

Diabetiske øjensygdomme, øjenforandringer, kontrol og behandlinger.

v. læge ph.d. Anne Thykær OUH

I 2030 forventes der at være 230 mill. mennesker på verdensplan med diabetes.

Hvad er diabetes (DM)? En abnorm kulhydratmetabolisme med hyperglycæmi.

DM1: Udgør 10%. En autoimmun ødelæggelse af insulinproducerende celler.

DM2: Udgør 90%. Insulinresistens, dvs. at der produceres for lidt insulin.

I Danmark forventes der i 2030 at være 467.00 mennesker med DM.

Symptomer: tørst, mundtørhed, øget vandladning, hudkløe, humørændringer.

Komplikationer:

Makrovaskulært: Forandringer i de store blodkar, især hjertet. Udvikletr sig hurtigt ved DM 2.

Mikrovaskulært: Forandringer i de små blodkar, udvikler sig langsomt (senkomplikationer) f.eks nefropati, neuropati, retinopati.

Retinopati: Hyppigst forekommende senkomplikation. Næsten alle med DM1 får det.

Risikofaktorer: Højt blodsukker, ustabil blodsukker, lang sygdomsvarighed (mest DM!), højt blodtryk, højt kolesterol, overvægt, rygning.

Forandringer: Skrøbeligheder i karvæggen fører til mikroaneurismer, skrøbelige kar lækker og medfører blødninger. Større kar ændrer tykkelse og slynger sig, laver "garannøgler". Der dannes nye kar pga. nedsat iltforsyning til retina. Disse kar vokser meget og der er risiko for, de bløder. Der kan dannes hårde eksudater, dvs. lipidophobninger.

Forandringerne deles i 4 grader:

1-3: Nonpoliferative forandringer. (NPDR)

Grad 1: Mild NPDR med mikroaneurismer

Grad 2: Moderat NPDR. Mere end mikroaneurismer, men mindre end svær NPDR.

Grad 3: Intraretnale blødninger, venøse forandringer og/eller intraretinale mikrovaskulære abnormaliteter (IRMA)

Grad 4: Poliferative forandringer. Karydannelser, som kræver behandling, da der er risiko for blødning, traktionsamotio pga. fibrosedannelse.

Behandling: Laser (Panretinal) Når nethinden ødelægges med laser, nedsættes iltbehovet, dermed reduceres risikoen for karyndannelse.

Anti VEGF injektiner.

Fokal laserbehandling. Ved makulanære forandringer, ødem.

Vitrektomi. Ved blødning og traktionsamotio

Kun grad 4 kan behandles.

Indtil grad 4 screenes mhp. optimering af behandling og forebyggelse.

Alle over 12 år med konstateret DM screenes. Screening opstartes 5 år efter diagnostidpunkt ved DM 1, startes straks ved DM 2. Screeningen foretages af praktiserende øjenlæger eller hospitalsafdelinger. Screeningen foretages ifølge nationale kliniske guidelines, der beskriver intervaller, krav til apparatur mm. Ca. 80% screenes i praksis, 20% screenes på hospitaler.

Ca 80% har ingen forandringer, ca. 8% har PDR.

Ved screeningen tages fundusfoto, evt. OCT og klinisk undersøgelse, patientens blodtryk og blodsukker vurderes.

Intervallerne følger retningslinier i forhold til graden af forandringer. Alle screeninger indrapporteres til DIABase, en dansk kvalitetsdatabase for diabetisk retinopati, etableret i 2013. Her indrapporteres graden af diabetisk retinopati, screenende læge, dato for screening og dato for næste anbefalede screening.

Grad 1-3 kan forsvinde igen ved optimering af behandling og livsstil. Grad 4 forsvinder ikke.

Et effektivt screeningsprogram kræver deltagelse, i sit ph.d projekt har Anne Thykær bl.a forsket i udeblivelser.

53% følger screeningsprogrammet efter planen.

35,5% deltager forsinket.

12% kommer første gang, men udebliver efterfølgende.

Hvem udebliver: Patienter med behov for øjenundersøgelse, yngre patienter, patienter med dårlige sociale og økonomiske forhold.

Udeblivelse øger risikoen for klinisk signifikant forværring mere end 2 gange, risikoen stiger med antallet af forsinkelser.

Hvorfor udeblivelser ? Kan deles patientrelaterede barrierer og systemrelaterede barrierer.

Patientrelaterede barrierer: Angst, ved ikke hvad, der skal ske, frygt for sygdommen, manglende kendskab til sygdommen, non-compliance med behandling, manglende sygdomsindsigt, manglende forståelse for konsekvenser, tror screening sker hos optiker, tror screening sker hos egen læge, socialøkonomisk skævvridning, mange aftale i sundhedssystemet, manglende netværk.

Systemrelaterede barrierer: Kommunikation mellem læge og patient, læge og læge, misforståelser, manglende opfølgning, logistik, adgang til offentlig transport, øvrige transportudfordringer, lange ventetider, manglende invitation, får ikke bestilt tid ved praksisøjnlæge, genindkaldes ikke, fejl i computersystemer ved hospitaler.

Initiativer der øger deltagelsen: Indkaldelse til screening/reminder op til screening, same-dags screening, inkluderende og venlig opførsel fra sundhedspersonale, tolkning ved behov, nemt tilgængelige (mobile) screeningsfaciliteter, oplysning (nationale, regionale, lokale kampagner), målrettet indsats hos praktiserende læger

Fremtiden for DR screening: Billeder vurderes med kunstig intelligens, kræver dog meget forarbejde.

Sygepleje til patienter i diabetes øjenklinikken ved Tina Bjerre, specialeansvarlig sygeplejerske, AUH

Diabetesøjneklinikken er oprettet i 1992.. Der foretages selvstændige sygeplejerskekontroller, sammen sygeplejerske fortager alle undersøgelser. Patienter henvist fra praktiserende øjnlæge ses af læge samme dag. Sygeplejersker graderer billeder og sorterer dem til videre gradering af øjnlæge.

Hvad kendetegner gruppen af DM patienter? Er hårdt ramt af senkomplikationer, det kan være svært for pt. At afse tid til undersøgelser og behandlinger.

Aftaler i arbejdstiden kan være svære at overholde for nogle patienter, der er stor forskel på ansættelsesvilkår.

Angst for at miste synet fylder for de fleste, der får retinale forandringer. Denne angst forstærkes ved behov for mange besøg i øjenafdelingen.

Flere mænd end kvinder får synstruende forandringer.

Risikoen øges ved dårligt socialt netværk, dårlig økonomi samt bopælsområde.

Viden om risikofaktorer er vigtig i forhold til at reducere risikoen for synstruende forandringer, målrette indsatsen i forhold til de mest udsatte patienter, da ikke alle patienter har lige meget gavn af sundhedstilbud.

Sundhedskompetence (health literacy)

Definition: Patienters/borgeres mulighed for at tilgå, forstå og handle på information om sundhed. Sundhedskompetence inkluderer også evnen til at kunne forholde sig kritisk i mødet med sundhedsprofessionelle og evnen til at opsøge og navigere i sundhedsvæsenet.

I klinikken behandles patienterne efter evne og kompetencer. Der tilbydes hjælp til at læse og forstå information relateret til helbred.

Sygeplejersken som stifinder: Hjælp til patienten med at finde vej gennem systemet, praktisk hjælp til at koordinere forløb, finde vej, finde busser til/ fra hospitalet. Samarbejde både i egen afdeling og på tværs af afdelinger.

Vejledning til patienten om: Alvorlige synstruende forandringer kan være symptomløse, derfor er kontroller vigtige.

Når behandlingen og ikke forandringen påvirker synet.

Vigtigt at forandringer opdages og behandles i tide.

Når corpusblødninger påvirker synet, men skal klare op af sig selv.

God kommunikation vigtig i det korte møde. Forstår patienten mundlig og skriftlig information? Dårlig reguleret DM øger risikoen for kognitive forstyrrelser og nedsat hukommelse, dette må der tages højde for i kommunikationen med patienten.

Shifting perspectives model: Model, som belyser hvordan patienten oplever, at leve med en kronisk sygdom. Modellen beskriver et kontinuerligt skiftende perspektiv på sundhed og sygdom.

Perspektiv defineres som: Antagelser, opfattelser, forventninger, tilgang og oplevelser af, hvad det vil sige at leve med en kronisk sygdom i en bestemt kontekst.

Perspektivet afgør, hvordan patienten reagerer på sygdom, sig selv, sundhedspersonale og situationer, der bliver påvirket af den kroniske sygdom.

Illness perspektivet i forgrunden : Focus på sygdom, lidelser, tab og byrde. Sygdom ses som noget ødelæggende, har svært ved at forholde sig til andres behov. Denne tilgang er især utalt ved nydiagnosticerede og når der sker ændringer i sygdommen.

Wellness perspektivet i forgrunde: Sygdommen ses som en mulighed, der er balance mellem egen identitet, identitet formet af sygdommen, andres opfattelse af sygdommen og livsbegivenheder. Der er overskud til at fokusere på emotionelle, spirituelle og sociale aspekter af livet. Patienten har opmærksomhed på omgivelser og mennesker omkring sig.

Når shifting perspectives model anvendes I sygeplejen udforskes patientens perspektiver på sygdommen. Fornægter han? Tages der hensyn til sygdommen? Prioriterer patienten tid og ressourcer på undersøgelser og behandlinger? Er der kun fokus på sygdom og lidelse? Hvilket netværk har patienten? Hvordan støttes patient og pårørende bedst?

Hvis sundhedspersonale og patient har forskellige perspektiver, er der fare for at tale forbi hinanden, For patienten kan det være svært både at leve et normalt liv og have fokus på sundhed og have fokus på sygdom og behandling. Når patienten ofte skal til undersøgelser og behandlinger, kan det være svært at holde fokus på sundhed. Nogle patienter løser dette ved at udeblive.

Ifølge videnscenter for diabetes har en stor del af patienterne kontakt til psykiatrien eller får behandling for psykiske lidelser. Risikoen for depression er 2-3 gange større hos diabetikere,

mange har en ukonstateret depression. Ofte er det tilfældigt, om psykiske problemer italesættes eller journalføres, når patienten er til undersøgelse.

Diabetisk retinopati og synstab øger risikoen for depression, ligesom diabetesreguleringen ofte bliver dårligere ved depression, dermed en øget risiko for diabetiske øjenforandringer. Flere anbefaler derfor at screene patienter med DM for depression. Der findes flere forskellige screeningsværktøjer, forskellige i indhold, længde og om fokus er positive eller negative symptomer. Fælles for alle screeningsmodeller er dog, at diagnosen ikke alene kan stilles ud fra screening, der skal følges op med samtale.

I forhold til at udføre screeningen i ambulatoriet skal følgende overvejes: Hvor ofte og af hvem skal patienterne screenes? Er det alle eller kun udvalgte? Bliver patienten screenet på flere afdelinger? Ofte udfyldes de tilsendte skemaer ikke, hvor og hvornår skal de udfyldes? Hvad gør man i forhold til patienter, der udebliver? Der kan både være falsk positive og falsk negative svar. Hvad gør man med svarene? Hvordan handle på resultaterne? I øjenambulatoriet er der kun kort tid til hver patient, bruges der mere tid bliver ventetiden på undersøgelse og behandling længere. Det er vigtigt at der er tid, hvis der "tages hul på" psykiske problemer, samtalen skal gøres færdig..

Det er vigtigt ikke kun at fokusere på depression. At have en kronisk sygdom kan give patienten en stressreaktion, som også giver patienten udfordringer. Ved kun at fokusere på depression kan andre ting overses.

Sundhedspersonalets kommunikation med- og tilgang til patienten kan have afgørende betydning for patientens perspektiv og håndtering af egen situation.