

Samarbeidsmøte

31.januar 2016
Rikshospitalet

Mestringsproblemet

Jon Haug

Spesialist i klinisk psykologi, dr.philos
Oslo Diabetes Forskningscenter, Psykosomatisk Institutt



Begge har diabetes – hva er forskjellen?



Aron Antonovsky

(1923-1994)

Tar avstand fra en inndeling mellom syk og frisk, og ønsker i stedet å se helse som et kontinuum mellom alvorlig syk og fullstendig frisk.

Det salutogene perspektivet styrer interessen mot de faktorer som bringer en så nær den friske polen som mulig

Avgjørende for hvordan vi greier oss er vår opplevelse av sammenheng (*sense of coherence*) For å oppnå denne følelsen av sammenheng i tilværelsen må vi:

- * Kunne forstå situasjonen (*comprehensibility*)
- * Ha tro på at vi kan finne fram løsninger (*manageability*)
- * Finne god mening i å forsøke på det (*meaningfulness*)





Medisin og psykologi er uløselig knyttet sammen

- Mennesket kan ikke deles i to
- Psykologiske konsekvenser kan være ”naturlige” og ”normale”
- Konsekvensene kan være forankret i selve sykdommen
- Sykdommen behøver ikke å føre til psykologiske tilleggsproblemer



Diabetes berører grunnprosessen i organismen

”Jeg blir ikke meg selv når jeg mangler insulin. Jeg orker ikke noe, og jeg fungerer ikke. Jeg mister også energien når jeg trenger mat, og jeg føler et desperat behov for å spise. Jeg kan ikke lene meg tilbake å la kroppen fortelle meg hva jeg trenger og hva jeg skal gjøre. Hvis jeg gjorde det så kunne jeg komme til å spise når jeg egentlig trengte insulin, eller komme til å spise alt for mye når jeg ikke behøvde mer enn litt for å få opp blodsukkeret. Det å handle riktig og fornuftig er i seg selv veldig energikrevende når du ikke har noe å gå på fra før. Jeg tappes derfor egentlig for energi på to måter. Jeg mangler karbohydrater eller insulin og jeg må bruke krefter på å forstå hva jeg trenger slik at jeg kan skaffe meg det”

(kvinne, 36 år)

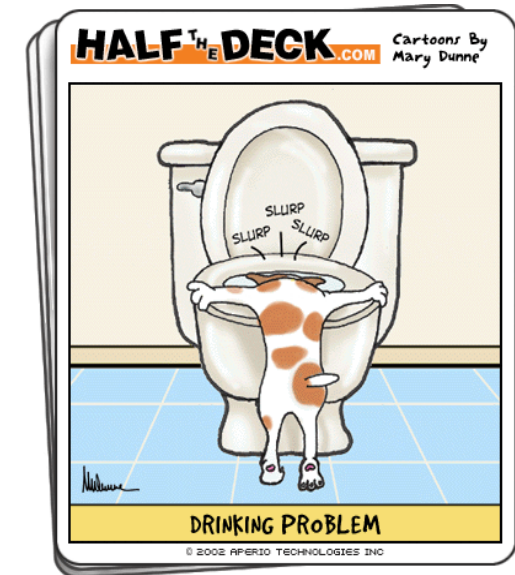
Hva er diabetes?

- **Diabetes er primært en reguleringsoppgave**

Hva skal reguleres?

- Blodsukkeret kan **ikke** reguleres direkte
- Insulinmengden **kan** reguleres
- Insulinvirkningen kan **i noen grad** reguleres
- Matmengden/karbohydratmengden **kan** reguleres
- Energiforbruket kan **i noen grad** reguleres
- Følelsene kan **i liten grad** reguleres
- Feildoseringer kan **ikke** unngås

Reguleringsoppgaven er svært **komplisert, krevende, forvirrende og uforutsigbar.**





Sitater

- ”Blodsukkeret mitt varierer mellom 0 og 30. Det beste er å ligge midt på skalaen for da er det lengst vei til ytterpunktene”
- ”Det beste er å spise litt når blodsukkeret viser seg å ligge lavt, men hva trenger jeg av insulin til det jeg da skal spise?”
- ”For stort fokus på hva blodsukkeret er kan føre til en ”permanent” usikkerhet på hva blodsukkeret er”
- ”Blodsukkerverdiene skremmer meg hvis de er for høye eller for lave. Derfor må jeg teste dem hele tiden så jeg ikke blir redd når jeg ser svaret, og derfor er jeg også redd nesten hele tiden”
- ”For å opprettholde følelsen av kontroll når jeg skal styre blodsukkeret tilfredsstillende forsøkte jeg å slutte å spise. Da var det enklere å regulere blodsukkeret. På kvelden klarte jeg ikke å holde meg lenger – jeg måtte spise. Dette førte til at jeg mistet følelsen av kontroll og styring”
- ”Det er ikke den lave blodsukkerverdien i seg selv som er skremmende, men den følelsen som den skaper – følelsen av kontrolltap og maktesløshet. Redselen for ikke å få blodsukkeret opp igjen fort nok”
- ”alle signaler jeg får fra kroppen kan være bekymringsfulle fordi de kan være forvarsler om enten et fallende eller et stigende blodsukker”

Kompetanse for mestring

etablering av *kompetanse*
gjennom tilegnelse av
psykologisk forståelse for det
som sykdommen krever:

Spesifisitetsteorien

(Haug J: Diabetes i kropp og sinn, 2009)





Datagrunnlaget for teorien

- Studie av barn/ungdom med nyoppdaget diabetes og deres familier
- Oppfølgingsintervju med prosjektdeltakerne 10-12 år senere
- Studie av den innflytelse som diabetes har på levesett (livsstilsstudien)
- Studie av diabetiske spiseforstyrrelser
- Intervensjonsstudie med ungdom med mangelfull glykemisk kontroll
- Bred datainnsamling fra ca. 15 000 terapitimer med personer med ulik alder og diabetesvarighet, og alle med type I-diabetes

(datainnsamlingen og bearbeidingen av disse er presentert og beskrevet i doktorgradsarbeidet som ble forsvart 28.januar 2010)

Type 1 diabetes har spesifikke psykologiske utfordringer

- Det må bygges et *mentalt reguleringsystem* for insulintilførsel og god insulinvirkning
- Det må etableres *en psykologisk drivkraft* for insulintilførsel og god insulinvirkning
- Det må etableres *gode metoder* som kan brukes ved reguleringsfeil
- Det må lages *strategier* som kan brukes i forhold til diabetiske senskader
- Reguleringsoppgaven må *skilles* fra hendelser som ikke er diabetesspesifikke

Teorien bringer også fram forståelsen av at:

- De psykologiske utfordringene er gyldige for *alle* mennesker som får diabetes
- De psykologiske utfordringene er spesifikt knyttet *bare* til diabetes uten gyldighet for andre somatiske diagnoser
- De psykologiske utfordringene kan avledes *direkte* fra de medisinske/objektive forhold som kjennetegner sykdommen
- De psykologiske utfordringene oppleves og håndteres *ulikt* fra person til person

Det ideelle reguleringsystemet

- *det må være lett å erverve seg*

Prinsipper som er hentet fra kybernetikken gjør reguleringsopplegget mer forståelig.

- *det må være lett å bruke*

Når opplegget blir en naturlig rutine i hverdagen så blir det enklere å bruke.

- *det må kunne mestres av de fleste*

Opplegget skal ikke kreve høyere utdanning for å kunne brukes.

- *det må kunne forstås av de fleste*

Opplegget skal kunne drøftes av både barn og voksne, og både ved diabetes Type 1 og diabetes Type 2.

- *det må ha et stort rom for fleksibilitet og individuell tilpasning*

Når livet krever det så må opplegget kunne endres uten store inngripende forandringer.

- *det må ivareta personlige preferanser i forhold til livsstil og livssituasjon*

Opplegget må være tilpasset den du er og det livet du lever.

- *det behøver ikke å være perfekt fordi kroppen har toleranse for det ikke – perfekte*

Stramme regler og rigide forordninger fungerer dårlig for de fleste

- *det må ha integrert tidsdimensjonene (fortid – nåtid – framtid)*

Insulinbehovet er tilstede gjennom hele døgnet, og opplegget må være tilpasset dette.

- *det må skape nærhet i tid mellom tiltak og effekt*

Det må være lett å registrere og vurdere virkningen av reguleringstiltak som gjøres.

Diabetes – en livstidsdom? transplantasjon – en løsning?

*”vi setter ikke inn en ny motor
i et gammelt karosseri”*

*(uttalelse fra fastlegen når
pasienten anmodet om insulinpumpe)*



Jeg har en drøm om



- At psykologien blir sett på som en ressurs, og ikke som en negativ tilleggsbelastning
- At psykologisk forståelse blir en side av alle faggruppers kompetanse og yrkesutøvelse
- At ideen om diabetesteam realiseres i hele landet

Takk for oppmerksomheten

