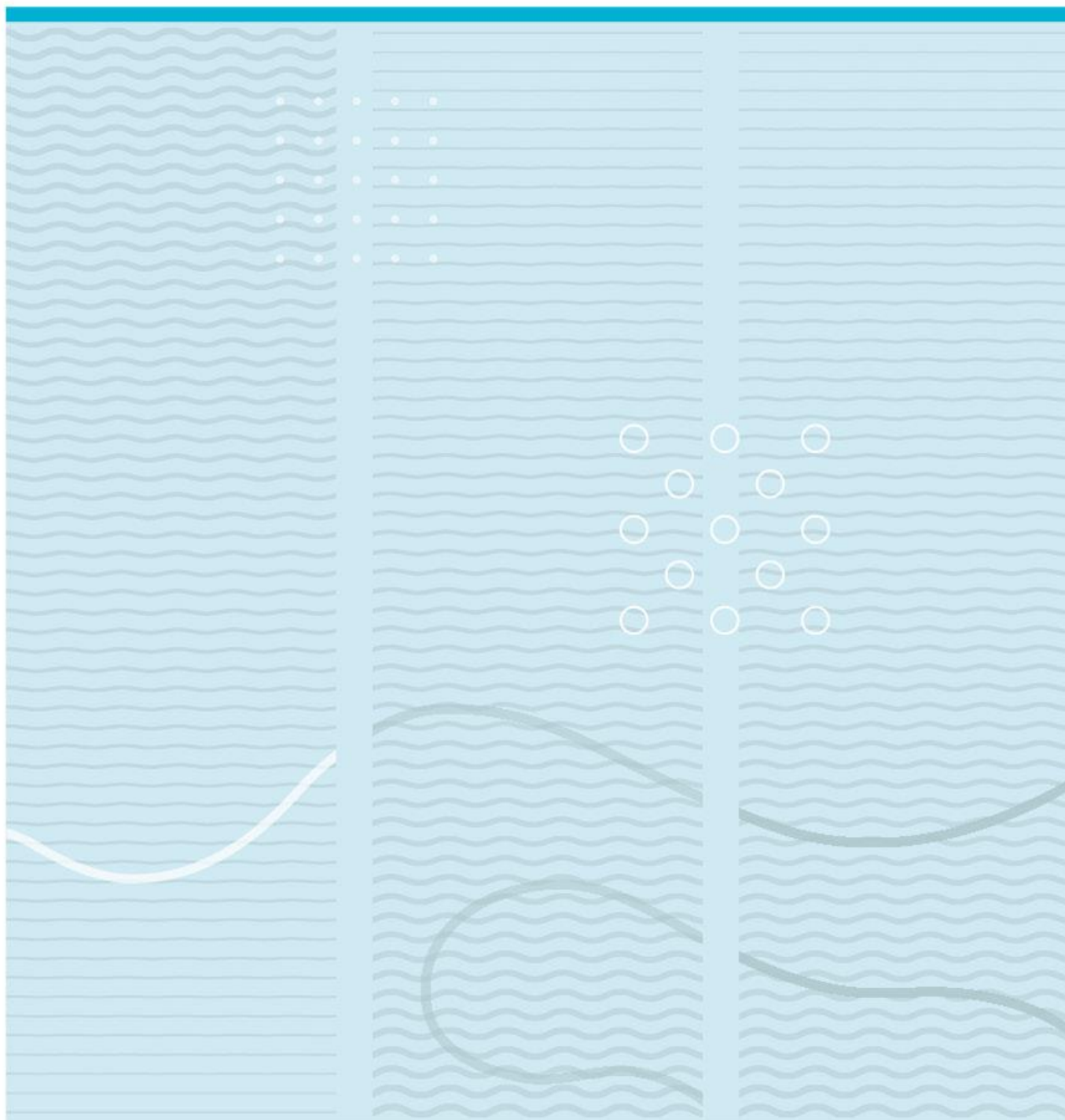


Stine Juul Larsen

At leve med diabetiske fotsår

Set fra patientens perspektiv



Titel: At leve med diabetiske fodsår - Set fra patientens perspektiv
Universitetet i Sørøst-Norge
Fakultetet for helse- og sosialvitenskap
Studieprogram: Master i avansert klinisk sykepleie
Høst 2022
Institutt for sykepleie- og helsevitenskap
Postboks 235
3603 Kongsberg

<http://www.usn.no>

© 2022 Stine Juul Larsen

Denne avhandlingen representerer 30 studiepoeng

Sammendrag

Baggrund:

Antallet af patienter med diabetes vil i 2030 været fordoblet, og få adgang til patienternes oplevelser af hverdagslivet med diabetiske fodsår.

Formål:

Formålet med dette studie var at udforske og beskrive patienternes oplevelser af at leve med diabetiske fodsår, patienternes præferencer og muligheder for medbestemmelse i forhold til deres egen behandling samt vurdere, om der kan være behov for at udvikle nye metoder til sårbehandling i Danmark.

Metode:

Dataindsamling er udført ved at anvende kvalitative semistruktureret dybdeinterviews. 7 patienter blev rekrutteret som alle havde levet med diabetiske fodsår i mere end 6 måneder.

Resultat:

I resultatdelen var hovedkategorien: At leve med diabetiske fodsår.

Underkategorierne var: At få diagnose og de ændringer som det medfører, At leve med følgerne af diabetiske fodsår, At leve med begrænsninger som diabetiske fodsår giver. At modtage sårbehandling i hjemmet, på sygeplejeklinikken og på sygehuset og at tænke på fremtiden og håbet.

Konklusion:

Patienternes hverdagslivet bliver væsentligt begrænset, da patienterne ofte er meget immobiliseret på grund af deres fodsår. Med Patientcentreret omsorg og shared decision making kan patienter med diabetiske fodsår opnå medbestemmelse på deres præmisser.

Nøgleord:

Diabetiske fodsår, Personcentreret omsorg, Shared decision making.

Abstract

Background:

The number of patients with diabetes will have doubled by 2030, and access to the patients' experiences of everyday life with diabetic foot ulcers.

Aim:

The purpose of this study was to explore and describe the patients' experiences of living with diabetic foot ulcers, the patients' preferences, and opportunities for consent in relation to their own treatment, and to assess whether there may be a need to develop new methods for wound treatment in Denmark.

Method:

Data collection was carried out by using qualitative semi-structured in-depth interviews. 7 patients were recruited, all of whom had been living with diabetic foot ulcers for more than 6 months

Results:

In the results section, the main category was: Living with diabetic foot ulcers.

The sub-categories were: Getting a diagnosis and the changes it entails, living with the consequences of diabetic foot ulcers, living with limitations that diabetic foot ulcers bring, Receiving wound care at home, in the nursing clinic and in the hospital and Thoughts about the future and hope.

Conclusion:

The patients' everyday life becomes significantly limited, as the patients are often very immobilized due to their foot ulcers. With patient-centred care and shared decision making, patients with diabetic foot ulcers can achieve co-determination on their own terms.

Keywords:

Diabetic foot ulcers, Person-centred care, Shared decision making.

Indholdsfortegnelse

1. Indledning	7
1.1. Teoretisk baggrund	7
1.2. Diabetes og diabetiske fodsår	7
1.3. Sårbehandling.....	8
1.3.1. Person-centred care	8
1.4. Shared decision making.....	10
2. Formål og problemstilling	12
2.1. Problemstilling.....	12
3. Forskningsdesign og metode.....	13
3.1. Design.....	13
3.2. Udvalg.....	13
3.2.1. Inklusionskriterier	13
3.2.2 Eksklusionskriterier.....	13
3.3. Rekruttering	14
3.4. Dataindsamling.....	14
3.4.1. Forberedelse til interviews	14
3.4.2. Gennemføring af interviews	15
3.4.2. Transskribering	15
3.5. Dataanalyse	16
4. Forskningsetiske vurderinger	19
4.1. Skriftlig informeret samtykke	19
4.2. Opbevaring af datamateriale.....	19
4.3. Risiko/nytte	19
4.4. Varetagelse af deltagernes integritet	20
4.5. Varetagelse af studiets troværdighed	20
5. Præsentation af resultater	21
6. Diskussion	28
6.1. Del 1, Personcentreret omsorg	28
6.2. Del 2, Shared decision making.....	31
6.3. Metode kritik.....	34
6.3.1 Semistruktureret interviews og interviewlokalitet	34

6.3.2 Rekrutteringen	35
6.3.3. Udvælgelse af informanter	35
6.3.4 Problemer med lydoptagelser	35
6.3.5 Studiets styrker	35
6.3.6 Studiets svagheder	35
6.3.7 Overførbarehed	36
7. Konklusion	37
8. Referencer	39
9. Bilag og figurer	42

Forord

At arbejde med studiet har været inspirerende for mig som forsker, og været på en spændende rejse gennem de sidste 4 år. Det faldt naturligt for mig, at omdrejningspunktet i mit studie blev patienter med diabetiske fodsår, da jeg i mange år har arbejdet i dette felt og tilegnet mig viden og erfaring for at kunne hjælpe patienter med behandlingen af diabetiske fodsår. Det har været udfordrende for mig at anvende personcentreret omsorg og shared decision making for at opnå kendskab til patienternes hverdagsliv og sikre patienterne medbestemmelse på deres præmisser.

Stor tak til min vejleder og førsteamanuensis, Linn Hege Førsund ved Universitetet, Sørøst-Norge for at træde til som vejleder på dette studie og altid været parat til at give udfordrende vejledning og sikre, at forskeren kom tilbage på sporet, når jeg stod fast eller bevægede mig i ring.

Jeg vil samtidigt sende en stor tak til min kære familie, mine venner og arbejdskolleger. Tak for jeres opmuntring på vejen til målet.

God læselyst!

Bandholm, 15.09.2022

Stine Juul Larsen

1. Indledning

Det er i forskerens faglige interesse at hjælpe patienter med diabetiske fodsår til at få indflydelse på egen behandling. Antallet af patienter med diabetes er stigende. I 2030 vil der være næsten 467.000 danskere med diabetes, hvilket er en fordobling indenfor de sidste 10 år (Diabetesforeningen 2022). Der ses behov for at fremskaffe viden om patienternes perspektiv for at få kendskab til, hvilke præferencer patienterne har, hvordan patienterne oplever, at deres præferencer bliver mødt og for at undersøge patienternes muligheder for medbestemmelse,

1.1. Teoretisk baggrund

I den teoretiske baggrund beskrives, hvordan udviklingen af antallet af patienter med diabetes forventes i fremtiden. Diabetes er en af de store livsstilssygdomme, som kan give flere senkomplikationer, fx diabetiske fodsår. For at kunne se nærmere på patienternes præferencer og medbestemmelse rettes fokus på person-centred care og shared decision making. Jeg er APN studerende, og jeg har gennem de sidste 16 år arbejdet med sårbehandling i en af Region Sjællands kommuner, herunder også behandling af diabetiske fodsår.

1.2. Diabetes og diabetiske fodsår

I Danmark er der mindst 280.000 diabetikere, heraf omkring 252.000 dansker, der har type 2 og omkring 28.000, som har type 1 (Diabetesforeningen, 2022). Danmark er opdelt i 5 regioner. Region Sjælland (842.681 indbyggere) er den region (landsdel) i Danmark, der har det højeste antal diabetikere med type 2 pr. indbyggere, nemlig 5,4 % (Diabetesforeningen 2021). I Region Sjælland er der 45.100 patienter med type 2 diabetes. Der er 14.297 udiagnosticerede patienter i Region Sjælland. I 2030 forventes antallet af diabetikere med type 2 at øges til omkring 67.650 patienter (Ibid). I Danmark er fordelingen af type 2-diabetikere således, at cirka 54 % er mænd og 46 % er kvinder (Videnscenter for diabetes, 2022). Mænd har sandsynligvis en større risiko for at udvikle type 2-diabetes end kvinder. Det skyldes primært, at mænd ofte lever mere usundt end kvinder. Der er f.eks. flere mænd, som er overvægtige, flere der spiser usundt, og flere som ryger (Diabetesforeningen 2022)

Diabetes kan give mange senkomplikationer blandt andet; problemer med øjnene, nyrerne, fødderne samt nerveskader (Innes J. A., 2018, s. 205-209). I dette studie vil der være fokus på

patienter med diabetiske fodsår. Denne patientgruppe er udvalgt fordi, forskeren ønsker mere viden om, hvad der er vigtigst for patienter med diabetiske fodsår.

Et diabetiske fodsår opstår ofte som senkomplikation til diabetes med stor risiko for amputation.

Ca. 15 % af alle patienter med diabetes vil udvikle et diabetisk fodsår i deres liv, og af disse patienter er der risiko for at 70% af dem vil få et nyt fodsår i løbet af 5 år (Sundhedsstyrelsen, 2011, s. 47-48).

Neuropati er som regel til stede ved udvikling af diabetiske fodsår. Neuropati er nerveskader, som kan give fodsår, da det medfører ændret følesans og fejlstillinger i fødderne. Andre komplikationer, som kan være med til at besværliggøre heling af diabetiske fodsår er iskæmi af foden og infektioner (Bermark & Melby 2017, s. 144-145) og (Innes J. A., 2018, s. 207- 209). Fodsårsproblemer rammer oftere mænd end kvinder og primært den ældre befolkning (Sundhedsstyrelsen, 2011, s. 48).

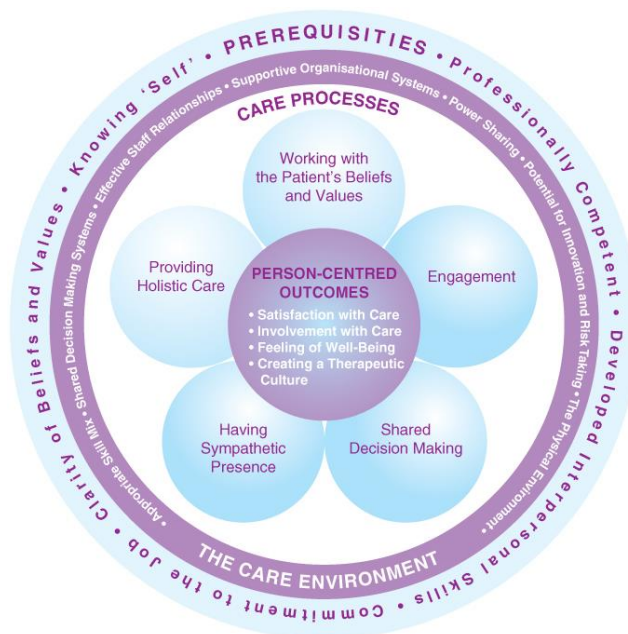
1.3. Sårbehandling

Sårbehandling i Danmark foregår i dag ud fra den vestlige model, hvor patienten ikke altid deltager aktivt i sårbehandling. For at ændre den vestlige model anbefalede WHO allerede i 2015 til et paradigmeskifte, hvor patienterne uddannes og støttes til at kunne tage beslutninger samt varetage egen behandling gennem person-centred care (WHO, 2015, s. 34-37).

1.3.1. Person-centred care

Person centred care blev udviklet af forskerne McCormack og McCance tilbage i 2001, hvor de forskede på et projekt omkring Person-centred care til ældre patienter og udviklede det videre til person-centred nursing framework i 2006. Person-centred care har fået international opmærksomhed i blandt andet Australien, New Zealand, Irland, Norge og Danmark.

McCormack and McCance har udviklet en person-centred care model, som løbende blev testet gennem forskning, se figur 1.



Figur 1, Person-centred care, (McCormack & McCance, 2017, s. 40).

McCormack siger, at det er vigtigt, at patienter bliver aktive i deres egen behandling:

“Feeling involved in care is a key part of contemporary health-care strategy and policy, and there is an explicit expectation that patients will be active participants in their own care” (McCormack & McCance, 2017, 59).

Person-centred care består ifølge McCormack og McCance af 4 forskellige domæner,

- ❖ Prerequisites – Politiske og strategiske rammer, økonomi
- ❖ The Care environment – Mulighed for udvikling af person-centred care
- ❖ Care Processes – Arbejde med patienternes overbevisning og værdier, fælles ansvar
- ❖ Person-centred outcomes – Sygeplejerskers at arbejde med egne værdier

Her i Danmark er sygehuse i Region Sjælland er i gang med implementering af person-centred care og i nogle af de andre regioner i Danmark, har man valgt at sætte fokus på et af elementerne fra Person-centred outcomes, nemlig Shared Decision Making. Se figur 1, på side 8.

The European Wound Management, EWMA foreslår, at sygeplejersker retter fokus på person-centred care og shared decision making, en del af person-centred care for at sætte fokus på patienternes oplevelser i forhold til at leve med sår (Gethin et al, 2020).

I Region Sjælland er person-centred care ved at blive implementeret på sygehusene, hvor der på palliationsafdelingerne arbejdes med McCormack & McCance's model. I Region Sjælland er der lagt vægt på følgende udsagn omkring person-centred Care:

- ❖ *Patienterne er eksperter på deres eget liv, og de sundhedsprofessionelle indsatser må matche patienternes erfaringer, forventninger og ressourcer*
- ❖ *Partnerskabet indledes med afsæt i fortællingen*
- ❖ *Partnerskab udvikles – aftaler og planer*
- ❖ *•Sikring af partnerskab i dokumentation (aftaler om forløbet nedskrives)*
- ❖ *At se patienten som en person*
- ❖ *Person - skift fra sygdom/symptom - skift til oplevelse og betydning*
- ❖ *Alle er kapable og har livskraft*
- ❖ *Person – der rummer interaktion med kontekst og andre (Region Sjælland, 2022)*

EWMA har udarbejdet en video guide om person-centred care , som foreslår, at sygeplejerskerne anvender følgende guide for at opnå mere viden om patienternes oplevelser:

- ❖ *”How are you coping with your wounds?*
 - ❖ *Could you tell me more about your sleep, and whether you are sleeping well?*
 - ❖ *How is your shower routine been effected by your wound?*
 - ❖ *Could you tell me more about the support you get here and at home?*
 - ❖ *What is your immediate/long term goal?*
 - ❖ *What do you think about using this particular treatment?*
 - ❖ *Is your dressing causing you a trouble?*
 - ❖ *Is your boat or off-loading device suiting you?*
 - ❖ *How are you managing with wearing the compression garment throughout the day?”*
- (EWMA, 2020).

1.4. Shared decision making

Danske patienter, som er talerør for 900.000 patienter og pårørende, oversætter Shared Decision Making til fælles beslutningstagen. En metode, hvor sygeplejersken, deler sin sundhedsfaglige viden om sygdom og behandling med patienten, og patienten deler sine erfaringer om at leve med sygdommen med sygeplejersken. Gennem dialog skal de to parter sammen finde frem til, hvilken behandling, der er bedst for patienten (Danske patienter, 2022).

Formålet med fælles beslutningstagning er, at patienter og eventuelt pårørende får mulighed for at reflektere over, hvad der er vigtigt for dem, og hvordan et behandlingsvalg kan passe sammen med deres værdier og ønsker for livet. Målet er, at disse præferencer er med til at forme beslutningen, når parterne sammen vælger behandling (Ibid).

Man taler overordnet om fire grundprincipper for fælles beslutningstagning:

- 1. Både patient og sygeplejerske skal være aktivt involveret i beslutningstagningen.*
- 2. Begge parter skal dele deres viden.*
- 3. Begge parter skal dele deres præferencer.*
- 4. Parterne skal nå til enighed. (Ibid).*

Sygeplejerskens tilgang til undersøgelse, behandling, pleje og videre forløb tager udgangspunkt i patienten. I stedet for, som traditionelt at spørge: "Hvad er der galt med dig?", må sygeplejersken spørge patienten: "Hvad betyder mest for dig?" (Ibid). Fælles beslutningstagning handler om at hjælpe patienter, når de står over for svære valg i deres behandling. Det er et samarbejde, hvor patienten og sygeplejersken sammen træffer beslutningen ved at tage højde for patientens livsstil og personlige præferencer samt sygeplejerskens faglige viden. Sygeplejersken informerer patienten om valgmuligheder, herunder fordele, ulemper og risici. Patienten fortæller sygeplejersken om sine livsforhold, værdier og erfaringer med sygdom samt behandling. I de fleste artikler, som forskeren har kunnet fremsøge om emnet, er det sygeplejersperspektivet, der er undersøgt. Det ses derfor nødvendigt at udforske person-centred care og shared decision making gennem patientperspektivet for at opnå viden, om patienternes oplevelser af at leve med diabetiske fodsår samt at undersøge patienternes præferencer og mulighed for medbestemmelse.

Efter beskrivelse af studiets baggrundsmateriale, vil det næste afsnit beskrive studiets formål og problemstilling.

2. Formål og problemstilling

Formålet med dette studie var at udforske og beskrive patienternes oplevelser af at leve med diabetiske fodsår, patienternes præferencer og muligheder for medbestemmelse i forhold til deres egen behandling samt vurdere, om der kan være behov for at udvikle nye metoder til sårbehandling i Danmark.

2.1. Problemstilling

Hvordan beskriver patienterne det at leve med diabetiske fodsår, og hvilke præferencer og muligheder for medbestemmelse har de i forhold til deres egen behandling?

I næste kapitel ses nærmere på opgavens forskningsdesign og metode, som beskriver, hvordan forskeren vil indsamle data og rekruttere informanter til at deltage i interviews. Det beskrives ligeledes i det kommende afsnit, hvordan forskeren vil gennemføre og transskribere interviews samt gennemføre dataanalysen.

3. Forskningsdesign og metode

3.1. Design

Studiets problemstilling blev undersøgt ud fra en hermeneutisk tilgang, hvor viden fremkom ud fra, hvordan informanterne i de 7 semistruktureret dybdegående interviews forstod verden, her i dette studie, diabetiske fodsår og oplevelserne af at leve med diabetiske fodsår. Jo større kendskab, forskeren havde til patienter med diabetiske fodsår, jo bedre spørgsmål ville forskeren kunne stille med henblik på at udforske og dykke ned i kulturen (Glasdam, 2015, s. 101). Gennem de sidste 16 år havde forskeren arbejdet i en dansk kommune, som koordinerende sårsygeplejerske med ansvaret for patienter med sår, herunder også diabetiske fodsår. Forskeren havde arbejdet med studiet gennem det sidste år ved siden af arbejdet, som sårsygeplejerske. Studiets fremdriftsplan kan ses i bilag 1.

3.2. Udvalg

Ved studiets begyndelse var interventionen at rekruttere 5-8 informanter til studiet fra kommuner i Region Sjælland, Danmark.

3.2.1. Inklusionskriterier

Population: Informanter med diabetisk fodsår i mere end 6 måneder ved interviewtidspunktet for at sikre, at informanterne havde tilstrækkeligt kendskab til at leve med diabetiske fodsår.

Lokalitet: Danmark, Region Sjælland, som er opdelt i 17 kommuner, og der kunne udvælges informanter fra alle kommuner i regionen, men informanterne burde komme fra mindst 2 forskellige kommuner i Region Sjælland for at sikre, at studiet blev så objektivt som muligt.

3.2.2 Eksklusionskriterier

Informanterne måtte ikke have en tilknytning eller bekendtskab med forskeren. Demente patienter blev fravalgt. Patienter, der ikke forstod dansk blev ligeledes fravalgt. Desuden blev det fravalgt at medtage patienter fra den kommune, hvor forskeren var ansat.

3.3. Rekruttering

Adgang til forskningsfeltet burde foretages af andre end forskeren for at gøre undersøgelsens data, så objektive som muligt. Forskeren tog derfor kontakt til de øvrige 16 kommuner i Region Sjælland. Forskeren skrev først en mail til den såransvarlige i hver kommune med info om studiet og patientinformation for at forespørge, om sårsygeplejerskerne kunne være behjælpelige med at finde informanter til dette studie. Se bilag 2 og 3.

Informanterne skulle give mundtligt tilsagn, og sårsygeplejerskerne skulle herefter kontakte forskeren for at videregive informanternes info efter aftale med informanterne. I slutningen af december 2021 var det lykkedes at rekruttere 7 mandlige informanter til studiet fra 3 forskellige kommuner i Region Sjælland.

3.4. Dataindsamling

Dette studie benyttede sig af en semistruktureret interviewguide, en måde, hvorpå forskeren kunne strukturere og styre interviewet, interviewet var en balancegang mellem at lytte og at styre.

Interviewguiden gav forskeren mulighed for at rette det fulde fokus mod informanten og informantens svar for derved at kunne følge op på svarene med nye spørgsmål (Bjerrum, 2005) og (Henricson, 2014). Forskeren måtte være nysgerrig, lydhør over for dét, som blev sagt og dét, der ikke blev sagt samt kritisk over for egne forudsætninger (Kvale og Brinkmann, 2009).

3.4.1. Forberedelse til interviews

Et interview kunne ikke være planlagt til mindste detalje, da der var tale om en medmenneskelig situation og relation, som ikke umiddelbart kunne lade sig styre og kontrollere på forhånd, men det var forsat være vigtigt at have gjort sig overvejelser på forhånd (Kvale og Brinkmann 2009). Se vedlagt interviewguide, bilag 4.

Informanterne blev kontaktet af forskeren per telefon og forespurgt, om de forsat havde lyst til at deltage, og om der kunne aftales tid til et fysisk interview enten i informantens hjem eller på en anden lokalitet, fx et sundhedscenter i nærheden (Glasdam, 2015, s. 106-107) og (Henricson, 2014, s. 169). Forskeren downloadede Nettskjema-diktafon app fra UiO til forskerens Iphone og Ipad samt afprøvede dem et par gange ved at tænde og slukke, for at se om diktafonen fungerede på begge enheder. Der blev valgt to enheder for at sikre sig, at forskeren havde en back-up af interviewet, som kunne slettes, når interviewet var gennemført.

3.4.2. Gennemførelse af interviews

Dataindsamlingen forgik i januar 2022, hvor de 7 interviews blev gennemført. Alle informanterne ønskede, at interviewet blev udført i deres hjem, på nær én informant som ønskede, at det kunne foregå på en nærliggende sygeplejeklinik efter sårbehandling, men dette var efter sårsygeplejerskernes udsagn ikke muligt. Grundet corona epidemien var forskeren testet negativ for corona forud for hvert interview og medbragte vesir samt håndsprit. Forskeren mødte op i almindeligt tøj på det aftalte tidspunkt hos informanten. Der var kaffe på kanden, som informanten bød forskeren en kop af ved ankomsten. Informanten modtog informationer, om deltagelse, rettigheder og tavshedspligt samt underskrev samtykkeerklæringen, før interviewet blev påbegyndt. Forskeren benyttede sig af åbne spørgsmål i en semistruktureret interviewguide, hvor forskeren kunne bede informanterne om at uddybe svarene yderligere, hvis der var behov for dette. Forskeren "sad lidt på hænderne" for at give plads til at informanten kunne tænke sig om og lyttede til informantens udsagn, før forskeren stillede et nyt spørgsmål for at sikre, at informanten ikke havde mere at tilføje til det aktuelle spørgsmål, som forskeren havde spurgt om. Da interviewet var afsluttet, blev informationerne gentaget (Kvale og Brinkmann, 2009).

Alle interviews blev optaget og lagret med Nettskjema-diktafon, som tager højde for datasikkerhed, idet det kun var forskeren, som havde adgang til datamaterialet. Ligeledes blev informanterne informeret om, at den skriftlige samtykkeerklæring blev opbevaret i et aflåst skab i forskerens husstand og det transskriberede datamateriale på en USB-pen, som kun forskeren havde adgang til. Alle lydoptagelser ville blive slettet, når studiet var indleveret og godkendt (USN, 2021). De færdige Interview varierede i længde fra 30 minutter til 70 minutter.

3.4.2. Transskribering

Det var egentlig planen at benytte dataprogrammet, NVivo til transskriberingen, men vejlederen frarådede, at forskeren benyttede sig af NVivo, og foreslog i stedet at forskeren selv foretog transskriberingen. De 7 interviews blev transskriberet af forskeren umiddelbart efter, at interviewet var foretaget, det var en tidskrævende opgave for forskeren, at sikre, at råmaterialet kom ordret ned på skrift. Vigtigheden af at forskeren selv varetog dette, blev tydeligt for forskeren under transskriberingen, da det var muligt for forskeren, som interviewede samtalen at opklare usikkerheder og vurdere tekstens mening under transskriberingen. Dette var med til at validere transskriberingen (Malterud 2021).

Når forskeren selv fremstod som bindeled mellem lydoptagelserne og teksten, blev det muligt for forskeren at genopfriske erfaringerne fra dataindsamlingen under transskriberingen (Ibid).

Nettskjema-diktafon leverede en god lyd kvalitet. Her blev 4 timer og 8 minutters lydoptagelser til 41 udskrevne A4-sider i Word.

3.5. Dataanalyse

I dataanalysens startfase læste forskeren det transskriberede materiale af flere omgange over flere dage for at blive godt kendt med materialet og for at få et helhedsbillede af materialet. *”På dette trinnet skal vi arbejde aktivt for å sette vår forforståelse og teoretiske referenceramme midlertidigt i parentes”* (Malterud 2021). Forskerens forforståelse var præget af mange års erfaring med behandling af patienter med diabetiske fodsår. *Refleksivitet overfor egen position er afgørende for kvaliteten af analysen (Ibid).*

I starten af dataanalysen var det svært for forskeren at få patientperspektivet frem, da sygeplejeperspektivet gerne ville tage over, typiske sygeplejersketemaer var det første, som forskeren så, her er et udsnit af, hvordan dataanalysen blev påbegyndt:

	1	2	3	4	5	6	7
Samarbejde	Svært at få hjælp	Jeg må ringe, hvis det bløder	Kan skifte bandage selv				klinikken
Observation plasterskift	indimellem	Hustru	Hver onsdag	Nej skifter ikke selv	Ja ofte	Hvis det bliver vådt	Hver dag
Tværfaglighed	x	x	x		x		
Fast spl	x		x	x		x	
Haft infektion		x	x	x	x		x
Indlagt før		x	x	x	x	x	x
Fodterapeut	x	x	x			x	x
Såramb	x	x	x	x	x	x	x
Kompression	x	x	x	x	x		x
Udd sårsygepl	x	x		x	x	x	x
Går i bad	x	x	x	x		x	

Dette var næppe kategorier, som patienterne selv ville anvende, men ved at forskeren brugte meget tid og var vedholdende i at udfordre sin egen forforståelse og teoretiske referenceramme, blev det muligt at finde vej til patientperspektivet, som var studiets omdrejningspunkt. Forskeren ønskede svar på problemstillingen, *Hvordan beskriver patienterne det at leve med diabetiske fodsår og hvilke præferencer og muligheder for medbestemmelse har de i forhold til deres egen behandling?*

Først kiggede forskeren på materialet i fugleperspektiv. I materialets foreløbige temaer, så forskeren efter de første gennemlæsninger, fire temaer, som tydeligt fremgik af materialet:

Tiden før diabetisk fodsår - Diabetisk fodsår ændrede mit liv – Fremtiden - Bekymringer.

Det krævede nu en systematisk gennemgang af materialet i flere led, for at kunne sammenholde de teoretiske perspektiver, hvor relevans, validitet og refleksivitet måtte sikres i analyseprocessen.

Forskeren kunne medtage gode citater til illustrationer af resultaterne, men teksten måtte ikke kun bestå af citater, hvilket ville gøre processen ufærdig. Målet med studiet var at kunne udvikle videnskabelig kundskab, hvor dette kun var forarbejdet.

Det var vigtigt at kunne læse mellem linjerne og bag om det, som informanterne havde fortalt, for at kunne forstå, hvad det sagte var udtryk for. Dette niveau kaldes latente analyser (Glasdam, 2015, s. 115). For at få patientperspektivet tydeligt frem valgte forskeren at klippe materialet ud i små bidder. Dette forøgede forskerens fokus på informanternes udsagn, og forskeren undgik at fokusere på irrelevant tekst, som fx interviewguidens spørgsmål til informanterne.

Herved kom patientperspektivet endelig til syne, hvorefter kodning og kategorisering i forhold til problemstillingen blev bearbejdet. *En forudsætning er å arbejde fleksibelt, særligt til å begynde med (Malterud 2021).* Forskeren oplevede en tid, hvor det gik tre skridt frem og to tiltage med kodningen. Forskeren var længe på dette stadie. Forskeren stod nu tilbage med kategorier, som genfortalte og sammenfattede det, som var til stede i den aktuelle kategori med tydelige genlyd af informanternes ord og de begreber, som informanterne har brugt (Ibid). Derved fremkom studiets endelige udvalgte kategorierne:

- ***At leve med diabetiske fodsår***
- ***At få diagnose og de ændringer, som det medfører***
- ***At leve med begrænsninger, som diabetiske fodsår giver***
- ***At modtage sårbehandling i hjemmet, på sygeplejeklinikken og på sygehuset***
- ***At tænke på fremtiden og håbet***

Resultaterne dannede herefter grundlag for nye fortolkende beskrivelser efter, at de blev sat sammen, men det var forsat vigtigt, at materialet var loyalt overfor informanternes udsagn og den sammenhæng, som teksten var hentet ud fra.

Det næste afsnit i studiet er en gennemgang af de forskningsetiske vurderinger, som forskeren måtte tage stilling til både før studiet blev udført, under studiet og efter at studiet var afsluttet.

4. Forskningsetiske vurderinger

De forskningsetiske retningslinjer ved Universitetet i Sørøst-Norge (USN) krævede en vurdering af, om forskeren havde taget højde for, at informanterne i studiet blev beskyttet via informeret samtykke, anonymitet, konfidensialitet og muligheden for at trække sig fra studiet (Masterhåndboka for master i avansert klinisk allmennspsykepleie, 2021).

4.1. Skriftlig informeret samtykke

Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) blev af USN anvendt som personværnsombud, studier med informanter skulle anmeldes til NSD. Tidligt i processen blev der udarbejdet en ansøgning til NSD med information om studiet og behandling af de personoplysninger, som studiet indeholdt. Interviews kunne først påbegyndes efter, at der var opnået godkendelse fra NSD (Ibid). Godkendelse fra NSD kom i starten af december 2021. Se vurdering fra NSD, bilag 5. Alle informanterne deltog frivilligt og blev bedt om at give både mundtligt og skriftligt samtykke før deltagelse i studiet. Informanter kunne til enhver tid trække deres samtykke tilbage, hvorefter data fra informanten blev fjernet fra studiet.

4.2. Opbevaring af datamateriale

Datamaterialet blev opbevaret efter gældende retningslinjer fra USN. Alle interviews blev transskriberet og anonymiseret, før de blev skrevet ud. Lydoptagelserne blev optaget og lagret med "Nettskjema Diktafon", hvor der blev taget højde for konfidensialitet, idet det kun var forsker, som havde adgang til datamaterialet. Alle lydoptagelser blev fjernet, når studiet var færdigt. Forskeren opbevarede de skriftlige samtykkeerklæringer i et aflåst skab i forskerens husstand og det transskriberede datamateriale på en USB-pen, som kun forsker havde adgang til (Ibid).

4.3. Risiko/nytte

Informanternes deltagelse i studiet var frivilligt og fandt sted i informanternes fritid. Der var ikke været nogen form for risiko eller ulempe for informanterne. Det var ikke muligt for forskeren at tilbyde informanterne kompensation for interviewtiden.

4.4. Varetagelse af deltagernes integritet

Alle informanter optrådte anonymt i studiet, og der blev lagt vægt på informanternes integritet. Der blev foretaget individuelle vurderinger af, om citater, som forskeren ønskede anvendt i resultatdelen, kunne give anledning, til genkendelse.

4.5. Varetagelse af studiets troværdighed

Det var nødvendigt for studiets troværdighed, at forskeren både før og under studiet var opmærksom på sin egen forforståelse. Hermed forstået som forskerens påvirkningskraft under interviews, og hvordan forskerens forforståelse kunne påvirke både dataindsamlingen og fortolkningen af data (Kvale og Brinkmann 2009).

Studiets resultater vil blive præsenteret i det næste afsnit og studiet vil se nærmere på, hvad det indebærer for informanterne at leve med diabetiske fodsår.

5. Præsentation af resultater

Studiets formål er, at udforske og beskrive patienternes oplevelser af at leve med diabetiske fodsår og patienternes præferencer og muligheder for medbestemmelse i forhold til deres egen behandling samt vurdere, om der kan være behov for at udvikle nye metoder til sårbehandling i Danmark. Her i dette afsnit sammenfattes og præsenteres resultaterne fra analysen, gennem fortolkning af mønstre, strukturer og sammenhænge, som er fremkommet i analysen.

5.1 At leve med diabetiske fodsår

At skulle leve med fodsår var svært at forberede sig på. Et fodsår som ikke ville gå væk igen, men måske var til stede i flere måneder eller år. Nogle af informanterne oplyste, at de i starten ikke tog fodsåret særligt alvorligt, da de tidligere havde haft sår andre steder på kroppen, som hurtigt forsvandt af sig selv,

"Det er noget pjat, hos mig læges sår på 14 dage. Først tænkte jeg, at det sgu er, alt det "lort" de smører på. De brugte bihonning og alverdens ting, men jeg lod dem rode med det, men det tog uhyggelig lang tid, men det var jo nok fordi, at det var sådan et af de her, diabetiske sår."

5.1.1 At få diagnose og de ændringer som det medfører

Type 2-diabetes er en kronisk sygdom, som alle 7 informanter havde fået diagnosticeret. Der var stor forskel på, hvor længe, at den enkelte informant havde levet med viden om sin diabetes. Flere af informanterne havde levet med diabetes gennem mange år, mens en enkelt af informant først indenfor det sidste år havde fået konstateret diabetes. En enkelt af informanterne havde deltaget i en screening i forbindelse med et sundhedsfagligt studie, hvor man opdagede, at han havde diabetes. En anden af informanterne fik stillet diagnosen diabetes ved praktiserende læge nogle år, før han fik fodsår, mens de øvrige 5 informanter først fik konstateret diabetes efter, at de havde fået en sårinfektion fx ved munden, eller ved at der pludselig var kommet et sår på/under foden, som ikke ville læges. 4 ud af 7 informanter havde tidligere fået foretaget en mindre amputation af én eller flere tæer.

At få konstateret diabetes fortalte flere af informanterne, at de havde svært ved at forstå og acceptere. Nogle af informanterne fortalte, at det var et chok at få diagnosen. En informant sagde:

"Guderne må vide, hvor længe jeg har haft diabetes, før det blev opdaget. For et år siden sagde min læge, at jeg havde diabetes, "Nej jeg har sgu da ikke diabetes", nå men de kunne måle mit langtidsblodsukker og så, at jeg havde diabetes, så det var der ikke tvivl om."

Flere beskrev, at de havde svært ved at ændre deres livsstil og nogle af informanterne sagde også, at de levede, som de altid havde gjort, de fik ikke taget den ordinerede medicin. Nu her flere år efter at de fik konstateret diabetes, sagde nogle af informanterne, at de var klar over, at de burde have overholdt ordinationerne og indtaget medicin, som lægen havde ordineret, da det ikke var godt for deres diabetes ikke at følge ordinationerne, hvilket kunne have været medvirkende til udvikling af fodsår. En af informant sagde til mig, at han følte at det hele gik langsommere efter at han havde fået fodsåret,

”Mit liv er helt ødelagt, det hele går langsommere”

Flere informanter gav udtryk for, at de oplevede komplikationer med øjnene, hvilket gav dem mange bekymringer. Særligt problemerne med øjnene betragtede informanterne, som en af de hårde følger, da der var risiko for, at de kunne blive blinde, hvis de ikke passede deres diabetes. Informanterne fortalte om følgerne af at leve med fodsår, som gav informanterne en del begrænsninger i deres hverdag.

5.1.2 At leve med følgerne af diabetiske fodsår

Informanterne berettede om problemer med følelsen i tæerne som følge af deres diabetes. Et par af informanterne sagde, at det specielt var vigtigt, at de passede på ved varme, én sagde

”Jeg har brændt min fod på radiatoren i soveværelset, da den lå op ad radiatoren, så var det brændt ind til knoglen på min lilletå. Jeg har jo nervebetændelse og kan ikke mærke mine fødder eller sår.

Informanterne bemærkede, at der var forskellige årsager til at sårene opstod, nogle gange startede det med en vabel, blodansamling, nekrose eller et tryksår ovenpå eller under foden,

”Det gør rigtigt nas, så kommer det i sådan nogle jag, hvor det ligesom trækker noget op og slipper igen, så på siden af foden kan jeg se, at jeg får et rødt mærke, så er det om at holde øje med, hvad det udvikler sig til.”

I flere interviews gav informanterne udtryk for, at pårørende, var en stor støtte i hverdagen,

”Jeg har faktisk filosoferet lidt over det, og hvis jeg ikke havde haft min hustru, og det bare havde været hjemmeplejen, som kom to gange om ugen, så kunne det godt være, at jeg havde hængt mig selv”

men det var desværre ikke alle informanter, som havde en ægtefælle at dele hverdagen med, ofte var der andre pårørende eller venner, som de kunne trække på. Flere af informanterne ønskede, at

deres pårørende blev inddraget yderligere i selve behandlingen og fik viden om, hvad det ville sige at leve med et fodsår, så de pårørende vidste, hvad informanterne med diabetiske fodsår sloges med, og flere informanter mente, at det ville få de pårørende til at kigge forbi oftere. Samtidigt forklarede informanterne, at det var vigtigt for dem, at de kunne klare sig selv så længe som muligt uden at modtage for meget hjælp fra det offentlige og ikke at skulle belaste deres venner og naboer hele tiden,

”Naboerne har været flinke til at hjælpe, det går fx godt med at de skovler sne i 14 dg, men det er svært når jeg nogle gange har brug for hjælp i mere end 2 måneder.”

At have et fodsår satte også mange tanker i gang for informanterne, flere informanter gav udtryk for at de oplevede det, som stressende og psykisk anstrengende at leve med fodsår og de begrænsninger, som fodsår gav informanterne.

5.1.3 At leve med begrænsninger som diabetiske fodsår giver

Alle 7 informanter beskrev, at de oplevede begrænsninger, som nedsatte deres muligheder for mobilitet efter, at de havde fået et fodsår.

Flere af informanterne følte, at fodsårene havde nedsat deres muligheder for at bevæge sig og motionere, som de havde gjort tidligere. Tidligere havde flere af informanter taget på rejser, hvilket nu ikke længere var muligt for informanterne efter, at de havde fået fodsår.

”Jeg kunne tage på ferie, gerne golf ferie, det kan jeg desværre ikke mere.”

Informanterne berettede om, at de havde fået besked på kun at gå mindre distancer, mens andre oplyste, at de ikke længere kunne løbe, cykle eller svømme. Ofte var der også problemer med at gå på trapper, så det bevirkede, at en af informanterne nu kun boede i stueetagen,

”Efter at jeg har fået sår bor jeg nu kun i stueetagen. De har sagt til mig at jeg skal gå så lidt som muligt. Det er jo til mit eget bedste. Det er 6 måneder siden, at jeg sidst har gået en tur udenfor”

En af informanterne forklarede, at han ofte tidligere hjalp andre med at flytte, men det var ikke længere muligt, da det nu var begrænset, hvor meget hjælp, som informant kunne tilbyde andre, da han var nødt til at passe på sig selv, og at han selv gik mindst muligt. At køre bil blev svært, bemærkede informanterne, da det ofte gav øget tryk, hvor der var sår på fødderne. Flere af

informanterne gav udtryk for, at de ikke turde køre bil med deres ortopædiske sko. Flere af informanterne oplevede, at det var problematisk at få lavet fodtøj. En enkelt af informanterne var godt tilfreds med sine sko, mens de øvrige informanter virkede frustreret, når samtalen faldt på fodtøj. De undrede sig over, at det var så kompliceret at fremstille et optimalt tilpasset fodtøj til deres fødder. Det krævede ofte, at informanterne kom ind til skomageren flere gange for at få tilrettet deres fodtøj for at undgå nye sår.

”Vi har været hos skomageren 1 million gange”

For en af informanterne var det nødvendigt med anskaffelse af hjælpemidler gennem kommunen for at kunne varetage hans nuværende job, som håndværker, efter der var opstået problemer med diabetiske fodsår,

”Jeg er håndværker, og arbejder på forskellige byggepladser som servicemand, jeg er blevet tilbudt hjælpemidler for at gøre min hverdag nemmere: jeg har fået en trappestige med bredde trin og så har jeg nogle vogne, som jeg kører mine materialer på, så jeg ikke skal løfte”

Behandlingen af fodsåret var informanterne nødt til at tage hensyn til i dagligdagen, flere af informanterne nævnte, at de brugte en del tid på behandlingen af fodsåret hver uge.

”Tidligere havde jeg jo normale fødder, kan man sige, og jeg kunne jo gå normalt, og ja det var jo bedre, i stedet skal jeg ned til sygeplejersken tit, det går der tid med”.

5.1.4 At modtage sårbehandling i hjemmet, på sygeplejeklinikken og på sygehuset

Nogle af informanterne forklarede, at de selv varetog behandlingen af deres fodsår et par gange om ugen, samtidigt med at hjemmesygeplejen tilså såret mindst én gang om ugen, mens andre informanter fortalte, at de ikke rigtigt havde mod på selv at passe såret, da de oplevede, at deres sår var for store til, at de selv deltog aktivt i behandlingen, informanterne ville ikke selv bruge skalpel og pincet, det ville de hellere overlade til sygeplejerskerne.

Nogle informanterne oplyste, at deres fodsår ofte var svære at passe selv, flere var bange for ikke at kunne magte opgaven. Ingen af informanterne havde kendskab til sårbehandling fra tidligere, og flere af informanterne oplevede, at sårene blev større og større. En af informanterne beskrev, at det havde været svært at få hjælp til behandling af fodsåret,

"I starten passede vi selv såret, vi blev ved med at sige til vores læge, - kan vi ikke godt få noget mere hjælp her? Men det tog langt tid før, at vi fik lov til at få hjemmesygeplejen til at hjælpe os, nok ca. 6 uger"

De informanterne, som jeg talte med, modtog sårbehandling af sygeplejersker enten i deres eget hjem, eller hvis de var mobile, så vil de ofte få en tid på en sygeplejeklinik i nærheden af deres bopæl. Ved komplekse fodsår var der indimellem behov for tilsyn på sårcenteret på det nærmeste sygehus med jævne mellemrum. En af de informanterne, som modtog sårbehandling i eget hjem, beskrev, at han i starten af forløbet havde følt sig låst fast i hjemmet, da han måtte bruge meget tid på at vente på sårbehandlingen flere gange hver uge. Informanterne oplyste, at de vidste hvilke dage sygeplejerskerne kom, men at de ikke kendte tidspunktet, så de måtte vente på, at sygeplejerskerne kom. Andre af informanterne forklarede, at de selv havde valgt at få tilset deres sår på sygeplejeklinikken for at blive tilset af en fagprofessionel, en med uddannelse i sårbehandling og i sygeplejeklinikken havde de på forhånd et kendt tidspunkt.

"Bange for at fodsårene udvikler sig, vil gerne have en fagprofessionel til at se på sårene.

Andre af informanterne sagde, at de kendte deres fodsår godt, og at de guidede sygeplejerskerne, fortalte dem, hvor på foden at de skulle skære. Informanterne oplyste, at de kendte skabene i sygeplejeklinikken godt og vidste, hvor de forskellige plastre var, så de kunne hjælpe sygeplejerskerne, som ikke kendte klinikken så godt. En af informanterne arbejdede om natten og ønskede derfor at få sårbehandling om aftenen, men dette viste sig ikke at være muligt for sygeplejerskerne i hans kommune. Så han måtte tage ned til sygeplejeklinikken i dagtimerne for at få hjælp til sårbehandlingen og måtte vente med at sove til senere på dagen.

Der var udgifter for informanterne forbundet med at komme til sygeplejeklinikkerne, da informanterne selv skulle betale for transporten og ofte havde behov for at blive kørt til og fra sygeplejeklinikken, hvis de ikke selv var i stand til at køre bil. Det var muligt for informanterne at bestille gratis kørsel til sygehuset, hvis der var behov for at blive set ude på sårcenteret på sygehuset. På sygehuset blev informanterne ofte tilset af en sygeplejerske og en fodterapeut. En informant fortalte, at hvis han skulle ses af en læge, så skulle det planlægges. Informanterne var glade for at komme i sårcentrene på sygehuset,

"Sygehuset kigger med hver måned. Ofte er det bare en fodterapeut og sårsygeplejerske, hvis jeg skal ses af en læge, så skal det planlægges, så der er sat tid af til, at lægen kan se mig.

Informanterne beskrev, at der kunne være forskel på hvilke forbindinger og plastre, som blev sat på af sårcenteret og i hjemmesygeplejen. Det var ikke altid, at de brugte de samme bandager eller at sygeplejerskerne vidste, hvad der skulle sættes ovenpå såret. Informanterne forklarede, at det ofte var dem, som skulle sikre information mellem deres forskellige behandlere, da behandlernes systemer ikke kunne kommunikere med hinanden. Hjemmesygeplejen kunne ikke se, hvad sygehuset skrev, og sygehuset kunne ikke se, hjemmesygeplejens notater. Informanterne sagde, at det eneste, som hjemmesygeplejen kunne se, var om informanterne var indlagt eller udskrevet,

"Sygehuset er ikke særlig meddelsomt overfor hjemmesygeplejersken. Den eneste kommunikation der er, er, når jeg fortæller om, hvad jeg har fået besked på."

Informanterne ønskede at kunne bade dagligt, men med fodsår var dette ikke altid muligt. Flere af informanterne berettede om kreative løsninger for at kunne bade dagligt og endda gå i havet, oftest uden at bandagerne blev våde. Nogle af informanterne kunne selv skifte bandagen, hvis den blev våd, mens andre informanter forklarede, at deres pårørende skiftede bandage, eller at de kørte hen på sygeplejeklinikken for at få hjælp.

Ved mistanke om infektion fortalte flere af informanterne, at de kunne mærke, når de havde infektion i deres sår,

"Jeg får feber, ikke meget feber, men jeg kan mærke, at jeg begynder at få ondt i halsen og jeg bliver halvsløj, når der kommer infektion og mit blodsukker, det farer derop af og det betyder ofte, at jeg skal henvende mig til lægen eller lægevagten for at få målt mit infektionstal, måske har jeg behov for antibiotika i drop for at slå infektionen ned."

mens andre kun følte sparsomme tegn på influenza, og nogle gange var rigtig syge uden at informanterne selv var klar over dette,

"Jeg havde sådan lidt influenzasympptomer, men følte mig ikke syg på nogen måde. Det viste sig, at det var en alvorlig blodforgiftning, som jeg havde fået"

Flere af informanterne var godt klar over, at det kunne være nødvendigt med langvarig antibiotika behandling for at undgå yderligere amputationer. Informanterne oplevede, at behandling med antibiotika hjalp, men samtidigt fortalte mange af dem også, at det var hårdt at få antibiotika i længere tid, og de ofte havde vrøvl med maven.

"Sårene aftager, når jeg får antibiotika i drop, men de kom igen, lige efter at jeg stoppede med det."

Alle informanter forklarede, at de var meget tilfredse med den hjælp, som de modtog til sårbehandlingen, men håbede, at de i fremtiden kunne blive fri for sår.

5.1.5 At tænke på fremtiden og håbet

Alle informanter gav udtryk for drømme og håb for fremtiden. Alle informanterne havde håb om, at der var mulighed for, at de igen kunne blive mere aktive,

”Mine mål er at komme ud af det her, jeg er rimelig træt af det her, fordi jeg kunne jo tænke mig at jeg kunne gå, og jeg har ikke noget imod at gå til træning eller sådan noget fx at kunne cykle lidt.”

Flere af informanterne drømte om en fremtid uden sår, men indrømmede samtidigt, at de havde svært ved selv at tro på dette, da de havde været plaget af fodsår gennem flere år, og at de fleste informanter nu mest håbede på, at kunne undgå yderligere amputationer.

”Mine nuværende mål er jo; At blive sårfri, men om jeg bliver det - ved jeg ikke.

En del af informanterne bemærkede, at de var klar over, at deres krop var slidt, og nogle af informanterne forklarede, at de ønskede sig en ny krop, mens andres største ønske var et andet og mindre hårdt arbejde. For nogle af informanterne var håbet, at det blev muligt at fremstille sko, som passede, og som ikke skulle justeres hele tiden. Mange af informanterne var bange for, at fodtøjet ikke passede, ikke var brede nok, var glatte eller måske vejede for meget.

”Mine ortopædiske sko er store og klodsede. Sko er noget lort! For at sige det mildt! Det har været den samme skomager, som har fremstillet de her mange par sko til mig.

Flere af informanterne var også nervøse for hvad fremtiden ville bringe. Nogle af informanterne havde prøvet at blive amputeret flere gange tidligere og vidste, hvordan det foregik, andre af informanterne var sikker på, at livet sluttede, hvis det kom til en amputation

”Det er min største skræk, hvis de skal fjerne en tå. Jeg frygter det så meget, at det kommer til at ske, en tå eller mere, måske en del af fødderne eller noget af benet. Det er min største skræk i livet, og ens liv vil jo nærmest være passé.”

Efter resultatafsnittet vil forskeren bevæge sig over i diskussion, som er opdelt i Del 1, Personcentreret omsorg og Del 2, Shared decision making.

6. Diskussion

Formålet med dette studie var at udforske og beskrive patienternes oplevelser af at leve med diabetiske fodsår, patienternes præferencer og muligheder for medbestemmelse i forhold til deres egen behandling samt vurdere, om der kan være behov for at udvikle nye metoder til sårbehandling i Danmark. Forskeren vil nu diskutere resultaterne mod en teoretisk referenceramme ved hjælp af tidligere forskning og teori. Til slut i dette afsnit vil studiets styrker og svagheder blive belyst.

6.1. Del 1, Personcentreret omsorg

Resultaterne fra dette studie viser, at det at leve med fodsår har stor indvirkning på hverdagslivet for dem som det rammer. Dette studie viser, hvordan hverdagslivet har forandret sig fra et aktivt hverdagsliv til et mere passivt hverdagsliv, hvor fodsåret optager det meste af hverdagslivet. Patienterne må tilpasse sig for at få hverdagen til at fungere. Der er flere begrænsninger i hverdagen, nye opgaver, som de må klare og bekymringer for fremtiden. Alle 7 patienter kunne berette om, at det at leve med diabetiske fodsår medførte en del begrænsninger for patienterne. Mange af patienterne oplevede, at de måtte blive hjemme og ikke kunne bevæge sig særlig meget omkring for at undgå at belaste fodsåret. En af patienterne i studiet tilkendegav, at han nu kun brugte stueetagen, da han ikke længere måtte gå på trapper. At dyrke motion som fx løb, cykling eller svømning var ikke længere muligt pga fodsåret. Tidligere forskning på området har også beskrevet dette. I en dansk MTV om Diabetiske fodsår skrives, at *”De patienter, som har mærket konsekvensen af fodsår i form af langvarige behandlinger og amputationer, tager situationen anderledes alvorlig og udtrykker frustration, vrede og afmagt over den langsomme heling og deres immobilitet”* (Sundhedsstyrelsen, 2011, s. 83). Forskeren noterede sig ikke vrede hos patienterne, men patienterne gav udtryk for frustration og afmagt over den langsomme heling og immobiliseringen. Costa forklarer, at diabetes fodsår har stor indvirkning på patienternes hverdagsliv med følgende formulering: *”Diabetic Foot Ulcers affect not only people’s health and wellbeing, but also have adverse effects on quality of life as they impose a heavy socioeconomic burden on the patient, his/hers family and the health system”* (Costa et al, 2017, s. 23). For at kunne give patienter med diabetiske fodsår individuelle behandlingsforløb ses i dette studie, at der kan være behov for at gentænke den danske model for sårbehandling for at kunne få adgang til patienternes oplevelser af, at leve med diabetiske fodsår. Her i Danmark har der gennem de sidste par år været et paradigmeskifte i gang på flere af regionens sygehuse, hvor person-centred care,

som i dette kapitel fremadrettet beskrives, som personcentreret omsorg vinder frem (Region Sjælland 2022), men person-centret omsorg kan måske også anvendes af sårsygeplejerskerne ude i hjemmesygeplejen. Forskeren vil se nærmere på, hvordan personcentreret omsorg kan anvendes af sårsygeplejerskerne ude i hjemmesygeplejen til behandling af patienter med diabetiske fodsår. I de personcentrerede processer har forskeren kendskab til, at sårsygeplejerskerne ofte arbejder alene og meget selvstændigt med behandling af patienten med diabetiske fodsår i patientens eget hjem, så der ses god mulighed for at opnå viden om, hvordan patienterne lever hverdagslivet med diabetiske fodsår i samarbejdet med de pårørende og for at kunne udvikle personcentreret omsorg. Det ses som en afgørende faktor, at sårsygeplejersken forpligter sig til at være kontaktperson for patienten og at patienten kender sårsygeplejerskens navn og ved at sårsygeplejersken er hans kontaktsygeplejerske (Seppänen 2019, s. 17). Der er der tre kategorier som alle bør være interesseret i personcentret omsorg, her patienten med diabetisk fodsår, sårsygeplejersken og organisationen (Ibid, s. 18). Det er vigtigt, at sårsygeplejersken er opmærksom på, at patienten med diabetiske fodsår er ekspert på eget liv, og derfor må sårsygeplejersken overveje indsatser, som kan matche patienternes erfaringer, forventninger og ressourcer. At opnå et partnerskab med patienten med fodsår kræver, at sårsygeplejersken sætter tid af til at høre patienten fortælle sin historie, at sårsygeplejersken viser engagement, er nærværende og derved opnår viden om patientens oplevelser af at leve med fodsår (McCormack et al 2017). Før der laves en fælles plan, foreslår Brown, at sårsygeplejersken gør brug af både aktiv og effektiv lytning for at finde ud af, hvordan fodsåret har indvirkning på patients hverdagsliv og undersøge, hvad der er patientens prioriteter og forventninger til behandlingen, selv om det måske er langt fra sygeplejerskens overbevisning. Sårsygeplejersken kan forklare, hvordan såret kan være opstået, hvilke undersøgelser, som der kan være behov for i forbindelse med udredning af fx blodomløbet, og sårsygeplejersken bør være ærlig i forhold til helingspotentialer, da et diabetisk fodsår ofte kan være længe om at hele. Giv information med enkle, så patienten forstår det. Pas på med at give for meget information, sygeplejersken skal sikre sig, at patienten har forstået informationen (Brown 2013, s. 27-28). Sårsygeplejerskens største udfordringer var at motivere, supervisere og støtte patienten i at foretage de nødvendige valg (Seppänen, 2019, s. 18). Patienten og sårsygeplejersken laver i fællesskab klare aftaler for sårbehandlingen. Sygeplejersken viser patienten, hvordan sårbehandlingen udføres. Hvis patienten ønsker at være aktiv deltagende i selve behandlingen af fodsåret, så ser sygeplejersken herefter patienten udføre sårbehandlingen samtidigt med at hun vejleder og roser patienten (Brown 2020, s. 48-49). Efterfølgende tilkendegiver patienten, hvor ofte

han selv kan skifte bandage ud fra den fælles plan, og sygeplejersken fortæller, hvilke muligheder hun har for at komme på tilsyn eller give patienten en tid i en af de nærliggende sygeplejeklinikker, hvor de sammen kan lægge en videre plan for behandlingen og eventuelle kontroller på sygehuset (McCormack et al 2017). *While planning the local treatment of wounds, we need to be sure the client has time for treatment and that it is possible for the client to have helping hands if needed* (Seppänen, 2019, s. 14). Sårsygeplejersken må spørge ind til, hvornår det vil passe mest optimalt for patienten i forhold til hans hverdagsliv. Sårsygeplejersken må aftale med patienten, hvordan det vil være muligt for patienten at tage brusebad. Det vil ligeledes være en god ide, om sårsygeplejersken nedskriver den aftalte plan for sårbehandlingen, hvordan den udføres, og de næste tider samt udleverer planen til patienten (ibid.). Sårsygeplejerskerne må ikke kun have fokus på fodsåret, men det er nødvendigt, at sårsygeplejersken tænker på hele mennesket (Bemark et al, 2017, s. 145). Sårsygeplejersken bør have fokus på patientens oplevelser og hvilken betydning, som det kan have for heling af det diabetiske fodsår. Her bør sårsygeplejerskerne tænke på, at alle patienter vil på et eller andet plan kunne deltage i behandlingen af deres fodsår, og at patienterne alle har noget at byde ind med (McCormack et al 2017). Ifølge McCormacks model kan der i forhold til de ydre rammer være nogle politiske rammer i forhold til økonomi og visitering til sårbehandling, som bestemmer, hvor meget tid som sårsygeplejersken kan anvende. Sårsygeplejersken må sikre sig, at ledelsen i organisationen kender fordelene ved at anvende personcentreret omsorg og muligheder i denne metode for at få hjælp til implementeringen og økonomi. (ibid.) Personcentret omsorg kan give patienten en individuel plan, her ses patienten som en person med individuelle behov og ikke en kun en sygdom. Ved at anvende personcentret omsorg bliver patientens stemme hørt (Lusher 2020, s. 1092). Det er den fælles plan, patientens overbevisninger, styrker og personlighed, som bliver omdrejningspunktet (Gethin G, 2020). Et systematik review fra EWMA beskriver flere studier, som har forsøgt at sammenligne personcentret omsorg i forbindelse med sårbehandling til patienter med sår. Her angives, at der er behov for mere forskning på området, men review'et viste tydelige tegn på, personcentreret omsorg gav højere patienttilfredshed, mere viden til patienterne og et bedre hverdagsliv, mens heling af sårene ikke var undersøgt i disse studier. Det er et interessant felt, som det måske er for tidligt at sige så meget om, da det endnu er en ny model (Gethin G, 2020). For at personcentret omsorg til patienter med diabetiske fodsår kan blive en succes er der behov mere kvalitativ forskning på området for at få muligheder for at kende patienternes evaluering af modellen, personcentreret omsorg. Der findes evidens for at patienter med kroniske sygdomme, såsom diabetes opnår bedre sundhed, når de selv deltager aktivt i deres

behandling (Costa et Al, 2017). Dette studie viser, at det at leve med diabetiske fodsår har stor betydning for patienternes hverdagsliv og i studiet ses, at der er mange hverdagsting, som de ikke længere kan klare eller kan udføre selv.

6.2. Del 2, Shared decision making

I studiet havde patienterne med fodsår ikke de store muligheder for medbestemmelse i behandlingen af deres fodsår. Det er ligeledes svært at få øje på, at patienternes præferencer tilgodeses. En af patienterne sagde i studiet, at det var svært at få hjælp til behandling, og at han måtte kontakte den praktiserende læge flere gange før det lykkedes, for ham at blive taget alvorligt, og derved få mulighed for at få hjælp til behandling af fodsåret. Studiet beskrev, at patienterne ved sårbehandling i eget hjem kendte på forhånd ugedagene for besøget, men de kendte ikke tidspunktet, hvilket medførte at patienterne måtte vente på sygeplejerskerne fra tidlig morgen til sidst på eftermiddagen. En patient gav ligeledes udtryk for, at han ikke kunne få til tid til sårbehandling om aftenen, selvom det passede bedst i forhold til han job. I McCormacks model, Personcenteret omsorg indgår begrebet shared decision making, som et af elementerne. I shared decision making deltager både patienten og sårsygeplejersken aktivt for at kunne tage beslutninger i forhold til behandlingen af patientens fodsår. Patienten må dele sin viden, om hvordan det er leve med fodsåret, så sygeplejersken får kendskab til patientens hverdagsliv med fodsår. Ligeledes må sygeplejersken dele sin faglige viden om: Diabetes, tilbud til diabetespatienterne, komplikationer til diabetes, diabetiske fodsår, behandling af diabetiske fodsår, aflastning af fodsåret, telemedicinsk sårvurdering, henvisning til sårcenteret, behov for fodterapeut, karkirurgiske muligheder for at bedre blodforsyningen, fodtøj, sårinfektioner, knoglebetændelse samt risiko for amputationer med patienten. Det er vigtigt, at både patienten og sårsygeplejersken får mulighed for at præsentere deres præferencer. Formålet med shared decision making er, at patienten og de pårørende får mulighed for at mærke efter, hvad der er vigtigst for patienten, og hvilke behandlingsmuligheder, som vægtes mest af patienten, når patienten tager højde for ønsker for livet, fremtidig risiko og bivirkninger her og nu. For at kunne handle ud fra shared decision making, skal patienten og sårsygeplejersken være enige om den endelige beslutning (Danske patienter, 2020). Ud fra ovenstående beskrivelse må sårsygeplejersken sikre sig, at hun har den fornødne viden om behandling af diabetiske fodsår for at kunne vejlede patienten bedst muligt. I Danmark udføres 90 % af sårbehandlinger i kommunerne, hvor behandlingerne varetages af hjemmesygeplejerskerne. På sygehuset udføres de resterende 10 % af behandlinger, som ofte er komplekse kroniske sår med

dybe infektioner. Det vil sige, at patienter med fodsår ofte modtager deres behandling af en sårsygeplejerske enten i patientens eget hjem eller på en sygeplejeklinik. I dette studie fortalte, en af patienterne, at han kom ned i sygeplejeklinikken for at sikre sig, at en uddannet sårsygeplejerske tilså hans fodsår. I Danmark er der mulighed for at tage en diplomuddannelse i sår, som består af 30 ECTS-point, og mange hjemmesygeplejersker har denne uddannelse og kan hjælpe patienterne efter bedst practice. Der er ikke nationale retningslinjer for antallet af uddannede sårsygeplejersker pr indbygger, derfor kan antallet af sårsygeplejersker i kommuner variere meget, hvilket har betydning for behandling af patienter med diabetiske fodsår og mindsker risikoen betragteligt for langvarige kroniske sår og dermed også amputation (UCSYD, 2022). I studiet fortalte patienterne, at det var svært at få lavet optimalt fodtøj og som er nødvendig for at opnå heling (Costa et al, 2017, s. 23). Her må sygeplejersken dele sin viden med patienten og sikre sig, at patienten får lavet fodtøj, som passer og sikrer aflastning af fodsåret. I dette studie var der 6 ud af 7 patienter, som medgav, at de ofte måtte ud til skomageren for at få tilrettet deres fodtøj, og nogle af patienterne fortalte, at det fodtøj, som var fremstillet, var ubrugeligt, da det desværre var alt for tungt. Mange patienter var overrasket over, at det var så problematisk at fremstille fodtøj, som passede til deres fødder og kunne reducere eller fjerne uhensigtsmæssige trykpåvirkninger, som var afgørende for om fodsåret kunne hele. Patienterne tilkendegav, at de ønskede fodtøj, som passede optimalt, bedre information om, hvordan nye sko tages i brug for at undgå, at der kommer nye sår. Ofte var det kunne patienterne, som kan finde ud af, om fodtøjet passede. I nogle regioner anvendes ganganalyse, hvor der lægges en sål med elektroder ned i skoene, hvorefter patienterne går op og ned af gangen, så det efterfølgende er muligt at se, om indlæg/såler passer til patienternes fødder. Desværre findes dette endnu ikke i Region Sjælland. I studiet har mange patienter problemer med det ortopædiske fodtøj og der ses et øget behov for at patienterne får information fra sårsygeplejersken om, hvordan patienterne skal forholde sig. Sårsygeplejersken må være tovholder i forhold til kommunen, som skal bevillige sko, og sårsygeplejersken kan i samarbejde med patienten henvende sig til skomager for at forhøre sig om, hvordan de vil sikre sig, at skoene kommer til at passe patientens fødder. Hvis det ikke er muligt at få korrekt tilpasset sko ved denne skomager, så må sårsygeplejersken fortælle patienten, at det er muligt at anvende en anden skomager mod en lille egenbetaling. Igen vil det være vigtigt for sårsygeplejersken at dele sine præferencer, om hvor vigtigt at det er, at fodtøjet passer og sikre aflastning. Diabetiske fodsår er ofte meget komplekse sår og kræver næsten uden undtagelser, at patienten bliver henvist til et

multidisciplinært team¹ i sårcenteret, for at sikre at patienten er i optimal behandling for sin diabetes, fodterapeuterapi, karkirurgisk udredning, mulighed for at få mulighed røntgen af foden, samt at der laves eventuelle midlertidige aflastende indlæg og sko. Selv et mindre fodsår kan hurtigt udvikle sig, hvis der ikke sikres aflastende indlæg eller behandlersko, og fodsår vil naturligvis hele hurtigere med optimal aflastning, derfor er det forskerens opfattelse, at alle diabetiske fodsår bør henvises til sårcenteret. Oftest ser sårcenteret kun de mest komplekse fodsår (Bermark 2017, s. 144). I dette studie havde alle patienterne været inde på sårcenteret mindst 1 gang og flere blev fulgt på sårcenteret mindst 1 gang hver måneden enten af sygeplejersken eller fodterapeuten. Sygehuset vil efter at have set patienten 1. gang, oprette patienten i en sårjournal. I resultatdelen fortalte patienterne, at sårbehandlere ikke kommunikerede med hinanden, dette var nyt for mig, som koordinerende sårsygeplejerske. I det Regeringen, Danske regioner og Kommunernes Landsforening i 2013 besluttede, at anvende Telemedicinsk Sårvurdering, som et nationalt digitalt værktøj i sårbehandling. I Region Sjælland er Telemedicinsk Sårvurdering udrullet til alle kommuner og sygehuse, som gør det muligt for alle sårbehandlere i Region Sjælland at tilgå Telemedicinsk Sårvurdering og derigennem kommunikere med hinanden tværsektorielt samt opdatere aktuelle patientforløb med fotos og sårvurderinger, sår målninger og kommentarer. Dette skulle give sårpatienterne den bedst mulige behandling og sikre mere fokus på behandlingen af sår ude i kommunerne. Det er ligeledes muligt for den praktiserende læge samt patienterne at logge ind for at se foto og beskrivelser. I nogle regioner kan patienterne selv lægge fotos ind og skrive kommentarer til behandlere og til trods for dette var der ingen af de patienterne i studiet, som gav udtryk for, at de havde kendskab til Telemedicinsk Sårvurdering. For patienter med diabetiske fodsår vil Telemedicinsk Sårvurdering kunne fungere som et godt digitalt værktøj, hvor patienterne selv kan være aktive, fortælle om deres oplevelser, hvordan de har det samt stille spørgsmål til behandlere. I tilfælde af at der blev talt om amputation på sårcenteret, så må sygeplejersken informere patienten om fordele og ulemper ved dette. En af patienterne fortæller i studiet, at hans største skræk er amputation af en tå eller mere, da han så mener, at hans liv vil være passé. Flere aviser og tidsskrifter har i sensommeren 2022 bragt artikler, om at patienter i Region Sjælland har langt større risiko for at få foretaget en amputation end i andre regioner. Det har vist sig, at Region Sjælland årligt foretager mere end 70 amputationer pr 100.000 indbyggere, det er dobbelt så mange som Region Nordjylland og Region

¹ Team bestående af en sårsygeplejerske, ortopædkirurg, endokrinolog, fodterapeut og skomager

Hovedstaden. Her ses endvidere, at Region Sjælland har henvist langt færre patienter til karkirurgiske forbedringer end de andre regioner (Sygeplejersken 2022). Her ses behov for en ensartet og sammenhængende behandling i Danmark for behandlingen af diabetiske fodsår. Efter at der i sommeren 2022 kom meget fokus på amputationer, så vil Region Sjælland udarbejde en handleplan på området for at nedsætte antallet af amputationer i fremtiden og sikre, at patienterne med fodsår kommer hurtigere ind til karkirurgisk vurdering på sygehuset for at se, om der er mulighed for at oprense blodårerne. I flere andre lande har sygeplejerskerne arbejdet med implementering af shared decision making på sårområdet. I England blev der i en artikel af Annemarie Brown fundet 5 barrierer for implementering af shared decision making. Som det første påpeger Brown, at sygeplejersker allerede mente, at de samarbejdede med patienterne ud fra shared-decision making, selvom de ikke tog højde for patienternes mål eller præferencer. Ligeledes oplevede sygeplejerskerne, at de manglede redskaber til at implementere shared decision making. Sygeplejerskerne mente, at patienterne ikke ønskede at dele deres oplevelser gennem shared decision making, mens nogle af de ældre patienter fortalte, at de var bange for at gøre sygeplejerskerne kede af det, hvis de ikke var enige med dem i behandlingen. De ønskede, at blive opfattet som gode patienter. Ligeledes følte flere af sygeplejerskerne, at der ikke var tid til at prioritere shared decision making i sårbehandlingen. Desuden forklarer Brown, at det er svært at måle patienternes tilfredsheden med shared decision making (Brown, 2020, s. 47-48). Disse 5 barrierer bør sygeplejerskerne i Danmark være opmærksom på før implementering af shared decision making og medtænke som mulige barrierer, som sygeplejerskerne er nødt til at forcere for at kunne afprøve shared decision making i sårbehandlingen i Danmark.

6.3. Metode kritik

Her i dette kapitel ses nærmere på den valgte metode for studiet

6.3.1 Semistruktureret interviews og interviewlokalitet

Semistruktureret interviews var egnet til at indsamle data om patienternes oplevelser af at leve med diabetiske fodsår. Interviews foregik under trygge forhold i informanternes eget hjem. Man kan naturligvis diskutere, hvor vidt interviewet burde have foregået på et neutralt sted, men det var vigtigt for forskeren at få adgang til informanterne, og det var forskerens opfattelse, at det i dette studie, som foregik under en corona-epidemi, var vigtigt for patienterne, at studiet foregik i deres hjem.

6.3.2 Rekrutteringen

I forbindelse med rekruttering må forskeren erkende, at det kunne have været interessant at forsætte med at rekruttere flere informanter, indtil studiet var mættet, men da der var en deadline for indsamling af datamateriale og målet i studiet var 5-8 informanter, var forskeren nødt til at overholde deadline. Der blev rekrutteret 7 informanter.

6.3.3. Udvalgelse af informanter

Dette studie omhandler kun mandlige informanter, dette var ikke en bevidst handling fra forskerens side, men forskeren fik kun henvist mandlige informanter. Der er dog flere mandlige diabetes patienter i Danmark, men det er ikke til at vide, om studiet havde set anderledes ud, hvis det kun havde været kvindelige informanter, eller hvis der havde været en lige fordeling mellem kønnene (malterud, 2021).

6.3.4 Problemer med lydoptagelser

Under et af interviewene stoppede Nettskjema-diktafonen pludselig sin optagelse. Det viste sig, at Nettskjema-diktafon app afsluttede sin optagelse efter 60 minutter. Det står i vejledningen på UiO's hjemmeside, men forskeren opdagede først dette bagefter. Det lykkedes dog forskeren hurtigt at få startet Nettskjema-diktafonen igen og fik optaget det sidste af det ene interview, som varede 70 minutter.

6.3.5 Studiets styrker

Studiets styrke ligger i, at det er patienternes oplevelser af at leve med diabetiske fodsår, som er fremkommet i resultatdelen. Det er patienternes stemme, der kan høres. Forskeren har formået at få skubbe sin egen forforståelse i baggrunden og lade patienterne komme til orde.

Forskeren havde inden studiet blev påbegyndt en stor viden om emnet, diabetiske fodsår, da forskeren havde arbejdet med kroniske sår, herunder diabetiske fodsår gennem mange år (kvale og Brinkmann 2009, s. 188).

6.3.6 Studiets svagheder

Intervieweren spiller en vigtig rolle i interviewundersøgelser. I dette studie er interviews udført af en forsker med sparsom erfaring i at foretage interviews og transskribering af interviews (kvale og Brinkmann 2009, s. 188). God interviewteknik, kræver træning og forskeren havde ikke mulighed

for lave 1-2 prøveinterviews forud for dataindsamlingen blev påbegyndt (Ibid.). Dette studie er udført af én forsker og ifølge Malterud ville det være en fordel at være mindst to forskere til at gennemgå analysen af resultaterne for derved at få øje på flere detaljer og mønstre i dataindsamlingen (Ibid.).

6.3.7 Overførbarhed

Forskeren har en forventning om, at studiet er overførbart til andre studie som udforsker og beskriver mandlige patienter med oplevelser af at leve med diabetiske fodsår. Studiets metode er tydelig beskrevet og ligeledes er dataindsamlingen samt analysemetoden gengivet for at sikre overførbarheden. I resultatdelen er der gengivet citater fra patienterne, hvor der netop er udvalgt citater fra alle patientern. Citaterne er vurderet af flere omgange, før de blev anvendt i resultatdelen. Det vil formentlig ikke være muligt at gentage samme interviews og få nøjagtig samme resultater, da konteksten i interviewet er vigtig og afgørende for dataindsamlingen (Ibid.).

Diskussionsafsnittet fører studiet videre til konklusionen.

7. Konklusion

Studie udgangspunkt var at udforske og beskrive patienternes oplevelse af at leve med diabetiske fodsår. Resultaterne i studiet viser, at patienter som lever med diabetiske fodsår oplever betydelige begrænsninger i deres hverdagsliv. Patienterne i studiet var immobiliseret efter, at de havde udviklet fodsåret, og flere af patienterne havde haft fodsåret gennem flere år. Flere af patienterne håbede, at sårene ville forsvinde, og at hverdagslivet igen kunne blive mere aktivt. Studiets resultater viste, at patienterne i studiet kunne være med til at skifte bandagen, selvom de ikke følte, at de havde de store forudsætninger for dette, da de ikke kendte til sårbehandling. Patienterne kunne følge sårsygeplejerskens anvisning om immobilisering uden, at de måske vidste, hvorfor, at dette var nødvendigt. I nogle tilfælde kunne patienten vælge at komme til en sygeplejeklinik for at få sårbehandlingen. Det var ikke muligt for patienterne selv at vælge tidspunkt for sårbehandlingen. Patienternes muligheder for medbestemmelse i behandlingen af fodsåret var lille, og i studiet ses det tydeligt, at det vil kræve et paradigmeskift, før behandlingen kan foregå på patienternes præmisser. Personcenteret omsorg vil give patienten en mere individuel behandling, målrettet patientens præmisser og efter at have fået tilstrækkelig information fra sårsygeplejersken til selv at kunne deltage i behandlingsvalg, herunder til eller fravalg. Patienter vil få en personlig plan for behandlingen af deres fodsår og kende til fordele og ulemper af deres beslutninger. I Danmark anvendes det digitale værktøj, Telemedicinsk Sårvurdering indenfor sårområdet, patienter kan logge ind og se meddelelser samt fotos. I fremtiden vil det måske være muligt for patienterne at få virtuel kontakt med deres sårbehandlere ved hjælp af Telemedicinsk Sårvurdering, måske i form af et kort aftalt virtuelt møde for at følge op på, hvordan patienten oplever det i øjeblikket og patienten kan vise såret frem til sårsygeplejersken. I Region Sjælland og resten af Danmark ses der forsat behov for at sikre udredning af diabetiske fodsår og mulighed for hurtig adgang til karkirurgisk forebyggelse, der kan forebygge amputation. Måske er der i dag for mange indgange til behandling af diabetiske fodsår i Danmark, ved at der er 5 regioner, som har hvert deres tilbud, og nogle steder er der flere behandlingssenheder i hver region, som ligeledes har hver deres måde at behandle patienterne med diabetiske fodsår og det er ikke alle steder, at der er adgang til multidisciplinære teams. Patientuddannelsesprogram til patienter med diabetiske fodsår vil sikre, at patienter med diabetiske fodsår får samme informationer, og ikke tilfældigt afhængig af hvilken sårsygeplejerske, de bliver behandlet af. Samtidigt vil der være behov for, at alle sårsygeplejersker ansat i danske kommuner får mulighed for at tage en diplomuddannelse i sår.

At være sårsygeplejerske og nu APN sygeplejerske giver forskeren mulighed for at kunne koordinere patienter med diabetiske fodsår behandlingsforløb på tværs af det danske sundhedssystem. Som APN sygeplejerske vil jeg ligledes have mulighed for at iværksætte og lede interventioner, så som behovet for at udbrede personcentreret omsorgsstrategier, forskning og behandling til kommunerne, da det er vigtigt, at det ikke kun foregår inde på sygehuset, som det er tilfældet på nuværende tidspunkt.

Det vil være en god ide, at Dansk Selskab for Sårheling (DSFS) kunne facilitere en temadag med personcentreret omsorg for de danske sårsygeplejersker og læger, som arbejder med sårbehandling. Her kunne oplægsholdere, bestå af både patienter med diabetiske fodsår og sårsygeplejersker, som kunne fortælle om fordelene ved at anvende personcentreret omsorg og shared decision making i sårbehandling. Der kan endvidere oprettes med et modul på diplomuddannelse i personcenteret omsorg for at øge fokus på dette, og sikre, at sygeplejersker får de rigtige kompetencer for at kunne udøve shared decision making. Det har været udfordrende for forskeren at udføre studiet, og forskeren er interesseret i at udforske personcenteret omsorg og shared decision making i et nyt studie, om kvinders oplevelse af at leve med diabetiske fodsår.

Svar på studiets problemstillingen:

Hvordan beskriver patienterne det at leve med diabetiske fodsår, og hvilke præferencer og muligheder for medbestemmelse har de i forhold til deres egen behandling?

Patienternes hverdagslivet bliver væsentligt begrænset, da patienterne ofte er meget immobiliseret på grund af deres fodsår. Med personcentreret omsorg og shared decision making kan patienter med diabetiske fodsår opnå medbestemmelse på deres præmisser.

8. Referencer

- Bjerrum, M. (2005). *Fra problem til færdig opgave*. Kbh: Akademisk Forlag
- Bermark S., Melby B. (2017) *Sår og sårbehandling: en grundbog i sygeplejen*, s. 144-145. Kbh: Fadl's Forlag.
- Brown, A. (2013) *Implications of patient shared decision-making on wound Care*. Wound Care, Clinical Focus.
- Brown, A. (2020). *Shared decision-making and patient self-care in wound management*. Journal of Community Nursing. Oct/Nov2020, Vol. 34 Issue 5, s. 47-51.
- Costa, I. G, Camargo M.D. P. & Tregunno D. (2017) *Rethinking self-care management for individuals with diabetic foot ulcers*, Wound International, Vol 8 issue 2.
- Danske patienter, *Fælles beslutningstagen* (2022) Hentet fra: <https://danskepatienter.dk/vibis/inddragelse-i-eget-forloeb/faelles-beslutningstagning>
- Diabetesforeningen (2021) *Diabetes i Region Sjælland*
Hentet fra: <https://diabetes.dk/media/hk5bt2gk/diabetesrisiko-samlet-2022-sj%C3%A6lland.pdf>
- Diabetesforeningen (2022) *Diabetes i Danmark*
Hentet fra: <https://diabetes.dk/forskning/viden-om-diabetes/diabetes-i-danmark>
- Dansk Selskab for almen medicin (DSAM), (2022). *Farmakologisk behandling af type 2-diabetes Fælles retningslinje for DES og DSAM*.
Hentet fra: <https://vejledninger.dsam.dk/fbv-t2dm/?mode=visKapitel&cid=1480&gotoChapter=1483>
- EWMA (2020). *EWMA, video explainer - What is person-centred wound care?*
Hentet fra: <https://www.youtube.com/watch?v=mP-30TT9FFM&t=16s>
- Gethin G., Probst S., Stryja J., Christiansen N. & Price P. (2020), *Evidence for person-centered care in chronic wound care, a systematic review and recommendations for practice*, J. wound care 2020, : 29 (9): Sup9. Hentet fra: <https://ewma.conference2web.com/#resources/460529>
- Glasdam, S. (2015). *Bachelorprojekter indenfor det sundhedsfaglige område - indblik i videnskabelige metoder*: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck.
- Henricson, M. (red) oversat af Antonsen, M., (2014) *Videnskabelig teori og metode: fra idé til eksamination*. (1. udgave) s.115. Kbh.: Munksgaard.
- Innes, J. A. (2018). *Macleod's Clinical Examination* (14. udgave) s. 205-209, Elsevier.
- Kvale Steiner, Brinkmann Svend (2009). *Interview. En introduktion til et håndværk*. København: Hans Reitzels Forlag.

Lusher J. 2020, *Whos's wound is it anyway?* International Wound Journal 2020;17 s. 1092

NSD (2021) Hentet fra: <https://www.nsd.no/lag-en-datahanderingsplan>

Malterud, K. (2021). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. Oslo: Universitetsforlaget

McCormack B. and McCance T. (2017) *Person-centred Practice in Nursing and Health Care: Theory and Practice*, (2nd Edition): Wiley Blackwell.

Region Nordjylland (2022), *Telemedicinsk sårvurdering*

Hentet fra: <https://rn.dk/sundhed/til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/national-og-tvaersektoriel-it/telemedicinsk-saarvurdering>

Region Sjælland laver handleplan om benamputationer efter trist national placering. Hentet fra: <https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/6537-region-sjaelland-laver-handleplan-om-benamputationer-efter-trist-national-placering.html>

Seppänen, S. (2019). *Finnish Nurses' Perception of Client-centred Wound Care*. Journal of the european wound management association 2019 vol 20 no 1, p. 11-20.

Sundhedspolitisk Tidsskrift (2022) Hentet fra: [Sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/6537](https://sundhedspolitisktidsskrift.dk/nyheder/6537)

Sundhedsstyrelsen (2011), *Diabetiske fodsår : En medicinsk teknologivurdering*. (2011); - 13(2), Kbh: Sundhedsstyrelsen, Sundhedsdokumentation

Hentet fra: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2011/Publ2011/MTV/Diabetes/Diabetiske-fods%C3%A5r,-d,-En-medicinsk-teknologisk-vurdering,-d,-Sammenfatning.ashx>

Sundhedsstyrelsen (2021), *Guideline National klinisk retningslinje for udredning og behandling af patienter med diabetiske fodsår* (2021), Kbh: Sundhedsstyrelsen, Faglig rådgivning

Hentet fra: https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2021/NKR-diabetiske-fodsar/1-National-klinisk-retningslinje-om-udredning-og-behandling-af-patienter-med-diabetiske-fods_r-2021.ashx?sc_lang=da&hash=9B2B93ED10421DCCB7D7176F87C28593

Sundhedsstyrelsen (2013), *National klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår*. Hentet fra:

<https://www.sundhedsaftalen.rm.dk/siteassets/om-sundhedsaftalen/delaftale/forlobsprogram-type2diabetes/national-klinisk-retningslinje-for-diabetisk-fodsar.pdf>

Sunesen, M. S. K. (2020). *Sådan laver du undersøgelser - Videnskabsteori, metode og analyse* (1. udgave). Kbh: Hans Reitzels Forlag.

Sygeplejersken (2022), *Flest amputationer i Region Sjælland*, Hentet fra:

<https://dsr.dk/sygeplejersken/arkiv/sy-nr-2022-10/flest-amputationer-i-region-sjaelland>

Videnscenter for diabetes (2022). *Viden om alder – køn og etnicitet*. Hentet fra:

<https://videnscenterfordiabetes.dk/viden-om-diabetes/type-2-diabetes/aarsager-og-arvelighed/alder-koen-og-etnicitet>

WHO (2015). *WHO global strategy on people-centered and integrated health services*. Interim Report. Hentet fra:
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/155002/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf;jsessionid=C82F359154D46AC423D5C1B6908B022C?sequence=1

UCSYD (2022) *Diplomuddannelse i sår*.
Hentet fra:<https://www.ucsyd.dk/fagomraade/saaruddannelse>

USN, (2021). *Innsamling, lagring og arkivering av forskningsdata*. Hentet fra:
<https://bibliotek.usn.no/forskerstotte/forskningsdata/innsamling-lagring-og-arkivering-av-forskningsdata/>

9. Bilag og figurer

Bilag 1: Fremdriftsplan

Bilag 2: Informationskriv

Bilag 3: Interviewguide

Bilag 4: Samtykkeerklæring

Bilag 5: NSD Vurdering

Figur 2, Person-centred care, McCormark and McCance (2017)