

INNLEDNING

Reumatoid artritt (leddgikt) er den vanligste og viktigste av de reumatiske leddbetennelser. Sykdommen kan utvikles i alle kroppens ledd og seneskjeder, selv om enkelte lokalisasjoner er vanligere enn andre.

Begrepet reumatisme omfatter et 80-talls sykdommer og angriper personer i alle aldersgrupper.

Reumatiske sykdommer er vanlige, og har lenge vært øverst på sykdomsstatistikkene, foran nervøse lidelser og hjerte- og karsykdommer, og de er årsak til mer enn 25 % av alt sykefravær.

Cirka 90 % av reumatikerne utvikler noen former for fotdeformiteter.

Når det gjelder voksne reumatikere påvirkes føttene hos hele 97 % av tilfellene, mens føttene hos barne- og ungdomsrevmatikere påvirkes i cirka 70 % av alle tilfeller.

Smerte påvirker belastning og gange og gir opphav til feilstillinger også i leddene i foten. Derfor er det av stor betydning å identifisere fotproblemer tidlig for å kunne bevare fotens funksjonelle tilstand, og dermed mulighetene for velvære og fysisk aktivitet.

Problemer i foten oppstår både på grunn av selve sykdommen og på grunn av sekundære forandringer, og fordi funksjonen i naboled kan lide. Men mange problemer skyldes nok i stor grad en neglisjert holdning til slike problemer når de er lokalisert til foten.

Regelmessig behandling hos autorisert foterapeut øker revmatikernes komfort og reduserer dermed faren for feilaktig egenbehandling. Det er også ofte nødvendig å sjekke revmatikernes føtter med tanke på eventuelle fotsår som vanligvis skyldes trykk fra ekstra-artiklære sykdomstilstander.

Fotterapeutisk behandling for revmatikere må settes inn mot problemer som kan føre til smertetilstander og feilstillinger i føttene. Fotterapeutisk behandling for revmatikere har som viktigste oppgave å forebygge.

Fotterapeuter møter ofte på personer med leddgikt som kan ha ulike problemer med føttene på grunn av sykdommen. God fotomsorg kan forebygge fotproblemer og operasjoner og fotterapeutens kompetanse på den revmatiske foten er viktig i denne sammenhengen.

De fleste fotterapeuter i dag arbeider som selvstendig næringsdrivende i private klinikker. Det er derfor viktig at de har nødvendig kompetanse til å kunne behandle personer med leddgikt som er utsatte for fotforandringer. Fotterapeuter må ha kunnskap om leddgiktsykdommen, ulike forandringer som kan forekomme på føttene i den forbindelse og hvilke behandlingstiltak de kan gjennomføre for å forebygge fotproblemer. Det er også svært viktig at fotterapeuter vet når det er nødvendig å innhente annen kompetanse eller henvise videre til leger og spesialist i reumatiske sykdommer, eller andre yrkesgrupper som de samarbeider med.

Risikoforhold med føttene er mest kjent ved diabetes, men også reumatiske sykdommer kan ha negative effekter på føttene som kan avhjelpes eller forbedres med fotterapeutisk behandling.

Reumatiske sykdommer rammer i hovedsak bevegelsesapparatet – ledd, muskler, sener og ligament. Men de kan også angripe andre organer, fra de minste karene i øynene til viktige organer.

Sykdommen kan videre føre til redusert livskvalitet, eller noe så banalt som en forkjølelse. Det går derfor ikke an å forklare på en enkel måte hva reumatisme er.

De fleste reumatiske sykdommer er inflammatoriske, og til dags dato anses de for å være autoimmune – det vil si at det oppstår inflammasjon i kroppens immunforsvar slik at de angriper eget vev.

De primære symptomene er smerte, rødhet i huden, varmeøkning, hevelser og nedsatt bevegelsesfunksjon.

REUMATISKE SYKDOMMER – REUMATOID ARTRITT

Problemer med føttene

Revmatoid artritt (leddgikt) er den vanligste og viktigste av de revmatiske leddbetennelser. Sykdommen kan utvikles i alle kroppens ledd og seneskjeder, selv om enkelte lokalisasjoner er vanligere enn andre.

Å ha problemer med føttene er vanlig her i Norge. Hele 77 % av befolkningen har fotproblemer av ulike slag gjennom livet sitt. En del får det av årsaker som skyldes feil strømper, galt skotøy eller en stillesittende livsstil, mens andre fotproblemer er relatert til en sykdom de har, som f.eks. leddgikt.

Inflammatoriske revmatiske sykdommer forårsaker forandringer og feilstillinger i fotledd, fotblad, tærnes ledd og bindevev. Som en følge av disse forandringer endres fotsålens belastningspunkter. Spesielt nedsunken fotvelv forverrer fotens funksjon. Smerten og hevelsen reduserer leddenes bevegelighet, fotmuskulaturens funksjon og fører til ubalanse i musklens funksjon. Dette kan så igjen føre til forandringer i de nedre ekstremitetene, nedre del av ryggen og i overkroppens stilling og bevegelser samt smerte i ulike deler av kroppen.

Forandringer i foten og de problemer og begrensninger det fører til i dagliglivet kan forebygges og aktuelle lidelser avhjelpes med hjelp av egenomsorg samt regelmessig besøk til autorisert fotterapeut. Der får en lære om egenomsorg for føttene, samt pleie av hud- og negleproblemer og om fotgymnastikk og en fotterapeut kan også være behjelpelig med å finne passende sko og strømper. Videre tilvirker fotterapeuter avlastninger/støtter av silicone for å avhjelpe

feilstilte tær, og dempingsmaterialer av f.eks. filt for å avlaste verk i hæl og fotsåle samt tilvirker støttende og avlastende såler m.v.

Foten er «grunnmuren» og alt som skjer med den forplanter seg oppover i kroppens øvrige ledd og muskler. Feilbelastning kan dessuten gi opphav til hardhudsdannelse, torn og hudsprekker som så i neste omgang igjen kan føre til sår som kan ha vanskelig for å gro samt infeksjoner i tillegg til dette. Feilstillinger i foten gjør det dessuten iblant trangt mellom tærne, noe som gir grobunn bl.a. for fotsopp.

Verdens Helseorganisasjon har definert de revmatiske sykdommer som «smertefulle tilstander i bevegelsesapparatet i (ledd-, skjelett- og muskel systemet), og sykdommer i bindevev av mer eller mindre kronisk art.

Mange mennesker har plager i leddene, men bare ca. 0,5-1 % av befolkningen har leddgikt. I Norge får ca. 25 personer i en befolkning på 100 000 hvert år stilt diagnosen og totalt vil i overkant av 1000 nordmenn årlig få leddgikt.

Det er 2-3 ganger høyere forekomst hos kvinner enn hos menn, og sykdomsforløpet er svært variabelt. Etter fire års sykdom er 10-20 % ikke lenger i arbeid. Hos 10 % rammes ledd og organer på en slik måte at de blir invalide. (Norsk Elektronisk Legehåndbok 2014).

Revmaomsorg kaller vi den totale behandling av en revmatisk sykdom. Det vil si den medisinske behandling og tilretteleggelse av pasientens sosiale situasjon. God medisinsk behandling og tilretteleggelse av pasientens sosiale situasjon er viktig å ta hensyn til. God revmaomsorg er ressurskrevende, men undersøkelser har vist at revmatikerens tilstand bedres i stor grad ved god behandling. For eksempel kan pasienter holdes i arbeid lenger enn de ellers ville, eller i enkelte tilfeller holdes utenfor pleieinstitusjon. God revmaomsorg er derfor også god samfunnsøkonomi. I tillegg spares pasienten for

mye unødvendig lidelse. Dessverre har vi i Norge i dag et godt stykke frem til en godt nok utbygd revmaomsorg.

Revmatoid artritt:

Leddgikt/revmatoid artritt er den dominerende sykdommen i norsk revmatologi, og kan defineres som en kronisk forløpende symmetrisk polyartritt med evnen til å destruere brusk i nærliggende ledd og knokler.

Revmatoid artritt karakteriseres av *inflammasjon* i den hinnen (synovialhinnen), som omgir ledd, seneskjeder og slimsekker (bursaer). Inflammasjonen har stor evne til å angripe og destruere inntilliggende brusk og beinvev. Videre skjer det forandringer utenfor bevegelsesapparatet i form av inflammasjon i hinner (periost), som omgir visse organer, som f.eks. hjertesekken og lungesekken, samt inflammasjon i blodkar (vaskulitt) i f.eks. hud og indre organer. *Sekundær amyloidose* (innleiring av spesielle eggehviteemner) i ulike organer, framfor alt i nyrene, kan oppstå etter langvarig inflammasjon.

Den inflammatoriske prosessen gir konsekvenser i form av nedsatt funksjon framfor alt i leddene og omgivende strukturer som sener og muskler. Angrep utenfor bevegelsesapparatet kan redusere funksjon av de organer som påvirkes av dette.

Inflammasjonen påvirker den sykes livssituasjon. Mer eller mindre store vanskeligheter med å klare dagliglivet (ADL) inntreffer på samme måte som det å kunne skjøtte sitt arbeid og delta i fritidsaktiviteter.

Revmatoid artritt forekommer over hele verden, i alle klimasoner og bryter ut i varierende grad i alle etniske grupper.

Revmatoid artritt kjennetegnes av smerte, hevelse, stivhet og nedsatt funksjon i ledd som er rammet ved både aktivitet og hvile. For noen følger det også med smertefulle revmatiske knuter ved albuer og

finger, og kronisk tørre slimhinner. Med kronisk inflammasjon øker risikoen for arteriosklerose og andre sykdommer som følge av dette.

Ved revmatoid artritt vil symptomer som smerte, stivhet og nedsatt bevegelighet føre til nedsatt funksjonsevne, dagsformen blir uforutsigbar og kan komme til å styre mye av livet. Dette vil påvirke følelsen av kontroll med eget liv, og fremtiden kan synes usikker. Revmatoid artritt kan derfor føre til store endringer i livssituasjon, og redusere livskvalitet og livsutfoldelse.

De mest vanlige symptomene utvikles gradvis. Noen kan imidlertid oppleve å våkne om morgenen med leddhevelser og smerter som vanskeliggjør vanlige daglige aktiviteter.

Leddgikt debuterer oftest med symmetrisk polyartritt, dvs. med smerter, hevelse og bevegelsesvansker i flere ledd. Omkring halvparten av pasientene får dette akutt mens den andre halvdel får dette mer eller mindre smygende. Enkeltilfeller kan debutere palindromt, dvs. med episodiske atakker av artritt i enkelte ledd, som ofte først etter flere års forløp går over i en permanent leddplage.

Mens revmatoid artritt er en modellsykdom for kronisk leddbetennelse, finnes det også noen spesielle former for leddgikt som involverer andre kroppsorganer.

I tidlig fase av sykdommen vil betennelsesaktiviteten være bestemmende for leddsymptomer og funksjonsproblemer. Dersom det over tid utvikles skader av leddene vil dette etter hvert også kunne bidra til smerter og nedsatt funksjon.

Den inflammatoriske prosessen ved RA fører med seg smerte og funksjonsvansker samt trøtthet og nedsatt muskelkraft. Den har evne til å angripe og forstørre omgivende brusk og benvev, noe som i varierende grad og omfang gir kroniske leddsmerter.

Diagnosen RA stilles på basis av sykehistorien og fysikalsk undersøkelse med støtte av røntgen og andre aktuelle laboratorieundersøkelser.

Det er viktig å stille diagnosen leddgikt så tidlig som mulig slik at man kan komme raskt i gang med behandlingen. Har man smerter og hevelse i ett eller flere ledd over tid bør man derfor oppsøke fastlegen.

Leddgikt diagnostiseres i henhold til internasjonalt aksepterte kriterier. Basert på omfattende studier av leddgikt i tidlig forløp, er disse kriteriene nylig blitt oppdatert og tar mer hensyn til tidlige symptomer. Dette gjør at diagnosen kan stilles raskere, slik at man kan starte effektiv behandling så fort som mulig.

Diagnosen stilles ved klinisk undersøkelse, hvor det påvises vedvarende betennelse i leddhinnen (synovitt), og hvor andre årsaker til denne betennelsen utelukkes. I begynnelsen kan det være vanskelig å vite hvilken revmatisk sykdom som er under utvikling. En vil da snakke om en udifferensiert artritt.

Prognosen ved RA bestemmes mye av hvor høy betennelsesaktiviteten i sykdommen er over tid. For å tilpasse behandlingen best mulig er det derfor viktig så tidlig som mulig å avgjøre hvem som sannsynligvis har en alvorlig sykdom med aktive leddbetennelser. Faktorer som tyder på en slik utvikling er høy senkning, mange hovne ledd, revmatoid faktor eller anti-CCP (seropositiv leddgikt), redusert fysisk funksjon, og/eller tidlig påvist skade i leddbrusk og benvev.

Målet for behandlingen

De overordnede målene for behandlingen bør betraktes ut fra ulike perspektiv:

Pasientens perspektiv:

For pasientens del er målet først og fremst å bli av med smerte, forbedre sin ADL-; arbeids- og fritidsfunksjon (livskvalitet) og kunne regne med normal livslengde.

- Lindre smerte og trøtthet samt forbedre funksjon
- Bibeholde eller forbedre livskvalitet og overlevelse
- Beholde arbeidet eller kunne vende tilbake til arbeidslivet

Medisinsk perspektiv:

Det medisinske perspektivet innebærer som målsetning å bringe de inflammatoriske og destruktive prosesser under kontroll og å eliminere deres konsekvenser.

- Bringe den medisinske prosessen under effektiv varig kontroll
- Eliminere eller begrense inflammasjonens konsekvenser
- Forhindre ledd-destruksjon
- Forhindre utvikling av ekstraartikulære sykdomssymptomer
- Forhindre nedsatt fysisk aktivitet
- Lette de hverdagslige aktiviteter

Samfunnsperspektiv:

I samfunnsperspektiv har man som mål og minske funksjonshemminger i befolkningen (handikap), minske samfunnskostnader og å drive en kostnadseffektiv omsorg/behandling

- Minske mengden og vanskelighetsgrad av funksjonsbegrensninger i befolkningen
- Minske kostnader til sykestrygd, uføretrygd og sosiale hjelpetiltak

Konkrete, realistiske og målbare mål for behandlingen bør stilles opp i samråd med pasienten.

Etter at målene er formulert bør tenkbare behandlingsalternativ settes i verk.

Deretter velger man de tiltak eller kombinasjoner av tiltak (medisinsk, funksjonelt og/eller sosialt) som menes å gi størst effekt til minst mulig risiko.

Behandlingsprogrammet som bør være tidsbegrenset, bør regelmessig og på en strukturert måte vurderes og fortløpende oppdateres.

For å kunne gi en optimal behandling kreves det for de fleste pasienter tilgang til et reumateam som består av leger (reumatolog og reumaortoped), fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom, sykepleiere og fotterapeut. Teamet kan ved behov for det utvides med andre spesialister som f.eks. ernæringsfysiolog, ortopediingeniør og psykolog.

BEHANDLINGEN

I dag er behandlingsmulighetene for leddgikt betydelig bedre enn før århundreskiftet. Dette skyldes mulighetene for tidlig diagnostisering, og god oppfølging og effektive medikamenter.

Den moderne behandlingsstrategien kan deles inn i følgende hovedmomenter:

- *Tidlig diagnose*
- *Tidlig behandling med sykdomsmodifiserende legemidler*
- *Identifisering av behandlingsmål som vanligvis vil være lav grad av eller fravær av sykdomsaktivitet (remisjon)*
- *Hyppige kontroller med fokus på om behandlingsmålet nås*

Medikamentell behandling:

Målet med den medikamentelle behandlingen er å minske sykdomsaktiviteten og helt fjerne den, redusere pasientens smerter, funksjon og generelle livskvalitet, samt forebygge framtidig leddskade. De forskjellige legemidlene som brukes ved leddgikt i dag kan deles i fire hovedgrupper:

- *Symptomdempende legemidler og betennelsesdempende legemidler*
- *Kortikosteroider*
- *Syntetiske sykdomsmodifiserende legemidler*
- *Biologiske sykdomsmodifiserende legemidler*

Reumakirurgi

Når farmakologisk og ortopediteknisk behandling ikke er tilstrekkelig tilbyr reumakirurgien i mange tilfeller muligheter til rask og iblant dramatisk forbedret funksjonsevne og smertelindring. Reumakirurger kan tilby et stort antall kirurgiske behandlingsmuligheter, som har stor, i blant avgjørende betydning for å oppnå adekvat smertelindring og funksjonsforbedring.

Pre- og postoperativ informasjon og trening av ergoterapeut og fysioterapeut er viktig for optimalt resultat av reumakirurgi.

Indikasjoner og reumakirurgiske tiltak

Noen vanlige indikasjoner for reumakirurgi:

- Smertelindring
- Funksjonsforbedring
- Prevensjon av funksjonssvikt
- Kosmetisk i spesielle tilfeller

Bedømmingen av en reumatikers behov for kirurgisk behandling, samt fordeler, bakdeler og tilpassing av ulike kirurgiske inngrep bestemmes best i et teamsamarbeid. Et reuma-kirurgisk team kan bestå av reumatolog, ortoped, håndkirurg, fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom og i noen tilfeller av fotterapeut.

Hensikten med kirurgi er å oppnå en eller flere av behandlingsmålene: smertelindring, funksjonsforbedring og forebygging av tilstander (profylakse). Pasientens ønskemål og motivasjon er viktige faktorer for indikasjonsinnstillingen. Kontraindikasjoner mot kirurgisk behandling kan være økt operasjonsrisiko på grunn av annen sykdom eller skjelettskjørhet, dessuten brist på motivasjonen eller urealistiske forventninger hos pasienten.

Målet med reumakirurgi er framfor alt å minske smerte, men også å forebygge eller minske funksjonsnedsettelse. Smertelindring medfører som regel en funksjonsbrist. Iblant er målet imidlertid å få til en funksjonsforbedring, framfor alt når det gjelder håndens ledd.

Under her vil jeg bare beskrive reumakirurgi relatert til fotrotsledd og foten, da det er viktigst for fotterapeuter å kjenne til.

Fotrotsledd:

Inflammatoriske leddforandringer i fotledd og fot er en svært vanlig forklaring til vanskeligheter med gangavviklingen hos reumatikere, og ikke-korrigerende feilstillinger i fotledd og fot kan erstatte gevinstene av hofte- og knekirurgi. Artritt i fotleddet forekommer sjelden isolert, men følger oftest etter artritter i bakfot og mellomfot. Avstivningsoperasjon i fotleddet krever nøyaktig kirurgisk teknikk samt langvarig postoperativ gipsbehandling, og medfører også en risiko for framkomst av symptomgivende artritter i mere distale ledd i foten. Artroplastikk med protese kan være et alternativ hos reumatikere med flerleddstilstander, men risikoen for proteseoppløsning er betydelig, og revisjon av løs protese er teknisk umulig.

Foten:

Tilpassede sko og ortoser kan eliminere behovet for kirurgi. Avstivningsoperasjoner i mellomfoten gir høy frekvens av smertefrihet og kan virke preventivt mot utvikling av sluttstadiet av den destruerte reumatiske plattfoten. Framfotkirurgi i form av reseksjon av tærnes grunnledd er det vanligste fotinngrepet, men effekten må ses i forhold til fotens belastningsforhold om de ikke er fullstendig klarlagt. For å få et tilfredsstillende resultat av fotkirurgi kreves subspesialisering og spesialinteresse hos reuma-ortopedien.

Rehabiliteringens mål er å unngå, begrense eller eliminere handikap gjennom å gjenopprette den kapasitet som individet behøver for og så langt som mulig kunne leve sitt liv på den måten han/hun selv ønsker.

For å nå disse målene kreves et reumatologisk godt skolert team.

Smerter

I de senere årene har en i medisinsk forskning vært mye opptatt av smerter og behandling av smerte. Forskningen har gitt oss økt kunnskap om fenomenet smerte.

Å forstå og vurdere et annet menneskes smerter er vanskelig. Det er derfor nødvendig å stille pasienten konkrete spørsmål. Vi må prøve å kartlegge smertene.

Smerter er en subjektiv opplevelse. Det er den som har smertene, som best vet hvordan de er. Det er derfor viktig å la pasienten fortelle om hvordan han/hun opplever dem.

Sterke, akutte smerter kan påvirke det autonome nervesystemet slik at personen blir blek, kaldsvetter og får hurtig puls. Også ansiktsuttrykket og kroppsholdningen kan fortelle om smertene. Det samme kan overdreven uro eller ro.

Mange mennesker er plaget av kroniske smerter. Noen dager kan de være helt smertefrie, men de vet at smertene vil komme igjen. Kroniske smerter i rygg, nakke og skuldrer er vanlige. Kroniske smerter er et helseproblem som koster samfunnet milliarder i utgifter til sykepenger, uføretrygd, sykehusopphold og medisiner.

Langvarige kroniske smerter er utmattende. Det synes som ømfintligheten for smerter øker hos en som har smerter konstant. Pasienten har ofte angst og føler seg utrygg. Hvis han/hun bruker mye energi på å holde ut smerten, kan han/hun ha lite overskudd igjen til familie, venner, interesser og aktivitet.

Smerter er et hovedsymptom ved RA og kan ha mange årsaker. Å eliminere smerte er et viktig mål for å lykkes med rehabiliteringsarbeidet. En inngående analyse av smertens natur og årsaker kan i vanskelige tilfeller kreve medvirkning av hele reumateamet. Kartlegging av bakenomforeliggende psykososiale

faktorer og utredning av smertepåvirkningen ved ulike typer av belastning er ofte indisert.

Utover farmakologisk smertebehandling finnes et stort tilbud av ikke-farmakologiske behandlingsalternativ, bl.a. sensorisk stimulering, som kan innebære massasje, muskelarbeid TENS (transkutan elektrisk stimulering) og varme og kulde.

Belastningssmerte kan reduseres ved hjelp av avlastning i form av individuelt tilpassede hjelpemidler (også fotterapeutisk behandling), ortoser, og innlegg samt bedret arbeidsteknikk. Ergoterapeut, ortopediingeniør, ortopeditekniker, fysioterapeut og fotterapeut har alle spesialkunnskaper på dette området.

Smerte som er forårsaket og erkjennes av kognitive og psykologiske prosesser kan reduseres gjennom behandling med informasjon og samtale, så vel i sammenheng med pasientundervisning som individuelt med sosionom.

Legemidler som brukes ved reumatoid artritt

Legemidler som brukes kan gi mange ulike og alvorlige bivirkninger. Kunnskap om og det å ta ansvar blir derfor viktig for pasienten. Symptommodifiserende legemidler som NSAIDS-preparater og glukokortikoider brukes. Noen alvorlige bivirkninger hos NSAIDS er magesår, blødninger og nedsatt nyrefunksjon. Glukokortikoider kan blant annet maskere infeksjoner. Sykdomsmodifiserende legemidler omfatter Metotreksat, biologiske legemidler, antimalariamidler og bisfosnater. Alvorlige bivirkninger kan være leukopeni og tromboctypopeni som kan gi infeksjoner og blødninger, og beinmargsdepresjon og død (Nordeng og Spigel 2007).

Flere grupper av legemidler brukes i dag mot revmatiske sykdommer. Mange medikamenter kan kombineres og har god effekt når det gjelder å lindre symptomer. Paracteamol er standardmedikamentet blant de smertestillende legemidler.

ANDRE BEHANDLINGSTILBUD FOR REVMATIKERE

Leddgikt innebærer for mange perioder med smerter, tretthet og redusert muskel- og leddfunksjon. Det kroniske svingende forløpet gjør at mange også kan oppleve at sykdommen virker inn på mange aspekter av helse og livskvalitet.

Fysioterapeut

Fysioterapeutens viktigste oppgave er å sørge for funksjonsvedlikehold eller funksjonsforbedring.

Fysioterapeuter har kunnskap i å behandle muskel- og skjelettplager. Mange som har leddgikt vil ha god nytte av fysioterapi, noe som også understøttes av forskning. Fysisk trening er en nødvendig del av behandlingen ved leddgikt, og fysioterapeuten har en viktig rolle i å gi råd om fysisk aktivitet og tilpasse og følge opp treningsprogram for den enkelte slik at treningen gir optimalt helseutbytte. I tillegg anvender fysioterapeuten forskjellige manuelle teknikker som for eksempel leddmobilisering, tøyning og massasje av muskler eller forskjellige former for elektroterapi for å redusere smerter og bedre muskel- og leddfunksjon.

Funksjonsvedlikehold er det viktigste og ofte det mest realistiske siktepunktet i den konservative revmatikerbehandlingen. Samarbeid mellom fysio- og ergoterapeut for trening og behandling ellers, gir det beste tilbudet til de hardest rammede revmatikere.

Ergoterapeut

Ergoterapeuten retter også sin behandling mot konsekvensen av funksjonsnedsettelse.

Ergoterapeuter har kunnskap om hvordan revmatiske sykdommer påvirker hverdagsaktiviteter og roller. Mange med leddgikt har nytte av tilpasset informasjon, veiledning og utprøving av

alternative arbeidsmetoder og måter og organisere hverdagen på. De vanligste behandlingstiltakene er informasjon og undervisning, veiledning i ergonomiske prinsipper og aktivitetsregulering, øvelser og tilpasset aktivitet, og tilpassing av ortoser, hjelpemidler og arbeidsmiljø

Vurdering av tiltak må basere seg på funksjonsdiagnostikk og leddvern. Trening, tekniske hjelpemidler og tilrettelegging av miljøet er virkemidler som kan øke mulighetene for funksjon.

I tillegg til bruk av hjelpemidler og tilrettelegging, kan det være nødvendig å avlaste enkelte ledd i perioder. Ergoterapeuter lager/tilpasser ortoser for å imøtekomme dette. I andre tilfeller kan det være behov for ortoser til kontrakturprofylakse eller korrigerende. Etter enkelte operasjoner og ved behov for spesifikk trening – spesielt i hender – kan det være nødvendig å trene ved hjelp av ortoser med dynamisk drag. Ortoser må alltid lages/tilpasses individuelt etter behov.

Ortopediingeniøren

Ortopediingeniøren lager og tilpasser ortopediske hjelpemidler som er spesiallaget til brukere. Ortopediingeniøren samarbeider nært med ortopediteknikere, foterapeuter og andre helsearbeidere i denne rehabiliteringsprosessen.

Ortopediske hjelpemidler kan deles inn i tre grupper:

- Proteser, som skal erstatte en tapt kroppsdel og funksjonen til denne delen
- Ortoser, bandasjer eller skinner som erstatter eller bygger opp igjen funksjonen i en kroppsdel
- Ortopedisk fottøy som blir spesiallaget til personer med større fotproblemer

Fotsenger og innleggs-såler som er bygd på ortopediske og biomekaniske prinsipper tilvirkes også av ortopediingeniører.

Fotterapeuter

Fotterapeutiske behandlinger og tiltak for reumatikere har som viktigste oppgave å forebygge. Forebyggende fotterapeutiske tiltak bør startes opp så tidlig som mulig, helst i det stadiet hvor sykdommen ennå ikke har rukket å gjøre skade og forårsaket problemer.

En av fotterapeutens oppgaver er å undervise om forebyggende fotomsorg og fothelsetiltak. En velkvalifisert fotterapeut kan fange opp signaler og henvise videre til annet aktuelt helsepersonell om det skjønnes nødvendig. Regelmessig behandling hos fotterapeut er et svært viktig helsetiltak for reumatikere.

Fotterapeuter kan i mange tilfeller avhjelpe en del av plagene som oppstår i føttene ved å fremstille støttende og avlastende fotinnlegg i skoene. Et fotinnleggs formål må være å gi (planta) fotsålen så hensiktsmessig og smertefri belastning som mulig ved gange.

En såle som f.eks. er tilvirket av plastazote kan være godt egnet ved skader og torner under fotsålen, på tærne, på hælen og på fotryggen.

Fotterapeuter kan være hjelpelige med å skaffe til veie fothjelpemidler og gi veiledning om skotøy for reumatikere, utføre negleregulering ved nedgrodd negl, tilvirke silikonortheser, gi fot- og leggmassasje og kunne foreta enklere sårbehandling av bl.a. trykksår samt instruere om forebyggende fotøvelser.

Sykepleier

Sykepleiere har kunnskap om hvordan revmatiske sykdommer påvirker kroppens funksjoner og ulike konsekvenser sykdommen kan få for dagliglivet. De fleste pasienter med leddgikt møter sykepleiere på revmatologiske avdelinger og poliklinikker. Sykepleiere underviser pasienter om sykdommen, medisiner og andre behandlingstiltak.

Klinisk ernæringsfysiolog

Etter henvisning fra lege kan klinisk ernæringsfysiolog gi råd og veiledning om kosthold og forskjellige typer dietter.

Sosionom

Sosionomer har kunnskap om hvordan revmatisk sykdom kan påvirke levekår og livskvalitet. Praktiske, økonomiske, sosiale og følelsesmessige utfordringer er eksempler på tema som en kan ta opp i samtale med sosionom.

Rehabilitering

Nasjonal Revmatologisk Rehabiliteringsenhet er et tilbud til pasienter med sammensatte problemstillinger som ikke kan få tilfredsstillende rehabilitering i egen kommune eller fylkeskommune. Enheten ligger ved Diakonhjemmet Sykehus i Oslo, og pasienter må henvises av revmatolog.

DEN REUMATISKE FOT

Forandringer i huden – neglene – blodkar – sår dannelse – nerver

Det er av stor betydning å identifisere fotproblemer så tidlig som mulig for å kunne bevare fotens form og funksjon og dermed muligheten til velvære og aktivitet.

Vi har ikke vært klar over, at også fotterapeutisk behandling er et sentralt behandlingstilbud til reumatikere, og det er heller ikke blitt gjort noe for å inkludere fotterapeuter i det behandlingsteamet som er bygd opp omkring reumatikere.

Vi kan trygt slå fast at det ikke finnes noen andre fotlidelser som er mer avhengige av en samlet tverrfaglig vurdering og behandling enn reumatikernes.

Huden

Hudens beskaffenhet er svært individuell men kan påvirkes av sykdom og medisiner. Generelt er det vanlig med kald og fuktig hud på føttene ved RA. Det kjennes ubehagelig ut, og gir opphav til fotsopp mellom tærne. Kombinasjonen med feilstillinger og tetthet mellom tærne skaper et ideelt miljø som er mørkt og fuktig og det er gjerne trådsvamp som trives der.

Soppen har en karakteristisk lukt og viser seg vanligvis mellom fjerde og femte tå som gjør at huden blir hvit og flaser. Denne typen av fotsopp er godartet og kan som regel behandles med reseptfrie preparater fra apoteket.

Fotsvette kan også være et problem for reumatikere. Dette skyldes selve sykdommen, dels medisiner og dels bevegelsestrening. I føttene rammer dette tå-mellom-rommene på grunn av den endrede gangen der tå-arbeidet mangler helt, slik at tærne ligger klemt tett sammen. Alle typer infeksjoner av bakterier og sopp kan forverre tilstanden. Det er derfor viktig at reumatikere lærer å motarbeide infeksjoner mellom tærne.

Bruk av acetylsalisyre-preparater fører dessuten til økt tendens for blødning i huden.

Neglene

Neglene: Strukturendringer i negleplaten viser seg som langsgående parallellignende render mest på stortånegler og tommelfingernegler. Disse strukturene kan bare ses i mikroskop men er tydelige ved RA.

Negletrang (unguis incarnatus) er vanlig hos personer med reumatisk sykdom og ses oftest på stortåen men også de andre tær kan utsettes for dette. Neglen blir svært hard ettersom kollagenet påvirkes. Den minskede kraften i framfoten gjør at tå-toppene presses så hardt mot underlaget i gangavviklingsfasen at neglebunnen dermed får en dårligere gjennomblødning, noe som kan føre til deformasjon i både negleseng og negleplaten.

Neglene trenger det press de får mot underlaget ved normal gangfunksjon, ellers blir de deformerte. Dessuten kan de tynne blodkarene omkring neglene angripes og det kan gi opphav til inflammasjon og sår dannelse i neglefalsen.

Neglene får svært ofte en hard struktur. Negletrang behandles i første omgang uten kirurgiske inngrep. Det finnes flere behandlingsmetoder. Samtlige innebærer, at man forsøker å korrigere neglens vekstretning ved å løfte den opp i neglekantene.

Andre negleskader kan skyldes økt trykk mot neglens struktur.

Trofiske forandringer

Det finnes en rekke trofiske forandringer (forstyrrelser som har med næringstilførselen til blod, muskler og sener å gjøre). Det kan være i form av tynn hud, omfattende negleforandringer og nedsatt følsomhet og andre nerveforstyrrelser å gjøre.

Blodkar

I noen tilfeller kan de tynne blodkarene i huden utsettes for inflammasjon slik at det dannes sår. Dette hører med til unntakene, men om det inntreffer er det først og fremst fingrer, tær og underbenet (leggen) som angripes. Sårene kan bli dype og smertefulle. Det er viktig med intensiv inflammasjonsdempende behandling og profesjonell sårbehandling.

Nedsatt blodsirkulasjon er ikke overrepresentert i denne gruppen men forekommer naturligvis også her. Sirkulasjonsmåling bør utføres ved plager fra føttene som inkluderer både belastningssmerte og hvileverk. Dette kan lett glemmes bort etter som sykdommen settes i sammenheng med så mye verking og smerte.

Sår

Det finnes tre forskjellige typer sår som reumatikere får:
Autoimmune sår, hypostatiske sår og trykksår.

Autoimmune sår skyldes immunologiske prosesser i blodkarene. *Hypostatiske sår* oppstår når pasienten er immobil og derfor har dårlig muskulær aktivitet og dårlig muskelvenepumpefunksjon (venøse sår). *Trykksår* oppstår på grunn av reumatiske skjelett- og leddforandringer som fører til endrede trykkbelastningspunkter i foten. Det er først og fremst trykksårplager fotterapeuter kan tilvirke avlastninger for.

Nerver

Nerver: Fotens perifere nerver kan påvirkes i sammenheng med RA. Ved føleforstyrrelser finner man ikke sjelden en nedsatt sansepåvirkning som beskrives som kuldefølelse eller delvis fravær av følelse i visse tær. Det er ikke helt klart hva som er årsaken til dette men logisk er det at smertepåvirkningen og hevelse som forårsaker trykk og innklemming er en medvirkende faktor her.

Innklemming kan gi smerte som nevropati (sykelige forandringer i det perifere nervesystemet).

Forandringer i fotens skjelett og muskulaturen

Mange reumatiske sykdommer påvirker føttenes ledd, seneskjeder, ligamenter og slimsekker samt også blodkar og nerver på samme måten som de påvirker hendene. Føttenes småledd engasjeres ofte tidlig og kan være et viktig diagnostisk tegn på en reumatisk sykdom.

Når det gjelder voksne reumatikere påvirkes føttene hos hele 90 - 97 % av tilfellene, mens føttene hos barne- og ungdomsreumatikere påvirkes i cirka 70 % av tilfellene.

Ved ulike stadier av sykdommen engasjeres ulike ledd. Framfotens grunnledd er f.eks. mest engasjerte i begynnelsen av sykdommen. 57 %, framfor alt i stortåens grunnledd, den såkalte Hallux valgus. Fotleddene engasjeres også tidlig i sykdommen, spesielt hos barne- og ungdomsreumatikere.

En tredjedel av alle personer med stor reumatoid artritt angripes ofte også under sykdomsforløpet i bakfotens ledd – fotrotsleddet. Symptomene er smerte og innskrenket bevegelighet, som så igjen fører til feilstillinger. Det underste fotrotsleddet er som regel også engasjert, noe som gir opphav til en intensiv belastningssmerte og hevelse i fotleddet.

Framfotsplager dominerer i den reumatiske foten og gir opphav til den typiske hælgangen ved RA.

Man regner med at lidelser i ankel og fot er ansvarlig for halvparten av gangproblemene hos reumatikere. Problemer i foten oppstår både på grunn av selve sykdommen og på grunn av sekundære forandringer, og fordi funksjonen i naboledde kan lide.

Men mange problemer skyldes nok i like stor grad en neglisjert holdning til slike problemer når de er lokalisert til foten.

I foten begynner gjerne sykdommen i de små tå-leddene, men mer sjelden i ytterleddene. I begynnelsen kan plagene være ubetydelige, mer som en følelse av ubehag og stivhet i forfoten. Etter hvert blir smertene og stivheten så omfattende at det kan oppstå gangproblemer som kan føre til funksjonshemming.

Etter som sykdomsprosessen skrider frem, utvikler den typiske feilstillingen seg i forfotens småtær. Det kommer oppadbøyning i grunnleddene i tåbeina, som mest sannsynlig skyldes flere faktorer. Resultatet blir da at de lange tåstrekkerne får overtaket på endeleddene og det oppstår en typisk klostilling. Grunnleddene stiller seg mer og mer vertikalt, og trykket overføres etter hvert til fotballens forside. Dette fører videre til kallositetsdannelse under fotballene og torner mellom tærne og på tåtuppene.

Etter hvert som leddbetennelsen øker, forsterkes trykkproblemene. Her er det viktig å bruke myke avlastninger, og jo mykere avlastning, jo mer utbredt leddbetennelsen er.

Trykkforandringer mot forfotsknoklene øker også fordi den fibrøse fettholdige forfotsputen som vi normalt finner under foten, har en tendens til å gli fremover og forårsaker økt belastning på tåballene.

Hallux-valgus-operasjon, utføres gjerne før man finner årsaken, nemlig at RA blir oppdaget. Resultatet kan da bli at pasienten er misfornøyd med operasjonen og skylder på denne når foten i neste omgang gradvis forverrer seg.

Videre kan hallux-valgus forverres ved at leddbånd i foten gir etter og forfoten deformeres og utvikles til en såkalt sprikfot. Foten blir da breiere.

Det finnes også andre former av stortådeformiteter. Likeså finner vi en innoverdreiede avvikelse av de fire småtærne og tendens til at tærne krøller seg.

Etter hvert blir forfoten stiv og dette fører til at foten mister mye av sin funksjon. Forfoten kan ikke lenger medvirke til en normal balanse ved gangavviklingen, og finjusteringen mot underlaget forstyrres. På grunn av leddsvulsten når ikke tåtuppene ned til underlaget lenger. Smertene som forårsaker dette, fører til at pasientene etter hvert unngår å bruke forfoten aktivt ved gange. De går derfor unormalt, foten settes forsiktig stykkevis ned mot underlaget og løftes rett opp igjen uten avvikling over forfoten. Gangen blir stiv og vaklende. Ofte blir problemet forsterket ved at reumatikeren bruker store, upassende sko eller fottøy med slitasje i. Enkelte har rett og slett gitt opp og iført seg tøfler eller sokker.

Vi finner også andre forandringer i mellomfoten på grunn av artritt i forfotsleddene og svikt i fotmuskelbalansen. Det utvikles gjerne en spesiell form for plattfot. Dette skjer hos ca. 80 % av reumatikere med forfotsproblemer, og man kaller dette reumatisk plattfot.

I ankelleddet finner vi også redusert smertefull bevegelighet. Trykk på leddbåndene i ankelleddet kan derfor utløse smerter.

Ved angrep i seneskjeder finner vi også forandringer ved RA. Bevegelsesutslagene blir reduserte, mest på grunn av seneskjedefbetennelse. Videre kan vi finne bursitt (betent slimsekk) bak hælbenet og i fotsålen, spesielt i slimsekker omkring akillessenen og i leddbånd under forfoten.

FOTTERAPEUTISK BEHANDLING VED RA-FOT – TEORETISK GRUNNLAG

Fotterapeutisk behandling av den reumatiske fot

Pasienter med RA ses ofte i behandlingsstolen hos fotterapeuter. Selve foten hos RA pasienter kan være deformert, og ikke alle pasienter kan opereres på grunn av dårlig kretsløp. Disse pasientene har spesielt behov for avlastende behandling i form av beskjæringer, tilklipte avlastninger og avlastende fotinnlegg. Halux valgus samt ulike leddforandringer i tærne, og sub- og dorsalfleksjon av tærne fører til at skoene klemmer pasientens fot og tær. Forskyvning av «tredeputen» under tærnes leddhoder fører til at leddene er mindre beskyttet ved vektbæring enn normalt.

Giktknuter, som skyldes gjentatte trykk eller traumer av bare lett grad forekommer ofte ved alle leddene i tærne samt i bakfotens ledd. I giktknutene kan det bli sårdannelse enten spontant eller oppstått på grunn av traume. Subtarlarleddet kan være svært smertefullt ved belastning. Dessuten kan visse pasienter være plaget av slimsekkbetennelse svarende til akillessenens tilheftning. Kallositetsdannelse på leddhodene samt små perigunuale infarkter på grunn av vaskulær tilstopping ser en også ofte.

På grunn av vaskulitt og bivirkninger av medikamentell behandling er RA pasienter utsatt for stor infeksjonsrisiko.

RA pasienter som har vært i langvarig steroidbehandling har på grunn av denne en atrofert, skjør hud, som er sårbar og har økt infeksjonsrisiko på grunn av nedsatt immunforsvar. Det er derfor viktig å beskjære kallositetsdannelser pasienten har, men det må utvises stor forsiktighet og behandles etter forholdene.

På huden kan vi bruke hudfreser type «Grutner», og eventuelt skalpell. Karbamidkrem eller hudvennlig klister brukes i hudsprekker (Cyanolitt).

Hudfreser «Grutner» har også en sandpapir-utside. Bruk ringer med *fin* slipeside. Her bør vi være ekstra forsiktige/varsomme slik at ikke boret går varmt mot huden, da det kan være nok til at en irritasjon kan utvikle seg.

Puss/slip ikke huden for tynn. Gå ikke dypere i huden enn at du kjenner at huden i noen grad har fått sin elastisitet tilbake.

Puss skånsomt bort det ytterste hud-laget på hudfortykkelsen.

Hud med *tykk huddannelse* kan tas bort med skalpell, men en må bare fjerne det øverste, den tykke døde hornhuden som sitter løst.

Plaster må alltid være hudvennlig – f.eks. papirplaster. Bruk aldri plaster og heftemidler som er hudirriterende. Lim heller aldri avlastninger direkte på huden hos revmatikere. Ved behov for avlastninger limes disse på tubegass, som tres over tåen eller foten.

Ved ekstra tykk hud på føttene kan en bløte opp huden med karbamidkrem som inneholder kroppsegne substanser som melk- og urinsyre. Disse trenger bra inn i huden og tilfører akkurat den fuktigheten som trenges for å få spenst i huden igjen. Forutsetningen for dette er at behandlingen utføres på riktig måte.

Gi råd og veiledning om daglig stell av føttene og hvorledes pasientene selv kan forebygge plager med føttene.

Tenk på følgende:

- Tørr hud behandles regelmessig med uparfymert krem eller salve (ofte er apotekets tilbud å foretrekke)
- Skjør hud: Huden blir tynnere når man blir eldre og man kan ha skjør hud av andre grunner, som f.eks. ved kortisonbehandling
- Unngå tape og hefte direkte på huden, etter som disse kan forårsake skade og sår dannelse
- Tape – hefte inneholder vanligvis kolofoniumemner som lett kan føre til kontaktallergisk eksem

- Kolofoniumslektninger finnes dessuten i såper og Duoderm

Det må ikke beskjæres for tett på hudfortykkelser svarende til knoklene på tærne under foten; men kanter ved hudfortykkelser er viktig å fjerne mest mulig, da disse pasientene kan bli svært plaget av dette ved belastning. RA pasienter kan være disponert for soppangrep i tå-mellomrommene på grunn av den ofte oppsmuldrede hud i forbindelse med pasientens feilstillinger og det nedsatte immunforsvar som følge av steroidbehandling. Fotterapeuten må derfor informere pasienten om å holde tå-mellomrommene godt tørre. Dette kan evt. foregå ved hjelp av diverse hjelpemidler. Man må huske på at RA pasienter oftest har feilstillinger i hender og fingre og derfor er avskåret fra selv å kunne klippe negler og i det hele tatt opprettholde den nødvendige fothygiene optimalt. En grundig veiledning til pasienten er derfor viktig.

Mange RA pasienter har håndsydd fottøy; men fotterapeuter kan i mange tilfeller framstille avlastende innlegg, som tilgodeser de ofte nedsatte trofiske forholdene.

Angående fotterapeutisk behandling og veiledning av RA-pasienter kan dette likestilles med diabetikere.

Leddgikt utvikler seg ofte i perioder, og det er karakteristisk at pasienten har gode og dårlige perioder.

Leddgikt fører til ustabilitet og feilstilling av leddene, herunder nedsunken forfot. Det vil gi smerter og påvirke det å gå.

Forandringene er hyppigst i forfoten, og på røntgenbilder vil man kunne se ødeleggende forandringer i knoklenes grunnledd.

Hvilke følger virkninger kan den revmatiske fot gi:

- Føttene blir deformerte
- Evnen til å kunne foreta funksjonell forflytning blir redusert
- Steglengden forkortes

- Ganghastigheten forstyrres
- Det å gå i trapper blir vanskeligere
- Evnen til å kunne greie sitt daglige arbeid reduseres
- Det blir umulig å få tak i standard-sko

Forebyggende fotomsorg:

Hver dag må:

- pasienten observere føttene sin
- smøre inn føttene med en fuktighetsbevarende krem
- bruke reine strømper og utføre fotøvelser/fotgymnastikk

Bruke bra strømper:

- av bomull eller ull
- uten harde sømmer
- uten tykke sømmer som gnisser på huden

En gang i uken:

- tas et fotbad i 5 minutter i lunkent vann, bruk en mild såpeopløsning i badevannet
- klipp neglene rett over ved negletuppene
- og fil forsiktig bort hudfortykkelser med sandpapirfil

Og bruke sko:

- av lær eller annet materiale som kan puste
- med god romslighet over tærne
- samt å bruke sko med stødig hælkappe og støtte for foten

Fotterapeutens plass og rolle i reumaomsorgen

Fotterapibehandling er et forsømt behandlingstilbud til revmatikere. Fotterapeutene vil gjerne komme med i dette behandlingsteamet.

Fotterapeuter som har *spesialisert* seg på den revmatiske foten kan gjøre mye for å forebygge følgetilstander på den revmatiske fot.

Først og fremst må det legges vekt på å gi informasjon til revmatikere om viktigheten av hva god fotomsorg innebærer. Veiledningen må ikke virke skremmende på revmatikeren. Revmatikerens egenkontroll og selvbehandling av føttene må det legges stor vekt på ved veiledning om fotomsorg.

Leger og sykepleiere, bør alltid kontrollere revmatikernes føtter ved konsultasjoner og i institusjonsbehandling, og vite når det er nødvendig å henvise dem videre til fotterapeuter. Fotterapeutens oppgave, er å behandle fotlidelser, forebygge fotlidelser og skadevirkninger, samt å gi råd om helsetiltak for føttene og veilede om fottøy og hjelpemidler for føttene.

Fotterapeuter bør komme med i det behandlingsteamet som er bygd opp rundt den revmatiske pasienten, på sykehus, i fysikalske institutter og i spesialinstitusjoner for revmatikere.

I et teamsamarbeid med revmatologer, spesialsykepleiere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, ortopediingeniører og ortopediteknikere kan fotterapeuter finne fram til aktuelle hjelpetiltak for føttene ved å forebygge skadevirkninger på den revmatiske foten.

Arbeidsområdet til fotterapeuter på den revmatiske foten:

Det kan være:

- å observere revmatikernes føtter
- behandle aktuelle lidelser i hud, negler, muskler og ledd samt fotknokler
- hjelpe til ved anskaffelse og vurdering av hjelpemidler for føttene
- gi veiledning om skotøy for revmatikere
- tilvirke avlastninger for å forebygge trykkbelastninger og trykkpunkter samt sår på fot og ankel

- utføre neglekorrigerende ved nedgrodd negl for å rette ut neglen igjen, og forebygge sårdannelse og infeksjon i neglefalsen
- tilvirke silikonortoser og avlastninger. Tåproteser av silikon kan forebygge ytterligere feilstillinger i tærne og i noen tilfeller bedre gangfunksjonen samt forebygge trykkplager
- tilvirke spesialavlastninger i termoplastiske materialtyper for tær, fotsåle og hæl
- gi fot- og leggmassasje
- kunne foreta enklere sårbehandling, bl.a. av trykksår
- instruere revmatikere om forebyggende fotøvelser og veilede om korrekt gangavvikling

Retningslinjer for undersøkelse og behandling av revmatiske sykdommer i føttene bør være:

- full sykehistorie
- vurdering av risikofaktorer, inkludert livssituasjonen
- undersøkelse av tegn til ekstraartikulære tegn på revmatisk sykdom
- en detaljert vurdering av foten og funksjonen i underekstremitetene
- vurdering av fottøy og skotøy-tilpassing
- vurdere eksisterende trykkavlastninger eller behov for slike
- vurdering og evaluering av smerte i foten
- evaluering av vevskvalitet, hud- og negleproblemer
- observasjon av sårdannelse
- veiledning og undervisning om forebyggende tiltak for føttenes helsefunksjon

Revmatologiske sykehusavdelinger og spesialinstitusjoner

På revmatiske sykehusavdelinger og spesialinstitusjoner kan fotterapeuten bidra med å gi revmatikere forebyggende hjelp mot

trykkpunkter i føttene og avlaste trykksmerter i tærne og fotsålen. Behandling av revmatiske trykkfotsår kan også en trent fotterapeut behandle etter ordinasjon fra lege. Det er en kjensgjerning at revmatikere ofte får store problemer med føttene i tillegg til sin primærsykdom. Veiledning om skotøy og tilpassing av sko kan da en fotterapeut være behjelpelig med å finne fram til.

FOTTERAPEUTISK BEHANDLING VED LEDDGIKT

Dokumentasjon og journalføring

Ved første konsultasjon settes det opp et behandlingsforslag, som behandlingsplanen formuleres etter, altså hvilke behov pasienten har for fotterapeutisk behandling.

I samråd med pasienten avtales plan for fremtidig behandling. Pasienten får da behandling ut fra denne behandlingsplanen. Planen kan eventuelt endres i takt med fremtidige behandlinger.

Fotterapeuter må ha grundige kunnskaper om journalføring.

I Lov om helsepersonell og i forskrift til pasientjournaler er det tydelige krav til hva som må være i en journal. Fotterapeuter må derfor være sikre på at journalen de bruker tilfredsstillende den gjeldende journalstandard, slik at de oppfyller de kravene som stilles til journalføring.

Et viktig mål for journalstandarden er at den på sikt skal bidra til økt dokumentasjon av behandlingsresultater.

Ved at fotterapeuter dokumenterer sine behandlingsresultater, så vil dokumentasjonen vise at det fotterapeuter gjør, fungerer. Det vil bidra til å forbedre pasientbehandlingen, og gi fotterapeutene økt anseelse og hjelpe dem til å bli hørt av andre aktører på helsetjenesteområdet.

Generelt om analyseteknikk

Folk søker ofte hjelp hos en fotterapeut når de har smerter i underekstremitetene, spesielt i føttene. De færreste har vært hos lege, med dette først. Derfor har du som fotterapeut et stort ansvar, for smertene kan komme av en alvorlig sykdom som krever legebehandling. Men ofte skyldes smertene en enkel lidelse som en fotterapeut kan gjøre noe med.

Som fotterapeut må du utvikle en fornuftig metode og rekkefølge for undersøkelsen for å finne fram til årsaken til smerter og nedsatt funksjon. Ethvert kjennetegn på avvik fra den normale foten må undersøkes for seg, og eventuelle avvik fra den normale fot og det som kjennetegner dette, må du prøve å finne ut av og vurdere.

Søk kontakt dersom du arbeider sammen med annet helsepersonell, som f.eks. sykepleiere, leger, ortopediingeniører, fysioterapeuter m.v. Få rapport om pasienten, gi rapport tilbake. Hold deg faglig oppdatert. Ha kontakt med andre fotterapeuter, slik at dere kan utveksle erfaringer.

Fotterapeuter kan i samarbeid med annet kvalifisert helsepersonell tilvirke avlastninger som kan forebygge og hindre trykksår. På underekstremitetene gjelder det vanligvis på innsiden av anklene og bak på hælene.

Ansvar for legemidler på føttene

Det er forbundet med et stort ansvar å håndtere legemidler og preparater som kanskje kan være både allergifremkallende og skadelige på huden.

Å gi veiledning til pasienter om bruk av slike midler og preparater er en viktig del av en fotterapeuts daglige gjøremål. Det er ikke minst viktig når du skal orientere om bruk, virkning og eventuelle bivirkninger av legemidler og preparater.

Videre er det viktig å se etter at det blir rett blanding når slike midler og preparater benyttes i fotterapeutiske behandlinger.

Når det gjelder legemidler til lokalbehandling, er det viktig å kjenne til den hyppige allergiforekomsten.

Allergiske reaksjoner, dvs. sensibilitet eller overømfintlighet for visse stoffer innebærer et stort ansvar ved behandling av føttene, da de er stadig vanligere i bruk.

Resultatet av en behandling er svært avhengig av det legemidlet som velges, og for å behandle effektivt må fotterapeuten kjenne til virkningen av de ulike legemidler som brukes i fotterapeutiske behandlinger.

Behandling ved revmatisk fot

Sammen med tendens til skjør hud og risiko for neglebåndsinfeksjoner gjør det at 50 % av pasientene med kronisk leddgikt regnes for å ha et stort behov for fotterapeutisk behandling.

Regelmessig behandling hos fotterapeut av kallositeter, torner, hudsprekker og negler øker personens komfort og reduserer eventuelle komplikasjoner ved uriktig egenbehandling. Det er ofte nødvendig å sjekke pasienter med tanke på fotsår som kan oppstå på foten.

Barn med barneleddgikt, må følges ekstra godt opp av fotterapeuter, slik at gangfunksjonen deres blir så optimal som mulig. Tiltakene går ut på å tilpasse sko som egner seg til barnet for å avlaste eller unngå feilstillinger i føttene, behandling av neglene og god fotomsorg og skotøyveiledning.

Som fotterapeut er det viktig å undersøke foten for kallositeter, torner og hudsprekker samt å beskjære disse og avlaste utsatte trykkområder. Det er flere måter å behandle leddgikt på, men ofte er NSAID og binyrebarkhormontabletter brukt. Disse gir en tynnere hud og blodkarene går lettere i stykker.

Det oppstår lett blødning (hæmatom) under/i huden, som ses som blå merker. Huden blir mer brunpigmentert og knoklene mere skrøpelige. Det finnes mange forskjellige operasjoner for de forskjellige ledd for å avlaste pasienten for plager og smerter.

Likt for alle revmatiske tilstander, er at de kan sette seg i fotleddene. Føttene kan være deformerte, derfor må fotterapeuten utvise stor forsiktighet ved behandling.

Symptomene på artritt varierer, alt etter hvilke ledd som er rammet. Alminnelige tegn på leddgikt er smerte, ømhet, stivhet, hevelse og nedsatt bevegelighet. Gang og balanse kan være

vanskelig, og det kan være nødvendig med spesialfremstilte sko. Medisinsk smertelindring er ofte den beste behandling.

Fotterapeuten må passe på at han/hun ikke forårsaker rifter i den sarte og tynne huden. Ved bruk av steroid behandling (binyrebarkhormon) skal man vite, at pasientens immunforsvar er nedsatt, og det er derfor ofte infeksjon i de små riftene som måtte oppstå. Oppstår det en rift/åpning under behandlingen er det viktig, å få pasienten inn på et kontrollbesøk to dager etter at inflammasjonstegn (rødme, varme, hevelse, smerte) har inntrådt. Er det inflammasjonstegn eller betennelse, sendes pasienten straks til sin fastlege.

Disse pasienter skal behandles på samme måte og med samme forsiktighet som diabetikere, idet revmatikere ofte også har dårlig kretsløp og nedsatt immunforsvar som følge av steroidbehandling. Likeså skal en huske på, at revmatikeres egenbehandling og egenhygiene vanskeligjøres eller umuliggjøres ved, at feilstillinger ofte også rammer hendene.

Mange revmatikere har eller kan få bevilget håndsydd fottøy. Denne informasjonen skal pasientene naturligvis ha. En slik henvisning skal gå gjennom fastlegen til revmatolog og NAV. Utvis stor forsiktighet ved leddundersøkelse, alminnelig undersøkelse samt massasje. Forsiktig fastholdelse av hudstrekket under behandling med beskjæring er viktig å huske på.

Leddene som er angrepet, er svært smertefulle, særlig i akutfasen.

Det kan være vanskelig å komme til mellom tærne, ikke bøye eller bend, men lirk forsiktig.

Vær oppmerksom på at huden, som er tynn og atrofisk, lett kan få sår. Bruk av acetylsalisylsyrepreparater fører til økende tendens til blødning. Hos pasienter med leddgikt er det ofte vanskelig å

anbefale innlegg i sko eller spesial-sko på grunn av skiftende perioder i sykdommen. Det er viktig at skoene er myke.

Negleproblemer som tykke negler, kallositetsdannelse rundt neglene og negletrang kan behandles med forsiktig rens og sliping samt neglekorrigerings.

Avlastninger i filt, silikon og plastazote kan vurderes for å lindre smerter og forebygge plager i hud og negler, men det er viktig å ta hensyn til pasientens hud og sirkulasjon. Det må være plass i skoene og nye trykklpunkter må forhindres.

Skoene må være romslige og stødige og med støtdemping (på grunn av forandringer i ledd, kan pasienten ha dårlig balanse), strømper må ikke være for stramme og til hudbehandling bør det brukes milde og nøytrale såper og kremer. Fotøvelser kan forebygge og utsette tilstiving av ledd, men må ikke overdrives.

Som fotterapeut er det viktig at du kjenner til de revmatiske sykdommene og hvordan de kan påvirke foten. Din kunnskap og kompetanse sikrer pasientene god, og trygg behandling og en bedre hverdag. Samarbeid med annet helsepersonell er til det beste for pasienten og bør tilstrebes. Tverrfaglig samarbeid kan gjelde sårbehandling, belastning, såler og sko.

Noen symptomer på den revmatiske fot:

- morgenstivhet
- smerter i tærne når en går
- smerter i tærne når man bruker sko
- stiv og rett fram-gange, foten får ofte en pronert gange ved avvikling, tærne brukes ikke i avviklingen og det blir et større trykk på metatarsalhodene
- musklene brukes ikke riktig og sirkulasjonen blir nedsatt
- ødem i forfoten, noe som også kan være et tidlig tegn på leddgikt

- fettvevsatrofi som kan gi økt smerte etter som skjelettet er mindre beskyttet mot støt og belastning
- knuter (revmatikerknuter) under hælen og ellers under foten som er så ømme at det er vondt å belaste foten
- knuter kan også oppstå ved akillessenen

Hva skal noteres i journalen ved leddgikt?

Det noteres debut, behandling og plager. Beskrivelse av lokalisasjon. Hvilke undersøkelser har pasienten vært igjennom?

- Blodprøver
- Røntgen
- Ultralyd

Behandling noteres: gullkur, kortison/steroidbehandling, operasjon, fysikalsk behandling (parafinbad o.a.).

Objektive funn:

- Trofiske forhold
- Farge
- Temperatur,
- Huden – tynn, tørr cyanostisk
- Fettvevsatrofi
- Noduli
- Leddbevegelighet: nedsatt eller opphørt

ANDRE FOTTERAPEUTISKE TILTAK VED RA

«Forebyggende tiltak på et tidlig stadium er svært viktig for den revmatiske foten»

Leddgikt i foten begynner ofte som ømhet i mellomfotsleddene. Fotens modell og oppbygning forandres raskt. Det er viktig at pasienten alt i begynnelsesstadiet får gode støtteinnlegg som lindrer ømheten i mellomfoten og hindrer oppkomsten av torner og hudfortykkelser. Anvendelse av støtteinnlegg for føtter som gjennomgår vevsforandringer, hindrer fotvelvet fra å synke sammen. Skoene bør ha mykt overlær og elastiske, stødige såler. Om føttene har gjennomgått store formforandringer og fettvevet under fotsålen har blitt forskjøvet, trenges det myke, avlastende fotinnlegg som minsker ømheten slik at pasienten kan bevege seg. Og musklene forminskes, øker ømheten i fotsålene ytterligere og pasienten får store problemer med å bevege seg. Gymnastikk som består av så vel fot- som tå-øvelser er da på sin plass, beroende av smertene.

Et menneske med leddgikt kan ha vanskelig for og selv å nå ned til føttene sine. Egenomsorgen blir vanskelig på grunn av stivhet i hendene og pasienten trenger derfor hjelpemidler eller hjelp med fothygienen. Huden er tynn og tørr og skades lett. Iblant forekommer det revmatiske blodkarinflammasjoner i huden og de kan gi opphav til sår, først og fremst på leggen. Lege bør oppsøkes umiddelbart når det oppdages sår dannelse.

Enkelte pasienter svetter mye som følge av sykdommen eller medikamentbehandlingen og tå-mellomrommene er derfor varme og fuktige, noe som utsetter pasienten for infeksjoner. Føttene kjennes ofte kalde og pasienten anvender derfor varme og tykke sokker. Det øker ytterligere faren for skader som er forårsaket av fuktighet og varme, noe som kan utsette pasienten for infeksjoner.

Feilstillinger gir opphav til torner og pasienten trenger hjelp av fotterapeut.

Det er fotterapeutens oppgave å undervise om forebyggende fotomsorg og aktuelle tiltak, bl.a. til revmatikere. Revmatikeren går gjerne jevnlig til fotbehandling hos fotterapeut, ca. èn gang pr måned, når plagene begynner å gjøre seg gjeldende.

Fotterapeuten blir gjerne godt kjent med pasientene sine, og han/hun har tid til å høre på problemer som pasienten plages med, da behandlingstiden er ca. èn time om gangen. Da kan en velkvalifisert fotterapeut fange opp signaler og henvise videre til annet aktuelt helsepersonell om det skjønnes nødvendig.

Regelmessig fotbehandling er et svært viktig helsetiltak for personer med leddgikt.

Gangtrening

Vi har alt omtalt hvor viktig det er med en god gangfunksjon for å kunne fungere best mulig. Feil gangavvikling kan føre til feilstillinger i foten, og et feilaktig trykk kan forårsake kallositetsdannelse og torner på føttene. Revmatikeren har gjerne feilfunksjon i hofter og knær og bruker ikke vristen og tærne når de går. En trenger ikke å ha vondt i føttene fordi om man går dårlig. Men leddforandringer og belastninger andre steder i kroppen kan på sikt føre til plager med føttene av ulikt slag.

For å kunne greie å utføre daglige rutiner er det helt nødvendig for revmatikeren å øve opp og bevare gangferdigheten så godt som mulig. Det bør derfor legges stor vekt nettopp på dette med gangtrening. Fysioterapeuten kommer gjerne først inn i bildet i rehabiliteringsfasen og ikke på det tidspunktet hvor forebyggelse er mest aktuelt. Derfor har fotterapeuter en viktig oppgave, i forhold til å veilede revmatikere om hvordan han/hun skal gå mest mulig korrekt.

Selvsagt så kan man ikke hindre feilstillinger forårsaket av artritt i leddene med fot- og tågymnastikk, og heller ikke reparere feilstillinger som alt er oppstått, men man minsker smerten og styrker foten ved å holde musklene i fotsålen i aktivitet. Leddene i stortåen må holdes i god bevegelighet – da det er stortåen som styrer gangavviklingen.

Gangen kan vi observere mens pasienten går fram til behandlingsstolen. Sko og strømper skal være tatt av slik at du kan studere fotens form og forandringer i stående og gående stilling og se eventuelle avvikelser i gangmønsteret. Du noterer om foten beveger seg normalt eller om det er feilbelastning i deler av den. Svakhet i visse muskler eller feilstillinger i fotskjelettet avsløres som redusert balanse og er lett å se, men det kan være vanskelig å bestemme årsaken som ligger bak.

Avvikler fra det normale bør føre til at vi spør ut pasienten. Om sykkelige (patologiske) funn ikke er konstatert tidligere, bør pasienten henvises til sin lege for å få undersøkt dette nærmere.

Balansefunksjonen

Å ha god balanse er av stor verdi. Det gjør, at en lettere kan unngå/forebygge fall, som alltid innebærer en økt risiko for brudd i over- og underekstremiteter. Det er en viss sammenheng mellom balanse- og reaksjonsevnen. Om reaksjonsevnen er på topp vil reaksjonstiden være kortere, og vi kan klare å reagere på det, som kreves av oss.

Balansen blir holdt oppe ved hjelp av et svært komplisert samspill mellom muskler og sanser. Blant annet bruker vi synet, ørets likevektsystem og de millioner av små føleceller som finnes i ledd, muskler og huden.

Sanse-informasjonen sendes via nervene og bearbeides i ryggmargen og hjernen, hvor det så igjen sendes kommandoer ut til de enkelte muskler, slik at de kan utføre det som akkurat er

nødvendig der og da. Det skjer en koordinasjon av musklene – i forhold til balanseevnen.

Støtdempingen i foten

For at føttene skal kunne bringe oss sikkert rundt på forskjellige underlag, er hver fot utstyrt med en smart støttdemping. Hver gang vi tar et skritt, forplantes en belastning opp gjennom hele kroppen. Denne belastningen er mindre jo bedre fotens naturlige støttdemping fungerer.

Når fotens fjærende konstruksjon ikke fungerer optimalt, kan det bety en unødvendig stor belastning opp gjennom hele kroppen; i føtter, knær, hofter, bekken og i ryggen.

Hvis musklene er svake, kan disse falle sammen, og fotens støttdemping blir svekket.

En korrekt belastning, når man står betyr mye for den samlede belastning av føttene og kroppen, og fotens muskler fungerer og støtter automatisk foten bedre. Spesielt har dette mye å si for kroppsholdningen, når en står godt på føttene.

Vær oppmerksom på at fotens muskler involverer musklene både i selve foten, men også de som kommer fra underekstremitetene og fører ned til foten. Disse underbensmuskler er viktige i forhold til funksjonen i foten. De er viktige styremuskler, spesielt for opprettholdelse av svangbuen.

Fot- og leggmassasje

Det finnes mange former for massasje, og flere yrkesgrupper kan gi massasje som en del av arbeidet sitt. Fotterapeuter utfører ikke medisinsk massasje, men fot- og leggmassasje. Hensikten er å stimulere blodsirkulasjonen, aktivisere muskelvenepumpa og

myke opp og aktivisere stiv muskulatur slik at den ikke hemmer blodsirkulasjonen.

Massasje øker blodsirkulasjonen, og fotterapeuten må derfor være sikker på at pasientens sirkulasjonssystem er i stand til å tåle ekstra belastning. Omfanget av massasjen må vurderes individuelt.

En fotterapeut skal kunne gi fot- og leggmassasje. Dette gis til slutt når fotbehandlingen er ferdig. Den virker beroligende og avslappende, og stimulerer blodsirkulasjonen.

Massasje er en behandlingsform som revmatikere så vel som andre pasienter setter stor pris på. Fot- og leggmassasje kan også benyttes som forbehandling for bevegelsestrening. En hovne fot kan masseres med lette strykninger i løftet stilling, for å motvirke hovne føtter. Som motvekt til passiv massasje bør fotterapeuter gjøre pasientene oppmerksomme på nytten av å utføre regelmessige mosjonsaktiviteter.

Fotmassasje kan utføres på vanlig måte forutsett at ingen sykdommer setter hindringer i veien for dette.

Fotmassasjen må ikke være for hard! Massasjeoljer skal helst være tilvirket av vegetabiliske oljer som er uparfymerte eller av urte- og fotkremer som ikke inneholder noen hudirriterende stoffer som f.eks. furunålsolje. Mange fotkremer inneholder også ullfett (lanolin) som kan gi allergiske reaksjoner i huden.

Avlastninger og såler

Feilstillinger ses ofte på føttene og tærne, og det er vi som fotterapeuter som ofte oppdager dette og må vite om vi skal henvise videre til ortopediingeniør eller lege for dette eller om vi kan avlaste problemet med ulike typer avlastningsmaterialer.

Som fotterapeut har du medansvar for å sørge for at alle avlastninger eller såler i pasientens sko er effektive. Hulfootsinnlegg må ikke være for smale, slik at de gnisser mot fotsålen.

Det er avlastningsterapien som i stor grad har gjort det mulig for oss at vi er kompetente til å ta hånd om revmatikere på en faglig god måte.

En kvalifisert fotterapeut vil i mange tilfeller kunne avhjelpe plager som oppstår ved å fremstille støttende og/eller avlastende fotinnlegg i skoene, men aldri korrigerende. Da både ledd og sener destrueres av sykdommen kan opptrening og opptrenende fotinnlegg kun gi pasienten økte smerter og ingen hjelp overhodet. Et innleggs formål må være å gi (planta) fotsålen en så hensiktsmessig og smertefri belastning som mulig.

En stor del av pasienter med RA er forsynt med ortopedisk fottøy. Hos disse pasientene kan det oppstå et behov for en spesiell avlastning i skoen på den ortopediske sålen som er inni skoen. Dette bør selvsagt bare foretas i et tett samarbeid med ortopediingeniør og etter godkjenning av den ordinerende leges tillatelse.

En såle som f.eks. er tilvirket av plastazote, kan være godt egnet ved skader og torner under fotsålen, på tærne, på hælen og på fotryggen. Materialet som er termoplastisk varmes opp i en tørrsterilisator og formes til etter den aktuelle deformitetens tilstand. Avlastningen legges i pasientens sko, og den vil da forme seg etter fotens fasong.

En revmatiker med leddbetennelse vil ikke kunne behandles med korrigerende eller støttende fotinnlegg etter de vanlige prinsipper. Sykdommen forårsaker endringer i leddenes funksjon, muskelkraften minsker og pasienten får smerter. Av slike årsaker er det vanskelig, og ofte helt umulig for revmatikere å bruke noen form for korrigerende hjelpemidler i skoene.

Til tær kan man i mange tilfeller bruke silikon. Det er et gummilignende materiale som formes til slik avlastningen skal være, og blir etter til-forming tilsatt herdestoff slik at det stivner i den tiltenkte formen. Enkelte hudtyper tåler dessverre ikke trykket av disse avlastningene. Bruk av silikonavlastninger kan betraktes som en preventiv behandling for revmatikere. Silikonavlastninger som tas i bruk på et tidlig stadium kan hjelpe til med å bevare rettstillingen i tærne, selv om vi ikke kan stoppe de forandringer som sykdommen forårsaker.

FOTTØYET – FOTTØY FOR REVMATIKERE

Undersøkelse og vurdering av sko

Fottøyet skal ta vare på funksjonen til føttene, og ikke hindre dem i å bevege seg fritt inni skoene. Dessuten må vi godkjenne nye sko. Å godkjenne skoene vil si å se etter om de oppfyller de kravene vi stiller til en god sko.

Fottøyet bør tilpasses fotens naturlige form, og vi bør ta hensyn til fotens anatomiske midtakse, som går gjennom calcaneus og ut gjennom 2. tå. Den andre aksene kalles den *Meyerske linje* og går gjennom midten av calcaneus fram til midten av første metatarsalfangealledd. Dersom foten ikke skal forandre form mens vi går, må skoens akse tilsvare fotens akser. Etter som dette ofte blir oversett, forstår vi hvorfor tær og negler etter hvert blir deformerte.

Når vi skal undersøke sko, ser vi etter slitemerker, om hælen er slitt på utsiden eller på innsiden, om det er slitemerker under tverrbuen, eller om forfotspartiet bøyer seg i samsvar med grunnleddene i tærne. Vi må kontrollere om hælkappen er stabil, og om skoene er bygd opp inni. Vi må også undersøke stabiliteten. Pasienten bør ha med seg de skoene som brukes i arbeidet, enten det er sikkerhets-sko, arbeids-sko eller andre typer, for det er dem det er viktigst å vurdere.

En god sko skal passe med det samme – den skal ikke tråkkes til for å passe på foten!

Glidning i inni skoene må ikke forekomme.

Det er viktig at skoene er jevne og hele innvendig, og at en inspisierer skoene grundig både ut- og innvendig regelmessig. Skoene må være romslige og ha avlastende fotinnlegg om nødvendig.

Vi stiller følgende krav til skoene:

- De skal ha en stabil og bra hælkappe som passer den enkelte personens fot-form.
- De skal sitte bra på foten uansett om personen går, springer eller går på ujevnt underlag.
- Det skal være dempende såler i skoene.
- Om personen trenger det, skal han/hun bruke en bredere sko som gir en bedre og større underflatestøtte.
- Materialet skal være tilpasset etter værforholdene.
- Skoene skal ha tilpasset form etter personens fot – ikke omvendt.
- Skoene skal kunne tillate at tærne kan beveges fritt, opp og ned, inni skoene.
- Det skal være avrulling som er tilpasset den aktiviteten som skoene skal brukes til.

Fottøyet

Det er helt avgjørende at fottøyet er riktig. Vi må lære pasientene stadig å lete etter folder, skrukker, sprekker og andre ting som kan lage gnagsår. De bør få kontakt med fotterapeut som kan vurdere fottøyet. Det finnes i dag en lang rekke muligheter for hensiktsmessig fottøy som også er kosmetisk fullt aksepterte. Spesielt må risikopasienter som har arteriosklerose, diabetikere og revmatikere, få hjelp.

Fottøy for revmatikere:

Det er svært viktig at revmatikere kan få informasjon og veiledning om bruk av riktig fottøy.

Som en generell regel så kan vi si at fritids- spaser- og innesko alltid skal gi støtte til foten. Sko som er spesiallaget for revmatikere kan også skaffes.

De sko som fremstilles spesielt for revmatikere kan dessverre ikke brukes av alle revmatikere, fordi fotformen er så forskjellig fra individ til individ. Disse personene må da velge sine sko ut fra det vanlige utvalg som føres i skobutikkene. Det er viktig at pasientene forstår sitt individuelle behov når det gjelder skoens passform og bruksområder, og glemmer «motenykker» når de skal velge hverdags-sko. Størst problem forårsaker den revmatiske foten som med sin passform som er brei over forfoten og har et uvanlig smalt hæl-parti. Ved hjelp av bl.a. plastazote kan fotterapeuter i enkelte tilfeller føre hæl-partiet og dermed hindre foten å gli frem og tilbake inni skoene når personen går med dem.

Sko-råd til personer med RA:

- Fottøyet skal være lett, da muskelkraften i foten er nedsatt.
- Det skal være fast hælkappe på skoene.
- Det skal være meget bløtt overlær med god bredde og høyde over tærne. Selv det minste trykk vil kunne ødelegge den papirtynne huden. Sømmer, flettverk og folder i føret kan da også føre til skader.
- Har revmatikeren knoker (utvekster) eller hammertær og kjøper vanlig fottøy, så bør han/hun få skoene blokket ut før bruk.
- Husk at foten kan forandre seg, slik at en opprinnelig behagelig innleggs-såle begynne å presse og klemme. Den må da straks endres eller skiftes ut, før det oppstår nye trykkskader, da det kan være vanskelig å få dem til å forsvinne.
- Når revmatikeren får utlevert spesiallaget fottøy av ortopediingeniøren eller ortopediteknikeren, så bør disse fagpersonene studere føttene til revmatikeren før det tas på strømper og sko.

Riktig skostørrelse

Det viktigste målet er lengden på skoene. Skoene bør være minst $1/2$ cm lenger enn føttene. Tærne trenger plass for at de skal fungere normalt når vi går med dem. Voksne føtter trenger dessuten $1/2$ - 1 cm ekstra plass til varme sokker og luft – det såkalte varmemålet.

Enkel sko-test

Kontroller hæl og mellomfotsmålet og test yttersidens bøyelighet ved å holde skoen mot underlaget mens du løfter opp hælen.

En kan teste skoens vridestivhet ved å ta en hånd under fremre del av skoen og holde den andre rundt bakkanten av hælen. Den skal kunne vris i begge retninger.

Bak-kappen testes ved at en klemmer den innover. Er den for vid kan en bruke en hæl-beskytter. Hensikten med en hæl-beskytter er å forbedre bak-kappens passform.

Gode skotips

- Be pasienten om å prøve både venstre- og høyre sko ved innkjøp av nye sko. Den ene foten kan ofte være noe større enn den andre, slik at en sko blir for trang.
- Ved utlesting ved f.eks. hallux-valgus, kan skinnet utvides noe.
- Nye sko bør gås forsiktig inn. Veksle mellom 2 par passende sko. Men aksepter aldri at skoene «må gås inn».
- Kontroller skoene og eventuelle fotsenger regelmessig.
- Be pasienten om helst å kjøpe sko på ettermiddagen, da føttene er størst da!

Strømpene

Strømpenes oppgave er å beskytte fotens hud mot friksjon og gnagsår, og å samle opp og transportere bort fuktighet fra føttene.

Videre skal strømpene holde føttene varme, eliminere friksjon og fungere som støtdempere. Strømpenes egenskaper avhenger mye av hvilken materialtype som er brukt i dem. Nyere forskningsresultater sier at akrylfiber transporterer bort fuktighet 2,5 ganger bedre enn bomullsfiber.

Det er best å bruke strømper som er tilvirket av naturfibre som trekker til seg fuktighet, men likevel holder seg myke og smidige for det.

Rett størrelse er viktig med tanke på strømpekjøpet. Strømpene må ikke være uelastiske, trange eller korte i strømpefoten.

Strømpesømmen skal være slik at tærne har god bevegelsesfrihet inni strømpene.

Bruk ikke strømper som gnager (vend strømpene ut- og inn).

En må fraråde bruk av harde og tynne nylonstrømper, som kan gi anledning til utvikling av hudfortykkelser og torner, og i stedet anbefale bløte ullstrømper eller sokker, som skal være så store, at de etter vask ikke sitter for stramt på foten. Videre må pasienten innprentes om å trekke i strømpenes tå-stykke både fremover og til sidene, hver gang strømpene trekkes på foten.

Du kan med fordel anbefale revmatikere å skifte sokker/strømper daglig for å forebygge mot bakterievekst og soppdannelse inni dem, noe som kan øke faren for infeksjon om revmatikeren skulle pådra seg en rift eller et sår på huden på føttene. Unngå at strømpene/sokkene er for stramme omkring foten og anklene.

TEKNISKE HJELPEMIDLER OG LEDDVERN

Som fotterapeut skal du kjenne til de viktigste tekniske hjelpemidler og hvordan de anvendes samt kunne gi pasienter veiledning om anskaffelse av ulike hjelpemidler. Spesielt skal fotterapeuter ha kunnskaper om anskaffelse av ulike hjelpemidler for føttene og deres funksjoner. De skal også kunne gi nødvendig produktinformasjon og veiledning i bruken av dem, samt kunne justere spaserstokker og andre hjelpemidler for fot og fottøy.

Svært mange pasienter med revmatiske sykdommer må endre skotøyvaner fordi foten blir bredere og endrer form. Det er viktig at skoen har riktig fasong. Den bør ha litt hæl, men den må ikke være for høy. Den bør ha stiv hælkappe, stiv gelenk, og den bør være tilstrekkelig bred. Spesialbygde såler som fordeler trykket under foten, slik at all tyngde ikke kommer på de ofte smertefulle tå-ballene er viktig. Av og til lages en såkalt «fotseng», som er en avstøpning av fotsålen og brukes som innleggs-såle. I sjeldnere tilfeller må man få spesialsyddde sko. Det er ortopediteknikere som vanligvis tar seg av slike hjelpemidler.

En del trenger spesiallagde skinner.

TRENING OG FOTGYMNASTIKK VED LEDDGIKT

Det har vist seg at fotøvelser styrker muskulaturen i føttene og underekstremitetene. Leddene får økt bevegelse og risikoen for leddskader minsker. Blodsirkulasjonen kan også stimuleres. For at fotøvelser skal være effektive og gi resultater, bør de utføres på denne måten:

- Ved å gjøre øvelsene barfotet
- Ved å bevege i langsom takt
- Ved å slappe av mellom hver øvelse – da blir øvelsene mest effektive
- Ved å gjenta øvelsene regelmessig, fem minutter hver dag. Det gir bedre resultater enn ti minutter annenhver dag

Når en trener føttene, trenes bevegelsen, smidigheten, styrken og reaksjonshastigheten.

For personer med leddgikt er det viktig å opprettholde bevegelsen i fotleddene og tærne for å ha en så normal gangavvikling som mulig. Derfor bør revmatikere ha tilgang til et fotgymnastikkprogram. Det er viktig å trene selv om et ledd har inflammasjon, men det må ikke overbelastes. Ved inflammasjon bør en trene føttene i sittende stilling.

Det er lettere å arbeide med ledd og muskler om føttene er varme. Det er derfor klokt å ta et varmt fotbad før treningen. Visse bevegelser er lettere å utføre i varmt vann. Man kan også varme opp ved å legge en tennisball på gulvet og rulle den frem og tilbake under fotsålen. Ballen benytter man siden under treningen. Erteposer er også bra å bruke. Det vil si tøyposer som er fult med tørkede erter.

Fotøvelser:

Fotøvelser hører med til det daglige fot-trenings-programmet.

- Sprik med tærne

- Bøy tærne
- Trekk stortå forsiktig utover
- Plukk opp små kuler, penner e.l. med tærne
- Krøll sammen et håndkle

Dette trener opp tverrmusklene (lumbrikalene) og de små musklene i foten som er så viktige med tanke på å forsterke fotmuskulaturen i fotsålen.

- Bøy og strekk vristen, lett motstand kan tillates, det hjelper på å bevare bevegeligheten i foten.

Revmatikere bør ikke foreta sirkeløvelser. Ved øvelser skal man huske på at lett smerte ikke er noe hinder for å trene.

NB. Ledd med aktive inflammasjoner skal en imidlertid la være i ro!

EGENOMSORG

Fotterapeutens generelle veiledningsfunksjon

Store deler av et behandlingsforløp innebærer egenomsorg fra pasientens side i mellomperioden mellom behandlingene for at det skal bli et godt resultat av det enkelte behandlingsopplegg.

Fotterapeuten skal kunne gi pasienter (og deres pårørende) og andre veiledning om egenomsorg med det siktemål å opprettholde og fremme helsen samt å forebygge problemer relatert til føttene.

Det innebærer at fotterapeuter skal kunne lære pasienter og kontrollere underekstremitetenes mobilitet samt å lære opp risikogrupper til å kunne bedømme hvilke tilstander som krever akutthjelp fra f.eks. lege.

Videre skal fotterapeuter kunne fortelle pasientene om hvilke faktorer som påvirker føttenes helsefunksjon, samt å gi dem veiledning om daglig stell av føttene på egen hånd.

Fotterapeuter skal også kunne gi instruksjoner i hvordan den enkelte pasient selv skal ta seg av aktuelle pleietiltak på egen hånd.

Det er også fotterapeutens oppgave å lære pasientene fotøvelser som fremmer og opprettholder funksjonen i føttene, samt aktive muskeltøyinger og bevegelser som aktiviserer muskelfunksjonen og som pasientene selv kan trene på hjemme.

Fotterapeuten skal også kunne gi pasienter råd om valg av sko og strømper.

Personer med leddgikt bør anbefales årlig, å få foretatt en fotstatus av føttene sine, da det er økt risiko for utvikling av fotproblemer ved leddgiktsykdommen.

I forbindelse med utfyllingen av observasjonsskjemaet gjennomgås og repeteres relevant veiledning omkring leddgikt og føtter. En

kopi av fotstatusskjemaet sendes til pasientens fastlege og eventuelt til reuma-teamet om pasienten ønsker dette.

Leddgiktpasienten må veiledes om hvordan han/hun selv skal undersøke føttene sine hver dag av fotterapeuten.

Spesielt nedsunkne svangbuer reduserer fotens funksjon. Smerten og inflammasjonen reduserer leddenes bevegelighet, og reduserer fotmuskulaturens funksjon og dette forårsaker ubalanse i musklens funksjon. Dette kan føre til forandringer i de nedre ekstremiteter, nedre del av ryggen, overkroppens stilling og bevegelser samt smerte i ulike kroppsdeler.

Alt dette kan føre til at det blir vanskelig eller umulig å foreta egenomsorg på føttene for revmatikere.

Etter som personer med leddgikt svetter mye på føttene, er stell av føttene en viktig del av egenomsorgen. For å fjerne overdreven svetting kan man i forbindelse med tørkingen av føttene prøve sure vaskeoppløsninger eller spesielle midler som er egnet for dette. Det lønner seg å bruke vaskemiddel (såpe) om huden mellom tærne er oppløst etter som hudens ytre, om den er sur, forebygger bakterievekst. For personer med tørr hud går det an å bruke pleiende såpeoppløsninger. Overdrevne fotbad i salt fotbad tørker ut huden. Dusjing med bare vann er det beste alternativet. Fotfil lønner det seg ikke å bruke. Raspingen kan irritere hudvevet og dermed påskynde og øke dens gjenvekst. I samband med vaskingen pusser vi i alminnelighet bort for mye av den oppmykte huden og da skades også det friske hudvevet. Om disse hudfortykkelser forårsaker trykk, så bør pasienten ta kontakt med en fotterapeut. Fotterapeuten kan tynne ut huden gjennom å fjerne den skadde huden og ved behov for det gi råd om hvordan man vedlikeholder dette.

Elastisk hud i god stand er den beste beskyttelsen mot belastningssymptomer og hudfortykkelser forårsaket av gnagsår

og inflammasjoner. Huden på føtter og leggene bør smøres daglig etter fotvasken, for å forebygge tørr hud flere ganger om dagen ved behov. Jo tørrere huden er desto fetere bør kremen være. Apoteket gir råd om ulike typer kremer og salver for dette. Bruk bare så mye salve som huden suger til seg. Konsentrer deg spesielt om områder med hudfortykkelser og utvekster: 10 rullende trykk på hvert av områdene. Om neglene og neglebåndene er tørre, smører man også dem inn med salve. Mellomrommet mellom tærne må ikke smøres inn etter som dette løser opp huden, mellom tærne og gjør at huden lett sprekker opp. For fotsvette anbefale finmalt talkum (babytalkum) i stedet for salve. Mellom tærne kan man etter fotbadet bruke en bommulsdott med f.eks. Amycensprit og tørke godt mellom tærne etterpå. Vær varsom slik at pudderet ikke blir liggende igjen i klumper. Det skal bare være et tynt lag med pudder.

Til tross for at ull- og bomullsokker absorberer fuktighet ypperlig transporteres fuktigheten fra foten dårlig. Føttene er stadig fuktige og kalde, mellomrommet mellom tærne blir da fuktig og sprekker.

Tettere strikking kan forsterke strømpenes evne til å dempe støt. For revmatikere er denne egenskapen viktig, likeså er det viktig med rett størrelse på strømpene. Når tærne har god romslighet inni strømpene er det lettere å bevege dem. Små strømper trykker på tærne og forverrer feilstilling av tær hos revmatikere. De kan også skade neglene. Dessuten blir tærne og mellomrommet mellom tærne for varme med strømper som er for små, og dessuten forårsaker de svetting samt redusert blodsirkulasjon, noe som så i sin tur igjen ofte fører til at man fryser på føttene. For stramme sømmer og kanter reduserer blodsirkulasjonen i de nedre ekstremiteter og forårsaker ødemer, muligens også åreknuter og kan med tiden til og med forårsake muskelsvikt.

Mange revmatikere kvir seg for å oppsøke hjelp. De går heller omkring i upassende sko eller tøfler. Økonomiske årsaker kan også

spille en rolle. En bør være forsiktig med å gå barbeint, spesielt ute. Nye sko og ortopediske hjelpemidler må trenes forsiktig inn, slik at en er sikker på at det ikke oppstår gnagsår, sårdannelse m.v.

ENKLE RÅD OM PASIENTUNDERVISNING

Generelt om pasientundervisning

For å kunne legge til rette for at undervisning og veiledning skal bli individuell og hensiktsmessig, er det nødvendig å vurdere pasienten og situasjonen han er i. Det er ikke sikkert at pasienten er bevisst sine egne behov for veiledning og undervisning, noe som kan gjøre motivasjonen lav. I slike tilfeller er det viktig å stimulere til motivasjon ut fra pasientens tilstand.

Hva skal læres?

Hva som skal formidles til pasienten må vurderes ut fra pasientens læreforutsetning.

Disse følgende innholdskomponenter kan være aktuelle i planleggingen av hvordan pasienten skal lære en ferdighet eller prosedyre:

- Hva skal læres?
- Hva er hensikten med prosedyren?
- Hvordan utføres prosedyren?
- Hva er det særlig viktig å være oppmerksom på?
- Når og hvor kan prosedyren utføres?
- Når kan det gå galt?

Formålet med undervisningen i fotomsorg er å forbedre egenomsorgsevnen:

Egenomsorg for føttene er:

- Å forstå viktigheten med kontroll av føttene
- Å få kjennskap til fothygienetiltak
- Å få innsikt i bruk av korrekt fottøy
- Å få kjennskap til fotterapeutens arbeidsområde

Prinsipper for motiverende samtaleteknikk

Skal inneholde følgende momenter:

- Å finne ressurser som pasienter med leddgikt har
- Å ta utgangspunkt i leddgiktpasientens egne holdninger, overveielser og preferanser
- Å unngå konfrontasjon og motstand i samtalen
- Å frigjøre pasienten nok fra ambivalens til å kunne begynne på en endringsprosess
- Å anerkjenne pasienter med leddgikts rett til selvbestemmelse
- Å starte tanker om, at forandringer er mulig

Fotterapeuter er en ressurs i revma-omsorgen

Fotterapeuters erfaringer og kunnskaper må ses som en ressurs ved behandling av revmatikerens føtter. I et godt organisert team bør derfor fotterapeuters kunnskaper i ulike sammenhenger utnyttes. Undervisningen skjer omkring komplikasjonstilstander og følgevirkninger og fotterapeuter kan dessuten benyttes som forelesere i ulike sammenhenger.

GENERELT OM SÅRBEHANDLING

Som fotterapeuter kommer vi ofte ut for tilfeller og behandlingssituasjoner der pasienter har sår av ulike slag på fot og legg.

Sårbehandling er det i utgangspunktet annet helsepersonell enn fotterapeuter som tar seg av. Fotterapeuter møter ofte pasienter som har sår på fot og legg, eller tilløp til sår. Det er da viktig å observere å vurdere hudskadene og om nødvendig henviser til annet helsepersonell og jobbe tverrfaglig for å sikre pasienten best mulig behandling.

Det finnes mange typer sår, og for fotterapeuter er det viktig å ha kjennskap til de viktigste. Vi skal ikke diagnostisere sår, men kjenne til årsakene til dem (etiologien), slik at vi kan kjenne igjen de forskjellige sårtypene.

Ved sårbehandling har vi plikt som autorisert helsepersonell å føre en egen sårjournal.

Som fotterapeuter skal vi bare behandle sår som er rene. Dette kan være sår som oppdages under fotbehandlingen, og som pasienten ikke har sett, eller sår som har oppstått under behandlingen. I utgangspunktet skal man utføre hud- og neglebehandlinger uten noen form for irritasjon eller skade.

Det kan likevel oppstå en rift eller kutt som må behandles. Dette skal loggføres.

For en person med normalt immunforsvar og god helse er ikke et lite sår noe problem, men om personen har dårlig allmenntilstand, nedsatt immunforsvar og dårlig sirkulasjon, kan selv små sår og irritasjoner skape problemer. Det er da nødvendig med oppfølging. Det kan være at man i slike tilfeller må ta kontakt med kvalifisert helsepersonell som driver med sårbehandling.

Forskjellige sårtyper skal behandles forskjellig – typisk avhengig av, hvordan man har fått dem, hvor omfattende de er, og hvor alvorlige de er.

Forekomsten av sår på legg og føtter øker med alderen. Andelen eldre i befolkningen stiger, og det er en større tendens til å søke behandling hos fotterapeuter nå enn tidligere. Det betyr at vi har en viktig rolle i det forebyggende arbeidet med å oppdage sår på et tidlig stadium. I tillegg er det viktig å observere og dokumentere disse sårene med tanke på å henvise videre til annet kvalifisert helsepersonell.

Fotterapeuter skal kunne behandle ukompliserte sår på føttene nedenfor ankelen og ha kjennskap til bandasjemateriell og aktuelle sårmidler.

Det vil si at fotterapeuter skal kunne forbinde enkle sår i sin daglige praksis.

Fotterapeuter skal kunne utarbeide egne sjekklister for sårbehandling i klinikken og kunne følge dem opp i praksis. Dette for å kvalitetssikre sårbehandlingen.

Ved sårbehandling har man som autorisert helsepersonell plikt til å føre en egen sårjournal.

Kompetansen ved sårbehandling

Loven om helsepersonell åpner for å utvide og delegere arbeidsoppgaver. Det innebærer at en lege f.eks. kan gi en fotterapeut i oppgave å behandle et fotsår hos en pasient. Dette kan skje om fotterapeuten samarbeider med annet helsepersonell i team eller med spesialister utenfor klinikken. Det er da viktig at fotterapeuten har tilegnet seg den kompetansen som er nødvendig for å kunne behandle sår på foten.

Det er legen som har det overordnede ansvaret i slike tilfeller, men fotterapeuter har egen autorisasjon og autonomi. Som

selvstendige yrkesutøvere har fotterapeuter rett til å ta egne valg uten instruksjonsfullmakt fra andre. Fotterapeuten kan derfor ikke skyldes på andre dersom han/hun har gitt feil informasjon til en pasient eller har spredd smitte fordi han/hun har vært slurvete med hygienerutinene.

Generelt om sårbehandling

Om du skulle få i oppdrag å behandle et fotsår skal du forhøre deg om det finnes en sårjournal, eller skrive en slik journal selv. Det innebærer å få greie på om pasienten har noen sykdommer, medisiner etc. som må føres inn i hovedjournalen. Ved å føre en sårjournal kan vi på en nøyaktig måte følge sårets utvikling og på et tidlig stadium oppdage eventuelle komplikasjoner.

Sårhygiene

Under sårbehandling er hygiene svært viktig, og utstyret må plasseres slik at det skilles mellom rent og urent. Såret skal behandles sterilt. Dersom pasienten har bandasje på og er under behandling av annet kvalifisert helsepersonell, skal vi ikke fjerne bandasjen. I motsatt fall tar vi av bandasjen og kaster den sammen med engangshanskene. En ny, tilpasset steril kompress legges på etter at såret er rensset med fysiologisk saltvann eller bare rent, temperert vann. Dersom såret ser infisert ut eller er smertefullt, er det viktig å søke legehjelp for å få antibiotikabehandling og en ytterligere vurdering.

Praktiske problemer

Har du fått delegert ansvar for å delta i sårbehandling har du et klart medansvar for å følge opp behandlingen som er foreskrevet. Samtidig skal du bidra til å lindre plager og redusere de praktiske problemene. Dessuten skal du observere pasienten og rapportere for å forebygge ytterligere problemer og eventuelt forverring av tilstanden. Det er viktig at du tar utgangspunkt i pasientens egen opplevelse av situasjonen.

Sårhelingsprosessen

Det er mange forhold som virker inn på sårhelingsprosessen og som du bør kjenne til. Først da kan du bidra til å legge til rette for at sårene skal gro. Du kan også få i oppgave å skifte på sår. Vi skal derfor ta for oss en enkel forklaring på sårhelingsprosessen:

Uansett størrelse er det viktig for sårprosessen at den blir godt behandlet og kontrollert.

Sårhelingen deles inn i tre faser:

Den første fasen pågår som regel mellom to til fire dager. De første symptomene viser seg ved at vevet blir rødt, ømt og svullent. Hvite blodkropper, forsvarscellene i kroppen, går til det skadde området samtidig som blodkarene utvider seg.

Den andre fasen pågår i mye lenger tid i forhold til den første fasen. Alt beroende på hvilken størrelse såret har kan fase to pågå i noen dager til flere uker. Under denne fasen reparerer hvite blodkroppene det skadde vevet. Celler fra huden eller slimhinnen deler seg for å kunne vokse over det skadde vevet samtidig som nye blodkar vokser inn i det nye vevet.

Den tredje og siste fasen er en prosess som tar lang tid. Den kan pågå i flere måneder til et par år, alt beroende på sårets størrelse. Under denne fasen forsterkes det nye vevet. Området eller arret der såret har vært begynner å blekne. Dette inntreffer når blodkar som ikke lenger trenges forsvinner.

Inndeling av sår

Sår kan deles inn i akutte og kroniske sår. For akutte sår gjelder det, at de er oppstått på bakgrunn av et akutt traume, som f.eks. kirurgiske (operasjonssår) og traumatiske sår (snittsår, stikksår, hudavskrapning etc.). Disse sår heler normalt og uten problemer, såfremt det er snakk om en pasient med normale trofiske forhold.

Lesjon

Lesjon kan betegnes som en akutt gjennomtrengning av huden (også kalt snittsår) med blødning og eventuelt sår som følge. Heling av en utilsiktet lesjon avhenger av pasientens trofiske forhold, og dermed hvor god blodgjennomstrømming det er til stede hos den enkelte pasient. Sår vil vare lengre når pasienten har et dårlig blodomløp samt hos diabetespasienter, og du må derfor utvise ekstra forsiktighet i behandlingen av slike pasienter. For å oppnå den hurtigste sårheling er det nødvendig, at behandleren har kunnskap om sårpleie og forbindingsteknikk.

Inflammasjonstegnene

Rødme: Fremkalles av den økte blodgjennomstrømning i området

Varme: Fremkalles av den økte blodgjennomstrømning

Hevelse: Utvidelse av karene, skjer som reaksjon på stoffer som cellene omkring skadestedet skiller ut. Denne utvidelse øker blodgjennomstrømningen, men fører dessuten til at karet blir utett, som igjen gjør at væske siver ut i vevet og gir hevelser (ødemer). Den væsken som siver ut kalles for eksudat.

Smerte: Er en reaksjon på, at cellene omkring det skadde området skiller ut visse stoffer, cytoksiner, prostgaler m.m., som irriterer de smertefølsomme nerveender i området.

Inflammasjon: er en betennelsestilstand som forekommer som reksjon på infeksjon, irritasjon eller skade. Inflammasjon ses som en lokal økt blodgjennomstrømning og utskillelse av hvite blodlegemer.

Infeksjon: fremkommer når levende mikroorganismer (sopper, bakterier) trenger inn i en organismes vev og formerer seg.

Rapportering og dokumentasjon

Alle iakttakelser av sårets utseende har betydning for behandlingens fortsatte utforming. Forandringene kan skje raskt og et rutinemessig brukt preparat, kan ofte skade mer enn å hele.

Når det gjelder pasienten må en alltid kontrollere navn, dato og at rett person får behandling.

Informere om behandlingen og lær deg å observere pasienten. Har såret gitt pasienten feber? Smertepåvirkning? Nedsatt bevegelsesfunksjon? Spør pasienten om hvordan såret oppsto og om det har vært problemer ved eventuell tidligere sårbehandling. Mye av den informasjon som er veiledende for behandlingen kommer jo fra pasienten selv?

Enkel generell sårbehandling

Målet med all sårbehandling er at såret skal gro så raskt som mulig med minst mulig arrdannelse. Det kan vi oppnå best ved:

- Primær sårheling
- Ved å unngå at det blir infeksjon i såret

Hindre infeksjon:

- Sørge for å ha rene hender og aldri ta i et sår
- Snakk aldri over et sår, bruk et godkjent munnbind
- Ved å bruke sterile instrumenter og sterilt utstyr
- Ved å bruke godkjente plasthansker

Behandlingen av rene sår:

- Rens huden omkring såret med et antiseptisk middel
- Å vaske fra sårkanten og utover
- Ved å skifte tuffere ofte
- Å vaske såret med fysiologisk saltvann.

Forbinding:

- Dekk med steril kompress/skumbandasje
- Legg aldri heftplaster, bomull eller vatt direkte på et sår
- Fest kompressen med plaster – på tvers av bevegelsesretningen til det nærmeste leddet
- La bandasjen sitte på i flere dager
- Skift bandasje dersom den blir fuktig av sårvæske

Alle nye sår skal kontrolleres av lege!

Tegn på infeksjon:

- *Rødfarging og varme*, fordi blodkarene i infisert vev utvider seg og blodmengden øker tilsvarende i dette området
- *Opphovning, irritasjon, smerter og nedsatt funksjon* oppstår på grunn av betennelsessekudat (det vil si at blodplasma og hvite blodceller som går gjennom kapillærveggen samler seg i vevet)

Hold såret fuktig

Gjenoppbyggingen av nytt vev krever fuktighet. Cellene i det nye vevet er svært sårbare for uttørking. En tørr bandasje vil dessuten feste seg i såret. Dermed river en opp såret når bandasjen tas av. (Det kan være aktuelt å bruke tørr bandasje i arterielle sår med svart nekrose).

Ved avkjøling av såret

Ved avkjøling blir oksygentilførselen dårligere fordi de små hårrørsårene trekker seg sammen. Celledeling og dermed nydannelse av vev foregår dessuten raskest ved 32-37 grader C. Derfor bør bandasjeskift foregå raskt i et rom som holder god innetemperatur. Det er en fordel å varme opp eventuelle rense- og sårbehandlingsvæsker til ca. 32 grader C før bruk.

Hypergranulering

Hypergranulering vil si at granulasjonsvevet vokser høyere enn sårkanten. Epitelvevet som til slutt skal vandre over granulasjonsvevet hindres i sin vekst, og på denne måten er hypergranulering en hemmende faktor. For å dempe veksten brukes sølvnitrat i form av Lapisstift eller Lapisoppløsning (0,25 % - 2 %) som pensles på hypergranulasjonsvevet.

Lokal antibiotikabehandling

Ved lokalbehandling med antibiotika skal man være oppmerksom på at antibiotika som has rett i såret penetrerer dårlig inn i vevet og får derfor liten effekt. Dessuten er det fare for resistensutvikling.

Generelt om bandasjemateriell

Utvalget av bandasjer er stort. Det kommer stadig nye merker og produkter på markedet, og derfor bør du undersøke mest på egenskaper og krav til produktene. Som fotterapeut må du avklare kompetanseforholdet ditt og samarbeide nært med annet kvalifisert helsepersonell når det gjelder behandling av alvorlige sår. Du må kjenne til og kunne forbinde enkle sår i forhold til din daglige praksis på klinikken. Enten det dreier seg om små sår, enkle eller kompliserte sår, er målet med sårbandasjering å få såret til å gro så raskt som mulig.

Trykksår på foten

Pasienter som har sår på føttene forårsaket av sko, skal behandles. Disse sår sitter ofte mellom tærne, oppå tærne, på medial- og laterale fotrand og på hælen. Fotterapeuten skal ikke beskjære, men avlaste og veilede. Profylaktisk (forebyggende) kan det legges på en forbindelse for å redusere friksjon, hvis det er plass i skoen. Er det ikke plass i skoen, skapes det et ytterligere trykk på såret og

tilstanden forverres. Om du observerer trykksår så kontakt lege med hensyn til sårheling og forbindingsvalg.

Trykksår oppstår lett der hvor knoklene ligger under huden. Trykket fører til at surstoff og næring ikke kan komme til det trykkutsatte området. Allerede etter 1 ½ time begynner vevet å dø. Endres ikke trykket, utvikles et trykksår.

Først vil huden oppleves som rød og irritert. Senere vil huden bli blålig og dernest sort. Trykksår ses ofte på calcaneus, da trykket er svært kraftig når man ligger ned.

Fotterapeutens primære oppgave her er å veilede om avlastning, eventuelt i samarbeid med sykepleier.

Trykksår er et godt eksempel på forholdet mellom skade og årsak der den underliggende årsaken kan være tilstrekkelig til å gjenspeile optimale groforhold. Ved å sette opp en liste over aktuelle årsaksforhold som kan påvirke oppkomsten av trykksår, kan man ofte komme fram til svært enkle løsninger.

Trykksår defineres som en lokal skade i huden forårsaket av svikt i blodtilførselen til området, oftest forårsaket av trykk, forskyvning eller friksjon eller en kombinasjon av disse faktorer.

Trykkskader under en feil lagt bandasje fra andre sår er dessverre ikke så uvanlig.

Klinisk bilde: er smerte.

Lokalisasjonen på underekstremitetene er ofte på hælen, malleoler og selve foten og på tærne.

Diagnosen stilles ved å observere det trykkutsatte området oftest der benutspring ligger nær huden.

Behandlingen: Avlastning av såret er helt avgjørende for å få såret til å gro og forhindre ytterligere skade.

Risikofaktorer ved trykk- og fotsår:

Ytre risikofaktorer:

- Trykk, forskyvning og friksjon

Indre risikofaktorer:

- Dårligere kapillærgjennomblødning i huden
- Høy alder
- Vektreduksjon
- Nedsatt bevegelighet
- Nevrologisk traume og sykdomstilstander i nervesystemet
- Dårlig ernæringstilstand
- Ekstremt magre personer

Innaktivitet:

- Lite fysisk aktivitet må gå mer og utføre sirkulasjonsøvelser
- Utilstrekkelig næringstilførsel: Proteinrik mat
- Trykk: Avlastninger og romslige sko
- Fuktighet og varme: Bruke tørre strømpes og motvirke fotsvette

Behandling av trykksår:

Ved første tegn til sår på hælene eller anklene:

- Ta kontakt med lege eller sykepleier
- Masser ikke rundt såret
- Fotbad med saltvannsoppløsning eller tilsvarende (ikke mer enn 3-5 minutter)
- Det er viktig at såret blir holdt tørt, og at såret får luft
- Lag evt. en avlastning
- Gi eventuelt lokal antibiotisk behandling – som bør ordinæres av lege
- Unngå trykk mot såret

Sår andre steder på foten, f.eks. et gnagsår på tærne, eller om du uforskyldt kan ha forårsaket et sår på foten til pasienten må du:

- legge merke til omfang og utseende på såret
- sørge for at pasienten får ny time hos deg om 2-3 dager, slik at du kan kontrollere eventuelle forandringer
- ved utvikling i negativ retning – henvis da straks til lege!

NB! Alle sår – selv den minste rift – skal behandles sterilt

Sårinfeksjoner

I sår som gror finnes samme bakterier som pasienten har ellers på kroppen sin. Med infeksjon menes det at bakterier formerer seg i pasientens levende vev, *koloniasjon*, som er en aktiv infeksjon. Bakterier som finnes i dødt vev spiller ingen rolle.

Med høy risiko for infeksjoner må en utnytte den beskyttelse som en generell antibiotikabehandling gir.

Det gjelder å passe på slik at infeksjon ikke oppstår. Ved sårskader på foten er det viktig å tenke på risikoen for stivkrampe og sørge for at pasienten forbedrer sin immunitet ved å injisere stivkrampevaksine. Pasienten må oppsøke lege for dette.

En normal sårhelingsprosess kan ikke påskyndes, men en rekke faktorer kan fremme eller forlenge sårhelingen. Sårinfeksjon er en av de hyppigste årsaker som kan føre til infeksjon/betennelse. En viktig del av behandlingen blir derfor å forhindre infeksjon eller en allerede oppstått infeksjon.

Bakterier finnes i alle sår, også i såkalte operasjonssår. Balansen mellom bakterienes antall, virulens og kroppens immunforsvar avgjør om det oppstår en infeksjon.

Bandasjeringen

Har fikseringen av bandasjen vært tilfredsstillende? Det er viktig å vite om bandasjen har vært hard eller løs, ut fra hvilken funksjon bandasjen skal ha. Noter om den friske huden rundt såret har fått skade av tape eller annen fiksering.

Sårbehandlingen skal dokumenteres på et behandlingskort – journal.

Noen sår krever svært lang behandlingstid og da kan det være vanskelig å avgjøre om såret i løpet av behandlingstiden forandrer utseende eller form. En kan tegne av såret på behandlingskortet og skrive inn forandringene i sårjournalen.

Revmatiske sår

Revmatiske sår utgjør ca. 10 % av sårtilfellene i befolkningen. Det er tre forskjellige typer sår revmatikere kan få: *autoimmune sår*, *hypostatiske sår* og *trykksår*.

Autoimmune sår skyldes immunologiske prosesser i blodkarene. Når immunforsvaret går til angrep på sitt eget vev og bryter ned mekanismene som normalt skal verne mot angrep fra bakterier, virus og sopp, klarer ikke disse mekanismene å sette i gang sårhelingsprosessen når sår oppstår.

Hypostatiske sår oppstår når pasienten er immobil og har redusert muskelbruk og dermed svikt i muskelvenepumpefunksjonen.

Trykksår er sår som skyldes forandrede trykkpunkter på grunn av revmatiske skjelett- og leddforandringer. Slike sår oppstår når huden blir utsatt for langvarig trykk og friksjon som reduserer sirkulasjonen i området. Først blir huden øm, rød og brun, senere utvikler det seg sår. Det kan oppstå vevsdød hos immobile personer og hos eldre personer med dårlig oksygen- og

ernæringstilførsel lokalt. Slike sår oppstår ofte på setet, hoftene, korsryggen, hælene og ankene. Endringer i fuktighetsbalansen kan føre til bakterievekst i området og gi komplikasjoner som knokkelbetennelser eller blodforgiftning.

Europeisk standard grad 0-4 (EPUAP)

Grad 0. Trykkspor: Rødme av huden. Rødmen forsvinner ved fingertrykk. Smerter.

Grad 1. Rødme som ikke forsvinner ved trykk. Smerter.

Grad 2. Blemmedannelse og/eller overflatesår. Smerter.

Grad 3. Sår brutt gjennom huden til underhuden. Relativt lite smerter.

Grad 4. Såret er brutt gjennom muskelfacie og ned i muskelvev og eventuelt til knoklene. Eventuelt cystedannelse og fistler. Relativt lite smerter.

Prosedyre ved stell av sår som revmatikere får:

NB: Slike sår skal bare behandles av foterapeuter, etter tett samarbeid med revmatolog/spesialsykepleier.

- Når pasienten kommer til behandling er det første som skjer at vi klipper opp og kaster den gamle bandasjen.
- Deretter sitter pasienten i kaliummanganatfotbad i 5-10 minutter. Det virker uttørrende på væskende sår og eksem. Badet har også sopp- og bakteriedempende effekt. Fargen skal være som lys saft. For sterk konsentrasjon vil hemme sårhelingen. Vannet skal være lunkent. For varmt eller for kaldt vann vil ikke være gunstig for sårhelingen.
- Etter badet tørker vi benet og vasker med olje. Jordnøttolje er bra å bruke. Oljen bidrar til å gi tørre føtter mykheten og fuktigheten tilbake.

- Død hud fjernes ved hjelp av skalpell forsiktig. I en del tilfeller kan det brukes lokalbedøvelse med bedøvelsesgel (xylocain 5 %). Det er viktig å fjerne så mye av den døde huden som mulig. Hvis det blør i såret når man skraper er det et godt tegn. Tenk på hudens elastisitet!
- Eventuelt eksem smøres med kortisonkrem. Rundt såret pensler vi med Castellanioppløsning for å motvirke sopp og bakterier. Castellani må ikke pensles i selve sårt da det hemmer sårhelingen.
- Annen antiseptisk behandling er bruk av sølvpreparat lokalt.
- Zinkpasta påføres rundt såret for å beskytte den friske huden fra sårveske.
- Ved vond lukt brukes kompresser som fjerner den vonde lukten.
- Ved harde nekroser bruker vi en gel som løser opp nekrosene.
- Deretter tar vi på salvestrømpe. Den inneholder zink, parafin og vaselin. Hensikten med salvestrømpen er å forhindre at leggen tørker ut.
- For å få kompresser og avlastere til å sitte bruker vi en tubegass over salvestrømpen. Vi bruker rene kompresser. Det er ikke nødvendig med sterile kompresser. Tykkelsen på kompressene avhenger av hvor mye såret væsker. For å få leggen jevn og rund bruker vi soffbånd.
- Når trykksårkomponenten er stor bruker vi trykkavlastning med filt, skumgummi eller tilklippede kompresser.
- Ved sår under foten brukes også trykkavlastning med trykkavlastningssåler eller ortopediske sko (plastazotesåle).

Autoimmune sår, behandles i tillegg med tabletter – legen!

Hypostatisk sår, behandles i tillegg med kompresjon.

Trykksår behandles i tillegg med trykkavlastning.

Mange med revmatiske fotsår trenger ortopedisk fottøy fra ortopediingeniør.

Plaster og bandasjer

Bandasjer kan holdes fast med elastisk forbindelse. Det er uhensiktsmessig å bruke fikserende plaster på den tørre, sarte huden. Hver gang et plaster fjernes fra huden, fjerner vi samtidig det øverste tynne laget med hudceller. Når denne prosedyren gjentar seg dag for dag, varer det ikke lenge, før den i forveien tynne og sarte huden blir skadet, og det oppstår nye sår igjen.

Observer følgende

- Er det feil diagnose
- Er det gjenværende infeksjon eller andre forhold som hemmer dette
- Lagt på feil bandasje
- Er det irritasjon/allergi på grunn av bandasjen
- Er det utilstrekkelig smertelindring
- Spiser pasienten tilstrekkelig og riktig sammensatt kost
- Hvordan er forholdet ved ordinær behandling
- Er det et tumor-sår
- Er avlastninger utilstrekkelige eller feilplasserte på føttene

Sjekkliste

Lag egne sjekkliste for de ulike behandlinger du utfører og følg dem. Da kvalitets-sikrer du tjenestene dine. Skader, rifter eller sår som blir oppdaget eller påført under fotbehandlinger og sårbehandlinger, skal noteres i journalen. All hud som påføres skade, liten eller stor, skal behandles, rengjøres og forbindes, og viktige opplysninger skal noteres i journalen. Ut fra journalen vurderer du de trofiske forholdene og gir individuell behandling. Sikkerhetsrutinene må følges.

Forsinket sårtilheling

Sårtilhelingsprosessen kan ikke springe over en fase, noe som betyr, at såret ikke kan hele:

- Så lenge det er dødt vev i såret
- Så lenge det er betennelse i såret
- Så lenge surstofftilførselen (via blodet) ikke er tilfredsstillende

Om man ikke kan endre på disse årsaker, kan det bety, at sårheling ikke finner sted. Såret vil da vedvare resten av livet.

Følgende har innflytelse på sårhelingen og kan forsinke den:

- dårlig blodforsyning til såret f.eks. åreforkalkning
- dårlig surstofftilførsel i blodet f.eks. kronisk bronkitt
- vevsskade f.eks. vedvarende krassing av sår
- bakterier
- fremmedlegemer (fremmedlegemer i et sår kan vedlikeholde en infeksjon)

Arrvevdannelse

For mange er det viktig at det kommer et pent arr etter et sår.

Etter at huden er vokst ut igjen over såret (modningsfasen), påbegynnes arrvevdannelsen. Denne vil fortsette i ca. 1 år.

Man kan ikke uttale seg sikkert om det endelige resultatet før tidligst 3 måneder etter sårhelingen.

Faresignaler

- varme
- hevelse
- smerte
- eventuelt feber
- såret blir illeluktende

Såravlastninger når fotterapeuter skal avlaste sår på føttene:

Fotterapeuter vil være i stand til å identifisere feilbelastninger på føttene, dermed kan de medvirke til at sårproblematikk minskes, samtidig med at de kan iverksette ulike forebyggende tiltak i form av avlastninger eller individuelt tilpassede fotinnlegg. Når skaden først har skjedd, vil de fleste fotsår heles vesentlig raskere med bruk av korrekt avlastningsterapi av såret. Det burde skapes et tverrfaglig samarbeid på sykehus, i andre helseinstisjoner og i primærhelsetjenesten mellom fotterapeuter og andre helsepersonellgrupper, som bl.a. sårsykepleiere, leger og ortopediingeniører i deres arbeid med fotsår.

Ved avlastning av fotsår, skal fotterapeuter kunne vurdere hvilke steder som skal eller kan avlastes. Han/hun skal også vite hvor omfattende sårskaden er. Avlastninger for sårskader skal alltid tilvirkes i tett dialog mellom kvalifisert fotterapeut og lege og annet kompetent helsepersonell.

Fotterapeuter som skal behandle/avlaste sårskader må ha gode kunnskaper om og erfaring med generell sårbehandling. Målet er at såret skal gro uten at hemmende faktorer styrer utviklingen. Derfor må de ha gode kunnskaper om *primær og sekundær* sårheling. Videre må de kjenne til hva som skjer ved sårinfeksjoner. En kvalifisert fotterapeut skal også kunne fjerne nekrotisk vev ved behov for dette.

Lokal sårbehandling er avhengig av sårets utseende, og om det er fibrin eller nekrose i såret, og om sårbunnen er ren. De må kjenne til kravene som stilles til god sårhygiene og ved behandling av sår samt kunne følge disse prinsippene i praksis.

Individuelle avlastninger for trykksår tilvirkes av fotterapeuter i termoplastiske materialer, f.eks. avlastende såler med oppbygging rundt sårkantene og enkle avlastninger i myke materialtyper ved sår på leggen og hælskåler ved avlastning av sår på hæl og ankel.

AVLASTNINGSLÆRE-TERAPI

Avlastningsbehandling er et viktig ledd i den foterapeutiske behandlingen, ikke minst når det dreier seg om pasienter med sirkulasjonssykdommer, diabetes mellitus og revmatiske sykdommer.

En vesentlig faktor for en vellykket avlastningsbehandling er, at pasient og behandler har tillit til hverandre og, at pasienten forstår hensikten med behandlingen.

Undersøkelse og diagnose

For å kunne fremstille korrekte avlastninger må man fremskaffe opplysninger om pasientens situasjon og ut fra dette stille en diagnose. Jo flere informasjoner man har, desto sikrere blir diagnosen. Fotlidelser kan være av forskjellig opprinnelse og art. Undersøkelse av pasienten begynner med å utforske, både de subjektive og objektive symptomer slik som trofikk, smerter, hudforandringer, deformiteter, negler, hevelse, feilaktig sko/såleslitasje og bevegelighet.

Biomekanikk

Føttene i likhet med kroppens øvrige deler er utsatt for krefter, ytre krefter fra omgivelsene og indre krefter gjennom musklenes påvirkning på fotskjelettet.

Biomekanikk handler om de krefter (belastninger), som kroppens vev reagerer på ved bevegelse, skade, feilstilling og/eller overanstrengelse. En må kjenne til anatomen, om en skal forstå hvilke krefter man vil styre eller beregne ved ulike bevegelser eller arbeidsmomenter. Man må også forstå de mekaniske lovene for å kunne innse hvordan kreftene virker.

Foterapeuter trenger kunnskaper om sko og fotens mekanikk.

Mekanikk handler om et materials egenskaper som holdfasthet og svar på krefter.

Treghetsloven sier, at en kropp forblir i hvile eller i uforandret bevegelse til den påvirkes av ny kraft.

Biomekanikk handler om hvordan kroppen beveger seg. For kroppen vår er ikke bare et biologisk system – den er også et mekanisk system som er underlagt mekaniske lover og regler.

Ut fra biomekanisk tankegang kan vi gjennom forskjellige kraftsystemer

- forhindre uønsket bevegelse
- motvirke deformering
- fordele krefter
- avlaste
- hjelpe ønsket bevegelse

Biomekanikken hjelper oss til å forstå hvorledes plassering av støttepunkt og ledd påvirker funksjon og evne til å bevege seg. Tyngdelinjen er sentral i dette arbeidet. En må også ta hensyn til at pasientene skal være i ro. God flate for understøtting og stabilitet er derfor viktig her.

Når musklene våre stabiliserer kroppen i en korrekt posisjon, og tyngdelinjene går rett ned gjennom kroppen sett fra framsiden og fra siden, så vil vi bruke mindre energi enn når flere ledd er ute av stilling/utenfor tyngdelinjen.

Belastning og avlastning

Mange har misforstått hva som menes med å avlaste fra trykk og legger bare på noe materiale i håp om at det skal beskytte trykket. Trykket kommer istedenfor til å økes ved at det tar plass i en for trang sko. Av og til velges et fjærende materiale på et belastet område som i komprimert tilstand gir et konstant trykk på grunn av den fjærende kraften.

Foten overfører kroppstyngden, som møtes av en like stor reaksjonskraft fra marken. Hvis vi stiger ned på et fjærende

materiale, synker det sammen til fjæringskraften oppnår en reaksjonskraft som er like stor som kroppens tyngde.

Ved belastning med kroppstyngden presses vevet under hæl og forfotsknokler sammen. Når vi tar et steg, løfter vi hælen og overfører all tyngde på framfoten og vevet under forfotsknoklene presses ytterligere sammen. Nå skal kroppen skyves framover og få fart. Det forutsetter at fotsålen holdes igjen av friksjonen mot marken. Hva hender da med bløtdelene mellom forfotsknoklene og huden vår?

Jo, fleksjonen trykker forfotsknoklene bakover og nedover. Fotsålen står stille mens uendelig mange bindevevstrekk mellom huden og forfotsknoklenes hoder tøyes ut og hindrer forfotesknoklene å gli bakover. Reaksjonskraften bygges opp helt til kroppens tyngdepunkt kan skyves framover og oppover (akslerer). Muskelkraften adderes (flyttes) til kroppstyngden og tilfører en horisontal kraft som motvirkes av en horisontal reaksjonskraft.

Disse forskyvninger i sideledd i bløtdelene kalles for forskyvning. Sannsynligvis vil denne kraften gi spenning i de fibrøse nettverk, som går gjennom vevet.

Ved fotens belastningsevne er trykket ikke jevnt fordelt. Belastningsevnen sier ingen ting om belastningens fordeling på evnen. Det er fotskjelettet som bærer oppe kroppens tyngde. I stående stilling er det hælen, forfotsknoklenes hoder og tåtoppen, som tar den hovedsaklige belastningen. Et fotavtrykk gir oss derfor bare en oppfatning om fotens form og stilling når vi står.

Det er derfor viktig å planlegge hvilke bærende skjelettstrukturer, som skal overta den belastningen som man vil overføre.

Avlastninger og brukerbehov

Det er alltid viktig å se sammenhengen mellom sko og avlastningsmetoder, slik at disse ikke motvirker hverandre. Da må en kjenne til prinsippene for avlastning og det aktuelle bruksområdet for avlastningen.

Alle avlastninger påvirker aksene i foten og kreftene som virker inn på bevegelsene. Derfor må alle avlastninger vurderes ut fra akser og bevegelser, og under belastning. Vi kan ikke vurdere avlastninger uten å ta hensyn til de mekaniske prinsippene som gjelder for bevegelsene.

Avlastninger og sko

Før vi lager en avlastning til foten for å eliminere trykk, må vi vurdere avlastningsbehovet og bruksområdet for skoene og avlastningen. Dessuten må vi godkjenne skoen. Å godkjenne skoen vil si å se om den oppfyller de kravene som må settes til en god sko.

Skoen må være stor nok. Foten skal styre skoen, ikke motsatt.

Avlastningsmaterialer

Det finnes et stort utvalg av avlastningsmaterialer, hver til sitt bruk. Utvalget forandrer seg stadig, slik som på andre områder.

Materialet må fylle visse kriterier, alt etter hvor avlastningen skal ligge på foten, og hvilken oppgave den skal ha. Avlastningen skal redusere belastningen ved å fordele trykk over et større område, og dessuten redusere smerte, normalisere akser og optimalisere gangfunksjonen.

Avlastningen må ikke være så tykk at den kommer i konflikt med overlæret i skoen i tåkappen, eller i konflikt med hælappen.

Dersom skoen er lite egnet eller dårlig, vil ikke avlastningen eller sålen gi det resultatet vi ønsker å oppnå.

Statiske og aktive avtrykksmetoder

Statiske og aktive avtrykksmetoder er undersøkelse av fotens kontaktflate mot underlaget, stående eller gående.

Statiske avtrykk (undersøkelser uten bevegelse) gjøres ved bruk av pediogram og speilkasse.

Pedografavtrykket er en hjelpekilde ved fotanalysen, hvor det er mulighet for å registrere statiske feilstillinger for fremstilling av fotinnlegg.

Ved anvendelse av journalopptakelse inngår pedografavtrykket som en del av den objektive undersøkelse.

Podobaroskopet gir et speilbilde av den belastede fotsålen. Dette benyttes til å sammenligne og tydeliggjøre pedografavtrykket.

«Bildet» av den belastede fotsåle på podobaroskopet sammenlignes med avtrykket fra pedografen/autopedografen.

Grunnsålens teori

Den letteste og sikreste metode for å bedømme en fots daglige belastningsforhold oppnår man ved å fremstille en såkalt grunnsåle til et par fotriktige sko. Materialet skal være plastisk etter-givelig, slik at trykkpunktene direkte kan avleses på grunnsålen, når pasienten har brukt den i 10-14 dager. Dette avtrykk vil avspeile fotens belastning i denne perioden, og grunnsålen vil dessuten kunne benyttes som grunnlag, når innlegget skal bygges opp. Ingen andre metoder gir disse fordeler. Det må derfor være en ufravikelig regel, at ingen innlegg bør fremstilles, før fotens dynamiske avtrykk foreligger på en grunnsåle.

Ordinasjon av avlastning – bruk av ulike typer avlastninger

Før du ordinerer en avlastning, må du forvise deg om at den får plass i skoen og ikke utsetter andre deler av foten for skadelig trykk. Kontroll er nødvendig. Ved sår er det viktig at avlastningen sitter godt

fiksert til foten og ikke forverrer sårskaden ved at den glir skjevt og trykker på sårets ytre.

Avlastning som er festet ved framfoten må kunne gli lett mot skoens indre såle, en glatt strømpe kan være nødvendig. Omvendt, ved avlastende såle eller fotinnlegg som er festet i skoen, må foten, med strømpe, kunne gli lett over avlastningen, slik at den ikke forskyves og belastningen legges på hud og bløtdeler. En myk såle beveger seg hele tiden i forhold til foten ved gang.

Det er praktisk først og prøve en filtavlastning og forsikre seg om at avlastningen ligger på rett plass, før du tilvirker en dyrere permanent avlastning.

Ved permanent behov for å avlaste en del av fotsålen bør avlastningen fikseres i skoen i form av en såle, fotseng, pakning eller en pute.

Eksempler på avlastninger

På markedet finnes et hav av avlastninger, som hele tiden skiftes ut til nyere eller smartere modeller. Hver enkelt fotterapeut får sine egne favoritter.

Det er svært viktig å kunne tilby pasientene sine en avlastning, som kan gjøre pasientens hverdag mer eller mindre smertefri. Dessuten må vi ikke glemme at visse avlastninger virker forebyggende mot forverring av en eller annen tilstand/deformitet.

Bruken av myke avlastninger og beskyttelsesmidler

Det finnes mange ferdige og halvferdige avlastende hjelpemidler som kan brukes som førstehjelp eller midlertidig bruk. Pasientene kan ved hjelp av veiledning bruke slike selv, som en del av sin egenomsorg. Egentlig avlastningsterapi innebærer at hjelpemidlene tilvirkes individuelt; til f.eks. tåutrettere eller – beskyttelse (ortheser), støtteinnlegg eller avlastende innlegg.

Avlastende innlegg brukes for å avlaste smertepunkter og bløtdelsskader i fotsålen, bl.a. sår. Belastningen fordeles over den friske delen av foten. Hensikten er å lindre smerte, forebygge hudskader og fremme helingsprosessen. Anvendelse av avlastende innlegg forutsetter vanligvis sko med ekstra plass i skoene.

Heftende hjelpemidler

Liming av hjelpemiddel på foten gir god og rask lindring ved akutte smerter eller hudskader. Metoden er derimot mindre bra om den anvendes over tid. Ulempene med de heftende hjelpemidler er eventuell hudirritasjon, vanskeligheter ved legging av en ny forbindelse og hjelpemidlets relativt høye pris. Hjelpemidlet må ikke anbefales til personer med tynn hud eller allergiske symptomer.

Hjelpemidler som kles på foten

Fordelen med de hjelpemidler som kles på foten er at de ikke irriterer huden, de kan anvendes lenge om gangen og de er effektive når det gjelder å rette ut eller korrigere feilstillinger. Elastisk tubeforbinding samt ulike puter og utrettere er vanlige halvfabrikata som kan benyttes til mange formål.

Enkel eller dobbel tubegas anvendes som beskyttelse ved smertetilstander, gnagsår og hudsprekker i og på hælen samt oppå og mellom tærne.

Hjelpemidler som plasseres i skoene

Det første steget ved lindring av ømme fotsåler består av anvendelse av innleggs-såler i alle sko. Det finnes et stort utvalg av innleggs-såler som tilvirkes av bra myke materialer med støtdempende effekt. Om de i tillegg er bekledt med lær, letter de påkledningen av skoen.

Enkle avlastninger for kallositeter – Filt som avlastning

Kallositeter er hudens måte å beskytte det underliggende vevet på. Kallositeter er som regel ikke vonde. Oppstår det torner i dem, eller hvis foten har sunket så mye ned at det er trykkømheter i fotsålen, vil forskjellige former for avlastninger hjelpe.

Filt er et godt materiale til bruk ved akutte tilstander som sår og smertefulle trykkpunkter. Pasientene vil merke umiddelbar bedring, noe som gjør dem motiverte til å bruke dem. Dette er også en god avlastning ved vorter, torner og smertefulle arr og kallositeter. Etter akuttbehandlingen kan pasienten være motivert for videre behandling med silikon eller såler.

Plastazote

Plastazote, er et termoplastisk materiale, som har vært brukt av foterapeuter for avlastning av trykkbelastede steder i mange år.

De mest fremtredende egenskapene er foruten å være vannavskyvende er at det er lett, fleksibelt i bruk, har svært seig konsistens og liten romfylde.

Plastazote blir komprimert ved belastning og fungerer bare noen uker, hvor det etterpå bør tilvirkes en motstandsdyktig såle i et material som tåler belastning og ikke blir komprimert av personens vekt og belastning på foten. Plastazote egner seg derfor best som en midlertidig avlastning.

Bruksområder: Vanlige trykksteder og torner, samt ved hammertær og hallux valgus, på tverrplattfot, arrvev i huden etter traumatisk skade, ved revmatisk fot, hos pasienter med nedsatte sirkulasjonsforhold i foten, noe som krever en bløt avlastende såle, til avlastninger for trykkpunkter under fotsålen. Blir f.eks. brukt ved trykksår på hæl og fot, samt ved amputasjon av deler av foten. I slike tilfeller formes avlastningen over en gipsavstøping etter å ha vært

varmet opp. Kan brukes til både store og små avlastninger, og til tåproteser.

Silikonavlastninger – Ortheser

Orthese (avlastning med silikon), er en gradvis korrigeringsmetode av tær, og krever stor innsikt i fotens anatomi og dens funksjonelle forhold, med tanke på muskelfunksjon i fotens knokler og ledd.

Fotterapeuter som bruker denne teknikken, må ha gode ferdigheter i behandlingsteknikken.

Før en begynner å forme en avlastning, er det viktig å ha gjort seg opp en mening, om hvordan den skal utformes. Flere typer silikon finnes på markedet, men de har samme virkning.

Silikon er et gummistoff som er godt egnet til å lage avlastninger/korrigerer for tær og feilstillinger.

Silikonavlastninger kan med fordel kles med tubegas om huden er tynn eller følsom overfor fuktighet.

Pasienter som ikke har normal følelse i foten, bør ikke avlastes med silikon. De oppfatter nemlig ikke om avlastningen trykker eller gnisser mot huden.

Avlastningen holdes på plass med strømpen, og den må ikke være lengre enn den tilgrensede tå. For lang tå-spredende avlastning kan forstyrre tåhetten når man tar et skritt og kan føre til trykkskader i tå-mellomrommet.

Til avlastning ved sårbehandling er silikon uegnet hos revmatikere. Her må det konsekvent brukes materialer i ulike termoplastiske materialer, som er myke, etter-givelige, hudvennlige og antitoksiske ved bruk.

Hælsøreavlastninger

Hælsøreavlastninger kan være forskjellige alt etter årsaken til hælsøren.

Da den skyldes overbelastning må man ved analysen forsøke å finne frem til årsaken og rette behandlingen etter dette.

- Blir hælsens fettpute komprimert (adipositas, sport, tungt arbeid), kan man samle hælsens fettpute i en hælskål.
- Er det en feilstilling i bakfoten, oftest varus – årsaken, rettes den opp, samtidig som det lages en hesteskoformet avlastning med utskjæring der hvor det ømme stedet er plassert.
- En J-formet forhøyelse kan legges under den bakerste laterale del av hælen, helt til basis av 5. metatars. Det ømme området er fri for belastning og trykket på facien unngås.

Pasienten orienteres om at behandlingen ofte varer i flere måneder. Den får et gunstigere forløp, hvis pasienten benytter sko som er støtabsorberende i hælene. Disse avlastninger kan forhindre at lidelsen kommer tilbake igjen.

Avlastning for leddgiktspasienter

Denne sykdommen hører med til bindevevssykdommene, som i sitt forløp fører til spredte leddsmerter (artalgier), muskelsmerter (myalgier), senesmerter (tendinose) samt smerte omkring senene (peritendinose).

Sykdommen viser seg nesten alltid før eller senere i forløpet i foten.

En fotterapeut vil i mange tilfeller kunne avhjelpe en del av plagene som følger med sykdommen ved fremstilling av støttende og avlastende innlegg, aldri korrigerende. Da både ledd og sener destrueres av sykdommen kan opptrening og opptrenende innlegg kun gi pasienten økte smerter og ingen hjelp overhodet.

Innleggets formål må være å gi planta en så hensiktsmessig og smertefri belastning som mulig.

Mange pasienter med leddgikt er forsynt med ortopedisk fottøy. Hos disse pasienter kan det oppstå behov for en spesiell avlastning i skoen på den forekommende ortopediske innleggs-sålen. Dette bør kun foretas med den ordinerende leges tillatelse.

Midlertidig fottøy

Det finnes situasjoner, hvor det som skal avlastes er av en slik art og størrelse, at dette ikke kan la seg gjøre, og derfor er det nødvendig og fremstille midlertidig fottøy. En kompetent fotterapeut kan fremstille slike midlertidige sko i mange tilfeller.

Avlastninger – tå-avlastninger

Tå-avlastninger blir fremstilt individuelt, klipt eller slipt og eventuelt varmet opp, avhengig av materialene.

Ofte kan en tilklippet avlastning avhjelpe et akutt problem. Den kan også brukes som en midlertidig avlastning, inntil en avlastning av et mer varig materiale kan fremstilles, eller en senere innleggs-behandling og/eller om det er nødvendig med sanering av sko for å avhjelpe problemet.

Det er best å korrigere/finne årsaken til plagen – feilstillingen eller fottøyet. Det må være målet i en langsiktig behandling. Ofte gjelder det likevel å gi pasienten lindring med en friksjonsnedsettende avlastning her og nå. Den kan fremstilles i mange forskjellige materialer, skumgummi, filt og av oppvarmet evazote eller plastazote,

Avlastning av sår på leggen

Fotterapeuter kan tilvirke enkle avlastninger i Fleckyweb, ullbandasje og selvlimende bandasje på leggen ved sår dannelse, rundt såret. Denne avlastningen tar av for lette

traumer og irritasjon mot huden på leggen. Avlastningen må være så stor at presset på sårområdet ikke øker.

Hæl-skål for sår på hælen

I mange tilfeller, hvor pasienten har et ulcer/trykksår på partiet ved hælsens runding eller distalt for denne, er det av stor betydning og fremstille den rette type avlastning, slik at pasienten er symptomfri ved at det primære trykket forsvinner, slik at helingsforløpet forkortes mest mulig. Til dette formålet kan vi med fordel bruke en hæl-avlastning som tilvirkes av plastazote/evazote. Avlastningen kan formes direkte på foten eller over en gipsavstøpning.

TVERRFAGLIG SAMARBEID/TEAMARBEID RUNDT PASIENTER MED REVMATOID ARTRITT

Faget revmatologi har gjennomgått store forandringer de siste årene. Kombinasjonen av nye og effektive behandlingsmuligheter, moderne strategier for oppfølging av pasienter og teknologi har redusert grad av sykdom hos pasienter med revmatisk sykdom og gitt muligheter for bedre og mer effektiv organisering av tjenestene.

Det er klart at ikke alle leger i primærhelsetjenesten kommer i kontakt med så mange revmatikere at de kan få god nok erfaring i å behandle alle typer revmatiske affeksjoner. Det samme gjelder fysioterapeuter og andre som behandler revmatikere i primærhelsetjenesten. Det er også et faktum at kompetansen innen revmabehandlingen mye ligger i erfaringsgrunnlaget. Erfaringsgrunnlaget er derfor svært vesentlig, og vil være den naturlige begrensende faktor for at enhver lege kan få tilstrekkelig kompetanse for alle typer problemstillinger. Det samme gjelder selvsagt også for andre typer helsepersonell. Primærhelsetjenesten og sykehusene må derfor dele på oppgavene innen revma-omsorgen.

Spesialisthelsetjenesten

Spesialisthelsetjenesten er sykehusene og privatpraktiserende spesialister. Dette kalles også andre linjetjenesten. Henvendelser til spesialisthelsetjenesten foregår vanligvis via kommunehelsetjenesten, som er førstehelsetjenesten, bortsett fra øyeblikkelig hjelp situasjoner.

De statlige helsetjenestene er regulert i flere lover. For eksempel er statens ansvar for somatiske helsetjenester regulert i spesialisthelsetjenesteloven, mens ansvaret for det psykiske helsevernet er regulert i loven om psykisk helsevern.

Hovedtrekkene i ansvarsfordelingen mellom kommunene og staten er at den skal ha ansvaret for de spesialiserte tjenestene. Det gjelder først og fremst sykehusene, medisinske laboratorier, radiologiske tjenester, akuttmedisinsk beredskap, ambulansetjenester og institusjoner for rusmiddelbrukere.

Spesialisthelsetjenesten er organisert i fire helseforetak som hver for seg har stor grad av selvstyre. Det eksisterer mye politisk uenighet rundt organiseringen av helsetjenestene. Det er derfor mulig at helseforetaksmodellen vil forsvinne eller gjennomgå store endringer i de neste årene.

I de siste årene har vi sett en positiv trend med hensyn til å knytte foterapeuter til tverrfaglige diabetes-team ved sykehusene.

Samhandlingsreformen

Samhandlingsreformen er forankret i to lover: Folkehelsesloven og Helse- og omsorgsloven. Begge lovene legger vekt på helsefremmende og forebyggende arbeid. Samhandlingsreformen handler om forebygging og samarbeid mellom ulike helsepersonell-grupper for å bedre pasientenes kår.

Stikkord for intensjonen med samhandlingsreformen er:

- å forebygge framfor og bare reparere
- tidlig innsats framfor sen innsats
- få ulike ledd i helsetjenesten til å jobbe bedre sammen
- skal være bedre for pasientene – sterkere brukermedvirkning
- mer nærhet til pasienter/brukere og en helhetlig helseomsorg

Hva betyr samhandlingsreformen for folk flest:

- det skal bli lettere å få helsehjelp lokalt
- folk skal få bistand til koordinering og oppfølging
- tilbudet i kommunene vil bli bredere
- oppfølging av personer med kroniske lidelser vil bli bedre

- det vil bli flere tilbud til dem som ønsker hjelp til å legge om levevaner som kan føre til sykdom, for eksempel å endre kosthold, komme i gang med fysisk aktivitet eller stumpe røyken
- folk vil også merke mer fokus på helsefremmende arbeid i nærmiljøet

I Norge har vi stor grad av kommunalt selvstyre med hensyn til hvilke helsetjenester kommunen skal tilby befolkningen. De kommunale tjenestene kalles for primærhelsetjenesten og reguleres gjennom helse- og omsorgstjenesteloven, som trådte i kraft 1. januar 2012.

Det er opp til den enkelte kommune å vurdere om de ønsker å tilby fotterapitjenester. Der det tidligere har vært vanlig å konkretisere hvilke profesjoner som skal være en del av det kommunale helsetilbudet, er dette gradvis endret, og dagens lov er, bortsett fra fastlegeordningen, helt profesjonsfri.

Derfor skulle det være naturlig at autoriserte fotterapeuter var med i forebyggende arbeid når det gjelder fothelsefunksjonen og uspesifikke problemer i fot, ankel, kne, hofte og nedre del av ryggen. Det er svært få offentlige stillinger for fotterapeuter og det er fordi fotterapi ikke er en tjeneste kommunene er pliktig til å ha. Fotterapeuter er en gruppe privatpraktiserende helsepersonell som pasientene bestemmer selv om de ønsker å bruke. Det finnes heller ikke offentlige refusjonsordninger for fotterapitjenester og dermed må pasientene betale full pris hos fotterapeuter.

Endringer i lovverket gjennom de siste tiårene har dessuten resultert i færre kommunale stillinger for fotterapeuter ved kommunale institusjoner. I stedet har institusjonene valgt å leie ut rom til fotterapeuter som driver selvstendig praksis.

Mange pasienter opplever i dag at tjenestene ikke henger godt nok sammen. Samhandling mellom sykehus og kommuner, innen

kommunen, mellom kommuner, mellom sykehusavdelinger, og mellom personellgrupper er i dag ikke god nok.

Mange blir for syke før de blir fanget opp av helsetjenesten. Mange får sykdommer som kan forebygges.

Vi blir flere eldre i Norge. Mange har flere diagnoser og sammensatte lidelser. Antall pasienter med kroniske lidelser øker. De vil ha utbytte av bedre tjenester og mer oppfølging der de bor. Det er derfor behov for mer utbygde helse- og omsorgstjenester der folk bor.

Det er en utfordring å rekruttere nok helse- og omsorgspersonell i årene fremover. Det er behov for nytenkning i både organisering og innhold i tjenestetilbudet.

Økt satsing på forebyggende helsetiltak i kommunene, i forbindelse med Samhandlingsreformen som ble innført i 2012, kan på sikt føre til at det igjen også vil bli inkludert flere foterapeuter i kommunenes helsetilbud.

Private helsetilbud

Helsetjenestens viktigste oppgave er foruten å bidra til god folkehelse å sikre at alle uansett sosial status, bosted og privatøkonomi, får hjelp til å diagnostisere og behandle sykdom, skade og lyte, samt at alle sikres rehabilitering, pleie og omsorg.

Helsetjenesten er regulert av en lang rekke lover, bl.a. kommunehelsetjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven, pasientrettighetsloven, psykisk helsevernloven, helsepersonelloven, tannhelsetjenesteloven, smittevernloven og lov om statlig tilsyn med helsetjenesten. Lovgivningen er komplisert og til dels uoversiktlig, selv om det siden 1999 er utført et stort arbeid med å revidere lovgivningen og gjøre den tydeligere både for pasienter og tjenesteytere.

Statens helsetilsyn fører overordnet faglig tilsyn med helsetjenesten og helsepersonellet og skal medvirke til at befolkningens behov for helsetjenester blir dekket. Det utøvende tilsynet utføres av Helsetilsynet i fylket under ledelse av fylkeslegen. Helsetilsynet i fylket er administrativt underlagt fylkesmannen. Helsetilsynet i fylket skal se til at lover og forskrifter blir kjent og overholdt, herunder behandle klager på helsetjenesten og helsepersonellet.

Private helsetjenester omfatter private sykehjem, sykehus, poliklinikker, laboratorier, privatpraktiserende leger, tannleger, fysioterapeuter og autoriserte fotterapeuter.

Det har i de senere årene vært en viss vekst i andelen av private tjenesteytere, ikke minst etter at fastlegeordningen ble etablert i 2001.

De fleste fotterapeuter driver egen praksis. Da kan de selv bestemme hvor mye pasienten må betale for behandlingen. Pasienten skal likevel ha rett til å se en prisliste på forhånd.

I mange tilfeller kan det bli svært dyrt å gå til fotterapeut.

Noen fotterapeuter tilbyr tilleggstjenester som f.eks. negleregulering, avlastninger og såler m.v., noe som fører til at tjenesten da blir dyrere enn normalt.

TVERRFAGLIG SAMARBEID

Samarbeid skjer på alle nivåer i helsetjenesten, og det er nødvendig om pasienten skal få god hjelp.

Når en pasient blir henvist fra fysioterapeut, ortopediingeniør, lege eller sykepleier til deg som fotterapeut, er det viktig at du både er i stand til og er forberedt på å yte nødvendig hjelp.

Som fotterapeuter kan vi samarbeide med ulike yrkesgrupper. Sammen kommer vi da fram til et helhetlig og best mulig tilbud til brukerne. Pasienten skal være i sentrum, og målet er å fremme helse, forebygge sykdom, gjenopprette helse og lindre lidelse.

I tillegg til å samarbeide med andre fotterapeuter, vil du også komme til å samarbeide med personer som tilhører andre yrkesgrupper. Tverrfaglig samarbeid betyr at flere yrkesgrupper samarbeider om samme pasient. (f.eks. en sykepleier steller et sår mens fotterapeuten tilvirker en avlastning for såret).

Et viktig bidrag til et godt samarbeid er dokumentasjon. Hvis det er godt dokumentert hvilke tiltak som skal utføres og som er utført, blir det lettere for andre faggrupper å sette seg inn i pasientens situasjon.

Når du skal samarbeide med andre yrkesgrupper, er det viktig at du har kjennskap til hvilke arbeidsoppgaver de andre yrkesgruppene har. Denne kunnskapen trenger du både for å vite hvem du skal kontakte når en pasient trenger hjelp fra andre, og når du arbeider i et tverrfaglig team sammen med personer som tilhører andre yrkesgrupper.

I samarbeid med andre yrkesgrupper er det viktig å være bevisst sitt eget kompetanseområde og egen rolle. Har du respekt for det du selv kan, men i tillegg respekt for den kunnskapen du ikke har, er grunnlaget lagt for et godt samarbeid til stede. Mange av dem du samarbeider med, har studert faget sitt i mange år, kanskje kan

det de gjør, noen ganger se lett ut, men bak handlingene ligger det mye kunnskap som nødvendigvis ikke er synlig. Et eksempel kan være såler som vi som foterapeuter tilvirker i forhold til fotsenger og ortopediske såler som ortopediingeniører tilvirker. Her skal du tenke på at ortopediingeniører har en mer allsidig utdanning på feltet enn det du som foterapeut har. De har bl.a. dypere kunnskap om biomekanikk. Det er derfor viktig å også ha respekt for den kunnskapen du ikke har, og være klar over at man ikke har denne kunnskapen, slik at man går ut over sitt eget kompetanseområde.

Skal en tverrfaglig gruppe fungere, må de ulike fagpersoner være tydelige på hva som er deres fagområde, og la andre få utføre sine oppgaver ut fra sin fagkompetanse. Når alle har tydelige roller og respekt for hverandre, oppnår man best mulig pleie, omsorg og behandling for pasienten.

REFERANSE – LITTERATURLISTE

Egen erfaring

Egne studier

Næss, S. Modem T. og Eriksen j. (2001). Livskvalitet. Fagbokforlaget.

Lærum, E. (2005) Frisk. Syk eller bare plaget? Innføring i medisinsk nøkkelukunnskap. Bergen. Fagbokforlaget.

Vifladt, Egon, Hopen Liv. Helsepedagogikk – Samhandling om læring og mestring. (2004).

Gran, Jan Tore. Innføring i Revmatologi 2. utg. (2013). Gyldendal Akademisk,

Cederlund, Annika Gigel mfl. Reumatoid artritt – en kronisk sykdom så går at leva med. SFAM NOVA.

Smerte og livsmot. En analyse av 74 fortellinger om livet med revmatisme. Jon Ivar Elstad, Lars Grue, John Eriksen. Rapport 4/05.

Statens Helsetilsyn. Spesialisert rehabilitering av pasienter med leddgikt og beslektede sykdommer IK2544.