

**Metaboll kontroll hos diabetiker med
journaldokumenterad psykisk ohälsa -
Journalstudie på Vingåkers Vårdcentral under perioden
2011-06-01—2012-05-31**

Cristina Oprisa Lövdahl
ST-läkare Allmänmedicin

ST-projektarbete Landstinget Sörmland

Handledare:
Thorne Wallman
Adj Lektor, MedDr, Allmänläkare

Bakgrund

Diabetes typ 2 är en av våra så kallade ”folksjukdomar”. Wändell PE har visat i en litteraturstudie att diabetiker med psykiatrisk diagnos eller psykiatrisk medicinering har en sämre livskvalitet än de som har inte psykiatrisk diagnos [1]. Samma studie visar att äldre diabetiker typ 2 med sämre metaboll kontroll har sämre livskvalitet [1]. 2004 publicerades en australiensisk studie med avsikt att evaluera samsjuklighet med diabetes och depression och påverkan på livskvalitet. Studien har som konklusion att diabetes och depression samsjuklighet behöver noggrann handläggning på grund av påverkan på livskvalitet [2].

Intuitivt borde sämre psykiskt mående göra att patienterna har sämre förmåga att genomföra fysisk aktivitet, att hålla en regelbunden måltidsordning och komma på regelbundna kontroller. Detta påverkar diabetesprogressen negativt och kan leda till utveckling av komplikationer på grund av sämre metaboll kontroll tidigare än hos diabetiker utan PD (psykiatrisk diagnos). I en studie 1988 har man noterat att det finns fler diabetiker med psykiska symptom som har en eller flera komplikationer än de utan psykiska symptom [3].

De flesta mediciner som används i behandling av både depression och bipolär sjukdom har som vanlig biverkning viktuppgång som i sig medför risk för dålig metaboll kontroll. En direkt diabetogen effekt kan också noteras hos neuroleptika (läkemedel som används vid schizofreni samt psykotiska tillstånd [4]). Även i denna patientgrupp borde sjukdomen i sig medföra svårigheter att följa livsstilsrekommendationer såsom regelbunden fysisk aktivitet, regelbundna måltider, anpassad kost mm. Det kan vara svårt att göra livsstilsförändringar som är nödvändiga hos diabetiker.

Stöd för studien kan man hitta i ett flertal tidigare undersökningar. Affektiva sjukdomar och ångesttillstånd är de vanligaste diagnoserna hos diabetiker med PD [5].

Diabeteskomplikationer i sig kan orsaka depression, t. ex diabetesneuropati som eventuellt kan predisponera för depression [6,7].

I en prospektiv representativ studie har man sett att depression kan förutse (prediktera) problem med läkemedelscompliance och dålig metaboll kontroll vid uppföljning på diabetesmottagning [8]

Flera studier [9,10,11] som har visat samband mellan diabetes och PD (depression, ångesttillstånd) och dålig metaboll kontroll ställer frågan, eller har som förslag, att diabetiker med PD eventuellt behöver mera insatser och stöd från diabetesteam för läkemedelscompliance och livsstilsförändringar.

Det finns en studie som har tittat på samband mellan glykemisk kontroll och svår depression hos 33 typ 1 diabetiker och 38 typ 2 diabetiker [12]. Konklusionen i denna studie är att diabetiker typ 1 med livslång depression har sämre glykemisk kontroll än de utan PD men diabetiker typ 2 har inte haft betydligt sämre glykemisk kontroll än dem utan PD.

Hypotes

Diabetiker typ 2 med psykiatrisk diagnos har sämre metaboll kontroll än diabetiker typ 2 utan psykiatrisk diagnos på grund av sämre medicinsk compliance och att de inte följer allmänna råd för diabetiker till exempel livsstil, jobb, motion, kost.

Denna retrospektiva kvantitativa studie görs för att verifiera eller omkullkasta hypotesen.

Syfte

Syftet är att hjälpa patienterna genom ökade utbildningsinsatser för dem själva och deras anhöriga samt öka deras livskvalitet.

Metod

Undersökningen genomfördes som en retrospektiv journalgranskning på Vingåkers Vårdcentral. Patientmaterialet hämtades från Diabetes Registret på Vingåkers Vårdcentral under perioden 2011-06-01—2012-05-31.

Vingåkers Vårdcentral är den enda VC i Vingåkers Kommun och är belägen i västra Sörmland på gränsen till Östergötland och Närke. VC har ca 7800 patienter med ca 400 registrerade diabetiker, 4 % av vårdcentralens patienter.

I denna studie har HbA1c-värdet använts som utvärdering av metaboll kontroll. HbA1c (glycerat hemoglobin) visar medelnivån på glukos under huvudsakligen de senaste 4 veckorna och i mindre utsträckning tiden dessförinnan [13]. HbA1c-målvärdet för god diabetes kontroll är i Nationella riktlinjer för diabetesvården 2010 angivet till 6,0% (Mono-S) som motsvarar 52 mmol/mol (IFCC) [14]. Under en ettårsperiod borde en diabetiker komma för kontroll en gång hos läkare och en gång hos diabetessjuksköterska, benämns HbA1c 1 och HbA1c 2 och HbA1c medel. Ibland finns flera mätningar och dessa benämns HbA1c 3 och HbA1c 4.

I begreppet psykisk ohälsa har man inkluderat patienter med psykiatrisk diagnos, psykiatrisk läkemedelsbehandling och/eller beteendevetarkontakt angivna i primärvårdsjournalen under studerad period. För psykiatrisk diagnos har man använt ICD 10 diagnoskod för primärvård (F-diagnos och G30 (Alzheimers sjukdom)) angiven under tiden 2011-06-01—12-05-31. Psykiatrisk läkemedelsbehandling inkluderas enligt FASS ATC-systemet :grupperna N05, N06, N07. Ålder, kön, diabetesbehandling och diabetesdebutår registrerades.

Då patienterna vårdas (och har vårdats) av två erfarna, fast anställda, diabetessköterskor under hela den studietiden kan många av de faktorer som annars påverkar behandlingsresultatet räknas bort: kontinuitet vid uppföljning/utvärdering, kontinuerlig och oförändrad information och utbildning, stort personligt engagemang, eftersom det finns en stabil och kontinuerlig relation till varje patient.

Eftersom Vingåkers kommun är en gränskommun sköts en del av våra diabetiker av läkare i gränskommuner men de har kontakt med Vingåkers vårdcentralers diabetessköterskor.

Hypotesprövning

För att testa om det finns någon skillnad mellan de två grupperna med avseende på HbA1c-medelvärde, har här nollhypotesen, att de inte skiljer sig åt ställts upp mot alternativ hypotesen att de skiljer sig åt. P-värdet som beräknats är 0,065 vilket betyder att det är 6,5 procents sannolikhet att få det värde på skillnaden mellan medelvärdena eller ett som är större om nollhypotesen är sann. Vi tror således att nollhypotesen är falsk och vi förkastar den på 6,5-procentsnivån. Följaktligen accepterar vi alternativhypotesen att det finns en skillnad mellan medelvärdena. Det innebär också att det är 6,5 procents sannolikhet att viga ett så kallat typ I-fel, det vill säga att vi förkastar nollhypotesen trots att den är sann.

Det 95-procentiga konfidensintervallet för skillnaden mellan medelvärdena sträcker sig från -7,3 till 0,22. På $\alpha=5$ procentsnivån innehåller alltså konfidensintervallet värdet noll (0), vilket betyder att skillnaden kan vara noll. Slutsatsen är alltså att det finns en statistisk skillnad (på 6,5 procentsnivån men inte på 5,0 procentsnivån) mellan medelvärdena i de båda

grupperna men som visats tidigare gränserna för de 95 procentiga konfidensintervallen överlappar varandra. Detta indikerar att grupperna inte skiljer sig mycket.

Resultat

Beskrivning av undersökningsgruppen

384 diabetiker fanns registrerade vid vårdcentralen. Två av dessa uteslöts direkt (en bodde i annat län, en uppfyllde inte diagnoskravet).

Totalt antal studerade diabetiker var 382, 188 kvinnor och 194 män.

Kön	Antal patienter
Kvinnor	188
Män	194
Totalt	382

Åldersfördelning visar att de flesta patienterna (125 patienter) var mellan 61-70 år gamla. 3 patienter var under 40 år gamla och 8 patienter var över 91 år gamla.

Ålder interval	Antal patienter
- 40	3
41-50	23
51-60	65
61-70	125
71-80	99
81-90	59
91+	8
Totalt	382

Av de 382 saknade 182 diagnos angiven under studieperioden. 18 patienter hade Diabetes typ 1 som diagnos.

Patienterna kunde ha behandling i form av: endast kostbehandling, endast tablett behandling, endast insulin behandling eller kombinationsbehandling(tablett och insulin).

Endast kost	63
Endast tablett behandling	182
Endast insulinbehandling	73
Kombinationsbehandling	64
Totalt antal	382

Av 382 patienter hade 20 en psykiatrisk diagnoskod i primärvårdsjournaler, 76 patienter hade psykiatrisk medicinering och 11 patienter hade beteendevetarkontakt.

Psykiatrisk diagnos	20
Ej psykiatrisk diagnos	362
Total	382

Antal patienter som har psykmedicinering

Ej medicinering mot psykisksjukdom	306
Medicinering mot psykisksjukdom	76
Total	382

Kontakt med beteendevetare

Inte någon kontakt med beteendevetare	371
Kontakt med beteendevetare	11
Total	382

Psykisk ohälsa - med psykisk ohälsa menas att man antingen har fått en psykiatrisk diagnos eller att man fått medicin mot psykiatrisk sjukdom eller att man haft kontakt med beteendevetare. I studien var det alltså 82 patienter som har psykisk ohälsa.

Ej psykisk ohälsa	300
Psykisk ohälsa	82
Total	382

Diabetiker med eller utan psykisk ohälsa

Patientgruppen om 382 individer delades i 2 grupper a) med psykisk ohälsa och b) utan psykisk ohälsa.

Av 82 patienter som uppfyllde kriterierna för psykisk ohälsa saknade tre registrerat HbA1c-värde varför endast 79 av dessa inkluderades.

Av de 300 patienterna utan psykisk ohälsa saknade 11 registrerat HbA1c-värde varför endast 289 togs med i studien.

Totalt exkluderades alltså 14 patienter på grund av att inget HbA1c noterats i journalen under observationstiden.

Ej psykisk ohälsa	289
Psykisk ohälsa	79
Total	368

Medelvärde för HbA1c i gruppen som inte har psykisk ohälsa är 52,5 och i gruppen med psykisk ohälsa 56,0. Skillnaden är alltså 3,5. Gränserna för de 95 procentiga konfidensintervallen framgår av tabellen nedan. Man kan notera att värdena överlappar varandra.

	Ej psykisk ohälsa(%)	Psykisk ohälsa(%)
Medelvärde HbA1c1	52,53 (CI 51,13-53,94)	56,05 (CI 52,57-59,53)

Diskussion

Denna retrospektiva deskriptiva studie omfattar 384 patientjournaler förda vid Vingåkers vårdcentral i Södermanland under tiden från och med 2011-06-01 till och med 2012-05-31. Det studerade materialet utgörs av 382 patienter som registrerats i NDR (Nationella Diabetes Registret) av vårdcentralens diabetessjuksköterskor under den aktuella tidsperioden. Meningen med studien var fastslå eller förkasta att det föreligger ett samband mellan sämre reglerat diabetesläge vid samsjuklighet med diabetes och förekomst av psykisk sjukdom.

Under den studerade ettårsperioden borde patienterna (enligt de nationella rekommendationerna, NRD) ha besökt läkare och diabetessjuksköterska vid två separata tillfällen och i samband med dessa besök borde HbA1c ha kontrollerats.

Det studerade patientmaterialet fördelar sig på fem grupper avseende kontrollfrekvens – de som inte kontrollerats alls, de som kontrollerats vid ett, två, tre respektive fyra tillfällen. Orsakerna till fördelningen kan vara flera. Möjliga förklaringar skulle kunna vara: Patienten har vägrat provtagning, höga analysvärden har motiverat förnyad provtagning, provtagning har skett utanför den studerade tidsperioden, patienten har sin läkarkontakt utanför vårdcentralen (annan länstillhörighet eller privatläkarkontakt) och utnyttjar endast diabetessköterskekompetensen, diagnosen har fastslagits under studietiden, patienten har avlidit under den studerade tidsrymden.

Psykisk ohälsa har antagits föreligga om patienten fått en psykiatrisk diagnos i journalsystemet under den studerade perioden, haft kontakt med beteendevetare, fått förskrivning av psykofarmaka eller kombinationer av dessa tre. Om patienten endast fått behandling mot psykiatriska besvär med sömnmedel och/eller sedativa har de uteslutits då denna medicinering inte kan anses vara patognomon för psykisk sjukdom. Beteendevetarkontakt (kurator) på vårdcentral har kunnat bekräftas men däremot har det inte varit möjligt för författaren att kontrollera huruvida patienten fått psykoterapi eller ej (dessa besök dokumenteras i SRS - SpecialistRehabilitering i Sörmland - och patientens medgivande skulle krävas för åtkomst).

Ett stort antal patienter har inte fått diabetesdiagnosen registrerad under den studerade tiden då undersökande läkare underlåtit detta (troligtvis på grund av att årsbesöket även omfattat patientens andra sjukdomstillstånd t ex hypertoni) eller på grund av att de inte genomfört något läkarbesök alls.

I de Nationella Riktlinjerna för Diabetesvård (NDR) betonas vikten av patientens aktiva deltagande i behandling och egenvård [15]. Det förutsätts att patienten får möjlighet att ta välinformerade egenvårdsbeslut och detta i sin tur förutsätter ett välfungerande utbildnings- och uppföljnings-/utvärderingsprogram inom primärvården lokalt.

Sjukvårdens insatser vid vård av diabetiker måste också enligt NDR individualiseras så att alla patienter får samma möjligheter att uppnå dessa mål. Detta innebär att sjukvården måste ta speciella hänsyn, och vid behov avsätta extra resurser och tid för utbildning och uppföljning, när patienternas kognitiva förmågor och förmåga till följsamhet till behandlingsrekommendationer (compliance) är under genomsnittet som fallet kan vara vid demens, mental retardation, missbruk, psykisk ohälsa etc. [15]

Konklusion

Resultatet kan påvisa en tendens till, men ingen statistiskt verifierad, skillnad i HbA1c-medelvärden mellan diabetiker med respektive utan samtidig psykisk ohälsa.

En väl fungerande diabetessjukvård med lika förutsättningar för alla patienter att uppnå sina behandlingsmål, det vill säga en god diabetes kontroll, kräver tillgång till ett välutbildat och sammansvetsat diabetesteam –diabetesansvarig läkare och diabetessjuksköterskor - men även andra yrkeskategorier som t. ex kurator, sjukgymnast kan behöva involveras.

Denna studie har visat att en väl sammanhållen och lokalt förankrad (under många år samma fast anställda och mycket engagerade diabetessjuksköterskor) diabetesorganisation mycket väl förmår minimera den förväntade skillnaden i metabol kontroll mellan diabetiker med och utan parallell psykisk ohälsa.

Referenser

- [1] Wändell PE. Quality of life of patients with diabetes mellitus. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 2005; 23:68-74.
- [2] Goldney RD, Phillips PJ, Fisher LJ, Wilson DH. Diabetes, depression, and quality of life: a population study. *Diabetes Care*. 2004 May; 27(5):1066-70.
- [3] Robinson N, Fuller JH, Edmeades SP. Depression and diabetes. *Diabet Med*. 1998 Apr;5(3):268-74.
- [4] Medved V, Jovanovic N, Knapic VP. The comorbidity of diabetes mellitus and psychiatric disorders. *Psychiatr Danub*. 2009 Dec;21(4):585-8.
- [5] Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, Cryer PE. Psychiatric illness in diabetes mellitus. Relationship to symptoms and glucose control. *J Nerv Ment Dis*. 1986 Dec;174(12):736-42
- [6] Stankovic Z, Jasovic-Gasic M, Zamaklar M. Psycho-social and clinical variables associated with depression in patients with type 2 diabetes. *Psychiatr Danub*. 2011 Mar;23(1):34-44.
- [7] Lee HJ, Chapa D, Kao CW, Jones D, Kapustin J, Smith J, Krichten C, Donner T, Thommas SA, Friedman E. Depression, quality of life, and glycemic control in individuals with type 2 diabetes. *J Am Acad Nurse Pract*. 2009 Apr;21(4):14-24.
- [8] Dirmmaier J, Watzke B, Koch U, Schulz H, Lehnert H, Pieper L, Wittchen HU. Diabetes in primary care: prospective associations between depression, nonadherence and glycemic control. *Psychoter Psychosom*. 2010;79(3):172-8. Epub 2010 Mar 17.
- [9] Gois C, Barbosa A, Ferro A, Santos AL, Sousa F, Akiskal H, Akiskal K, Figueira ML. The role of affective temperaments in metabolic control in patients with type 2 diabetes. *J Affect Disord*. 2011 Nov; 134(1-3):52-8. Epub 2011 Jun 8.
- [10] Papelbaum M, Moreira RO, Coutinho W, Kupfer R, Zagury L, Freitas S, Appolinario JC. Depression, glycemic control and type 2 diabetes. *Diabetol Metab Syndr*. 2011 Oct 7;3(1):26.
- [11] Zuberi SI, Syed EU, Bhatti JA. Association of depression with treatment outcomes in Type 2 Diabetes Mellitus: a cross-sectional study from Karachi, Pakistan. *BMC Psychiatry*. 2011 Feb 15; 11:27.
- [12] de Groot M, Jacobson AM, Samson JA, Welch G. Glycemic control and major depression in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus. *J Psychosom Res*. 1999 May; 46(5):425-35.
- [13] Agardh Carl-David, Berne Christian, Under redaktion. Liber. Fjärde upplagan. 2010. Diabetes. Kapitel 22. Sida 256.
- [14] Nationella riktlinjier för diabetsvården 2010. Förebygga diabetes komplikation. Stockholm :Socialstyrelsen; 2010. <http://www.socialstyrelsen.se>
- [15] Nationella riktlinjier för diabetsvården 2010. Omvårdnad 32-34. <http://www.socialstyrelsen.se/Lists/Artikelkatalog/Attachments/17924/2010-2-2.pdf>. Accessed February 12, 2013.