

MASTEROPPGAVE

Livet med diabetiske fotsår

Katrine Villtun og Mona Johannessen

30.4.2021

Avansert sykepleie ved kronisk sykdom

Avdeling for helse og velferd



Abstract

Introduction: Diabetes Mellitus is a common chronic disease, where up to one in three patients experience foot ulcers. Diabetic foot ulcers can be difficult to treat, and the treatment often play a significant role in the patient's life. The treatment often demands a high level of self-care measures and continuous ulcer-relief, which can be difficult to adhere to in a long-term perspective.

Aims and objectives: This study was designed to examine the patients' experiences with long-term treatment of diabetic foot ulcers, and factors that may affect their adherence to the treatment.

Design and method: In this qualitative study, we conducted seven semi-structured individual interviews. The interviews were recorded on tape, transcribed and analyzed using thematic analysis.

Results: It could be difficult to balance the desire to live as normal as possible, and at the same time adhere to recommended treatment. The use of therapeutic aids had its advantages and disadvantages, which affect adherence. There was a discrepancy between how the participants experienced their own adherence and what they did in practice. The participants told about experiences from the relationship between patient and therapist, where they had a high degree of trust in their regular therapists, related to honest communication and good competence of the therapists. All participants experienced shared decision making and participating in decisions about their own treatment as exclusively positive.

Conclusion: We found discrepancies between self-perceived adherence and actual adherence, wich can affect compliance. The study points to several experiences where life can be negatively affected by the foot ulcer, but also positive experiences with creative solutions and coping. A desire to live as normal as possible, experiences with therapeutic aids, coping strategies, trust and shared decision making are all factors that may affect adherence to foot ulcer treatment.

Keywords

Diabetic foot ulcer, self-care adherence, behavioral experiences, adherence behaviors, self-treatment, therapeutic shoes, patient-therapist relationship

Sammendrag

Introduksjon: Diabetes Mellitus er en vanlig kronisk sykdom, der opp til én av tre pasienter får fotsår. Diabetiske fotsår er ofte vanskelig å behandle, behandlingen tar ofte stor plass i pasientens liv og kan strekke seg over lang tid. Pasienten utfører viktig behandling selv i form av sårbehandling og avlastning, og forskning viser at dette er krevende å etterleve.

Hensikt: Hvilke erfaringer har pasienter med langtidsbehandling av diabetiske fotsår, og hvilke faktorer kan påvirke deres etterlevelse av behandlingen?

Design og metode: I denne kvalitative studien har vi gjennomført syv semistrukturerte individuelle intervjuer. Intervjuene ble tatt opp på bånd, transkribert og analysert ved hjelp av tematisk analyse i tråd med anbefalinger fra Braun og Clarke.

Resultater: Det kunne være vanskelig å balansere ønsket om å leve mest mulig som normalt med det å etterleve behandlingsråd. Bruken av behandlingshjelpemidler hadde fordeler og ulemper ved seg, som kunne påvirke etterlevelsen. Det var en uoverensstemmelse mellom hvordan deltagerne opplevde egen etterlevelse, og hva de etterlevde i praksis. Deltagerne fortalte om erfaringer fra forholdet mellom pasient og behandler, der de hadde stor grad av tillit til sine faste behandlere, relatert til ærlig kommunikasjon og god kompetanse hos behandlerne. Alle deltagerne opplevde samvalg og det å delta i beslutninger rundt egen behandling, som utelukkende positivt.

Konklusjon: Det var diskrepans mellom hva deltagerne trodde de gjorde, og hva de faktisk gjorde når det gjaldt å etterleve behandlingsråd. Studien peker på flere erfaringer der livet kan påvirkes negativt av fotsåret, men også positive erfaringer med kreative løsninger og mestring. Et ønske om å leve som normalt, erfaringer med behandlingshjelpemidler, mestringstrategier, tillit og samvalg er alle faktorer som kan påvirke etterlevelse av fotsårbehandling.

Nøkkelord

Diabetiske fotsår, fotsårbehandling, egenbehandling, etterlevelse, behandlingshjelpemidler, behandlingssko, pasient-behandler-forhold

Forord

Dette studiet har ført til en personlig utvikling vi ikke ville vært foruten, mye takket være både ansatte og medstudenter på masterstudiet i avansert sykepleie til kronisk syke ved Høgskolen i Østfold. Takk til Høgskolen i Østfold, for opprettelse av dette masterløpet, og interessante og lærerike emner gjennom fire år. En stor takk rettes til vår veileder Ann Chatrin Linqvist Leonardsen som kjapt har kommet med gode innspill underveis. Du har vært en super veileder og diskutere og reflektere med.

Uten inspirasjon og tålmodighet fra hverandre hadde det vært vanskelig å klare å gjennomføre dette prosjektet, og samarbeidet har vært utrolig bra hele veien. Takk til hverandre, for oppmuntring og støtte underveis.

Uten deltagerne hadde denne studien aldri blitt til; tusen takk til hver og en av dere, for at dere delte av deres opplevelser, tanker og følelser. En stor takk sendes også til de ansatte ved stedet vi rekrutterte deltagerne fra.

Rune som alltid backer meg opp, Morten, som alltid har tro på meg, uten deres støtte ville vi aldri kunnet gjennomføre dette studiet. Tusen takk! Tålmodige Sara, Jarle og Hanna, Sander, Kaja og Pernille, samt barnebarna Amalie, Maja og Hedda. Nå får dere mamma og bessemamma tilbake på fulltid, det gleder oss mest av alt!

Innholdsfortegnelse

ABSTRACT	1
SAMMENDRAG	2
FORORD	3
1 INTRODUKSJON	5
2 BAKGRUNN	6
2.1 PROBLEMSTILLING	7
2.2 BEGREPSAVKLARING	8
3 METODE	9
3.1 FORFORSTÅELSE	9
3.2 DESIGN OG METODE	10
3.3 INTERVJUGUIDE	10
3.4 UTVALG	11
3.5 DATAINNSAMLING	11
3.6 DATAANALYSE	13
3.6.1 Bli kjent med datamaterialet	13
3.6.2 Koding	13
3.6.3 Generere utkast til temaer	14
3.6.4 Revidering av temaer	15
3.6.5 Definerings og navnsetting av temaer	15
3.6.6 Veve sammen datamaterialet	15
3.7 FORSKNINGSETISKE OVERVEIELSER	17
4 RESULTATER	19
4.1 LIVET MED FOTSÅR	19
4.1.1 Et ønske om å leve som normalt	20
4.1.2 Behandlingshjelpemidler på godt og vondt	21
4.1.3 En mental berg- og dalbane	22
4.1.4 Mestringsstrategier for livet med fotsår	23
4.2 ERFARINGER FRA FORHOLDET MELLOM PASIENT OG BEHANDLER	25
4.2.1 Stor grad av tillit til behandleren kan påvirke etterlevelse	25
4.2.2 Samvalg er en brikke i etterlevelse-puslespillet	27
5 DISKUSJON	29
5.1 LIVET MED FOTSÅR	29
5.1.1 Et ønske om å leve som normalt	29
5.1.2 Behandlingshjelpemidler på godt og vondt	30
5.1.3 En mental berg- og dalbane	32
5.1.4 Mestringsstrategier for livet med fotsår	33
5.2 FORHOLDET MELLOM PASIENT OG BEHANDLER	34
5.2.1 Stor grad av tillit til behandleren kan påvirke etterlevelse	35
5.2.2 Samvalg er en brikke i etterlevelse-puslespillet	36
5.3 METODEDISKUSJON	38
6 KONKLUSJON	41
LITTERATUR	42
VEDLEGG	48
Antall ord: 12000	

1 Introduksjon

Den kroniske sykdommen diabetes mellitus ses på som en av verdens store helseutfordringer. Per 2014 lever 4,7% av Norges befolkning med en diabetes-diagnose, og i tillegg finnes det et antall ukjente tilfeller (Folkehelseinstituttet, 2017). En fryktet komplikasjon til diabetes er for mange fotsår og amputasjoner. Diabetiske fotsår er ofte vanskelige å behandle, behandlingen er ofte inngripende i pasientens liv og kan strekke seg over lang tid (Hochlenert, Engels, Morbach, Schliwa & Game, 2018). En svært viktig del av behandlingen står i mange tilfeller pasienten for selv, da pasienten oftest mottar informasjon og behandlingsråd fra helsevesenet, som pasienten anbefales å følge opp selv (Allegrante, Wells & Peterson, 2019). Viktig egenbehandling innebærer avlastning av såret, ofte ved bruk av behandlingshjelpemidler, adekvat sårbehandling, antibiotikabruk og glykemisk kontroll (Hochlenert et al., 2018, Everett & Mathioudakis, 2018). Tiltakene kan isolert sett virke enkle å etterleve, men gjennom egen praksis ser vi at disse tiltakene er komplekse og krevende for mange pasienter. Kunnskap om etterlevelse av behandling er et stort og viktig felt innen kronisk sykdom på pasientnivå, men også på samfunnsøkonomisk nivå (World Health Organization, WHO, 2003, Jaam, Awaisu, Mohamed Ibrahim & Kheir, 2018, Bentsen, 2013). Tidligere forskning på etterlevelse av medikamentell behandling peker på stor kompleksitet og mange ulike faktorer som påvirker etterlevelsen. Det er gjort få studier på kompleksiteten i etterlevelse av fotsårbehandling. Det er derfor av stor interesse for oss som helsepersonell å få større innsikt i hva disse pasientene har av erfaring, og hvilke faktorer som kan påvirke deres etterlevelse. Hva skal til for at disse pasientene klarer å gjennomføre de nødvendige behandlingstiltak, og hva kan forbedres slik at pasientene bedre kan klare å følge behandlingsrådene? For å få mulige svar på dette ønsker vi å undersøke pasienters erfaringer om fotsår og ulike momenter som kan virke inn på etterlevelsen.

2 Bakgrunn

Diabetiske fotsår og amputasjon som følge av disse er samfunnsøkonomisk kostbare og påvirker pasientenes livskvalitet, gir signifikant økning i morbiditet, mortalitet og fører til betydelige helseutgifter (Everett & Mathioudakis, 2018). Basert på prevalensdata fra The International Diabetes Federation fra 2015, estimeres det på verdensbasis at et sted mellom 9,1 til 26,1 millioner mennesker med diabetes utvikler fotsår (Armstrong, Boulton & Bus, 2017). Livstidsinsidens for utvikling av fotsår har tidligere blitt estimert til å ligge mellom 15-25% hos mennesker med diabetes, men ved å ta hensyn til flere data hevdes det at et riktigere estimat kan ligge mellom 19-34% (Armstrong et.al., 2017). Dette innebærer at hver 3. til 4. person med diabetes statistisk sett vil utvikle et diabetisk fotsår. I en prospektiv kohort-studie av Rastogi, et al., fra 2020 fant man at hos 1 av 3 pasienter med diabetiske fotsår endte behandlingen med amputasjon. I Norge ble det i 2019, gjennomført 556 amputasjoner av tå, fot eller ben hos pasienter med diabetes (Helsedirektoratet, 2019). Folkehelseinstituttet (2017) fant at diabetiske fotsår og diabetesrelaterte amputasjoner i underekstremiteter står for en betydelig økonomisk kostnad for helsevesenet. Imidlertid må de personlige kostnadene for de berørte personene vurderes når det gjelder tap av opptjening, sykedager, begrensede aktiviteter, og angst/stress/depresjon og redusert livskvalitet (Folkehelseinstituttet, 2017, Beattie, Campbell & Vedhara, 2012).

I Norges nasjonale faglige retningslinjer for diabetes og fotsårbehandling (2016) blir personer med diabetiske fotsår og/eller amputerte, beskrevet som en pasientgruppe som er alvorlig syke. Risikoen for utvikling av fotsår er sammensatt av flere risikofaktorer, og for den enkelte pasient er det mange faktorer å ta hensyn til. Undersøkelse av føttene bør gjøres daglig, og for resten av livet. Depressive symptomer er ifølge retningslinjene ikke uvanlig, og er assosiert med nedsatt sårtilheling og residiverende fotsår. Motivasjon og støtte er derfor ekstra viktig for denne sårbare pasientgruppen for å etterleve behandlingen.

Diabetes fører til varig endring i livet, og Haug (2017) beskriver det som at kroppen trenger hjelp hver eneste dag, selv om man ikke får klare signaler fra kroppen på at dette er nødvendig. Man kan tvert imot kjenne seg frisk og i god form, selv om kroppen har behov for behandling. Et av de viktigste trekk ved den diabetiske fot er sensorisk nevropati og tap av den beskyttende smertesansen. Hochlenert et.al. (2018) skriver at utrent helsepersonell kan bli forbløffet over en pasients tilsynelatende likegyldighet ovenfor fotsåret og manglende

Kommentert [AL1]: obs ikke for store avstander mellom avsnitt:)

etterlevelse av behandlingsråd. Dette kan forklares ved at nevropatien kan føre til tap av følelsesmessig engasjement, og en følelse av at foten ikke er en del av kroppen, men mer en del av omgivelsene.

Nasjonale og internasjonale retningslinjer for håndtering av den diabetiske fot legger vekt på optimalisering av fotsårbehandling, spesielt via tverrfaglige team, men effekten av dette kan være begrenset. Dette kan skyldes manglende oppmerksomhet rettet mot de psykososiale prosessene som ligger til grunn for etterlevelse av fotsårbehandling (Coffey, Mahon & Gallagher, 2019). Evidensgrunnlaget bak nasjonale og internasjonale retningslinjer er dessuten tynt, ifølge Jeffcoate et al. (2018). Dette støttes av Binning et al (2018), som hevder det finnes lite evidens på hvilke tiltak som er effektive for å forhindre sår dannelse. Mange aspekter av behandlingen blir derfor overlatt til den enkelte behandler's tro og mening (Jeffcoate et al., 2018).

Det har i nyere tid vært økende fokus på etterlevelse av behandlingsprogrammer ved kroniske sykdommer, men dette er et stort og komplekst område (Bentsen, 2013). Det finnes kunnskap om at forholdet mellom pasient, helsevesen og sosial støtte har sammenheng med etterlevelse av behandlingstiltak ved langvarig behandling (WHO, 2003). Betydningen av å ta utgangspunkt i pasientens perspektiv for å lykkes med fotsårbehandling begynner å bli godt dokumentert. Pasientens syn og erfaringer bør undersøkes ettersom dette kan ha betydning for denne unike pasientens motivasjon og etterlevelse av behandlingen (Hocklenert et al., 2018, Coffey et al., 2019). Studier som har undersøkt effekten av pasientopplæring, har hovedsakelig fokusert på tradisjonelle tilnærminger designet for å forbedre etterlevelse ved å øke pasientens kunnskap og ferdigheter (Dorresteijn et al., 2014, Hoogeveen, Dorresteijn, Kriegsman & Valk, 2015, van Netten et al., 2016).

2.1 Problemstilling

Hvilke erfaringer har pasienter med langtidsbehandling av diabetiske fotsår, og hvilke faktorer kan påvirke deres etterlevelse av behandlingen?

2.2 Begrepsavklaring

Vi har tatt utgangspunkt i WHO's definisjon på etterlevelse:

“The extent to which a person's behavior - taking medication, following a diet, and/or executing lifestyle changes, corresponds with agreed recommendations from a health care provider” (WHO, 2003, s. 3). Dette vil videre i oppgaven for eksempel innebære riktig utført sårstell og avlastning av såret, for eksempel ved bruk av behandlingshjelpemidler.

3 Metode

Målet med denne studien er å undersøke erfaringer med langtidsbehandling av diabetiske fotsår, og faktorer som kan påvirke etterlevelse av behandlingen. Ifølge Polit og Beck (2017) er kvalitativ metode et godt valg når man ønsker å utvikle en rik og kontekstbundet forståelse av et lite forstått fenomen. I denne studien har vi valgt en tematisk analysemetode, i tråd med anbefalinger fra Braun og Clarke (2006).

3.1 Forforståelse

Forfatterne av denne masteroppgaven er sykepleiere, der en av oss arbeider innenfor fagområdet diabetes, mens den andre arbeider med ortopedi og amputasjoner. Vi jobber begge med pasienter med diabetiske fotsår, men på forskjellige områder, og med til dels forskjellige intervensjoner. Vi har for øvrig mange års erfaring innen generell indremedisin og psykiatri. Vi brenner for at pasienter bør tilbys individuelt tilpasset og helhetlig behandling, og mener at all behandling bunner i et samarbeid mellom pasienten og helsevesenet. Når vi skulle gå i gang med denne studien spurte vi oss hvordan man, innenfor de rammer som settes i det norske helsevesenet, kan tilpasse og optimalisere behandlingen for pasienter med diabetiske fotsår.

Vi har et fenomenologisk perspektiv (Gilje, 2018), der vi setter pasientens subjektive opplevelse av helse og sykdom i sentrum. Vi erkjenner at det er pasienten selv som erfarer hvordan det er å leve med sine helseplager og utfordringer, og at pasientens egne mål for sin helse må være styrende. Vi hadde, før vi startet å skrive denne oppgaven, en forforståelse av at til tross for kunnskap om fotsårbehandling og ulike tiltak, er ikke behandlingstiltakene nødvendigvis enkle for pasienten å etterleve. Behandlingen er i mange tilfeller langvarig, og enkelte pasienter kan ha behov for regelmessige behandlinger over flere år. Gjennom vår praksis har vi opplevd å gi pasienter informasjon om nødvendige tiltak, som å avlaste sårflaten eller bruke nødvendig bandasjemateriell, men har så erfart at pasienten kan slite med å gjennomføre de anbefalte tiltakene i hverdagslivet. Dette bidro til at vi ønsket å undersøke dette nærmere.

3.2 Design og metode

Denne studien har et utforskende design der målet var å gi en detaljert og nyansert redegjørelse av erfaringer rundt fotsårbehandling og etterlevelse av behandlingsråd. Vi valgte å gjennomføre en-til-en intervjuer, og ønsket å gi deltagerne rom for å komme med egne refleksjoner rundt temaene som ble undersøkt. En kvalitativ metode i form av intervjuer egner seg godt når man ønsker å undersøke menneskers erfaringer og oppfatninger om noe, og én-til-én intervjuer kan gi rom for fylldige og personlige beskrivelser av fenomener (Johannessen, Tufte & Christoffersen, 2016, Jacobsen 2015). Vi valgte en åpen, induktiv tilnærming, der vi har kodet og fortolket hele datasettet, for så i etterkant å lete etter mønster, fenomener og sammenhenger i datamaterialet. Vi har stadig gått tilbake til datamaterialet når vi underveis i prosessen har kommet frem til kategorier og temaer, for å bekrefte at vår tolkning er tro mot dataene. Dette for å ha en mest mulig induktiv tilnærming til materialet. Vi erkjenner at vår for forståelse vil påvirke fortolkningen av materialet, men har forsøkt etter beste evne å være så objektive som mulig. Vi har beskrevet og fortolket meningen bak deltagerens utsagn, og har dermed benyttet en latent tilnærming i analyseprosessen (Braun & Clarke, 2006).

3.3 Intervjuguide

I intervjuene benyttet vi en semistrukturert intervjuguide, som ble utarbeidet med bakgrunn i eksisterende litteratur, egne erfaringer og i samarbeid med veileder. Semistrukturert intervjuguide ble valgt da dette gir intervjueren frihet til å stille oppfølging- eller utdypningsspørsmål, noe som kan gi rikere og mer nyansert materiale (Brottveit, 2018, Johannessen et.al., 2016, Jacobsen, 2015). De fleste spørsmålene i hovedtemaene var åpne, og vi forsøkte å legge til rette for at deltagerne kunne snakke mest mulig fritt, for å lokke fram rikere kunnskap. Dette omtales som “critical incident technique” (Malterud, 2017). Intervjuguiden ble ikke fulgt slavisk, men ble brukt som en veiledning og hjelp til å lede deltagerne mot de temaer vi ønsket informasjon om. Intervjuguiden ble omarbeidet en rekke ganger før intervjurunden startet, og veilederen ga oss gode råd på veien. Vi åpnet intervjuet med spørsmål om alder, kjønn, sivilstatus, boforhold, yrkesaktivitet, eventuelle fritidsinteresser, om de mottok hjelp fra det offentlige, antall år med diabetes, hvilken type amputasjon og eventuelle andre kroniske sykdommer. Deretter fulgte åpne spørsmål rundt deltagerens fotsårerfaringer. Intervjuguiden kan leses i vedlegg 1.

3.4 Utvalg

For å treffe den ønskede målgruppen søkte vi deltagere som har gjennomført amputasjon som konsekvens av sitt fotsår, da vi har tatt utgangspunkt i at denne gruppen har relativt langvarige erfaringer med fotsårbehandling. Rekruttering av relevante og tilstrekkelig antall deltagere i målgruppen var vesentlig for å få svar på problemstillingen. Det er ifølge Johannesen, Tufte og Christoffersen (2016) viktigere å skaffe til veie et relevant utvalg, enn å skaffe mange deltagere. På grunn av prosjektets størrelse begrenset vi oss til maks 10 deltagere. Vi baserte rekrutteringen på en typologibasert utvelgelse (Johannessen et al., 2016, Polit & Beck, 2017), og søkte deltagere i gruppene:

- mindre amputasjon (tå/forfot)
- større amputasjon (ankel/legg)

Ut over dette søkte vi en jevn fordeling mellom kjønnene. Inklusjonskriterier var at pasienten var samtykkekompetent og hadde erfaring med diabetesfotsår og amputasjon.

Eksklusjonskriterier var pasienter under 18 år og ikke-norskspråklige.

Når det gjaldt utvalgsstørrelse, har vi tatt utgangspunkt i å gjennomføre tilstrekkelig antall intervjuer for å belyse problemstillingen. Vi vurderte fortløpende kvaliteten på intervjuene og om vi gjennom intervjuet fikk belyst det vi ønsket å undersøke. 11 pasienter ble spurt og 10 takket ja til å delta i studien, 8 menn og 2 kvinner. En kvinne trakk seg fra studien før vi startet intervjuene, en mann ble ansett utenfor inklusjonskriteriene og en mann deltok ikke av praktiske hensyn relatert til covid-19. Vi satt da igjen med 7 deltagere, 6 menn og én kvinne.

3.5 Datainnsamling

Behandlende sykepleiere ved sårpoliklinikken, fikk informasjon om prosjektet og inklusjonskriterier av forsker 2. Det ble lagt igjen en mappe som inneholdt 20 informasjonsskriv, som behandlende sykepleiere kunne dele ut til aktuelle pasienter.

Behandlende sykepleiere inviterte pasienter som var til fotbehandling og passet innenfor inklusjonskriteriene, ved å fortelle kort om prosjektet og deretter inviterte dem til å delta.

Pasienten fikk med seg informasjonsskriv hjem, og la igjen sitt telefonnummer hos behandler

på sårpoliklinikken, dersom de var interessert i deltagelse. Telefonnummeret ble fortløpende formidlet av behandlende sykepleier til forsker 2, som kontaktet forsker 1, som skulle gjennomføre intervjuet. Forsker 1 ringte så opp pasienten og spurte om ønsket deltagelse. Deretter ble tid og sted for intervju avtalt, og pasienten kunne selv ønske tidspunkt og sted. De fleste ønsket intervju i etterkant av neste behandling på sårpoliklinikken, mens én deltager ønsket å bli intervjuet nærmere hjemmet.

Intervjuene ble tatt opp på bånd og forsker 1 gjennomførte og transkriberte alle intervjuene. Transkriberingen ble gjennomført samme dag eller senest to dager etter utført intervju. Transkriberingen ble utført ord for ord av forsker 1, deretter gjennomlest av forsker 2, som plasserte punktum, komma og justerte teknisk setningsoppbygning, uten å endre på innholdet. Deretter ble intervjuene gjennomlest på nytt av forsker 1, som lyttet gjennom intervjuene, for å forsikre seg om at innholdet forble intakt. Etter å ha transkribert tre intervjuer, rådførte vi oss med veileder, for å forsikre oss om korrekt transkriberingsmetode, der veileder anbefalte å ikke ta med alle pauser og pauseord i transkriberingsteksten, så lenge innholdet ikke ble endret.

Seks av intervjuene ble gjennomført ved sårpoliklinikken i lånt samtalerom, umiddelbart etter sårbehandling. Det kan nevnes at ett av intervjuene ble avbrutt da sårsykepleieren kom inn for å gi deltageren en beskjed, og det samme intervjuet ble forstyrret av sterk borelyd fra rehabiliteringsarbeid på utsiden. En annen deltager ble avbrutt da insulinpumpen begynte å pipe. Ett intervju ble etter deltagerens ønske utført på kveldstid i sykehuslokaler nærmere deltagerens bosted. Intervjuene varierte i tid, fra 35 minutter til 1 time og 20 minutter, og ble gjennomført i perioden november 2020 til januar 2021.

Det ble skrevet refleksjonsnotat rett etter hvert intervju om stemningen i rommet og hvordan den non-verbale kommunikasjon opplevdes, og hvordan dagens behandling hadde fortonet seg for deltageren. Det ble notert refleksjoner om forsker 1's intervjuteknikk, som fortløpende ble brukt for å forbedre de påfølgende intervjuene.

3.6 Dataanalyse

Data ble analysert ved bruk av tematisk analyse, i henhold til Braun og Clarkes (2006) anbefalinger. Vi benyttet en induktiv tilnærming i analyseprosessen, der koding av data ikke forhånds-bestemmes, men drives naturlig fram av en regelmessighet i datamaterialet. Vi har benyttet Braun og Clarke's følgende seks faser i analyseprosessen:

- Bli kjent med datamaterialet
- Koding
- Generere utkast til temaer
- Revidering av temaer
- Definerings og navnsetting av temaer
- Veve sammen datamaterialet

3.6.1 Bli kjent med datamaterialet

Transkriberingen var i seg selv en viktig del av det å bli kjent med datamaterialet. Alle intervjuene ble gjennomlest minst to ganger, og vi notere stikkord og tanker underveis. Enkelte steder var det nødvendig å justere noe på det muntlige språket, slik at det ble forståelig i tekstformat. Eksempler på dette var noen steder å fjerne "hm, tja, vel". Ifølge Braun og Clarke (2006) er det viktig at transkripsjonen beholder den informasjonen du trenger fra det muntlige språket på en måte som er "sant", i forhold til det opprinnelige. Videre gikk vi i denne fasen på nytt gjennom det som faktisk ble sagt, altså det manifeste innholdet, og deretter søkte vi å finne det latente innholdet, altså meningen bak det som ble sagt.

Kommentert [AL2]: hmmm hva betyr dette? Når justerte dere setningsoppbygging? Hvordan?

3.6.2 Koding

I denne fase tok vi for oss intervjuene enkeltvis og identifiserte koder til hvert av intervjuene. Det var viktig for oss å ha et åpent sinn, og vi hadde i liten grad problemstillingen med oss i denne første kodingsprosessen. Kodene skulle være drevet fram av det som ble sagt i intervjuet. Induktiv analyse er en prosess med koding av dataene uten å prøve å passe dem inn i en eksisterende kodingsramme, eller forskerens analytiske forutsetninger. Slik sett er denne

Kommentert [AL3]: identifiserte koder?

formen for tematisk analyse datadrevet (Braun & Clarke, 2006). Det ble derfor svært mange koder i den første runden, mellom 100 – 300 koder pr intervju. Vi gjorde denne første kodingsprosessen med alle intervjuene hver for oss, for deretter å sammenligne. Når vi sammenlignet fant vi at vi hadde kodet mye likt. Alle koder ble med videre i analysen på dette stadiet, også de få vi hadde funnet hver for oss.

Forsker 1 kodet manuelt i et word-dokument, mens forsker 2 benyttet dataprogrammet NVivo. Forsker 1 systematiserte kodene i word-dokumentet ved å bruke tre kolonner; intervjuet til venstre, datanær koding i midten og kategorier til høyre. Forsker 2 kodet i NVivo, der kodene ble navngitt og lagret i en kodebok. Alle kodene i intervjuet ble så gjennomgått, for å se etter mønster og sammenhenger, og disse ble kalt kategorier. Noen få koder ble vurdert å ha liten interesse og disse ble plassert i mappen NVivo kalt “diverse”. Eksempler på slike koder var “ringte legen”, “fikk time”, “kan ikke sette fingeren på noe”. Dette gjorde vi fordi vi så oss nødt til å avgrense oss til det vi synes var mest interessant i første omgang. Vi er likevel klar over at vi dermed kan ha utelatt interessante momenter. Vi ser i ettertid at vi i uerfarenhet og frykt for å miste interessante kategorier, kan ha “overkodet” i første runde. Den viktigste begrunnelsen er likevel tidsaspektet.

3.6.3 Generere utkast til temaer

Etter å ha oppnådd en anelig mengde kategorier i hvert intervju, ble en sammenligning og revurdering av kategoriene diskutert med veileder og mellom forskerne. Vi var innom flere perspektiv for å rydde i tankene våre. Etter drøftinger frem og tilbake samlet vi oss om fire-fem hovedkategorier i hvert intervju som vi tok med videre. Deretter så vi etter mønstre i kategoriene på tvers av alle intervjuene. Et mønster kunne være at deltagerne snakket om å bli tatt med på råd når det skulle tas beslutninger om behandling. Eksempler på koder her var “sa nei til amputasjon” og “samvalg, vi har fine diskusjoner”. Vi trakk på dette tidspunktet inn problemstilling, som en ledetråd mot det vi ønsket å undersøke. Vi lot oss da farge av problemstillingen når vi lette etter mønster i datamaterialet, som ble utgangspunktet for undertemaene. Alle undertemaene ble diskutert og slått sammen der det var naturlig. Undertemaene ble drøftet og vi kom frem til tre-fire hovedtemaer. Vi gikk i denne fasen gjennom diverse-mappen, for å fange opp eventuelle koder som vi kunne ha vurdert ikke aktuelle i starten av prosessen.

3.6.4 Revidering av temaer

Braun og Clarke (2006) hevder at data i hvert tema skal samsvare meningsfullt, mens det skal være klare og identifiserbare skiller mellom temaene. Vi gjorde dette ved på nytt å gå gjennom temaene og sjekke at det var nok data til å støtte dem. Vi oppdaget at tilsynelatende separate temaer kunne handle om det samme og danne ett tema, og at ett tidligere tema måtte deles inn i separate temaer. Dette ble da diskutert med veileder og justert. Etter å ha gått en runde til med kategoriene og undertemaer kom vi frem til to temaer med fire undertemaer under hvert tema. Undertemaene ble diskutert og gjennom skriveprosessen fant vi igjen at vi kunne slå sammen to undertemaer og endte da med fire undertemaer til første tema, og to undertemaer til andre tema.

3.6.5 Definerings og navnsetting av temaer

Frem til nå hadde vi navngitt undertemaer og temaer med konkret innhold, eksempelvis “behandlingshjelpemidler”, “psykiske konsekvenser”, “tverrfaglige vurderinger” osv. Vi brukte mye tid på å diskutere oss fram til det latente innholdet, og finne ut hva de ulike undertemaer og temaer “egentlig” handlet om. Veileder kom med mange gode innspill i denne diskusjonen. I løpet av denne fasen kom vi godt i gang med å skrive resultatdelen, mens vi samtidig jobbet videre med å tydeliggjøre hva temaene og undertemaene handlet om. Tabeller fra analysen vises side 17 og 18.

3.6.6 Veve sammen datamaterialet

Denne siste fasen begynner når man har et sett fullt utarbeidede temaer, og involverer endelig analyse og skriving av rapporten (Braun & Clarke, 2006). Vi skrev i denne fasen ferdig resultatdelen, og valgte å trekke fram sitater som representerte undertemaene på en god måte. Vi har fremhevet de kategorier med stor bredde i datamaterialet, og noen få kategorier med mindre bredde, men som ut fra vår forskerbedømmelse ble vurdert som viktige og relevante.

Transkribert tekst	Kode	Kategori
Jeg hadde spesialsko som skulle avlaste hælen. Den brukte jeg lenge, men den var årsaken til det såret jeg fikk oppå her, på vrista. Den var god for hælen, men dårlig for vrista.	Behandlingssko gir nye sår	Behandlingen gir nye problemer
Så har jeg brukt krykker og rullestol tidligere. Jeg gjør ikke det nå. Men jeg har dratt på meg betennelse i skulderen, for jeg er ikke akkurat 75 kg på strøpelesten. Så det er tungt og belastende å humpe rundt sånn.	Krykker gir betennelse i skulder	Behandlingen gir nye problemer
Det er en ulempe at du får bare én behandlingssandal, for da får du skjev belastning. Det må jeg si, skal du ha sånne sko, så må du ha to. Du kan ikke bare ha én. Det går ikke. Da ber du om problemer med ryggen og så videre.	Ulempe med én behandlingssko	Behandlingen gir nye problemer

Tabell 1. Utdrag av dataanalysen fra datamateriale til koder og kategorier.

Transkribert tekst	Kode	Kategori	Undertema	Tema
Ja, jeg har vært med på tverrfaglig flere ganger, og det er veldig all right. De gjør aldri <u>noenting</u> uten at jeg er med på det. Så det fungerer veldig bra. Samarbeidet fungerer veldig bra.	Tverrfaglig fotmøte positivt	Tverrfaglige vurderinger	Samvalg øker tilfredshet	Erfaringer fra forholdet mellom pasient og behandler
Da sa jeg at jeg vil helst ikke amputere den tåa, og da bestemte de at de ville prøve den operasjonen først. Da var jeg med å påvirke den beslutningen. Så det synes jeg var veldig fint.	Var med å påvirke beslutningen	Delta i beslutninger	Samvalg øker tilfredshet	Erfaringer fra forholdet mellom pasient og behandler
Jeg har respekt og jeg lytter på hva fagfolk sier, men jeg vet at fagfolk i mange tilfeller ikke alltid har rett. Så jeg stoler mye på min egen vurderingsevne.	Stoler på egen vurderingsevne	Pasientens egne vurderinger	Samvalg øker tilfredshet	Erfaringer fra forholdet mellom pasient og behandler

Tabell 2. Utdrag av dataanalysen, transkribert tekst-kode-kategori-undertema-tema.

3.7 Forskningsetiske overveielser

Forskningsetiske retningslinjer ble fulgt i henhold til Helsinki-deklarasjonen (WMA Declaration of Helsinki, 2018). Deltagelse var frivillig og skriftlig samtykke ble innhentet. Deltagere kunne når som helst i forløpet trekke seg fra studien. Vi var oppmerksomme på at det kunne oppleves vanskelig å si nei til å delta, og la ettertrykkelig vekt på frivillighet, og at å takke nei heller ikke vil få negative konsekvenser. Kun relevante data som kom fram av forskningsintervjuet har blitt benyttet, og journalopplysninger eller andre opplysninger vi eventuelt kjenner til gjennom sykepleier/pasientforhold har ikke blitt benyttet i forskningsprosjektet.

Deltagerne ble rekruttert på arbeidsplassen til forsker 2, men forsker 2 hadde ingen direkte kontakt med deltagerne, hverken i forbindelse med inkludering eller intervjuer. Alle data har blitt anonymisert og behandlet konfidensielt. Behandlende sykepleiere på sårpoliklinikken vil

naturlig nok kunne ha kjennskap til hvem som har takket ja til deltagelse, men vil ikke vite hvem som har uttalt hva. Vi tilkjennegir ikke kvinnelig deltager i datamaterialet, og vi er generelt tilbakeholdne med data knyttet til deltagerne enkeltvis, for å unngå gjenkjenning.

Lyddopptak ble slettet etter utført transkribering og korrekturlesing/lytting. De transkriberte intervjuene blir oppbevart på kryptert minnepinne i brannsikker safe fram til ferdigstilt og godkjent masteroppgave. Masteroppgaven er skrevet på datamaskiner, som er låst med passord. Prosjektet er vurdert og godkjent av Norsk senter for forskningsdata, med prosjektnummer: 353231. Prosjektet ble også innsendt til forhåndsvurdering hos Regional etisk komite, men ble der vurdert til ikke å være søknadspliktig. Nødvendige godkjenninger ble i forkant av prosjektet innhentet fra klinikkssjef ved sårpoliklinikken og personvernombudet ved sykehuset.

4 Resultater

Intervjuene ble gjennomført i perioden november 2020 til januar 2021. Intervjuene varte fra 35 til 80 minutter. Deltagerne bestod av seks menn og én kvinne, og befant seg i aldersspennet 45-65 år. Halvparten hadde hatt erfaring med bruk av hjemmesykepleie, men kun én mottok dette på intervjudispunktet. Fem av deltagerne var i aktiv jobb, to var 100% uføretrygdet, og én var halvt ufør/halvt i jobb. Fire hadde amputert tær, to hadde amputert forfot og én hadde amputert under kneet. Seks av deltagerne hadde aktivt sår på intervjudispunktet, mens én hadde sår som tilhelet under intervjuperioden. Deltagerne hadde gått til intermitterende sårbehandling ved sårpoliklinikken fra ett til over 10 år.

Gjennom analysen identifiserte vi to temaer. Det første temaet var **Livet med fotsår**. Dette omhandlet fotsårbehandlingens innvirkning på livet og følgende undertemaer som kunne påvirke etterlevelse:

- Et ønske om å leve som normalt
- Behandlingshjelpemidler på godt og vondt
- En mental berg- og dalbane
- Mestringsstrategier for livet med fotsår

Det andre temaet handlet om **erfaringer fra forholdet mellom pasient og behandler**, med undertemaene:

- Stor grad av tillit til behandleren kan påvirke etterlevelse
- Samvalg er en brikke i etterlevelse-puslespillet

4.1 Livet med fotsår

Det første temaet omhandlet balansegangen mellom et ønske om å leve mest mulig som normalt og det å klare og etterleve behandlingsrådene, slik at fotsåret kunne tilhele. Mange aspekter ved livet ble påvirket, og deltagerne erfarte at selv et lite fotsår kunne ha stor inngripen i dagliglivet. Behandlingen førte ikke sjelden til nye problemer og nye sår, noe som fikk konsekvenser for deltagerens etterlevelse og tillit til denne behandlingen. I tillegg førte fotsåret i seg selv til bekymringer, og behovet for trygghet og regelmessig oppfølging var

Kommentert [AL4]: ja, her skal dette komme som dere presenterer her- men fjerne fra metodedel, overlapper

viktig. Deltagerne brukte ulike strategier for å mestre livet med fotsår. Enkelte støttet seg til og stolte i stor grad på sine behandlere, mens andre i større grad tok egne avgjørelser og valg i behandlingen.

4.1.1.1 Et ønske om å leve som normalt

Alle deltagerne i studien hadde innspill om tidsbruk relatert til fotsår og behandling. Et eksempel på det var at det å dusje og stelle fotsåret etterpå, krevde mer tid enn før. I tillegg til at fotsårbehandlingen krevde mye tid, ble også aktivitetsnivået i stor grad påvirket. Flere av deltagerne fortalte om lange dager i ro, relatert til at de hadde fått beskjed av behandler om å ikke belaste foten med sår. Det å gå tur var noe alle deltagerne likte å gjøre, og det var ingen forskjell på om de var i arbeid eller ikke. Det å ikke kunne gå turer ble beskrevet som et savn.

“Så det såret påvirker livet mitt. Jeg får ikke gjort det jeg vil. Jeg får ikke gått turer, vært mye borte fra jobb.” (Deltager 7)

En annen deltager tillot seg å øke aktivitetsnivået da såret var i bedring og i en fredelig fase, fordi da fungerte kroppen bedre.

“I utgangspunktet, ville jeg ha gått mye mer, turer og sånn. Det har jeg ikke gjort. Men jeg har vært i bevegelse, og da fungerer kroppen mye bedre. Istedenfor å bare sitte rolig. Så jeg har tatt hensyn. Når såret har vært ille, så har jeg hvilt ganske mye. Og passet på å ha beinet høyt og så videre. Men nå etter sommeren så har såret vært ganske fint, og da har jeg kjørt på.” (Deltager 1)

Flere opplevde at fotsårbehandlingen kunne påvirke sine nærmeste. Én deltager fortalte at samboeren i en periode bidro med daglige sårskift. Flere deltagere fortalte om god støtte og hjelp til selve fotsårbehandlingen fra sitt sosiale nettverk, og roste egen familie for veldig god støtte.

“Jeg klarer ikke å delta i oppgaver hjemme. Og til å begynne med, og hente posten, liksom. Kunne ikke gå med hunden, og ikke kjøre bil. Men jeg har en fenomenal partner, som har kjørt meg hit og dit hele tiden.” (Deltager 4)

Fotsåret og behandlingen kunne bli samtale-emne i det sosiale liv, der én av deltagerne gav uttrykk for at venner trodde man bare kunne amputere tåa, så var man kvitt problemet.

“Allmennkunnskapen blant andre er liten, så mitt lille sår under tåa får ikke den forståelse jeg hadde ønsket. Når folk sier kan du ikke bare ta den (tåa) ja man kan tenke at da er man kvitt problemet. Men sånn er det jo ikke. Det er ikke bare å ta tåa.” (Deltager 7)

En av de andre deltagerne løste dette ved å ikke snakke om sykdom til andre. Han ønsket å fokusere på det friske og ikke på sykdom.

“Jeg er relativt aktiv, jeg vil leve mest mulig normalt og jeg vil egentlig ikke snakke om sykdom til andre. Når folk spør, så svarer jeg at jeg har det bra.” (Deltager 1)

Det å få være i jobb var for deltagerne svært viktig, når det gjaldt å leve mest mulig som normalt. En deltager som var leder i egen bedrift kunne periodevis tilpasse arbeidet, for å ta hensyn til fotsåret. En annen jobbet på hjemmekontor, med gode muligheter for avlastning og fleksibilitet til å dra på sårbehandlinger. En av deltagerne fryktet å miste jobben, på grunn av mange sykemeldinger, mens en annen erfarte at tilrettelegging i arbeidslivet ikke alltid var så enkelt

“Det er krevende å være kronisk syk. Jeg kan ikke bare legge fra meg arbeidet, og det krever en del planlegging for å få det til å gå, med både jobb og sårbehandling.” (Deltager 3)

4.1.2 Behandlingshjelpemidler på godt og vondt

Deltagerne var delt i synet på om det var vanskelig å etterleve behandlingsråd, som det å avlaste fotsåret ved ikke å trå på foten. Flere svarte at det ikke var vanskelig å følge behandlingsrådene de fikk av behandlerne. Likevel kom de fleste likevel inn på flere utfordringer rundt bruk av behandlingshjelpemidler, som krykker, behandlingssko og ortoser.

Fire av deltagerne snakket om bruk av krykker. Det kom fram at krykker kunne fungert godt i noen tilfeller, men at langvarig bruk kunne gi nye plager i form av senebetennelse i håndledd og skuldre. Én opplevde krykker som upraktisk med tanke på å låse hendene til krykkene. To av deltagerne opplevde at bruk av krykker fungerte ganske godt med tanke på sårutviklingen, mens den ene opplevde at såret til slutt blusset opp likevel.

Tre av deltagerne la vekt på at det å få utlevert én behandlingssko gav nye problemer, grunnet ujevn belastning. De hadde erfart plager i form av ryggsmarter og hofteplager. Én av de tre vektla at skoen fungerte bra med tanke på å avlaste såret, men den var klumpete, høy og lite

estetisk, noe som gjorde at deltageren egentlig ikke ønsket å bruke den. En annen av de tre foreslo at man burde få to behandlingssko, framfor én.

“Det er også en ulempe at du får bare én behandlingssandal, for da får du skjev belastning. Det må jeg si, skal du ha sånne sko, så må du ha to. Du kan ikke bare ha en. Jeg skulle egentlig bare få en. Men det går ikke. Da ber dem om problemer med ryggen og så videre.” (Deltager 1)

Ulemper ved bruk av behandlingssko kom frem da to av deltagerne fortalte om gnag ved bruk av skoen, og som resulterte i nye sår. Den ene fikk gnagsår over vrista av reima, og måtte dermed avslutte bruken av skoen.

“Jeg hadde spesialsko som skulle avlaste hælen. Den brukte jeg lenge, men den var årsaken til det såret jeg fikk oppå her, på vrista. Den var god for hælen, men dårlig for vrista. (...) Det er dét jeg går til behandling for her nå, det er dét såret jeg steller med her nå.” (Deltager 2)

Tre av deltagerne fortalte at de selv har tilpasset egne behandlingssko, enten fra gammelt skotøy de hadde liggende, eller tilpasset gamle behandlingssko de har fått til tidligere sår. Et eksempel på dette får vi fra deltager 6.

“Så skulle jeg få noen slike spesialsko, men det funka dårlig for de gnagde veldig. Men jeg lagde min egen spesialsko ved å skjære ut en gammel til sandal. Så spesialsko funker ikke for meg. Det var en type støvel som ga gnagsår og det orka jeg ikke. Så derfor lagde jeg min egen spesialsko.” (Deltager 6)

4.1.3 En mental berg- og dalbane

Psykiske konsekvenser av fotsår var noe alle deltagerne kom innom, enten de var forfotamputert eller hadde amputert tær. Alle hadde kjent på den psykiske påkjenningen av det å ha et diabetisk fotsår, dog noen i større grad enn andre. Én fortalte om frykten for å bli reinnlagt på sykehus, da forrige innleggelse var traumatisk. Såret hadde under innleggelsen ikke blitt regelmessig skiftet på, og avtaler om sårbehandling ble ikke fulgt opp. En annen deltager fortalte om engstelsen for nye sår og forverring av eksisterende sår. Det å stadig være bekymret for nye sår gjorde én deltager konstant mentalt sliten, mens en annen av deltagerne var særdeles bekymret for om det var time ledig ved akutt behov.

“Jeg kjenner på angst og redsel. Er de ikke der når jeg trenger dem? Får jeg ikke komme inn?” (Deltager 3)

Den samme deltageren fremhevet at den mentale støtten man fikk av sine behandlere betød mye for sårbehandlingen og sårtilheling.

“Og gått til en stille-tiende lege, da hadde jeg dødd underveis. Nei, her er det å få den mentale støtten, der ligger mye av forklaringa til at sårtilhelingen kom nå. Spørsmål om at det er tidsspørsmål, bare vi gjør det riktig. Mye av hjelpen er mental.” (Deltager 3)

Flere av deltagerne ytret bekymring over såret, om hvordan eller hvorfor det har oppstått, og tre var frustrerte over at sårtilhelingen tok så lang tid. Én var frustrert over at et lite sår kunne påvirke hverdagen så mye. En annen var bekymret for å miste jobben da det hadde vært lang tid med sykemeldinger. Flere opplevde frustrasjon rundt det at et sår kan påvirke livet på så mange områder, og én av deltagerne formulerte det slik.

“Frustrerende, rett og slett. Tenker at et lite sår under stortåa, det styrer så mye av det psykiske og det jeg kan gjøre da. Det er der hele tiden. Et bittelite sår er frustrerende.” (Deltager 7)

De fleste deltagerne oppgav trygghet som et viktig element. Det å bli husket og fulgt tett opp, gjorde at de følte seg trygge og ivaretatt. Én deltager så på det å bli behandlet av de samme behandlerne som trygt. De fleste av deltagerne hevdet at regelmessig oppfølging og god kunnskap om sårbehandling fra behandlerne side, gav dem trygghet. Én fortalte at sykepleierne på sårpoliklinikken var flinke, og kontaktet legen når de var usikre på noe, og det opplevdes trygt. En annen snakket om at det å få regelmessig oppfølging med tanke på å fange opp infeksjoner gav en trygghetsfølelse. En tredje hadde gode erfaringer fra sin fotsårbehandling og sa det på denne måten:

“Jeg har følt det så betryggende at de som jobber her de vet hva de driver med, og de har gitt meg behandling som har fungert veldig, veldig bra. Har ingen negative opplevelser på noen som helst måte.” (Deltager 5)

4.1.4 Mestringsstrategier for livet med fotsår

Deltagerne beskrev ulike mestringsstrategier eller personlige egenskaper, som hjalp dem å håndtere ulike utfordringer rundt fotsårbehandlingen. Eksempler på dette var ikke å føle på

motløshet, å være flink til å glemme, å kjenne på takknemlighet over vellykket behandling, å ha høy tålegrense og å tenke at ting kunne vært verre. En av deltagerne snakket om evnen til å legge vonde opplevelser bak seg.

“Jeg kom hjem etter 5 måneder på sykehus og rehabilitering. Da var jeg ... Det legger vi bak oss. Ja, det er ikke noen annen mulighet. For hvis jeg skal gå og tygge på dette, så kommer jeg ikke videre. Familie og, nei ... Nå fungerer protesen veldig bra, og jeg går både med og uten krykker.” (Deltager 2)

Flere av deltagerne hadde erfart at hjelpen de fikk fra helsepersonell ikke alltid var god nok, noen via fastlege og andre via sykehusbehandlere. Et eksempel på dette kunne være opplevd manglende kompetanse på sårbehandling under sykehusinnleggelse. En strategi for å bøte på dette var å øke sin egen kunnskap og kompetanse på egen sykdom, men også ved å stole mer på sine egne vurderinger. To deltagere beskrev at de hadde tillit til behandlerne, men ikke uforbeholdent, og de vurderte selv om de opplevde de ulike behandlingsrådene som optimale for seg selv:

“Ja, jeg får ofte råd, men vurderer dem selv. Så hvis jeg er i tvil, hvis jeg ikke er helt sikker, så bare sier jeg nei. Men hvis det er helt på tvers av ..., så må jeg selvfølgelig ha respekt for legene.” (Deltager 1)

En deltager søkte selv fram den ortopediklinikken som skulle få tilpasse det hjelpemiddelet deltageren hadde behov for. Det viste seg at ikke alle ortopediklinikker kunne skaffe dette, derfor oppsøkte deltageren selv den ortopediklinikken som hadde best utvalg, og bestilte sine hjelpemidler der.

“Nå har jeg valgt å få fottøy fra det jeg vurderer som den beste ortopediske klinikken. (...) Oppfølging har jeg fått fra min ortopediske fotklinikk, for de hadde kompetanse for å lage skotøy. For de første du møter er ikke nødvendigvis de beste.” (Deltager 3)

4.2 Erfaringer fra forholdet mellom pasient og behandler

Det andre temaet omhandlet deltagerne samarbeid med helsevesenet, og inneholdt refleksjoner rundt relasjonen mellom pasient og behandler. Forholdet mellom deltager og behandler ble påvirket av deltagerne opplevelse av ærlighet og empati fra behandlerne side, og ulike grader av tillit til behandlere og behandlingsråd, som igjen kunne påvirke etterlevelsen. Deltagerne ble i stor grad tatt med i diskusjoner rundt behandlingsvalg, og de gjorde sine egne vurderinger om fotsårbehandlingen og ulike tiltak. Her finner vi at samvalg oppleves positivt og øker tilfredsheten rundt fotsårbehandlingen, og vi finner at enkelte behandlere gjennom empati og ærlighet har opparbeidet seg stor grad av tillit.

4.2.1 Stor grad av tillit til behandleren kan påvirke etterlevelse

Alle deltagerne hadde refleksjoner vedrørende tillit til behandlerne. Ærlig kommunikasjon ble trukket fram som en vesentlig faktor, som kunne påvirke behandlingen. Én deltager fortalte om brutal ærlighet fra behandler som var tøff der og da, men som opplevdes riktig, ettersom beskjednen var riktig. En annen hadde opplevd å få «kjeft» av sin behandler, men omtalte likevel denne behandleren som helt fantastisk. Flere av deltagerne snakket om stor grad av tillit til behandlerne som kom med behandlingsråd, selv om resultatet ikke alltid var vellykket.

“Jeg stoler 100% på dem, selv om de ikke alltid gir vellykka resultat. Men jeg stoler på dem. De råder meg til det som er riktig. Jeg tenker at her vet de hva de gjør. (...) Her er dem ærlige. Når det har gått dårlig og de sier det, kan jeg bli lei meg, men jeg vil at de skal være ærlige. Det gjør at jeg stoler på dem. Sånn er det.” (Deltager 7)

Én deltager formidlet at behandleres kompetanse sammen med empati kunne føre til at deltageren kunne følge opp sårbehandlingen bedre selv også.

“Jeg føler de er interessert i meg som pasient, og at jeg skal få best mulig behandling. Men jeg har ikke tenkt at det vi snakker om er av interesse, men rundt det medisinske har de vært veldig dyktige i det de gjør, vist god kunnskap og formidlet kunnskap, så jeg kan gjøre det bedre selv også.” (Deltager 5)

Et annet eksempel på dette fikk vi i svaret på spørsmålet om hva som oppleves viktig i møter med helsevesenet:

“Kompetanse. Og så tror jeg det menneskelige, det å møte mennesker som vil lytte, lytteprosessen. At folk er troverdige, at de er genuint opptatt av deg som et helt menneske, og vil hjelpe deg.” (Deltager 3)

Fem av deltagerne konkretiserte at deres behandlere viste empati ved å være oppriktig interessert i deltagerne og deres situasjon. Disse behandlerne var lette å prate med, hyggelig å komme til, og de var gode lyttere. Samtidig ble det fortalt om en erfaring der behandleren viste oppriktig bekymring for sårutviklingen. Dette tolket deltageren som tegn på empati, og skjønte da i større grad alvoret.

“Men nå var det en ekstra underliggende grunn til at jeg skulle forstå og etterkomme det hun sa. Jeg så resultatet, at det begynte å bli verre, ikke sant. Det er hovedgrunnen, at det begynte å bli verre. Da skjønte jeg det. Så det er en kombinasjon av at hun var så klar og tydelig, som hun før så vidt har vært før, og. (...) Og det jeg så i øynene hennes, at hun virkelig mente det. At hun var ikke irritert, men bekymret. (...) Så jeg føler virkelig at sykepleierne bryr seg.” (Deltager 1)

Det å få motstridende signaler og beskjeder ble trukket fram av seks deltagere til å svekke tilliten til behandlere og behandlingsrådene, noe som kunne påvirke etterlevelse negativt. Eksempler på motstridende beskjeder var å få ulike behandlingsråd fra forskjellige behandlere, å ikke få behandlings-timer tilstrekkelig ofte og at spesialister fokuserte på sitt felt og ikke vurderte helheten når de kom med sine behandlingsråd.

En deltager hadde erfart å bli påført et nytt alvorlig fotsår under sykehusinnleggelse. Deltageren påpekte at slike erfaringer vanskeliggjør videre tillitskapning mellom helsevesen og pasient.

“Men jeg må være ærlig å si, at jeg har ikke tillit til sykehuset. Sånn er det bare. I og med at de påførte meg ny skade, og nesten en amputasjon til mens jeg lå der.” (Deltager 2)

4.2.2 Samvalg er en brikke i etterlevelse-puslespillet

I intervjuene kom det tydelig frem at det å delta i beslutninger rundt egen helse og behandling var viktig. Seks av syv deltagere snakket om konkrete erfaringer med samvalg, og det å være med å påvirke behandlingsbeslutninger var utelukkende positivt. Noen av deltagerne hadde hatt innsigelser til foreslåtte behandlingsbeslutninger, og dette medførte endret behandling i flere tilfeller. Én deltager fortalte om fotsåret under tåa som legen, etter to års behandlingstid, foreslo å amputere. Deltageren ønsket ikke amputasjon og i samtalen med legen ble de enige om å forsøke sårrevisjon i stedet for. Revisjonen ble utført og deltageren var fornøyd med å ha blitt hørt. Kort tid etter revisjonen fikk såret komplikasjoner, og det endte likevel med amputasjon. Til tross for dette var deltageren godt fornøyd med å ha fått anledning til å diskutere og være med på avgjørelsen sammen med legen.

“Da sa jeg at jeg vil helst ikke amputere den tåa, og da bestemte de at de ville prøve den operasjonen først. Da var jeg med på å påvirke den beslutningen. Så det synes jeg var veldig fint.” (Deltager 6)

En annen deltager beskrev å ha fått tre alternative behandlingsmuligheter, og deltageren kunne velge hvilket alternativ som var ønsket. Da valget var tatt, jobbet behandleren og deltageren sammen om deltagerens ønske. Deltageren var glad for valgmuligheten og ble svært fornøyd med resultatet. En av de andre deltagerne stilte spørsmål ved et nytt behandlingsopplegg for sitt fotsår. Dette ble gjort på bakgrunn av deltagerens erfaring med tidligere vellykket mindre amputasjon, mens denne gangen foreslo legen større amputasjon. Deltageren ble derfor usikker på om større amputasjon var riktig beslutning.

“Da traff jeg en ortoped. Han var sikker i sin sak, om at her måtte det amputeres. Jeg var litt usikker, fordi jeg har hatt tilsvarende på venstre fot og der tok de bare tåa, og så leget det seg.” (Deltager 2)

En av deltagerne som hadde lang erfaring med fotsår, fortalte om egne vurderinger når det gjaldt å følge behandlingsråd. Deltageren mente at når såret var lite og ikke vondt, var det greit å øke belastningen på såret, til tross for råd om avlastning. Deltageren mente kroppen fungerte bedre når den var i bevegelse, men lyttet i større grad til behandlernes råd da såret ble verre.

“Nå har ikke såret vært vondt, og det har vært ganske lite, og endelig har jeg kunne gå normalt igjen. (...) Fordi min allmenntilstand nå, den er så bra som den ikke har vært på

lenge. (...) Men det skyldes også at jeg ikke har hørt på sykepleieren, at jeg har vært mye i bevegelse. (...) Jeg stoler på egen vurderingsevne. (...) Jeg har jo lyttet til råd tidligere, men når situasjonen er mer alvorlig, fordi sårene har vært store og stygge, da har jeg i høyeste grad lyttet.” (Deltager 1)

Tre av deltagerne forteller om erfaringer med tverrfaglige team for å legge videre planer for behandling. Deltagerne beskriver dette som positivt, og at de her ble inkludert i beslutningstaking.

“Jeg har vært med på tverrfaglig flere ganger, og det er veldig all right. Det har vært ortoped, ortopediingeniør, lege og sykeleier. De gjør aldri noen ting uten at jeg er med på det. Så det fungerer veldig bra. Samarbeidet fungerer veldig bra.” (Deltager 7)

5 Diskusjon

5.1 Livet med fotsår

Det første temaet omhandlet livet med fotsår og hvordan fotsårbehandlingen påvirker livet. Funn som belyses i studien er; et ønske om å leve som normalt, erfaringer med behandlingshjelpemidler, en mental berg- og dalbane og mestringsstrategier for livet med fotsår.

5.1.1 Et ønske om å leve som normalt

Deltagerne erfarte at de ikke kunne være like aktive som ønsket, og brukte mye tid på å følge opp fotsårbehandlingen. Funn fra studien viser at både yrkeslivet og aspekter ved det sosiale livet ble påvirket av fotsåret. En kvalitativ studie fra 2019 finner at etterlevelse av fotsår-egenbehandling var lav, og årsakene til dette var flerdimensjonale (van Netten, Seng, Lazzarini, Warnock & Ploderer, 2019). Våre funn støtter at etterlevelsen er variert og at faktorer som påvirker etterlevelsen er flerdimensjonale. Coffey et.al. publiserte i 2019 en metasyntese av 42 kvalitative studier basert på erfaringer ved diabetiske fotsår. Resultater fra denne syntesen var at det å leve med diabetiske fotsår hadde omfattende og varige fysiske, sosiale, yrkesmessige, psykologiske og mellommenneskelige påvirkninger på livene til de berørte. Dette støttes i våre funn, der fotsårbehandlingen blant annet gikk ut over aktivitetsnivået, yrkeslivet og sosial omgang. Hochlenert et.al. (2018) hevder at vanlige konsekvenser av diabetiske fotsår blant annet er tap av mobilitet og uavhengighet, tap av arbeidsevne og tap av sosiale kontakter. Det kan tenkes at ønsket om å leve som normalt er såpass viktig for den enkelte, at dette hensynet i noen situasjoner veier tyngre enn etterlevelse av fotsårbehandlingen. Eksempelvis forteller deltager 1 at aktivitetsnivået økes når såret er i bedring, noe som kan være et godt bilde på dette dilemmaet. Deltageren er kjent med at konsekvensene av økt belastning kan forverre såret, men i faser der såret er fredelig, veier andre hensyn tyngre.

Å be en pasient med fotsår om å “ikke belaste foten” eller om å “gå så lite som mulig” er ifølge Hochlenert et al. (2018) et urealistisk krav. Dette vil kunne begrense pasientens uavhengighet, og føre til at pasienten i stor grad blir avhengig av hjelp fra andre (Barg et al.,

2017). Dette finner vi også i våre resultater, der deltagerne forteller at de har fått mye hjelp av sine familiemedlemmer, både til sårbehandlingen og andre daglige aktiviteter. Flere studier forteller at støtte fra familie er viktig når det gjelder fotsårbehandling og terapeutisk atferd (Coffey et.al., 2019, Kim & Han, 2020, Kristianingrum, Wiarsih & Nursasi, 2018), og dette er også viktig informasjon når det gjelder etterlevelse. Det finnes flere eksempler på at støtte fra familie forbedrer etterlevelse og terapeutisk atferd (Gomes et.al., 2017, Pamungkas, Chamroonsawasdi & Vatanasomboon, 2017, Wichit, Mnatzaganian, Courtney, Schulz & Johnson, 2017, Kim & Han, 2020).

Funnet fra studien som indikerer at pasienter i størst mulig grad ønsker å leve som normalt kan være vesentlig, når behandler skal planlegge behandlingen. En salutogen helsetenkning fokuserer på friskhetsfaktorer og behandling som fremmer helse (Garsjø, 2018). Med et slikt fokus vil man ut fra en helhetlig tankegang kunne akseptere en økt belastning og et økt aktivitetsnivå hos fotsårpasienten dersom avlastning er problematisk. Man kan i disse tilfeller kanskje i større grad fokusere på andre behandlingsalternativer enn avlastning, for å legge til rette for etterlevelse.

5.1.2 Behandlingshjelpemidler på godt og vondt

Alle deltagerne hadde fått råd om avlastning som en del av behandlingen for fotsår, og de fleste sa det ikke var vanskelig å etterleve behandlingsrådene. Funnene indikerte imidlertid det motsatte, der de kunne fortelle om manglende bruk av krykker, lufting av hund, og om turgåing, om enn noe kortere tur enn vanlig.

De vanligste hjelpemidlene er tåskillere, fotsenger, behandlingssko, ortoser, krykker og rullestol. Behandlingshjelpemidler som behandlingssko er først og fremst i bruk ved behandling av aktive sår, mens fotsenger og spesialsko er forebyggende hjelpemidler (Hochlenert et al., 2018). Funn i studien viser at ortose, behandlingssko og krykker var mest benyttet, og alle hadde erfaring med ett eller flere behandlingshjelpemidler. Erfaringer ved bruk av flere av hjelpemidlene hadde derimot negative effekter, i form av senebetennelser, ryggsmertor og nye fotsår. En oversiktstudie fra 2016 som undersøkte faktorer som påvirket etterlevelse av behandlingssko, fant ingen avgjørende bevis som kunne påvirke etterlevelse. I motsetning til Jarl og Lundquist (2016), fant vi at dersom behandlingshjelpemidlene gir nye problemer, kan etterlevelsen bli dårligere.

I de nasjonale faglige retningslinjer for diabetes (Helsedirektoratet, 2016) viser klinisk erfaring at pasientene som oftest er positivt innstilt til å få tilpasset behandlingssko. Innsigelser til skoene kan være at de er bredere enn vanlige sko og ikke så estetisk pene å se på. Dette sammenfaller med hva deltagerne i studien la frem. Flere av dem kommenterte at skoen var klumpete og høyere enn vanlige sko og skilte seg derfor tydelig ut fra hverdagssko. I tillegg var det flere som fikk problemer ved bruk av skoen, mens en mente skoen var funksjonell og avlastet såret. Problemer med skobruken var uavhengig om deltageren hadde hatt fotsår kort eller lang tid. Siden de kun fikk en behandlingssko og måtte bruke vanlig sko på andre foten, medførte dette ujevn belastning noe som igjen gav smerter i hofte og rygg hos to av deltagerene. Dette gjorde at flere ikke ønsket å bruke skoen de hadde fått, noe som samsvarer med retningslinjene der etterlevelse over tid er antatt å være lav. I en større studie ble det kommentert at behandlingsskoen ble sett på som svømmeføtter av kvinnelige deltagere (Coffey, et al., 2019) Det er forståelig at sko som er lite estetisk pene og påfører deltageren flere problemer, ikke alltid blir benyttet som avtalt. Er det fäfenglighet som gjør at behandlingssko blir mindre benyttet eller er det problemene som tilkommer som gjør at skoene blir mindre brukt enn behovet tilsier? Funn i vår studie peker på at estetikk kan være viktig for bruken av behandlingssko. I en oversiktsstudie fra 2016 ble det funnet at det er for få studier til å trekke noen konklusjoner om etterlevelse av behandlingssko (Jarl & Lundquist, 2016) mens en studie fra 2018 finner at motivasjon kan ha positiv effekt på etterlevelse av behandlingsfottøy (Binning, Woodburn, Bus & Barn, 2018)

Bestilling og tilpasning av behandlingssko kan være en krevende oppgave og det krever en del logistikk (Helsedirektoratet, 2016). For det første er det kun spesialist som kan rekvirere denne typen behandlingshjelpemidle, og time hos spesialister kan ta tid. I mellomtiden kan såret endre seg og tid er viktig i fotsårbehandling. For det andre må pasienten selv ta seg til ortopedisk teknisk verksted for å få tilpasset skoen. Hva da med dem som har fotsår som skal avlastes og dermed ikke kunne kjøre bil? De blir avhengig av hjelp for å komme avgårde. De nasjonale faglige retningslinjene mener det er lite ulemper forbundet for pasientene med tilpasning av behandlingssko (Helsedirektoratet, 2016) Dette er en påstand som kan diskuteres. Pasienter må selv ta seg til stedet hvor tilpasningen skal skje. En av deltagerne var glad han hadde en kone som kjørte seg over alt. Ikke alle har et sosialt nettverk som kan bistå i behandlingen. Ved tilpasning av behandlingssko er det mange hensyn å ta, og en fot med fotsår er en fot i stadig endring (Hochlenert et al., 2018). Dette støttes av funn i studien. En av deltagerne fikk gnag av behandlingsskoen, og dermed sluttet å bruke den. Til tross for at

behandlingssko ikke ble benyttet, mente deltageren at behandlingsråd følges og at de er lette og etterleve.

Problemer med bruken av fottøyet gjorde at tre deltagere selv tilpasset egne behandlingssko, enten fra gammelt skotøy hjemme eller fra behandlingssko fra tidligere sår. Deres egeninnsats gjorde at de kunne kontinuere bruken av behandlingssko og på den måten forsette avlastningen av såret. I en stor litteraturstudie ble det slått fast at vellykket resultat ved forebygging og helbredelse av fotsår, alltid vil ha sammenheng med pasientens etterlevelse av kontinuerlig bruk av terapeutisk fottøy. Selv den beste avlastningsenheten vil ikke være effektiv hvis den ikke benyttes (Bus, et al., 2015)

5.1.3 En mental berg- og dalbane

Den mentale delen av det å ha fotsår, er nevnt av alle deltagerne i studien. Flere sliter med angst og redsel, og andre har bekymringer. Trygghet ble nevnt som viktig motpol til det negative.

Angst og redsel som har kommet som erfaring fra tidligere opplevelser, vil ifølge Dahl (2014, s. 39), medføre betinget angst i tilsvarende situasjoner i fremtiden. Responsen vil komme raskere og i større grad enn hos pasienter uten slik erfaring. Dette bekreftes av deltageren som fikk angst etter innleggelse i sykehus hvor fotsåret ikke ble fulgt opp og avtaler ikke holdt. Når man over mange år har gått til behandling av fotsåret så har man opparbeidet seg kompetanse og erfaring som få har. Når behandlere da gjør andre tiltak eller ikke følger opp en lagt plan, så er det forståelig at pasienten blir engstelig. Dersom pasienten i stedet ved innleggelsen, hadde opplevd helsepersonell som var støttende og forståelsesfulle, kunne det skapt tillit i stedet for angst. Coffey et al. (2019) fant at positive opplevelser og positivt innstilt helsepersonell som er interessert i mentalt velvære for pasienter, hylles for støttende interaksjoner. Det å vise empati og forståelse i tillegg til god kommunikasjon, kan være med å bygge bro over angst og redsel, samtidig skape tillit. Dersom dette ligger til rette, kan det ifølge Coffey et al. (2019) medføre større mulighet for etterlevelse av behandlingsråd.

Pasienter som stadig er engstelig for sårutviklingen og nye sår, trenger støtte for det de står i hver eneste dag. De trenger oppmuntring og bekreftelse, og som en deltager så fint sa, “vi trenger heiarop hver eneste dag”. Det er mye riktig i dette for forskning viser at stress og påkjenninger påvirker diabetesbehandling negativt (Kim & Han, 2020). Det av betydning at

helsevesenet tar hensyn til dette i behandlingen. Det å gi støtte til pasienter med diabetisk fotsår, enten de er engstelig for forverring av eksisterende sår, eller redd for å få nye, så er psykososial støtte av stor betydning. Dette bekreftes av våre funn. Særlig er det løftet frem at psykososial støtte i håndteringa av sårets innvirkning på hverdagen er av betydning (Coffey et.al., 2019). Det samme kommer frem i WHO-rapporten (2003), hvor det vises til at kunnskap alene ikke er nok til å skape endring i adferd, men psykologiske og adferdsmessige tiltak må til.

Ifølge de nasjonale faglige retningslinjer (2016), skal personer med diabetes undersøke føttene hver dag. For de fleste vil dette være tiltak som er enkelt og gjennomføre, men dersom personen i en periode er deprimert eller har redusert helserelatert livskvalitet, kan undersøkelse av føttene være en tilleggsbelastning. Egenbehandling og oppfølging krever mye av den enkelte (Helsedirektoratet, 2016). Det er gjort funn som peker på at personer med diabetes ikke føler seg tilstrekkelig støttet av helsepersonell verken medisinsk, pedagogisk eller følelsesmessig når det gjelder å passe på føttene (Coffey et al., 2019) Ut fra vår studie kommer det frem synspunkter som er på kollisjonskurs med dette. Deltagere er svært godt fornøyd med den mentale støtten de får, og en deltager mente at den mentale støtten han fikk av behandleren betød mye for sårbehandlingen og tilhelingen. Erfaring fra denne studien viser at pasienter med diabetes som sliter mentalt, har vansker med å gjøre de rette valgene. For å få til mulig adferdsendring i dreining mot rette valg, bør pasienter følges tett opp så de føler seg trygge og ivaretatt (Coffey et al., 2019)

5.1.4 Mestringsstrategier for livet med fotsår

Vi fant ulike mestringsstrategier og personlige egenskaper i datamaterialet. Det er viktig å ha kunnskap om mestring hos personer med diabetes, fordi dette er rapportert å påvirke etterlevelse (Albai et al., 2017, McCoy & Theeke, 2019). En unngående mestringsstil kan forverre etterlevelse av egenbehandling (Iturralde, Weissberg-Benchell & Hood, 2017). Målet med mestring er å håndtere eller unngå angst forårsaket av en situasjon. Mestring kan defineres som en vekslende kognitiv og atferdsmessig anstrengelse, for å redusere eller tolerere påkjenninger, og de stabile mestringsstrategiene anses å være en del av selve personlighetsutformingen (Dahl, 2014).

Funn om å ikke føle på sin motløshet og å være flink til å glemme, kan tolkes som en unngående mestringsstil, ved å unngå ubehagelige tanker og minner. En unngående mestringsstil når det gjelder håndtering av diabetes, kan bidra til økt opplevelse av stress, og dårligere etterlevelse (Iturralde et al., 2017, McCoy & Theeke, 2019). I motsetning til dette tolkes det å ikke kjenne på motløshet i vår studie, som en god strategi, fordi man er mer opptatt av å legge vonde ting bak seg og å se framover. I så tilfelle kan man se på dette mer som en problembasert mestringsstrategi, som er forbundet med et høyere eller forbedret nivå av etterlevelse.

Det å ha en høy tålegrense og å tenke at ting kunne vært verre, kan være tegn på hardførhet, som også ifølge Dahl (2014, s. 34) er et personlighetstrekk. Man kan også her trekke linjer mot en mer problemfokustert mestringsstil, som trolig påvirker terapeutisk atferd positivt. Den personlige sykdomsoppfatningen vil variere mye fra pasient til pasient. Derfor synes det viktig å få fram den enkeltes oppfatning av egen sykdom, for å få et overblikk over de ulike faktorer som kan påvirke akkurat denne pasientens etterlevelse.

Funn viser at flere har erfart å ikke få tilstrekkelig god helsehjelp til sitt fotsår. Noen av deltagerne løste dette ved selv å oppsøke spesialisert hjelp, og ved å stole mer på sine egne vurderinger. Helsekompetanse er en persons evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon, for så å kunne ta kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det innebærer beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019). Etter mange år med diabetes og måneder og år med fotsårbehandling, er det ikke unaturlig at en del pasienter opparbeider seg en solid helsekompetanse. Funn i studien støtter opp om dette.

5.2 Forholdet mellom pasient og behandler

Funn i studien viser til at høy grad av tillit til behandlere kan øke motivasjonen for å etterleve fotsårbehandlingen. Videre peker funnene på at samvalg i fotsårbehandlingen øker tilfredshet og kan påvirke etterlevelse.

5.2.1 Stor grad av tillit til behandleren kan påvirke etterlevelse

Funn i studien peker på at deltagerne hadde stor grad av tillit, selv om resultatene ikke alltid var vellykkede. En mulig forklaring på dette kan være den gode relasjonen mellom pasient og behandler. God behandling kan bety å tilpasse sine profesjonelle evner til pasientens verdier, ved å gi øyekontakt før man undersøker foten, gi oppmerksomhet til tiltak pasienten har gjort, og gjerne spørre om familiemedlemmers roller i fotsårbehandlingen (Hochlenert et.al., 2018). Det kan handle om å etablere tillit i relasjonen mellom pasient og behandler, og om å finne pasientens styrker og ressurser og bekrefte disse (Miller& Rollnick, 2016, s. 252). Dette bekreftes som viktig av flere av deltagerne i studien som opplevde seg hørt og forstått av behandlerne. Fem av deltagerne kommenterte at de opplevde empatiske behandlere som var genuint interessert i dem og deres situasjon, som kommuniserte lett og var gode lyttere. En av deltagerne fortalte om behandleren som ble “ekte bekymret” for sårutviklingen og dette tolket deltageren som empati fra behandleren. Ved å vise deltagerne respekt og empati slik enkelte behandlere har gjort, kan det være med å gi øke tillit til behandleren og behandlingsrådene.

En deltager mente at behandlerens kompetanse og empati gjorde at deltageren bedre kunne ivareta og følge opp sårbehandlingen selv. Det å vise empati kan være å sette seg inn i den andres referanseramme. For å finne disse referanserammene må man være oppriktig interessert i deltageren og deltagerens situasjon (Miller og Rollnick, 2016, s. 45). Man kan stille åpne spørsmål, slik som “hva har skjedd med foten” og “hvilke tiltak har du gjort” og “hvordan har du forholdt deg til dette?” Det er essensielt å gjøre dette på en ikke-dømmende måte, og å unngå kritiske bemerkninger om hva som burde vært gjort (Hochlenert et al, 2018, Miller & Rollnick, 2016). Funn i studien bekrefter at dette er viktig for deltagerne. Dersom man klarer å forene kompetanse og empati kan dette gi økt grad av tillit, og mulig øke motivasjonen for å etterleve behandlingsrådene.

Funn fra studien viser at ærlig informasjon fra behandler kunne gjøre at deltagerne stolte mer på sine behandlere, til tross for at ærligheten kunne være både smertefull og direkte. Denne ærligheten kan bidra til å styrke relasjonen mellom behandler og deltager. Dette understøttes i studien til Settineri et al., (2019), som også fant at et sterkt tillitsforhold kan være med å øke etterlevelse av behandlingsråd. Vi har videre gjennom egen praksis erfart at ærlighet er viktig for relasjonen mellom pasient og behandler, og at dette kan påvirke pasientens etterlevelse til denne behandlerens råd om fotsårbehandling.

Graden av tillit ble påvirket av deltagerne mange opplevelser og erfaringer med helsevesenet, og motstridende beskjeder og råd om fotsårbehandlingen kunne svekke tilliten. Et dårlig forhold mellom pasient og behandler, og opplevd lav kompetanse hos behandleren, var i oversiktssstudien til Jaam et.al. (2018) forbundet med dårlig medikamentoverholdelse. Våre funn peker mot det samme, og trolig vil dette også kunne påvirke etterlevelse av fotsårbehandling.

5.2.2 Samvalg er en brikke i etterlevelse-puslespillet

Deltagerne i studien erfarte det å være med å påvirke behandlingsbeslutninger som utelukkende positivt, men var ikke alltid enige med behandlerne om hvilke behandlingsvalg som var riktige. Vi ser i studien at deltagerne opplever at deres mening er relevant, ser på egen kunnskap som vesentlig og at samvalgsprinsipper blir anvendt i deltagerne behandlingsforløp. Samvalg har som mål å minske informasjonsgapet mellom pasient og kliniker, og innebærer at pasienten, sammen med helsepersonell, drøfter og medvirker til valg av undersøkelses- og behandlingsmetode. Samvalg er en politisk føring, og skal være det normale, ikke det spesielle i "pasientens helsetjeneste" (Helsedirektoratet, 2019, I).

Men er samvalg en faktor som kan påvirke etterlevelse av behandlingsråd? Ingen av deltagerne gav entydige innspill som indikerte at samvalg var en isolert faktor som påvirket etterlevelsen av fotsårbehandlingen. Likevel fortolker vi gjennom funnene at samvalg kan bidra til økt tillit og styrke alliansen mellom deltager og behandler, og potensielt være en faktor som kan øke motivasjonen for etterlevelse av behandlingsråd. Forskningslitteraturen støtter også til en viss grad opp om dette. Mangelen på samvalg viste seg i en stor metastudie å ha en negativ innflytelse på etterlevelse av medisinsk behandling (Jaam et.al., 2018). En studie av Den Ouden, Vos, Guy & Rutten (2017) undersøkte om samvalg kunne øke andelen av pasienter med diabetes type 2 som nådde behandlingsmålene for HbA1c, blodtrykk, lipidverdier, røykeslutt og vektreduksjon. Etter 24 måneder hadde andelen som lå innenfor behandlingsmålene økt fra 26,4% til 31,8%. En annen oversiktssstudie så på den potensielle kliniske bruksverdien av samvalg som intervensjon i behandlingen av diabetes type 2. Studien fant at det ser ut til å være sammenheng mellom helsepersonellens bruk av samvalg og pasientens opplevelse av å ta gode/riktige valg og pasientens kunnskap om egen sykdom og risiko (helsekompetanse). Man fant her ikke bevis for en sammenheng mellom samvalg og reduksjon av HbA1c, pasient-tilfredshet, livskvalitet, etterlevelse av medisinsk behandling og

tillit til behandler. Artikkelforfatterne mener dette kan ha sammenheng med at det kan være vanskelig å måle effekten av samvalg metodologisk, og at mange mulige bias kan gjøre det vanskelig å bevise effekt (Kashaf, McGill & Berger, 2017). En liten pilotstudie fant at samvalg ikke hadde innvirkning på etterlevelse av fotsårbehandling, og foreslår at man i videre forskning fokuserer på å øke motivasjonen til å følge eksisterende behandlingsforløp (McBride et.al., 2016).

Videre funn i studien viser at deltagerne gjør sine egne vurderinger om fotsårbehandlingen og ulike tiltak, ofte basert på en helhetlig vurdering av egen helse. De opplevde ikke alltid at behandlerne tok dette helhetlige hensynet, og brukte da sin helsekompetanse til å ta dette hensynet selv. Et annet viktig politisk mål for å benytte samvalg er, ifølge Helse- og omsorgsdepartementet, å øke helsekompetansen i den norske befolkningen. Helsekompetanse er en persons evne til å forstå, vurdere og anvende helseinformasjon, for så å kunne ta kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det innebærer beslutninger knyttet til livsstils-valg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten (Helse- og omsorgsdepartementet, 2019, II). En studie av 187 iranske personer med diabetes type 2 fant at å styrke pasienters egenmestring kan bidra til forbedret egenbehandling av diabetes, og at å vurdere pasientens helsekompetanse er viktig i denne sammenhengen (Reisi et.al., 2016). En annen studie finner at god opplæring kan forbedre etterlevelse og helsekompetanse på kort sikt (Dorresteijn, Kriegsman, Assendelft & Valk, 2014). Helsedirektoratet kartla i 2019/2020 helsekompetansen i den norske befolkningen (Le, et.al., 2020), og delte kompetansen inn i tre nivåer. 20% av befolkningen lå på det høyeste nivået, 46% på det midterste nivået, 33% på det laveste nivået. Det ble vurdert at befolkningen på det høyeste og midterste nivået hadde tilstrekkelig helsekompetanse til å kunne ta "sunne", gode behandlingsvalg. En liten studie fra 2015 fant at deltagere som takket ja til å delta i sin studie hadde høyere helsekompetanse, enn de som takket nei. Videre fant de at de med lavere helsekompetanse hadde større sår av eldre varighet, sammenlignet med de med høyere helsekompetanse (Margolis et.al., 2015)

En stor metastudie av atten systematiske oversikter, som inkluderer over 500 enkeltstudier viser kompleksiteten i det å etterleve medikamentell behandling (Jaam et.al., 2018). Her finner man seks hovedtemaer: pasient-, medisinerings-, sykdom-, leverandør-, system- og samfunnsrelaterte faktorer, som alle påvirker etterlevelsen. Det er ikke utenkelig at dette er faktorer som også kan virke inn på etterlevelse av fotsårbehandling.

5.3 Metodediskusjon

Vårt mål med studien var å undersøke erfaringer og faktorer som påvirker etterlevelse. Vi brukte mye tid på å sette oss inn i eksisterende forskning i forkant av studien. Vi har hele veien forsøkt å legge vekt på transparens og detaljerte beskrivelser av hva vi har tenkt og gjort. Én-til-én-intervjuer er godt egnet når man ønsker fyldige og detaljerte beskrivelser av deltagers forståelse, følelser, erfaringer, oppfatninger, meninger, holdninger og refleksjoner til et fenomen (Johannessen et al., 2016, Jacobsen, 2015).

Det kan være en svakhet at vi i utvalget kun har én kvinne, én leggamputert og litt liten spredning i alder. Om vi hadde hatt mer tid og ressurser til rådighet kunne vi ha gjennomført flere intervjuer. Derimot opplever vi at utvalget representerer arbeidsfør middelaldrende gruppe. Vi har også gjennom intervjuene fått rike data og klart å fylle de typologiene vi planla, selv om fordelingen kjønnsmessig ideelt sett kunne vært noe jevnere. Å skaffe til veie et målbevisst utvalg kan øke troverdighet (Johannessen et al., 2016). Vi valgte å inkludere pasienter som hadde gjennomført amputasjon, for å treffe målgruppen med erfaring i langvarig fotsårbehandling. Dette kan ses på som en styrke troverdighet, ettersom alle deltagerne hadde erfaringer med langvarig fotsårbehandling.

Utvalget ble innhentet fra samme sårpoliklinikk, der alle fikk behandling av det samme behandlingsapparatet, men ikke nødvendigvis de samme behandlerne. Om utvalget hadde blitt innhentet fra forskjellige sårpoliklinikker kunne det ha gitt en større bredde i datamaterialet og styrket overførbarhet. Relatert til strenge anonymitetshensyn har vi valgt å holde tilbake karakteristikk om deltagerne, noe som kunne styrket overførbarheten. Samtidig vil gjeldende utvalg kunne bidra til styrket troverdighet, ved at utvalget potensielt har mottatt relativt sett lik behandling. Alle deltagerne i studien hadde lang erfaring med fotsårbehandling, minimum 1 år. Det kan tenkes at pasienter uten amputasjon og med langvarig fotsårbehandling hadde hatt andre erfaringer, og at pasienter som har amputert har en lavere grad av etterlevelse enn de som ikke har amputert. Derimot var det nettopp denne gruppen vi søkte, som vi hadde forforståelse av at hadde lav etterlevelse i utgangspunktet – og deres erfaringer. Vi mener derfor at utvalget i denne sammenhengen var godt egnet for å besvare problemstillingen.

Utvalget til studien ble hentet fra den ene forskerens arbeidsplass, men denne forskeren har hverken utført intervjuer eller transkribering. Den samme forskeren har hatt 4 av deltagerne til sårbehandling, dermed kunne det tenkes at denne forskerens erfaringer med deltagerne kunne

være med å farge forståelsen av deltageres svar. Dette er noe vi har snakket mye om og reflektert rundt. Vi har ikke opplevd å komme i situasjoner der dette har vært et problem, for eksempel ved at forskeren som kjenner deltageren har en annen tolkning av funnene, enn forskeren som var ukjent med deltageren.

Vi har forsøkt å tydeliggjøre vår forforståelse og hvem forskerne er, hvilke deltagere som inngår og i hvilken setting, inngående beskrevet vår tematiske analyse, brukt NVivo, vært to forskere og brukt veileder aktivt – alt dette vil kunne styrke påliteligheten i våre funn. «Member checking» (Polit & Beck, 2017, s. 573) kunne ytterligere styrket påliteligheten i funnene. Alle intervjuene ble utført av forsker 1, noe som kan styrke pålitelighet. Forsker 1 kjente heller ingen av deltagerne fra tidligere noe som gjorde at alle hadde samme utgangspunkt.

Vår forforståelse at vi antok deltagerne synes behandlingsrådene var vanskelig å etterleve påvirket våre valg av spørsmål i intervjuguiden. Det viste seg at deltagerne ikke opplevde det å følge behandlingsråd som vanskelig når de ble spurt direkte om dette. Intervjuguiden kunne, til tross for mye bearbeidelse og veiledning, vært pilotert. Intervjuguiden kunne vært mer spisset, særlig i retning “utdype hvorfor etterlevelse ikke var vanskelig”. Deltagerne kan ha hatt en annen oppfatning av sentrale begrep i spørreskjemaet, noe som gjør at vi i ettertid har sett at enkelte svar kunne vært fyldigere. En forklaring på at deltagerne har svart at de ikke synes behandlingsråd kan være vanskelig å etterleve, men samtidig gjennom intervjuene kommer med erfaringer om det motsatte, kan tyde på at begrepet “behandlingsråd” kan ha lav begrepsvaliditet.

Bruk av semistrukturert intervjuguide er en styrke, fordi det kan lede svarene mot området som vi ønsker å undersøke, men samtidig være tilstrekkelig induktiv for få rike beskrivelser og fyldige svar. Vi har utført en form for forskertrianglering (Johannessen et.al, 2016, s. 230, Polit & Beck, 2017, s.575), ettersom begge forskere selvstendig har kodet hele materialet, for deretter å sammenligne og diskutere både koder, og senere temaer, undertemaer og kategorier. Dette er en styrke, som øker troverdighet. Bra for reliabilitet at man i første omgang koder hver for seg, for så å gå sammen og finne konsensus (Polit og Beck, 2017, s. 540)

Datainnsamlingen ble gjort i seks av syv tilfeller rett etter sårbehandling på sårpoliklinikken. Rom ble lånt på sårpoliklinikken og rommet var i stor grad det samme, eller ganske like i utforming. Det å ha intervju i etterkant av behandling kan by på utfordringer. Noen av deltagerne hadde fått gode tilbakemeldinger på såret, og var selvsagt godt fornøyd med det,

mens én hadde fått litt mindre gode tilbakemeldinger. Sinnsstemning kan påvirke deltagernes svar i intervjuene, og det at så mange hadde fått positive tilbakemeldinger kan totalt sett ha gitt et mer positivt bilde av deres erfaringer med fotsårbehandling. To av intervjuene ble også avbrutt av at behandlerne, som kom inn med beskjeder. Dette kan være med å påvirke troverdighet til resultatene.

En studies overførbarhet dreier seg om hvorvidt man lykkes i å etablere beskrivelser, begreper, fortolkninger og forklaringer som er nyttige også på andre områder enn det som studeres (Johannessen et.al, 2016, s. 231). Vi har bevisst valgt å utelate en del karakteristikk for å redusere risikoen for gjenkjennelse. Dette vil kunne muligens svekke overførbarhet. Forskernes lange erfaring med kronisk syke bekrefter funnene på feltet i stor grad, noe som kan styrke overførbarheten. Vi vil være forsiktige med å hevde at funn fra studien kan være overførbare, men funnene gir oss informasjon som man kan bygge videre på i senere forskning.

Fortolkning av andres meninger kan selvsagt by på problemer, fordi det forutsetter å kjenne et annet menneskes tankeverden (Johannessen et.al., 2016, s. 235). Vi er bevisste på dette, og at selv om vi har søkt å fortolke deltagernes utsagn så korrekt som mulig, vil det aldri være mulig å gjøre dette fullt ut. Vi har benyttet tematisk analyse systematisk noe som kan korrigere fortolkningsutfordringen og dette systematiske arbeidet vil kunne øke objektiviteten. En ytterligere styrking av objektiviteten er at vi ser at flere av funnene i studien i mange tilfeller samsvarer med tidligere forskning. Det kan være en styrke at forsker 2 kommer fra fagfeltet, mens forsker 1 ikke jobber like mye med fotsår til daglig. Forsker 1 kan dermed tenkes å ha en mindre farget forforståelse og mer objektiv tilnærming, mens man fortsatt bevarer forsker 2's erfaringer og kjennskap til fagfeltet. Dette styrker den objektive tilnærmingen.

Lengden på intervjuene varierte, relatert til at noen deltagere hadde mer på hjertet enn andre. Dette kan også ha sammenheng med at intervjuer hadde lite erfaring med intervjuer og det å lede intervjuet i ønsket retning. Derimot kan lite ledelse underveis i intervjuet være positivt med tanke på den induktive tilnærmingen. Vi erkjenner vår uerfarenhet, men har fokusert på å jobbe systematisk og tro mot metodevalg, samt samarbeidet tett med erfaren veileder.

6 Konklusjon

Denne studien har vist at fotsårbehandlingen kan påvirke mange aspekter ved livet, samtidig som livet kan påvirke fotsårbehandlingen. Det var diskrepans mellom hva deltagerne trodde de gjorde, og hva de faktisk gjorde når det gjaldt å etterleve behandlingsråd.

Fotsåret kan påvirke livet i negativ retning, men vi fant også flere faktorer som kan påvirke etterlevelse positivt. Ønsket om å være i aktivitet kom i konflikt med å skulle avlaste såret, men flere brukte kreative løsninger i form av tilpasning av egne behandlingssko, høy grad av helsekompetanse og bruk av mestringsstrategier, for å leve så normalt som mulig.

En pasients grad av tillit til behandler kan påvirke tilliten til behandlingsrådene og etterlevelsen av dem. Høy grad av helsekompetanse hos pasienten kan bidra til at pasienten har et godt utbytte av samvalg, som igjen kan ha positiv effekt på etterlevelsen av behandlingsrådene.

Vi foreslår at fremtidige studier bør undersøke nærmere diskrepansen som kan finnes hos både pasienter og behandlere, og psykososiale faktorer som kan påvirke etterlevelse.

Litteratur

- Albai, A., Sima, A., Papava, I., Roman, D., Andor, B. & Gafencu, M. (2017). Association between coping mechanisms and adherence to diabetes-related self-care activities: A cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence*, 11, 1235–1241.
<https://doi.org/10.2147/PPA.S140146>
- Allegrante, J. P., Wells, M. T. & Peterson, J. C. (2019). Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. *Annual Review of Public Health*, 40, 127-146.
<https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044008>
- Armstrong, D. G., Boulton, A. J. M. & Bus, S. A. (2017). Diabetic Foot Ulcers and Their Recurrence. *The New England Journal of Medicine*, 376(24), 2367–2375.
<https://doi.org/10.1056/NEJMr1615439>
- Barg, F. K., Cronholm, P. F., Easley, E. E., Trocon, D., Hampton, M., Malay, D. S.,... Margolis, D. J. (2017). A qualitative study of the experience of lower extremity wounds and amputations among people with diabetes in Philadelphia. *Wound, Repair and Regeneration*, 25(5), 864-870. <https://doi.org/10.1111/wrr.12593>
- Beattie, A. M., Campbell, R. & Vedhara, K. (2012). «Whatever I do it's a lost cause». The emotional and behavioral experiences of individuals who are ulcer free living with the threat of developing further diabetic foot ulcers: a qualitative interview study. *Health Expectations*, 17, 429-439. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00768.x>
- Bentsen, S. B. (2013). Etterlevelse av behandlingsprogrammer hos pasienter med kronisk sykdom. *Nordisk Sykeplejeforskning* 3(3), 207-215.
- Binning, J., Woodburn, J., Bus, S. A. & Barn, R. (2019). Motivational interviewing to improve adherence behaviours for the prevention of diabetic foot ulceration. *Diabetes/metabolism Research and Reviews*, 35(2), e3105–n/a.
<https://doi.org/10.1002/dmrr.3105>
- Braun, V., & Clarke, V., (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brottveit, G. (Red.). (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder. Om å arbeide forskningsrelatert*. Oslo: Gyldendal Akademiske

- Bus, S. A., Van Deursen, R. W., Armstrong, D. G., Lewis, J. E. A., Caravaggi, C. F. & Cavanagh, P. R. (2016). Footwear and offloading interventions to prevent and heal foot ulcers and reduce plantar pressure in patients with diabetes: A systematic review. *Diabetes/metabolism Research and Reviews*, 32, 99-118. <https://doi.org/10.1002/dmrr.2702>
- Coffey, L., Mahon, C. & Gallagher, P. (2019). Perceptions and experiences of diabetic foot ulceration and foot care in people with diabetes: A qualitative meta-synthesis. *International Wound Journal*, 2019(16), 183– 210. <https://doi.org/10.1111/iwj.13010>
- Dahl, A. A. (2014). Grunnlaget for psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom: symptomer, diagnostikk og behandling*. (s. 31-44). Cappelen Damm Akademisk.
- Den Ouden, H., Vos, R. C., Guy E. H. M. & Rutten, G. E. H. M. (2017). Effectiveness of shared goal setting and decision making to achieve treatment targets in type 2 diabetes patients: A cluster-randomized trial (OPTIMAL). *Health Expectations*, 20, 1172–1180. <https://doi.org/10.1111/hex.12563>
- Dorresteijn, J.A., Kriegsman, D. M., Assendelft, W. J. & Valk, G. D. (2014). Patient education for preventing diabetic foot ulceration. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), CD001488–CD001488. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001488.pub5>
- Everett, E. & Mathioudakis, N. (2018). Update on management of diabetic foot ulcers. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1411(1), 153–165. <https://doi.org/10.1111/nyas.13569>
- Folkehelseinstituttet. (2017). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/%20?term=diabetes%20&h=1>
- Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid. Fra individ- til systemorientert tenkning og praksis*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Gilje, N. (2018). Grunnleggende sykepleie favoriserer humanistiske fag fremfor naturvitenskap og biomedisin. *Sykepleien Forskning 2018(106)* E-70438. DOI: [10.4220/Sykepleiens.2018.70438](https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.70438)
- Gomes, L. C., Coelho, A. C. M, dos Santos Gomides, D., Foss-Freitas, M. C, Foss, M. C. & Pace, A. E. (2017). Contribution of family social support to the metabolic control of people

with diabetes mellitus: A randomized controlled clinical trial. *Applied Nursing Research*, 36, 68–76. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.05.009>

Haug, J. (2017). *Diabetespsykologi – Samspillet mellom kropp og sinn*. (2. utg.) Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet (2016). Nasjonal faglig retningslinje for diabetes [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 16. mars 2021, lest 25. mars 2021). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>

Helsedirektoratet. (2019) *Nasjonale kvalitetsindikatorer. Diabetes – amputasjoner blant pasienter med diabetes*. Hentet fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/diabetes/amputasjoner-blant-pasienter-med-diabetes>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019) II. *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen*

2019–2023. S. 18. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-ok-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019) I. *Nasjonal helse- og sykehusplan 2020 – 2023*. (Meld. St. 7 2019-2020). Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/95ecc808f0434acf942fca449ca35386/no/pdfs/stm201920200007000dddpdfs.pdf>

Hochlenert, D., Engels, G., Morbach, S., Schliwa, S. & Game, F. L. (2018). *Diabetic Foot Syndrome*. Springer.

Hoogveen, R. C., Dorresteijn, J. A. N., Kriegsman, D. M. W. & Valk, G. D. (2015). Complex interventions for preventing diabetic foot ulceration. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8), CD007610–CD007610. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007610.pub3>

Iturralde, E., Weissberg-Benchell, J. & Hood, K. K. (2017). Avoidant coping and diabetes-related distress: Pathways to adolescents' Type 1 diabetes outcomes. *Health Psychology*, 36(3), 236–244. <https://doi.org/10.1037/hea0000445>

- Jaam, M., Awaisu, A., Mohamed Ibrahim, M. I. & Kheir, N. (2018). A holistic conceptual framework model to describe medication adherence in and guide interventions in diabetes mellitus. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 14(4), 391-397.
<https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2017.05.003>
- Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (3. Utg). Oslo: Cappelen Damm AS.
- Jarl, G. & Lundqvist, L. O. (2016). Adherence to wearing therapeutic shoes among people with diabetes: A systematic review and reflections. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1521–1528. <https://doi.org/10.2147/PPA.S112275>
- Jeffcoate, W. J., Vileikyte, L., Boyko, E. J., Armstrong, D. G. & Boulton, A. J. M. (2018). Current challenges and opportunities in the prevention and management of diabetic foot ulcers. *Diabetes Care*, 41(4), 645–652. <https://doi.org/10.2337/dc17-1836>
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (2. Utg.) Oslo: Abstrakt Forlag.
- Kashaf, M. S., McGill, E. T. & Berger, Z. D. (2017). Shared decision-making and outcomes in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 100, 2159-2171. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.030>
- Kim, E. J. & Han, K-S. Factors related to self-care behaviours among patients with diabetic foot ulcers. *Journal of Clinical Nursing*. 2020(29), 1712– 1722.
<https://doi.org/10.1111/jocn.15215>
- Kristianingrum, N. D., Wiarsih, W. & Nursasi, A. Y. (2018). Perceived family support among older persons in diabetes mellitus self-management. *BMC Geriatrics*, 18(Suppl 1), 304–304.
<https://doi.org/10.1186/s12877-018-0981-2>
- Le, C., Finbråten, H. S., Pettersen, K. S. & Guttersrud, Ø. (2020). *Befolkningens helsekompetanse, del 1* (IS-2959). Hentet fra:
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/befolkningens-helsekompetanse/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf/_attachment/inline/e256f137-3799-446d-afef-24e57de16f2d:646b6f5ddafac96cef5f5ad602aeb1bc518eabc3/Befolkningens%20helsekompetanse%20-%20del%20I.pdf

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

Margolis, D. J., Hampton, M., Hoffstad, O., Scot Malay, D. & Thom, S. (2015). Health literacy and diabetic foot ulcer healing. *Wound Repair and Regeneration*, 23(3), 299–301. <https://doi.org/10.1111/wrr.12311>

McBride, E., Hacking, B., O'Carroll, R., Young, M., Jahr, J., Borthwick, C.,... Berrada, Z. (2016). Increasing patient involvement in the diabetic foot pathway: A pilot randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*, 33(11), 1483-1492. <https://doi.org/10.1111/dme.13158>

McCoy, M. A. & Theeke, L. A. (2019). A systematic review of the relationships among psychosocial factors and coping in adults with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), 468–477. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.09.003>

Miller, W. R. & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale*. Bergen: Fagbokforlaget.

Pamungkas, R. A., Chamroonsawasdi, K. & Vatanasomboon, P. (2017). A Systematic Review: Family Support Integrated with Diabetes Self-Management among Uncontrolled Type II Diabetes Mellitus Patients. *Behavioral Sciences*, 7(3), 62. <https://doi.org/10.3390/bs7030062>

Polit, D. F. & Beck, C. H. (2017). *Nursing Research. Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10. Edt.). Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Wolters Kluwer.

Rastogi, A., Goyal, G., Kesavan, R., Bal, A., Kumar, H., Mangalanadanam, Kamath, P., Judee, E. B., Armstrong, D.G. & Bhansali, A. (2020). Longterm outcomes after incident diabetic foot ulcer: Multicenter large cohort prospective study (EDIFOCUS investigators) epidemiology of diabetic foot complications study: Epidemiology of diabetic foot complications study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 162, 108-113

Reisi, M., Mostafavi, F., Javadzade, H., Mahaki, B., Tavassoli, E & Sharifirad, G. (2016) Impact of Health Literacy, Self-Efficacy, and Outcome Expectations on Adherence to Self-Care Behaviors in Iranians with Type 2 Diabetes. *Oman Medical Journal*, 31(1), 52-59. <https://doi.org/10.5001/omj.2016.10>

Settineri, S., Frisone, F., Merlo, E. M., Geraci, D. & Martino, G. (2019). Compliance, adherence, concordance, empowerment, and self-management: Five words to manifest a relational maladjustment in diabetes. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 299-314. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S193752>

van Netten, J. J., Price, P. E., Lavery, L. A., Monteiro-Soares, M., Rasmussen, A., Jubiz, Y. & Bus, S. A. (2016). Prevention of foot ulcers in the at-risk patient with diabetes: A systematic review. *Diabetes/metabolism Research and Reviews*, 32(Suppl. 1), 84-98. <https://doi.org/10.1002/dmrr.2701>

van Netten, J. J., Seng, L., Lazzarini, P. A., Warnock, J. & Ploderer, B. (2019). Reasons for (non-)adherence to self-care in people with a diabetic foot ulcer. *Wound Repair and Regeneration*, 27(5), 530–539. <https://doi.org/10.1111/wrr.12728>

Wichit, N., Mnatzaganian, G., Courtney, M., Schulz, P. & Johnson, M. (2016). Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 123, 37–48. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.11.013>

WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (2018). Hentet fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Switzerland: WHO. https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=kcYUTH8rPiwC&oi=fnd&pg=PR5&dq=who+adherence+to+long+term+therapies&ots=tC0Pey1btZ&sig=RnLD1qb8MmYvnAOk8gvFxZhVnmA&redir_esc=y#v=onepage&q=who%20adherence%20to%20long%20term%20therapies&f=false

Vedlegg

Vedlegg 1

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Erfaringer ved behandling av diabetisk fotsår

Referansenummer

353231

Registrert

25.09.2020 av Katrine Villtun - katrinel@hiof.no

Behandlingsansvarlig institusjon

Høgskolen i Østfold / Avdeling for helse og velferd

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Ann-Chatrin Leonardsen, ann.c.leonardsen@hiof.no, tlf: 41668797

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Katrine Villtun, katrinevilltun@icloud.com, tlf: 99251274

Prosjektperiode

12.10.2020 - 30.04.2021

Status: 19.10.2020 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen, så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjema med vedlegg 19.10.2020. Behandlingen kan starte.

Prosjektet er meldt til REK, referanse 189875, og er vurdert å falle utenfor helseforskningslovens virkeområde. Det er følgelig tilstrekkelig med NSDs vurdering.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html

Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold, i tillegg til alminnelige kategorier av personopplysninger, frem til 30.4.2021.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra deltakerne til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen av personopplysninger om utvalg 1 vil være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 andre ledd.

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om: - lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at deltakerne får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen - formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål - dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet - lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

Så lenge deltakerne kan identifiseres i datamaterialet vil de ha følgende rettigheter: informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20).

NSD vurderer at informasjonen som deltakerne vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en registrert tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32). For å

forsikre dere om at kravene oppfylles, må dere følge interne retningslinjer og eventuelt rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

NSD vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Lasse Raas

Tlf. personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Vedlegg 2



Region:	Saksbehandler:	Telefon:	Vår dato:	Vår referanse:
REK sør-øst A	Anne Schiøtz Kavli	22845512	12.10.2020	189875
Deres referanse:				

Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen

189875 Erfaringer ved behandling av diabetisk fotsår

Forskningsansvarlig: Høgskolen i Østfold

Søker: Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen

Søkers beskrivelse av formål:

Vi ønsker å undersøke diabetespasienters erfaringer med langtidsbehandling av diabetiske fotsår, og faktorer som spiller inn på deres etterlevelse av behandlingen. For å studere dette nærmere ønsker vi å fokusere på pasienter med diabetes som har gjennomgått kontinuerlig fotsårbehandling og/eller har gjennomført amputasjon som konsekvens av sitt fotsår. Studien gjennomføres som del av masteroppgaven ved det nevnte masterstudiet. Vi ønsker å studere pasienters erfaringer med behandling av fotsår, og har valgt å gjennomføre én-til-én intervjuer. På grunn av prosjektets størrelse begrenser vi oss til 10 deltagere. Vi baserer rekrutteringen på en typologibasert utvelgelse, og søker deltagere i gruppene:

- mindre amputasjon (tå/forfot)
- større amputasjon (ankel/crux)

Ut over dette søker vi, om mulig, en jevn fordeling mellom kjønnene. Inklusjonskriterier er at pasienten er samtykkekompetent og har erfaring med diabetesfotsår. Eksklusjonskriterier er pasienter under 18 år og ikke-norskspråklige.

REKs vurdering

Vi viser til skjema for framleggingsvurdering mottatt 09.10.2020 angående prosjektet «Erfaringer ved behandling av diabetisk fotsår».

Formålet med prosjektet er å få økt kunnskap om hvordan hverdagen med diabetisk fotsår oppleves, og hvordan deltakerne lever med og forholder seg til behandlingen.

Det planlegges å inkludere ti pasienter som mottar fotsårbehandling ved diabetespoliklinikken ved sykehuset i Moss.

Deltakerne vil intervjues i etterkant av en konsultasjon på diabetespoliklinikken, eller et annet sted dersom pasientene foretrekker det. Spørsmålene i intervjuet vil være bakgrunns spørsmål, spørsmål om deltakernes erfaringer med helsevesenet og behandlingen de har fått, hvordan fotsårene påvirker livet deres, hvordan de opplever det å ha fotsår og behandlingen de får, hvordan de opplever behandlingsrådene de får, hvordan det er å følge rådene, tillitt til rådene og behandle, om det er ting som burde vært gjort annerledes eller som er spesielt positivt eller negativt.

REK sør-øst A
Besøksadresse: Gullhaugveien 1-3, 0484 Oslo

Telefon: 22 84 55 11 | E-post: rek-sorost@medisin.uio.no
Web: <https://rekportalen.no>

Prosjektet er del av en masteroppgave ved Høgskolen i Østfold. Funn fra forskningsprosjektet vil også kunne bli brukt til publikasjoner i vitenskapelige og populærvitenskapelige tidsskrift og presentasjoner på relevante konferanser.

Vedtak

Ikke fremleggspliktig

Etter REKs vurdering faller prosjektet, slik det er beskrevet, utenfor virkeområdet til helseforskningsloven. Helseforskningsloven gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, i loven definert som forskning på mennesker, humant biologisk materiale og helseopplysninger, som har som formål å frambringe ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningsloven §§ 2 og 4a. Formålet er avgjørende, ikke om forskningen utføres av helsepersonell eller på pasienter/sårbare grupper eller benytter helseopplysninger.

Prosjekter som faller utenfor helseforskningslovens virkeområde kan gjennomføres uten godkjenning av REK. Det er institusjonens ansvar å sørge for at prosjektet gjennomføres på en forsvarlig måte med hensyn til for eksempel regler for taushetsplikt og personvern.

Vi gjør oppmerksom på at vurderingen og konklusjonen er å anse som veiledende jf. forvaltningsloven § 11. Dersom dere likevel ønsker å søke REK vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Knut Engedal
Professor dr. med
Leder REK sør-øst A

Anne Schiøtz Kavli
Seniorkonsulent
REK sør-øst

Vedlegg 3 Tilgang til feltet



Spørsmål til deg som skal starte opp et masterprosjekt / videreutdanningsprosjekt

Fyll ut skjema og send det til forskningsavdelingen@so-hf.no. Du vil i løpet av kort tid få beskjed om du må søke tilrådning fra sykehusets personvernombud.

Ditt navn: Katrine Villtun og Mona Johannessen

Er dere ansatt ved Sykehuset Østfold?:

☒ Ja

☐ Nei

Hvis «Ja», ved hvilken avdeling? Katrine Villtun – Endokrinologisk poliklinikk, Mona Johannessen – Ortopedisk sengepost

Utdanningsinstitusjon: Høgskolen i Østfold

Er det søkt om tilrådning fra personvernombudet ved utdanningsinstitusjon?

☒ Ja (Søknader til NSD og REK sendes 17.09.20)

☐ Nei

Hva er formålet med prosjektet: Vi ønsker å undersøke diabetespasienters erfaringer med langtidsbehandling av diabetiske fotsår, og faktorer av betydning for pasientens gjennomføring og etterlevelse av behandlingsråd. For å studere dette nærmere ønsker vi å intervju pasienter som over lengre tid har mottatt fotsårbehandling ved Diabetespoliklinikken.

Hvilken avdeling skal du ha data fra?

Vennligst spesifiser: Endokrinologisk poliklinikk (Diabetespoliklinikken i Moss)

Hvem inkluderes? (Kryss av)

☐ Ansatte

☒ Pasienter

☐ Andre

Hvis «Andre» vennligst utdyp: Klikk her for å skrive inn tekst.

Hva slags data skal samles inn (f.eks. helseopplysninger, lydfiler, bilde, videooptak, andre variabler)? Lydfiler

Hvordan skal data samles inn? (Kryss av)

- ☒ Intervju
- ☐ Standard spørreskjema (f.eks. QoL)
- ☐ Uttrekk av pasientdata fra Sykehuset Østfolds kliniske systemer
- ☐ Annen måte

Hvis «Annen måte» vennligst utdyp: Klikk her for å skrive inn tekst.

Hvordan skal data lagres? (Kryss av)

- ☐ Papir / elektronisk teleform
- ☒ Lydfil/Bilde/Videofil
- ☐ Annen måte

Hvis «Annen måte» vennligst utdyp:

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene

- ☐ Data lagres aidentifisert (m/koblingsnøkkel)
- ☐ Data lagres anonymt (informasjon som ikke på noe vis kan identifisere enkeltpersoner i et datamateriale, direkte gjennom navn eller personnummer, indirekte gjennom bakgrunnsvariabler, eller gjennom navneliste/koblingsnøkkel eller krypteringsformel og kode)
- ☒ Data lagres indirekte identifiserbart (lyd/bilde/video, få inkluderte per variabel)
- ☐ Annen måte

Dato / Sted:

16.09.20 / Gressvik

Signatur:

Katrine Villtun og Mona Johannessen

Vennligst send det signerte skjemaet til forskningsavdelingen@so-hf.no.
Du vil motta henvendelse fra forskningsavdelingen så snart vi har sett på forespørselen.

Prosjekttittel:

Erfaringer ved behandling av diabetisk fotsår

Prosjektbeskrivelse:

Vi ønsker å undersøke diabetespasienters erfaringer med langtidsbehandling av diabetiske fotsår, og faktorer som spiller inn på deres etterlevelse av behandlingen. For å studere dette nærmere har vi valgt å gjennomføre én-til-én intervjuer av pasienter som har gjennomført amputasjon, som en konsekvens av sitt fotsår. Studien gjennomføres som et del av et masterprosjekt ved studiet "Avansert sykepleie til kronisk syke".

Godkjent av: ASTMAR

Forskningsavdelingen vil i samråd med personvernombudet gjennomgå dokumentasjonen som er knyttet til ditt prosjekt, og du vil få en tilbakemelding når prosjektet kan starte. Vennligst ettersend all nødvendig dokumentasjon til forskningsavdelingen@so-hf.no for raskere saksgang. Nødvendig dokumentasjon og flyt for oppstart av prosjekt finnes i EK.

Dersom du har behov for støtte til oppstart og/ eller den praktiske gjennomføringen av studien, ta kontakt med klinisk forskningsenhet: kliniskestudier@so-hf.no

Mvh. forskningsavdelingen

Vedlegg 4

Selvvalgt litteratur

Mona Johannessen og Katrine Villtun, **Erfaringer med diabetiske fotsår**

Albai, A., Sima, A., Papava, I., Roman, D., Andor, B. & Gafencu, M. (2017). Association between coping mechanisms and adherence to diabetes-related self-care activities: A cross-sectional study. *Patient Preference and Adherence*, 11, 1235–1241. <https://doi.org/10.2147/PPA.S140146>

Allegrante, J. P., Wells, M. T. & Peterson, J. C. (2019). Interventions to Support Behavioral Self-Management of Chronic Diseases. *Annual Review of Public Health*, 40, 127–146. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-044008>

Armstrong, D. G., Boulton, A. J. M. & Bus, S. A. (2017). Diabetic Foot Ulcers and Their Recurrence. *The New England Journal of Medicine*, 376(24), 2367–2375. <https://doi.org/10.1056/NEJMr1615439>

Barg, F. K., Cronholm, P. F., Easley, E. E., Trocon, D., Hampton, M., Malay, D. S.,... Margolis, D. J. (2017). A qualitative study of the experience of lower extremity wounds and amputations among people with diabetes in Philadelphia. *Wound, Repair and Regeneration*, 25(5), 864–870.

Beattie, A. M., Campbell, R. & Vedhara, K. (2012). «What ever I do it's a lost cause». The emotional and behavioral experiences of individuals who are ulcer free living with the threat of developing further diabetic foot ulcers: a qualitative interview study. *Health Expectations*, 17, 429–439. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2012.00768.x>

Bentsen, S. B. (2013). Etterlevelse av behandlingsprogrammer hos pasienter med kronisk sykdom. *Nordisk Sykeplejeforskning* 3(3), 207–215.

Binning, J., Woodburn, J., Bus, S. A. & Barn, R. (2019). Motivational interviewing to improve adherence behaviours for the prevention of diabetic foot ulceration. *Diabetes/metabolism Research and Reviews*, 35(2), e3105–n/a. <https://doi.org/10.1002/dmrr.3105>

Braun, V., & Clarke, V., (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Brocco, E., Ninkovic, S., Marin, M., Whisstock, C., Bruseghin, M., Boschetti, G..... Volpe, A. (2018). Diabetic foot management: multidisciplinary approach for advanced lesion rescue. *The Journal of Cardiovascular Surgery*. 59(5), 670–684. <https://doi.org/10.23736/s0021-9509.18.10606-9>

Brottveit, G. (Red.). (2018). *Vitenskapsteori og kvalitative forskningsmetoder. Om å arbeide forskningsrelatert. (kap.7 s.84-106, kap. 9 s. 118-128)* Oslo: Gyldendal Akademiske

Bus, S. A., Van Deursen, R. W., Armstrong, D. G., Lewis, J. E. A., Caravaggi, C. F. & Cavanagh, P. R. (2016). Footwear and offloading interventions to prevent and heal foot ulcers

and reduce plantar pressure in patients with diabetes: A systematic review. *Diabetes/metabolism Research and Reviews*, 32, 99-118.
<https://doi.org/10.1002/dmrr.2702>

Clayman, M. L., Gulbrandsen, P. & Morris, M. A. (2016). A patient in the clinic; a person in the world. Why shared decision making needs to center on the person rather than the medical encounter. *Patient Education and Counseling*, 100(3), 600-604. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2016.10.016>

Coffey, L., Mahon, C. & Gallagher, P. (2019). Perceptions and experiences of diabetic foot ulceration and foot care in people with diabetes: A qualitative meta-synthesis. *International Wound Journal*, 2019(16), 183–210. <https://doi.org/10.1111/iwj.13010>

Dahl, A. A. (2014). Grunnlaget for psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom : symptomer, diagnostikk og behandling*. (s. 31-44). Cappelen Damm Akademisk.

Dorresteijn, J. A., Kriegsman, D. M., Assendelft, W. J. & Valk, G. D. (2014). Patient education for preventing diabetic foot ulceration. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 12(12), CD001488–CD001488. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001488.pub5>

Everett, E. & Mathioudakis, N. (2018). Update on management of diabetic foot ulcers. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1411(1), 153–165. <https://doi.org/10.1111/nyas.13569>

Finset, A. (2014). Kommunikasjon. I A. A. Dahl, T. F. Aarre & J. H. Loge (Red.), *Psykiske reaksjoner ved somatisk sykdom : symptomer, diagnostikk og behandling*. (s. 74-88). Cappelen Damm Akademisk.

Folkehelseinstituttet. (2017). *Folkehelse rapporten – Helsetilstanden i Norge*. Hentet fra: <https://www.fhi.no/nettpub/hin/ikke-smittsomme/diabetes/%20?term=diabetes%20&h=1>

Garsjø, O. (2018). *Forebyggende og helsefremmende arbeid. Fra individ- til systemorientert tenkning og praksis. (Kap. 1, 2, 4, 7, 14, s. 24-55, 69-90, 122-134, 232-256)*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Gomes, L. C., Coelho, A. C. M, dos Santos Gomides, D., Foss-Freitas, M. C, Foss, M. C. & Pace, A. E. (2017). Contribution of family social support to the metabolic control of people with diabetes mellitus: A randomized controlled clinical trial. *Applied Nursing Research*, 36, 68–76. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.05.009>

Haug, J. (2017). *Diabetespsykologi – Samspillet mellom kropp og sinn*. (2. utg.) s.11-118. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Helsedirektoratet (2016). Nasjonal faglig retningslinje for diabetes [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 16. mars 2021, lest 25. mars 2021). S. 296. Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>

Helsedirektoratet. (2019) *Nasjonale kvalitetsindikatorer. Diabetes – amputasjoner blant pasienter med diabetes*. Hentet

fra: <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/diabetes/amputasjoner-blant-pasienter-med-diabetes>

Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019–2023*. S. 18. Hentet fra:

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oekehelsekompetansenibefolkningen-2019-2023/id2644707/>

Heuch, L. & Streak Gomersall, J. (2016). Effectiveness of offloading methods in preventing primary diabetic foot ulcers in adults with diabetes: A systematic review. *JB I Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 14(7), 236–265 <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003013>

Hochlenert, D., Engels, G., Morbach, S., Schliwa, S. & Game, F. L. (2018). *Diabetic Foot Syndrome*. Springer.

Hoogveen, R. C., Dorresteijn, J. A. N., Kriegsman, D. M. W. & Valk, G. D. (2015). Complex interventions for preventing diabetic foot ulceration. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8(8), CD007610–CD007610. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007610.pub3>

Iturralde, E., Weissberg-Benchell, J. & Hood, K. K. (2017). Avoidant coping and diabetes-related distress: Pathways to adolescents' Type 1 diabetes outcomes. *Health Psychology*, 36(3), 236–244. <https://doi.org/10.1037/hea0000445>

Jacobsen, D. I. (2015). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. (3. Utg.). Kap. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 16 .s. 13-247, 389-404. Oslo: Cappelen Damm AS.

Jaly, I., Iyengar, K., Bahl, S., Hughes, T. & Vaishya, R. (2020). Redefining diabetic foot disease management service during COVID-19 pandemic. *Diabetes & Metabolic Syndrome Clinical Research & Reviews*, 14(5), 833–838. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.06.023>

Jarl, G. & Lundqvist, L. O. (2016). Adherence to wearing therapeutic shoes among people with diabetes: A systematic review and reflections. *Patient Preference and Adherence*, 10, 1521–1528. <https://doi.org/10.2147/PPA.S112275>

Jeffcoate, W. J., Vileikyte, L., Boyko, E. J., Armstrong, D. G. & Boulton, A. J. M. (2018). Current challenges and opportunities in the prevention and management of diabetic foot ulcers. *Diabetes Care*, 41(4), 645–652. <https://doi.org/10.2337/dc17-1836>

Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (2. Utg.) Kap. 9, 17, 18. s. 143-156, s. 229-236. Oslo: Abstrakt Forlag.

Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. & Rasmussen, E.B. (2018). *Hvordan bruker teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. . Kap. 2, 5, 10. s. 21-48, 122-152, 278-313. Oslo: Universitetsforlaget.

- Kashaf, M. S., McGill, E. T. & Berger, Z. D. (2017). Shared decision-making and outcomes in type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Patient Education and Counseling*, 100, 2159-2171. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2017.06.030>
- Kim, E. J. & Han, K-S. Factors related to self-care behaviours among patients with diabetic foot ulcers. *Journal of Clinical Nursing*. 2020(29), 1712–1722. <https://doi.org/10.1111/jocn.15215>
- Kristianingrum, N. D., Wiarsih, W. & Nursasi, A. Y. (2018). Perceived family support among older persons in diabetes mellitus self-management. *BMC Geriatrics*, 18(Suppl 1), 304–304. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0981-2>
- Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag* (4.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- McBride, E., Hacking, B., O'Carroll, R., Young, M., Jahr, J., Borthwick, C.,... Berrada, Z. (2016). Increasing patient involvement in the diabetic foot pathway: A pilot randomized controlled trial. *Diabetic Medicine*, 33(11), 1483-1492. <https://doi.org/10.1111/dme.13158>
- McCoy, M. A. & Theeke, L. A. (2019). A systematic review of the relationships among psychosocial factors and coping in adults with type 2 diabetes mellitus. *International Journal of Nursing Sciences*, 6(4), 468–477. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.09.003>
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2016). *Motiverende samtale*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Ogden, J. (2016). Celebrating variability and a call to limit systematisation: the example of the Behaviour Change Technique Taxonomy and the Behaviour Change Wheel. *Health Psychology Review*, 10(3), 245–250. <https://doi.org/10.1080/17437199.2016.1190291>
- Pamungkas, R. A., Chamroonsawasdi, K. & Vatanasomboon, P. (2017). A Systematic Review: Family Support Integrated with Diabetes Self-Management among Uncontrolled Type II Diabetes Mellitus Patients. *Behavioral Sciences*, 7(3), 62. <https://doi.org/10.3390/bs7030062>
- Polit, D. F. & Beck, C. H. (2017). *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice* (10. Edt.). kap. 21, 22, 23, 24, 25 s. 463-575. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hong Kong, Sydney, Tokyo: Wolters Kluwer.
- Rastogi, A., Goyal, G., Kesavan, R., Bal, A., Kumar, H., Mangalanadanam, Kamath, P., Judee, E. B., Armstrong, D.G. & Bhansali, A. (2020). Longterm outcomes after incident diabetic foot ulcer: Multicenter large cohort prospective study (EDIFOCUS investigators) epidemiology of diabetic foot complications study: Epidemiology of diabetic foot complications study. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 162, 108-113
- Settineri, S., Frisone, F., Merlo, E. M., Geraci, D. & Martino, G. (2019). Compliance, adherence, concordance, empowerment, and self-management: Five words to manifest a relational maladjustment in diabetes. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 12, 299-314. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S193752>

van Netten, J. J., Price, P. E., Lavery, L. A., Monteiro-Soares, M., Rasmussen, A., Jubiz, Y. & Bus, S. A. (2016). Prevention of foot ulcers in the at-risk patient with diabetes: A systematic review. *Diabetes/metabolism Research and Reviews*, 32(Suppl. 1), 84-98. <https://doi.org/10.1002/dmrr.2701>

van Netten, J. J., Seng, L., Lazzarini, P. A., Warnock, J. & Ploderer, B. (2019). Reasons for (non-)adherence to self-care in people with a diabetic foot ulcer. *Wound Repair and Regeneration*, 27(5), 530–539. <https://doi.org/10.1111/wrr.12728>

Wichit, N., Mnatzaganian, G., Courtney, M., Schulz, P. & Johnson, M. (2016). Randomized controlled trial of a family-oriented self-management program to improve self-efficacy, glycemic control and quality of life among Thai individuals with type 2 diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 123, 37–48. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2016.11.013>

WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects (2018). Hentet fra: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies: Evidence for action*. Switzerland:

WHO. https://books.google.no/books?hl=no&lr=&id=kcYUTH8rPiwC&oi=fnd&pg=PR5&dq=who+adherence+to+long+term+therapies&ots=tC0Pey1btZ&sig=RnLD1qb8MmYvnAOk8gvFxZhVnmA&redir_esc=y#v=onepage&q=who%20adherence%20to%20long%20term%20therapies&f=false

Zolnierrek, K. B. & Dimatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical care*, 47(8), 826–834. <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>

Metode: minst 500 sider

Jacobsen: 234+15 = 249

Brottveit: 11

Johannessen (2018): 27+30+35 = 92 Polit og Beck: 119

Johannessen (2016): 11+13+7 = 31 Malterud: 25

SUM: 527 s

Fagrelatert/diskusjon: minst 1000 sider

Bøker/rapporter/retningslinjer:

Dahl: 14

Finnset: 15

Haug: 107

Garsjø: 88

Hochlenert (hele boka): 380 Miller & Rollnick: (mange) Helsedir: 18

Helsedir (2016) 295

Sum: 917 (+ Miller & Rollnick)

+ 264 sider med forskningsartikler

SUM: godt over 1200 s

Vedlegg 5

Redegjørelse for bidrag Mona

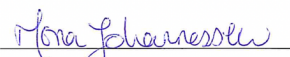
Begge studenter diskuterte aktuelle temaer og problemstillinger sammen sommeren 2020. Vi skrev prosjektplan og intervjuguide sammen og bearbeidet dette sammen med veileder. Meldeskjema til NSD og framleggsvurdering til REK ble utført og sendt av veileder og Katrine.

Planlegging av intervjuer og kontakt med personvernombud/ledelse på sykehuset ble gjort av Katrine, mens all deltagerkontakt og planlegging av tid og sted for intervjuer ble gjort av Mona. Videre har Mona utført alle intervjuer og transkribering. Katrine har funnet mesteparten av forskningen brukt i oppgaven.

Begge studenter har samarbeidet tett gjennom hele prosjektet, og bidratt like mye i skriveprosessen. Katrine har utarbeidet PP-presentasjoner, mens Mona har sett over og bearbeidet disse. Mona hadde framlegg alene januar 2021, mens begge deltok i framlegg i mars 2021. I sum har begge studenter bidratt jevnt og samarbeidet svært godt gjennom hele prosjektet.



Katrine Villtun, Gressvik 25/4-21



Mona Johannessen, Gressvik 25/4-21

Redegjørelse for bidrag Katrine

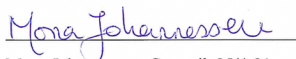
Begge studenter diskuterte aktuelle temaer og problemstillinger sammen sommeren 2020. Vi skrev prosjektplan og intervjuguide sammen og bearbeidet dette sammen med veileder. Meldeskjema til NSD og framleggsvurdering til REK ble utført og sendt av veileder og Katrine.

Planlegging av intervjuer og kontakt med personvernombud/ledelse på sykehuset ble gjort av Katrine, mens all deltagerkontakt og planlegging av tid og sted for intervjuer ble gjort av Mona. Videre har Mona utført alle intervjuer og transkribering. Katrine har funnet mesteparten av forskningen brukt i oppgaven.

Begge studenter har samarbeidet tett gjennom hele prosjektet, og bidratt like mye i skriveprosessen. Katrine har utarbeidet PP-presentasjoner, mens Mona har sett over og bearbeidet disse. Mona hadde framlegg alene januar 2021, mens begge deltok i framlegg i mars 2021. I sum har begge studenter bidratt jevnt og samarbeidet svært godt gjennom hele prosjektet.



Katrine Villtun, Gressvik 25/4-21



Mona Johannessen, Gressvik 25/4-21

Vedlegg 7

Vil du delta i forskningsprosjektet «Erfaringer ved behandling av diabetisk fotsår»?

Vi vil gjerne spørre deg om å du ønsker å delta i et forskningsprosjekt, der vi vil kartlegge pasienters erfaringer og opplevelser vedrørende fotsårbehandling. Fokuset rettes mot pasientens egen opplevelse av å gjennomføre og leve med behandlingsrådene fra helsepersonell.

Formål

Formålet med prosjektet er å få økt kunnskap om hvordan hverdagen med diabetisk fotsår oppleves, og hvordan du lever med og forholder deg til behandlingen. Vi håper økt kunnskap om pasienters erfaringer og praktiske hensyn vil kunne bidra til videreutvikling av individuelle og generelle behandlingsråd. Prosjektet er del av en masteroppgave ved master i avansert sykepleie til kronisk syke ved Høgskolen i Østfold. Funn fra forskningsprosjektet vil også kunne bli brukt til publikasjoner i vitenskapelige og populærvitenskapelige tidsskrift og presentasjoner på relevante konferanser.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Høgskolen i Østfold er ansvarlig for prosjektet. Prosjektet er del av et mastergradsarbeid, som gjennomføres av sykepleiere og masterstudenter Mona Johannessen og Katrine Villtun ved studiet “master i avansert sykepleie til kronisk syke”.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får tilbud om å delta i studien fordi du mottar fotsårbehandling ved diabetespoliklinikken. Forskerne kjenner ikke din identitet når du mottar dette skrivet, før du eventuelt takker ja til deltakelse. Inklusjonskriterier er at du er over 18 år gammel, er samtykkekompetent, er i stand til å forstå og uttrykke deg på norsk, og har erfaring med fotsårbehandling og amputasjon.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du vil bli intervjuet i omtrent 45 minutter. Intervjuet kan gjennomføres på sykehuset i Moss, i etterkant av en konsultasjon på

diabetespoliklinikken. Dersom du ønsker å bli intervjuet et annet sted, for eksempel i hjemmet, så kan dette avtales. Intervjuet vil bli tatt opp på båndopptaker, og opptaket slettes når prosjektet er over, beregnet til april 2021. Filen vil bli lagret avidentifisert på passordbeskyttet og kryptert PC.

Det er frivillig å delta

Vi legger stor vekt på at det er helt frivillig å delta i prosjektet. Hvis du ønsker å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til de formål vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Alle opplysninger vil bli behandlet uten navn og fødselsnummer eller andre direkte gjenkjenner opplysninger. Lydfiler og transkribert materiale lagres sikkert på kryptert minnepenn og passordbeskyttet/kryptert PC. Ansvarlig databehandler er Høgskolen i Østfold.

Prosjekteierne Mona Johannessen og Katrine Villtun står for den daglige driften av forskningsprosjektet, og sørger for at opplysninger om deg blir behandlet på en sikker måte. Både Johannessen og Villtun skal samle inn og bearbeide data. Prosjektleder Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen har det overordnede ansvaret, og har også tilgang til alt prosjektmaterialet.

Det vil ikke være mulig å gjenkjenne deg i publikasjoner eller annen formidling. Enkelte sitater fra intervjuer vil kunne bli benyttet for å tydeliggjøre funn i resultater.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres og slettes når prosjektet avsluttes, planlagt i april 2021.

Dine rettigheter

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene,

- å få rettet personopplysninger om deg,
- å få slettet personopplysninger om deg, og
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Det vil ikke være mulig å identifisere deg i datamaterialet.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra Høgskolen i Østfold har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket, meldeskjema nr 353231. Etter Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk's vurdering faller prosjektet utenfor helseforskningslovens virkeområde, og kan derfor gjennomføres uten godkjenning av REK. Prosjektet er godkjent av lokalt personvernombud ved Sykehuset Østfold.

Hvor kan jeg finne ut mer?

Hvis du har spørsmål til studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

- Sykepleier ved Diabetespoliklinikken SØ, mastergradsstudent Katrine Villtun, mail: katrinel@hiof.no, telefon 99251274
- Sykepleier ved Ortopedisk sengepost SØ, mastergradsstudent Mona Johannessen, mail: mona.johannessen@hiof.no, telefon 97132175
- Høgskolen i Østfold, ved prosjektleder Ann-Chatrin Linqvist Leonardsen, mail: ann.c.leonardsen@hiof.no, telefon 416 687 97
- Personvernombud Høgskolen i Østfold: Martin Gautestad Jakobsen, Høgskolen i Østfold, telefon 69608000, mail: martin.g.jakobsen@hiof.no

Hvis du har spørsmål knyttet til NSD sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost (personverntjenester@nsd.no) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Ann-Chatrin Leonardsen	Mona Johannessen	Katrine Villtun
Prosjektleder	Mastergradsstudent.	Mastergradsstudent

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Medisinsk behandlingskvalitet på KAD versus sykehus», og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

-å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 8

Intervjuguide -

Diabetespasienters erfaringer med langtidsbehandling av diabetiske fotsår, og faktorer som spiller inn på deres etterlevelse av behandlingen

Velkommen og introduksjon til intervjuet, intervjuer presenterer seg. Innledning: (Johannessen, Tufte, Christoffersen, s. 149)

Prosjektet blir presentert og det blir informert om hva det skal stilles spørsmål om. “Noen av spørsmålene går litt over i hverandre, for å finne nyanser i svaret ditt”.

Gå gjennom hvordan vi vil dokumentere intervjuet, og hva som gjøres med materialet når prosjektet/oppgaven er ferdig/avsluttet.

Anonymitet garanteres

Si noe om at deltageren kan når som helst trekke seg fra prosjektet

Anslå hvor lang tid intervjuet vil ta.

Informasjon om taushetsplikt, anonymisering og mulighet for å trekke seg fra studien. Har du noen spørsmål før vi begynner?

Eventuelt si noe om konsekvensene ved å delta på intervjuet

Spesifiser når lydopptager skrur

Bakgrunnsinformasjon/introduksjonsspørsmål

Alder

Kjønn

Yrkesaktiv og/eller fritidsinteresser

Boligsituasjon

Mottar hjelp fra det offentlige, for eksempel hjemmesykepleie

HELSEVESENET / KVALITET

1. Kan du si litt om fotsår-historien din?
2. Kan du fortelle om dine møter med helsevesenet i forbindelse med fotsåret/sårene? (fastlege/innleggelse på sykehus/diabetespoliklinikk/ortopedisk poliklinikk/sårpoliklinikk/hjemmesykepleie) Oppfølger: Hva var viktig for deg?
3. Hvordan vil du beskrive behandlingen du har fått ved poliklinikken
4. Hvordan opplever du det å snakke med de ansatte? (Oppfølger: Kan du beskrive en konkret situasjon der du opplevde det slik? Opplevde du at man var interessert i din situasjon? Ble du tatt med på råd i spørsmål som omhandlet din behandling? Var det noen forskjeller mellom ulikt helsepersonell?)
5. Hva slags forventninger hadde du til fotsårbehandlingen før du startet opp med denne? (Oppfølger: på hvilken måte synes du at behandlingen har samsvart/ikke samsvart med de forventningene du hadde da du ble lagt inn til behandling? Har du fått timer når du har hatt behov for det?)

PRAKTISKE FAKTORER/ERFARINGER

1. Benytter du noen hjelpemidler i forbindelse med dine/ditt fotsår? (Evt hvilke?) Kan du fortelle litt om noen erfaringer knyttet til bruk av dette/disse hjelpemidler? (behandlingsfottøy/protese/krykker/rullestol) Oppfølger: Har dette påvirket behandlingen din på noen måte? Ja: gå videre på spørsmålet. Nei: er det noen hjelpemidler du kunne hatt behov for?
2. I hvilken grad tenker du at fotsårbehandlingen påvirker dagliglivet ditt? Har du et konkret eksempel? Oppfølger: Har dette betydning for hvordan du forholder deg til behandlingsrådene?
3. Hvilken betydning har det å gå til regelmessige behandlinger hatt for ditt hverdagsliv?

FØLELSESMESSIGE FAKTORER/ERFARINGER

1. Hvordan er din *opplevelse* av å ha (eller ha hatt) diabetesfotsår?
2. Hvordan føler du at fotsårbehandlingen din har blitt ivaretatt? (Oppfølger: Kan du beskrive en situasjon der du opplevde dette?)
3. Opplever du at behandlingsrådene er lette eller vanskelige å følge? Kan du utdype hvorfor det evt er lett eller vanskelig.
4. Kan du si noe om din opplevelse av tillit til de behandlingsrådene du har fått? (Oppfølger: Hadde du tillit til behandlerens faglige dyktighet?)

AVSLUTTENDE/OPPSUMMERENDE

Nå nærmer vi oss slutten, og det er bare noen få spørsmål igjen:

1. Under den tiden du har fått behandling for ditt fotsår:
 - Er det noe du har savnet?
 - Er det noe som kunne eller burde vært gjort annerledes?
 - Er det noe du vil fremheve som spesielt negativt?
 - Er det noe du vil fremheve som spesielt positivt?
1. Er det noe du skulle ønske du visste *før* du fikk fotsår, som du vet i dag?
2. Er det noe du skulle ønske du visste *da* du fikk ditt første fotsår, som du vet i dag?
3. Er det noe du vil tillegge, eller er det noe jeg burde ha spurt om som du synes er viktig å få frem?

Tusen takk for at du ville delta i dette prosjektet.

