



GÖTEBORGS
UNIVERSITET
SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

Fotterapeutens kompetens i omhändertagandet av
diabetessjukdomens fotkomplikationer
vid sjukhusvård

Fördjupningsarbete / Breddningskurs
Vårdpedagogik 15 hp
Vårterminen 2008
Författare: Lena Asphede
Handledare: Agneta Nilsson
Examinator: Carina Furåker

Arbetets art:	Examensarbete 15 hp
Kurs:	Fördjupningskurs / Breddningskurs
Titel:	Fotterapeutens kompetens i omhändertagandet av diabetessjukdomens fotkomplikationer.
Författare:	Lena Asphe
Handledare:	Agneta Nilsson
Datum:	Vårtermin 2008
Antal sidor:	38

Sammanfattning

Diabetes mellitus är en kronisk sjukdom som idag omfattar 3-4 % av befolkningen. Sjukdomen kan medföra komplikationer i foten som orsakas av nervskador, kärlsjukdom eller en kombination av båda. Att tidigt ta bort förhårdnader och att omfördela tryck på foten minskar risken att utveckla sår. Den allmänna uppfattningen att fotterapeuten endast klipper naglar, var upphovet till att undersöka innehållet i kompetensen och öka förståelsen för vad arbetet innebär.

Syftet med studien var att beskriva fotterapeutens kompetens i samband med omhändertagandet av fotkomplikationer vid diabetessjukdom.

Kvalitativ ansats med öppna intervjuer valdes och 12 fotterapeuter deltog i studien. Intervjuerna analyserades enligt innehållsanalys. Kriterier för medverkan i studien var att ha arbetat minst 5 år vid sjukhus med fotkomplikationer till följd av diabetessjukdom.

Resultatet visar att arbetet är mångfacetterat och att fotterapeuten intar en central roll i omhändertagandet av patienten. Ett arbete där iakttagelser av sårproblematik, ställningstagande till behandlingsstrategier och vidare bedömning om behov av konsultation ingår. Arbetet innebär att ta bort förhårdnader för att undvika att sår uppstår till att debridera sår och vara en s.k. fotsårsköterska. Dokumentation i text och bild av såret är viktigt. Nära relationer utvecklas under behandlingstiden med patienter och är nödvändig eftersom fotsår utvecklas individuellt och behandlas utifrån individens förmåga och behov. Fotterapeuten ses som en samordnare för patienter vid sjukhus och utanför institutionen. Resultatet visade dessutom att arbetet är ett ensamarbete, där verksamhetens organisation styr innehållet i arbetet. Vidareutbildning i arbetet sker i form av lärlingsutbildning och fotterapeuten hospiterar inom olika områden. Anmärkningsvärt var hur verksamhetens struktur påverkade innehållet i arbetet. Där fler engagerade intressenter var involverade utvecklades innehållet i arbetet mer än vid mindre organiserad verksamhet. Arbetskollaboratörer borde vara en förutsättning för en trygghet i arbetet och inte som vid institutioner där fotterapeuten var ensam i yrkesutövningen.

Nyckelord: kompetens, kunskap, lärande, kommunikation, diabetes, fotkomplikationer, utbildning

Nature of work: Examination paper 15 points

Course: In depth study , Health Care Pedagogics 15 points

Title: The podiatrist´s caring competence related to diabetic footcomplications.

Author: Lena Asphede

Supervisor: Agneta Nilsson

Date: Spring 2008

Number of pages: 38

Abstract

Diabetes mellitus is a chronic disease, which today affects 3 – 4 % of the population. The disease can result in complications in the foot caused by neuropati, vessel disease or a combination of both. Early removal of callus and redistribution of pressure to the foot decreases the risk of developing wounds. The common conception that the podiatrist only works with cutting nails was the main reason for examining the contents of the competence and also to increase the comprehension for what the profession means.

The aim of the study was to describe the competence the podiatrist possesses in relation to taking care of footcomplications due to diabetes.

A qualitative method with open interviews was selected and performed on 12 podiatrists. The interviews were analysed according to content analysis. Criteria for participation were having worked for at least five years at a hospital with footcomplications due to diabetes.

Results of the study show a multi faceted work with a central roll in the care taking of the patient, work where observations of wound problems, attitude towards treatment strategy and further evaluation of needs for consultation, are included. The work includes a variety of tasks, ranging from the removal of callus in order to avoid wounds, to debride wounds and being a so-called “foot wound nurse”, where documentation such as text and images occur.

A close relationship with the patients are developed during the period of treatment and are vital as each wound is individual and is treated according to the patient’s capacity and needs. The podiatrist is seen as a coordinator for the patient at the hospital and outside the institution. The results also showed that the work is a solitary work, where the make up of the organization dictates the contents of the work. Further education in the work was found in the study in the form of apprenticeship, where the podiatrist sought to auscultate within different fields. Especially noteworthy in the study was how the structure of the organization affected the contents of the work. At work places where more committed participants work – the contents on the work were further developed than in less structured organizations. Colleagues should also be prerequisite for a sense of security in the work and not as in institutions where the podiatrist is alone in her profession.

Keywords: competence, knowledge, teaching, communication, diabetes, foot complication, education

Innehållsförteckning

INLEDNING	1
BAKGRUND.....	2
Kompetens.....	2
Kunskap.....	3
Erfarenhetsbaserad kunskap	3
Kunnande.....	4
Lärande.....	6
Kommunikation	6
Diabetes.....	7
Fotens komplikationer.....	7
Fotterapeututbildning	10
PROBLEMBESKRIVNING	10
SYFTE.....	11
METOD	11
Kvalitativ ansats.....	11
Kvalitativ intervju.....	11
Urval och genomförande	12
Analys.....	13
Etiska aspekter.....	14
Giltighet och trovärdighet	15
RESULTAT	16
Kunskap	16
Iakttagelser och bedömning.....	16
Instrumentteknik och förband.....	19
Kunskapsbehov och strategier för kunskapsutveckling.....	20
Ansvar	21
Organisation.....	22
Dokumentation.....	23
Ensamarbete.....	24
Samverkan.....	25
Relationer.....	26
Undervisning.....	27
DISKUSSION	29
Metod.....	29
Resultat.....	30
Det självständiga arbetet.....	30
Lärande.....	31
Verksamhetens utformning.....	32
Fortsatt forskning.....	34
REFERENSER	35

- Bilaga 1: Missivbrev till verksamhetschef
- Bilaga 2: Missivbrev till vårdenhetschef
- Bilaga 3: Missivbrev till fotterapeut
- Bilaga 4: Missivbrev till Kommunals fackförening
- Bilaga 5: Frågeområden vid intervju

INLEDNING

Diabetes mellitus är en kronisk sjukdom som idag omfattar 3-4 % av befolkningen (Ragnarson Tennvall, 2001). Sjukdomen kan medföra komplikationer i foten och ca 15 % av vuxna diabetessjuka drabbas någon gång av fotsår. Orsaken är nervskador, kärlsjukdom eller en kombination av båda. Fotkomplikationer är ett stort lidande för patienter som blir utsatta och berör även anhöriga. Försämrad livskvalitet, ångest och smärta följer ofta med fotkomplikationen. Förekomst av gangrän (vävnadsdöd) eller infektion i foten, som inte har kunnat behandlas och samtidigt hotat patientens liv är orsaken till att amputation måste utföras (a.a.).

En fotkomplikation kräver ett multidisciplinärt omhändertagande av ett fotteam, som idag finns vid vissa sjukhus. Fotteam består av bl.a. ortoped, infektionsläkare, medicinläkare, kärlkirurg, fotterapeut, ortopedingenjör och diabetessjuksköterska. Fotterapeutens kunskap och kompetens är viktig i bedömning av foten, fotvård, patientutbildning och sårvård. Att tidigt ta bort förhårdnader och att belastningstryck på foten omfördelas, minskar risken att utveckla sår (Baker, 2002). Det har forskats om betydelsen av fotterapeutens insatser (Apelqvist & Larsson, 2000; Baker, 2002; Hämäläinen, Rönnehan, Toikka & Liukkonen, 1998,) där det framkommit hur viktig det profylaktiska omhändertagandet är från fotterapeuten för att minska uppkomsten av sår

Utbildning till fotterapeut är varierande. Det finns efter undersköterskeutbildning en påbyggnadsutbildning till fotterapeut, en kvalificerad yrkesutbildning (KY) omfattande 60 veckor, fördelade på 3 terminer heltidsstudier och det finns möjlighet till vidare grund- och fortsättningskurs med fördjupning i diabeteskunskap. Andra utbildningsvägar finns till fotterapeut i form av privat utbildning utan förkunskaper inom hälso- och sjukvård omfattande 6 månader och sedan september 2006 har det startats en 3-årig högskoleutbildning till podiater.

I Hälso och sjukvårdslagen (SFS, 1982: 763) anges att sjukdomar och skador skall utredas, behandlas och medicinskt förebyggas.

Lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område (SFS, 1998: 531) föreskriver att hälso- och sjukvårdspersonal är de som har legitimation eller använder en skyddad yrkestitel. Fotterapeuter i Sverige, har ingen legitimation eller skyddad yrkestitel, men har ändå ett stort ansvar i omhändertagandet av fotkomplikationer till följd av diabetessjukdomen.

Tidigare forskning om fotterapeutens arbete, kunskaper och betydelse har bedrivits men det saknas beskrivning av innehållet i fotterapeutens omhändertagande av diabetessjukdomens komplikationer. Tidigare studier behandlar vad fotterapeuten skall göra och vilka komplikationer som kan drabba diabetesfoten och vilka kostnader som kan sparas vid profylaktisk behandling av diabetesfoten (Baker, 2002; Edmonds & Foster 2006; Frykberg & Mendeszoon, 2000; Ragnarsson Tennvall, 2001).

En allmän uppfattning är att fotterapeuten, endast klipper naglar. Därför är det av intresse att undersöka innehållet i fotterapeutens arbete med fotkomplikationer vid diabetessjukdomen och öka förståelsen för vad arbetet innebär.

BAKGRUND

Kompetens

Allmänmännisklig kompetens och yrkesspecifik kompetens skiljer Johansson (1996) på, där den allmänmänniskliga kompetensen är en förutsättning för mänskligt egenvärde och grunden för att den yrkesspecifika kompetensen i ett verksamhetsområde, skall utvecklas. Den allmänmänniskliga kompetensen är kunskap om hur mänskligt värde upprätthålls hos vårdsökande och är lätt att påverka som vårdpersonal. Den yrkesspecifika kompetensen avskiljs från personlig kompetens som enbart är knuten till en individ och är dess egendom medan praktikerkunskandet är en samling kunskap, regler och rutiner som styr ett yrke. Kirkevold (2002) beskriver personlig kompetens som utvecklas genom etisk, praktisk och teoretisk kunskap, från reflektioner, erfarenheter och intuition. Den teoretiska kunskapen är objektiv och är inte ihopkopplad med någon speciell person utan kan användas av vem som helst med intresse inom kunskapsområdet.

I kompetens/kvalifikations begreppen kan olika innebörder urskiljas. Ellström (1999) definierar yrkeskunnande på fem olika sätt som illustreras på följande sätt.

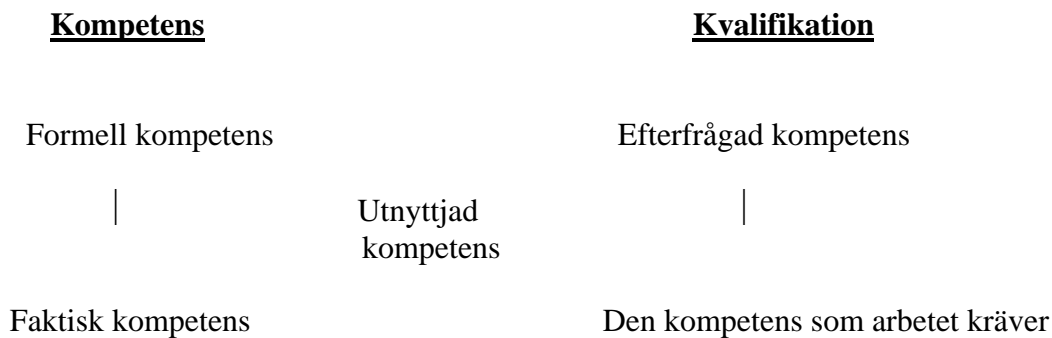


Fig 1 Relationer mellan olika innebörder av yrkeskunnande (Ellström, 1999, s 38).

Den formella kompetensen och/eller den reella kompetensen är tillsammans med kvalifikation som är efterfrågad, grunden till ett yrkeskunnande. Kompetens är uppgiftsrelaterad och knuten till handlingsförmågan som en enskild individ har för att lösa en situation. Kvalifikation är koncentrerad till arbetet eller uppgiften och de krav på kompetens som ställs i arbetet. En individ kan ha olika kompetenser utan att dessa efterfrågas samtidigt som arbetsmarknaden kan fråga efter en kompetens utan att individen besitter den.

Sandberg och Targama (1998) anser att kompetensutveckling kan vara avgörande för effektiviteten i en organisation. Ett problem för kompetensutveckling kan vara vad kompetens är i ett visst arbete och hur den kan göras synlig. Finns det inte en viss förståelse för ett arbete är det svårt att föra en effektiv kompetensutveckling. Egenskaper som den enskilda personen har i relation till ett arbete är av stor vikt för utveckling av kompetensen och det påtalas sex olika kategorier som kunskap, färdighet, vilja, förmåga, intresse och personlighet. För att göra kompetensen synlig i ett arbetsutövande är behovet stort av erfarna yrkesutövare eller en grupp med ett specialintresse för arbetet. En grupp med specialintresse kan påpeka de egenskaper som arbetaren har.

Den rationella auktoriteten är en kompetens som Arlebrink (1996) redogör för och som stärker den andres autonomi Den rationella auktoriteten är öppen för ifrågasättande och kritik

av egen uppfattning. Den bygger på att båda parter är jämlika och vad som kan skilja dem åt är att den ene har en större kompetens inom ett visst område. När det gäller sjukvården så har läkaren och sjuksköterskan större medicinsk kompetens än vad patienten har och är auktoriteter inom området men det får inte förväxlas med auktoritet på det mänskliga området. Inom sjukvården är vårdare och vårdtagare jämställda. Genom specialkunskaper skall läkaren och sjuksköterskan finnas till för att hjälpa patienten att stärka autonomin som kanske blivit sämre genom sjukdom. Irrationell auktoritet omnämns som en grund i makten över människor. Den irrationella auktoriteten kan vara både fysisk, psykisk och verklighetsanknuten. Den kan också bero på ängslan att underkastar sig auktoriteten och känna sig hjälplös.

Öhrn (2000) påpekar att för att få en förståelse för dagens hälsoproblem så behövs olika perspektiv eftersom den mängd av kunskap som den enskilde patienten får, kan vara svår att överblicka. Genom utveckling av teknik och biomedicin är många av de kroniska sjukdomarna egenvårdssjukdomar. En följd av detta är att ta eget ansvar för liv, hälsa och egna val. För att få bort den opersonlighet som finns i det moderna samhället och det institutionella informationssystemet, underlättar det genom öppenhet gentemot andra. Det innebär att den professionella experten måste byta från en auktoritet som verkställer den rätta behandlingen, till konsult/informatör där de möjligheter patienten/klienten har tas tillvara. Samhället måste se till att det finns vårdgivare att konsultera vid sådana tillfällen.

Kunskap

Kunskap kan ses från tre olika aspekter, det är den konstruktiva aspekten, där kunskap inte avbildar världen utan ett sätt att begripa den. Ett spel som växlar mellan vad som vill uppnås, vilken kunskap som redan finns och erfarenheter som görs. Det är den kontextuella aspekten, där kunskap är beroende av sammanhanget, vilket är grunden till att kunskap förstås. Den tredje aspekten är den funktionella att använda kunskapen som redskap (Skolverket, 1994).

Erfarenhetsbaserad kunskap

I Nationalencyklopedin (1996) förklaras kunskap som, välbestämd föreställning om (visst) förhållande eller sakläge, insikt, kunnande, lärdom och vetande.

Synonymer till kunskap är, vetande, lärdom, kunnande, know-how, kännedom, insikt, vetenskap och inblick (Bonniers synonymordbok, 1991).

Pilhammar (2004) anser att lärande och kunskap är stora kunskapsfält inom organisationer som vård och omsorg. Vårdpedagogikens teoriutveckling har sitt ursprung i pedagogik, omvårdnad/omsorg, organisation och kommunikation. Det studeras även hur kunskaper från utbildningarna formas och används i olika yrkesverksamheter. Den praktiska kunskapen beskriver Kirkevold, Nortvelt och Alsvåg (1994) som livets skola, där utvecklingen av insikter, attityder och färdigheter sker och det är i utförandet av yrkesområdet som den specifika yrkeskunskapen lärs. Det är här bedömningarna görs och god omdömesförmåga i kombination med observationer i olika patientsituationer uppvisas. Genom upprepade erfarenheter och reflektioner utvecklas omdömes- och bedömningsförmågan. Det är så förtrogenhetskunskapen utvecklas och lärs in i praktiken och den utförs i praktisk handling (a.a.). Schön (1983) beskriver reflektion som ett centralt begrepp i utvecklingen av den praktiska kunskapen.

Erfarenhetsbaserad kunskap ligger i handling, menande reflektion i handling och lära i handling. Vid en handling är det vanligt att tänka efter vad det är för handling som utförs och även efteråt. Liedman (2001) anser att kunskap är som ett oändligt och ofullständigt äventyr, en pågående procedur som till slut gör det obegripliga begripligt.

Alsterdal (1999) använder benämningen ”ett tredje öga” vid beskrivning av användandet av kunskapsförmågan på den nivå som krävs. Kunskapen kan nås genom lång erfarenhet och innebörden är på ett speciellt sätt, en förmåga att se nyanser, urskilja, bedöma och även besluta vad som är bra att göra. Att hålla kunskapen levande, påpekar Molander (1993), är inte enbart att lära sig teori utan också att utveckla kunskapen genom att vara öppen i sinnet och använda sig av orientering i rum och av kommunikation. Kunskapsformer som kunskap i handling och kunskap i användning är kunskaper som fortlever i och genom uppmärksamhet. Att lära sig uppmärksamhet och att lära sig lära i handling är levande kunskap (a.a.). I en studie om tyst kunskap (Herbig, Bussing & Ewert, 2001) påtalas vikten av att ta tillvara på denna kunskap genom att ge chans till reflektioner och eftertänksamhet i situationer där enbart känslan har styr. Tio sjuksköterskor fick beskriva utifrån 6 olika kategorier, en svår situation de varit med om. Kategorierna var bl.a. tidsbrist vid bedömning, hur en situation löstes och om information var otydlig eller diffus. Studien utfördes på studenter som var patienter och problemet var lågt blodsocker, men sjuksköterskorna var inte informerade om att patienten hade diabetes. Det var ingen större skillnad i arbetsutförandet, mellan en tydlig kunskapsbas eller den prestation som gjordes. Vad studien visar är att det är viktigt att det ges utrymme för reflektion på arbetserfarenhet som görs utifrån handling. I diskussionen i studien funderas det bl.a. om överlämnandet av arbetsuppgifter inom vården som idag oftast består av dataskrivna journaler och inte i lika stor utsträckning den muntliga överlämnandet. I den muntliga finns möjlighet till att beskriva den tysta kunskapen i form av en ”känsla” som inte kan dokumenteras i datajournaler.

Molander(1993) behandlar tyst kunskap som en uppdelning i tre delar. Tyst kunskap som inte kan beskrivas, där en handling inte är samma sak som en beskrivning. Det kan vara svårt att beskriva hur vissa saker utförs även om det ändå utförs. Tyst kunskap som är förutsatt eller underförstådd är en handlingsvana som går att lita sig till och måste övas in. Det är något som följer uppfostran, ett sätt att tänka eller handla. Den sista tysta kunskapen som nämns är den tystade kunskapen. Genom att inte kunna språket kan kunskapen tystas. Den tystade kunskapen kan ibland bli totalt tystad genom makt, social status eller kulturella uppfattningar.

Kunnande

Höghielm (1999) menar att yrkeskunnande består av olika typer såsom fakta, förståelse och förtrogenhetskunskap. Fakta handlar om teorier och är relativt oberoende av yrkets kultur eller tradition. Förståelsekunskap handlar om att förstå ett samband och innebörden i ett yrkesområde, vilket i sin tur är relaterat till traditioner. Förtrogenhetskunskapen anser Höghielm är fokuserad på kunskap om hur olika företeelser utförs och är mer relaterad till yrkespraxis än de två föregående kunskapsformerna. Förtrogenhet är att känna igen och att kunna följa vissa regler eller traditioner som finns inom olika yrken. Den kan vara en känsla som inte kan meddelas genom några formella beskrivningar. Är förtrogenhetskunskapen tillräckligt inövad finns stor förmåga till att se vad som är rätt och vad som är felaktigt (a.a.).

Molander (1993) påtalar att inom ett yrke är det angeläget att göra rätt sak vid rätt tillfälle och kan ses som en sammanflätning av alla speciella lärdomar.

Molander pekar på att yrkesutövaren måste vara säker på vilka kunskaper som krävs eller inte krävs för att utföra ett yrke. Det är viktigt att det finns förtroende för kunskapen, erfarenheten och att det också är av stor betydelse att känna var gränserna går. Dåligt självförtroende kan vara ett hinder att skaffa ny kunskap samtidigt som ett alltför gott självförtroende kan ställa till hinder för att skapa ny kunskap.

Brattberg (1995) påtalar att professionell hållning innebär att i yrkesutövandet sträva efter att styras av det som gagnar patienterna. De egna behoven får inte styra känslorna eller impulser. För att ha en yrkesmässig hållning krävs kunskap, empati och självkänedom.

Det behöver nödvändigtvis inte vara så att bättre kunna förstå omgivningen genom erfarenheter. För att kunna lära av dessa är det nödvändigt att genomgå en feed-back fas som är en möjlighet till observation, tolkning, värdering och reflektion. Först och främst måste de aspekter som skall erfaras vara observerbara och att det är möjligt att få information om handlingarnas konsekvenser. För att kunna få information måste observation av vissa relevanta aspekter göras och även kunna bortse från andra. När det gäller att tolka och förstå gjorda observationer krävs det kunskap om omgivningen, alltså att kunna förstå vad som sker och varför det sker. Erfarenhetslära måste ha hjälp av olika former av planerade utbildningsinsatser. Dessa utbildningsinsatser skall vara inriktade på att främja kunskapsutvecklingen hos personen i form av olika modeller som skall vara en kunskapsbas för observationer och tolkning av handlingars konsekvenser och effekter. Med värdering menas en jämförelse av handlingens konsekvenser eller effekter på det område som har varit mål för handlandet. Det blir således ett ställningstagande till jämförelsens resultat. Är överensstämmelsen tillräckligt bra eller behövs det en korrigerande av handlandet och ny handling för att nå målet? Är målet klart är det lättare att värdera, men så är inte alltid fallet. Reflektioner kan ses som en kritisk prövning av verkligheten, som styr handlandet mer eller mindre medvetet. Reflektioner skall granska handlingars mål och konsekvenser. Det innebär också en möjlighet att utveckla handlandets kunskapsbas och värderingsfas. Det är nödvändigt med reflektion i feed-forward-fasen, för att formulera mål, intentioner och handlingsplaner. Likaväl som i feed-back-fasen där observation sker, och handlingens konsekvenser tolkas och värderas (Ellström, 1999).

Berner (1989) skriver om yrkeskunnande med utgångspunkt i den formella kompetens som ett arbete kräver eller den som arbetar med något speciellt besitter. Formell kompetens, är det som fås genom utbildning med ett bevis i form av ett intyg eller diplom. Denna typ är bunden till arbetsmarknaden, på så sätt att om det är många sökande till en viss typ av arbete höjs kraven på formell kompetens. Samtidigt kan det ibland ge en felaktig bild av de faktiska krav som ett arbete ställer. Det kan vara svårt att se vilken kompetens vissa arbeten kräver. En bra uppgifts eller arbetsbeskrivning bör klart visa vad som behövs. Johansson (1996) påtalar att en yrkesgrupps skicklighet beror på olika faktorer. Värderingar styr gruppens uppfattning om användbar kunskap och även den allmänna filosofi som finns i deras yrkesutbildningar. Kompetensbegreppet måste hela tiden omvärderas, tidsanpassas och även situationsanpassas. Förändras ett yrkesområde måste yrkeskompetensens begrepp hållas aktuella och omprövas. Inom vårdutbildningarna blandas både teoretisk och praktisk utbildning. Den teoretiska delen med väl sammansatt innehåll och den praktiska delen med manuella och mentala färdigheter för kommande yrkesuppgifter. Viktigt är att se om yrkesgruppen själv kan välja kunskapssyn eller om kunskapssynen är bestämd av andra styrande grupper.

Lärande

Marton och Booth (2000) beskriver lärande som tre olika tidsaspekter. Det är *förvärvande*-fasen, där kunskapen förvärvas eller tas in, det är *kunnande*-fasen där samlas eller finns kunskapen och det är *använda sig av*-fasen där kunskapen alltså används. I förmedling av kunskap, alltså det som sätter igång lärandet finns det ingen skillnad i de olika sätten att erfa lärandet. Den som utför undervisningen och förmedlar kunskap är en del av erfandet. Det är även den som skall lära sig och ta in kunskapen och vid senare tillfälle använda kunskapen men det är skillnad på förvärvandet. Läraren förmedlar kunskap, men det är bara den som skall lära sig kunskapen som kan bevara kunskapen och använda sig av den. Lärande kan sättas igång av lärare eller den lärande, men det är endast den som skall lära sig kunskapen, som kan erfa lärandet, ta hand om kunskapen och använda sig av kunskapen (a.a.).

Säljö (2000) behandlar lärande som en sammankoppling med en aktivitet. Det är svårt att enbart se lärande utifrån en isolerad person, utan att en person agerar utifrån ett redskap. Kunskap och färdighet är så tätt knutna till vilka redskap som finns tillgängliga. Redskapen som används vid specifika tillfällen är en förutsättning för att lära.

Schank (1995) påtalar att naturlig inläring är behovsbaserad, alltså att något lärs in för att situationen tvingar fram viljan att lära. Detta naturliga lärande är lärande i handling och det verkliga livets lärande (jfr Schön, 1983), som äger rum på arbetsplatsen där utvecklingen av specifik kunskap sker. Intresset för att lära ett arbete bättre kan vara belöning och vid upprepning av arbetssituationer lärs arbetet på ett naturligt sätt. Samtidigt styr intresset för arbetet villkoren att lära. För att uppnå yrkesskicklighet är bästa sättet att arbeta praktiskt med den kunskap som skolan undervisar om. Det är genom eftertänksamhet, frågeställningar och upprepade handlingar som erfarenhet utvecklas. Det är ett viktigt element i förståelsen av vad som lärs i handling och det är också ett sätt att kunna upptäcka nyanser och jämföra olika situationer. Erfarenhet bygger upp kunskap och är något som den enskilda individen måste erfa själv och inte få höra talas om. Att få höra talas om eller få berättat är just den enskilda individens egna erfarenheter och uppfattningar. Schank beskriver också lärandet som en upptäcksprocess och behovet av att lösa olika situationer är ett led i ny erfarenhet.

Kravet på lärande i yrkeslivet ökar enligt Ellström (1996). Detta beroende på att medarbetare förväntas vara flexibla, vara kunniga inom flera områden och att klara av ett självständigt arbete. För att detta skall kunna förverkligas ställs det stora krav på en arbetsmiljö som både uppmanar till viljan att lära och kunna utvecklas och som samtidigt är gynnsam för hälsan och den personliga utvecklingen.

Säljö (2000) menar att kunskap förstås först i kommunikation mellan människor och blir en del av tänkandet och handlandet. I alla mänskliga kontakter, vid samtal, olika situationer och handlande finns utrymme för att lära och ta med sig till nya situationer. Lärandet är en viktig del hos människan för att utvecklas både ekonomiskt, socialt och kunna förbättra livsvillkoren. Kunskap skapas och förnyas i samhället och för att lära tas kunskaperna tillvara och utvecklas i nya sociala situationer.

Kommunikation

Rooke (1992), beskriver att kommunikation har en stor betydelse inom omvårdnaden, för att underlätta samspelet mellan sjuksköterska och patient. Kommunikation ligger som grund för relationer till andra människor.

Den är viktig för identiteten och möten människor emellan. Det är en process mellan kommunikation och samspel som ständigt pågår. Ordet kommunikation kommer från latinet och betyder att något blir gemensamt, vilket innebär att dela med sig av känslor, upplevelser, tankar eller handlingar. Görs något gemensamt är grunden för detta kommunikation och samspel. Kommunikation kan sammanfattas med kunskap, information, känsla och ett sätt att få en identitet styrkt. Kommunikation är en process där, två eller flera meddelar något till varandra, det visas hur innehållet uppfattas i meddelandet och även hur det uppfattas av meddelaren. Det är också ett samspel som visas på många olika sätt som t.ex. i språket, mimik, gester och kroppsrörelser (Carlsen, Hermansson & Vråle, 1994).

I en kommunikation med patienten måste uppmärksamheten vara intensiv i vad patienten känner/upplever. Viktigt är också att patienten känner att upplevelsen/känslan är accepterad och att den tas emot på ett uppriktigt sätt. Känner patienten det kan det vara lättare och mer stimulerande att tala mer om känslor/upplevelser och att bli medveten om känslorna. Många gånger är känslorna blandade, vilket medför att patienten inte har en klar bild av vad som försiggår och vad som händer i kroppen. Människor visar känslor på olika sätt, vissa verbalt och andra inte verbalt eller en blandning av båda. Genom t.ex. gester och kroppsspråk kan känslor visas utan verbalt uttryck. Den psykologiska omsorgen av patienten med diabetes är en viktig del i behandlingen. Det är viktigt att se och försöka förstå de psyko-sociala faktorerna i en patients liv såsom egenvård, diabeteskontroller, långtidsomhändertagande och livskvalitet. Det är viktigt att se hela personen och inte enbart sjukdomen för att ge en god vård (McDowell & Gordon, 1996).

Diabetes

I folkmun talades det om sockersjuka (diabetes mellitus), som härstammar från grekiskan och förklarades som, något som rann rakt igenom kroppen och smakade sött. Vad som menades med det, var att patienter med sockersjuka hade stora mängder socker i urinen (Öhrn, 2000).

Diabetes mellitus är en av de stora folksjukdomar, som idag omfattar 3-4 % av befolkningen. Om 10-15 år är det troligen 6-7 % av befolkningen. Det finns två huvudtyper av diabetes, typ 1 och typ 2 diabetes. Typ 1, debuterar i de flesta fall i barn och ungdomsåren och har ett akut förlopp och kräver insulinbehandling. Den andra formen Typ 2 debuterar ofta i 30-40 års åldern och kommer smygande med symtomfattig sjukdomsbild. Många gånger avslöjas diabetessjukdomen genom en sen komplikation som t.ex. hjärtsjukdom, nedsatt synförmåga eller svårärläta fotsår (Jernberger, 1998).

Almås (2002), beskriver ytterliga två former av diabetes den ena är en sekundär diabetes som kan sättas i samband med vissa tillstånd eller syndrom såsom, pankreassjukdomar, läkemedelsutlösande tillstånd eller endokrina sjukdomar. Den andra typen av diabetes är graviditetsdiabetes.

Fotens komplikationer

Foten kan delas in i framfot, mellanfot och bakfot och består av 26 ben förutom 2 små sesamben som finns under stortåns grundled. Det är en mycket sammansatt konstruktion som skall klara hög belastning. Foten har stor betydelse vid balanshållning, den skall också vara smidig i samband med gång och löpning (Karlsson, 1998).

I en studie av Apelqvist och Larsson (2000) om vad det mest effektiva sättet att minska amputationsfrekvensen är, påtalas att fotsår till följd av diabetessjukdomen uppskattas till 3-8 %. Ungefär hälften av alla amputationer som utförs på patienter med diabetes och på nedre extremiteter, föregås av ett fotsår och mer än 85 % av amputationerna har föregåtts av djupa infektioner eller gangrän (vävnadsdöd). Ett multidisciplinärt omhändertagande för att behandla infektioner och nedsatt cirkulation är av största vikt för patienter med diabetes. Kostnader för vård av sårsläkning är hög och högre för sår som resulterar i amputation. I kostnaderna räknas läkarbesök, sjukhusvistelse, rehabilitering och alla ändringar och hjälp som behövs för att klara vardagssituationen. Därför är en av hörnstenarna i behandlingen av fotkomplikationer att minska antalet amputationer genom preventiv fotvård, patientutbildning, adekvat fotbeklädning och ett multidisciplinärt omhändertagande vid komplikationer (a.a.).

Fotsår är en allvarlig komplikation och är den största orsaken till sjukhusvistelse för patienter med diabetes. Risker för att utveckla sår är en komplicerad kombination av perifer neuropati (känselfall), kärlsjukdom, överbelastning av foten eller ett trauma. Den vanligaste orsaken till fotsår är den perifera neuropatin och därför är det av stor vikt att försöka att nå ett så normalt blodsockervärde som möjligt för att förhindra att nerverna skadas. Kostnader för behandlingen av svårläkta sår är höga och det forskas mycket om nya förband, tillväxtfaktorer och hudtransplantationer för att starta sårsläkning (Dang&Boulton, 2003).

För över 100 år sedan påpekade en kirurg vid namn Pryce, sambandet mellan diabetes och fotsår att det var beroende på en perifer nerv skada (Pryce, 1887). Förståelsen av vilka patologiska faktorer som leder till fotsår eller amputationer är ganska väl dokumenterat, men förståelsen av hur nerverna skadas har det inte forskats mycket om. Nervskador kan inte profylaktiskt behandlas eller kontrolleras annat än genom optimalt blodsockerläge. Framtiden får utvisa om forskning på de arteriella riskerna i foten skall ge effekt så att den neuro-ischemiska (känselfall-kärlskada) foten kommer under kontroll. Med stor framgång finns idag kontroller att bedöma vilket tryck som foten utsätts för (Ward, 2000).

Ragnarsson-Tennvall (2001) beskriver fotens komplikationer vid diabetessjukdomen i form av sår och vävnadsförstörelse, med eller utan infektion. Orsaker till diabetesfotens komplikationer är neuropatins- och cirkulationsnedsättningens inverkan. Komplikationer som mikroangiopati (småkärlssjuka) och neuropati (känselfall) och kanske en kombination med allmän arterioskleros (åderförkalkning) kan ge fotskador. Gangrän (vävnadsdöd) är 50 gånger vanligare hos diabetiker i åldrar över 40 år. Bidragande orsak till detta är neuropatins effekt i form av förändrad kärlfunktion och sekundär nedsättning av smärtsinnets skyddande funktion (Jernberger, 1998).

Studien av Ragnarsson-Tennvall (2001) behandlar vidare de samhällsekonomiska kostnaderna, prevention och livskvalitet där det framkommer att de förebyggande insatserna för att undvika sår är viktiga såsom professionell fotvård och ortopediskt utprovade skor och fotbäddar.

Fotsår har både yttre och inre orsaker. Den yttre orsaken är ofta mekanisk påfrestning såsom slag, tryck, nötning eller skav mot något område på foten. Som inre orsak ses ofta en bristande genomblödning som dels kan bero på arteriellt hinder och/eller venöst avflödeshinder, dels kan det vara en bristande skyddsmekanism genom känselfall i den neuropatiska foten eller kombination av samtliga orsaker. För att ett sår på foten skall läkas måste både yttre och inre sårorsaken avlägsnas. I en fot med bristande genomblödning måste en avlastning av såret ske, så att cirkulationen lokalt i sårområdet blir optimal. Vid fynd av känselfall måste även denna fot avlastas (Jernberger, 1998).

I en studie om riskfaktorer för att utveckla fotsår beskrivs bl.a. rökning, neuropati, tidigare fotsår eller amputation, cirkulationsstörning i ben/fot, nefropati (njurskada) fotdeformiteter såsom osteoartropati (charcotfot) och framträdande metatarsal huvuden (mellanfotsben). Därför är det viktigt att iakttaga känselbortfall då patienten inte noterar förändringar i foten som kan leda till sår (Boyko, Ahroni, Stensel, Forsberg, Davignon & Smith, 1999).

Diabetes neuropati orsakar varierande sjukdomar i foten. Nervsystemet kan allmänt påverkas och ge skador som motorisk störning av fotmuskulaturen, smärta, eller autonom funktionsstörning. Vad som utlöser ett fotsår är svårt att säga men en blandning av de olika nervsystemens skador kan förklara hur och när fotskador uppkommer. För att upptäcka känselnedsättning används Semmes-Weinstein monofilament, en plasttråd, som trycks mot patientens fotsula. När tråden böjs är det ett optimalt tryck som skall avläsas och patienten som blundar vid undersökningstillfället beskriver om det känns eller inte. Nittio procent av patienter som undersöks och känner monofilament, utvecklar oftast inga sår (Guyton & Saltzman, 2001).

Den neuropatiska foten är normalvarm och har ofta framträdande fotpulsar. Nedsatt svettning kan leda till torr hud och risk för sprickbildning. Neuropatiska sår förekommer oftast på belastade ytor som trampdynor. Den vanligaste orsaken till sår vid förekomst av neuropati, är ett upprepat tryck på överbelastade ytor som leder till förhårdnader som i sin tur skadar underliggande hudlager och ett sår uppkommer. Den kärlsjuka foten är tvärtom kall och det är ofta svårt att känna pulsar. Huden är tunn och glansig med avsaknad av hår. Sår på den kärlsjuka foten uppträder oftast på tåtopper, utsidan av foten och hälar. Förstadiet till sår är en röd markering i huden som kan vara orsakad av skor som antingen är för trånga och klämmer eller av skor som är stora och utlöser en friktion som huden inte klarar av (Edmonds & Foster, 2006).

Osteoartropati eller charcot är en komplikation som kan uppträda efter långvarig diabetesbehandling och neuropati. Det är en process som deformerar fotens skelett och kan leda till ett livslångt handikapp för patienten (Frykberg & Mendeszoon, 2000). Även Boulton (2004) beskriver charcot foten som en mindre stukning med reaktion som röd och svullen fot. Foten skall också behandlas som en charcotfot tills annat är bevisat.

Lindholm (2003) beskriver sår som en störning av normal anatomisk struktur och funktion i huden som läker i en organiserad och tidsbestämd ordning. Ett exempel på ett vanligt sår, som har det latinska namnet vulnus, är ett kirurgiskt operationssår. Ett annat exempel på sår kallas ulcus på latin. Det är ett sår som har en bakomliggande sjukdom/vävnadsskada och där läkningen inte följer det tidsbestämda förloppet som vid vulnus. Exempel på ulcus är ett trycksår, bensår eller diabetiskt fotsår. I engelskan används ordet wound för akuta sår, sådant sår som beskrevs som vulnus, och ordet ulcer används om kroniska sår och som vid ovanstående beskrevs som ulcus. I Sverige används beskrivningen långsamt läkande sår eller svårläkta sår. Det vanligaste vid diabetiska sår är att använda ordet "svårläkta sår". Fotsår brukar definieras som sår nedanför malleolen (ankeln) och som beror på störning i den arteriella cirkulationen i benet, eller en perifer neuropati och/eller perifer cirkulationsstörning som en komplikation till diabetes (a. a).

Edmonds (2006) beskriver en riskfotgruppering vid sjukdomen diabetes i steg 1-5, där grupp 1 är en normal fot utan komplikationer och grupp 5 är en nekrotisk (med vävnadsdöd) fot. Omvårdnad av foten är lika viktig i alla grupper, från den preventiva behandlingen till den mer avancerade. Vid den normala foten är det viktigt att se till att patienten har bra skor och att patienten får egenvårdsutbildning.

I grupp 2 har patienten utvecklat en eller flera komplikationer och då är det mycket viktigt att patienten får individuella fotbäddar och kanske specialskor. I grupp 3 har patienten utvecklat sår och skall omhändertas av ett multidisciplinärt team. Grupp 4 där har såret infekterats och som sagt grupp 5, där finns ganska små chanser att rädda foten.

Världshälsoorganisationen (WHO) och internationella diabetes federationen (IDF) tillsammans med Europeiska regeringar, patientorganisationer och diabetologer samlades 1989 i St Vincent i Italien, för att diskutera utvecklingen och förbättringen av diabetesvården i Europa. Resultatet blev St Vincent deklARATIONEN som varit vägledande och drivande i utvecklingen av diabetesvården. Diabetes är ett stort växande hälsoproblem i Europa och kan medföra komplikationer, därför upprättades denna deklARATION med övergripande mål för behandling och lades upp på 5-åriga delmål. Det sattes upp flera mål för prevention, identifikation och behandling, där försök till att reducera risken för blindhet till följd av diabetes till en tredjedel, minska amputationsfrekvensen till hälften, minska dödligheten i hjärt-kärl sjukdomar och att graviditesutfall skall vara samma som hos andra kvinnor (St Vincent deklARATIONEN, 1989).

Fotterapeututbildning

Fotterapeututbildning i Sverige, finns som en påbyggnadsutbildning, där behörig att söka är den som har omvårdnadsprogrammets karaktärsämneskurser eller motsvarande och svenska A, engelska A och matematik A. Erfarenhet från hälso- och sjukvård är ett plus. Detta är en kvalificerad yrkesutbildning (KY-utbildning) omfattande 60 veckor, fördelade på 3 terminers heltidsstudier (Studium, 2007). I utbildningen ingår grundläggande och tillämpad fotterapi. Vårdmedicinsk fotterapi som innefattar sjukdomslära, undersökningsmetoder och behandlingsmetoder. Även kommunikation, företagsekonomi och lärande i arbetslivet (LIA) ingår.

Privat utbildning finns som löper på 6 månader, där det inte behövs några förkunskaper från hälso- och sjukvård (Axelson, 2006). Utbildningar utomlands har varierande utbildningstid. Tyskland har en 2-årig utbildning inom gymnasieskolan och Danmark en 1½ års utbildning som bygger på grundskolan. Italien, Storbritannien, Spanien, Finland, Belgien och Frankrike har en 3-årig utbildning. Nederländerna har ytterligare ett år, alltså 4 års utbildning. Det är således variationer i utbildningsbakgrunden till medicinsk fotvård (Riksdagen: Motion2004/05:Ub 267).

Hösten 2006 startade vid Karolinska Institutet, en 3 årig högskoleutbildning i medicinsk fotvård. Efter 3-års utbildning betecknas studenterna som Podiater (Karolinska Institutet, 2006).

Podiatri omfattar undersökning och behandling av sjukdomar i foten, skador och deformiteter eller lokala förändringar som orsakats av olika systemsjukdomar (Podiatriprogrammet, 2006).

PROBLEMBESKRIVNING

Diabetes och fotkomplikationer är ett stort lidande för patienter och kan medföra en försämrad livskvalitet. Det krävs ett multidisciplinärt omhändertagande för att minska komplikationer. Ungefär hälften av alla amputationer som genomförs av nedre extremiteter på personer med diabetes, föregås av ett fotsår. Amputation av en fot eller ett ben är bl.a. diabetessjukdomens mest fruktade komplikation.

Inom de flesta professioner utvecklas experten eller specialisten genom erfarenhet. Vid flertalet sjukhus finns fotteam med specialutbildad personal. Forskning, väl organiserade team, kunskap, metoder och inställning till sjukdomen diabetes är viktigt att beakta i en planering av behandling.

För att den skall vara effektiv och värdefull, måste reflektion av praktiskt arbete, utbildning och pågående behandling av patienten ingå och där erfarenhet utvecklas över tid.

Den allmänna uppfattningen av att fotterapeuten endast klipper nagla, leder intresset till att undersöka innehållet i fotterapeutens arbete och att öka förståelsen för vad arbetet innebär. Få studier är hittills genomförda inom området och det är därför av intresse att genomföra studien.

SYFTE

Syftet är att beskriva innehållet i fotterapeutens kompetens i samband med omhändertagandet av fotkomplikationer vid diabetessjukdom.

Forskningsfrågor:

Vad kännetecknar fotterapeutens arbete vid fotkomplikationer?

Vilket kunskapsbehov och vilka strategier vid kunskapsutveckling uttrycker fotterapeuten i arbetet med fotkomplikationer?

METOD

Kvalitativ ansats

För att studera kompetensen i fotterapeutens omhändertagande av fotkomplikationer vid diabetessjukdom, valdes en kvalitativ ansats med metoden öppna intervjuer. Valet av kvalitativ ansats gjordes för att få en beskrivning av kompetensen som fotterapeuten har i arbetet och vilka strategier för kunskapsutveckling fotterapeuten uttrycker. En kvalitativ ansats med öppna intervjuer har valts för att få en inblick i fotterapeutens arbete och samtidigt kunna samtala med respondenten. Ett samtal är ett samspel mellan intervjuaren och respondent där intervjuarens syfte är att samla information. Intervjuarens intresse är att upptäcka och få beskrivning av strukturer i fotterapeutens arbete som är okända eller inte tillräckligt kända (Svensson & Starrin, 1996). I den kvalitativa ansatsen är målsättningen att nå ny kunskap, identifiera och se egenskaper i olika arbetsområden (Patel & Davidsson, 1991; Starrin & Svensson, 1994).

För att ta reda på erfarenheter, tankar och uppfattningar framställer Malterud (1998) och Dahlberg (1997) den kvalitativa ansatsen som en mer förstående än förklarande modell och ett sätt att beskriva världen så som människan upplever den.

Skillnaden mellan kvalitativ och kvantitativ forskning är frågeställningens utformning enligt Bryman (2002) och Trost (2001). Frågeställningar där det efterfrågas hur många eller hur vanligt, lämpar sig för en kvantitativ studie, medan att försöka att förstå eller finna mönster är kvalitativa studier mest användbara.

Då syftet är att beskriva kompetensen i fotterapeutens arbete har en kvalitativ ansats valts med viljan att förstå och beskriva fotterapeutens arbetsinnehåll.

Kvalitativ intervju

Datansamlingen är baserad på bandade öppna intervjuer där respondenten kan beskriva

uppfattningar av arbetsinnehållet. Varför öppna frågor valts är för att låta respondenten fritt beskriva uppfattningen av innehållet i intervjun. Författaren vill ta reda på vad respondenten anser vara värdefullt och inte som vid strukturerade intervjuer där svarsalternativen är lika för alla deltagande. Vad som är intressant är att få fram vad respektive respondent anser vara betydelsefullt och att kunna ge respondenten tid att resonera med sig själv och välja att ge sin bild av verkligheten. Svensson och Starrin (1996) påtalar att det är viktigt att respondenten får tillfälle att uttrycka uppfattningar, värderingar och attityder. Samtidigt ställs krav på intervjuaren att vara öppen och uppmärksam på svar som kan behöva följas upp och att ställa följdfrågor. Öppenhet i betydelsen att respondenten kan tala fritt om vad som helst, utan att intervjuaren koncentrerar sig på det som är viktigt för studien (Kvale, 1997).

Fördelar med intervjuer gentemot observationer är att oklarheter kan följas upp med en gång samt att respondenten oftast svarar på alla frågor. Nackdelar kan vara att intervjuer tar lång tid att genomföra och att intervjuaren måste vara noga med att inte påverka respondenten genom ordval eller tonfall. Observationer valdes bort med tanke på att dessa kräver mer planering och tar längre tid. Respondenterna fanns inte inom ett nära tillgängligt geografiskt område och osäkerhet vid tidspress var att inte hinna observera det som var av intresse för studien (Dahmström, 2000).

Enligt Svensson och Starrin (1996) är det viktigt att ha förkunskaper om ämnet som skall studeras. I en kvalitativ intervju är målet att försöka att förstå vad som händer och beskriva olika innebörder. Med bakgrundskunskap om ämnet som studeras kan det vara en hjälp till att bestämma syftet och sättet att samla in data. Samtidigt som det är en kunskap som inte behöver upptäckas på nytt. Det är på samma gång viktigt att intervjuaren har ett öppet sinneslag och kan fånga in den nya kunskapen och inte redan från början ha förutbestämda uppfattningar. Lantz (1993) tar upp intervju som ett samspel mellan två personer, vilket är frivilligt baserat och att det är kommunikationen mellan intervjuare och respondent som är målet för analys.

Urval och genomförande

Studien genomfördes genom att intervju 12 fotterapeuter, anställda vid 8 sjukhus i Västsverige. Kriterier för medverkan i studien, var att de skulle ha arbetat i minst 5 år med fotkomplikationer vid diabetessjukdom. Valet av sjukhus startade med att studera olika geografiska regioner för att tidsmässigt kunna genomföra studien. För att trovärdigheten i studien skall uppfyllas är det ett strategiskt val av respondenter. Valet har varit att intervju fotterapeuter, där nära kontakt inte funnits och med insikt om att inte låta förförståelsen styra allt för mycket. Kulturen finns i och med egen utbildning till fotterapeut. Det är en liten grupp fotterapeuter som arbetar vid sjukhus och därför har det varit svårt att förhålla sig helt neutral. Två provintervjuer genomfördes, som innehöll användbar data och ingår i resultatet.

Utskick sändes till 15 fotterapeuter. Två fotterapeuter hade för kort anställningsperiod och 1 av fotterapeuterna arbetade inte vid sjukhus. Elva av respondenterna har arbetat som undersköterska och en som tandsköterska före utbildning till fotterapeut. Av de 12 intervjuade fotterapeuterna är 11 kvinnor. Arbetetslängd som fotterapeut med inriktning på fotkomplikationer och anställda på sjukhus, varierar mellan 5-24 år med en medel arbetslängd på 13 år.

Den totala yrkesverksamma tid som foterapeut är 5-36 år. Utbildningens längd till foterapeut varierar från 25 veckor till 1 år.

För att inhämta information och få tillgång till forskningsfältet, kontaktades verksamhetschef, för att kunna skicka ut missivbrev. Då en del av verksamhetschefstjänsterna var vakanta, var det med hjälp av Internet och växeltelefonist på respektive sjukhus, som namn och telefonnummer inhämtades. Missivbrev skickades ut till verksamhetschef (Bilaga 1) för godkännande att genomföra studien. Telefonkontakt togs sedan för att få besked om tillstånd. Missivbrev skickades sedan till vårdenhetschef (Bilaga 2) med information om att kontakt tages per telefon, detta för att få hjälp med namn och telefonnummer till foterapeuter som motsvarade kriterier för att delta. Efter godkännande från vårdenhetschef skickades missivbrev till foterapeut (Bilaga 3). Även missivbrev till Kommunals fackförening (Bilaga 4) skickades för kännedom. Efter telefonkontakt med foterapeut och deras godkännande till att delta i studien, avtalades tid och plats för intervju. Samtliga intervjuer följde en intervjuguide (Bilaga 5) och genomfördes på respektive arbetsplats. Intervjuerna tog mellan 30-45 minuter. Datainsamling genomfördes med öppna intervjuer. Intervjuerna började med allmänna frågor om hur länge de arbetat i yrket och hur länge de arbetat på sjukhus. Därefter fokuserades frågorna på vad som ingår i foterapeutens arbete.

Analys

Datamaterialet analyserades enligt innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2003). Hela texten har lästs igenom flertalet gånger för att få en helhetsbild. För att förtydliga hur processen gått tillväga kan följande beskrivning belysa detta.

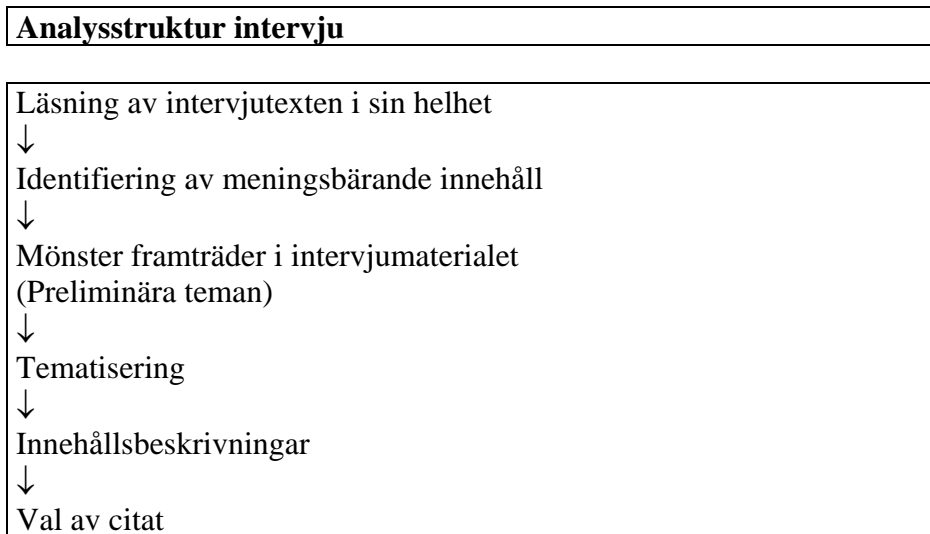


Fig 2 Analysstruktur för intervjuer

Intervjuerna skrevs ut i nära anslutning till intervjutillfället och materialet har lästs igenom flertalet gånger. Vid upprepade genomläsningar har enheter som varit meningsbärande och relevanta för frågeställningarna identifierats och sedan skrevs stödord i marginalen för att få en reducerad datamängd. Det meningsbärande enheterna framträdde som ett speciellt mönster och har grupperats och från detta mönster framträdde preliminära teman. Utsagor från respondenterna kunde från början ses inom flera teman. Varje tema har sedan analyserats var för sig genom upprepad genomläsning och det framkom teman som kunde beskriva innehållet. En återkommande genomläsning av beskrivningen av teman kontrollerades för att se relevansen i innehållsbeskrivningen.

Teman har inte funnits i materialet utan är ett resultat från analys och tolkning. En viktig aspekt är att inte slaviskt följa steg för steg i innehållsanalysen utan att gå fram och tillbaka i de olika stegen av analysen. Alltså från den synliga och beskrivande delen av analysen till den tolkande undermeningen och att fånga upp innebörden i texten. Analysprocessens olika steg redovisas i tabell 1 (Graneheim & Lundman, 2003; Trost, 2005).

Tabell 1. Exempel på analysprocessens olika steg

Respondentens ord	Meningsbärande del	Stödord	Tema
Sen måste man ha en väl förankrad samarbete i vårdkedjan, så att man har distrikt sköterskan, hemsjukvården, eventuellt sjukhemmet, patientansvarig läkare, diabetessköterskan att man har en vårdkedja som fungerar runt patienten.	Förankrat samarbete i vårdkedjan	Många olika kontakter	Relationer

Respondentens ord	Meningsbärande del	Stödord	Tema
Jag är inte orolig utan det är väl mer så att man inte vet vilken individ man har framför sig. Du sitter ju ensam och det kan vara patienter med våldsamma tendenser och man kan ju inte...men de kommer ju på frivillig basis...	Sitter ju ensam	Utsatt arbetsbefattning	Ensamarbete

Etiska aspekter

Tillvägagångssätt var att först få ett godkännande av respektive verksamhetschef, vid de olika sjukhusen och på så sätt få tillgång till forskningsområdet. Efter detta godkännande var det samtal med vårdenhetschefer för att få godkännande och sist, missivbrev till foterapeuten, för godkännande. Missivbrevet informerade om att studien var frivillig och att ett godkännande från respondenten krävdes för att studien skulle påbörjas. Även information ingick om att intervjun kunde avslutas om respondenten inte önskade fortsätta och att allt material behandlas konfidentiellt och bevaras inlåst.

Vetenskapsrådet har tagit fram forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning. Samhället har ett rättmätigt krav på forskning och att den innehåller betydelsefulla frågor och en hög kvalitet, vilket innebär att genom forskningskravet få utveckla och fördjupa både kunskaper och metoder. Kravet på skydd mot skada, förödmjukelse, obehag, kränkning eller olägenheter är en självklar utgångspunkt i forskningsetiska överväganden och kallas individskyddskravet. Det finns krav på information vilket innebär att forskaren informerar personer involverade i den aktuella forskningen och att de när som helst kan avbryta medverkan. Det ingår ett krav om samtycke där medverkande själv bestämmer om deltagande eller inte och att forskaren inväntar samtycke.

Alla uppgifter om personer som ingår i undersökningen behandlas konfidentiellt och bevaras inlåsta. Används etiskt känsliga uppgifter bör ett avtal skrivas om tystnadsplikt. Insamling av uppgifter får endast användas till forskning och inte i kommersiellt syfte eller andra vetenskapliga syften (Vetenskapsrådet, 2002).

Giltighet och trovärdighet

Genom intervjuerna har sökts en beskrivning av respondenternas arbetsinnehåll och hur de uppfattar det. Urvalet av intervjupersoner var inte så svårt då det inte finns många fotterapeuter anställda vid sjukhus. Hade det varit en stor grupp kanske urvalet hade påverkats av verksamhetschefer, där medgivande till studien ansöktes. Urvalet från början gjordes med tanke på ett tidsmässigt genomförbart område geografiskt. I studien framkom att det var 1-3 fotterapeuter anställda vid sjukhus där studien genomfördes. För giltigheten var kriterier för medverkande respondenter att vara anställd vid sjukhus i minst 5 år och arbetat med fotkomplikationer vid diabetessjukdom. Urvalet av de fotterapeuter som arbetar vid sjukhus grundas på att det är de som handhar behandlingskrävande fotkomplikationer. Intervjupersonernas medverkan byggde på frivillighet och kunde när som helst avslutas. Polit, Beck och Hungler (2001) anser att begrepp som validitet och reliabilitet inte används inom kvalitativ forskning utan begrepp såsom giltighet och trovärdighet istället nyttjas. Trovärdigheten av studiens resultat ges genom beskrivning av insamling av data, urval och analysprocessen.

RESULTAT

Efter analys av intervjudata har 3 huvudteman framkommit med undertema till respektive som beskriver innehållet i kompetensen. Huvudtema består av kunskap med undertema iakttagelser och bedömning, instrument teknik samt kunskapsbehov och strategier för kunskapsutveckling. Fotterapeutens kompetens innehåller även ansvar och beskrivs genom organisation, dokumentation och ensamarbete. Samverkan har underteman såsom relationer och undervisning. De tre huvudteman presenteras var för sig med tillhörande underteman och förstärks med citat i texten. Citaten är från intervjuerna är numrerade från 1-12. Resultatöversikt se tabell 2.

Tabell 2 Resultatöversikt

HUVUDTEMA	UNDERTEMA
KUNSKAP	Iakttagelser och bedömning Instrumentteknik och förband Kunskapsbehov och strategier för kunskapsutveckling
ANSVAR	Organisation Dokumentation Ensamarbete
SAMVERKAN	Relationer Undervisning

Kunskap

I fotterapeutens arbetsinnehåll beskrivs områden såsom iakttagelser och bedömning, instrument teknik samt kunskapsbehov och strategier för kunskapsutveckling. I arbetet ingår förmågan att iaktta och bedöma och kunna ställa diagnos i samband med fotkomplikationer, ha förmågan att kunna se vilka behov av hjälp patienten har och att kunna handla utifrån dessa. Det är en central del då denna kunskap förutsätter en fortsatt planering och behandling av patientens problem och även instrumenthantering. Vidare beskrivs kunskapsbehov och strategier i arbetet för att kunna bedöma att adekvat åtgärd utförs och för att kunna utveckla kompetensen. Hur kompetensen utvecklas beskrivs och vilka tillvägagångssätt som används förklaras.

Iakttagelser och bedömning

Iakttagelser och bedömning innebär att identifiera olika behov hos patient med fotkomplikation. Att bedöma behov av behandling innebär att studera patientens sjukdomshistoria och sjukdomsbild, för att skapa ett sammanfattande intryck av patientens problem. Hur patienten behandlas för sjukdomen, tablett eller insulin behandling, hur länge patienten har behandlats för diabetes och vilka blodsockervärden patienten uppvisar har betydelse för att kunna göra en bedömning av åtgärd och vidare behandling. Iakttagelser i form av hudinspektion eftersom röd och varm hud kan påträffa, eller att foten är svullen vilket kan härledas till en infektion i foten. Bakomliggande sjukdomar tillsammans med faktorer som hur patienten rör sig, hur fötterna belastas, hur boendet ser ut och om patienten har

många trappor att gå i är avgörande för val av behandling. Även vilka möjligheter patienten har att kunna få hjälp till läkarbesök, med telefonkontakter eller med sårömläggningar beaktas.

Medicinlistan är alltid viktig. Titta igenom den (4).

Jag gör en bedömning av fotstatus, så upptäcker jag någonting så försöker jag att utreda vad är orsaken till den nykomna skadan. Eller är det en temperatur ökning, jag försöker alltså att ta reda på varför denna personen har fått förvärrat tillstånd. Att försöka att ta reda på skor, säng, rätt avlastning när det gäller foten och så vidare att man hela tiden utröner vad som är orsaken, till skadan (1).

Patienterna remitteras för undersökning och bedömning av fotstatus. Att utföra ett fotstatus innebär att iaktta och inspektera hudens tillstånd. Behåring, hudens färg och temperatur iakttas. Grunden till varför detta inspekteras är att avsaknad av behåring kan härledas till nedsatt cirkulation, vilket även sänkt temperatur på foten kan påvisa. En fot med sänkt temperatur och blank röd hud kan innebära försämrad cirkulation och det är vid detta tillfälle viktigt att veta hur nedsatt cirkulationen är. Vid diabetesfotsår är det av vikt att bedöma sårets läkningspotential vilket ofta styrs av graden av ischemi, dvs. lokal syrebrist i vävnad. En annan bedömning av en röd, varm och svullen fot kan härleda tankarna till en charcotfot, där skelettet i foten demolerar av en inflammatorisk process och måste komma under behandling snabbt.

Cirkulationen kontrolleras med ett ultraljud en s.k. Doppler för att kunna säkerställa iakttagelserna. Ett systoliskt armbloodtryck och systoliskt ankelbloodtryck tas och divideras för att få fram ett ankelindex, som visar förutsättning för sårhäkning och är en vägledning för att patienten får en adekvat behandling. Ankelindex visar graden av nedsatt cirkulation. Vid nedsatt cirkulation diskuterar fotterapeuten med kollegor om behov av vidare undersökning. Ett annat sätt att mäta cirkulation är genom tåtrycksmätning som är ett säkrare mått på graden av cirkulation eller om behov av kärlkirurgi föreligger. Patienter med diabetes har ofta en förkalkning i ankelartärer vilket gör kärlen stela, varför ett tåtryck är ett mer tillförlitligt mätinstrument.

Här tog jag då och kollade trycket och då visade det sig att han hade ett väldigt dåligt tryck och då tog jag in en läkare och tillsammans bedömde vi det som ett ischemi fall och patienten hamnade på akuten. Jag gjorde ju inget med foten utan gjorde en bedömning att han inte var på rätt plats i nuläget. Utan det blev kärlkirurgen (10).

Har patienten inga pulsar eller dåliga pulsar så skickar vi dom till ...vidare till...jag tar inte doppler så mycket för jag vill ha tåtrycket och det kan vi inte göra på avdelningen, utan det blir fysiologiska för patienten. De får en remiss och går dit (6).

Patienter har ofta nedsatt känsel, neuropati, och detta kontrolleras genom ett instrument som vibrerar, s.k. biothesiometer. Patienten blundar och talar om när vibrationen känns. Biothesiometer ger ett värde som påvisar hur stor grad av nedsatt känsel patienten har. Nedsatt känsel kan också mätas genom att använda en plasttråd som böjs vid tryck mot huden, Monofilament eller en stämgaffel där patienten meddelar om det känns eller inte. Nedsatt känsel är en komplikation som kan leda till att patienterna får sår. Det blir en utmattning av huden och patienten känner inte smärta.

Patientens frånvaro av känsel kan fördröja diagnostisering och att det har blivit en skada i huden och på grund av detta kan en större skada utvecklas snabbt.

Nästa steg så brukar jag göra det härmed Monofilament och vad patienten själv känner för någonting. Det är en liten plast sticka kan man väl säga som man trycker på ledhuvudet på 1 och 5 och så vid hälen. Så får patienten tala om, om det känns eller ej (9).

Men en diabetiker har ju sämre känsel, neuropati och ja får de ett sår så kan det vara ödesdigert (12).

Gångmönster och belastning av foten iakttas och ingår i ställningstagandet av grundstatus. En belastningsskada kan se ut som en förhårdnad eller en blåsa med underliggande sår. Att iakttä hur patienten belastar foten, hur skosulan slits eller vilken typ av sko som patienten använder är ytterligare en del som beaktas i bedömningen. Alla hjälpmedel såsom krycka eller käpp iakttas eftersom det kan innebära en förändring av belastningen på foten. Även andra hjälpmedel som ortopedtekniska behandlingsskor, eller en skena för att hjälpa till att hålla foten upprätt s.k. dorsalskena som används vid droppfot då det inte går att lyfta upp eller styra foten. En stövel s.k. ortos som används för att avlasta foten vid komplikationer då foten skall vara i stillhet observeras också.

Sen gör vi dom här proven då med biothesiometer, ankeltryck, gångmönster man ser hur de belastar, sen tittar man ju då lite på foten när de får gå (3).

Sedan tittar vi på gångmönster, belastning, rörelseomfång, mikrocirkulationen då tittar man ju på hudens beskaffenhet, behåring, känner på temperaturen, man inspekterar hud och naglar. Man upprättar ett ordentligt fotstatus. Som inkluderar de här bitarna och ödem exempelvis är också något som noteras och tas hänsyn till. Felställningar, det är tidigare operationer och tidigare sår. Det är ett sånt där grundstatus kan man säga. Med utgång ifrån det så börjar själva behandlingen (4).

Bedömning genomförs av patientens sår. Orsaken till sårets uppkomst kartläggs. Upphovet till såret kan vara en skada, tryck eller en infektion, vidare känselbortfall eller nedsatt cirkulation. Att diagnostisera vilken typ av sår som skall behandlas, bedömer fotterapeuten om såret är av mindre art. Vid bedömning av större sår tar fotterapeuten hjälp av ett team, där teammedlemmarna diagnostiserar såret tillsammans och ser om det är ett venöst sår, ett arteriellt sår eller ett blandsår. Vad som beaktas vid en sårbedömning är hur länge såret existerat, hur omfattande det är, om det ger ifrån sig vätska, om det smärftar och om det har blivit röntgat för att utesluta att benvävnad eller mörghåla blivit angripna av bakterier, en så kallad osteomyelit.

Ja du måste först ställa en diagnos. Vad har jag för ett sår framför mig? Är det ett arteriellt sår eller är det ett venöst sår eller är det ett neuropatiskt sår eller är det ett blandsår. Det är...det måste man ju besluta först /.../ Vi har ju också ett sårteam, ett fotsårteam. Så att de stora såren då är vi ju teamet. Då diagnostiserar teamet såret. Sår av mindre art kan jag diagnostisera själv (4).

Instrumentteknik och förband

Fotterapeutens specialområde inom diabetesvården omfattar patienter i alla åldrar med olika typer av komplikationer. Den praktiska kunskapen i form av instrumentteknik är något som lärs i utbildningen, men utvecklas över tid och genom att auskultation inom olika områden. Instrumentteknik såsom användning av skalpell, sax och pincett är centralt i den praktiska kunskapen. Kunskap om hudens olika lager och hur djupt ner i huden en förhårdnad kan vara, är kunskap som härstammar från grundutbildningen. Att ta bort förhårdnader för att undvika att trycket på huden blir så stort att det kan utveckla ett sår är en stor del av arbetet.

Skalpellteknik har jag lärt mig från en ortoped läkare som lärt upp mig för att jag skall göra förarbetet innan han får in patienterna (5).

Debridering av ett sår innebär att klippa eller skära bort död vävnad, förhårdnad vävnad och vävnad som på något sätt blivit skadad, för att underlätta sårhäkningsprocessen. Ett arbetsmoment som kräver kunskap om såret är venöst eller arteriellt och vilken vävnad som skall avlägsnas. Kunskapen i att debridera ett sår innebär att inte skada underliggande vävnad vid avlägsnandet av död hud som av någon anledning stör läkningsprocessen och att få en optimal sårhäkningsmiljö. Inga djupa debrideringar utförs utan såren saneras väl och hårda sårkanter klipps bort för att möjliggöra att läkningsprocessen kan påbörjas och att såret därmed blir rent och mjukt.

Att rensa i sår är dels erfarna kollegor som lärt mig...dels har jag auskulterat på hud mottagningen...där har man lärt sig att se skillnad från frisk vävnad till sjuk vävnad och där får man också se skillnad mellan olika typer av sår och i olika stadium. Sen har jag varit i kontakt med en ortoped läkare som har rensat djupt inne i såren och talat om att det här kan du som fotterapeut ta bort och det här som professionell läkare tar jag hand om (1).

Det är det återkommande momenten i arbetet som utvecklar instrumenttekniken. De återkommande sårbehandlingarna gör att fotterapeuten snabbt blir insatt i olika förbandsmaterial vid såromläggningar. Det förekommer olika sårvårdsmaterial med olika verkningsmekanismer. En del av förbandsmaterialen har en upprensande effekt och andra har en fuktighetsbevarande effekt. En av arbetsuppgifterna efter behandling av såret är att ansvara för att välja rätt förbandsmaterial efter sårtyp så att det foreligger en adekvat sårhäkningsmiljö. Kunskap om sårhäkningsmaterial är något som söks dels via kollegor dels från förbandsrepresentant. Det är en utmaning att söka rätt typ av förband till sår för att det skall bli så bra som möjligt med tanke på att det inte får ta för stor plats i skon då det kan orsaka problem med tryck och inte för litet så att foten inte är fixerad i skon.

Det är ju mycket med de här olika... kompresser och så där och när man skall använda dem och när man inte skall använda dem. På vilka man inte skall använda dem lärde jag mig på hud. Men det kommer ju nytt hela tiden (3).

Det skall ju fungera också, inga tjocka förband som tar bort själva avlastningen man har i fot bädden. Som många gärna fyller ut med kompresser för att det våtskar så, då får man ju lägga om oftare (5).

Kunskapsbehov och strategier för kunskapsutveckling

Observation, planering och prioritering av patientens behov vid eventuella försämringar av sår, bedöms självständigt. Det uttalas en del oro såsom avsaknad av medicinsk kunskap och erfarenhet för att vidta relevanta åtgärder att utföra arbetet efter iakttagelser eller bedömningar. En grundkunskap om hur sjukdomar uppstår, behandlingar och hur de påverkar kroppen. Det är avsaknad av en bredare sjukdomslära såsom djupare kunskap om reumatism, om njursjukdomar, kärlsjukdomar och hur det kan påverka och ge komplikationer i foten i samband med diabetessjukdomen. En oro som bearbetas genom att diskutera med erfarna kollegor eller med annan yrkeskategori och där fotterapeuten känner att det finns möjlighet till att lära sig mer om uppkomna situationer. Den kunskap som fotterapeuten vidare- utvecklar genom diskussioner med erfarna kollegor eller annan personal inger en trygghet i bedömningar och behandlingar som utförs. Det finns även handledning som en strategi för kunskapsutveckling då professionella handledare finns med och fotterapeuten kan diskutera problem som kan uppstå i en behandlingsplan.

Man har ju inte riktigt den grunden med anatomin och så, utan det är bara fotens anatomi, men det är ju så mycket annat. Det är ju så mycket som påverkar. För min egen del skulle jag vilja få mer kunskap om reumatism, och kärlsjuka patienter och även njursjuka för det är de patienter som vi har här (3).

Då går jag och hämtar antingen diabetessköterskan som är nära eller så våran doktor. Är han på mottagningen så får jag ringa honom (7).

Fördelen med den här arbetsplatsen är att vi har kollegor som vi kan ventilerar med. Sen har vi ju också professionell handledning. I hur vi bemöter... hur vi bearbetar och hur vi gör avslut (1).

För att förkovra sig följer fotterapeuten kollegor eller andra yrkeskategorier i arbetet. Ett sätt att inhämta kunskap är att hospitera på olika specialistmottagningar vilket inger en trygghet i arbetet. Det är ett medvetet val av vilka mottagningar som önskas besökas, beroende på hur organisationen ser ut runt omkring och vilka intressenter som finns tillgängliga. Att få tillgång till denna auskultation är del i den praktiska vidare utbildningen och möjlighet för utveckling av arbetet. Tillsammans med personligt intresse väcker detta ett kunskapssökande, som utvecklar kompetensen. En komplett sammansatt kunskap om foten innebär att planera en så optimal behandling och hjälp för patienten som möjligt och kunna vägleda patienten till rätt instans. Fotterapeuten anser sig inte kunna ta hand om alla komplicerade situationer som uppträder under behandlingen och ser hospitering som en intern utbildning inom olika sjukdomsområden såsom hudmottagning och kärlkirurgisk mottagning.

Vi hade en väldigt intresserad och duktig ortoped...han var väldigt intresserad av just diabetes foten. Så jag hade den fördelen att kunna lära mig riktigt utav honom och kunna se svårigheterna...(6).

Ja jag har ju tagit all kunskap som fanns att tillgripa innan det fanns kurser på högskolan och gå och dom är ju inte praktiska utan de är ju teoretiska. Jag har ju lärt mig här på hudmottagningen, och diabetesmottagningen, kärlkirurgerna, ortopedkirurgerna, ja jag har varit över allt (4).

Att följa patienten från en första bedömning av vilket behov patienten har till att se

slutresultatet är en önskan som finns uttalad. Vilket motiverar till ett behov av att utveckla tillvägagångssätt vid efterbehandlingar av en fotkomplikation. Patienter som är i riskzonen för att utveckla sår eller har utvecklat allvarliga komplikationer som kan leda till operation finner fotterapeuten det naturligt att vara informerad under hela behandlingstiden. Eftersom arbetsområdet omfattar bedömning, att ge behandlingsförslag och efterbehandling uttalas önskemål om att vara en naturlig del i ett team runt patienten och ge uttryck för uppfattningar utifrån yrkesområdet. En önskan i form av att samarbeta mellan olika områden knyts samman så att det blir en kontinuerlig uppföljning av patienter med komplikationer. Kunskapen om fotens belastning delas med bl.a. skoingenjörer och ortopedier som tillsammans diskuterar fram hur och vad patientens behov är av specialgjorda skor. Metoder och strukturer för uppföljning av patient som remitteras till andra mottagningar för behandling av sårkomplikationer eller vid planerad operation, önskas utarbetas. Det finns variationer i uppfattningen hur vårdkedjan runt patienten skall se ut vid sjukhus, vad det gäller fot komplikationer. Fotterapeuten ser positivt på möjligheten att följa hela förloppet och vara engagerad från att komplikationen uppstår till att patienten avslutar behandlingen. Det negativa beskrivs som en avsaknad av erfarenhet och kunskap hos yrkeskategorier såsom sjuksköterskor och läkare om vilka kunskaper fotterapeuten besitter vid fotkomplikationer till följd av diabetessjukdom.

Vi har ingen sådan metodutveckling efter fotkirurgi. Här kostar man på en jätte dyr operation och så skickar man hem patienten med fel hjälpmedel och ingen tittar hur det gick eller hur det blev eller tar hand om det hela. Klart att det pajjar (4).

Om man tittar internationellt så gör fotvårdaren i all länder gör fotbäddar. Det finns duktiga skotekniker och ingenjörer men jag tror att den bollen borde ligga hos oss fotterapeuter. Vi ser såret... vi vet också bandageringen, vi vet också hur skadan fungerar och mekanismen bakom (1).

Det finns ju så många som inte har en aning om vad vi gör mer än som alla tror att vi klipper naglarna och filar. Vilket är synd att de inte vet mer (11).

Ansvar

Arbetet med patienter med fotkomplikationer innebär att utföra arbetet på ett noggrant och tillfredsställande sätt. I ansvarsområdet ingår att hantera och möta både positiva och negativa besked vad gäller läkningspotential i ett sår och förmedla detta till patienten. Även en ökad förståelse för vardagsproblem för patienten och för att få den att fungera med omläggningar vid vårdcentral ingår i ansvarstagandet. Att beställa tid till ortopedingenjör för eventuella ändringar av fotbäddar och att vara tillgänglig för att svara på frågor. Variationer på organisation runt fotkomplikationer beskrivs och hur det kan inverka på arbetet. Arbetets innehåll består av att ensam bedöma fotstatus, lägga upp behandlingsstrategi, utvärdera om behov finns av hjälpmedel och att lyssna och se hur patienten mår, vilket innebär hälsotillståndets status. Dokumentation ingår i arbetsmomentet med fotkomplikationer och underlättar samarbetet med olika yrkeskategorier. Möjligheten att läsa dokumentation från föregående behandlingar eller ta del av andras anteckningar för en bedömning finns och underlättar valet av strategier. Det är fotterapeutens ansvar att dokumentera då det är ett självständigt arbete och ett ensamarbete.

Organisation

Organisationen påverkar arbetsinnehållet. För att kunna iaktta, bedöma och utforma en behandlingsstrategi för patienten uttalas ett behov av väl utarbetade rutiner. Remiss är ställd till fotterapeut för bedömning inom dennes kompetensområde och som avgör i det första skedet om ett akut omhändertagande skall vidtas eller om avvaktan är möjlig. Det uttalas olikheter i organisationen. En väl utvecklad organisation med kollegor och inarbetad samlad yrkeskår med gemensamt intresse av fotkomplikationer inverkar på omhändertagandet. Personligt engagemang och intresserade instanser gör att organisationerna är olika utformade. Att samarbeta i ett samlat multidisciplinärt team s.k. fotteam med planerade fotronder, ger trygghet i bedömningarna då det finns möjligheter att diskutera fram åtgärder. Ett samlat multidisciplinärt fotteam kan bestå av infektionsläkare, diabetesläkare, ortoped, hudläkare, skoenjörer och fotterapeuter. Variationer att samla ett team av den storlek som beskrivs är från en gång i veckan till var fjärde vecka.

Yrkesgrupper som jag har kontakt med är teamet, det är infektionsläkare, kärlkirurg, hudspecialist, diabetolog, diabetessköterska, kurator och i viss mån sjukgymnaster (4).

Svårigheten att få en samlad kompetens runt fotkomplikationer beskriver fotterapeuter vara bristen på intresse från närliggande yrkeskategorier. Ointresset förklaras av en osäkerhet kring den omfattande och komplicerade behandlingen av foten och en ängslan över att fatta felaktigt beslut. Det krävs samtidigt en tät uppföljning av patient för att kontrollera att inga infektioner tillstöter, eftersom patienten med diabetes har en förlångsammad läkningsprocess och oftast inte känner ett förändrat tillstånd i foten. Det beskrivs att fotterapeuten har en känsla av att störa andra mottagningar, när behovet av att få en konsultation av en läkare föreligger. Det är inte alltid ett planerat läkarbesök tillsammans med fotterapeutens återbesök, utan det kan visas vara ett snabbt omhändertagande av en infektion som kräver detta. Det är vid dessa tillfällen fotterapeuten har en känsla av att störa andra mottagningar för att en läkare skall göra en bedömning för vidare behandlingsstrategi.

Det är inte tillräcklig hög status. Fötterna är liksom inte... intresset är liksom inte..det är inte tillräckligt intressant. Ett hjärta kan du arbeta med på ett annat sätt, med mediciner och operationer och så... (10).

Antingen så ringer jag bort till någon diabetesläkare. Får jag inte napp där så..det kan ju vara otur ibland. Så ..kanske jag rycker i hudläkaren här inne, fast det är inte populärt. Men är det kris får man ta vad som helst. Det brukar ju ofta vara så här att de behöver bara säga ja eller nej (12).

Vid avsaknaden av en organiserad verksamhet med olika yrkeskategorier som samarbetar, ställs fotterapeuten ensam med ställningstagandet och ett svårt beslut vilket kan innebära en fördröjning i omhändertagandet av fotkomplikationen. Risk föreligger vid brist på kontinuitet i behandlingen och att det blir ett splittrat omhändertagande och att patienten inte får adekvat behandling snabbt.. Att det inte finns utvecklade rutiner är ett hinder för både fotterapeut och närliggande yrkeskår i arbetet vid omhändertagandet av patienten. En önskan påtalas att få intresserade läkare, att starta ett väl sammansatt fotteam med olika yrkeskategorier involverade. Att planera fotronder och att utveckla en organisation som fungerar i omhändertagandet av fotkomplikationer.

Är det en primärvårdspatient så är det primärvården. Men är det här och jag inte lyckas få tag i en läkare så får han gå till akuten...jag skulle vilja se mer och kunna bedöma och att ha någon bakom mig som kan säga att detta måste du tänka på nu...en sån där backup (11).

Men jag kan tänka mig att de här fotronderna vi skall börja med nu kan utvecklas till något positivt (11).

Vid en organisation som är välplanerad med olika yrkeskategorier involverade ses en kontinuitet i omhändertagandet av patienten. Beroende på organisationens utformning så beskrivs utveckling av fotterapeutens arbete på olika sätt. Om organisationen är sammansatt av flera olika yrkeskategorier med ett tätt samarbete ges en möjlighet att utvecklas. I en sådan organisation är det fler personer med samma intresseområde och kunskap sökes genom diskussioner mellan olika yrkeskårer vilket ökar självständigheten i arbetet och underlättar omhändertagandet av patienten. Arbetsinnehållet påverkas från att utföra fotvård och ha uppsikt över förändringar och kunna remittera patient till rätt instans om så behövs, till att vara en fotsköterska med speciell inriktning på sårvård. Ju större förtroende och ansvar fotterapeuten får desto större påverkan på arbetet, i form av ett utökat innehåll. Fotterapeuten ses som en samordnare och ansvarar för att patienten behandlas för komplikationen vid rätt mottagning.

Närmaste läkare vet vad vi jobbar med och ofta brukar de säga ja du vet vad det skall vara för förband på. Och du vet ofta behandlingen om det skall sättas in penicillin. Det där har du bättre kläm på. Många oerfarna doktorer som man får kalla in ibland där styr jag hela behandlingen, vad läkaren skall säga och skriva (1).

Dokumentation

För en adekvat behandlingsstrategi där olika yrkeskategorier kan inhämta information, dokumenteras vad som skett, planerade behandlingar, vad som är utfört och mål. Detta är ett stöd för patienten och den behandlande då det är en möjlighet att ta del av journalanteckningar från andra yrkeskategorier. Det är ett underlag i en bedömning av någon som inte träffat patienten tidigare och ett stöd för personal som är involverade i behandlingen. Att kunna se tillbaka på vad som är utfört och vad som planeras är information om behandlingar och undersökningar. Då patienten kan få nya problem underlättar journalanteckningarna ett snabbt omhändertagande eftersom det är lätt att se vilka behandlingar som utförts tidigare och samtidigt se hur tidigare problem uppstod.

När jag skriver ner journalen, så skriver jag i dåtid, nutid och kommande tid. Jag börjar alltid med vad har hänt, hur ser det ut nu när patienten kommer till mig. Och vad kan jag göra sen (1).

När de ringer så har jag ett hum om att vi har pratat och jag har ju dokumenterat så de är kända här och de upplever det som en stor trygghet här, när de bara kan ringa och säga att nu har jag fått problem så...kom hit så tittar vi på det då (5).

Dokumentationstekniken har utvecklats med arbetsinnehållet. En handskriven journalanteckning på ett papper har utvecklats till en sårvårdsjournal med information om sårutseende. Hur utbrett såret är och hur djupt det är dokumenteras och tas ställning till. Ibland uppfattas det som svårt att jämföra hur såret förändrats och då används en kamera för att bilddokumentera. Detta möjliggör diskussion med övrig personal eftersom det inte finns

möjlighet till diskussion vid behandlingstillfället utan bedömning sker vid en senare tidpunkt. Samtidigt ger bildokumentation möjlighet att skicka med en bild av hur såret ser ut idag och hur det sett ut tidigare gör att det är lätt för alla involverade parter att följa sårets utveckling.

Det var ju egentligen så här att man skrev på ett papper FV. U.a. och sin signatur. Men nu dokumenterar man med sårvårdsjournal och digital kamera och skrift /.../ Jag kan visa resultat med digitalkameran med hur det såg ut från början och hur det ser ut nu efter ett tag och skicka med det till den som lägger om på vardagarna på distriktet (5).

Ensamarbete

Arbetet innebär ett självständigt arbete och ett eget ansvar med att genomföra fotstatus och att bedöma behandlingsåtgärder. Ansvar att lösa en situation innebär att kunna se följderna av en handling. Följderna kan ses genom att träffa patienten vid täta återbesök och notera eventuella förändringar. Som ensamarbetare är fotterapeuten tvungen att lita på eget omdöme, lösa problem och att uppträda på ett förtroendeingivande sätt för att nå behandlingsmålen. Ansvaret som ensamarbetare förutsätter att bedömningarna och behandlingsåtgärderna är adekvata och att patienten får det professionella omhändertagande som fotkomplikationen kräver.

Därför lägger jag mycket...fortfarande mycket energi på dessa patienter så fort jag vet att de har dialys. De kommer 1 gång i veckan fast egentligen att såret är helt omotiverat att följa upp så ofta. Men lägger man mycket krut med en gång i såret, så att säga (1).

Ensamarbetet visar sig innehålla olika typer av ansvar vid behandling av patient. Först över eget praktiskt arbete och sedan ansvar inför patienten. Ansvaret för att den behandling som är vald skall fungera och att det är rätt beslut beskrivs på olika sätt. Dels som en säkerhet i valet och som utvecklas med tiden, dels som en osäkerhet. Säkerheten förstärks och förklaras genom återkommande sårbehandlingar och kontinuitet i uppföljningar och ger en erfarenhetsbaserad kunskap. Vid osäkerhet i samband med behandlingsstrategi eller förbandsval återkallas patienten på ett tidigt återbesök för kontroll.

Erfarenheten styr, man har ju sett flera sår och jämför (7).

Ibland kan jag kanske... att det här fixar sig nog, och men då tar jag in patienten samma vecka. Så gör jag. För att titta av. Funkar det så fortsätter vi (3).

Ensamarbete uppfattas dels som positivt, dels som negativt. Det positiva i arbetet beskrivs som en del i framtidssträvan att söka ny kunskap. Även att kunna planera en behandlingsstrategi tillsammans med patienten kan driva fram en åtgärd där fotterapeuten känner ett personligt ansvar för patienten och/eller uppgiften. Att arbeta ensam och lägga upp behandlingsstrategier innebär att fatta egna beslut och att känna trygghet med besluten. Det beskrivs att ensamarbetet är en utmaning i att kunna iscensätta teoretiska och erfarenhetsbaserade kunskaper och att ta egna initiativ.

Det blir ju en utmaning varje gång när man inte vet vad man skall göra. Det händer väl ibland också när man sitter här själv och skall komma på någon avlastning....Man får hitta på lite själv (9).

Det negativa med ensamarbetet kan vara att ställas inför ett nytt tillstånd i samband med en behandling och ger en osäkerhet vilket löses genom att konsultera kollegor eller annan vårdpersonal. Ensamarbetet beskrivs vidare som ett tungt känslomässigt arbete. Det är behandlingen och vidrörandet av foten som kan vara en utlösande faktor till att patienten anförtror sig till fotterapeuten. Oro uttalas inte inför en behandling utan för patientens psykiska hälsa. Patienterna träffar samma fotterapeut vid återbesök och behandlingarna kan pågå under långa tidsperioder. Det kan vara en känslomässigt påfrestande tid för patienten då ett sår börjar läka men av någon anledning försämras och behandlingen startar om från början. Detta är ett återkommande problem hos patienter med diabetes och fotsår vilket innebär att patienten kan uppvisa psykisk obalans. Den psykiska ohälsan beskrivs som en uttalad trötthet från patientens sida för att fortsätta behandlingarna. Denna tunga del i arbetet innebär ytterligare omhändertagande av ibland uttalade självmordstankar som måste åtgärdas på ett professionellt sätt och i samförstånd med patienten. Ett samförstånd genom att fotterapeuten förmedlar information om eventuella samtalsåtgärder och att ansvarig läkare blir informerad.

En gång så var det en präst som sa: Jag önskar att jag kunde ta i mina kunder eller mina patienter som jag skall hjälpa i själavården, men jag får inte det. Men ni tar i dom och det förlöser mycket känslor (1).

Vi har den policyn här att om en patient säger att den inte vill leva längre så säger jag att det måste jag tyvärr tala om för din doktor, så att du vet om detta (2).

Arbetet med patienter med fotsår beskrivs som betydelsefullt. Fotterapeuten har en central roll för patienten där fotkomplikation uppstått. Relaterat till ensamarbetet blir konsekvensen att fotterapeuten är svårersätlig i en organisation där det finns ett fåtal anställda. Att besitta förmågan att vidta åtgärder som det finns behov av ställer fotterapeuten i en bekymmersam situation. Innehållet i arbetet gör ensamarbetet speciellt och det kan vara svårt att ersättas av någon annan yrkeskategori.

Man kan ju inte sätta in en undersköterska när vi är borta för att rensa i sår eller så..det är en helt annan värld. Man tänker inte på det men så är det. Det säger våran föreståndare hela tiden när vi är borta. Det är värdelöst, säger dom, det finns aldrig någon att skicka in (2).

Det finns ingen annan som kan göra detta jobbet av de andra yrkeskategorierna på huset här (5).

Samverkan

För att vården omkring patienter med diabetes och behandlingskrävande fotkomplikationer skall fungera utvecklas relationer mellan olika individer som fotterapeuten kommer i kontakt med. Trygghet och tillit för patienten innebär att kunna kontakta fotterapeuten för samtal om eventuell försämring eller om patienten har funderingar angående behandling eller önskar hjälp med något. Ett samspel som stärker relationen med patient och med andra närliggande yrkeskategorier i primärvård, vid sjukhem, med patientansvarig läkare (PAL) och med olika yrkeskategorier vid sjukhus. En bra relation underlättar kommunikationen mellan den som behandlar och den som blir behandlad. Den kunskap som fotterapeuten innehar används i undervisningssyfte både med patient individuellt eller i grupp och även i utbildningssyfte av personal.

Relationer

Den som tar emot behandling måste ha tillit till den person som ger behandling. Nära relationer mellan patient och foterapeut byggs upp under återkommande besök och det utvecklas en nära kontakt. Det är en vinst för foterapeuten att om möjligt lära känna patienten som person för att på bästa sätt se behandlingsmässiga behov. Att vara konsekvent och att handla utefter planerad åtgärd inger ett förtroende till patient och att vederbörande remitteras till rätt avdelning när ett försämrat tillstånd kräver det. Att vara informerad och väl förberedd inför patientbesök underlättar omhändertagandet och ger möjlighet att uppfatta personen och inte enbart såret. Att kunna ge patienten tid att tala om det som inte berör behandlingen utan att vara medmänniska och att ge råd eller att låta patienten tala, ingår också i en uppbyggnad av en relation. Ett aktivt och medvetet lyssnande till vad patienten säger ligger till grund för en bra kommunikation och är en förutsättning för stödjande samtal och att patienten känner sig omhändertagen. Denna nära kontakt kan innebära att patienten känner ett förtroende att informera om annat än vad som är relaterat till fotkomplikationen.

Vad jag vet när jag träffar en patient med diabetes och ett nyetablerat sår är att den här patienten kommer att gå här av och till hela livet. Och då måste vi etablera en god kontakt /.../ Det drivande i det här är ju att få patienten läkt. Det är en utmaning att för varje sår som kommer hit. Så då måste man först lära känna individen och sedan får man tillgripa all kunskap som går för att läka just det här såret, för varje sår är individuellt. Det finns generella föreskrivningar och rätta sig efter, men det går inte om du inte känner individen (4).

De patienter som jag såg på avdelningen har jag ju..några har jag här på fotvården idag. Så jag har följt dem hela livet. Jag vet om de har barn, barnbarn vad de gör ... allt. Det är inte klokt. Det är inte som patienter utan som vänner (2).

Vid sjukhus som inte har samma täta kontakt inges en trygghet för övriga genom möjligheten att telefonledes få råd om behandling. Att vara behjälplig vid tillfällena då det uppstår problem utvecklas relationer och en ömsesidig förståelse i omhändertagandet av patienten. En relation som bidrar till en god kommunikation yrkeskategorierna emellan.

Relationer utvecklas även utanför institutionen. En samordnare som hjälper till med kontakt med diabetessköterska, patientansvarig läkare (PAL), primärvård och hemsjukvård. För patienter som är slutbehandlade vid sjukhus och följs upp i primärvården är kommunikation viktig då det lämnas information om vidare behandlingsstrategier. Det är av vikt i omhändertagandet av patienten att foterapeuten har ett brett kontaktnät och kan bistå med hjälp i kommunikation mellan andra yrkeskategorier då behov finns. Att vara säker och trygg i yrkesutförandet inger förtroende inför både patient, närstående och medarbetare.

De upplever det som en stor trygghet när de bara kan ringa och säga att nu har de fått problem (5).

Vår roll den är ju jätteviktig, för fanns det diabetessköterskor och diabetesläkare och kärlkirurg och hade inte foterapeuten varit där så sprack ju det hela (9).

Sen måste man ha en väl förankrat samarbete med i vårdkedjan, så att man har distriktssköterskan, hemsjukvården, eventuellt sjukhemmet, patientansvarig läkare. Distriktssköterskan...att man har en vårdkedja som fungerar runt patienten (4)

Undervisning

Undervisning är en del i arbetsuppgifterna. För patienter med fotkomplikationer har undervisning om vad som skall uppmärksammas en stor inverkan på att förebygga att allvarliga besvär uppkommer. Patienten behöver *råd* om hur foten skyddas från skador genom att använda skor som inte är för mjuka, strumpor utan söm för att undvika skav och hur patienten bör sköta om fötterna. I en patientrelaterad *undervisning* lärs hur enklare fotvård utförs, t.ex. att klippa naglar rätt och hur fötterna hålls mjuka. Diabetes ses som en sjukdom som innebär mycket egenvård och det är viktigt att upplysa patienten om den vård som kan utföras på egen hand. Det handlar om att vårda diabetessjukdomen och fotterapeutens uppgift är att ge den *information* och undervisning som behövs för att patienten på ett tidigt stadium skall kunna uppmärksamma eventuella problem såsom svullnad, smärta, hudsprickor och rodnad av huden. Kontinuerlig undervisning ges individuellt till patienter som utvecklat komplikationer och är under behandling.. Det är en återkommande undervisning då det kan vara svårt för patienter att tillgodogöra sig den information då fotkomplikationer är komplexa. Svårigheter att inse hur ett sår uppkommer vid känselbortfall kräver upprepad förklaring och är nödvändig samtidigt som det ger patienten möjlighet till eftertanke och att kunna ställa frågor vid återbesök.

Ibland kan man inte ta hela det här paketet med patient utbildning för en del har svårt att ta in allt på en gång utan man får ta det viktigaste först och sedan efterhand. Man väver in det i nästan alla behandlingarna (8).

Patienterna kan ju säga att jag känner ju ändå ingenting så det gör ingenting med för varmt vatten i fotbadet. Men då säger jag att då är det ännu viktigare att du kollar temperaturen (12).

Gruppundervisning är en annan form av undervisning som inriktar sig på en allmän del av fotproblem i samband med diabetes. Gruppundervisning ger tillfälle till att tillvarata och delge varandra erfarenheter och kunskap. Ett forum som handleds av fotterapeut och som vid behov kan ge råd och stöd. Vid gruppundervisning är målet att informera om god fotvård och vart patienten kan vända sig för att uppsöka en etablerad fotterapeut, eftersom behovet av specialistvård inte är nödvändig. Ofta följer denna typ av undervisning ett planerat undervisningsprogram där diabetessjukdomen behandlas och där olika specialistområden är involverade såsom diabetolog, diabetessköterska och dietist. Upplägget följer ett likartat urval av deltagare eftersom patienter med redan utvecklade sårkomplikationer inte gärna deltar i gruppundervisning utan är i behov av en individualiserad undervisning.

Gruppinformation är bra på grad 2 patienter, där man inte har några stora besvär med sår och så vidare. Och man i en grupp kan stimulera varandra att ställa frågor och lär varandra en hel del och att men..gör du så och så här gör jag. Men när det redan är ett etablerat skador och att patienten både är rädd och då.. de skäms ofta att de har fått ett sår. Då är individuell information som gäller (4).

Fotterapeutens erfarenheter och kunskaper ses som en tillgång och tillvaratas på arbetsplatsen i form av utbildning av andra yrkeskategorier. I en utvecklad organisation med team utnyttjas fotterapeutens kunskap i olika sammanhang. Undervisning bedrivs av fotens komplikationer och fotterapeuten ingår som föreläsare i olika utbildningar. På andra arbetsplatser inriktas informationen och upplysningen om vad fotterapeutens kompetens innebär.

Jag har ju varit med och utbildat njursjuksköterskor på deras 5 poängskurs. Där har jag informerat om förebyggande fotvård och sårbehandling, för diabetespatienter, för dom har ju mycket sjuka patienter på njur (2).

Vi har alltid information till... lunchföreläsningar och då kan vi ju komma dit och berätta om vårt yrke och berätta vad vi gör och så... (7).

DISKUSSION

Metod

Valet att undersöka yrkesgruppen fotterapeuter var utifrån en allmän uppfattning om att fotterapeuten endast klipper naglar och att det saknas dokumentation av vad fotterapeutens kompetens innebär i arbetet med diabetessjukdomens fotkomplikationer.

Utifrån syftet att beskriva fotterapeutens arbetsinnehåll och därmed kompetensen valdes en kvalitativ metod. Datainsamlingen genomfördes med öppna intervjuer för att få en beskrivning av kompetensen i samband med omhändertagandet av diabetessjukdomens fotkomplikationer. Valet av en kvalitativ forskningsmetod med öppna intervjuer gjordes med avsikt att få en beskrivning av arbetsinnehåll. Frågorna var av öppen karaktär och följdes upp med följdfrågor. Intervjuerna analyserades genom en kvalitativ innehållsanalys.

Intervjuarens intentioner var att i möjligaste mån förhålla sig neutral, då det kan uppfattas svårt att intervjua kollegor, men det gick inte att uppnå. Förfrågan inom vilket område intervjuaren arbetade krävde en förklaring av den gemensamma kulturen. Genom egen utbildning inom området kan det ha påverkat intervjuerna både positivt och negativt. Den negativa sidan var svårigheten att inte hålla med i olika beskrivningar och att inte ställa ledande frågor. Ibland ställdes frågan tillbaka till intervjuaren med en kommentar att "Du vet" och detta var svårt att förhålla sig till. Risken fanns också att ta en beskrivning för given eller att helt enkelt missa den men genom en kontinuerlig upprepning av frågan "Hur menar du?" och "Kan du beskriva?" återupptog respondenterna förklaringen. Den positiva konsekvensen var att med förförståelse kunna lyssna till beskrivning av kompetensen och ha en kommunikation mellan intervjuare och respondent (Lantz, 1993). Då det framkom att intervjuaren är fotterapeut visades en glädje att dela med sig av erfarenheter och det var lätt att få svar på frågorna. Ibland infann sig dock en känsla att det var svårt att få fram beskrivning av kompetensen och att det var svårt att sätta ord på arbetsinnehållet. Risken är att den egna kulturen kan ha påverkat respondenterna vilket intervjuaren är medveten om. Samtidigt var det viktigt att inte påverka respondenten då de ibland ansåg att det var svårt att förklara vad de menade. Med förförståelsen var känslan att det underlättade att ställa följdfrågor och att kunna vara koncentrerad på vad arbetsinnehållet verkligen bestod av (Svensson & Starrin, 1996).

Urvalet av respondenter föll på att det geografiskt och tidsmässigt gick att genomföra intervjuerna. Valet var också att studera arbetsinnehållet för fotterapeuter som var anställda vid sjukhus då den allmänna uppfattningen är att fotterapeutens arbete är ett arbete där det endast klipps naglar, oberoende av arbetsplatsens placering. Kanske att det är få respondenter i studien, men eftersom antalet anställda vid varje sjukhus inte är många, var det omöjligt tidsmässigt att förflyttas mellan fler sjukhus i olika regioner. Det var enklast och mest naturligt för samtliga fotterapeuter att genomföra intervjuerna på respektive arbetsplats eftersom intervjun ägde rum under arbetsdagen. Endast intervjuare och respondent var närvarande vid intervjutillfället.

Temaområden lästes igenom före intervjuerna startade. Vid ett par intervjuer gjordes uppehåll på någon minut i inspelningen för eftertanke. Det var utmärkande att tid för reflektion var behövligt då frågan ställdes: "Vad är det som är speciellt med fotterapeutens arbete med diabeteskomplikationer?" Vid ett tillfälle tvingades bandspelaren stängas av då intervjuare och respondent blev avbrutna av en kollega. Intervjun kunde fortsätta efter klargörande av att

det pågick en intervju. Frågor inom temaområden kompletterades med följdfrågor av karaktären: ”Kan du berätta om?”, ”Vad innebär?” och ” Hur tänkte du?”.

Det skulle vara lättare att nå fler deltagare med enkätundersökning och genomföra en kartläggning av kompetensinnehållet men målet var att ha en kommunikation med respondenterna och få deras beskrivning av arbetet. Vad som kan ha påverkat resultatet positivt är att de flesta har ett stort intresse för arbetet och vill utveckla det. Samtidigt genom gediget intresse var det kanske lättare att ta sig tid att kommunicera och ge beskrivning av arbetet. I föreliggande studie var målet att få fram beskrivning av kompetensen och valet var kvalitativ ansats. Trovärdigheten i studien visas genom beskrivningen av metod, insamling av data, urval och även analysprocessen och att det beskriver det som avsetts att beskrivas (Starrin & Svensson, 1996). Kriterier fanns för medverkan i studien och en medvetenhet har funnits i förhållande till förförståelsens eventuella påverkan..

Resultat

Syftet med undersökningen var att beskriva innehållet i fotterapeuternas arbete vid omhändertagandet av diabetessjukdomens fotkomplikationer. Studiens frågeställningar var att undersöka vad som kännetecknar fotterapeutens arbete vid fotkomplikationer samt vilket kunskaps behov och strategier för kunskapsutveckling fotterapeuten uttrycker i arbetet med fotkomplikationer.

Det självständiga arbetet

Resultatet visar att arbetet som fotterapeut är ett ensamarbete vilket innebär ansvar för bedömning av fotkomplikationer. Ett självständigt arbete som innebär att planera behandlingsstrategier och att ”följa upp” patienten gör att det blir täta kontakter mellan fotterapeut och patient. En tät kontakt där fotterapeuten har möjlighet att se följer av behandlingsbeslut och om det var ett lämpligt behandlingsval. Det beslut som fattas för en behandling vilar på kunskap som omdöme vid ensamarbete.

Att ha ansvaret för bedömning av fotkomplikationer kan ge konsekvenser i form av osäkerhet och att inte inneha tillräckliga kunskaper eller erfarenheter. Svårigheten i ensamarbetet är att fatta beslut och inte ha möjligheter att diskutera med kollegor. En osäkerhet i betydelsen att fotkomplikationer vid diabetessjukdomen är svårbedömd och svårbehandlad (Ragnarsson-Tennvall, 2001). Vid sådana situationer löser fotterapeuten det genom att patienten kommer på tidigt återbesök för att se om eventuell fortsättning av behandlingen eller för att ändra behandlingsstrategi. Det åvilar fotterapeuten att ta det första beslutet och att ha kunskapen om patienten skall remitteras vidare eller om behandlingen kan påbörjas.

Fördelar med att vara ensam i arbetsutförandet beskrivs i resultatet såsom en strävan efter att söka ny kunskap. Att som ensam befinna sig tillsammans med en patient och inte riktigt veta vad som krävs i form av behandling driver fotterapeuten att inhämta mer kunskap. Det ses som en utmaning att följa upp patienterna med täta kontakter då de kan kontrollera behandlingsval och hur det fungerar med omläggningar, hur boendet ser ut och om de är i behov av hjälp. Detta innebär att fotterapeuten ser situationen runt patienten och har en helhetsbild av problemet. Att vara ensam och ställa diagnos på foten, hur en skada uppkommit, bakomliggande faktorer och behandlingsförslag kräver en omfattande kompetens.

Vad resultatet påvisar vid ensamarbete och ansvar skulle det underlätta att vara åtminstone två anställda vid varje sjukhus för att ha en möjlighet att utvecklas och att kunna föra en diskussion med en kollega inom området. En kollega inom samma arbetsområde ökar säkerheten och tryggheten eftersom de betraktar patienten på likartat sätt. Samtidigt är det viktigt eftersom det är en möjlighet att lära av varandra och att undvika mindre lämpliga behandlingsval. Sjukdomen diabetes ökar och beräknas omfatta 6-7 % omkring år 2008-2013 (Jernberger, 1998). Detta kan innebära ett ökat arbetstryck och tidigt engagemang i den preventiva behandlingen för att i möjligaste mån undvika stora komplikationer. Studiens resultat anger att fotterapeuten har en betydelsefull roll och att det ställs stora krav på kompetens både socialt och medicinskt. Socialt i form av att vara behjälplig i patientens vardag från tidsbeställning för olika återbesök till att vara medmänniska och ta sig tid att lyssna. Vid en fråga om hur patienten mår måste möjligheten finnas att lyssna till patientens svar och att även kunna ta hand om allvarliga situationer som uppkommer. Att kontinuerligt följa en patient med fotkomplikationer innebär också att fotterapeuten får kännedom om patientens sociala liv och kan "avläsa" hur patienten mår.

Studien visar att ensamarbetet kräver kompetent personal att kunna vända sig till då det ofta uppdagas en psykisk obalans och att patienten är i behov av hjälp. I studien visas tillvägagångssätt i form av att tala om problemet för patientansvarig läkare och för egen del ta hjälp av professionell handledare. Detta fungerar hos välutvecklade team där det finns förståelse för vad arbetet innebär. Vad som skulle underlätta är ett tätt samarbete och en ökad information om varandras arbetsinnehåll. Ett arbete där gränsdragningar inte är åtskilda mellan yrkeskategorierna utan att möjlighet finns att kunna ta del av olika yrkesutövares kompetens är en grund för samarbete där kunskap och erfarenhet sprids mellan grupperna.

Lärande

Den teoretiska kunskapen från skolan, tillsammans med den erfarenhetsbaserade kunskapen är grunden till en självständig och kompetent fotterapeut. Fortlöpande kunskapsutveckling är nödvändig med hänsyn tagen till hur verksamheten ser ut. Studien visar att personligt engagemang, intresse från övrig yrkeskategori och vilka möjligheter till vidareutbildning som ges påverkar arbetsinnehållet.

Det finns, i dagsläget, inte så många specifika vidareutbildningar för fotterapeuter utan det ställs stora krav på att vara engagerad själv för att finna utbildningar som kan vara av intresse för verksamhetsområdet. Bredvidgång hos olika personer inom andra yrkesområde är därför en viktig del i utvecklingen av arbetet. Eget intresse och en vilja att lära påverkar utvecklingen av arbetet vilket även Marton och Booth (2000) beskriver. Det borde vara ett naturligt moment i arbete att kunna få möjlighet att auskultera på olika avdelningar. Att få följa sjuksköterskor och läkare i arbetet och få ställa frågor är ett lärande som utvecklar kompetensen. Detta är lättare att möjliggöra inom etablerade organisationer där det finns fler intressenter. Observation, planering och prioritering av patientens behov vid eventuella försämringar av sår, bedömer fotterapeuten självständigt och det ställs krav på kompetens att kunna utföra behandlingar och att göra bedömning.

Behandlingsmetoder som fotterapeuten bedömer vara adekvata utvecklas genom erfarenhet där metoder prövas för att se vilken som är lämpligast för individen. Denna studie visar som Molander (1993) beskriver att trygghet utvecklas och stärker yrkesutövaren vid en sammankoppling av kunskapsfarenheter över tid. Även Kirkevold, Nortvelt och Alsvåg (1994) beskriver erfarenhetsbaserad kunskap som utvecklas i utövandet av yrket till att gestalta den specifika yrkeskunskapen. Fotterapeuten följer läkningsprocessen genom att ha

täta kontakter med patienten och det är vid dessa kontakter som förändringar upptäcks. Att följa andra yrkeskategorier i arbetet med fotkomplikationer utvecklar kompetensen. Det är en vidareutbildning som fotterapeuten själv väljer om möjlighet finns.

Det uttalas en del oro eftersom kunskapen inte är tillräcklig inom alla områden. I resultatet framkommer tydligt ett intresse av mer utbildning. Ett intresse av att lära i framför allt sjukdomslära eftersom fler sjukdomstillstånd än diabetes kan påverka fotens funktion. Anmärkningsvärt är också att i studien framkommer att ambitionerna är så högt ställda i sökandet efter mer utbildning, men att det vid några sjukhus kan vara svårt att iscensätta.

Att auskultera hos ortoped och/eller kärlkirurg och även vid hudmottagning är en tillgång i det praktiska arbetet. Den personliga kompetensen utvecklas genom reflektioner, erfarenhet och intuitioner, Kirkevold (2002), vilket ges möjlighet vid auskultationer. Även Schön (1983) beskriver reflektion i handling som väsentligt i utvecklingen av praktisk kunskap. Utbildning i debridering av sår, saxteknik och skalpellteknik i borttagandet av skadad och död vävnad och lämplig val av sårvårdsmaterial är något som inte belyses i så stor utsträckning i grundutbildningen. De flesta av fotterapeuterna har utvecklat innehållet i arbetet över tid till att vara en s.k. fotsårsköterska. En modell för auskultation är kanske att under schemalagda tillfällen få undervisning och praktisk handledning med ett slutgiltigt omdöme av handledare. Ett intyg som visar struktur på auskultationen och även uppföljning av planerade avdelningar att auskultera på. Svårigheten i ensamarbetet i en mindre väl organiserad verksamhet försvårar möjligheten att vidareutvecklas genom diskussioner med andra yrkeskategorier.

Ett överraskande resultat är hur fotterapeuterna lär. Att auskultera på eget initiativ på olika avdelningar kan ge ökad kompetens och utvecklar verksamheten. Att arbeta med friska fötter till att arbeta med fotkomplikationer skiljer sig åt en del. Det skulle vara krav på att efter utbildning få möjlighet att "följa" en fotterapeut som under en längre tid arbetat med fotkomplikationer. Detta system fanns förr då yrkestiteln till undersköterska erhöles efter 6 månaders praktik. Att få möjlighet att se och bedöma sår, diskutera olika behandlingsalternativ och att kunna diskutera med en erfaren handledare vore en trygghet i längden både för patient och fotterapeut. I samband med en sådan liknande lärlingstid skulle ett intyg kunna utfärdas som ger en garanti för att benämna behandlingen som utförs för medicinsk fotvård. Det skulle också kunna leda till en formell utbildning som i längden kan leda till skyddad yrkestitel eller en legitimation för fotterapeuter. Samtidigt skulle ett sådant system kunna särskilja medicinsk fotvård från vanlig fotvård. Idag kan utbildade och även utbildade fotterapeuter benämnas medicinska fotterapeuter och etablera praktik i egen regi. Ur patientens synvinkel är det viktigt att veta vem man vänder sig till, då det förekommer fotvårdskliniker med personal utan formell utbildning.

Verksamhetens utformning

Kunskapsutveckling sker inom en organisation där fler fotterapeuter är anställda och där det finns ett samarbete fotteam. Det ger en ökad möjlighet till kompetensutveckling. Men samtidigt så avspglas intresse, erfarenheter och även värderingar kulturen i organisationen (Abrahamsson & Andersson, 2000). Skillnader finns uttalade när det gäller ett intresse från läkare för diabetesfotens komplikationer. Det är en komplicerad diagnos och det uttalas rädsla som förklaras genom en osäkerhet att fatta rätt beslut. Vid en fördröjd diagnos kan det leda till konsekvenser för patienten. Konsekvenser i form av ytterligare operationer eller en långvarig komplicerad fotsjukdom som kan följas av amputation.

Frågan är om ett vagt intresse från andra avspeglar en mindre tillfredställande arbetsinsats? Funderingar finns angående status på arbetet t.ex. vid operation av diabetesfotens komplikationer. Vid en operation av en fraktur fortskrider tillfrisknandet ofta enligt planerna medan fotkomplikationen inte alltid fortskrider planenligt utan det är risk för recidiv av ett sår eftersom det föreligger sänkt läkningsförmåga. Vad som är önskvärt att utveckla är strategier för uppföljning efter operationer och att patienten erhåller återbesökstid till den behandlande personen som vet vilka följder som kan inträffa. Bristen på kontinuitet i uppföljning påvisar ett splittrat omhändertagande. Mer omfattande information till patienterna angående tillvägagångssätt vid behandling och uppföljning av behandling är önskvärt att utveckla. Detta borde vara en grund för verksamheten i omhändertagandet av diabetes och fotkomplikationer.

Något annat som kan ifrågasättas är om personer från andra yrkeskategorier tar del av de journalanteckningar som genomförs. En gedigen journalföring där både text- och bild-dokumentation förekommer. Vid en läkarmottagning borde det underlätta att kunna läsa omdömen från fotterapeut och använda denne som en samordnare för patienter med fotproblem. I dokumentationen framkommer en ingående förklaring av vilken typ av komplikation det är. Är det en kärlrelaterad komplikation eller neuropatisk beskrivs och en planering av behandlingsstrategi.

I studien beskrivs att organisationen omkring fotterapeuten måste planeras och bestå av ett kontinuerligt team så att kunskapen utvecklas genom medlemmarna i teamet. Det beskrivs samtidigt en känsla av att störa läkare vid en förfrågan om behandlingsstrategier. Att kunna ha en diskussion mellan olika befattningshavare ses som främmande på en del sjukhus.

Överraskande i resultatet är att organisationerna är så olika utformade. Från en inte så väl organiserad verksamhet till väl etablerade fotteam. Vid sjukhus med väl organiserade team finns en trygghet hos fotterapeuten i omhändertagandet av fotkomplikationer. En trygghet och säkerhet eftersom en nära relation till andra yrkeskategorier har utvecklats och med en förståelse från dessa.

Av studiens resultat kan en diskussion föras angående behovet av fotterapeuter. För ungefär 15-20 år sedan var fotterapeuter anställda inom kommunen, vid sjukhem och vid vad som tidigare benämndes ålderdomshem. Eftersom ekonomin är en styrande faktor fick fotterapeuter erbjudande om att hyra lokalen de arbetade i och istället arbeta i egen regi, vilket frigjorde fotterapeuten från kommunens ansvar.

Foten är en del av kroppen och vid komplikationer borde ett naturligt omhändertagande finnas av personer med specialutbildning inom området. Studien belyser situationen i omhändertagandet av diabetessjukdomens komplikationer, men det finns fler sjukdomstillstånd som kan påverka foten och som kräver ett professionellt omhändertagande. Sjukdomstillstånd såsom psoriasis och reumatism kan orsaka stora problem och där det finns ett stort behov av att rätt behandling ges.

En möjlighet för att öka intresset och kunskapen för arbetet bör lämpligen vara att upprätta samarbete mellan fotterapeuter inom sjukvården och fotterapeuter inom privata sfären. Ett samarbete som vilare på en trygghet att kunna remittera patienter vidare från sjukhus. Om problem uppstår skall en patient kunna ha en möjlighet att återkomma till sjukhuset för ett uppföljande besök. Det är en organisation som är under uppbyggnad men eftersom arbetet är ett ensamarbete så krävs det en del samordning som fotterapeuten skulle behöva hjälp med i form av en koordinator. Arbetet i privat regi är inriktat på den preventiva delen och borde ses

som en absolut tillgång i arbetet att förhindra fotkomplikationer. Genom att synliggöra behovet av fotterapeuter genom samarbete mellan sjukvård och privat vård borde också kunskapen och förtroendet för arbetet uppgraderas.

Sammanfattningsvis kan sägas att arbetet som fotterapeut är mångfacetterat och att fotterapeuten spelar stor roll i omhändertagandet av diabetessjukdomens fotkomplikationer. Fotterapeuten spelar en central roll i omhändertagandet av patienten i samband med iakttagelser av sårproblematik, behandlingsval och vid bedömningar av om behov finns av inblandning från andra yrkeskategorier. En s.k. fotsårssköterska som använder dokumentation med bild och text av sårutseende och olika behandlingsstrategier som registreras och som kan följas upp av övriga yrkeskategorier.

Relationer utvecklas under återkommande besök av patienter och är nödvändiga eftersom fotsår är individuella och fotterapeuten försöker att kartlägga patientens vardagsproblem för att utröna vilka behov som efterfrågas. Relationer gentemot andra yrkeskategorier byggs upp utanför institutionen där fotterapeuten ses som en samordnare för patienten. Det är ett ensamarbete där verksamhetens organisation påverkar innehållet i arbetet. Efter grundutbildningen är det en slags lärlingsutbildning som vidareutvecklar fotterapeutens praktiska kunskap i användandet av instrumentteknik såsom sax, skalpell och pincett. Information, kunskap och erfarenheter förmedlar fotterapeuten genom undervisning både individuellt och i grupp till patienter och kollegor.

Fortsatt forskning

Studiens syfte var att beskriva innehållet i fotterapeutens kompetens vid omhändertagandet av diabetessjukdomens fotkomplikationer. Under studiens genomförande uppkom ett antal frågor som kan ligga till grund för fortsatta studier.

Det skulle vara intressant att i framtida forskning kartlägga organisationens utformning omkring fotteapeuter och vilka effekter organisationen har på fotterapeutens kompetensutveckling.

Vidare kan det vara av intresse att studera efter hur lång tid fotterapeuten uppfattar en säkerhet i bedömningen av diabetessjukdomens fotkomplikationer och vad som påverkar denna?

Ytterligare av intresse är att undersöka vilka preventiva insatser som görs i syfte att förebygga av komplikationer. Vilka patienter får preventiv behandling och hur följs den upp?

Slutligen skulle det vara av intresse att studera vad ungdomsinformationen om diabetes och fotkomplikationer innehåller?

REFERENSER

Abrahamsson, B., & Andersson, J.A. (2000). *Organisation – att beskriva och förstå organisationer*. Malmö: Liber.

Almås, A.(2002). *Klinisk omvårdnad 2* .Stockholm: Liber.

Alsterdal, L. (1999). *Det tredje ögat- om yrkeskunnande i vård och omsorg*. Stockholm: Bäckströms förlag.

Apelqvist, J. & Larsson, J. (2000). What is the most effective way to reduce incidence of amputation in the diabetic foot? *Diabetes Metabolism research and reviews* 16,75-83.

Arlebrink, J. (1996). *Grundläggande vårdetik-teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Axelsson. www.axelsson.se/-8k- 2006-05-26

Baker, N. (2002). Debridement of the Diabetic foot: A podiatric perspective. *The international journal of Lower extremity wounds* 1 (2), 87-92.

Berner, B. (1989). *Kunskapens vägar. Teknik och lärande i skola och arbetsliv*. Lund:Arkiv förlag.

Bonniers Synonymordbok. (1991). England: BPC Hazell Books.

Boulton, A, J, M. (2004). The diabetic foot: from art to science. The 18th Camillo Golgi lecture. *Diabetologica* 47,1343-1353.

Boyko, E.,Ahroni, J., Stensel, V., Forsberg, R., Davignon, D & Smith, D. (1999). A prospective study of risk factors for diabetic foot ulcer. *Diabetic care*, 22, (7),1036-42.

Brattberg, G. (1995). *Att möta långvarig smärta*. Stockholm: Liber utbildning.

Bryman, A. (2002). *Samhällsvetenskapliga metoder*. Malmö: Liber.

Carlsen, B., Hermansson, M. & Vråle, G. (1994). *Omvårdnadshandledning*. Lund: Studentlitteratur.

Dahlberg, K. (1997). *Kvalitativa metoder för vårdvetare*. Lund: Studentlitteratur.

Dahmström, K. (2000). *Från datainsamling till rapport*. Lund: Studentlitteratur. Tredje upplagan.

Dang, C. N. & Boulton, J. M. (2003).Changing perspectives in diabetic foot ulcer management. *Lower extremity wounds* 2 (1), 4-12.

Edmonds, M. E. & Foster, A. V. M. (2006). Diabetic foot ulcers. *British Medical Journal*. Feb 18, :407-10.

Edmonds, M. (2006) Diabetic foot ulcers: practical treatment recommendations. *Drugs*. 66 (7), 913-29.

- Ellström, P-E. (1996). *Arbete och lärande*. Solna: Arbetslivsinstitutet.
- Ellström, P-E. (1999). *Kompetens, utbildning och lärande i arbetslivet*. Stockholm: Elanders Gotab
- Frykberg, R. G. & Mendeszoon, E. (2000). Management of the diabetic charcot foot. *Diabetes/Metabolism research and reviews* 16 (1), 59-65.
- Graneheim, U. H. & Lundman, B. (2003). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nursing Education Today*, 24, 105-112.
- Guyton, G, P. & Saltzman, C. L. (2001). The diabetic foot, Basic mechanisms of disease. *The journal of Bone & Joint surgery*, 83 (7), 1084-1096.
- Herbig, B., Bussing, A. & Ewert, T. (2001). The role of tacit knowledge in the work context of nursing. *Journal of Advanced Nursing*. 34 (5), 687-695.
- Hämäläinen, H., Rönnemaa, T., Toikka, T. & Liukkonen, I. (1998). Long-term effects of one year of intensified podiatric activities on foot-care knowledge and self care habits in patients with diabetes. *The Diabetics educator*.
- Höghjelm, R. (1999, sid 6-11). *Kunskap och yrkeskompetens*. Socialt perspektiv, 3.
- Jernberger, A & Jernberger, A. (1996). *Boken om foten*. Falköping: Liber.
- Jernberger, A. (1998). *Fötter för livet, om diabetes och komplikationer*. Ett vårdprogram i samarbete med LIC Ortopedi och ISPO Sweden. Simrishamn.
- Johansson, B. (1996). *Från allmänmänsklig kompetens till omvårdnadskompetens*. Rapport nr 1996:1. Göteborgs universitet. Institutionen för vårdläro- och utbildningsforskning. Göteborg.
- Karlsson, J. (1998). *Fotens sjukdomar och skador*. Trosa: Astra läkemedel.
- Karolinska Institutet. [Info.ki.se/index_se.html](http://info.ki.se/index_se.html) 2006-05-26.
- Kirkevold, M. (2002). *Vitenskap for praksis?* Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Kirkevold, M., Nortvelt, F., & Alsvåg, H. (1994). *Klokhed, omdöme och skicklighet. Kari Martinsens inflytande på omvårdnad och utbildning* Lund: Studentlitteratur.
- Kvale, S. (1997). *Den kvalitativa forskningsintervjun*. Lund: Studentlitteratur.
- Lantz, A. (1993). *Intervjumetodik*. Lund: Studentlitteratur.
- Liedman, S.-E. (2001). *Ett oändligt äventyr. Om människans kunskaper*. Stockholm: Bonniers.
- Lindholm, C. (2003). *Sår*. Naranya Press, Denmark: Studentlitteratur.
- Malterud, K. (1998). *Kvalitativa metoder i medicinsk forskning*. Lund: Studentlitteratur

- Marton, F., & Booth, S. (2000). *Om lärande*. Lund: Studentlitteratur.
- McDowell, J., & Gordon, D. (1996). *Diabetes. Caring for patients in the community*. Printed in Singapore.
- Molander, B. (1993). *Kunskap i handling*. Göteborg: Daidalos.
- Nationalencyklopedin (1992).
- Patel, R., & Davidsson, B. (1991). *Forskningsmetodikens grunder. Att planera, genomföra och rapportera en undersökning*. Lund: Studentlitteratur.
- Pilhammar, Andersson, E. (2004). *Vårdpedagogik. Vad, hur och varför?* Rapport nr 2004:2. Göteborgs universitet. Institutionen för vårdpedagogik. Göteborg.
- Podiatriprogrammet. Info.ki.se/index_se.html 2006-05-26
- Polit, D.F., Beck, C. T. & Hungler, B. P. (2001). *Essentials of Nursing Research, Methods, Appraisal and Utilization*. Fifth Edition. Philadelphia: Lippincott.
- Pryce, TD. (1887). A case of perforating ulcers of both feet associated with diabetes and ataxic symptoms. *Lancet* 2, 11-12.
- Ragnarson-Tennvall, G. (2001). *The diabetic foot. Costs, health economic aspects, prevention and quality of life*. Lund: (Akad avh).
- Riksdagen: Motion 2004/05:Ub267.
www.riksdagen.se/webbnav/index.aspx?nid=mot&rm=2004/05&bet=Ub267-52- 2006-05-26
- Rooke, L. (1992). *Omvårdnadsdiagnostik och dokumentation – olika perspektiv*. Lund: Studentlitteratur
- Sandberg, J, & Targama, A. (1998). *Ett kompetensperspektiv på organisationer*. Lund: Studentlitteratur.
- Schank, R. C. (1995). *What we learn when we learn by doing*. (Technical Report No. 60). Northwestern University, Institute for learning sciences.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner*. How professionals think in action. USA. Basic Books.
- SFS (1982:763). *Hälso- och sjukvårdslag*.
- SFS (1998:531). *Lagen om yrkesverksamhet på hälso-och sjukvårdens område*.
- Skolverket, (1994). *Bildning och kunskap. Läroplanskommittens betänkande. Skola för bildning*. Stockholm; Skolverket.
- Starrin, B., & Svensson, P-G. (1994). *Kvalitativ metod och vetenskapsteori*. Lund: Studentlitteratur.

Svensson, P-G., & Starrin, B. (1996). *Kvalitativa studier i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.

Studium. www.studium.goteborg.se/-17k- 2006-05-27

St Vincent declaration, (1989). *A model for prevention and self care*. Saint Vincent (ITALY), 10-12 october 1989. (A meeting organized by WHO and IDF in Europe).

Säljö, R. (2000). *Lärande i praktiken, ett sociokulturellt perspektiv*. Stockholm: Prisma.

Trost, J. (2001). *Enkätboken*. Lund: Studentlitteratur.

Trost, J. (2005). *Kvalitativa intervjuer*. Lund: Studentlitteratur.

Vetenskapsrådet (2002). *Forskningsetiska principer inom humanistisk-samhällsvetenskaplig forskning*. Vetenskapsrådet.

Ward, J. (2000). Introduction: The diabetic foot-The good news, the bad news. Ingår i A. Boulton, H Connor & P. Cavanagh, *The Diabetic Foot* (s. 1-2) West Sussex

Öhrn, I. (2000). *Livet, identitet och kronisk sjukdom En socialpsykologisk studie av unga vuxna diabetiker*. Göteborg: Parajett. Monograf, No 75.

Verksamhetschef
Medicinkliniken, xxxxxxxxx sjukhus

Undertecknad studerar vårdpedagogik, med didaktisk inriktning 61-80 poäng vid Göteborgs universitet, institutionen för vårdvetenskap och hälsa. I utbildningen ingår ett fördjupningsarbete omfattande 10 poäng.

Diabetes mellitus är en kronisk sjukdom som idag omfattar 3-4 % av befolkningen. Sjukdomen kan medföra komplikationer i foten och ca 15 % av patienter med diabetessjukdom drabbas någon gång av fotsår. Orsak till sår är nervskador, kärlsjukdom eller båda två. Det har forskats en hel del om fotkomplikationer som kräver ett multidisciplinärt omhändertagande där ortoped, medicinläkare, infektionsläkare fotterapeut, ortopedingenjör, kärlkirurg och diabetessjuksköterska ingår. Fotkomplikationer till följd av diabetessjukdomen, där amputation är det mest fruktade, innebär ett stort lidande för patienter som drabbas och kan medföra försämrad livskvalitet. Forskning om fotterapeutens kompetens i bl.a. patientutbildning, fotvård, bedömning av riskfot och sårvård är ett outforskat område.

Syftet med studien är att beskriva fotterapeutens kompetens i omhändertagandet av diabeteskomplikationer. Studien kommer att genomföras med bandinspelade intervjuer under perioden 070115-070331 med 10 fotterapeuter i Västra Götalandsregionen, som har arbetat i minst 5 år med diabetessjukdom och fotkomplikationer. Intervjuerna beräknas ta ca 30-40 minuter och bandinspelningarna kommer att raderas efter rapportskrivning.

Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att endast undersökaren och handledaren har tillgång till materialet.

Anhåller härmed om att få utföra studien på er enhet.

Jag kommer att kontakta Dig per telefon inom en vecka för besked om tillstånd för att genomföra studien. Eventuella frågor om studien kan ställas direkt till undertecknad.

Lena Asphe
xxxxxxxxxx
E-post: lena.asphe@vgregion.se

Handledare: Agneta Nilsson, fil dr
Sahlgrenska akademien vid
Göteborgs universitet
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Box 457, 405 30 Göteborg
Tel: 031- 7732065
E-post: agneta.nilsson@fhs.gu.se

Vårdenhetschef
Medicinmottagning, xxxxxx sjukhus

Undertecknad studerar vårdpedagogik, med didaktisk inriktning 61-80 poäng vid Göteborgs universitet, institutionen för vårdvetenskap och hälsa. I utbildningen ingår ett fördjupningsarbete omfattande 10 poäng.

Diabetes mellitus är en kronisk sjukdom som idag omfattar 3-4 % av befolkningen. Sjukdomen kan medföra komplikationer i foten och ca 15 % av patienter med diabetessjukdom drabbas någon gång av fotsår. Orsak till sår är nervskador, kärlsjukdom eller båda två. Det har forskats en hel del om fotkomplikationer som kräver ett multidisciplinärt omhändertagande där ortoped, medicinläkare, infektionsläkare fotterapeut, ortopedingenjör, kärlkirurg och diabetessjuksköterska ingår. Fotkomplikationer till följd av diabetessjukdomen, där amputation är det mest fruktade, innebär ett stort lidande för patienter som drabbas och kan medföra försämrad livskvalitet. Forskning om fotterapeutens kompetens i bl.a. patientutbildning, fotvård, bedömning av riskfot och sårvård är ett utforskat område.

Syftet med studien är att beskriva fotterapeutens kompetens i omhändertagandet av diabeteskomplikationer. Studien kommer att genomföras med bandinspelade intervjuer under perioden 070115-070331 av 10 fotterapeuter i Västra Götalandsregionen, som har arbetat i minst 5 år med diabetessjukdom och fotkomplikationer. Intervjuerna beräknas ta ca 30-40 minuter och bandinspelningarna kommer att raderas efter rapportskrivning.

Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att endast undersökaren och handledaren har tillgång till materialet.

Tillstånd att genomföra studien på er enhet har erhållits av verksamhetschefen. Undertecknad anhåller härmed om att få utföra datainsamling på enheten och är samtidigt tacksam med hjälp att komma i kontakt med aktuella respondenter.

Jag kommer att kontakta Dig per telefon inom en vecka för besked om tillträde till forskningsområde och respondenter, för att genomföra studien. Eventuella frågor om studien kan ställas direkt till undertecknad.

Lena Asphe
xxxxxxxxxxx
E-post: lena.asphe@vgregion.se

Handledare: Agneta Nilsson, fil dr
Sahlgrenska akademien vid
Göteborgs universitet
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Box 457, 405 30 Göteborg
Tel: 031- 7732065
E-post: agneta.nilsson@fhs.gu.se

För kännedom Kommunal

Undertecknad studerar vårdpedagogik, med didaktisk inriktning 61-80 poäng vid Göteborgs universitet, institutionen för vårdvetenskap och hälsa. I utbildningen ingår ett fördjupningsarbete omfattande 10 poäng.

Diabetes mellitus är en kronisk sjukdom som idag omfattar 3-4 % av befolkningen. Sjukdomen kan medföra komplikationer i foten och ca 15 % av patienter med diabetessjukdom drabbas någon gång av fotsår. Orsak till sår är nervskador, kärlsjukdom eller båda två. Det har forskats en hel del om fotkomplikationer som kräver ett multidisciplinärt omhändertagande där ortoped, medicinläkare, infektionsläkare, fotterapeut, ortopedingenjör, kärlkirurg och diabetessjuksköterska ingår. Fotkomplikationer till följd av diabetessjukdomen, där amputation är det mest fruktade, innebär ett stort lidande för patienter som drabbas och kan medföra försämrad livskvalitet. Forskning om fotterapeutens kompetens i bl.a. patientutbildning, fotvård, bedömning av riskfot och sårvård är ett outforskat område.

Syftet med studien är att beskriva fotterapeutens kompetens i omhändertagandet av diabetes komplikationer. Studien kommer att genomföras med bandinspelade intervjuer under perioden 070115-070331 med 10 fotterapeuter i Västra Götalandsregionen, som har arbetat i minst 5 år med diabetessjukdom och fotkomplikationer. Intervjuerna beräknas ta ca 30-40 min och bandinspelningarna kommer att raderas efter rapportskrivning.

Tillstånd att genomföra studien har erhållits av verksamhetschefen.

Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att endast undersökaren och handledaren har tillgång till materialet.

Lena Asphede
xxxxxxxxxxx
E-post: lena.asphede@vgregion.se

Handledare: Agneta Nilsson, fil dr
Sahlgrenska akademien vid
Göteborgs universitet
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Box 457, 405 30 Göteborg
Tel: 031- 7732065
E-post: agneta.nilsson@fhs.gu.se

Till dig som fotterapeut

Undertecknad studerar vårdpedagogik, med didaktisk inriktning 61-80 poäng vid Göteborgs universitet, institutionen för vårdvetenskap och hälsa. I utbildningen ingår ett fördjupningsarbete omfattande 10 poäng.

Diabetes mellitus är en kronisk sjukdom som idag omfattar 3-4 % av befolkningen. Sjukdomen kan medföra komplikationer i foten och ca 15 % av patienter med diabetessjukdom drabbas någon gång av fotsår. Orsak till sår är nervskador, kärlsjukdom eller båda två. Det har forskats en hel del om fotkomplikationer som kräver ett multidisciplinärt omhändertagande där ortoped, medicinläkare, infektionsläkare, fotterapeut, ortopedingenjör, kärlkirurg och diabetessjuksköterska ingår. Fotkomplikationer till följd av diabetessjukdomen, där amputation är det mest fruktade, innebär ett stort lidande för patienter som drabbas och kan medföra försämrad livskvalitet. Forskning om fotterapeutens kompetens i bl.a. patientutbildning, fotvård, sårvård och bedömning av riskfot är ett outforskat område.

Syftet med studien är att beskriva fotterapeutens kompetens i omhändertagandet av diabetekomplikationer. Studien kommer att genomföras med bandinspelade intervjuer under perioden 070115-070331 med 10 fotterapeuter i Västra Götalandsregionen, som har arbetat i minst 5 år med diabetessjukdom och fotkomplikationer. Intervjuerna beräknas ta ca 30-40 min och bandinspelningarna kommer att raderas efter rapportskrivning.

Deltagandet i studien är frivilligt och kan när som helst avbrytas. Allt material kommer att behandlas konfidentiellt, vilket innebär att endast undersökaren och handledaren har tillgång till materialet.

Undertecknad anhåller härmed om tillstånd att intervjua dig. Efter att du mottagit brevet och samtyckt, ber jag att få ringa dig så vi kan planera tid och plats för intervjun.

Lena Asphede
xxxxxxxxxx
E-post: lena.asphede@vgregion.se

Handledare: Agneta Nilsson, fil dr
Sahlgrenska akademien vid
Göteborgs universitet
Institutionen för vårdvetenskap och hälsa
Box 457, 405 30 Göteborg
Tel: 031- 7732065
E-post: agneta.nilsson@fhs.gu.se

Frågeområden vid intervjuer med fotterapeuter

Hur länge har du arbetat som fotterapeut?

Hur länge har du arbetat på denna arbetsplatsen?

Vilken utbildning har du gått och när?

Har du någon annan utbildning bakom dig?

Kan du berätta vad en behandling med fotkomplikationer innebär?

Hur går du tillväga?

Hur kommer du fram till vad du gör?

Hur vet du vad du skall göra?

Kan du berätta om något patientfall och hur du tänkte?

Om du hamnar i en situation som är svår att lösa. Hur går du tillväga då?

Vilka yrkesgrupper har du kontakt med?

Kan du beskriva vad det innebär att arbeta med diabetes och fotkomplikationer?

Vad är det som är speciellt med fotterapeutens arbete med fotkomplikationer?

Kompetens?

Är du någon gång orolig inför en behandling?

Hur vidareutvecklas du?

Kan du berätta om din kunskap och kompetens tas tillvara?

Följdfrågor som:

Hur löste du det?

Hur tänkte du?

Beskriv vad du menar?