

PRÆVENTIV PSYKOLOGISK BEHANDLING MOD DIABETISKE SENKOMPLIKATIONER

SUNE HOLMGAARD MERSH

FORSKERKONTAKT: HELLE SPINDLER - LEKTOR. PSYKOLOGISK INSTITUT, AARHUS UNIVERSITET

Forskerspirer 2015

SUND

Indhold

Indledning	2
Problemformulering	2
Metode, teori og empiri	3
Metode.....	3
Teori	4
Empiri	5
Projektets udførelse	7
Behandling	7
Forsøgsdesign	8
Tidsramme	9
Budget	10
Konklusion (Klinisk relevans)	11
Perspektivering	11
Litteraturliste	12
Bilag	13

Indledning

Når man som jeg har type 1 diabetes, også kaldt "Insulin Dependant Diabetes Melitus" (IDDM), er reguleringen af ens blodsukker altafgørende for, hvor meget diagnosen fylder i ens hverdag, og hvilke følgesygdomme der kan opstå over tid. Reguleringen af blodsukkeret kræver egen motivation, da det reguleres med blodsuktermålinger og injektioner af hormonet insulin, som udføres morgen og aften samt ved alle måltider. Ud over denne egenbehandling kommer diabetikeren også til tjeke i deres respektive diabetesambulatorie. Her evaluerer en læge eller sygeplejerske, som er knyttet til specifikke patienter, i samarbejde med diabetikeren, hvordan behandlingsforløbet går, og om der skal nogle ændringer til (insulin dosering, anden slags insulin, motion, kost mm.).

Det er vigtigt at man giver diabetikeren de rette midler til at håndtere deres diagnose, således at de selv kan bidrage til at optimere deres blodsukker, mhp. at undgå senkomplikationer som eks. perifer neuropati¹, retinopati², nyreskade og blodpropper³. Ud over de fysiske komplikationer viser det sig, at både type 1 og 2 diabetikere har en øget chance for at udvikle psykiske lidelser som eks. depression og spiseforstyrrelser, som kan påvirke blodsukkeret negativt, ved at det enten ligger for højt (hyperglykæmi) eller lavt (hypoglykæmi).⁴ Denne synopsis sætter derfor fokus på, om man i dag tilbyder diabetikerne de rette midler/redskaber til at håndtere både de fysiske samt psykiske komplikationer, som kan opstå af diabetes.

Min baggrund for at arbejde med dette emne er, at jeg selv er type 1 diabetiker, og derfor har en indsigt i hvad der skal til for at give diabetikere et godt opstartsforløb, så de bedre kan regulere deres blodsukker og undgå senkomplikationer.

Problemformulering

Hvilken yderligere behandling kan man tilføje til et opstartsforløb for ny-diagnosticerede type 1 diabetikere i aldersgruppen 18 – 30 år for at give dem en bedre hverdag og reducere risikoen for senkomplikationer?

¹ Reduceret følelse i hænder og fødder.

² Skader på nethinden.

³ <https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/hormoner-og-stofskifte/sygdomme/diabetes-generelt/senkomplikationer-ved-diabetes/>

⁴ Ducat, 2014

Formålet vil være at give patienten de nødvendige redskaber til at kunne håndtere eventuelle psykiske problemer, som kan forværre patientens blodsukre og velvære. Forskningsprojektet skal derfor producere viden om, hvordan man kan skabe egenomsorg hos patienter med nydiagnosticeret IDDM. Forløbet vil blive rettet mod voksne i aldersgruppen 18 til 30 år og bestå af en psykologisk evaluering af patienten, for dermed at kunne vurdere individets fremtidige adfærd i forhold til IDDM.

Aldersgruppen 18 – 30 år er valgt, da netop denne periode er præget af en stor personlig og juridisk selvstændighed samt individuel udvikling. Ofte vil man i denne periode flytte hjemmefra og derfor ikke have familie i umiddelbar nærhed til at hjælpe og snakke med om sin diabetes. Dette kan være meget svært, hvis man skal klare sig selv som nydiagnosticeret diabetiker. Man kan føle sig isoleret med problemet og fremmedgjort for sig selv og andre. Specielt kan det blive problematisk i vores gruppeorienteret samfund, hvor ens identitet er baseret på dem man omgås og identificerer med sig. Her kan diabetes føre til symptomer som fortvivelse, afmagt og kronisk stress⁵. Dette kan lede til psykisk sygdom og give psykosomatiske følger som dårligt reguleret blodsukker, hvilket igen kan lede til senkomplikationer forbundet med dårlig regulering.

Derfor vil jeg teste hypotesen:

”Hvis behandlerne handler proaktivt og forsøger at forebygge eventuelle psykisk dysfunktion, vil patienten føle sig mere handlekraftig og vil dermed bedre selv kunne tage initiativ til at regulere sine blodsukre. ”

Metode, teori og empiri

Metode

I min forskning vil jeg til at arbejde ud fra et hypotetisk deduktivt perspektiv, da jeg i forvejen har dannet en hypotese baseret på mine observationer fra min tid på både børne- og voksenambulatorie. Derfor vil jeg forsøge at be- eller afkræfte min hypotese. Til det benytter jeg mig af ”mixed methods”, hvori både den kvantitative metode indgår, i form af spørgeskemaer, og den kvalitative metode, hvor en mindre del af forsøgspersonerne vil blive interviewet. Jeg benytter mig af begge metoder, da spørgeskemaet har til formål, at

⁵ Ducat, 2014

måle forskellen i patienternes oplevelse af behandlingen, og dermed be- eller afkræfte min hypotese. De efterfølgende interviews vil så give et overblik over, hvilke aspekter af tillægget fungerer. Dette vil gøre det nemmere at forbedre tillægget til evt. fremtidig forskning.

Teori

Min forskning kommer hovedsageligt til at være baseret på Health Belief Model (HBM)⁶. Modellens fokus er at forudsige og forklare individets holdning til en sygdom, og vigtigst af alt, vedkommendes adfærd i forhold til den givne sygdom. Normalt benyttes den til at se på adfærd i forhold til en specifik sygdom. Eksempelvis er den blevet brugt til at forstå hvorfor High School studerende dyrker eller ikke dyrker motion. Motion værende en præventiv handling, der kan forebygge livstilssygdomme.⁷ Til dette projekt benytter jeg HMB til at forudse uhensigtsmæssig adfærd, der kan lede til senkomplikationer som resultat af fejlregulerede blodsukre.

Modellen er baseret på tre basisantagelser:

1. En person vil agere, hvis personen føler at det vil have en forebyggende eller præventiv effekt på en negativ sundhedstilstand.
2. Personen har en positiv forventning til at, hvis ovennævnte handling udføres, vil personen undgå den negative sundhedstilstand.
3. En person skal tro på, at han/hun kan udføre den præventive handling.

HBM består derudover af 6 koncepter:

- Formålet modtagelighed
Individets antagelse af hvor vidt at han/hun er modtagelig over for sygdommen/tilstanden.
- Formålet alvor
Individets antagelse af hvor store de helbredsmæssige konsekvenser er.

⁶ Modellen har bred anerkendelse og anvendelse indenfor netop dette felt. Modellen refereres betydeligt med mere end 1.800 peer reviewed referencer i en generel søgning.
https://www.utwente.nl/cw/theorieenoverzicht/theory%20clusters/health%20communication/health_belief_model/

⁷ Allison, 1999

- Formålet nytte
Individets antagelse af hvor effektiv de anbefalede præventive handlinger er.

- Formålet barrierer
Individets antagelse af hvor omkostningsfulde (psykisk, fysisk, økonomisk mm.) de anbefalede præventive handlinger er.

- Udløsende faktorer
Hvad skal der til for at individet bliver opmærksom, og viser præventiv adfærd i forhold til sygdommen?

- Tillid til egne evner
Individets tillid til at de selv kan handle præventivt.

I selve behandlingen vil jeg benytte mig af den kognitive-behavioristiske teori om psykoedukation, hvori den viden om patienten, som man er kommet frem til med HMB, benyttes. Behandlingsformen går ud på at undervise patienten i hans/hendes eventuelle psykiske problemer og/eller lidelser. Dette gør behandlingsformen meget fleksibel, så forløbet kan specificeres til patientens behov.⁸ Formålet er at give patienten muligheden for at kunne opdage, at han/hun er ved at udvikle psykiske problemer og benytte denne viden til at handle rationelt og konstruktivt. Dermed kan problemet nemmere undgås.⁹

Empiri

Af egen erfaring ved jeg, at så snart man bliver 18 mindskes opmærksomheden samt tiden, der er sat af til hvert tjeek på ambulatorierne. Jeg blev selv diagnosticeret som 12-årig, og er senere blevet flyttet fra børneambulatoriet til voksenambulatoriet til mine tjeek. I voksenambulatoriet er rutinetjeekene ikke ligeså ekstensive, hvilket kan føre til at behandleren overser problemer, som kan have indflydelse på patientens blodsukre. For en selvstændig og velreguleret diabetiker kan det være rart, at tjeekene er korte og kontante,

⁸ Roberts og Yeager, 2006: s. 292

⁹ Larsen, 2008: s. 180

imens andre diabetikere kan risikere, at deres problemer ikke bliver opdaget i tide. Derudover har jeg snakket med andre diabetikere, som er blevet diagnosticeret efter de er fyldt 18, og har fået et indtryk af, at de ikke får den opmærksomhed og vejledning i tilnærmelsesvis samme grad, som man får når man bliver diagnosticeret som barn (<18).

Store mængder af forskning peger på, at der er en forbindelse mellem IDDM og psykiske lidelser som depression, spiseforstyrrelser, angst og endda post traumatisk stressyndrom (PTSS). For type 1 diabetikere i forhold til ikke diabetikere er risikoen for stress endda dobbelt så store, og 31-40% af kvinder i alderen 15 – 30 år med diabetes har spiseforstyrrelser eller ligger på grænsen. Disse allerede kendte lidelser dækkes af et nyt udtryk "Diabetes Distress" (Diabetes afmagt/stress). Denne tilstand kan opstå fordi diabetikerens blodsukkerregulering er alt afhængig af egenomsorg som blodsuktermåling, insulin injektioner, kost, motion mm.. For nogle kan dette med tiden blive overvældende og dermed føre til "diabetes distress".¹⁰

En anden videnskabelig artikel peger på, hvor vigtigt det er, at behandleren er opmærksom på symptomerne for de mest hyppige psykiske lidelser og sørger for, at diabetikerne får en psykisk evaluering. American Diabetes Association¹¹ anbefaler også en regulær psykologisk screening af patienter, og mener ikke at de mulige psykiske følger af diabetes får nok opmærksomhed fra behandlerens side.¹²

Andre studier viser også, at der sker signifikante forbedringer hos diabetikere, som har fået en psykologisk intervention. Her har der været fokus på problemer vedrørende patientens følelser, kognition og adfærd, og det har vist sig at give gode resultater i form af bedre blodsukre.¹³ Disse interventioner har vel og mærke været hos patienter, som i forvejen allerede har psykiske lidelser. Så det vides ikke om patienternes blodsukre ville have været bedre eller værre, hvis de havde haft den nødvendige psykologiske hjælp, da de fik deres diabetes diagnosticeret. Ændringer blev dog hovedsageligt set hos børn og unge, som jeg

¹⁰ Ducat, 2014

¹¹ Foreningen for diabetikere i USA.

¹² Melville, 2014

¹³ Winkley, 2006

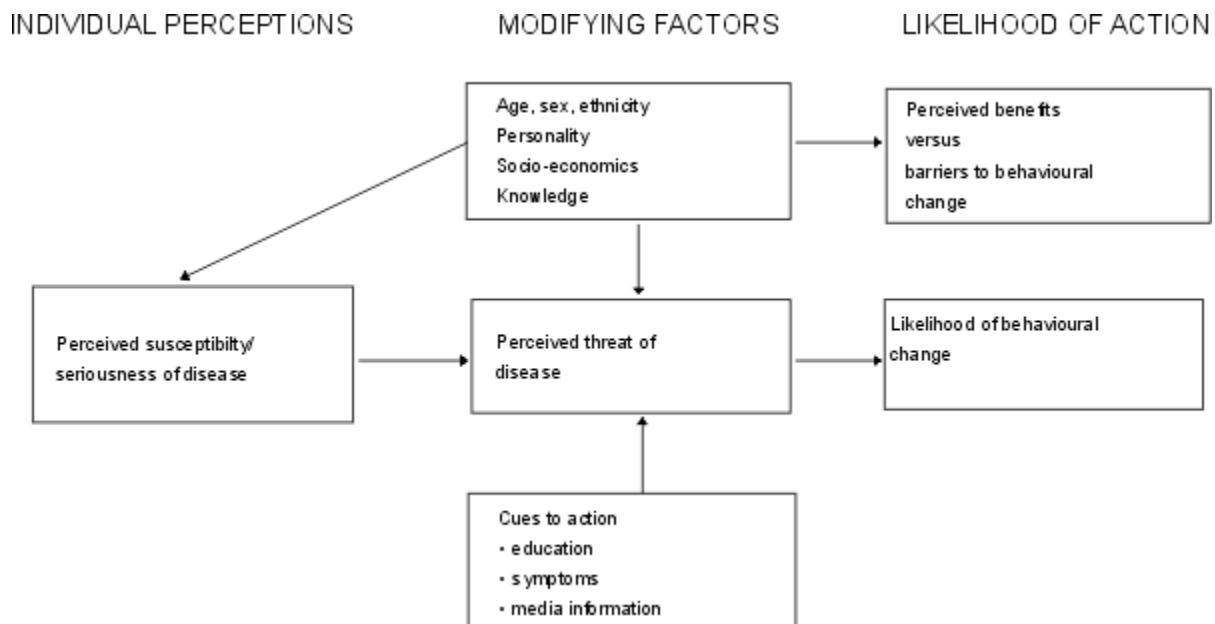
antager kan skyldes er fordi, at voksne ikke har været villige til at ændre deres allerede fastlagte adfærdsmønstre.

Med denne gennemgang af metode, teori og empiri vil jeg efterfølgende redegøre for projektets udførelse.

Projektets udførelse

Behandling

Tillægget til det allerede eksisterende opstartsforløb vil tage udgangspunkt i HBM, for at bedre kunne forudse og forebygge udviklingen af irrationel og skadelig adfærd i forhold til diabetikers blodsukkerregulering. Tillægget vil bestå af minimum 3 sessioner med en diabetesspecialiseret psykolog. Sessionerne vil blive spredt, så patienten ser psykologen i starten, undervejs og hen imod slutningen af indlæggelsesperioden¹⁴. Her vil psykologen benytte sig af nedstående model, "HBM konceptmodellen" for at specificere behandlingen til patientens behov baseret på biologiske og sociale forhold.



Figur 1 Health Belief Model

Selve tillægsbehandlingen vil foregå som dialog, hvor patient og behandler får talt om nogle af de aspekter af patientens fremtid, som patienten er usikker på eller frygter. Her er det

¹⁴ Indlæggelsesperioden varer ca. en uge.

vigtigt at psykologen skaber en tryk ramme, hvori patienten tør udtrykke sig, så behandlingen kan fungere optimalt.

Hvis psykologen vurderer, at der er brug for mere tid med patienten, kan han/hun ligge flere sessioner til både før og efter udskrivelsen fra ambulatoriet.

Forsøgsdesign

Deltagerne i studiet bliver fordelt på to grupper: En kontrolgruppe, og en fokusgruppe som får tillægget til deres opstartsforløb. Kun fokusgruppen vil på forhånd blive spurgt, om de vil være med i forsøget. Fokusgruppen vil få at vide, at de får et alternativt opstartsforløb, hvor alle de normale procedurer også er inkluderet, og at de skal give feedback når opstartsforløbet er gennemført. Kontrolgruppen bliver fundet iblandt patienter, som lige har været igennem det normale opstartsforløb. De vil blive bedt om at give anonym feedback til deres opstartsforløb.

Alle forsøgspersonerne vil blive tildelt identiske spørgeskemaer, som inkluderer spørgsmål som:

- Hvor afklaret er du omkring din diagnose? Vil du vide mere?
- Føler du dig fortrolig med de fundamentale aspekter af diagnosen?
- Føler du dig udstyret til at kunne regulere dig selv ordentligt?
- Hvor klar er du til at lave evt. ændringer i dit liv med hensyn til motion, kost, rutinetjek og regulering af dit blodsukker?
- Føler du dig tryk ved at informere og få hjælp af din omgangskreds i forhold til diagnosen?
- Frygter du evt. senkomplikationer?
- Andre tanker og ris/ros til opstartsforløbet.

Ved flere af spørgsmålene vil man kunne udtrykke sig i, hvor stor en grad man fx føler sig afklaret, ved at kunne placere sig selv på en skala. Patientens blodsukre fra minimum deres første opfølgning (første ambulatoriebesøg), vil også blive benyttet til at efterprøve tillæggets virkning. Graden af patientens oplevelser/følelser samt blodsukre benyttes i overensstemmelse med reglerne for standardiserede spørgeskemaer¹⁵, hvor dataen kan

¹⁵ Spørgeskemaer med forudbestemte svar, som kan benyttes i statistik.

omdannes numerisk, så de nemmere kan benyttes i statistik. Derudover vil der også være inkluderet et kommentarfelt, som vil bidrage til den kvalitative data.

Et signifikant antal af forsøgspersonerne fra begge grupper vil også blive udvalgt til et interview mhp. yderligere samling af kvalitativ data. Her får de mulighed for at sætte flere ord på, hvordan de har oplevet forløbet, og om de føler sig trygge ved at fortsætte med deres delvist ændret hverdag.

Tidsramme

Pilotforsøgets forløb				
	Diagnose →	Opstartsforløb →	Udskrivning fra hospital →	Dataindsamling
Kontrol-gruppe		Modtager normal behandling	Inkluderes i forløbet	Spørgeskema og interview
Fokus-gruppe	Patienter Inkluderes i forløbet	Modtager normal behandling og tillæg		

Forsøgene med de individuelle patienter kommer til at vare samme tid som en indlæggelse på en diabetesafdeling. Denne periode er typisk en uges tid alt efter patientens behov.

Budget

Budget oversigt (max 20.000,- DKK)				
Udgift	Beskrivelse	Tid (timer)	Timeløn (kr/t)	Pris (DKK)
Uddannelse af personale på diabetesvoksenafdeling ¹⁶	<ul style="list-style-type: none"> - 2 psykologer - 2 sygeplejersker - 2 læger 	6*2=12	1.000	12.000
Statistisk behandling af data	Løn til en statistikker.	3	1.000	3.000
Interviews	Interviews/samtaler med enkelte forsøgspersoner.	x * ½	0	0
Bearbejdning/Rapportskrivning		150	0	0
Materiale/diverse	<ul style="list-style-type: none"> - Transport - Trykning af rapport - Diverse materialer 			3.000
DKK i alt				20.000

¹⁶ Tiden er afsat i personalets almindelige arbejdstid til uddannelse og informering vedr. deres led i tillægsforløbet.

Konklusion (Klinisk relevans)

Ved hjælp af Health Belief Model og psykoedukation kan man skabe en mere præventivt orienteret behandling i diabetesambulatorier og sikre, at mennesker med en IDDM diagnose har de rette redskaber til at udvise selvstændig og forebyggende adfærd. Hvis dette lykkes er der større sandsynlighed for at fremtidige type 1 diabetikere vil opleve en øget livskvalitet og dermed bedre vilkår for at undgå følgesygdomme og psykiske problemer. Det præventive behandlingstillæg vil også reducere mængden af sygemeldinger på jobs og i uddannelser. Samfundsøkonomisk vil man kunne reducere omkostninger til behandling af sygemeldte type 1 diabetikere og sygedagpenge. Hvis denne tillægsbehandling viser sig at være effektiv, kan diabetikeren blive hjulpet inden at det er gået galt, og undgå flere måneders sygmelding.

Perspektivering

I forbindelse med forskningen inden for præventiv adfærd og senkomplikationer og for at understrege vigtigheden af tillægget, kunne man lave et samfundsøkonomisk studie.

Fokusset vil være at undersøge de økonomiske besparelser, som kommer af at handle proaktivt.

Andet vedrørende forskning kunne undersøge vigtigheden af diabetikerens sociale støtte, både fra familie, venner og støttegrupper, når det kommer til at regulere blodsukkeret. Det kunne have en effekt, da der også er blevet foretaget undersøgelser på børn, som viser hvor vigtigt det er for dem, at modtage støtte fra deres forældre.¹⁷

Andre behandlingsforløb med fx folk med hjertekarsygdomme har også arbejdet med vigtigheden af patientens selvopfattelse. Dette kunne forskes i med henblik på at undersøge, hvordan IDDM patienter opfatter deres diagnose, fx om de opfatter sig som syge, og om det har en indvirkning på blodsukkereguleringen.¹⁸

¹⁷ Diabetesforeningen, 2000

¹⁸ Spindler, 2009

Litteraturliste

- Allison, Kenneth R. m.fl. "Perceived Barriers to Physical Activity among High School Students" American Health Foundation, Academic Press (1999)
- Diabetesforeningen, "Rapport 8: Det tredje Rum", Diabetesforeningen (2000)
- Ducat, Lee m.fl. "The Mental Health Comorbidities of Diabetes", JAMA (2014)
- Larsen, Ole Schultz "Psykologiens veje", Systime (2008)
- Melville, Nancy A. "Mental-Health Risks of Diabetes Underrecognized" www.medscape.com (2014)
- Roberts, Albert R. og Kenneth R. Yeager "Foundations og Evidence-Based Social Work Practice", Oxford University Press (2006)
- Spindler, Helle "Du er ikke alene – Tanker og følelsesmæssige reaktioner efter hjertekarsygdom", Hjerteforeningen (2009)
- Vestergaard, Henrik "Senkomplikationer ved diabetes", sundhed.dk (2009)
<https://www.sundhed.dk/borger/sygdomme-a-aa/hormoner-og-stofskifte/sygdomme/diabetes-generelt/senkomplikationer-ved-diabetes/>
- Utwente.nl "Health Belief Model"
https://www.utwente.nl/cw/theorieenoverzicht/theory%20clusters/health%20communication/health_belief_model/

Bilag

- Konceptmodel til "Health Belief Model"

https://www.utwente.nl/cw/theorieenoverzicht/theory%20clusters/health%20communication/health_belief_model/

