

SY180H 000 Bacheloroppgave i sykepleie

Dato for innlevering: 30.04.10

Skrevet av kandidat: 23 og 72

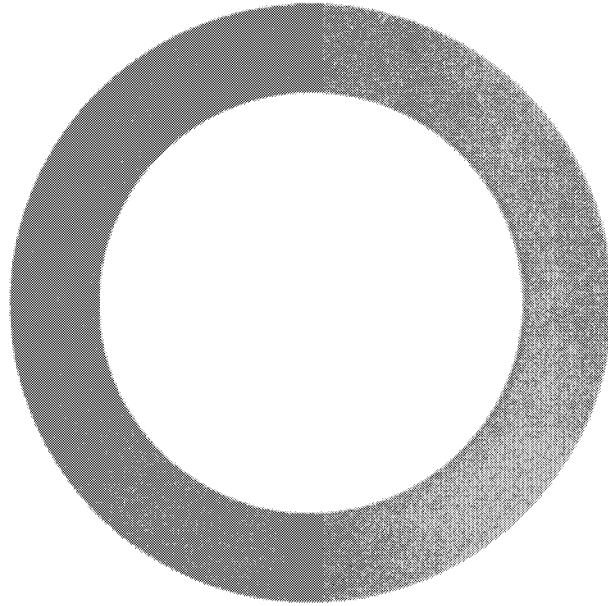
Kull 07 høst

9735 Ord

[Wald, Anette
Hausen, Silje Staahl]

Diabetes mellitus, type 2

Diabetes mellitus, type 2



The universal symbol for diabetes.

The purpose of the diabetes symbol is to give diabetes a common

identity. It aims to:

support all existing efforts to raise awareness about diabetes

inspire new activities, bring diabetes to the attention of the

general public

brand diabetes

provide a means to show support.

1.0 INNLEDNING	2
1.1 BAKGRUNN OG FORMÅL	2
1.2 PROBLEMSTILLING OG DEFINISJONER - OPPGAVENS AVGRENSING	3
2.0 METODE	5
2.1 LITTERATURSTUDIE	5
2.2 LITTERATURSØK.....	6
2.3 ELINE- EN BRUKERHISTORIE.....	7
2.4 DOROTHEA OREMS EGENOMSORGSTEORI.....	8
2.4.1 EGENOMSORG	9
2.4.2 EGENOMSORGSSVIKT	9
2.4.3 SYKEPLEIESYSTEM.....	10
2.5 DOROTHEA OREMS VITENSKAPSFILOSOFISKE RETNING.....	11
3.0 TEORI	12
3.1 DIABETES MELLITUS, TYPE 2 OG HVORDAN SYKDOMMEN VISER SEG HOS ELDRE	12
3.2 PERIFER KARSYKDOM OG PERIFER- OG SENSORISK NEVROPATI	13
3.3 HJEMMESYKEPLEIEN SOM ARBEIDSPASS OG ETISKE UTFORDRINGER.....	15
3.4 KOMMUNIKASJON OG RELASJONER I SYKEPLEIEN –HENSYN Å TA I FORHOLD TIL ELDRE.....	16
3.5 SYKEPLEIERENS PEDAGOGISKE FUNKSJON	17
3.6 PLANLEGGING AV VEILEDNING OG UNDERVISNING	18
3.6.1 VEILEDNINGEN - OG UNDERVISNINGENS INNHOLD.....	19
3.6.2 RETNINGSLINJER I FOREBYGGINGEN AV DIABETISKE FOTSÅR	20
3.6.3 VED VEILEDNINGEN OG UNDERVISNINGENS SLUTT.....	22
4.0 DRØFTING	23
4.1 EGENOMSORG OG SYKEPLEIEANSVARET	23
4.2 VIKTIGHETEN AV TILSTREKKELIG KUNNSKAP BLANT SYKEPLEIERE.....	26
4.3 KOMMUNIKASJON OG SYKEPLEIERENS PEDAGOGISKE TILNÆRMING	28
4.4 VEILEDNINGEN - OG UNDERVISNINGENS INNHOLD OG SYKEPLEIERENS ETISKE DILEMMA	31
5.0 AVSLUTNING	33
5.1 OPPSUMMERING OG KONKLUSJON	33
5.2 AVSLUTTENDE KOMMENTAR	35
7.0 LITTERATURLISTE	37
7.1 PENSUMLITTERATUR	37
7.2 SELVVALGT LITTERATUR	38
7.3 ARTIKLER	40
7.4 LOVER	41

1.0 Innledning

1.1 Bakgrunn og formål

Diabetes mellitus, type 2, er en sykdom som har vekket interessen vår under sykepleierutdanningen. Vi har gjennom utdannelsen møtt mange mennesker med type 2-diabetes. Under våre praksiser har vi fått inntrykk av at forebygging av seinkomplikasjoner i forhold til diabetes ikke er et stort fokusområde, da spesielt i hjemmesykepleien. Hvor vår oppfatning er at sykepleierne i noen grad utfører kun oppgaver den enkelte bruker har vedtak på.

Vår erfaring rundt temaet er opplevelser fra praksis og hva vi har lest av pensum litteratur. Vi vil informere om at hjemmesykepleien var en av de første praksisene vi hadde. Etter tre år på sykepleien med den kunnskapen vi nå sitter med, ville vi kanskje hatt en annen opplevelse av hvordan hjemmesykepleien forebygger seinkomplikasjoner.

I praksis har vi sett hvor fort seinkomplikasjoner kan utvikler seg. Vi har opplevd mennesker som har blitt innlagt på sykehuset med diabetiske fotsår, som har endt med amputasjon. Fokuset vårt ble sykepleierens oppgave i forhold til å forebygge diabetiske fotsår i hjemmesykepleien. Formålet er å få mer kunnskap om å veilede og undervise mennesker i forhold til forebygging av diabetiske fotsår. Vi har erfart hvordan fotsår påvirker livskvaliteten hos mennesker med diabetes, og begrensninger som følger med. Dersom vi på bakgrunn av denne oppgaven kan minske antall fotsår og hindre amputasjoner, er vi fornøyde. Vårt ønske som nyutdannede sykepleiere er å møte utfordringene rundt diabetes med mer kunnskap og en trygghet i vårt framtidlige arbeid.

I metodekapittelet har vi valgt å fortelle en historie som har berørt oss, som er bakgrunnen for vårt valg av problemstilling.

1.2 Problemstilling og definisjoner - oppgavens avgrensning

Hvordan kan sykepleiere i hjemmesykepleien gjennom undervisning og veiledning forebygge diabetiske fotsår hos brukere med diabetes mellitus, type 2?

Forebyggende helsearbeid handler om å fremme folks helse. Det fokuseres på to grunnprinsipp for å forebygge helse, helsefremmende arbeid og sykdomsforebyggende arbeid. Det sykdomsforebyggende arbeidet er ekspertstyrt og har som mål å fjerne eller redusere risikofaktorer for sykdom, skade eller død. Helsefremmende arbeid dreier seg om å styrke folks helse og målet er økt innflytelse og kontroll hos enkeltindividet og fellesskapet (Mæland, 2005).

I oppgaven har vi valgt å benytte begrepet ”bruker” om vår målgruppe. ”*Som bruker får den hjelpetrengende en mer aktiv rolle enn som pasient*” (Fjørtoft, 2006:11).

Begrepet ”bruker” synliggjør en aktiv rolle med selvbestemmelsesrett og myndiggjøring. Betegnelsen har skapt kritikk på grunn av redselen for at det stilles for store krav til brukeren, man er redd det kan gå på bekostning av menneskets omsorgsbehov ved sykdom (Fjørtoft, 2006). Det vil være naturlig for oss å benytte ”bruker” da vi mener det ikke tilsidesetter omsorgsbehovet til et menneske som har behov for hjemmesykepleiens tjenester. Vi skal motivere brukerne til selv å forebygge fotsår, vedkommende blir da en aktiv part. ”Bruker” er det som blir mest brukt i praksis i hjemmesykepleien (Fjørtoft, 2006). Vi vil bruke begrepet ”pasient” i kapittelet om sykepleieteoretikeren, Dorothea Orem, på grunn av at hun benytter den betegnelsen i sin sykepleieteori. Cavanagh (1999) sin tolkning på Orem's betingelser for at et menneske kan sies å være pasient: Pasienten må ha et viss egenomsorgsbehov, en viss evne til å kunne utøve egenomsorg må foreligge, og det må være et misforhold mellom personens egenomsorgskrav og hans evne til å innfri kravene. Vår oppfatning er at hun vektlegger ønsket om at ”pasienten” skal være en aktiv part, noe som vi mener samsvarer med nåtidens ”brukerbegrep”.

Vi har valgt hjemmesykepleien som arena i vårt møte med mennesker med diabetes, type 2. Hjemmesykepleien som arbeidsplass blir et fokusområde, hvilken påvirkning arenaen kan få for utførelsen av sykepleie. ”*Hjemmesykepleie er et tilbud om pleie og omsorg til hjemmeboende når sykdom, svekket helse, alderdom eller livssituasjon gjør*

at de trenger hjelp i kortere eller lengre tid” (Fjørtoft, 2006:15).

Vi vil fordype oss i den pedagogiske sykepleierollen, å veilede og undervise brukere av hjemmesykepleien angående observasjoner og tiltak for å forebygge fotsår.

Veiledning utspiller seg som oftest i en situasjon mellom veileder og bruker, som kjennetegnes ved et faglig og personlig samarbeid mellom de to (Christensen, Jensen, 2003). Undervisning er en planlagt pedagogisk virksomhet der for eksempel sykepleieren formidler kunnskap om et gitt tema til en bruker (Tveiten, 2008).

Vi har valgt å fokusere på diabetes mellitus, type 2, en kronisk stoffskiftesykdom som kjennetegnes ved nedsatt insulinfølsomhet i kombinasjon med redusert insulinsekresjon. Grunnen for vårt valg er at 90% av de eldre som har diabetes, har diabetes mellitus, type 2 (Iversen, 2008). Omtrent halvparten av amputasjonene som foretas, utføres hos mennesker med diabetes, da spesielt diabetes, type 2. De fleste amputasjonene blir gjort hos mennesker over 76 år, og dødeligheten etter amputasjon er høy (Kapelrud, 2006). Vi kommer til å gå dypere inn på sykdommen i kapittel 3.1.

Vårt fokus ligger på brukere som er mottaklig for informasjon og som er i stand til å bearbeide den, for så å benytte seg av den. For å avgrense oppgaven har vi valgt å fokusere på mennesker i alderen 60-80 år. Aldersbegrensningen er ikke bastant, det kan også være behov for å forebygge diabetiske fotsår hos yngre og eldre mennesker. Avgrensningen er gjort på bakgrunn av at arenaen vår er hjemmesykepleien, og i følge Hofseth og Norvoll (2003) er de fleste brukere av hjemmesykepleien mellom 67 – 89 år (Fjørtoft, 2006).

Vårt fordypningsområde er konkrete tiltak som fot hygiene og ettersyn av bena. God blodsukker kontroll, medikamentell behandling, sunt kosthold og aktivitet er avgjørende for å kunne forebygge seinkomplikasjoner (Thorby, 2004). På grunn av nødvendige avgrensninger går vi ikke inn på disse temaområdene. Vi kommer ikke til å fordype oss i forebyggende tiltak i hjemmet, som for eksempel ugunstig plasserte møbler og tepper som kan være risikofylte å ha på gulvet (Blix, Breivik, 2006). Pårørende kan være en viktig ressurs og samarbeidspartner for brukeren og sykepleieren (Tveiten, 2008). På grunn av oppgavens avgrensning går vi ikke inn på deres funksjon.

2.0 Metode

”Metoden forteller oss noe om hvordan vi bør gå til verks for å fremskaffe eller etterprøve kunnskap” (Dalland, 2007:81).

2.1 Litteraturstudie

Vårt valg av metode for oppgaven er litteraturstudie, som er en kvalitativ metode. En kvalitativ metode tar sikte på å fange opp mening og opplevelse som ikke lar seg tallfeste eller måle (Dalland, 2007). Litteraturstudie som metode krever en kritisk og vurderende tilnærming (Dalland, 2000). Vi har benyttet litteratur fra pensum og annen forskningsbasert litteratur, og så langt det har vært mulig, primærlitteratur. Mye av det som publiseres av litteratur eller artikler, er vurdert og utprøvd i praksis, noe som sikrer pålitelige og anvendelige kilder.

I kapittel 2.4 om Dorothea Orems egenomsorgsteori valgte vi å bruke Cavanagh sin tolkning av teorien. Dette for vi synes Orems bok fra 1995, *”Nursing – cosept of practice”*, er bygd opp på en vanskelig måte. For å fordype oss i hennes modell var det nødvendig å ha en tolkning som var forståelig og konkret. Lohne (1999) mener Cavanagh utgivelse av Orems teori er nøyaktig og forklarer begreper og ukjente uttrykksmåter, på en god og sykepleiepraktisk måte (Cavanagh, 1999).

Underveis i arbeidet med oppgaven ble vi klar over den mengden litteratur som finnes om vårt tema. For å få en naturlig avgrensing på oppgaven og for å gå i dybden på et felt valgte vi å benytte en brukerhistorie. Historien tar utgangspunkt i en reell opplevelse, med fiktive tilslag. Som for eksempel navnet på brukeren i historien vår, i henhold til taushetsplikten som står nedfelt i Lov om helsepersonell, § 21 (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008).

2.2 Litteratursøk

I startfasen leste vi pensumlitteratur hvor vi fant mye av grunnkunnskapen for å belyse vår problemstilling. For å få et større overblikk av hva vi kunne finne av litteratur søkte vi gjennom "Bibsys", som er bibliotekets katalog. Vi brukte søkeord som "forebygging diabetes", "diabetiske fotsår", "forebygging av diabetiske fotsår" og "diabetes, type 2". I arbeidet med oppgaven har vi brukt sider som "Diabetesforbundet", "Diabetes", "Folkehelseinstituttet", "Lovdata", "Helsebiblioteket" og "Helsedirektoratet".

For å finne vitenskaplige artikler, søkte vi via "google scholar" som er en godkjent database for vitenskaplige artikler. Vi brukte søkeord som "diabetiske fotsår" og "forebygging, fotsår" og "fotsår, veiledning". For å utvide søket benyttet vi "PubMed" som er en engelsk database. Her brukte vi søkerord som "diabetic foot ulcer" og "prevention of diabetic foot ulcers".

Vi valgte å bruke tre artikler for å belyse vår problemstilling. Fagartikkelen, "Lærer å formidle kunnskap", omhandler et studie som ble gjort blant deltakere på videreutdanning innen pedagogikk (Kloster, Granum, 2009). "Etikk i sykehjem og hjemmetjenester", er en forskningsartikkel som belyser ønsket om å styrke systematisk etikkarbeid (Bollig, Pedersen, Førde, 2009). Begge er funnet på nettstedet sykepleien.

Den engelske artikkelen "Diabetes foot self-care practices in the German population," handler om en studie som er gjennomført for å finne ut hva mennesker med diabetes gjør for å forebygge komplikasjoner i føttene, og gevinsten av undervisning (Schmidt, Mayer, Panfil, 2008). Artikkelen er publisert i Journal of Clinical Nursing.

2.3 Eline- En brukerhistorie

Vi vil ta utgangspunkt i en reell hendelse som berørte oss i praksis. Under praksis i hjemmesykepleien ble vi kjent med ei eldre dame, Eline. Hun er ei dame på 72 år, enke og bor alene. Eline har hatt diabetes mellitus, type 2, i 20 år. Hun har ingen pårørende i nærheten. For seks år siden oppsto det et sår på høyre fot som utartet seg til å bli kronisk. Legen konstaterte at hun hadde en kombinasjon av perifer karsykdom og perifer- og sensorisknevropati. Diagnoser som vi utdyper nærmere i teorikapitlet. Ulike sårbehandlinger ble utprøvd, og resultatet av full karkirurgisk utredning viste at de ikke hadde annet valg enn å amputere benet. De amputerte under kne nivå slik at hun kunne bruke protese.

Eline hadde på den tiden en uheldig livsstil, hun røykte og hadde et usunt kosthold. Etter amputasjonen sluttet hun å røyke og hjemmesykepleierne hjalp henne med å få et riktig kosthold. Nå spiser hun riktig i forhold til sin diabetessykdom, røyker ikke og holder seg aktiv. Selv om livsstilen hennes har endret seg drastisk etter amputasjonen, har hun den siste tiden begynt å gjenkjenne de samme symptomene som hun hadde på den høyre foten før såret oppsto. Symptomer hun kjenner er tørr og hard hud under trykkpunktet på fotbladet, men hun har ingen smerter. Eline er fortvilet og redd for at hun må gå gjennom det samme som sist gang. Hun vet ikke hva hun skal gjøre og hvordan hun skal unngå at det utvikles sår.

Etter et legebesøk får hun igjen konstatert perifer karsykdom og perifer- og sensorisknevropati. Hun har nedsatt syn som en seinkomplikasjon av diabetes. Det blir bestemt at hjemmesykepleien skal sette i gang tiltak for å forebygge at det oppstår fotsår hos Eline.

Sykepleieteoretikeren vi tar utgangspunkt i gjennom vår oppgave og som vi synes gir gode referanseramme er Dorothea Orem. Ved svikt på egenomsorgen trenger den enkelte assistanse fra pårørende eller helsepersonell (Cavanagh, 1999). Mennesker som står i fare for å utvikle fotsår må være bevisst sin egenomsorgskapasitet og søke hjelp dersom de ikke kan ta vare på seg selv, eller har manglende kunnskap for å ivareta sin egenomsorg.

2.4 Dorothea Orems egenomsorgsteori

Dorothea Orem er en amerikansk sykepleieteoretiker som begynte utviklingen av sin sykepleieteori i 1950-årene. På den tiden var sykepleieutdanningen preget av kunnskap fra medisin, psykologi og sosiologi, og ikke sykepleie. Hun ønsket å sette fokus på sykepleierens egenart, teorien ble utformet ut fra dette behovet (Biermann, 1996).

Kirkevold (2001) mener at Dorothea Orems teori fokuserer på de grunnleggende behov, pasientens ressurser og autonomi i behandling og pleie. Autonomi vil si at individet i stor grad har rett til å velge og ta beslutninger som vedrører en selv. Når hovedfokuset er lidelse, smerter, sorg, uløselige problemer og plager, gir Orems teori lite bidrag. Orem skisserer en praksis der systematisk, rasjonell og hensiktsmessig behandling og behovstilfredsstillelse er i fokus. Praksisen er forsvarlig når pasient og pårørende trenger opplæring til å behandle seg selv, har mulighet til det, innser behovet og ønsker det selv.

Cavanagh (1999) sin tolkning av Orems teori er at hun tar utgangspunkt i at alle mennesker har en egenomsorg. Svikt i egenomsorgen kan oppstå ved nytilkommet eller kronisk sykdom. Endringer i helsetilstanden gjør at den enkelte trenger råd og assistanse fra pårørende eller helsepersonell. Sykepleiens mål er at pasienten i størst mulig grad skal klare å ivareta sin egenomsorg. Behov for sykepleie er til stede når verken pasient eller pårørende er i stand til å ivareta pasientens egenomsorg. Hun deler teorien sin inn i tre deler; en egenomsorgsteori, en teori om egenomsorgssvikt og en om sykepleiesystem.

2.4.1 Egenomsorg

Dorothea Orem (1991) sier at egenomsorg er evnen og viljen mennesket har til å utføre aktiviteter som er nødvendig for å leve og overleve. Aktiviteter som individet iverksetter og utfører for sin egen del, for å opprettholde liv, helse og velvære (Cavanagh, 1999).

Orem har skildret åtte universelle egenomsorgsbehov som omfatter fysiske, psykiske, sosiale og åndelige behov. ”De åtte egenomsorgsbehovene som er felles for alle mennesker, er:

- 1 behov for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av luft
- 2 behov for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av vann
- 3 behov for å opprettholde tilstrekkelig tilførsel av mat
- 4 behov for eliminasjonsprosesser og utskillelse av avfallstoffer
- 5 behov for å opprettholde balanse mellom aktivitet og hvile
- 6 behov for å opprettholde balanse mellom å være alene og å ha sosial kontakt
- 7 behov for trygghet mot farer for liv, menneskelig funksjon og velvære
- 8 behov for å fremme funksjon og utvikling innenfor sosiale grupper, i samsvar med menneskelig potensial, kjente begrensninger og ønsket om positivt selvbilde (normacy)” (Cavanagh, 1999:19).

”Disse universelle egenomsorgsbehovene er de essensielle områdene som den enkelte må være i stand til å mestre for å kunne sies å utøve egenomsorg” (Cavanagh, 1999:20).

2.4.2 Egenomsorgssvikt

Oppstår det svikt ved noen av de åtte universelle egenomsorgsbehovene, vil den enkelte trenge hjelp (Cavanagh, 1999). Orem (1991) sier at kroniske helseproblemer kan føre til at det må iverksettes tiltak enten av pasienten selv eller helsepersonell. Evnen til å kunne ivareta egenomsorgsbehovene varierer. Det kan foreligge situasjoner der det stilles krav til pasienten, som vedkommende ikke har evne til å oppfylle. Når dette skjer vil den enkelte trenge hjelp fra slekt, venner, eller helsepersonell (Cavanagh, 1999).

2.4.3 Sykepleiesystem

Ved hjelp av sykepleiesystem må sykepleieren evaluere pasientens egenomsorgskapasitet (Cavanagh, 1999). Cavanagh (1999) sin tolkning er at Orem betrakter sykepleieprosessen som en prosess hvor sykepleieren må delta i mellommenneskelige, sosiale og problemløsningsprosesser. Og ikke den tradisjonelle sykepleieprosessen som foregår gjennom kartlegging/diagnostisering, intervensjon/tiltak og evaluering. Gjennom prosessen kommer man fram til om pasienten har noen grad av egenomsorgssvikt, og eventuelt hvilken type egenomsorgssvikt som foreligger, deretter må det utarbeides et hensiktsmessig sykepleiesystem.

Sykepleiesystemets tre deler:

- Orem's (1991) helt kompenserende sykepleiesystem går ut på at sykepleieren tar helt over egenomsorgen for mennesket. Dette gjelder når individet ikke kan gjøre vurderinger og sykepleieren må ta avgjørelser for den enkelte. Det kan være mennesker i koma eller mennesker som har redusert mental funksjon (Cavanagh, 1999).
- Ved delvis kompenserende sykepleiesystem skal mennesket være mer involvert i sin egenomsorgshandling. Sykepleieren må fortsatt assistere etter behov og kompensere for egenomsorgsbegrensinger. For eksempel i situasjoner hvor individet har manglende kunnskaper og ferdigheter som for eksempel ved nytilkommet diabetes mellitus (Cavanagh, 1999).
- Støttende/undervisende sykepleiesystem passer når mennesket er i stand til å ivareta sin egenomsorg, men trenger midlertidig assistanse fra en sykepleier. Assistansen går ut på å hjelpe pasienten til å ta avgjørelser og til å lære. For eksempel kan behovet for å undervise og tilrettelegge for forebygging av komplikasjoner ved diabetes være tilstede (Cavanagh, 1999).

2.5 Dorothea Orems vitenskapsfilosofiske retning

I følge Kirkevold (2001) har Dorothea Orems egenomsorgsteori forankring i positivismen. Positivismen kommer fra sosiologen Auguste Comte, som kalte sin filosofi for positiv og utviklet etter hvert begrepet positivisme.

Kristoffersen (2000) sin tolkning er at Orem ser på mennesket som et internasjonalt, rasjonelt og handlingsrettet vesen. Mennesket er en del av naturen og positivismen har et objektivt syn på mennesket. Mennesket skiller seg ut fra andre levende vesen gjennom egenskaper som refleksjon, å kunne uttrykke sine opplevelser, og evne til å bruke symbolske uttrykk, som ord i kommunikasjon. Disse kjennetegnene i menneskets natur kan knyttes til egenomsorg. Handlinger som mennesket tar initiativ til å utføre for å opprettholde liv, helse og velvære.

3.0 Teori

3.1 Diabetes mellitus, type 2 og hvordan sykdommen viser seg hos eldre

Vi vil gå inn på det grunnleggende innen diabetes mellitus, type 2. Diabetes mellitus, type 2, er en tilstand der glukosekonsentrasjonen i blodet er forhøyet. Vedkommende har insulinmangel, evnen til rask utskillelse av insulin er nedsatt. I perifert vev og i leveren er det insulinresistens. Det vil si at glukoseopptaket i muskler og fettvev er nedsatt på grunn av at virkningen på insulinet er redusert (Mosand, Førstund, 2007).

Mange har sykdommen i mange år før den blir oppdaget. Ved diagnostiseringstidspunktet kan seinkomplikasjoner vise seg, og det er vanlig å se på symptombildet. Symptomene er blant annet vekttap, urinveisinfeksjoner, soppinfeksjoner i underlivet, hyppig vannlatning, tørste og forhøyet blodsukker. Normalverdien for et fastende blodsukker er mellom 4 og 7 mmol/l, og 2 timer etter mat bør verdien være på under 10 mmol/l (Mosand, Førstund, 2007).

Hos eldre mennesker er det vanskeligere å se symptombildet på grunn av den fysiologiske aldersforandringen. De har nedsatt glomerulusfiltrasjon som gjør at de har høyere nyreterskel. Glukosuri (glukose i urinen) forekommer ikke før blodsukkeret er 12-15 mmol/l, til forskjell for 10-11 mmol/l som det er hos yngre mennesker (Mosand, Førstund, 2007). De hyppigste symptomene på diabetes i denne aldersgruppen er forvirring, urininkontinens, urinveisinfeksjon, soppinfeksjoner og hudutslett (Iversen, 2008).

3.2 Perifer karsykdom og perifer- og sensorisk nevropati

Seinkomplikasjoner kan ramme ulike deler av menneskekroppen, og kan utarte seg av høy alvorlighetsgrad dersom forebyggende tiltak ikke iverksettes (Thorsby, 2004).

Vårt fokus er seinkomplikasjoner i føttene, og avgrenser oppgaven med å fordype oss i seinkomplikasjonene til Eline, og hvordan fotsår kan oppstå som følge av hennes komplikasjoner.

Perifer karsykdom, oksygenmangel i vevet, er en av faktorene til at fotsår kan oppstå. Eldre har ofte behov for å forbedre blodgjennomstrømmingen, ved hjelp av tiltak som aktiv ødembehandling, økt bevegelse, røykestopp og eventuell kirurgisk korreksjon av den perifere karsykdommen. *”Redusert sirkulasjon i et vevsområde er den viktigste årsaken til at trykksår oppstår når vevet samtidig blir utsatt for trykk”* (Lindholm, 2004:165).

Nevropati er skader av perifere nerver som fører til nedsatt følelse og nummenhet (Iversen, 2008). I noen tilfeller kan fotdeformiteter oppstå. 50 % av mennesker med diabetes, type 2, har perifer nevropati (Skafjeld, 2002). Ulike typer nevropati er perifer-, sensorisk-, autonom- og motorisk nevropati (Lindholm, 2004).

Risikofaktorer for utvikling av diabetisk nevropati er dårlig blodsukkerkontroll (langtidsblodsukkeret), uoppdaget diabetes type 2, høyt alkoholforbruk, røyking, lav sosial økonomisk status og nyresvikt. Det finnes ingen behandling som kan stoppe eller reversere en diabetesnevropati, derfor er det viktig å forebygge denne tilstanden for å unngå utvikling av kronisk nevropati. En nevropatisk fot er varm, tørr, nummen, følelseløs og/eller smertefull, og callus (fortykket hud) kan oppstå (Ørstavik, Jørum, 2004).

Ca 80 % av alle fotsår oppstår i kombinasjon av perifer- og sensorisk nevropati (Lindholm, 2004). Ved perifer nevropati kan et kronisk sår komme av for trange sko eller når man går barbeint. På trykkbelastede områder dannes det lett callus. Trykket som oppstår på grunn av den harde huden, påvirker vevet under, som kan føre til blødning og sår dannelser. Det kan oppstå hulrom med blodvann lignende væske, som kan føre til infeksjon (Skafjeld, 2002).

Ved sensorisk nevropati nedsettes følelsen gradvis. Dårlige sko som forårsaker gnagsår, eller stein i skoa, kan resultere i fotsår. De har vanskelig for å skille mellom varme og kulde. Evnen til å få signaler om å skifte stilling er nedsatt, og det kan da lett oppstå trykksår (Lindholm, 2004).

3.3 Hjemmesykepleien som arbeidsplass og etiske utfordringer

Flere ønsker å bo og leve lengst mulig hjemme, selv om de er hjelpetrengende. Hjemmesykepleien er en tjeneste med helsefremmende, forebyggende, behandlende, rehabiliterende og lindrende funksjon. Sykepleieren kommer hjem til brukeren for å utføre en oppgave som vedkommende har søkt bistand til (Fjørtoft, 2006).

Hjemmesykepleien handler om å møte brukerens behov, ved individuelle tilpasninger og fleksibilitet. Veiledning, tilsyn, samtaler og psykisk støtte til brukerne og deres pårørende er noen av arbeidsoppgavene til hjemmesykepleien.

”Hjemmesykepleierens overordnende mål er å gi brukerne hjelp til å mestre hverdagen i sitt eget hjem, bidra til livskvalitet og bidra til at den enkelte skal kunne bo hjemme så lenge det er forsvarlig og ønskelig” (Fjørtoft, 2006:122).

Hjemmet er privat og personlig, atskilt fra det offentlige og representerer trygghet for den enkelte beboer. Hjemmesykepleien har hjemmet som sin arbeidsplass, det er derfor viktig å vise ydmykelse, respekt og forståelse ovenfor brukeren. Gjennom å spørre om tillatelse før man går inn i et rom, viser man ydmykhet, respekt og varsomhet (Fjørtoft, 2006).

I hjemmesykepleien kan det oppstå etiske utfordringer i forhold til omsorg og respekt, som blant annet er knyttet til autonomi. Ved å ha hjemmet til andre mennesker som arbeidsplass kan etiske dilemmaer oppstå i forhold til prioriteringer av ressurser og tid. Det er viktig å ikke krenke den enkeltes verdighet og integritet. Sykepleien må tenke over sine holdninger, være klar over den makten og kunnskapen man har, og sørge for ansvarlig utøvelse av sykepleie til brukerens beste (Fjørtoft, 2006).

En artikkel publisert på nettstedet sykepleien, *”Etikk i sykehjem og hjemmetjenester”*, viser et behov for å utvikle systematiske strategier for å kunne håndtere etiske utfordringer og høyne kvaliteten på helsetjenestene på en bedre måte i sykehjem og hjemmetjenester. Informantene i pilotundersøkelsen ønsker økt kompetanse innen etikk for å kunne takle utfordringer bedre, i tillegg ønsker de opprettelser av møteplasser for å kunne diskutere etiske dilemmaer med kompetente veiledere (Bollig, Pedersen, Førde, 2009).

3.4 Kommunikasjon og relasjoner i sykepleien –hensyn å ta i forhold til eldre

Eide og Eide (2007) omtaler kommunikasjon som en utveksling av meningsfulle tegn mellom to parter, gjennom den verbale og nonverbale kommunikasjonen. Ved verbal kommunikasjon gir sykepleieren respons på det man hører, ser og forstår ut i fra det brukeren formidler. Nonverbal kommunikasjon er kommunikasjon gjennom kroppsspråket. Gjennom ansikt, blikk, kropp og berøring signaliseres det ønsker og uttrykk. Signaler er avgjørende for om brukeren føler seg trygg og godt ivaretatt. Noe som er viktig for å bygge et tillitsforhold og skape relasjoner. Relasjon omhandler forhold, kontakt eller forbindelse mellom mennesker. Empowerment står sentralt, og går ut på å møte brukeren med respekt, og la vedkommende ha innflytelse på egen situasjon. En holdning som viser seg ved å involvere brukeren i beslutninger i henhold til respekt, autonomi og likeverd til den enkelte.

Aldringsprosessen påvirker kommunikasjonsevnen. Intellettet og evnen til å forstå, lære og løse problemer kan fortsatt være tilstede, men fysiske og mentale prosesser går langsommere. Svekkelser som hørsel og syn gir større krav til sykepleieren. Man må vise respekt, empati og vilje til å komme den eldre i møte på deres premisser, for å ivareta den eldres livskvalitet, helse og verdighet (Eide og Eide, 2007).

3.5 Sykepleierens pedagogiske funksjon

I arbeidet med forebygging av diabetiske fotsår er det viktig at sykepleieren har den nødvendige teoretiske og praktiske kunnskapen. Den teoretiske viten er utviklet gjennom forskning og presentert i vitenskaplige artikler. Mens praktisk viten er knyttet til personen som utøver kunnskap og baseres på teori og erfaring (Bjørk, Solhaug, 2008).

”Pedagogikk er læra om forhold mellom pedagog, målgruppe og innhold” (Rørvik, 1994:18). I det pedagogiske arbeidet skal sykepleieren legge til rette for oppdagelse, læring, vekst, utvikling og mestring. Hensikten er at brukeren skal utvikle eller videreutvikle sin mestringskompetanse. Sykepleieren skal tilrettelegge for at målene blir nådd (Tveiten, 2008). Dersom brukerne lykkes med forebyggingen selv, gir dette en mestringsfølelse (Mæland, 2005). En oppnår mestring når en situasjon kommer under kontroll (Eide og Eide, 2007).

Fagartikkelen, *”Lærer å formidle kunnskap”*, publisert på nettstedet sykepleien, omhandler økt satsing på helsepedagoger i helsevesenet. Høgskolen i Vestfold har fra 2006 gjennomført videreutdanning innen helsepedagogikk, som skal bidra til å videreutvikle relasjons- og kommunikasjonsferdigheter. Før kurset opplevde helsearbeiderne at mangel på tid var et hinder for god helsepedagogikk. Noen av informantene mente at tidsmangelen hindret dem i å holde seg faglig oppdatert, for å kunne justere innholdet i undervisningen. De syntes sin helsepedagogiske kompetanse var lav på grunn av manglende kunnskap og erfaring. Utfordringen i å handle etisk forsvarlig i en travel arbeidsdag var også et moment (Kloster, Granum, 2009).

Ved kursets slutt mente informantene at ved å være bevisst og fokusert på informasjon, undervisning og veiledning, ble tidsbruken i arbeidshverdagen omprioritert. Kurset lærte dem å bli mer løsningsorientert i forhold til tid og rom. I tillegg til å organisere arbeidet bedre ved å undervise når mottakeren er mest mottakelig for ny kunnskap. Kurset gjorde de mer bevisst på det pedagogiske ansvaret, og økte kompetanse til å ivareta den pedagogiske funksjonen. Om brukere og pårørende merket endring i forhold til undervisning, ble ikke undersøkt, men resultater på eksamen viste blant annet iverksettelse av tiltak for å bedre informasjon, undervisning og veiledning til brukere og pårørende (Kloster, Granum, 2009).

3.6 Planlegging av veiledning og undervisning

Veiledning og undervisning henger på mange måter sammen, men det er viktig å skille mellom dem. Veiledning tar utgangspunkt i det som er behovet der og da. Sykepleieren må være åpen for spørsmål og forandringer underveis. Sykepleieren skal veilede brukeren i riktig retning, og ikke komme opp med svaret. Ved en undervisning skal kunnskap formidles til for eksempel en bruker og/eller pårørende. Underviseren har planlagt når, hvordan og hvor undervisningen skal foregå, og har satt seg inn i tema på forhånd (Tveiten, 2008).

Før læringsprosessens start er det viktig å tilrettelegge for individuell læring, for at læringen skal bli hensiktsmessig og reell. Sykepleieren må samle data om brukerens læreforutsetninger, emosjonelle forutsetninger, holdninger til læring og kunnskap om temaet. Innhenting av informasjonen kan blant annet gjøres gjennom en datasamling (Tveiten, 2008).

Det er viktig å vurdere rammene for undervisningen på forhånd. Hvor skal undervisningen foregå? I vårt tilfelle skal undervisningen foregå i brukerens hjem. Skal man benytte brosjyrer? Har man relevant litteratur tilgjengelig? Tidsrammen bør bestemmes av brukeren, slik at motivasjonen holdes oppe. Brukeren skal få størst mulig utbytte av læringen og være i stand til å bearbeide informasjonen. Sykepleieren skal legge til rette for brukermedvirkning og anerkjenne brukeren som ekspert på seg selv. Samtidig er det viktig at sykepleieren veileder brukeren i riktig retning ut i fra det sykepleieren ser det er behov for (Tveiten, 2008).

Metoden for undervisningen er avhengig av hensikten, læreforutsetninger og innholdet. Ulike metoder kan være; fortellende undervisningsform, gjennom samtale, eller det å forelese. Man kan også vise bilder og tegninger. På slutten kan man sette av tid til en samtale der brukeren kan stille spørsmål (Tveiten, 2008).

Ved planlagt undervisning kan brukerens tilstand endre seg slik at undervisningen ikke kan gjennomføres. Det kan også hende at det oppstår situasjoner som gjør at sykepleieren ikke får muligheten til å undervise på avtalt tidspunkt (Tveiten, 2008).

Den engelske artikkelen, ”*Diabetes foot self-care practices in the German population,*” omhandler et studie gjennomført i Tyskland blant 269 mennesker med diabetes, type 1 og type 2. Hensikten var å kartlegge menneskenes innsats i forhold til deres egenomsorg. Deltakerne ble på bakgrunn av oppgitte data delt inn i forskjellige undervisningsgrupper og i risikogrupper etter deres fotstatus. Resultatet av studien var at menneskene som hadde deltatt i flere enn tre undervisningsprogram utførte tydelig bedre egenomsorg enn de som deltok i ett eller ingen. Brukere som sto i fare for å utvikle fotsår utførte mer tilstrekkelig egenomsorg ved at de benyttet profesjonell assistanse i fotpleien. Iverksetting av forebyggende tiltak vedrørende føttene, eller i forhold til riktig bruk av sokker og sko, var ikke blitt forbedret. Dataene viste at mer enn tre utdanningsprogram er nødvendig for at brukere skal utføre tilstrekkelig egenomsorg. Brukere som er i risikozonen for å utvikle fotsår trenger mer faglig støtte for å utføre daglige tiltak (Schmidt, Mayer, Panfil, 2008).

3.6.1 Veiledningen - og undervisningens innhold

Sykepleieren må ta hensyn til og veilede ut i fra brukerens ressurser slik at mestringskompetansen økes. Under veiledningen skal brukeren oppdage, lære og erkjenne. Innholdet baseres på erfaringer, her - og nå situasjoner eller framtidrettet utfordringer. For å lykkes med undervisningen er det viktig at brukerne er delaktig og opptatt av å lære (Tveiten, 2008).

Innholdet skal tilrettelegges den enkelte bruker og bestemmes ut fra hensikten med læresituasjonen. Motivasjonen økes når brukeren får være med å forme innholdet i undervisningen. Hvilke tiltak må iverksettes for å forebygge fotsår? Hva er brukerens oppgave? Og hva er sykepleierens ansvar? Det er spørsmål man må komme til enighet i under undervisningen og veiledningen. Med økt kunnskap kan også evnen til egenomsorg videreutvikles, som kan ha betydning for det å ta vare på egen helse (Tveiten, 2008).

I kapittel 3.6.2 er det beskrevet retningslinjer hjemmesykepleiere kan benytte i undervisningen med brukere.

3.6.2 Retningslinjer i forebyggingen av diabetiske fotsår

I undervisningen og veiledningen har vi tatt utgangspunkt i ”*Praktiske retningslinjer: Den diabetiske fot - behandling og forebygging*” som er basert på en konsensusrapport skrevet av fagfolk fra hele verden. Heftet omhandler retningslinjer Verdens Helseorganisasjon har anbefalt i arbeidet med å forebygge diabetiske fotsår. Heftet er oversatt og tilpasset norske forhold av Norsk Interesseggruppe For Sårtilheling og Norges Diabetesforbund (2009).

Vi fokuserer på den delen av heftet som er viktig når sykepleieren skal undervise og veilede Eline i hjemmesykepleien, og har eliminert resten av innholdet.

I arbeidet med behandling av føttene til brukere med diabetes anbefales disse fem tiltakene;

- Regelmessig inspeksjon og undersøkelse av føttene til mennesker med diabetes som står i fare for å utvikle fotsår.
- Identifisering av mennesker med risiko for å utvikle fotsår.
- Opplæring av bruker og helsepersonell.
- Riktig bruk av fottøy.
- Behandling av føtter uten sår (callus, negleforandringer og lignende).

Ved kjente risikofaktorer for å utvikle fotsår bør mennesker med diabetes undersøke føttene sine en gang i måneden til en gang i halvåret. Dette vurderes individuelt (Skafjeld, 2002). WHO's retningslinjer nedfeller at det under undersøkelsen skal sees på sykehistorien, symptomer på nevropati, den perifere sirkulasjonen, hudens farge, temperatur, ødem og om det foreligger noe unormalt med ben/led som for eksempel hammertær (feilstilling i tærne). Etter undersøkelsen blir brukeren plassert i en risikokategori som bestemmer videre oppfølging. Har vedkommende sensorisk nevropati med en av tilleggsfaktorer som fotdeformiteter, tegn til perifer ischemi (reduert perifer sirkulasjon), tidligere sår og/eller tidligere amputasjon, regnes det som høy risiko for utvikling av fotsår.

Det skal informeres om tidlige tegn på fotproblemer under opplæringen. Brukeren bør ha kunnskap om og kunne benytte seg av forebyggende tiltak. Ved høy risiko for å utvikle fotsår anbefales det å gå regelmessig til fotterapeut for å få behandlet negler og hudforandringer som for eksempel callus (Skafjeld, 2002).

WHOs retningslinjer sier at fottøyet skal være tilpasset endrede biomekaniske forhold og deformiteter. Ved sensorisk nevropati, må man være ekstra nøye med tilpassing av sko på grunn av nedsatt sensibilitet. Brukeren bør henvises til ortopedi-ingeniør for å få spesial sko eller såler dersom det skulle foreligge deformiteter, callus eller sår. Skafjeld (2002) understreker viktigheten av at sykepleieren undersøker skoene nøye, og bistår med gode råd.

WHOs og Skafjelds (2002) momenter i opplæringen av helsepersonell og brukere:

- Daglig inspeksjon av føttene, også mellom tærne.
- Vask føttene regelmessig, ikke varmere enn 37 grader.
- Tørk skikkelig, men forsiktig mellom tærne.
- Bruk ikke liktornplaster, vortemidler eller etsende salver.
- Daglig skift av sokker uten sømmer, ved sømmer bør sokken brukes med vrangen ut. Ikke bruk trange sokker og knestrømper.
- Ikke gå barbeint i skoene. Inspiser skoene og kjenn etter ujevnheter før bruk.
- Viktig med bruk av gode sko, unngå trange sko og sko med grove kanter og ujevne sømmer.
- Callus bør skjæres av en fotterapeut eller annen kyndig person.
- Hun må passe på at føttene blir undersøkt regelmessig av lege eller sykepleier.
- Hun må ta kontakt med lege eller diabetisk poliklinikk dersom det oppstår blemmer, sår eller kutt.

WHO har i tillegg disse momentene, som vi ønsker å ta med:

- Eline bør ikke stå for sin egen fotpleie på grunn av nedsatt syn.
- Unngå bruk av ovn eller varmeflaske for å varme føttene.
- Fuktighetskremer eller olje bør brukes for tørr hud. Ikke mellom tærne.
- Klipp neglene rett over, inngrodd negl kan gi problemer.

3.6.3 Ved veiledningen og undervisningens slutt

Etter veiledningen og undervisningen skal man sammen med brukeren trekke konklusjoner, oppsummere læringsresultater og evaluere læringsprosessen. Det må avtales om behovet for gjentakelse er nødvendig. For å se om hensikten av læringsprosessen er oppnådd er det viktig å evaluere arbeidet, samt å se hva som må gjøres annerledes neste gang. En mulighet for å se om brukeren har forstått innholdet, er å stille kontrollspørsmål (Tveiten, 2008).

”Den viktigste faktoren for vellykket behandling er sannsynligvis at pasienten forstår sykdommen og behandlingen, og er motivert til å forebygge sårskader gjennom å satse på god fotpleie og godt fottøy” (Lindholm, 2004:92).

4.0 Drøfting

Vi vil i drøftningskapittelet ta for oss noe av teorien vi har belyst. Vi skal gå inn på viktigheten av kommunikasjon og pedagogikk i veiledningen og undervisningen av Eline. Vi vil også belyse kunnskapsbasert sykepleie. I tillegg vil vi drøfte omkring etiske dilemma som kan oppstå. Utgangspunktet for vår oppgave er Dorothea Orems egenomsorgsteori som vi vil benytte i planlegging av undervisning og i utforming av sykepleieplanen. Vi tar utgangspunkt i Eline gjennom drøftningen og vil understreke at undervisningen og veiledningen må tilpasses hver enkelt bruker. Det som er riktig undervisningsform for Eline, trenger ikke å være den rette for andre.

4.1 Egenomsorg og sykepleieansvaret

Eline har tidligere amputert en fot, om amputasjonen skyldtest mangel på undervisning eller veiledning i forhold til forebygging av fotsår er uvisst. En egenomsorgssvikt hadde oppstått og kanskje hadde hun ikke fått nok støtte og hjelp til å ta vare på den. Eline har nå gjenkjent de samme symptomene som hun tidligere kjente. Hun har delt dette med hjemmesykepleien og gjennomgått et legebesøk. Eline ser behovet for hjelp, men trenger økt kunnskap omkring forebyggende tiltak.

Ved å undervise Eline i hjemmet vil sykepleieren kunne observere hvor mye hun klarer å utføre av nødvendige tiltak selv og hvor mye hjelp hun trenger. Under sykepleieutdanningen har det vært fokus på viktigheten av at brukerne skal utføre hverdagslige gjøremål som de behersker, det må tas hensyn til. Sykepleieren må motivere og rose Eline når hun mestrer oppgaver hun ikke trodde hun skulle klare. Tveiten (2008) sier at motivasjonen til å drive forebyggende arbeid vil da øke. Det er viktig å ikke sette for høye mål og krav, da det kan gå utover motivasjonen. Sykepleieren må vurdere Elines fysiske og psykiske tilstand, som kan variere og ha betydning for læreforutsetningen. Det er viktig å undervise når hun er i stand til å motta informasjonen, utbyttet av undervisningen vil da være større.

Enkelte faktorer kan påvirke egenomsorgskapasiteten til mennesket i negativ retning. Eline har nedsatt syn noe som gjør at hun vil trenge tettere oppfølging av helsepersonell. Hun vil ha behov for hjelp, slik at det ikke blir fare for liv, menneskelig funksjon og velvære. Som ifølge Cavanagh (1999) er et av Orems

egenomsorgsbehov som må være til stede for at brukeren skal kunne utføre egenomsorg. Det er nødvendig at sykepleieren og Eline er åpen omkring Elines behov for hjelp og avklarer med hverandre fordeling av ansvarsoppgaver i forebyggingsarbeidet. Dette for at Eline skal beholde mestringsfølelsen og utføre de oppgavene hun er i stand til (Eide og Eide, 2007).

Det er ikke alle brukere som er like oppmerksom på fottilstanden sin som Eline. Skafjeld (2002) refererer til en undersøkelse gjennomført i Nord-Trøndelag, fra 1995-1997, blant et antall brukere med diabetes, hvor det kom fram at kun halvparten av de spurte undersøkte føttene selv. I tillegg fant de ut at 1/3 av de spurte ikke hadde fått føttene inspisert av helsepersonell. Undersøkelsen viser at mennesker med kjent diabetes ikke alltid tar vare på sine føtter. Hjemmesykepleierne må derfor være oppmerksom på brukerens egenomsorgsevne ved for eksempel å stille spørsmål omkring deres fotstatus, for å få et bilde på hvordan deres egenomsorgskapasitet er, og om det er nødvendig å iverksette tiltak. Spesielt i den aldersgruppen der utvikling av seinkomplikasjoner er stor.

Det at 1/3 av de spurte ikke hadde fått inspisert føttene sine av helsepersonell kan komme av ulike faktorer. Under praksis i hjemmesykepleien er vår erfaring at stell og medisintildeling blir prioritert før forebyggende oppgaver. Vi opplevde at sykepleierne i noen grad utførte kun den oppgaven de var satt til. Vi ble fortalt at deres hovedfokus er veiledning i forhold til primærforebygging som kosthold og motivasjon til fysisk aktivitet. De veiledet brukerne, men utførte ikke systematisk undervisning. At hjemmesykepleien ikke underviser i forhold til fotpleie, kan også være en faktor til at kun halvparten av brukerne i undersøkelsen inspiserer føttene sine selv. Brukerne har kanskje ikke kunnskapen om hva de skal observere og nødvendigheten av å forebygge.

Vi hadde en samtale med en avdelingsleder i hjemmesykepleien for å finne ut om det finnes en oversikt på arbeidsplassen over brukere som er i risiko for å utvikle fotsår. Vedkommende fortalte at de ikke hadde det. Vi vil informere om at erfaringene er fra et distrikt, samtalen var med en avdelingsleder og undersøkelsen, Skafjeld (2002) refererer til, ble gjort i ett fylke, og det trenger ikke være slik over hele landet. Dersom det ikke finnes en oversikt over brukere som er i risikogruppen kan

sykepleieren bli usikker på når og til hvilken bruker det er riktig å inspisere føttene. I vår målgruppe er brukerne klar og orientert. Er det da riktig å inspisere føttene uten deres ønske? Eller er det et overgrep mot deres vilje og ønske? Sykepleieren må respektere Elines ønske, men samtidig er man pliktig å gjøre det som er best for henne, og i tillegg skal ikke sykepleieren påføre henne unødig skade (Slettebø, 2005).

Har tidspresset i hjemmesykepleien innvirkning på om brukere får inspisert føttene, og om de får undervisning på hvordan forebygging skal gjennomføres? En travel hverdag og manglende kunnskap kan være et hinder for god omsorg for mennesker med diabetes. Helsefremmende og forebyggende strategier må vektlegges spesielt i sykepleien til eldre (Iversen, 2008). Hjemmesykepleierne har en hektisk hverdag og det er satt en tidsramme for hver bruker. Er sykepleieren for lenge hos en bruker blir det mindre tid til en annen (Fjørtoft, 2006). Hadde arbeidsplassen hatt en oversikt over risikobrukere ville det da kanskje vært lettere å fange opp de menneskene som har risiko for å utvikle fotsår? Tidspresset kan ikke være en unnskyldning på om sykepleierne skal utføre arbeidsoppgavene sine. I følge Skafjeld (2002) skal sykepleieren observere og vurdere føttene til brukerne jevnlig.

Økt satsing på forebyggende arbeid og en etablert oversikt over risikogrupper, som for eksempel mennesker som sår i fare for å utvikle fotsår, er tiltak samhandlingsreformen ønsker å få satt i verk. Stortingsmelding nummer 47 omhandler samhandlingsreformen. I kapittel 7, Styrke forebyggingsarbeidet (2008-2009) står det om endringer i forhold til det forebyggende arbeidet. Å forhindre forverring og seinkomplikasjoner gjennom å sette i verk tiltak overfor mennesker som har type 2-diabetes er et satsingsområde. Helsetjenesten kan ved å øke innsatsen for forebyggende arbeid bidra til bedret folkehelse ved å fange opp risikopersoner og sette inn forebyggende tiltak tidlig (Helse- og omsorgsdepartementet, 2008-2009).

Endringer i forhold til forebyggende arbeid kommer til å finne sted, hvordan endringene tilarter seg er for oss uvisst. Med økt satsing på forebyggende arbeid vil vi tro at fokuset på forebygging av diabetiske fotsår vil bli større. Vi håper på økte ressurser med samhandlingsreformen, slik at viktige arbeidsoppgaver ikke blir bortprioritert. Med denne satsingen ville sykepleieren kanskje fått bedre tid til Eline og det forebyggende arbeidet i større grad blitt prioritert.

4.2 Viktigheten av tilstrekkelig kunnskap blant sykepleiere

Mye av arbeidet til en sykepleier går ut på å informere brukere om sykdom og forebyggende arbeid (Iversen, 2008). Vårt mål som framtidlige sykepleiere er å møte brukere med gode solide fagkunnskaper på en profesjonell måte. Det forventes både fra Eline og andre helsepersonell at det forebyggende arbeidet gjennomføres på en faglig forsvarlig måte. ”*Sentrale verdier i hjelpeyrker er omsorg, respekt, fagkunnskap og kvalitet*” (Eide og Eide, 2007:100).

Pasientombudene (2007) viser økende henvendelser angående utilfredshet blant brukere i forhold til deres rett på informasjon, medvirkning og samtykke. Om det skyldes en travlere hverdag for helsepersonell eller at brukerne er mer oppmerksomme på sine rettigheter er ikke undersøkt. Det faktum at det er økende henvendelser angående manglende eller utilstrekkelig informasjon er oppsiktsvekkende og viser at helsepersonell ikke gjør den jobben de er pålagt til å gjøre. Helsepersonell har en juridisk pålagt informeringsplikt. I følge Lov om helsepersonell, § 10, har helsepersonell i Norge juridisk plikt til å informere pasienter og pårørende. I Lov om pasientrettigheter, § 3-2, nedfelles pasientenes juridiske rett på å motta informasjon (Helse – og omsorgsdepartementet, 2001).

For å kunne gi tilstrekkelig informasjon om forhold tilknyttet sykdom må sykepleieren ha nødvendige kunnskaper. Erfaringsmessig synes mange sykepleiere de har for lite kunnskap om diabetes, og føler at den grunnleggende kunnskapen fra sykepleieutdanningen ikke er nok. Som nyutdannet sykepleier har man grunnleggende kunnskap, men man er allikevel ansvarlig for å oppdatere seg underveis vedrørende forskningsbasert kunnskap.

I praksis fikk vi se hvilken konsekvens manglende kunnskap blant helsepersonell kan få. Brukeren som kom var nesten blind og hadde diabetes mellitus, type 2. Fra tidligere hadde vedkommende amputert høyre fot opp til lårnivå og to tær på venstre fot. På venstre fot var det et stort hælår. Sykepleierne på avdelingen prøvde lenge å behandle såret, men uten resultat. Dette er et eksempel på eventuelt utilstrekkelig forebyggende arbeid i hjemmet og hvor egenomsorgskapasiteten har vært svekket. Årsaken kan være manglende kunnskap blant sykepleiere, eller at tiltak som ble iverksatt ikke har hatt heldige resultater. Det er viktig å ha tilstrekkelig kunnskap, slik

at nødvendig tiltak kan iverksettes. Det er viktig for en sykepleier å vite når det er riktig å oppsøke lege eller kvalifisert foterapeut. Økt kunnskap og ferdigheter blant sykepleiere er avgjørende for å kunne gi god pleie og behandling (Iversen, 2008).

En annen faktor for utilstrekkelig forebygging i hjemmesykepleien kan kanskje være mangel på sykepleiere. Under samtalen med avdelingslederen i hjemmesykepleien ble det fortalt at de forebygde fotsår gjennom observasjoner de gjorde under stellesituasjoner. I hjemmetjenesten er vår erfaring at assistenter eller hjelpepleiere/omsorgsarbeidere utfører morgenstell hos mange av brukerne. Det er viktig å ha kunnskap og kunne observere tidlig tegn til sår. En hjelpepleier/omsorgsarbeider og/eller assistent har ikke den kunnskapen en sykepleier sitter med. Vi har sett at sykepleieren i hjemmesykepleien ofte er satt til andre oppgaver, som for eksempel medisinutdeling. Det er viktig å gjøre alt personell som er involvert i pleien av Eline oppmerksomme på de observasjonene som må gjøres. Ved planlagt undervisning og veiledning er kanskje løsningen at sykepleieren tar seg av alle gjøremål hos henne.

4.3 Kommunikasjon og sykepleierens pedagogiske tilnærming

Sykepleieren må være bevisst sine kommunikasjonsferdigheter. Kommunikasjon og det å skape relasjoner er svært viktig for å kunne samarbeide (Eide og Eide, 2007). Vi mener sykepleieren må i tillegg til gode kommunikasjonsferdigheter, ha kunnskap om helsepedagogikk, for å kunne planlegge å gjennomføre veiledning og undervisning.

Under utplassering i Sverige fikk en av oss kjenne på viktigheten av at kommunikasjonen fungerer. En del av brukerne hadde problemer med å forstå norsk, da spesielt svenske innvandrere. Som norsk student i Sverige måtte man legge om språket slik at det ble forståelig. Man merket forskjell på hvordan sykepleien ble utført når den innlagte oppfattet hva som ble sagt, og når de ikke forstod. Det var ingen god situasjon og være i, men svært lærerik. Når vedkommende ikke forstod måtte andre sykepleiere ta seg av pleien for at ikke språkbarrieren skulle være et hinder for god sykepleie.

Dette kan overføres til eldre mennesker med for eksempel nedsatt hørsel.

Sykepleieren må finne ut om Eline har nedsatt hørsel og være oppmerksom på det i utøvelsen av sykepleie. Av og til blir en også nødt til å kun bruke kroppsspråket og tegn, når en utøver sykepleie til brukere som ikke forstår eller hører hva som blir sagt. Eide og Eide (2007) understreker viktigheten av å være bevisst på verbal og nonverbal kommunikasjon i utøvelsen av sykepleie.

I sykepleierutdannelsen gjennomgår man svært mange emner i løpet av de tre årene, pedagogikk har vært et av dem. Her læres det grunnleggende, og for noen kan det være tilstrekkelig. Alle er ikke like bevisst på sin pedagogiske tilnærming. Dersom en ikke føler en mestrer den pedagogiske delen av sykepleieryrket, er det viktig å søke assistanse fra andre sykepleiere, eller at man leser seg opp før man skal undervise og veilede. Spesialkompetanse innen helsepedagogikk kan være til stor hjelp i undervisning av Eline dersom sykepleieren ikke føler seg kompetent til oppgaven. Studiet blant deltakerne på videreutdanningen i helsepedagogikk viste at deltakerne følte seg bedre rustet i det pedagogiske arbeidet etter kurset (Kloster, Granum, 2009).

I undervisningen - og veiledningens forarbeid er det enkelte momenter som er viktig å ta hensyn til. Vi ville benyttet samtale for å kartlegge kunnskapsnivået til Eline. For å

sikre individuelle tilpasninger bør Eline få være med på å forme innholdet. Det er naturlig at veiledning blir en del av læringsmetoden, da hun skal være en aktiv part og finne løsninger på spørsmål selv (Tveiten, 2008).

Det er viktig å finne ut hva Eline trenger økt kunnskap om. Hun har hatt diabetes i 20 år, tidligere hatt sår problematikk og gjennomgått en amputasjon. Kanskje er hennes teoretiske kunnskaper til stede, men ikke de praktiske. Det må tas hensyn til alderen hennes. Vi må se til at eventuelt materiale vi benytter i undervisningen er tilpasset hennes syn. Noe som er nedfelt i Lov om pasientrettigheter, § 3-5, hvor det blant annet står at informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som blant annet alder. Helsepersonell skal så langt som mulig sikre seg at brukeren har forstått innholdet og betydningen av opplysningene (Helse –og omsorgsdepartementet, 2002). Dette er lovverk vi må følge i undervisningen og veiledningen med Eline.

Antall undervisningstimer og dager må planlegges fra starten av (Tveiten, 2008). Det er viktig at undervisningen med Eline foregår over en lengre periode. Eline skal få best mulig utbytte av undervisningen og være i stand til å bearbeide informasjonen hun får. Det kan hende at Eline treger lengre tid til det, på grunn av alderen. Jo flere ganger undervisningsopplegget gjentas, desto bedre blir som regel egenomsorgskapasiteten til å kunne forebygge fotsår (Schmidt, Mayer, Panfil, 2008).

Tveiten (2008) understreker at man bør bruke god tid på undervisningen. Vi ønsker å gå ut fra det dette, men hvis hverdagen i hjemmesykepleien er hektisk kan dette være vanskelig. I følge Fermann og Næss (2008) er undervisning aldri tidsangitt på arbeidsplanen. De mener at undervisning og veiledning bør komme fram i vedtak som blir gjort ved tildeling av hjemmebaserte tjenester.

Dette er til dags dato ikke en realitet derfor må man finne alternative løsninger for å få gjennomført undervisningen. Et alternativ kan være å delta på kurs som holdes for mennesker med diabetes for å hjelpe dem og deres pårørende til å mestre livssituasjonen. Lærings- og mestringssentre som er opprettet på flere sykehus holder slike kurs (Allgot, 2004). Det kan for enkelte brukere være et alternativ dersom hjemmesykepleien ikke har tid, eller mulighet til å gjennomføre undervisningen, men

det trenger ikke å være riktig for alle. Eline har behov for individuell opplæring, og i hennes tilfelle vil det være riktig at hjemmesykepleien utfører undervisningsopplegget.

Er hverdagen i hjemmesykepleien hektisk må sykepleieren være kreativ og finne alternative løsninger for å kunne gjennomføre undervisningen og veiledningen. Sykepleieren kan som nevnt ta med brosjyrer til Eline slik at hun kan forberede seg til neste undervisning. Hun kan stille spørsmål slik at sykepleieren og Eline kan dele erfaringer og kunnskap. Under forutsetning av at Eline er i stand til å lese og at brosjyrene er tilpasset hennes nedsatte syn. Sykepleieren kan gå gjennom brosjyren sammen med Eline og markere det som er viktig. Undervisningen kan eventuelt foregå når sykepleieren hjelper Eline med fotbadet. Da mener vi det er viktig at sykepleieren og Eline blir enig, og synes det er greit å bruke tiden slik. Dersom Eline eller sykepleieren synes det blir forvirrende at det fokuseres på flere ting samtidig, må dette avklares før undervisningens og veiledningens start.

4.4 Veiledningen - og undervisningens innhold og sykepleierens etiske dilemma

Vi har valgt å fordype innholdet i undervisningen til Eline etter retningslinjene WHO har nedfelt, og det som står i teoridelen om undervisning og veiledning. Vi synes det viktig å lære opp all helsepersonell som er involvert hos Eline, til å gjennomføre undervisningsopplegget som benyttes, for å kunne holde kontinuitet og stabilitet i forebyggingsarbeidet. Uforutsigbare hendelser som for eksempel sykdom kan oppstå.

Vi vil undervise Eline i tiltak hun selv kan gjennomføre for å forebygge fotsår. I følge retningslinjene WHO har nedfelt, anbefales det å overlate fotpleien til andre når brukeren har nedsatt syn. Selv om hjemmesykepleien er inne hos Eline og hjelper henne med fotstellet, vil vi følge WHO sine retningslinjer å anbefale henne å besøke en kvalifisert fotterapeut en gang i måneden.

Vi vil blant annet anbefale Eline til å skifte sokk daglig for å unngå bakterievekst i sokken som øker infeksjonsfaren, hvis et sår/rift oppstår. Hvis sokken har sømmer bør hun benytte den med vrang siden ut for å sikre en glatt overflate mot huden. Hun må unngå bruk av trang sokk eller knestrømpe. Vi vil fraråde henne til å gå barbeint, både i skoen og ellers. Hun må forstå viktigheten av å inspisere skoen. Stein eller ujevnheter kan resultere i utvikling av sår, Eline har sensorisk nevropati og vil hun mest sannsynlig ikke kjenne dette (Lindholm, 2004) (Skafjeld, 2002).

Velstelte negler og neglebånd på tærne er viktig (Lindholm, 2004). Av erfaring fra praksis er det mange helsepersonell som ikke klipper neglene til brukerne. De er redd for å klippe feil og mange har tykke negler som er vanskelige å klippe. Dersom sykepleieren ikke føler seg kompetent til å stelle neglene til Eline, vil vi anbefale at fotterapeuten gjør dette.

For å være sikker på at Eline ringer og bestiller time til fotterapeut, kan sykepleieren eventuelt hjelpe henne med å finne fram nummeret, eller bestille time for henne dersom hun ønsker det. Ser hun ikke behovet for å gå til fotterapeut må sykepleieren motivere henne. Enkelte synes kanskje det koster for mye penger. Sykepleieren må be henne om å prioritere å bruke tid og penger på det (Skafjeld, 2002).

Dersom Eline allikevel ikke ønsker å gå til fotterapeut må sykepleieren foreta en etisk vurdering. Slettebø (2005) sier at helsepersonell har et profesjonelt ansvar for å gjennomføre en etisk forsvarlig behandling. Sykepleieren må vurdere om det blir riktig å bestille time hvis Eline ikke ønsker det. Sykepleiere må så langt som mulig prøve å overtale Eline og fortelle om viktigheten av å besøke fotterapeut. Det er vanskelig å si hva som er den riktige løsningen, men for Eline kan det få store konsekvenser dersom hun ikke besøker fotterapeut jevnlig. Sykepleieren må gjøre en vurdering og forhåpentligvis kan sykepleieren og Eline komme fram til en enighet sammen.

I følge Bollig mfl. (2009) var et ønske om møteplasser for å kunne diskutere etiske dilemmaer med kompetente veiledere, et behov blant informantene i artikkelen om etikk. Ved å ha noen å diskutere etiske dilemmaer med kan de også takles bedre? Et arbeidsmiljø som gir rom for samtale og diskusjoner kan være til hjelp. Man får da høre andre sykepleieres synspunkter og være flere om den avgjørelsen som blir tatt.

Etter endt veiledning og undervisning skal sykepleieren sammen med Eline oppsummere læringsprosessen. Oppfølging etter undervisningen og veiledningens slutt er viktig. Ved å stille kontrollspørsmål kan sykepleieren forsikre seg om at Eline har forstått innholdet av undervisningen (Tveiten, 2008). Har hun forstått hva som er hennes oppgave i forebyggingen? Og hva som er sykepleierens? Vi mener det er viktig å kartlegge Elines motivasjon til videre forebygging for å sikre at hun tar ansvar for sine oppgaver i forebyggingsarbeidet.

5.0 Avslutning

5.1 Oppsummering og konklusjon

I arbeidet med forebyggingen av diabetiske fotsår er det ulike faktorer som spiller inn for hvordan hjemmesykepleierne vil lykkes. Sykepleieren må ha retningslinjer å følge, retningslinjene WHO har nedfelt kan være et viktig verktøy. Det er et felles verktøy for helsearbeidere, og det er enighet i hvordan arbeidet skal gjennomføres, men retningslinjene i seg selv er ikke nok.

Sykepleieren må vær bevisst sine kommunikasjonsferdigheter og tilpasse kommunikasjonen etter hvem man snakker med. I tillegg må sykepleieren ha kunnskap om pedagogikk. Studiet som ble gjort blant deltakerne på videreutdanning innen pedagogikk viste at de ble mer oppmerksomme på sin pedagogiske tilnærming. Pedagogikk inngår i sykepleierutdannelsen, ved å være bevisst sin pedagogiske tilnærming, mener vi en kan lykkes som underviser selv om man ikke har spesialkompetanse.

Sykepleieren må opprette et undervisningsopplegg, og pleieplanen må være tilpasset den enkelte. Veiledningen og undervisningen vil inneholde de forebyggende tiltakene Eline selv kan utføre. Pleieplanen vil blant annet omfatte opplæring av inspisering av skoen og fotstell, som i dette tilfellet er sykepleierens ansvar for å få gjennomført. Eline vil da få en tett oppfølging, og det blir gjort det ytterste for å forebygge fotsår. Det er viktig at hun tar ansvar for sin egen helse og følger opp de forebyggende tiltakene.

Sykepleieren må være oppmerksom på at Eline enkelte dager vil trenge ekstra støtte og empati. Da mener vi Dorothea Orem sin sykepleieteori blir viktig. På grunn av at hun vektlegger mellommenneskelige forhold til fordel for en tradisjonell sykepleieprosess som ikke omfatter psykososiale forhold på samme måte. Eline skal være i stand til å ta imot den informasjonen vi gir for å kunne benytte seg av - og bearbeide den. Vi tror at dersom undervisningen og veiledningen gjennomføres kontinuerlig over en lengre tidsperiode vil det bidra til økt kunnskap og opparbeidelse av erfaringer til å ivareta egenomsorg.

Når undervisningen planlegges på forhånd unngår man at det forebyggende arbeidet i hjemmesykepleien blir bortprioritert til fordel for medisintdeling, på grunn av et eventuelt tidspress. Det kan hjelpe å være kreativ ved å finne alternative måter å undervise og veilede på hvis sykepleieren står ovenfor en travel hverdag. Skriftlig materiale kan være et alternativ. For eldre med nedsatt syn er det da viktig å benytte spesialtilpasset brosjyrer. Tidspresset kan også gjøre at sykepleierne kan få etiske utfordringer. I tillegg kan etiske utfordringer komme til syne dersom brukerne motsir seg hjelp. Da kan kollegaer eller eventuelt møteplasser med kompetente veiledere være til hjelp.

Informasjonsplikten er nedfelt i lov og brukerne har rett på nødvendig informasjon for å kunne hankes med sykdommen sin. Med samhandlingsreformen er det økt satsing på forebyggende arbeid, kanskje undervisning og veiledning blir vektlagt på lik linje som stell, og blir fastslått på programmet til hjemmesykepleierne? Det hadde vært til stor hjelp i yrkesutøvelsen.

Gjennom oppgaven har vi funnet svar på hvordan sykepleiere i hjemmesykepleien kan forebygge fotsår ved hjelp av undervisning og veiledning ut ifra vår avgrensning. Allikevel er det momenter vi ikke har fordypet oss i. Det grunnleggende for å forebygge fotsår, er som nevnt i innledningskapitlet, hovedsakelig god blodsukkerkontroll, kosthold og aktivitet.

5.2 Avsluttende kommentar

Vi fant som forventet mye litteratur om vårt tema. Under litteraturgjennomgangen oppdaget vi at det er de samme forfatterne som går igjen og det viser at de har fordypet seg i diabetes. Vi brukte retningslinjene WHO har nedfelt for å forme tiltak i undervisningen. En sikker kilde som bygger på en konsensusrapport utarbeidet av fagfolk fra hele verden. I tillegg er mange av de anbefalte forebyggende tiltakene også nedfelt i forskningsbasert litteratur. De fleste tiltakene i opplæringen av Eline, i kapittel 3.6.3, samsvarer med tiltakene både Lindholm (2004) og Skafjeld (2002) anbefaler. Deler av WHO's retningslinjer er også brukt i deres litteratur. Vi ble da sikker på at vi hadde funnet relevant og oppdatert litteratur som ble sikre kilder.

Søkemotoren "google scholar" brukte vi mest i artikkel søk. Da vi søkte på ord som omhandlet problemstillingen vår, fikk vi mange treff. I ettertid har vi sett at ved å tilknytte ordet "sykepleie" til søkeordene, hadde vi fått færre og mer relevante søk. Vi ville spart tid hvis vi hadde gjort dette fra starten av. Vi sørget for å benytte artikler målrettet og være kritisk i forhold til faglighet og troverdighet. Vi synes det var noe vanskelig å finne gode, relevante artikler som omhandlet problemstillingen vår. En av grunnene til det kan kanskje være at undervisning og veiledning ikke er fastslått på programmet til sykepleierne i hjemmesykepleien og er derfor lite forsket på.

Vi brukte tre artikler for å belyse vår problemstilling. Artikkelen "*Lærer å formidle kunnskap*" benyttet vi for å belyse at pedagogikk blir vektlagt mindre enn annen kunnskap, og for å bringe frem gevinsten deltakerne mente de fikk av å delta på kurset. Svakheten med artikkelen er at undersøkelsen ble gjort i en klasse. Artikkelen "*Etikk i sykehjem og hjemmetjenester*" valgte vi for å belyse at etiske utfordringer er noe sykepleiere kan ha behov for å få hjelp til å takle. Relevansen av artikkelen er at hjemmesykepleierne kan for eksempel komme opp i etiske utfordringer dersom brukerne motsir seg hjelp.

Den engelske artikkelen "*Diabetes foot self-care practices in the German population,*" ble for oss relevant blant annet for å få et bilde på hvor mye undervisning det skal til for at brukerne skal kunne ivareta egenomsorgen. Undersøkelsen er fra Tyskland, men sannsynligheten er stor for at resultatene hadde blitt omtrent like her til lands.

For å avgrense teorien og gå i dybden på enkelte temaområder kom vi etter hvert frem til å benytte en brukerhistorie. Vi klarte da å belyse problemstillingen vår på en god måte og fikk drøftet et avgrenset tema. Dersom vi hadde bestemt oss for å benytte brukerhistorien fra starten, ville vi unngått det omfattende arbeidet i nedkutting av antall ord, men samtidig fikk vi fordypet oss grundig i temaet vårt.

Vi valgte Dorothea Orems egenomsorgsteori som teoretisk referanseramme for oppgaven. Vi synes hun har vært en riktig sykepleieteoretiker med tanke på brukerhistorien vår. Hennes åtte egenomsorgsbehov, kan være til hjelp for sykepleieren når man skal vurdere brukerne og iverksette tiltak ut i fra deres behov.

Vi valgte tidlig å fordype oss i diabetes mellitus, type 2. I starten tenkte vi å fokusere på kosthold og aktivitet. Da ville de forebyggende tiltakene for brukere med diabetes type 1 og type 2 vært forskjellig. Etter hvert endte vi opp med å fordype oss i veiledning og undervisning i forhold til konkrete forebyggingstiltak som ettersyn av føtter. Gjennom oppgaven har vi erfart og fått kunnskap om at tiltak vi har nedfelt i undervisningen, kunne vært brukt hos mennesker med diabetes, type 1 og mennesker i alle aldre.

Vi har fått økt kunnskap angående pedagogisk tilnærming og riktige tiltak som må iverksettes for å forebygge fotsår. Vi vil nå føle en større trygghet i arbeidet med mennesker med diabetes, der vi kan være en stor del av det forebyggende arbeidet.

7.0 Litteraturliste

7.1 Pensumlitteratur

Blix, E., S., Breivik, S. (2006) *Basisbok i sykepleie*. Bergen: Fagbokforlaget.

Dalland, O. (2007) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Eide, H., Eide, T. (2007) *Kommunikasjon i relasjoner - Samhandling, konfliktløsning, etikk*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.

Fjørtoft, A., K. (2006) *Hjemmesykepleie - Ansvar, utfordringer og muligheter*. Bergen: Fagbokforlaget.

Lindholm, C. (2004) *Sår*. Oslo: Akribe Forlag.

Mosand, R., D., Førstund, A., J. (2007) *Sykepleie til pasienter med forandringer i den endokrine pankreasfunksjonen*. Almås. H. *Klinisk sykepleie 2*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Mæland, J., G. (2005) *Forebyggende helsearbeid i teori og praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.

Slettebø, Å. (2005) *Etiske dilemmaer*. Brinchmann B., S. *Etikk i sykepleien*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Tveiten, S. (2008) *Pedagogikk i sykepleiepraksis*. Bergen: Fagbokforlaget.

7.2 Selvvalgt litteratur

- Allgot, B. (2004) Kap. 14. *Retten til opplæring*. I: Vaaler, S (red.). *Diabeteshåndboken*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 78-80).
- Biermann, K., U. (1996) *Dorothea E. Orems egenomsorgsteori*. HiO-notat 1996 nr 5. Høgskolen i Oslo. (s. 2-27).
- Bjørk, I., T., Solhaug, M.(2008) *Fagutvikling og forskning i klinisk sykepleie. En ressursbok*. Oslo: Akribe Forlag. (s. 39-54).
- Cavanagh, S., J. (1999) *OREMs sykepleiemodell i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget. (s. 7-158).
- Christensen, S., L., Jensen, B., H. (2003) *Pedadodikk og pasientutdanning- Sykepleiens pedagogiske felt*. Oslo: Akribe (s. 17-23)
- Dalland, O. (2000) *Metode og oppgaveskriving for studenter*. Oslo: Universitetsforlaget. (s. 133-142).
- Fermann T., Næss, G. (2008) *Eldreomsorg i hjemmesykepleien*. I: Kirkevold M., Brodtkorb K., Ranhoff, A, H. *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Akademisk. (s.196-218).
- Iversen, M. (2008) *Diabetes*. I: Kirkevold, M., Brodtkorb, K., Ranhoff, A, H. *Geriatrisk sykepleie – God omsorg til den gamle pasienten*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s.433-443).
- Kirkevold, M. (2001) *Sykepleieteorier – analyse og evaluering*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s.128-143).
- Kristoffersen, N., J. (2000) *Generell sykepleie 1*. Oslo: Universitetsforlaget. (s.217-225, 265-272, 391-405).

Norges Diabetesforbund og Norsk Inntrassefaggruppe For Sårheling (2007, revidert i 2009). *Praktiske retningslinjer; Den diabetiske fot – behandling og forebygging.*

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

Pasientombudene (2007). *Årsmelding 2007 – Et sammendrag av pasientombudenes årsmeldinger.*

<http://www.pasientombudet.no/images/rapporter/45629521366.pdf>

Rørvik, H. (1994) *Læring og utvikling – Det pedagogiske oppdrag.* Oslo: Universitetsforlaget. (s.18).

Skafjeld, A. (2002) *Diabetes – Grunnbok for sykepleiere og annet helsepersonell.* Akribe Forlag. (s. 124-136).

Thorsby, P. (2004) *Forebygging av type 2 diabetes.* Vaaler, S. *Diabeteshåndboken.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s.51-54).

Ørstavik, K, Jørum, E. (2004) Kap 39. *Diabetesnevropati.* I: Vaaler, S (red.). *Diabeteshåndboken.* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (s. 276-283).

Sider selvvalgt litteratur; 307

7.3 Artikler

Bollig, G., Pedersen, R., Førde, R. (2009) *Etikk i sykehjem og hjemmetjenester*. Sykepleien Forskning nr. 3, 2009; 4 (s.186-196). DOI: 10.4220/sykepleienf.2009.009 http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/forskning/forskningsartikler/vis?p_document_id=279903

Kapelrud, H. (2006) *Underekstremitetsamputasjoner og diabetes*. Tidsskrift for Den norske legeforening. Nr. 17, 2006; 126: 2261–3. http://www.tidsskriftet.no/index.php?vp_SEKS_ID=1421671

Kloster, T., Granum, V., (2009) *Lærer å formidle kunnskap*. Sykepleien 10/9. (s.1-7) http://www.sykepleien.no/ikbViewer/page/sykepleien/vis/artikkel-nyhet?p_document_id=245470

Schmidt, S., Mayer., Panfil., E., M. (2008) *Diabetes foot self-care practices in the German population*, Journal of Clinical Nursing, 17, (s. 2920-2926) <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/fulltext/121450931/PDFSTART>

Alle artikler er senest lastet ned 27/4-10, kl.11:00.

7.4 Lover

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008). Lov 1999-07-02 nr 64. *Lov om helsepersonell. § 21. Hovedregel om taushetsplikt.*

<http://lovdata.no/all/tl-19990702-064-005.html>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). Lov 1999-07-02 nr. 63. *Lov om pasientrettigheter, §3-2. Pasientens rett til informasjon.*

<http://www.lovdata.no/all/hl-19990702-063.html#3-2>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2002). Lov 1999-07-02 nr. 63. *Lov om pasientrettigheter, §3-5. Informasjonens form.*

<http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-063-003.html#3-5>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2001). Lov 1999-07-02 nr. 64. *Lov om helsepersonell, § 10, informasjon til pasienter m.v.*

<http://www.lovdata.no/all/tl-19990702-064-002.html#10>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2008-2009). Stortingsmelding nummer 47 *Samhandlingsreformen, kapitel 7, Styrke forebyggingsarbeidet.*

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stmeld/2008-2009/stmeld-nr-47-2008-2009-/8.html?id=567278>