

Notat vedrørende høringssvar til national klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for diabetiske fodsår har været i bred offentlig høring fra den 24. maj – 14. maj 2013.

Med Finanslov 2012 blev der afsat 20 mio. kr. årligt for 2012-2015 til at udarbejde nationale kliniske retningslinjer. Den nationale kliniske retningslinje for diabetiske fodsår er den første af disse retningslinjer og er et pilotprojekt. Retningslinjen blev endeligt offentliggjort 1. juli 2013.

Sundhedsstyrelsen modtog i alt 17 høringssvar til retningslinjen fra nedenstående parter:

- Center for kliniske retningslinjer
- Danske Fysioterapeuter
- Danske Patienter
- Danske Regioner
- Dansk Ortopædisk Selskab
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin
- DASYS
- Diabetesforeningen
- Ergoterapeutforeningen
- FOA
- Kommunernes Landsforening
- Landsforeningen for Statusautoriserede Fodterapeuter
- LVS på vegne af Dansk Selskab for Klinisk Mikrobiologi
- MedCom
- Middelfart Kommune
- Videntcenter for amputationer

Sundhedsstyrelsen finder det positivt, at kommuner, regioner, faglige selskaber, interesseorganisationer og andre har prioriteret at give høringssvar til national klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår. Høringssvarene er blevet indarbejdet i den endelige retningslinje.

En del af de kommentarer, som styrelsen har modtaget ligger ud over formålet med en national klinisk retningslinje, og Sundhedsstyrelsen har i disse tilfælde taget kommentarerne til efterretning, men uden at de har givet anledning til ændringer i retningslinjen.

Alle høringssvar og dette sammenfattende notat offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Høringssvar om national klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fødsår – tematiseret

Generelt om retningslinjen

Overordnet er de fleste høringssvar meget positive over for form og indhold af retningslinjen. Retningslinjen betragtes som handlingsanvisende og et godt og anvendeligt redskab i praksis. Der er relativt få forslag til tilføjelser til selve anbefalingerne. De fleste kommentarer giver udtryk for, at retningslinjen understøtter det arbejde, der allerede finder sted i regioner og kommunerne. Nogle savner dog en mere tydelig ansvarsfordeling mellem de forskellige instanser, herunder visitationsretningslinjer.

Multidisciplinært Team (MDT)

Flere høringssvar giver udtryk for at det er relevant, at der er beskrevet de kompetenceområder, der skal være til stede i det multidisciplinære team. Dog noterer Sundhedsstyrelsen sig, at der er et ønske om en mere konkret beskrivelse af MDT. Sundhedsstyrelsen skal hertil bemærke at retningslinjen ikke beskriver de organisatoriske og økonomiske områder. Det er op til de enkelte kommuner og regioner at organisere sig efter lokale retningslinjer.

Telemedicin og kommunikation

Flere af høringssvarene er positive overfor, at retningslinjen nævner den tværsektorielle kommunikation herunder telemedicin. Enkelte af høringssvarerne giver udtryk for, at det var ønskeligt, at afsnittet vedrørende telemedicin afspejler den nationale prioritering og aktivitet der foregår på området.

Det tværsektorielle samarbejde og inddragelse af andre aktører

Flere høringssvar gør opmærksom på vigtigheden af det tværsektorielle samarbejde, og at det især er i overgangene, der er en udfordring for patienterne. Nogle ser gerne en tydeligere beskrivelse af regionernes og kommunernes ansvar og rolle. I den forbindelse nævnes også almen praksis, fodterapeuter, fysioterapeuter og social- og sundhedsassistenter som vigtige aktører.

Patient- og pårørendeinddragelse

Det er et ønske fra flere høringssvar, at inddragelse af pårørende afspejles tydeligere i rapporten. Der er fra enkelte høringssvar et ønske om at påpege vigtigheden af genoptræningsplaner og fysisk aktivitet/træning.

Metode

Flere høringssvar kommenterer på den anvendte metode i retningslinjen. Sundhedsstyrelsen skal i den forbindelse gøre opmærksom på, at der er tale om et pilotprojekt, og at den foreliggende retningslinje har bidraget til udvikling af den nu eksisterende, beskrevne metode. Men at denne ikke var færdigudviklet på det tidspunkt retningslinjen blev udarbejdet. Det kan oplyses, at Sundhedsstyrelsen har nedsat en metodearbejdsgruppe, der rådgiver Sundhedsstyrelsen vedrørende metoder og processer med henblik på at fremme arbejdet med at udvikle og formidle nationale kliniske retningslinjer. I rådgivningen indgår metoder til at udvælge og vurdere graden af evidens i forskningslitteraturen, fastlægge en generisk model for indholdet af de nationale kliniske retningslinjer samt hensigtsmæssige processer til at implementere, monitorere og opdatere retningslinjer.

Sundhedsstyrelsen skal slutteligt bemærke, at der er ved at blive udarbejdet faglige visitationsretningslinjer for personer med diabetiske fodsår, og at disse visitationsretningslinjer bygger på den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår.

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



Høringssvar på:

NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR UDREDNING OG BEHANDLING AF DIABETISKE FODSÅR

Sundhedsstyrelsen 2013

Center for Kliniske Retningslinjer – Clearinghouse takker for muligheden for at indgive høringssvar på den kliniske retningslinje, som er i høring.

Det er et meget flot og stringent arbejde, som ligger forud for udarbejdelsen af dokumentet, og er af stor betydning for klinisk praksis.

Vi har sammenfattet en række kommentarer, spørgsmål samt overvejelser til styrkelse af den kliniske retningslinje.

Kommentar 1:

Under **Fokuserede spørgsmål (PICO-spørgsmål)** står der følgende: ***"Anbefalingerne der er formuleret i retningslinjen favner dog bredere end nedenstående fokuserede spørgsmål"***.

Hvordan kan dette lade sig gøre? Er noget af den litteratur som anbefalingerne bygger på altså blot identificeret tilfældigt ved søgning på databaserne, og ikke ved en systematiske og stringent søgning? Er det blot "toppen af isbjerget" der er fundet?

Evt. det blot er en formuleringsfejl, men det undrer, at man kan udarbejde anbefalinger for klinisk praksis, hvor der forud ikke er foretaget en systematisk litteratursøgning vha. PICO spørgsmål.

Kommentar 2:

Hvad betyder det når der bag en anbefaling står (Høj)(lav) – f.eks ved følgende anbefaling:

Det anbefales, at patienter med diabetiske fodsår tilbydes ekstern aflastning på baggrund af lokal erfaring og kompetence, en individuel vurdering samt overvejelser om pris (4)(høj)(3)(lav).

Det ville give mere mening hvis det f.eks. var ekstern aflastning som var en høj anbefaling og individuel vurdering som var en lav anbefaling. Men måden hvorpå det står nu, ser det ud til, at det både er en høj og lav anbefaling, som ikke giver meget mening.

CENTER FOR KLINISKE RETNINGSLINJER



Kommentar 3:

Hvordan er studierne der er inkluderet blevet kritisk vurderet? Hvilke checklister til kritisk vurdering er anvendt? Er det muligt at vedhæfte en evidensstabel, så man kan se hvilke studier og studietyper anbefalingerne bygger på? Det vil øge troværdigheden af anbefalingerne.

Kommentar 4:

Hvilke studier er forkastet pga. evt. for lav kvalitet? Og på hvilken baggrund har man in- og ekskluderet litteratur? Et flowchart over udskillelsesprocessen vil styrke den kliniske retningslinje.

Kommentar 5:

I skriver følgende i bilag om litteraturvurdering: ***"Efter en guideline ved hjælp af AGREE II instrumentet blev vurderet til at have en kvalitet, der var god nok til, at kunne anvendes i retningslinjen...."***

Hvad er godt nok? Har I haft nogen minimumskriterier til AGREE vurderingen? Eks. af pkt. 8-17 skal være vurderet mellem 6-7 (strongly agree).

Skriv eller ring endelig ved spørgsmål eller tvivl.

På vegne af sekretariatet i Center for Kliniske Retningslinjer – Clearinghouse.

Med venlig hilsen

Sasja Jul Håkonsen

Videnskabelig medarbejder

Center for Kliniske Retningslinjer

Sjh@kliniskeretningslinjer.dk - 61677268



Til: **Sundhedsstyrelsen**

Høringssvar vedr. "National klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår"

Danske Fysioterapeuter takker for muligheden for at give høringssvar på "National klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår".

Vi hilser retningslinjen velkommen, da kliniske retningslinjer er vigtige som bidrag til at sikre ensartet faglig kvalitet og effektive patientforløb til gavn for fagpersoner, patienter og samfund.

Overordnet finder Danske Fysioterapeuter, at materialet er relevant, grundigt og velegnet som støtte for fagpersoner til at sikre sundhedsydelser af høj faglig kvalitet i forhold til udredning og behandling af diabetiske fodsår.

Vi ved, at fysisk aktivitet, fysisk træning, motion osv. kan forebygge og behandle fx diabetes. Vi ved også, at patienter, som er immobile og inaktive som følge af sygdom og eller indlæggelse på sygehus, mister funktionsevne. Endelig ved vi, at der er god effekt på funktionsevne og livskvalitet af fysisk aktivitet/træning og genoptræning/rehabilitering. Derfor havde Danske Fysioterapeuter gerne set, at vigtigheden af dette, til trods for den klare afgrænsning af den kliniske retningslinje, kort blev beskrevet indledningsvis.

I afsnittet "Tidlig opsporing" opstilles seks faresignaler, som sundhedspersoner skal være opmærksomme på og evt. handle på, så patienter med diabetes ikke udvikler fodsår. Mange fysioterapeuter møder patienter med diabetes i sin praksis og har derfor behov for denne viden. Danske Fysioterapeuter anbefaler, at denne side skal kunne tages ud af den samlede publikation og implementeres direkte på alle relevante arbejdspladser, så vi i højere grad sikrer bredt kendskab til tidlig opsporing alle steder i sundhedsvæsenet.

Retningslinjen anbefaler på side 23/24 både, hvilke kompetencer der skal være i multidisciplinære team (MDT), og hvilke ydelser MDT skal have adgang til i forbindelse med udredning og behandling. Danske Fysioterapeuter finder det relevant at flere af de kompetenceområder, der bidrager til et optimeret rehabiliteringsforløb, nævnes. Det gælder:

- viden om og praktisk erfaring med instruktion i brugen af hjælpemidler

Dato:
12. juni 2013

E-mail:
cm@fysio.dk

Tlf. direkte:
+45



- viden om og praktisk erfaring med forflytningsteknikker
- viden om og praktisk erfaring med øvelsesterapi med bl.a. cirkulationsfremmende øvelser

I afsnit 6.3 behandles rehabilitering efter diabetiske fodsår kort. Afsnittet er enkelt og klart skrevet. Men Danske Fysioterapeuter mener ikke, at afsnittet er tilstrækkeligt fyldestgørende, hvis vi skal sikre et effektivt rehabiliteringsforløb af høj faglig kvalitet.

Danske Fysioterapeuter anbefaler, at afsnittet suppleres med følgende elementer:

1. Fysisk aktivitet som forebyggelse og behandling

Det vil være oplagt at anvende Sundhedsstyrelsens publikation "FYSISK AKTIVITET – håndbog om forebyggelse og behandling" som reference, da den meget klart viser potentialet af fysisk aktivitet til forebyggelse og behandling. Et potentiale der også kan komme denne patientgruppe til gavn og derfor bør have et større fokus i retningslinjen.

2. Genoptræningsplaner

Flere patienter med diabetisk fodsår vil efter behandlingsforløbet på sygehuset have en nedsat funktionsevne, som vil kræve et genoptræningsforløb.

Danske Fysioterapeuter vil gerne pege på genoptræningsplanen som et aktuelt og vigtigt redskab til at sikre rehabilitering til den enkelte patient og opfordrer til, at vigtigheden af genoptræningsplanen påpeges i retningslinjen.

I afsnit 7.1 "Patientuddannelse" savner Danske Fysioterapeuter, at det også her gøres klart, at fysisk aktivitet/træning er vigtigt som element i et individuelt tilpasset uddannelsesforløb med fokus på forebyggelse og egenomsorg.

Danske Fysioterapeuter anbefaler, at fysisk aktivitet/træning får en selvstændig pind i afsnittet.

Danske Fysioterapeuter står naturligvis til rådighed, såfremt der er behov for yderligere kommentarer til høringssvaret.

Med venlig hilsen

Karen Langvad
Faglig chef
Danske Fysioterapeuter



18-06-2013

Sag nr. 12/1490

Dokumentnr. 27410/13

Birgitte Harbo

Tel. 35298115

E-mail: Bih@regioner.dk

Danske Regioners høringssvar vedr. national klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår 2013

I dette notat fremgår regionernes samlede høringssvar til udkast til national klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår.

Høringssvaret redegør for dels regionernes overordnede bemærkninger til udkast til retningslinje, dels regionernes række af konkrete og mere sundhedsfaglige kommentarer.

Overordnede bemærkninger

Regionerne hilser retningslinje for diabetiske fodsår velkommen og finder, at der generelt er tale om en god og i praksis brugbar rapport.

Regionerne konstaterer, at der mangler evidens på området, og er derfor opsatte på, at øget viden bør være i fokus for det videre arbejde på området.

Det foreliggende udkast til retningslinje gennemgår evidensen for udredningen ved opstået diabetisk fodsår, visitationen af patienten, behandlingen af fodsåret samt efterbehandlingen.

Som påpeget af flere medlemmer af referencegruppen, burde en national retningslinje ideelt indeholde alle relevante elementer omkring diabetiske fodsår. Især med sigte på primær sektorens rolle i det forebyggende arbejde savnes en detaljeret beskrivelse af de klassiske elementer i en fodstatus, hvor der evidens for, at et patologisk fund øger risikoen for fodsår. Til dette savnes en gennemgang af den forebyggende behandling ved fejlstilling og truende fodsår med beskæring, indlæg og modificering af fodtøj.

Regionerne ønsker desuden et større fokus på det tværsektorielle samarbejde med kommunen i retningslinjen.

I forbindelse med anvendelsen af klassifikationen af fodsår, savnes af forståelsesmæssige grunde en gennemgang af grundlaget for disse klassifikationer: sårdybde, infektion og vaskularisering ('sårtriade').

Angående evidens, så er de fleste anbefalinger kategoriseret som lav + specialist anbefaling. Det kunne i den forbindelse være hensigtsmæssigt med en klar definition af, hvornår et diabetisk fodsår betragtes som henholdsvis ukompliceret og kompliceret.

Det bemærkes, at retningslinjen lover en vurdering af anvendelsen af telemedicin. I retningslinjen henvises imidlertid blot til MTV-rapporten, og læseren kan dermed ikke vurdere validiteten af de anførte anbefalinger.

Af hensyn til læsevenligheden, kunne man enten definere ordet 'guldstandard' i ordforklaringen eller alternativt henvise til MTV'en, hvor de forskellige standarder er mere udførligt beskrevet.

Som led i økonomiaftalerne har man besluttet, at telemedicinsk sårvurdering skal være et nationalt tilbud til patienter med sår, herunder patienter med diabetiske fodsår. Der er en national handleplan for udrulningen heraf. Dette bør tilføjes i retningslinjen under afsnittet "telemedicin".

Det anbefales, at patienter med uafklarede hudforandringer og/eller sår henvises til dermatolog (enten praktiserende dermatolog eller dermatologisk afdeling). Her henledes opmærksomheden mod diabetiske hudmanifestationer, kontakt eksem, og necrobiosis lipoidica.

Overordnet vedrørende rapportens opbygning:

Det bør overvejes at ændre forordet til "Baggrund og resumé". Dertil bør "Formål og målgruppe samt definition og afgrænsning komme før anbefalingerne, således anbefalingerne kan ses i dette lys.

Det bør desuden overvejes, hvorvidt 4.1 Indledende vurdering og udredning, hvad angår opgaverne for praktiserende læger, fodterapeuter, hjemmeplejen m.v., kan trækkes mere/længere frem i rapporten, og derved blive mere tilgængelige for "den hurtige læser".

Regionerne vil foreslå, at de stærkeste anbefalinger (med højest evidens) nævnes først, og at aktiviteter, der ikke kan anbefales på baggrund af manglende eller usikker evidens samles for sig.

På det generelle plan ville det være hensigtsmæssigt, at det fremgår klart af retningslinjerne, hvornår anbefalingerne peger i retning af en ny praksis på området.

Der ønskes i retningslinjen et lidt mere omfattende skema, der fortæller, hvem der gør hvad og hvornår. Der er mange forskellige parter, der har opgaver i forløbet og alt efter patientens tilstand, skal der ske forskellige aktiviteter. Der er ligeledes et tidsforløb i det og det er angivet i teksten, hvornår patienten skal ses akut af et MDT (multidisciplinært team), hvornår patienten skal ses subakut af et MDT, og hvornår patienten kan ses af andre. Alt dette kunne med fordel skitseres i et skema for at give større overblik.

De steder, hvor der henvises til opgaveløsning i primærsektoren, ville det være ønskeligt, om det fremgik mere klart i hvilket omfang det kan/bør løses i almen praksis, henholdsvis fodterapipraksis, i det omfang der er klare retningslinjer for det. Et eksempel er ved anbefaling 4.2 på side 18, om at alle patienter med diabetes og fodsår vurderes klinisk med henblik på om fodsåret er inficeret.

Indholdet i afsnittet "NKR's juridiske status" er ikke helt sammenhængende med teksten i afsnittet om Implementering. Forståeligt på grund af forskellen i perspektivet, men for klinikerne kan det være forvirrende.

Konkrete bemærkninger

Flowdiagram:

"Diabetiker" i øverste boks ændres til "Diabetespatient"

Kapitel 1:

S. 10 - "... en sammenhæng mellem overvægt og udvikling af diabetes" - teksten bør nuanceres

S. 13 - Evidens og anbefalinger – Det bemærkes, at afsnittet er identisk med teksten i bilag 4 på s. 43-44. Det bør overvejes, om formuleringerne mellem stærke og svagere anbefalinger skal differentieres yderligere.

Kapitel 3:

Side 17 - neuropati skal stå som en selvstændig dot og ikke bare under andre komplikationer

Side 4

Kapitel 4:

Der er forvirring om kategorisering af tryksår på diabetiske fødder: Er det Surrey skalaen eller Wagners klassifikation? Det er ikke nævnt præcist i retningslinjen, men det ville være ønskeligt.

Afsnit 4-4 (skema) - Det er ønskeligt, at der bliver foretaget biopsi i forbindelse med udredning for mikrobiologisk undersøgelse, men til gengæld er det ikke nok at afvaske med vand før, man laver podning. Der skal foretages regelret oprensning i såret (debridering) for at man får et nogenlunde validt resultat ved podning. Det anbefales derfor, at teksten rettes til i henhold til dette.

Afsnit 4-6 (skema) - Anbefaling om at udrede patient for neuropati ved monofilament eller biotelesymmetri hos patienter, som allerede har et fodsår, giver ikke nogen diagnostisk kvalitet i sig selv. Screening for neuropati har effekt ved patienter, som endnu ikke har fået fodsår, således at man kan forebygge fodsårsdannelse ved uddannelse af patient og personale. Monofilamentundersøgelse er en god undersøgelse til screening, hvorimod biotelesymmetri på grund af praktiske omstændigheder, primært skal bruges i forbindelse med kvantitering af følesans. Det skal i øvrigt bemærkes, at de to undersøgelser undersøger forskellige dele af følesansen og derfor ikke er ligeværdige, men skal bruges sammen og evt. med yderligere metoder.

Afsnit 4.7 (skema) - Det anerkendes, at der i anbefalingerne anføres pulspalpation til sikring af kredsløbet hos diabetikere med fodsår. Imidlertid er pulspalpation en subjektiv undersøgelse med især falsk positive fund, (men også falsk negative). Et falsk positivt fund er forbundet med alvorlig fare for ringe effekt af den givne behandling, idet kredsløbet så kan være insufficient. I betragtning af den non-invasive karakter af en tåtryksmåling (alternativ ankeltryk, hvis kar er kompressible) og den beskedne pris på denne undersøgelse, ville det være optimalt, hvis alle diabetikere med nye sår fik målt perifert blodtryk ved den primære diagnose

Afsnit 4-8 (skema) - Det skal anbefales, at patienter som henvises til røntgenundersøgelse skal have foretaget belastede røntgenundersøgelser, hvis der er mistanke om fodforandringer. Fejlstillinger er oftest først synlige, når patientens fod er vægtbelastet.

Afsnit 4-9 (skema) - Sproget i anbefalingen antyder, at der skal foretages en MR-scanning på mistanke om dyb infektion. Det synes kun at være hvis man gerne vil foretage en knoglebiopsi, at man anbefaler MR-scanning. Det skal præciseres, at det anbefales at hvis man planlægger at lave MR-scanning, skal denne foretages før, man foretager evt. knoglebiopsi, idet knoglebiopsi kan forstyrre tolkningen af MR-scanningen. Det anbefales således ikke nødvendigvis at foretage MR-scanning i forbindelse med osteomyelitis ved inkonklusiv røntgenundersøgelse.

Afsnit 4.5 - Der bør i dette punkt overvejes, om der også skal være en kirurgisk vurdering.

Side 19, afsnit 4.1 - Det fremgår heraf, at der kan laves henvisning til f.eks. egen læge eller til et multidisciplinært team (MDT). Det vil være hensigtsmæssigt med en mere tydelig beskrivelse, sådan, at man undgår, at det multidisciplinære team får en række henvisninger, som ikke er relevante.

S. 20 midt - "tegn på infektion hos diabetiker" - "tegn på infektion hos person med diabetes"

Kapitel 5:

Det anbefales, at den enkelte behandler anvender det sårbehandlingsprodukt, som vedkommende har bedst erfaring med, og der stilles ligeledes ikke krav til behandlerens baggrund som sårkyndig person. Erfaringen viser, at alle produkter i så fald kan komme på tale, også produkter, der er forældede og evt. skadelige for patienten. Det ville være ønskeligt, hvis det var sårkyndige behandlere, der anvendte moderne sårprodukter.

Det anbefales, at de nævnte sårbehandlinger kun anvendes som led i protokollerede forsøg. Det undrer, at TNP, som er en ofte anvendt behandling, hører ind under denne anbefaling.

Afsnit 5-12 (skema) - Der er væsentlig forskel på behandlingsintensitet og pris på de nævnte behandlingsmodaliteter, således at topical negative pressure (TNP) allerede er en del af den etablerede behandling om end beviset for, at det rent faktisk virker relativt lav. Men dette adskiller den ikke fra de øvrige behandlinger eller bandager, som anvendes. Derimod er hyperbar iltbehandling granulocytstimulerende faktor og platelet-derived growth factor på et helt andet eksperimentelt stade, hvorfor denne anbefaling kan støt-

tes. Det anbefales derfor, at TNP tages ud af sætningen eller, at det tilføjes at evidensen for TNP fortsat er lav, og at man anbefaler, at afdelingen skaffer sig bedst mulige erfaringer med behandlingen, evt. afgrænser behandlingsansvaret til få interesserede behandlere.

Side 6

Side 29, lige før 5.2.2 - findes studierne ikke, eller er studierne negative ... kan ikke sikkert aflæses af sætningen.

Side 29 5.2.2 - metoden ændres til metoden.

S. 30 "Ved hyperbar iltbehandling" sidste linje - skal der stå protokolleret forsøg i stedet for protokolleret behandling?

Afsnit 5.5. – regionerne er enige i, at kommunikation og samarbejde mellem relevante fagpersoner på tværs af sundhedsvæsenet er et af de centrale indsatsområder.

Kapitel 6:

Side 32, 6.1 - vurdering af mener der skal tilføjes neuropati.

S. 32 - nederst "som bør tilbydes alle diabetikere" - "som bør tilbydes alle med diabetes"

Side 32 - Der mangler her en vigtig stillingtagen til, hvor praktiserende autoriserede fodterapeuters plads er i efterbehandlingen samt i forebyggelse af recidiv.

S. 33 Det bør tilføjes, at disse patienter bør henvises til genoptræning via GOP (Genoptræningsplan).

Kapitel 8:

Formuleringen anses at være for svage. Eksempelvis "der anbefales der etableres MDT, der hvor dette ikke er gjort endnu". Det foreslås, at det evt. fremgår af anbefalingerne, hvor mange MDT, der anbefales pr. x-antal borgere eller pr. region.

Ordlisten:

S. 38 Infektion - er infektion og betændelse ikke det samme?

Sensitivitet – må kunne forklares bedre.

S. 39 Type 2 diabetes - der må en mere nuanceret forklaring til.

"Vibrationssans" vil være fint at få forklaret i Ordlisten.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 KBH S
Att.: tiri@sst.dk

17.juni 2013
aw@dankepatienter.dk

Høring over udkast til national klinisk retningslinje for diabetiske fodsår

Danske Patienter takker for muligheden for at kommentere på udkastet til klinisk retningslinje for diabetiske fodsår via vores repræsentation i Nationalt udvalg for nationale kliniske retningslinjer. Danske Patienter har følgende kommentarer til udkastet.

Overordnede kommentarer

Som Danske Patienter tidligere har anført, anbefaler vi, at der udpeges patientrepræsentanter til de konkrete arbejdsgrupper. Der er dokumentation for, at patienter har andre perspektiver end de fagprofessionelle og derfor kan kvalificere en klinisk retningslinje. Bl.a. kan patienter bidrage i udvælgelse og vægtning af de elementer af patientforløbet, en retningslinje skal rumme. Derfor er det vigtigt, at patientperspektivet inddrages fra starten af processen, og herunder i selve formuleringen af de faglige spørgsmål, som en retningslinje skal udarbejdes på baggrund af.

Danmark er langt bag efter lande som bl.a. England og Australien, når det kommer til anvendelse af patienter og repræsentanter for patienters perspektiv i udvikling af sundhedsvæsenets rammer, herunder udvikling af kliniske retningslinjer, MTV og i forskning. Fx har man i England på nationalt niveau under NHS (National Health Service) siden 1996 arbejdet målrettet med inddragelse af patienter i forskningsprocesser.

Herhjemme er udviklingen endnu i sin vorden. Potentialet ved inddragelse af patienter i forskningsprocesser, som på mange felter kan overføres til udvikling af kliniske retningslinjer, er bl.a. opsummeret i rapport fra [Det Nationale Samarbejdsforum for Sundhedsforskning](#).

Kommentarer til de konkrete anbefalinger

7. 2 Patientinddragelse

Danske Patienter finder det både vigtig og rigtigt, at der indgår anbefalinger til inddragelse af patienter og pårørende.

Det er bredt dokumenteret, at forståelserne af, hvad patientinddragende praksis er, er meget varierede blandt de fagprofessionelle. Derfor vil en mere retningsanvisende tekst kunne understøtte praksis på dette felt.

Danske Patienter anbefaler derfor, at man præciserer indholdet ved bl.a. at inddrage viden om "Shared decision making". Dette er en veldokumenteret metode til inddragelse, som indbefatter, at patientens viden, behov og præferencer systematisk afdækkes og danner baggrund for en fælles beslutningsproces mellem læge og patient ¹.

7.3 Pårørendeinddragelse

Danske Patienter anbefaler ligeledes, at teksten i relation til anbefaling om pårørendeinddragelse udfoldes, så den bl.a. refererer til den viden, som er opsamlet i rapport fra Sundhedsstyrelsen om pårørendeinddragelse fra 2012 ².

Danske patienter har ingen kommentarer til det sundhedsfaglige indhold i vejledningen. Det skal dog bemærkes, at vejledningen fremstår meget ordrig. Fx skal man frem til side 15, før der er noget, som minder om klinisk relevante anvisninger og kan betegnes som en klinisk vejledning.

Danske Patienter anbefaler derfor, at det almene stof, herunder metodebeskrivelse med videre, udelades i den konkrete vejledning og i stedet skrives i en fælles vejledning for denne og fremtidige nationale kliniske vejledninger.

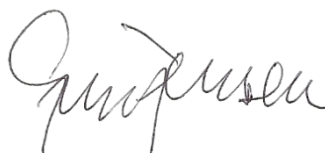
Med venlig hilsen

Morten Freil



Direktør i Danske Patienter

Gorm Boje Jensen



Repræsentant for Danske Patienter i Nationalt udvalg
for nationale kliniske retningslinjer
Forskningschef i Hjerterforeningen

¹ Joosten EAG, DeFuentes-Merillas L et al., 2008: Systematic Review of the Effects of Shared Decision-Making on Patient Satisfaction, Treatment Adherence and Health Status, Psychother Psychosom, 2008.

Coulter A & Collins A, 2012: Making Shared Decision-making a Reality - No decision about me without me, The King's Fund 2011.

² Sundhedsstyrelsen, 2012: Anbefalinger til sundhedspersoners møde med pårørende til alvorligt syge. Sundhedsstyrelsen

Att: Sundhedsstyrelsen, Sygehuse og Beredskab

Høringssvar: National klinisk retningslinje for behandling og udredning af diabetiske fodsår

Dansk Ortopædisk Selskab har gennemgået den fremsendte Nationale Kliniske Retningslinje for behandling og udredning af diabetiske fodsår, og Selskabet vil gerne lykønske arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen med resultatet.

Vi har bemærket, at definitionen på det Multidisciplinære Team ikke automatisk inkluderer en ortopædkirurg, men i bredere termer en "kirurg med viden om og erfaring med sårbehandling". På trods af, at dette ikke følger Specialeplanens tekst, synes der at være tale om en rimelig formulering.

Kapitel 4, afsnit 4-4: I dette afsnit diskuteres podning som en mulighed for mikrobiologisk diagnostik forud for primær behandling, når denne ikke bør udsættes. I teksten kunne man have gavn af arbejdsgruppens overvejelser om, om disse podninger uden forudgående revision, kan være vildledende.

Kapitel 4, afsnit 4-6: Udredning for neuropati ved eksisterende fodsår synes mindre relevant end udredning som forebyggelse under "diabetes-kontroller" inden sår opstår.

Kapitel 4, afsnit 4-9: Diskussionen omkring MR kan virke forvirrende, da man kan få indtryk af, at MR bør forudgå biopsi aht biopsiens udførelse. Meningen er formentlig, at rækkefølgen skal sikre MR-skanningens kvalitet. Iøvrigt synes MR ikke at blive anvendt i større udstrækning i dag, og Retningslinjen kunne let øge efterspørgslen efter en sådan undersøgelse uden behandlingsmæssig gevinst og under alle omstændigheder på et lavt evidensniveau.

Kapitel 4, afsnit 5-12: Topical Negative Pressure (TNP) bruges i dag mange steder i Danmark, især hvor andre behandlingsmodaliteter ikke har bragt et sår til heling. Dette gælder også i tilfælde, hvor f.eks. plastikkirurgisk intervention ikke er mulig på grund af stor samlet morbiditet. Der har efterhånden samlet sig en større klinisk erfaring med TNP på flere afdelinger, hvor indtrykket af behandlingens effekt er god, men ikke dokumenteret. Vi er enige om, at TNP ikke bør anvendes rutinemæssigt; men at reservere behandlingen til protokollerede forsøg vil mange steder opleves som et tilbageskridt i det samlede behandlingsarmamentarium.

Telemedicin: Det bør diskuteres, om der er vægt nok i primærlitteraturen vedrørende Telemedicin til, at der overhovedet er basis for anbefalinger til implementering.

Vi kan forstå, at det udsendte høringsmateriale desværre ikke er tilpasset arbejdsgruppens egne rettelselser. Det virker umiddelbart uhensigtsmæssigt, og vi ønsker i høj grad, at arbejdsgruppen involveres i behandlingen af de indkomne høringssvar inden Retningslinjen udsendes.

Dansk Ortopædisk Selskab glæder sig til at se den Nationale Kliniske Retningslinje implementeret. Implementeringen vil kræve lokale og regionale visitationsretningslinjer samt etablering af Multidisciplinære Teams i alle regioner.

Med venlig hilsen

Søren Overgaard, president@ortopaedi.dk

Formand for Dansk Ortopædisk Selskab

www.ortopaedi.dk

Høringssvar fra DSAM til NKR om diabetiske fodsår.

Der peges på to generelle problemer:

1: Ordene kompliceret og ukompliceret anvendes ofte uden at det er klart defineret, hvad der forstås ved begreberne. Der er selvfølgelig beskrevet mange komplicerende faktorer til fodsår, men der savnes en klar definition.

2: Der skrives flere steder, at der skal indledes behandling med antibiotika efter lokale retningslinjer. Det kan undre, at der i en NATIONAL vejledning henvises til regionale retningslinjer.

Kompliceret/ukompliceret og regionale står flg steder i vejledningen:

Under anbefalinger s 6 i 4.14 og 5.4,
s 7 i 5.9,
s 18 i 4.12,
s 23 i 4.4.2
s 26 i 5.4,
s 27 i 5.1 indledning,
s 28 to gange lokale retningslinjer 5.1.2, og
s 29 i indledning til 5.2

Med venlig hilsen

Peter T orsten Sørensen
DSAM's sekretariat
Postboks 2099 • 1014 Kbh. K
T: 3532 6590 • Dir: 3532 6592
pts@dsam.dk • www.dsam.dk

Emne: Høringssvar vedr. Høring om National Klinisk Retningslinie om diabetiske fodsår fra DSKFNM

Att: Sundhedsstyrelsen, Sygehuse og Beredskab

Jeg skal hermed meddele, at vi fra Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin ikke har nogen kommentarer til de nye retningslinier for udredning og behandling af diabetiske fodsår.

Med venlig hilsen

Jørn Theil

Formand for Dansk Selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin

Overlæge, dr. med.

Sundhedsstyrelsen
Sygehuse og beredskab
Axel Heides Gade 1
2300 København S

Den 14. juni 2013

Høringssvar fra DASYS vedr. Nationale Kliniske Retningslinjer for Diabetiske fodsår.

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående og vi takker for muligheden for at indgive høringssvar. I dette høringssvar har vi valgt at indsætte svar fra DASYS's medlemmer, de Faglige Selskaber, direkte. DASYS tilslutter sig kommentarer og tilkendegivelser.

Fagligt Selskab for Ortopædkirurgiske (FSOS) har indsendt nedenstående svar:

Høringssvaret er opdelt i en generel del og en specifik del, hvor den specifikke del indeholder de mere konkrete kommentarer.

Generelt

Det er meget positivt, at Sundhedsstyrelsen har taget initiativ til dette arbejde. Der har siden Sekretariat for Referenceprogrammer blev nedlagt manglet et forum til at støtte processen med udarbejdelse af tværfaglige anbefalinger til en afgrænset patientgruppe. Når disse udarbejdes af kompetente klinikere udpeget af de faglige selskaber, understøttes implementeringsprocessen i de faglige miljøer

Det skal fremhæves som værende positivt, at der tages udgangspunkt i eksisterende retningslinjer, som Agree-vurderes mhp anvendelse. Når det herefter identificeres, at de valgte kliniske retningslinjer (guidelines) ikke i tilstrækkelig grad kan bidrage med en viden, så anbefalingerne kan blive retningsgivende, ville det have været hensigtsmæssigt, hvis litteratursøgning også havde omfattet primære videnskabelige kilder. Det virker således uklart, når det anføres, at der ikke kan findes belæg for forskellige handlinger, om det er generelt, eller om emnet blot ikke belyses i de 4-6 kilder, som danner grundlag for anbefalingerne. Ligeledes kan det ønskes en mere udfyldende beskrivelse af det anvendte evidensbegreb. Hvilke studier ligger bag de anvendte 3 evidensstyrker? Der kunne også med fordel sættes flere referencer ind i teksten, da det er svært at gennemskue, hvor de forskellige udsagn og begrundelser kommer fra.

At anvende PICO spørgsmål som omdrejningspunkt for såvel litteratursøgning som anbefalinger kan medvirke til at give fokus og struktur i retningslinjen. Det kan anbefales arbejdsgruppen, at gennemgå alle de fokuserede spørgsmål igen, med henblik på at vurdere, om spørgsmålene besvares i den kliniske retningslinje, og om spørgsmålene er bygget op som PICO spørgsmål, som anført i retningslinjens bilag.

I indledningen beskrives formålet med den kliniske retningslinje, at medvirke til at skabe en ensrettet høj kvalitet i behandling af patienter med diabetiske fodsår. At ensrette behandlingen i Danmark er et godt mål. Imidlertid synes det som om, at retningslinjen anbefaler forskellighed. Ved eksempelvis at anbefale, at der lokalt anvendes de metoder, man har bedst erfaring med, at der udarbejdes lokale retningslinjer mv kan medvirke til at øge forskelligheden af behandling af diabetiske fodsår i Danmark. Det kan i værste fald legalisere forældede behandlingsmetoder. Disse anbefalinger kan med fordel fjernes, da de hverken bidrager til høj kvalitet eller ensretning.

Det anføres i indledningen at den kliniske retningslinje skal være med til at sikre sammenhængende patientforløb. At en retningslinje søger at afspejle hele patientens forløb, er positivt. På trods heraf omhandler den kliniske retningslinje hovedsagelig udredning og behandling. For at omfatte hele patientforløbet og ikke kun dele heraf, kan det anbefales at fremtidige retningslinjer omhandler udredning, behandling, pleje og rehabilitering. Det er positivt at retningslinjen anbefaler Multidisciplinære teams, der i høj grad kan være med til at understøtte de mange aspekter, som patienter med diabetiske fodsår oplever.

Specifikke del

Side 7 5.9. Med mikrobiologerne udvikles lokale retningslinier for antibiotisk behandling. Der må her være en fælles retningslinie ellers bliver det igen ikke ligegyldigt, om du bor i Århus eller på Mors.

Side 17 afsnit 3. Meget uklart, hvad der kræves af dette i primærsektor, og hvad der kræves som et minimum i almen praksis.

Anbefaling 4.7

Er det nok med palpation? ABI siges jo også at være i stor risiko for at være falsk forhøjet. Perifer puls siger ikke noget om karrenes tilstand.

Anbefaling 4.11

Er det nok at det eksempelvis er en del af MDT der ser pt. (eks. spl./læge på ortopæd.kir. afdeling/amb. der indleder behandlingen)?

Anbefaling 5.2

Tænker man på udgifter i det lange perspektiv. Billig behandling, kan evt. forlænge behandlingstiden. Dyr bandage kan forkorte behandlingstiden, men på sigt dermed være billigst.

Anbefaling 5.7

Vil det sige, at man ikke anbefaler Flamazine?

Afsnit 4.5

Tilpasning af fodtøj, bør også være et tiltag til forebyggelse

5.1.1.2

“Der er beskeden evidens for at anvendelse af sårplejeprodukter fremme helingen af diabetiske fodsår”
Meget svagt formuleret – hvordan kan man bruge denne anbefaling?

Yderligere kommentar: Mærkelig formulering. Vil det sige at ingen anvendelse af sårplejeprodukter er lige så godt som anvendelse af sårplejeprodukter???

Anbefaling 5.2

Meget svagt formuleret – hvordan kan man bruge denne anbefaling?

Hvordan forholder man sig til kompressionsbehandling ved diabetesptt.? Hvornår kan man lave kompression, og med hvilket tryk? Vigtig del af sårbehandling er ødemreduktion.

Fin retningslinje – Der savnes dog lidt mere konkret omkring, hvem der har hvilket ansvar for at følge op på de forskellige ting. Hvad er sårsygeplejerskens, lægens, hjemmesygeplejerskens ansvar m.m. Det kan godt være, at det er noget som kan være forskellige lokalt de forskellige steder, men man risikerer at noget ikke udføres - fordi man tror det er de andres ansvar. Det er specielt nogle væsentlige spørgsmål i en tid med opgaveoverdragelse mellem sygehus og kommune (telemedicin).

Ligeledes savnes noget mere konkret omkring MDT - skal de samles på de større sygehuse eller kan de oprettes selv på de mindre sygehuse, eller hvad tænker man i denne sammenhæng?

Retningslinjen mangler mere klare meldinger på, hvad skal der gøres hel præcist på det akutte sygehus 1. dag. Hvis der ikke kommer præcise klare beskeder ud i dette materiale, kan man frygte, at det igen bliver forskelligt, hvad der bliver gjort rundt omkring i landet.

DASYS dokumentationsråd har nedenstående kommentarer som henviser til sidetal i retningslinjen, rettelsen er skrevet med kursiv:

s.9 flowdiagram øverste, midterste kasse: *betegnelsen diabetiker erstattes af, patient med diabetes*
Henvisningskassen skal tilføjes: *-manglende heling og patient med risikofaktorer*

s. 10 næstnederste afsnit hvor konsekvenser af amputation nævnes Tilføjes: *store sociale konsekvenser, eksempelvis mistet arbejde og øget mortalitet*

s.11 pkt 1.2 Afgræsning. *Hvor er charcot fødder i afgræsningen?*

s.18 dette skema skal kunne "tale" for sig selv, derfor nedenstående præciseringer, som fremgår af teksten senere

pkt. 4.2 *hvor skal patienterne vurderes*

pkt. 4.4 *podning er ikke en del af daglig praksis ved opstart. Podning bruges kun når behandlingen ikke virker*

pkt. 4.7 *obs. S. 25 afsnit 4.7.3 om distal blodtryksmåling, det skal fremgå her også*

s.20 nederst dot nr. 2 *der laves yderst sjældent biopsi*

s.23 pkt. 4.5 *mangler fysioterapi jvnf. Pkt. 6.3 om træning og vedligeholdelse af funktionsniveau*

s.25 pkt. 4.7.3 *i sidste afsnit bør pointeres at doopler ikke kan bruges pga. stive kar*

s.26 pkt. 5.3 *måling og/eller foto*

pkt. 5.8 *obs. Ved knoglekontakt bør antibiotika overvejes*

pkt. 5.12 *obs uoverensstemmelse i forhold til 5.2.2 s. 29*

pkt. 5.13 *der bør være en klar aftale om rehenvisning til MDT*

s.27 pkt. 5.1.1.2 bandagering. *Begrebet sårplejeprodukter skal erstattes af sårbehandlingsprodukter*
sidste afsnit igen er stattes pleje af behandling. Skal hydrokolloider ikke anbefales?
Er det et bevidst valg at der ikke står noget om sølv?

s.29 pkt. 5.2.2 sidste sætning. *Gerne en formulering hvor man kan overveje TNP*

s.30 pkt. 5.4 klar aftale om rehenvisning tilføjes

s. 31. Kunne der gøres mere ud af vigtigheden af kommunikationen mellem sektorer som afgørende faktor for godt resultat af sårbehandling?

s. 32 pkt. 6.1 dot patientuddannelse. Hvad konkret menes med patientuddannelse – diabetesskole?

Pkt. 6.2 sidste sætning. Hvad anbefaler vi så??

FS for Kardiovaskulære sygeplejersker (FS K&T) er enige med SFR for Karkirurgi som anerkender, at der i anbefalingerne anføres pulspalpation til sikring af kredsløbet hos diabetikere med fodsår. Imidlertid er pulspalpation en subjektiv undersøgelse med især falsk positive fund, (men også falsk negative). Et falsk positivt fund, (altså at undersøgeren tror, han har følt en puls) er forbundet med alvorlig fare for ringe effekt af den givne behandling, idet kredsløbet så kan være insuffICIENT. I betragtning af den non-invasive karakter af en tåtryksmåling (alternativ ankeltryk, hvis kar er kompressible) og den beskedne pris på denne undersøgelse, ville det være optimalt, hvis alle diabetikere med nye sår fik målt perifert blodtryk ved den primære diagnose.

I afsnit 7.1 patientuddannelse mangler et punkt om gennemgang og anbefaling af fodtøj.

I de indsendte hørings svar er der nævnt at en enkelt repræsentant for sygeplejersker i arbejdsgruppen er for lidt, selv om der selvfølgelig er overlap mellem læger, sygeplejersker og fodterapeuters kompetence og erfaring. DASYS har i flere sammenhænge nævnt at vi ønsker og anbefaler, at der udpeges 2 eller flere sygeplejersker til råd og udvalg nedsat af SST. Med et emne som sår kan det undre, at der er udpeget 8 overlæger + 4 læger fra SST og kun 1 sygeplejerske. 2 eller flere sygeplejersker ville med komplementære kompetencer kunne bidrage med langt højere og bredere kompetence. DASYS vil derfor igen opfordre til at der i fremtidige arbejdsgrupper bliver mulighed for, at de forskellige sygeplejefaglige selskaber udpeger specialiserede sygeplejersker, som repræsenterer forskellige dele af patientforløbet. Arbejdsgruppen omkring diabetiske fodsår kunne med fordel have inddraget en diabetes sygeplejerske (udpeget af Fagligt Selskab for diabetes sygeplejersker) og en sygeplejerske fra primær sundhedstjeneste (Fagligt Selskab for sygeplejersker i kommunerne), ligesom det kunne anbefales at en eller flere af de udpegede sygeplejersker er uddannede sårsygeplejersker (diplomniveau).

Vi håber at ovenstående vil være en hjælp i det videre arbejde med den nationale kliniske retningslinje.

Skulle vores hørings svar give anledning til spørgsmål uddyber vi naturligvis gerne vores synspunkter.

Med venlig hilsen

For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Margit Roed

Formand for Dansk Sygepleje Selskab



Sundhedsstyrelsen
Sygehuse og Beredskab
Axel Heides Gade 1
2300 København S

Diabetesforeningens høringssvar på national klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår

Diabetesforeningen vil først og fremmest takke for muligheden for at afgive høringssvar på national klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår.

Overordnet finder Diabetesforeningen det positivt, at der udarbejdes en national klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår. En effektiv behandling af fodsår hos diabetespatienter er afgørende for at forhindre alvorlige fodproblemer, som i sidste ende kan føre til amputationer og invaliditet. Subsidiært besparelser for samfundsøkonomien.

Diabetesforeningen er enig i, at der er behov for uddannelse af patienten indenfor de skitserede områder på side 34. Man bør behandle patienterne forskelligt for at behandle dem ens, derfor er Diabetesforeningen meget positiv over anbefalingen om at målrette patientuddannelsen til deltagerens behov. Dette kan bidrage til at reducere uligheden i sundhed.

Endvidere finder Diabetesforeningen det meget positivt, at patient- og pårørendeinddragelse anbefales. Patienter og deres pårørende har en særlig viden, som kan skabe bedre behandlingsresultater, hvis man benytter den aktivt i planlægningen og gennemførelsen af et behandlingsforløb. Vi ser dog gerne, at anbefalingen om patientinddragelse bliver uddybet yderligere, så den afspejler den viden, der findes i dag, om effekterne af fælles beslutningstagen.

Ansvarsfordelingen mellem de forskellige instanser fremstår ikke tydeligt i forhold til den indledende vurdering og udredning, afsnit 4.1. Det står som om en instans uden særlig erfaring i diabetiske fodsår kan risikere at henvise til en anden instans uden særlig erfaring. Dette medvirker ikke til et sammenhængende patientforløb.

Konkret bør det på side 2 og 10 anføres, at antallet af mennesker med diabetes er baseret på tal pr. 31. december 2011. Tallene udvikler sig, og der vil i 2025 være 600.000 diagnosticerede med diabetes.

☐ **Odense:**

Rytterkasernen 1
5000 Odense C

☐ **København:**

Skindergade 38,1
1159 København K

Telefon 66 12 90 06

Fax 65 91 49 08

df@diabetes.dk

www.diabetes.dk

CVR DK - 35 23 15 28

Skulle ovennævnte medføre behov for yderligere drøftelse, står vi naturligvis til disposition.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, reading "Henrik Nedergaard". The signature is written in a cursive style with a large initial 'H'.

Henrik Nedergaard
Adm. direktør

Høringssvar fra Ergoterapeutforeningen til National Klinisk Retningslinje for diabetiske fodsår

Ergoterapeutforeningen har ikke kommentarer til materialet om diabetiske fodsår.

Med venlig hilsen

Ulla Garbøl
Konsulent



Ergoterapeutforeningen

Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +45 88 82 62 70
Direkte: +45 53 36 49 25
etf.dk



Sundhedsstyrelsen
Axel Heides gade 1
2300 København S
Sygehus og Beredskab
syb@sst.dk

Høringssvar vedrørende National klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår

FOA- Fag og Arbejde er desværre ikke på høringslisten til nærværende høring.

Vi vil meget gerne afgive høringssvar desuagtet.

FOA- Fag og Arbejde synes, at det er et flot stykke arbejde der er lavet omkring udarbejdelsen af den kliniske retningslinje om udredning og behandling af diabetiske fodsår. Det er et område der har brug for stor opmærksomhed, da mange mennesker med diabetes får fodsårskomplikationer. Derfor er det vigtigt at patienternes behandling er optimal, det vi ved virker og af bedste kvalitet. Det skal vi bruge de nationale kliniske retningslinjer til.

Af høringsbrevet fremgår det, at " *Den nationale kliniske retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår er udarbejdet med henblik på at bidrage til en evidensbaseret indsats af ensartet høj kvalitet på tværs af landet, sammenhængende patientforløb samt vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper*". Endvidere fremgår det af publikationens forord, at den kliniske retningslinje skal sikre " *Vidensdeling på tværs af faggrupper og sektorer*"

Derfor undrer det os, at I i beskrivelsen af målgruppen udelukkende titulerer tre autoriserede sundhedsfaglige faggrupper: læger, sygeplejersker og fodterapeuter. Som værende de primære faggrupper, der arbejder med behandling af diabetiske fodsår. Man overser desværre endnu en autoriseret sundhedsfaglig gruppe der arbejder tæt på patienten, og som bør være medskrevet i denne kliniske retningslinje, nemlig social- og sundhedsassistenterne. Social- og sundhedsassistenterne deltager i både behandling og pleje af diabetiske fodsår. De spiller ligeledes en stor sundhedsfaglig rolle i opsporingen af diabetiske fodsår.

Dato:

28.05.2013

Sagsnummer:

13/96069

Ref.:

KAS/ulro



FOA

Staunings Plads 1-3
1790 København V

Telefon 4697 2626
Telefax 4697 2300

Kontonr. 5301-0476807

E-mail
foa@foa.dk
a-kassen@foa.dk

www.foa.dk

■■■■ Social- og sundhedsassistenter arbejder tæt på diabetespatienterne på både sygehuse og i den kommunale hjemmesygepleje.

Det er yderst problematisk, at en klinisk retningslinje ikke omfatter alle de relevante faggrupper, som skal arbejde med retningslinjen i praksis. Der er uhensigtsmæssigt og ubegrundet, da det ikke afspejler praksis. Det opsætter rigide barrierer for den fleksible opgavevaretagelse og hindrer den allerede eksisterende organisering af arbejdet. Det er på ingen måde kvalitetsfremmende, hvilket den kliniske retningslinje siger til. Og det er ikke til gavn for patienten.

Hvis vores høringssvar giver anledning til spørgsmål, eller der er behov for uddybning, kan jeg kontaktes på kas050@foa.dk.

Venlig hilsen



Karen Stæhr
Sektorformand





Sundhedsstyrelsen
Sygehuse og beredskab

Høringssvar vedr. national klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår

KL takker for muligheden for at afgive høringssvar vedr. national klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår.

KL finder overordnet, at evidensbaserede kliniske retningslinjer er et meget vigtigt redskab til beslutningsstøtte for relevante fagpersoner i en virkelighed, hvor der stilles krav om, at de rigtige patienter får de rigtige – målrettede og effektive – indsatser. Kliniske retningslinjer er et væsentligt værktøj til at understøtte kompetenceudviklingen af sundhedsprofessionelle medarbejdere og sikre en ensartet indsats af høj kvalitet på tværs af landet og på tværs af sektorerne.

Diabetiske fodsår rammer et stort antal borgere og udredning og behandling finder sted i både primær og sekundær sektor. Det er således et vigtigt indsatsområde, som disse kliniske retningslinjer adresserer.

KL finder, at der er tale om et fint og grundigt materiale vedr. udredning og behandling af diabetiske fodsår. Området er væsentligt for den kommunale sygepleje, og det er velkomment, at der i retningslinjen indgår tidlig opsporing, patient- og pårørende inddragelse og ikke mindst fokus på infektion.

KL har dog både overordnede og konkrete kommentarer til den kliniske retningslinje.

Struktur og formidling

Helt overordnet kan det overvejes at genoverveje strukturen og formen i formidlingen med tanke på, hvem der skal være målgruppe for den kliniske retningslinje. Der er en oplevelse af, at den kliniske retningslinje i sin nuvæ-

Den 14. juni 2013

Sags ID: SAG-2013-04212
Dok.ID: 1711373

LWI@kl.dk
Direkte 3370 3150
Mobil 2643 4614

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1/4

rende opbygning risikerer at sætte sig mellem to stole, da den i sin form har karakter af en blanding af referenceprogram og klinisk retningslinje.

Ideelt set kunne man have en mere konsekvent og ”ren” klinisk retningslinje og en dertil hørende afledt brugervenlig handlingsanvisning, som omfatter de nuværende afsnit 1 (men ikke underafsnittene) samt afsnit 4, 5, 6 og 7 (minus anbefalingerne) samt 8 og 8.1.

Hvis man vælger at målrette den aktuelle kliniske retningslinje til brugerne, fremfor de særligt interesserede, som måtte ønske at dykke ned i PICO, søgestrategi og spørgsmål om evidensstyrke, validitet, specificitet, mv., bør man fuldt ud tage konsekvensen heraf i retningslinjens struktur.

Der er – på forbilledlig vis – arbejdet meget med at gøre formidlingen sprogligt klar og præcis. Hvis retningslinjen skal være umiddelbart anvendelig for praktikerne i primær sektor, er der imidlertid behov for, at materialet får en anden struktur end den nuværende. Det gælder både ift. den indledende del, hvor anbefalingerne præsenteres ”lige på og hårdt”, uden nævneværdig introduktion og uden at være sat ind i en større sammenhæng, endsige ”brugsvejledning”.

Det gælder også for præsentationen undervejs, som gerne kunne have (endnu) mere karakter af vejledning, som det er nemt for praktikerne at handle efter og slå op i, i forhold til en konkret situation. Materialet er ikke bygget op omkring en løbende præsentation af de konkrete evidensbaserede anbefalinger med tilhørende handlingsanvisninger. Anbefalingerne præsenteres i stedet samlet flere steder igennem materialet som ”indgangsbøn” til afsnit med vejledning i prosa-form. Afsnittene, hvor udvalgte anbefalinger præsenteres (igen), forvirrer, ikke mindst fordi den efterfølgende tekst ikke kun er handlingsanvisninger ift. de konkrete anbefalinger, men rækker ud over indholdet i de specifikke anbefalinger.

For at lette formidlingen kunne man meget vel tage konsekvensen og vælge at sætte anbefalingerne i et bilag for sig, hvor man så i øvrigt gør noget ud af at angive, hvilken del af den kliniske retningslinje, der specifikt baserer sig på den enkelte anbefaling.

Beskrivelse af evidensniveau

I forlængelse af ovenstående argumentation kan man frygte, at en del af målgruppen vil finde det forvirrende, at en konkret indsats anbefales, på trods af, at der er lav evidens. Angivelse af evidensstyrke er ikke for den brede målgruppe, men for den særligt interesserede fagperson. Når man vælger at anbefale en tilgang, så må anbefalingen være det centrale, og evidensstyrke lav, moderat eller høj bliver irrelevant på nær akademisk. Igen kan man vælge at etablere et bilag, som beskriver evidensstyrke. Hvis man

ønsker at udbrede evidenstankegange og forståelsen af evidensstyrke lokalt blandt praktikerne, bør der endvidere være en beskrivelse af baggrunden for, at et studies evidensstyrke vurderes og overføres i anbefalingerne med angivelse af evidensstyrke.

Multidisciplinære teams

Det er en styrkelse af området, at der anbefales oprettelse af multidisciplinære teams, som i parentes bemærket fint kan organiseres i forbindelse med telemedicin. Der er imidlertid behov for at klarificere nærmere, hvilke kompetencer, som tænkes repræsenteret, ligesom forankringen er uklar og bør beskrives.

Patient- og pårørendeinddragelse

Afsnit 3 om tidlig opsporing og afsnit 7 om patient- og pårørendeinddragelse hører sammen og kan med fordel trækkes frem i dokumentet, da tidlig opsporing er meget vigtig.

Telemedicin

Det er, jf. Den nationale handlingsplan for udbredelse af telemedicin fra juni 2012, aftalt at udbrede telemedicinsk sårbehandling i alle kommuner og regioner. KL skal bemærke, at det hos det sundhedsfaglige personale i kommuner og regioner derfor kan skabe forvirring, når det af retningslinjens afsnit 5.5.1. fremgår, at ”telemedicin en mulighed for at forbedre kommunikationen og kan ses som et supplement til andre kommunikationsformer”. KL skal anbefale, at retningslinjens afsnit om telemedicin i højere grad afspejler den nationale prioritering af udbredelse af telemedicinsk sårbehandling som platform for kommunikation mellem den kommunale sygepleje og den regionale sårbehandling.

Små detaljer

- Side 9 i flowdiagrammet bør ”diabetiker” rettes til ”person med diabetes”.
- I de sidste tre afsnit skrives patienten/patienter – det kan overvejes om der skal skrives ”personer med diabetes”.
- Side 20 midt: ”tegn på infektion hos diabetiker” – bør ændres til ”person med diabetes”.
- Side 21: 4.2.2. Biokemiske undersøgelser. ”Det anbefales derfor ikke alene at basere vurderingen af infektion i et diabetisk fodsår på blodprøver” – her kan gerne kort nævnes, hvad der også bør gøres.
- Side 30 første afsnit skrives ”protokolleret behandling”, i de efterfølgende afsnit skrives ”forsøg”.
- Side 32 nederst: ”diabetiker” bør ændres til ”personer med diabetes”.
- Side 33 ”fodsårpatienter” bør ændres til ”personer med diabetiske fodsår”.

KL tager forbehold for en senere politisk behandling.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in blue ink, consisting of several overlapping loops and a trailing line.

Christian Harsløf



LasF

Holsbjergvej 29
2620 Albertslund
Telefon: 43 20 51 20
E-mail: lasf@lasf.dk
Web: www.lasf.dk

12. juni 2013

**Att.
Sundhedsstyrelsen, Sygehuse og Beredskab**

Landsforeningen af statsaut. Fodterapeuter (LasF) har fra Sundhedsstyrelsen modtaget "*National Klinisk Retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår*" til høring.

LasF har følgende kommentarer til høringsudkastet:

Side 7 6.1: Der foreligger gældende overenskomst mellem Danske regioner og LasF, som er godkendt af Sundhedsstyrelsen. Denne berettiger diabetikere med tidligere fodsår til jævnlig behandling med tilskud (9 behandlinger om året).

Patienter med diabetes, der går til fodterapeut, skal have foretaget en årlig fodstatus for at være tilskudsberettiget. I denne fodstatusundersøgelse udreder fodterapeuten for neuropati ved både monofilament samt biothesiometri (jf. høringsudkastets anbefalinger nr. 4.6 side 5). Desuden undersøges for perifer arteriel insufficiens ved palpation af de perifere pulse (jf. høringsudkastets anbefalinger nr. 4.7 side 5.)

Ligeledes benyttes klassifikationen af diabetiske fodsår (Wagner sår klassifikationen) (se vedlagte fodstatusskema). Hermed bliver der hos fodterapeuten jævnligt bliver fulgt op på senkomplikationer, og patienten vejledes ud fra fodstatus.

Den Internationale Konsensusrapport (*International consensus and practical guidelines on the management and the prevention of the diabetic foot*. International Working Group on the Diabetic Foot) konkluderer, at personer med diabetes, som jævnligt går til fodterapeut, har større chance for at undgå fodsår

På den baggrund mener LasF, at det i anbefaling 6.1 burde fremgå, at patienter bør henvises til jævnlig kontrol hos statsautoriseret fodterapeut.?

Side 9: Flowdiagrammets øverste højre boks med følgende tekst:
"*Sårbehandling, evt. antibiotisk behandling evt. intensiveret diabetesbehandling*"
bør rettes til: "*Sårbehandling, aflastning, evt. antibiotisk behandling evt. intensiveret diabetesbehandling.*"

Side 10 næstsidste og sidste afsnit: Det ville være godt, hvis der her fremgik, at det også er meget belastende for familien (jf. MTV-rapporten om diabetiske fodsår fra 2011).

Side 11 1.3: I stedet for systematiske fodundersøgelser bør der stå ”Fodstatus hos statsautoriseret fodterapeut.”

Side 17 3. afsnit: I vejledningen fra DSAM side 63 lægges der op til, at det som udgangspunkt **altid** er hos den privat praktiserende fodterapeut, der årlige fodundersøgelse bliver lavet. I bilag 7 er der fin beskrivelse af den diabetiske fod, hvor fodterapeutens rolle og opgaver er godt beskrevet

Det bør i dette kapitel - Tidlig opsporing - være mere klart, at fodterapeuternes regelmæssige fodstatus bør være et redskab for tovholderne i den enkelte patients behandlingsforløb.

Fodstatusskemaet indeholder alle de undersøgelser, som danner grundlag for de tiltag, man som behandler (læge, sygeplejerske, hjemmehjælper m. fl.) bør tage i forhold til at forebygge diabetiske sår eller forebyggelse af recidiv.

Sundhedsstyrelsen har godkendt en overenskomst, hvor det gives offentligt tilskud til de 4 førstnævnte punkter. Derfor bør det netop være fodterapeuternes fodstatusskema, som er alle behandleres udgangspunkt i stedet for, at flere faggrupper bruger tid på de samme undersøgelser. I en tid med knappe ressourcer og ønsket om at effektiviseringen inden for sundhedssektoren, er det spild af ressourcer.

Side 18

- Anbefaling 4.6: Se allerede afgivet kommentar til side 7.
- Anbefaling 4.11: Det bør fremgå, at et multidisciplinært team som minimum skal inkludere relevante lægelige specialer, sygeplejefaglige specialer og statsautoriseret fodterapeut med adgang til værksted. Det fremgår også af Sundhedsstyrelsens MTV rapport om diabetiske fodsår fra 2011.

Side 19

- 4.1 afsnit 1: Mange diabetiske fodsår opdages hos den statsautoriserede fodterapeut. Derfor bør fodterapeuten også nævnes her.
- 4.1.1 Anamnese: Anamneseoptagelsen bør omfatte: Under andet punkt (faktorer...) bør der også nævnes fejlstillinger.

Side 22

- 4.4.2 1. afsnit: Er det muligt at fodterapeuter med særlig kompetencer kan henvise direkte til MDT? Det vil sikre, at anbefalingen i 4.4.2 vedrørende subakut henvisning kan overholdes

Side 23

- 4.5: Der skal i andet punkt stå ”fodterapeut med værksted”, da der skal være mulighed for at lave aflastninger. Det er også tydelig nævnt i MTV rapporten om diabetisk fodsår fra Sundhedsstyrelsen (2011).

Side 24

- Punkt 3 nævner ved bandagist eller håndskomager. Der bør også nævnes statsautoriseret fodterapeut.
- Den indledende tekst til 4.7 bør være: ”Udredningen i MDT fokuserer på diagnostik af infektion, neuropati eller angiopati i den diabetiske fod og aflastning af såret.”

Side 27

- 5.1 sidste afsnit: De sidste linjer bør rettes til følgende: ... samt vejledning i fodtøj mhp. optimal aflastning af fødderne, eventuelt ved hjælp af individuelt fremstillet såraflastning.

Side 29

- 5.2.1 Afsnit begyndende med ”*Ekstern trykaflastning kan finde sted...*”. Her bør stå individuelt fremstillet såraflastning.

Side 30

- 5.4. LasF er ikke enig i, at denne patientgruppe kan overgå til behandling alene i primærsektoren. Størstedelen af denne patientgruppe skal have individuelt fremstillede fodtøj. Det kan først iværksættes, når såret er helet. En undersøgelse fra Bispebjerg Hospital af specialfodtøj viser, at meget af den anvendte fodtøj ikke passer. For at sikre at undgå residiv, bør patienten derfor først afsluttes, når fodtøjet passer.

Hvis Sundhedsstyrelsen er interesseret i at læse denne undersøgelse, kan den rekvireres ved LasF.

Side 32:

- Forslag til ny anbefaling 6.4: Det anbefales, at patienten henvises til jævnlig kontrol hos statsautoriseret fodterapeut.
- 6.1 Forebyggelses af recidiv: I stedet for ”behov for hud- og neglepleje” bør der stå: ”I henhold til opfølgning bør man sikre sig at patienten fortsætter sit forløb hos fodterapeut i primær sektor.
- 6.2 Der henvises til allerede afgivet kommentar til side 17.

Med venlig hilsen

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tina Christensen', written in a cursive style.

Tina Christensen

Formand

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Kristian Lysholt Mathiasen', written in a cursive style.

Kristian Lysholt Mathiasen

Sekretariatschef

Høringssvar til National klinisk retningslinje for diabetiske fodsår

LVS har følgende kommentar udarbejdet af Dansk Selskab for Klinisk Mikrobiologi:

Der står side 20 at diagnostik af infektion kan være svær, at de klassiske infektionstegn kan mangle og at diagnosen bør stilles ved flere af følgende

- 1. klinisk infektion**
- 2. podning/biopsi til dyrkning**
- 3. evt. blodprøve**
- 4. evt. billeddiagnostik.**

Dette vil betyde at formentlig alle får sendt prøve til dyrkning, hvilket alt andet lige nok vil give væsentlig flere prøver til os. Flere, måske næsten alle, vil være positive med flere bakterier i, ofte med mange resistente. Det er ikke nemt at vide hvilke af disse ofte gram-negative stave og enterokokker samt stafylokokker der er baggrunden for en evt. infektion.

Hvis behandlingen skal dække alle disse bliver den hurtig meget bred og med antibiotika vi og Sundhedsstyrelsen gerne vil begrænse for at undgå de mange Clostridium difficile og ESBL dannende bakterier vi nu ser florerer på sygehusene og i almen praksis.

Anbefalingen af tidlig, på mistanke, antibiotika behandling, som siden justeres efter de reelle fund der gøres, vil nok medføre at nogle ptt med diabetiske sår kan have effekt, men langt fra alle, idet flere er koloniseret og ikke inficeret.

Til gengæld vil det markant øgede og brede antibiotikaforbrug betyde en formentlig væsentlig øgning af de reststensproblemer vi ser i dag.

Venlig hilsen

Marie Pinholt Krabbe
Sekretariatschef
ORGANISATIONEN AF



Kristianiagade 12
2100 København Ø
Telefon 35 44 84 06
Mobil 23 71 33 40
E-mail mpk@dadl.dk
www.selskaberne.dk

Til
Sundhedsstyrelsen, Sygehuse og Beredskab

Høringssvar vedrørende national klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår

Forskerparken 10
DK-5230 Odense M

Telefon 6543 2030
Telefax 6543 2050
dsl@medcom.dk
www.medcom.dk
Dato 14.06.2013

MedCom er af flere samarbejdsparter blevet gjort opmærksom på, at "National klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår" er i høring. MedCom har med glæde og interesse læst høringsmaterialet. I samarbejde med kliniske repræsentanter i MedComs arbejdsgrupper vil MedCom gerne understøtte implementeringen af de kliniske retningslinjer, når dette bliver relevant i den tværsektorielle kommunikation.

I forhold til afsnit 5.5.1 Telemedicin i national klinisk retningslinje for udredning og behandling af diabetiske fodsår har MedCom forslag om, at man gør opmærksom på den aktivitet indenfor telemedicinsk sårvurdering som aktuelt foregår i Danmark.

Specielt Region Syddanmarks igangværende forskningsprojekt "Konsekvensanalyse ved indførelse af telemedicinske konsultationer ved behandlingen af diabetespatienter med fodsår i Region Syddanmark – randomiseret prospektivt studie" kunne fremhæves, da afsnit 5.5.1 beskriver ringe/begrænset dokumentation på området.

Projektet national implementering af telemedicinsk sårvurdering sept. 2012-aug. 2015

Det aktuelle nationale projekt kunne nævnes, da der generes multiple erfaringer med at anvende telemedicin i forbindelse med sårbehandling og giver klinikere mulighed for at arbejde evidens baseret på længere sigt indenfor telemedicinsk sårbehandling.

Deling af kliniske data i forbindelse af behandling af diabetiske fodsår kan foretages via forskellige kommunikationsværktøjer. Aktuelt implementeres national telemedicinsk sårvurdering som et fælles kommunikationsværktøj i alle regioner og kommuner. I dette nationale projekt arbejder MedCom med brugen af et fælles IT-system, fælles begrebsforståelse og fælles behandlingstilgang via regionale sårkurser, samt opbygning af kompetence niveauet hos plejepersonale som varetager sårbehandling. Til sammen giver disse værktøjer og tiltag mulighed for at foretage telemedicinsk sårvurderinger som en del af det tværsektorielle samarbejde.

MedCom ser frem til at både retningslinjer for udredning og behandling af diabetiske fodsår og de forskellige projekter som er i gang fremmer det gode sårforløb.

Venlig hilsen
Projektleder Dorthe Skou Lassen
MedCom
dsl@medcom.dk

Høringssvar til National klinisk retningslinje for diabetiske fodsår.

Middelfart kommune har med interesse læst oplægget til den nationale kliniske retningslinje for diabetiske fodsår. Middelfart kommune finder, at det er spændende og lærerig læsning.

Vi finder det ærgerligt, at de kommunale sårsygeplejersker ikke er repræsenteret i arbejdsgruppen, da de kommunale sårsygeplejersker har stor viden om, og bruger mange ressourcer på, diabetiske fodsår, og er en væsentlig samarbejdspartner i det daglige, tværfaglige og tværsektorielle arbejde med diabetespatienter. På baggrund heraf vil være en fordel at præcisere ansvars- og opgavefordeling i en klinisk retningslinje, der også får indflydelse på arbejdet med diabetiske fodsår i primær sektoren.

Vi har følgende konkrete kommentarer og spørgsmål til den kliniske retningslinje for diabetiske fodsår:

S. 7, nr. 6.1. "Det anbefales, at patienter med tidligere diabetiske fodsår regelmæssigt kontrolleres for opståen af nye sår (Lav evidens)". Der ønskes en præcisering af, hvem der har ansvaret for dette og hvor hyppigt "regelmæssigt" er.

S. 8, nr. 6.2. Der ønskes en præcisering af, hvem der har ansvaret for, og skal varetage, patientuddannelse og undersøgelse af fodstatus?

I de nuværende sårambulatorier er der stor forskel i, hvor ofte patienter tilses af multidisciplinære teams (MDT) i forløbet. Der ønskes, om muligt, en anbefaling i forhold til dette.

S. 26, pkt. 4.7.3. Det fremgår ikke tydeligt hvad anbefalingen er, hvis der ikke kan mærkes fodpuls, og der ønskes en præcisering af dette. Det fremgår, at tåtryk er guld standart i forhold til udredning af angiopati, men efterfølgende henvises både til Ankel- arm index og tåtryksmåling. Betyder det, at AAI er en brugbar metode til vurdering af den arterielle status i diabetikerens fod?

S. 27 pkt. 5.1.1.2. Anbefales der altid fugtig sårbehandling af diabetiske fodsår, eller er der situationer, hvor man ønsker at udtørre overfladiske sår for at minimere infektionsrisiko?

Endvidere ønskes, om muligt, en præcisering af følgende områder:

Hvordan betragtes tørre sorte nekroser?

Hvad er anbefalingerne i forhold til brug af sølv til behandling og forebyggelse af infektion i diabetikers fodsår.

Hvad er anbefalingerne i forhold til den primære udførende indsats i sårbehandlingen. Hvem skal tilse og skifte diabetikernes sårbandager, og hvor hyppigt skal sårene tilses i forhold til obs. infektion?

Hvornår skal der suppleres med kompressionsbehandling? Er der viden om hvilken form for kompressionsbehandling der anbefales i forskellige situationer?

Med venlig hilsen



Sundhedsafdelingen

Jernbanegade 75-77

5500 Middelfart

National klinisk retningslinje for behandling og udredning af diabetiske fodsår

Kapitel 4, afsnit 4-4:

Det er ønskeligt, at der bliver foretaget biopsi i forbindelse med udredning for mikrobiologisk undersøgelse, men til gengæld vil jeg gerne anføre, at det ikke er nok at afvaske med vand før man foretager podning. Der skal foretages regelret oprensning i såret (debridering) for at man får et validt resultat ved podning. Det anbefales derfor, at teksten rettes til i henhold til dette.

Kapitel 4, afsnit 4-6:

Anbefaling om at udrede patient for neuropati ved monofilament eller biotelesimetri hos patienter som allerede har et fodsår, giver ikke nogen diagnostisk kvalitet i sig selv. Screening for neuropati har effekt ved patienter som endnu ikke har fået fodsår, således at man kan forebygge fodsårsdannelse ved uddannelse af patient og personale. Monofilamentundersøgelse er en god undersøgelse til screening, hvorimod biotelesymmetri på grund af praktiske omstændigheder, primært skal bruges i forbindelse med kvantitering af følesans.

Det skal i øvrigt bemærkes, at de to undersøgelser undersøger forskellige modaliteter af følesansen og derfor ikke er ligeværdige, men skal bruges sammen og evt. med yderligere metoder. (Temperatur, stillingssans, autonome nervesystem (sudo-motor))

Kapitel 4, afsnit 4-8:

Det skal anbefales, at patienter som henvises til røntgenundersøgelse skal have foretaget belastede røntgenundersøgelser, hvis der er mistanke om fodforandringer. Fejlstillinger er oftest først synlige, når patientens fod er vægtbelastet. Konventionel røntgen (ubelastede billeder) kan afsløre knoglebetændelse.

Kapitel 4, afsnit 4-9:

Jeg synes, at sproget i anbefalingen antyder, at der skal foretages en MR-scanning på mistanke om dyb infektion. Som jeg læser det, hvis jeg læser det grundigt, er det kun hvis man gerne vil foretage en knoglebiopsi, at man anbefaler MR-scanning.

Det skal præciseres, at det anbefales at hvis man planlægger at lave MR-scanning, at denne foretages før at man foretager evt. knoglebiopsi, idet knoglebiopsi kan forstyrre tolkningen af MR-scanningen. Det anbefales således ikke nødvendigvis at foretage MR-scanning i forbindelse med osteomyelit ved inkonklusiv røntgenundersøgelse.

Kapitel 4, afsnit 4-10:

Det undrer mig, at anbefalingen: ”patienter med påvirket almentilstand og tegn på kritisk iskæmi, vådt gangræn eller plantarabsces skal henvises til akut vurdering og behandling på nærmeste akut-hospital”, får suffixet (lav). Det er almen lægelig viden, at patienter med påvirket almentilstand med tegn på kritisk iskæmi, vådt gangræn eller plantarabsces under alle omstændigheder skal henvises akut til sygehus hvor der er døgnbemanding og mulighed for akut intervention eller viderevisitering. Ved at anføre at anbefalingen er (lav) kan man få det indtryk at man evt. kan undlade at henvise akut.

Kapitel 4, afsnit 5-12:

Der er væsentlig forskel på behandlingsintensitet og pris på de nævnte behandlingsmodaliteter, således at topical negative pressure (TNP) allerede er en del af den etablerede behandling, om end beviset for at det rent faktisk virker, er lav, men dette adskiller den ikke fra de øvrige behandlinger eller bandager som anvendes. Derimod er hyperbar iltbehandling, granulocytstimulerende faktor og platelet-derived growth factor på et helt andet eksperimentelt stade, hvorfor jeg støtter denne anbefaling.

Jeg anbefaler derfor, at TNP tages ud af sætningen eller at det tilføjes at evidensen for TNP fortsat er lav og at man anbefaler at afdelingen skaffer sig bedst mulige erfaringer med behandlingen, evt. afgrænser behandlingsansvaret til få interesserede behandlere. TNP kan (skal) anvendes i tilfælde hvor konventionelle metoder ikke kan få et sår til at hele og hvor plastikkirurgi af forskellige grunde ikke kan anvendes. Det kan ses hos patienter med mange konkurrerende lidelser, der kontrainciderer plastikkirurgiske indgreb, men hvor der til eksempel er blottede sener eller knogler. Her er der klinisk erfaring med at TNP kan hele sår. Det vil derfor være et betydeligt tilbageskridt at disse sår kun kan bruges i protokollerede forsøg.

Min holdning er stort set identisk med teksten der fremgår af sektion 5.2.2 og ekspertgruppen anbefaler derfor at TNP ikke anvendes rutinemæssigt. Det kan derfor undre at man i resuméet anbefaler at TNP kun bør anvendes i protokollerede forsøg.

Generelle betragtninger:

Det bør anbefales, at regionerne får lavet et entydigt visitationssystem, således at patienternes vej igennem systemet er så kort som muligt, så umisforståeligt som muligt og at det både drejer sig om henvisning fra primærsektoren til sekundær sektor og den modsatte vej.

Regionerne bør også tilstræbe, at der er klare retningslinjer for henvisning således at forsinkelsen fra patienten henvender sig til den første behandler, til patienten er henvist til det rette niveau bliver så kort som muligt.

Telemedicin.

Den anførte litteraturgennemgang fra 2010 der nævnes er MTV rapporten om den diabetiske fod, udgivet af Sundhedsstyrelsen. Denne rapport kommer med en anbefaling af brug af telemedicin til behandling af den diabetiske fod. Den dokumentation der fremlægges er betænkelig svag: En pilotundersøgelse i Århus med fem patienter, en artikel med kroniske sår (altså ikke nødvendigvis diabetiske fodsår), og en mini MTV fra region-syd.

Det altoverskyggende succeskriterium for undersøgelsen fra Århus er om patienten følte sig tryk ved at tale med en speciallæge. Den anden undersøgelse er publiceret af et amerikansk firma der sælger telemedicin ydelser, og undersøgelsen er på forskellige sår, mens sidstnævnte indeholder en del postulater uden dokumentation. Her sammenlignes et virkeligt ambulans forløb med et tænkt forløb med samme sygehistorie, nu blot i telemedicinsk regi. Jeg synes derfor at anbefalingen af telemedicin hviler på et alt andet end solidt grundlag.

Jeg synes, at der er behov for at afklare værdien af telemedicin, før man kan anbefale implementeringen. Af en eller anden grund synes det også at være nagelfast at det er en sårsygeplejerske der skal være sundhedspersonen hos patienten i telemedicinsk sammenhæng. Jeg tænker at det kunne være en fordel at det var en kompetent fodterapeut, der var ude hos patienten, en fodterapeut der kunne foretage de nødvendige aflastninger, og dermed virkeligt spare patienterne turen til ambulatoriet.

Med venlig hilsen

Klaus Kirketerp-Møller

Overlæge, leder af forskningsenheden for Amputationer og Sår

Ortopædkirurgisk afdeling, Hvidovre Hospital