielle grunner til at pasientene opplevde mangelfull informasjon og veiledning (Johnson et al., 2005, s. 328). Resultatene belyser hvor stor betydning sykepleier har i sin pedagogiske rolle, og at det ikke nytter å informere dersom pasienten ikke har evne til å ta imot eller etterleve informasjonen som blir gitt.

For en pasient som er nylig diagnostisert kan det tenkes at det er mye informasjon som skal mottas og bearbeides, og at komplikasjoner ikke alltid blir prioritert å snakke om før det er for sent. Dette ser vi blant annet i studien til Johnson et al. (2005), der pasientene ikke så alvoret før det var for sent. Studien beskrev også mangel på tid som en faktor som kunne få konsekvenser for pasientens tilegnelse av kunnskap (Johnson et al., 2005, s. 329). Det er presisert i pasientrettighetsloven, at pasienten har rett på informasjon, og mangel på tid er ingen unnskyldning for å utelukke nødvendig informasjon (Almås et al., 2016, s. 23). Til tross for at man kan møte på ulike barrierer som hindrer den pedagogiske funksjonen til sykepleiere, var sykepleierne i Johnson et al. (2005) sin studie bevisst betydningen av å skape en informasjonsflyt som fremmet en støttende og samstemt beslutning (Johnson et al., 2005, s. 329).

Den nasjonale anbefalingen fra Helsedirektoratet sier blant annet at pasienter med moderat til høy risiko for diabetiske fotsår bør få opplæring i daglig undersøkelse av føttene (Helsedirektoratet, 2016). Det vi derimot oppdaget var at pasientopplæring ikke var så høyt prioritert som man kunne ønsket. I studien til Gershater et al. (2013) fortalte sykepleierne at de brukte mer tid på opplæring av pleieassistenter enn pasienter. De trakk frem at en av grunnene til dette kunne være at noen av pasientene hadde kognitive utfordringer som demenssykdommer (Gershater et al., 2013, s. 55). Noen av pasientene i studien til Johnson et al. (2005) mente at de ikke hadde fått tilstrekkelig informasjon om fotpleie. En av grunnene som ble trukket frem var at det ikke var nok struktur i pasientundervisningen og varierende kunnskap hos sykepleierne (Johnson et al., 2005, s. 329). Ser man på Norsk Sykepleierforbund sine etiske retningslinjer kommer det frem at sykepleier har et forebyggende ansvar (Norsk sykepleierforbund, u.å.). Pasientinformasjon og undervisning er en vesentlig del av det forebyggende arbeidet og det kan dermed tenkes at sykepleierne i disse to studiene ikke brukte nok tid og ressurser på nettopp dette. Det kan føre til at det oppstår komplikasjoner som kunne vært forhindret.

Våre funn tyder på at informasjonsutvekslingen er av stor betydning for sykdommens utfall, og at det kan medføre store konsekvenser dersom dette uteblir. Vi ser nå at konsekvenser knyttet til diabetes i stor grad kan unngås dersom pasienten er informert tilstrekkelig om dette på forhånd, og at man sikrer at pasienten har forstått og kan bruke informasjonen hensiktsmessig. Hvis vi ser på resultatene med et samlet blikk, kan vi se at det kan være mange og/eller sammensatte grunner til at informasjon og forståelse uteblir. Det kan dermed tenkes at det ikke alltid er lett å avdekke hva som er den faktiske grunnen til at informasjonsutvekslingen blir mangelfull eller uteblir.

5.2.4 Bruk av tekniske og faglige hjelpemidler

Vi tror tekniske og faglige hjelpemidler kan være verdifulle å bruke i praksis når det gjelder å dokumentere og forebygge sår. Joyce Travelbee nevner i sin teori at forebyggende arbeid vil kunne utvikles til en høyt effektiv virksomhet (Travelbee, 2017, s. 33-34).

Vi har begge erfaringer med dokumentasjonssystemer i praksis som har løsninger for å legge inn sårbilder i journalen til pasienten. Vi tror at det å kunne observere sår og/eller sårutvikling på denne måten kan bidra til en bedre pasientoppfølging. Vi har for eksempel opplevd at skriftlige beskrivelser av sår kan oppfattes ulikt av forskjellig personell.

To av våre utvalgte artikler beskriver ulike hjelpemidler som skal bidra til å forebygge sårutvikling hos pasienter med diabetes. «Best Practice Guideline» er et eksempel på systematisk utviklede, evidensbaserte retningslinjer, som har som hensikt å hjelpe helsearbeiderne til å ta riktige valg når det gjelder håndtering og forebygging av for eksempel diabetiske fotsår. Studien som belyste BPG i sin sykepleiepraksis, opplevde dette som et godt hjelpemiddel for å forbedre pleien til pasienter (Ritchie & Prentice, 2011, s. 91).

Telemedisin er et vidt begrep, men brukes i denne sammenheng om digital sårjournal til bruk i helsetjenesten. Studien til Kolltveit et al. (2018) beskrev bruk av telemedisin som et hjelpemiddel som ga en mer strukturert arbeidsprosess. De fant derimot ut at dette fungerte bedre i spesialisthelsetjenesten i forhold til hjemmesykepleie/primærhelsetjenesten. Grunnen til dette var blant annet bedre tilgang til utstyr som datamaskin og smarttelefon for å overføre data direkte til pasientens journal. De kunne også sammenligne bildene med visuell observasjon av pasienten (Kolltveit et al., 2018, s. 1140). Sekundærforebyggende tiltak innebærer og tidlig iverksette tiltak for å forebygge sykdom, og å videreformidle denne informasjonen til for eksempel lege eller fotpleier (Nortvedt & Grønseth, 2016, s. 22). Vi tror at telemedisin kan være et hjelpemiddel som kan hjelpe sykepleier med og tidlig kunne identifisere tegn på sykdom, samt at det vil være lettere å sammenligne over tid.

Av egen erfaring vet vi at observasjon og dokumentasjon av sår kan være utfordrende i hjemmesykepleien, fordi ulike personer utfører sårstellet. De har ofte ulik oppfatning av hvordan såret utvikler seg. Dette tror vi kan komme av at man ikke helt vet hva man skal observere, og man vet heller ikke hvordan såret så ut ved forrige sårstell. Uten visuell dokumentasjon, vil man ikke ha noe spesifikt å gå etter. Av erfaring har vi sett at flere hjemmetjenester har begynt å benytte seg av smarttelefoner med tilgang til pasientjournal. Vi synes dette er et godt hjelpemiddel, da man vil ha tilgang på pasientens journal i deres hjem.

6 Konklusjon

På bakgrunn av vårt arbeid med denne bacheloroppgaven konkluderer vi med at sykepleier kan forebygge diabetiske fotsår ved å utøve helhetlig omsorg og pleie, og være en del av et tverrfaglig team. Dette innebærer at sykepleieren må skaffe seg en oversikt over pasientens situasjon, og få med seg pasienten og andre profesjoner på «laget». Når pasienten får en forståelse av egen situasjon, gjennom undervisning og veiledning, vil man sammen kunne sette i gang hensiktsmessige tiltak som blant annet er basert på nasjonale råd og retningslinjer. Bruk av for eksempel en elektronisk sårjournal kan hjelpe sykepleieren til å se hele bildet og lettere kunne fange opp endringer i pasientens fotstatus.

7 Anvendelse i praksis

På bakgrunn av det vi har kommet frem til i oppgaven, mener vi at sykepleiere i både spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten må være en del av et tverrfaglig team for å kunne forebygge diabetiske fotsår. Da er det viktig at sykepleieren går inn i samarbeidet med en bevissthet om egen rolle og kompetanse. Denne bevisstheten og selvsikkerheten kan fremmes ved å ta i bruk faglige retningslinjer. På denne måten mener vi at viktige forebyggende tiltak lettere blir fremmet i samarbeidet med andre profesjoner og helsearbeidere. For å styrke det tverrfaglige samarbeidet må ledelsen være med på å fremme og legge til rette for at de ulike profesjonene kan samhandle på en riktig og forsvarlig måte.

For å sikre helhetlig tilnærming og styrke det mellommenneskelige forholdet mellom pasient og sykepleier mener vi det er avgjørende at sykepleiere hjelper pasienten med god blodglukoseregulering, hjelper pasienten med å opprettholde eller etablere god ernæringsstatus, etablerer rutiner for å undersøke begge føttene, snakker med pasienten om hans sosiale velvære og reaksjoner på sykdommen. Retningslinjer og guider som omfatter konkrete tiltak om forebygging av diabetiske fotsår, vil kunne hjelpe sykepleier med å gi pasienten helhetlig sykepleie. Dette forutsetter at det er tilrettelagt på arbeidsplassen, og at hver enkelt sykepleier får en innføring i hvordan det fungerer.

Viktige tiltak i praksis innebærer også god kommunikasjon. Sykepleier har et særegent ansvar for at informasjon som blir gitt, blir forstått av pasienten. Som en viktig del av det forebyggende arbeidet må pasienten få relevant informasjon tidlig i sykdomsforløpet. Dette kan sikres ved at pasienten får en samtale med sykepleier eller diabetessykepleier ved diagnostisering.

Vi mener at bruk av tekniske hjelpemidler kan være helt avgjørende når det kommer til forebygging av diabetiske fotsår, da man får en stor mulighet til og visuelt følge med på pasientens fotstatus. Vi mener også at det trolig kommer til å bli brukt i mye større grad i tiden som kommer. Med dette i tankene må disse hjelpemidlene eller programvarene være utformet på en slik måte at de fungerer i den enkelte avdelingen eller institusjonen. Ved innføring av disse hjelpemidlene må sykepleierne som skal benytte seg av det, få en grundig opplæring i hvordan dette fungerer. Når det gjelder områder som innføring og bruk av tekniske hjelpemidler mener vi at det er behov for mer forskning.

Litteratur

- Arnesen, H. (2018, 6. juni). Arteriosklerose. I *Store medisinske leksikon*.
<http://sml.snl.no/arteriosklerose>
- Braut, G. S. (2020, 15. juni). Telemedisin. I *Store medisinske leksikon*.
<http://sml.snl.no/telemedisin>
- Dalland, O. (2017). *Metode og oppgaveskriving* (6. utg.). Gyldendal akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Friberg, F. (2017). *Dags for oppsats vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. utg.). Studentlitteratur.
- Gershater, M., A., Pilhammar, E., & Alm Roijer, C. (2013). Prevention of foot ulcers in patients with diabetes in home nursing: A qualitative interview study. *European Diabetes Nursing*, 10(2), 52–57. <https://doi.org/10.1002/edn.227>
- Gürgen, M., Kaal*, A., & Witsø, E. (2005). Diabetiske fotsår. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 7(125), 899–902. <https://tidsskriftet.no/2005/04/medisin-og-vitenskap/diabetiske-fotsar>
- Helsedirektoratet. (2016, september 14). *Opplæring i hvordan forebygge diabetiske fotsår*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes/diabetisk-fot-og-nevropati/opplaering-i-hvordan-forebygge-diabetiske-fotsar>
- Helsedirektoratet. (2018, januar 17). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester*. Helsedirektoratet. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglige-team/tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>
- Helsenorge. (2018, september 11). *Diabetes—Fotsår og pleie av føtter*. <https://www.helsenorge.no/sykdom/diabetes/fotsar-og-pleie-av-fotter-ved-diabetes/>
- Hsieh, H.-F., & Shannon, S. E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative health research*, 15(9), 1277–1288. <https://doi.org/10.1177/1049732305276687>
- Jansen, J., & Faiz, K. W. (2020, 27. oktober). Nevropati. I *Store medisinske leksikon*.
<http://sml.snl.no/nevropati>
- Johnson, M., Newton, P., Jiwa, M., & Goyder, E. (2005). Meeting the educational needs of people at risk of diabetes-related amputation: A vignette study with patients and professionals. *Health Expectations*, 8(4), 324–333. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2005.00344.x>
- Kildekompasset. (u.å.). *Hva er en vitenskapelig artikkel?* Kildekompasset. Hentet 12. april 2021, fra <http://kildekompass.wpengine.com/kildekritikk/vitenskapelige-artikler/>

Kolltveit, B.-C. H., Thorne, S., Graue, M., Gjengedal, E., Iversen, M. M., & Kirkevold, M. (2018). Telemedicine follow-up facilitates more comprehensive diabetes foot ulcer care: A qualitative study in home-based and specialist health care. *Journal of Clinical Nursing*, 27(5–6), e1134–e1145. <https://doi.org/10.1111/jocn.14193>

Langøen, A. (Red.). (2018). *Sårbehandling og hudpleie* (5. utgave). Gyldendal.

Mosand, R. D., & Stubberud, D.-G. (2016). Sykepleie ved diabetes mellitus. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie 2* (5. utg., s. 51–82). Gyldendal akademisk.

Norsk Sykepleierforbund. (u.å.). *Yrkesetiske retningslinjer*. Hentet 13. april 2021, fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer>

Nortvedt, P., & Grønseth, R. (2016). Klinisk sykepleie—Funksjon, ansvar og kompetanse. I H. Almås (Red.), *Klinisk sykepleie: 1* (5. utg., s. 17–39). Gyldendal akademisk.

Registered Nurses' Association of Ontario. (u.å.). *Best Practice Guidelines*. Hentet 10. april 2021, fra <https://rnao.ca/content/best-practice-guidelines>

Ritchie, L., & Prentice, D. (2011). An exploration of nurses' perceptions regarding the implementation of a best practice guideline on the assessment and management of foot ulcers for people with diabetes. *Applied Nursing Research*, 24(2), 88–93. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2009.04.005>

Stene, L. C. M., & Gulseth, H. L. (2017, 2. juni). *Diabetes*. Folkehelseinstituttet. <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/>

Travelbee, J. (1999). *Mellommenneskelig forhold i sykepleie*. Universitetsforl.

Utdanning.no. (u.å.). *Ortopediingeniør*. Utdanning.no. Hentet 12. april 2021, fra <http://utdanning.no/node/395928>

Åsvold, B. O. (2020, 7. september). Diabetes. I *Store medisinske leksikon*. <http://sml.snl.no/diabetes>

8 Vedlegg

8.1 Vedlegg 1 - Oversikt over søkekombinasjoner

Søkeord	Database	Kombinasjoner	Antall treff	Lest sammendrag	Brukte artikler
Nursing	British Nursing Index	AND diabetes	13497	0	
Nursing	British Nursing Index	AND diabetes AND «diabetic ulcer»	14	2	
«Nurs* prevention»	British Nursing Index	AND diabetes	7	0	
«Nurs* prevention»	British Nursing Index	AND diabetes AND «diabetic ulcer»	0	0	
Nurs*	Oria	AND diabetes AND diabetic ulcer	855	2	
«Nurs* prevention»	PubMed	AND diabetes	3958	0	
«Nurs* prevention»	PubMed	AND diabetes AND «diabetic ulcer»	3	1	
«Diabetic foot ulcer»	Cinahl		3072	6	
«Nurs* intervention»	Cinahl	AND «diabetic foot prevention and control	4	1	
Nurs*	Cinahl	AND Prevention AND «diabetic foot prevention and control»	128	10	1
«Nurs* prevention»	SveMed+	AND diabetes	1	1	
«Nurs* education»	Idunn	AND «diabetic foot ulcer»	0	0	
«diabetes education»	Cinahl	AND «foot complications»	38	4	1
«nursing assessment»		AND «diabetic patients» AND «diabetic foot»	37	1	1
Diabetes	Cinahl	AND healthcare worker AND wound care	7	1	1
Diabetes fotsår forebygging	Idunn		2	2	0
Diabetes	SveMed+	AND forebygging	5	1	0

8.2 Vedlegg 2 – Oversiktstabell over analyserte artikler

Artikkel 1:	Prevention of foot ulcers in patients with diabetes in home nursing: a qualitative interview study
Tidsskrift (årstall):	Eur Diabetes Nursing (2013)
Forfattere:	Gershater, M. A. & Pilhammar, E., Roijer & Alm Roijer, C.
Perspektiv:	Sykepleier.
Problem:	Forebygging av diabetiske fotsår i hjemmesykepleie kan forhindre lidelse og øke pasientens livskvalitet.
Hensikt:	Å undersøke sykepleiernes arbeid med forebygging av fotsår i hjemmesykepleien, og hvordan dette kan forbedres i fremtiden.
Metode:	Kvalitativ tilnærming med 15 deltakere som ble intervjuet med en varighet på 35-64 min. Det ble stilt åpne spørsmål.
Resultater:	Sykepleiere jobbet gjennom lederskap, koordinasjon, læring og evaluering. Helseassistentene utførte mye av det forebyggende arbeidet. Sykepleierne hadde mer fokus på medisiner sykepleieansvar. Noen sykepleiere hadde utdatert kunnskap, og baserte mye av nyere kunnskap på erfaring.

Artikkel 2	Telemedicine follow- up facilitates more comprehensive diabetes foot ulcer care: A qualitative study in home- based and specialist health care
Tidsskrift (årstall):	Journal of Clinical Nursing (2017)
Forfattere:	Kolltveit, B.- C. H., Thorne, S., Graue, M., Gjengedal, E., Iversen, M. M. & Kirkevold, M.
Perspektiv:	Sykepleier/ helsepersonell.
Problem:	Kontekstuelle faktorer er viktige når man skal ta i bruk teknologi i helsetjenesten. Bruk av telemedisin i hjemmetjenesten har blitt identifisert som spesielt komplekst.
Hensikt:	Å undersøke bruk av telemedisin som intervensjon i behandlingen av diabetiske fotsår, og dets implikasjoner for helsepersonell i klinisk praksis.
Metode:	Kvalitativ tilnærming. Gjennomførte feltobservasjoner og individuelle intervjuer med helsepersonell i hjemmetjenesten og i spesialisthelsetjenesten. Alle deltakerne var allerede en del av en RCT om behandling av diabetiske fotsår og telemedisin. Studien baserte seg på metoden «Interpretive Description» som er en induktiv kvalitativ tilnærming.
Resultater:	Det ble identifisert ulike muligheter for bruk av telemedisin i behandling av diabetiske fotsår i henholdsvis spesialisthelsetjenesten og i hjemmetjenesten. Ulike omstendigheter og muligheter i hjemmetjenesten gjorde bruken av telemedisin vanskeligere. Helsepersonell i begge gruppene oppfattet at bruken av telemedisin la til rette for en mer helhetlig tilnærming til pasientene, men med forskjellige muligheter til å gjennomføre det.

Artikkel 3	Meeting the educational needs of people at risk of diabetes-related amputation: A vignette study with patients and professionals.
Tidsskrift (årstall):	Health expectations (2005)
Forfattere:	Johnson, M., Newton, P., Jiwa, M., & Goyder, E. (2005).
Perspektiv:	Sykepleiere/ helsepersonell og pasient.
Problem:	En litteraturgjennomgang viser at utdanningsopplegg for forebygging av diabetiske fotsår har dårlig design, eller motstridende resultater. Dette øker behovet for å se nærmere på hvilken betydning utdanning har og si for å minske fotkomplikasjoner.
Hensikt:	Å undersøke hvordan pasienter og helsepersonell ser på sin rolle i rådgivning om diabetisk fotpleie for å utforme en lærevennlig praksis.
Metode:	Kvalitativ tilnærming. Studien inkluderte 15 pasienter med diabetesrelaterte fotsår og 15 helsepersonell på to forskjellige sykehus og fra to primærhelsetjenester. De har brukt en vignettmetode, som åpnet for at pasienten kan uttrykke sine meninger uten at pasienten må fortelle sin egen historie.
Resultater:	Å forstå diabetes og dets implikasjoner ble sett på som avgjørende for pasienter å takle og effektivt håndtere sykdommen og livet. Pasientens forståelse hadde tre elementer: faktorene som forhindrer den første forståelsen, omstendighetene som forsterker forståelsen over tid, og forholdet mellom å forstå informasjon og å handle på den. Pasienten er avhengig av å forstå hvordan diabetes kan påvirke deres helse, for å kunne ta vare på seg selv.

Artikkel 4	An Exploration of nurses' perceptions regarding the implementation of a best practice guideline on the assessment and management of foot ulcers for people with diabetes
Tidsskrift (årstall):	Applied Nursing Research (2011)
Forfattere:	Ritchie, L. & Prentice, D.
Perspektiv:	Sykepleier.
Problem:	Vellykkede utfall av behandling for pasienter med diabetiske fotsår er avhengige av komplekse behandlingsregimer, som blir implementert av et tverrfaglig team.
Hensikt:	Undersøke sykepleieres oppfatninger når det gjelder å innføre bruk av en «Best Practice Guideline» (BPG) for å vurdere og håndtere diabetiske fotsår.
Metode:	Kvalitativ tilnærming. Ni sykepleiere fra hemodialyseavdelingene, tre saksbehandlere fra kommunen og to sårsykepleiere fra hjemmetjenesten deltok i fem fokusgrupper og et individuelt intervju hver. I fokusgruppene og i de individuelle intervjuene fikk deltakerne fortelle om hvilke opplevelser de hadde hatt med innføring av BPG.
Resultater:	Funnene fokuserer på viktige punkter angående effekten av BPG-implementering i områdene pasientutfall, sykepleieutøvelse og tverrfaglig

	<p>samarbeid. Implementeringen av BPG ble beskrevet som ytterligere ansvar som sykepleierne fikk på toppen av sin allerede tunge arbeidsmengde. Tverrfaglig samarbeid vil derimot fremme forebyggende aktiviteter og sårtilheling, som resulterer i kortere behandlingstid for pasientene.</p>
--	--