

Høringssvar: National klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes

1. Erhvervsstyrelsen
2. Dansk Tandplejerforening
3. Dansk Selskab for Almen Medicin
4. Høje-Taastrup Kommune
5. De ni kommuner i Planområde Midt (Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Rødovre)
6. Dansk Sygepleje Selskab
7. Silkeborg Kommune
8. Danske Regioner
9. Region Syddanmark
10. Diabetesforeningen
11. Foreningen af kliniske diætister
12. Dansk Endokrinologisk Selskab
13. Region Hovedstaden – Center for Sundhed
14. Danske Fodterapeuter
15. Seks kommuner i Region Syddanmark (Esbjerg, Kolding, Odense, Varde, Sønderborg og Aabenraa)
16. Danske Fysioterapeuter
17. Patient Education Research, Steno Diabetes Center
18. Kommunernes Landsforening
19. Dansk Selskab for Fysioterapi
20. Dansk Selskab for Sportsfysioterapi (DSSF)
21. Dansk Selskab for Hjerte- og Lungefysioterapi (DSHLF)
22. Dansk Selskab for Bassinfysioterapi (DSBF)

02-07-2015

Sagsnr. 4-1013-41/2

Reference ANWS

T 7222 7680

E syb@sst.dk

Peer Review

- Professor Ulf Ekelund, Department of Sport Medicine, Norwegian School of Sport Sciences, Norge
- Klinisk professor Jens Sandahl Christiansen, Institut for Klinisk Medicin, Medicinsk Endokrinologisk afdeling, Aarhus Universitet

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S
Denmark

T +45 72 22 74 00
E sst@sst.dk
www.sst.dk

Fra: 1 - ERST Høring [<mailto:hoering@erst.dk>]

Sendt: 24. april 2015 15:05

Til: Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab

Emne: Erhvervsstyrelsens høringssvar vedr. national klinisk retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes

Kære Sundhedsstyrelsen

Erhvervsstyrelsen har på høringsportalen erfaret, at Sundhedsstyrelsen har sendt følgende: ” *national klinisk retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes*” i høring.

Høringen giver ikke Erhvervsstyrelsen (herunder TER) anledning til bemærkninger, idet TER ikke vurderer, at forslaget indeholder nye administrative konsekvenser for erhvervslivet

Fra januar 2015 er alle ministerier pålagt nye krav om styrkede erhvervsøkonomiske konsekvensvurderinger ved forslag til ny regulering med væsentlige konsekvenser for erhvervslivet.

Se www.erst.dk/konsekvensvurderinger for mere information.

Med venlig hilsen

Anne Krejberg Christensen

Stud.merc.jur.

ERHVERVSSTYRELSEN

Direktionssekretariatet - Team Jura

Dahlerups Pakhus

Langelinie Allé 17

2100 København Ø

Telefon nr.: +45 3529 1000

www.erst.dk

Direkte tlf: +45 3529 1078

E-mail: AnnKre@erst.dk





Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

8. maj 2015

Vedr.: Høring vedr. den nationale klinisk retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes.

Dansk Tandplejerforening skal indledningsvis takke Sundhedsstyrelsen for fremsendelsen af høringsskrivelsen vedr. klinisk retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes. Dansk Tandplejerforening er ikke på høringslisten, hvilket forningen betragter som en forglemmelse al den stund, at tandplejerne både som behandlere af patienter med senfølger af diabetes, og som sundhedspædagoger med et handlingsændrende profylaktisk udgangspunkt, er oplagt at inddrage som faggruppe. Derudover har Dansk Tandplejerforening følgende bemærkninger til retningslinjen:

Generelt:

På baggrund af den eksplosive hast, hvormed diabetes rammer stadigt flere – så mange, at der reelt er tale om en epidemi – ville det have været formålstjenligt, hvis Sundhedsstyrelsen havde vedlagt styrelsens afdækning af årsagerne til den eksplosive vækst i diabetestilfældene samt de forebyggende tiltag myndighederne har iværksat eller vil iværksætte for at dæmme op for den stærkt bekymrende udvikling.

Retningslinjen har et udelukkende rehabiliterende afsæt – oven i købet med en række anbefalinger, der ikke alle er entydige. På den baggrund, og i lyset af den forebyggende tilgang til sundhedsfremme, som bl.a. tandplejerne har, ville det have styrket retningslinjen, hvis den havde ligget i forlængelse af en profylaktisk retningslinje til forebyggelse og inddæmning af eksplosionen i antallet af type 2 –diabetikere.

Dansk Tandplejerforening har imidlertid ikke kunnet finde en sammenhængende beskrivelse af årsagerne til - og indsatserne imod type 2-diabetes og vil derfor benytte lejligheden til at opfordre til, at der bliver udfærdiget en sådan samlet beskrivelse med profylaktisk udgangspunkt – gerne i form af en klinisk retningslinje.

Konkret:

I forhold til nærværende retningslinje har Dansk Tandplejerforening noteret sig, at Sundhedsstyrelsen – fuldstændig korrekt – i retningslinjens indledning skriver, at type 2 diabetes "...kan medføre en række senkomplikationer såsom [...] tandsygdom".

Imidlertid er der ingen af de fokuserede spørgsmål, der relaterer sig til de senfølger en meget stor del af type 2 diabetes patienterne oplever i mundhulen og tænderne: Højt blodsukker nedsætter ikke bare heling af sår på fødder mv. men lige så meget i munden. Glukosekoncentrationen i spyt stiger således ved blodsukker på 10-15mmol/l, hvilket kan medvirke til at udvikling af både paradentose og caries. Diabetes og paradentose hænger derfor ofte sammen i en negativ spiral.

Til illustration af de mulige negative konsekvenser af dårlig sårheling i mundhulen kan f.eks. nævnes, at tandkødsbetændelse (gingivitis) i samtlige pocher, svarer til et åbent sår på størrelse med en stor håndflade. Da såret imidlertid ikke umiddelbart kan ses, bliver det derfor ofte også overset, hvilket kan få alvorlige konsekvenser for patienten med paradentose og fæstetab (løse tænder) til følge.

Dansk Tandplejerforening skal derfor foreslå, at der i overensstemmelse med formuleringen i retningslinjens indledning, bliver udarbejdet et fokuseret spørgsmål, der relaterer sig til senfølger i form af tandsygdomme.

Venlig hilsen



Elisabeth Gregersen
Formand for Dansk Tandplejerforening

Fra: Dorthe Pedersen [<mailto:dp@dsam.dk>]

Sendt: 12. maj 2015 15:21

Til: Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab

Cc: Lars Gehlert Johansen; Karin Mette Thomsen; 'Ynse Klazes de Boer'

Emne: Høring vedr. den nationale klinisk retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes

Til Sundhedsstyrelsen

Dansk Selskab for Almen Medicin takker for muligheden for at blive hørt i forbindelse med denne NKR, men kan i øvrigt oplyse, at vi ikke har kommentarer dertil.

Venlig hilsen

Dorthe Pedersen

Dorthe Pedersen
DSAM's sekretariat
Stockholmsgade 55, st.
2100 København Ø
T: 7070 7431 • Dir: 5150 1676
dp@dsam.dk • www.dsam.dk



Fra: Konny Riising [<mailto:KonnyRi@htk.dk>]

Sendt: 12. maj 2015 14:48

Til: Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab

Emne: Høring ved. national klinisk retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes

Hej

Hermed svar fra Høje-Taastrup:

Dejligt med en samlet oversigt over de erfaringer der indtil nu foreligger.

Det er vigtigt, at der også bibeholdes et fokus på motivation hos de borgere der hører ind under målgruppen, da det er vanskeligt at finde redskaber til at arbejde med motivation, og fastholdelse på lang sigt, især ift. træning.

Det vil være interessant at fastholde fokus på effekt af såvel medicin, kost og motionsindsatser for denne målgruppe over en længere årrække.

Med venlig hilsen

Konny Riising

Områdeleder



**Høje-Taastrup
Kommune**

Espens Vænge

Espens Vænge 44

2630 Taastrup

Telefon: 4335 2496

Mobil: 2448 4921

www.espensvaenge.htk.dk

Den 12. maj 2015

Høringssvar vedr. National klinisk retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes.

De ni kommuner i Planområde Midt - Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Rødovre - afgiver hermed fælles hørings-svar til Region Hovedstaden vedr. National klinisk retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes.

Helt overordnet er det en relevant og godt gennemarbejdet retningslinje, der tager afsæt i et felt, hvor det fortsat, som det også fremgår af materialet, er svært at fremskaffe god evidens på området. Det kan der være flere årsager til. Dels er rehabilitering af patienter med type 2 diabetes stadig et "relativt" nyt fokusområde i diabetesbehandlingen - dels varetages de rehabiliterende ydelser oftest af sundhedsfaglige personer med ikke lægefaglig/akademisk baggrund, og der har derfor ikke været tradition for systematisk at indsamle data på out-come af de rehabiliterende ydelser/tilbud.

Nærværende retningslinje lægger en god bund for fremtidig forskning inden for feltet rehabilitering af personer med type 2 diabetes, og den lægger op til, at kommuner og forskningsenheder i langt højere grad end tilfældet er i dag, samarbejder om udviklingen af relevante tilbud til personer med type 2 diabetes.

Umiddelbart er det primært kun smårettelser – og mest af sproglig- eller forståelsesmæssig karakter. De kommer nedenfor i kronologisk rækkefølge:

s. 12 - 2.6, 2. afsnit: "en samlet rehabilitering medførte en mindre forbedring" – her foreslås, at der i stedet står "en lille forbedring".

s. 19 - 3.9, 1. linje: "ovenstående er der ikke er evidens" - slet "er"

s. 23 - 5.3, 4. linje: "grupper af patienter med type 2 diabetes og under hvilke omstændigheder, de kunne have glæde af" – her foreslås en mere læsevenlig sætningskonstruktion: "grupper af patienter med type 2 diabetes, der kunne have glæde af denne kostsammensætning - og under hvilke omstændigheder"

s. 32 - 7.6, 3. linje: "Den diabetiske fod" - er det muligt at bruge et andet ordvalg - f.eks: "Fodproblematikker relateret til diabetes".

s. 32 - 7.7, Balancen mellem - linje 7: "Der ikke holdepunkter" - "Der er ikke holdepunkter"

s. 32 - 7.7, Andre overvejelser - linje 4: "ressourcemæssig" - "ressourcemæssigt"

s. 34 - 8.4, linje 13: "træning to med tre gange om ugen" - "træning to gange om ugen med træning tre gange om ugen

s. 34 - 8.5, linje 3: "træning to gange om ugen med tre" - "træning to gange om ugen med træning tre gange om ugen"

s. 34 - 8.5, linje 8: "sammenlignet med estimerne for tre" - "sammenlignet med estimerne for træning tre"

Ballerup Kommune, Egedal kommune, Furesø Kommune, Gentofte Kommune, Gladsaxe Kommune, Herlev Kommune, Lyngby-Taarbæk Kommune, Rudersdal Kommune og Rødovre Kommune

s. 35 - 8.5, linje 1: "ni randomiserede studier (51,56,76-81) og kun én" - "ni randomiserede studier (51,56,58,76-81) og kun ét"

s. 38 - 8.8, Balancen mellem ...: "Generelt er kun få oplysninger" - "Generelt findes kun få oplysninger"? Sætningen virket ufærdig?

s. 38 - 8.9, linje 3: "hvor meget længere tids træning, der behøves for en signifikant effekt" - her foreslås en mere læsevenlig sætningskonstruktion: "hvor meget mere end 10 ugers træning, der behøves, før der ses en signifikant effekt"

s.39 - 9.4, Den motiverende samtale, linje 1: "Samtalen er en systematisk forebyggelses- og livsstilssamtale med opfølgning, hvor målet er at øge motivationen via en afklaring af patientens parathed og resourcer til adfærdændring". Her foreslås i stedet at bruge "Den Motiverende Samtales" egen definition, som er: "Den Motiverende Samtale (også kaldet Motivationssamtalen) er en evidensbaseret samtale teknik, der, ved at hjælpe en person til at blive afklaret omkring sine værdier og livsstil, søger at skabe indre motivation til forandring af en konkret adfærd eller livsstil". Se evt. mere her: <http://www.denmotiverendesamtale.dk/DenMotiverendeSamtale.html>

s. 43 - 10.4, linje 10: "rehabiliteringen af type 2 diabetes" - "rehabiliteringen af patienter med type 2 diabetes"

s. 44 - 10.5, linje 1: "og to ny randomiserede kontrollerede undersøgelser (87,97,98)" - "og tre ny randomiserede kontrollerede undersøgelser (87,97,98)"

s.60 - Bilag 1a, linje 13: "udvikle diabetes der i højere" - "udvikle diabetes i højere"

s. 63 - Bilag 2, linje 35: "Til dette har mange kommuner" - "Desuden har mange kommuner"

s. 63 - Bilag 2, linje 39: Her bør tilføjes Fagligt Selskab for Diabetessygeplejersker - samt diætister og fodterapeuters faglige selskaber, hvis de har sådan nogle

s. 65 - Bilag 3 - Proces- og effektindikatorer, linje 14: "en vigtig oplysning i revisionen af forløbsprogrammerne" - "en vigtig oplysning i revisionen af det rehabiliterings tilbud, som borgeren tilbydes"

s. 66 - Bilag 3 - Proces- og effektindikatorer, linje 3: "udvalgte resultatindikatorer (f.eks: HbA1c, fysisk kapacitet og livskvalitet)": Det er væsentligt her at være skarp på, hvordan man med respekt for den enkelte patient vil måle den fysiske kapacitet. Mange patienter er folk som os, og det er ikke værdigt at ud-sætte dem for f.eks. "rejse/sætte sig testen".

Der findes ikke henvisninger til bilag: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 9 og 11.

På vegne af de ni kommuner i Region Hovedstadens Planområde Midt.

Lotte Sehested

Diabeteskonsulent
Gladsaxe Kommune

Sundhedsstyrelsen
Sekretariatet for nationale kliniske retningslinjer
Axel Heides Gade 1
2300 København S
Att.: Tina Birch tibi@sst.dk

Odense den 12. maj 2015

Høringssvar fra DASYS vedr. National klinisk retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes

Dansk Sygepleje Selskab (DASYS) har modtaget forespørgsel på overstående og vi takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Vi bliver præsenteret for et omfattende materiale og vi kan kun complimentere høringsmaterialets lødighed og forskningsmæssige argumentation. Vi finder imidlertid at spørgsmål omkring patienternes arbejdsevne og hvorledes den påvirkes af behandling mangler.

Derfor foreslår vi, at de i øvrigt udmærkede forslag til yderligere forskning suppleres med en stærk anbefaling om, at patienternes arbejdsevne og tilknytning til arbejdsmarkedet påvirkes af behandlingen.

Vi har sendt retningslinjen til Fagligt Selskab for Diabetessygeplejersker og har fået nedenstående generelle bemærkninger:

Side 11

I det fokuserede spørgsmål 1 står: "... sygdomsspecifik patientuddannelse..." I anbefalingen står der IKKE sygdomsspecifik.

Det defineres IKKE tydeligt, hvad der menes med "sammenhængende" i denne forbindelse. Det ville være en fordel, hvis der gjorde.

Side 44

"... og to nyere randomiserede kontrollerede undersøgelser". Der er tre referencer og der er tilsyneladende ikke overlap mellem de tre referencer, som dermed måske kunne beskrives i teksten som tre.

Side 63

"De faglige selskaber...". Her nævnes kun DSAM og DES, selv om der i retningslinjen peges på betydningen af tværfagligheden.

Skulle vores høringssvar give anledning til spørgsmål står Fagligt Selskab for Diabetessygeplejersker og DASYS naturligvis til rådighed for yderligere uddybning af ovenstående synspunkter.

Med venlig hilsen
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Bente Hoeck
Medlem af bestyrelsen

13. maj 2015

Hørringssvar fra Silkeborg Kommune på den nationale kliniske retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes

Indledningsvis bør det nævnes, at anbefalingerne er svage da evidensen samlet set er lav. Der er brug for flere studier på området, hvilket er tydelig ved gennemlæsning.

Nedenstående er eksempel på dette

Der kan være fordele for den glykæmiske kontrol ved anvendelse af en diæt med relativt lavt kulhydratindhold, men der mangler et større evidensgrundlag til afklaring af dette.

Centrale budskaber

Side 7 4. afsnit

Under diætvejledning bør tilføjes formålet med diætvejledning er forbedret glykæmisk kontrol

(kulhydrat 45-60%, Protein 10-20%, fedt < 35%) dette bør ændres til fedt mellem 25-35%

Praktiske råd og særlige patientovervejelser

Side 16

Patienter, som ikke har behov for rehabilitering på nogle af de områder, der dækkes af forløbet, eller patienter, som har svært ved at indpasse gruppeforløb i et travlt hverdags- og arbejdsliv, bør tilbydes et individuelle forløb.

Det samme gælder patienter, der ikke ønsker eller kan deltage i gruppebaseret rehabilitering.

Dette bør fremgå tydeligere af teksten.

Baggrund for valg af spørgsmål

Side 23

Anvendelse af diæter med lavt kulhydratindhold er særligt i fokus, og mange taler om et paradigmeskift i forhold til den traditionelle anbefaling af 50-60% kulhydrat.

Dette ændres til nuværende anbefaling 45-60% eller også bedes traditionel ændres til tidligere anbefalinger.



12-05-2015

Sag nr. 14/2318

Dokumentnr. 25699/15

Line Raahauge Hvass

Tel.

E-mail:

Høringssvar vedr. den nationale kliniske retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes

Danske Regioner ser generelt velvilligt på, at der udsendes nationale kliniske vejledninger. Det vurderes, at retningslinjen er gennemarbejdet, men generelt baserer sig på et spinkelt evidensgrundlag.

I det følgende gennemgås de punkter, hvor regionerne finder, at der er svagheder i denne nationale kliniske retningslinje.

Ad 1.4 Det anføres, at kerneydelserne i rehabilitering af type 2 diabetes omfatter:

- Sygdomsspecifik patientuddannelse
- Diætvejledning/behandling
- Øgning af den fysiske aktivitet eller træning
- Rygeafvænning

Her mangler fokus på fodterapi og forebyggelse af diabetiske fodsår. MTV-rapporten om diabetiske fodsår fra 2011 påpeger, at det er et af de områder, der er forsømt, og det gælder både i forhold til folk, der er fysisk inaktive, og folk, der er fysisk aktive. Regionerne mener derfor, at det er et af de områder, hvor den nationale kliniske retningslinje med fordel kan styrkes – ikke bare i dette afsnit, men generelt i retningslinjen.

Ad 4.3 Det anbefales, at man overvejer diætbehandling frem for kostråd via almen praksis. Det findes positivt, at man anbefaler diætbehandling frem for kostråd til personer med type 2 diabetes. På den måde vurderes det, at personer med type 2 diabetes vil få et mere ensartet rehabiliteringstilbud af en højere, standardiseret kvalitet på det vigtige kostområde. Der skal dog i den forbindelse gøres opmærksom på, at der er egenbetaling ved anvendelse af diætbehandling via en diætist, og dette kan være baggrunden for, at mange patienter ikke bliver henvist til behandling hos en diætist eller vælger ikke at benytte sig af den henvisning, de måske får til behandling hos en

diætist, da type 2 diabetes ifølge Sundhedsprofil 2013 er en sygdom, hvor der er social ulighed i sundhed.

Side 2

Kommentarer til anbefalinger vedr. diætbehandling og diætvejledning:

Benyt diætbehandling eller diætvejledning konsekvent frem for begge dele inkonsekvent.

Diætbehandling = Er et individuelt behandlingsforløb for personer med behov for diæt omfattende dataindsamling, analyse, planlægning og handling; dvs. diætvejledning og evaluering (kilde: Damsgaard Koch, A., Ejstrup, M. & Søndergaard, K. for FaKD. Terminologiliste for kliniske diætister 2008, 2008, 1. udg., s. 3)

Kommentar til brug af de officielle kostråd og de officielle nordiske næringsstofanbefalinger. Det er to forskellige ting. Næringsstofanbefalinger er udarbejdet af Nordisk Råd og er de nordiske anbefalinger for fordeling af næringsstoffer (fx kulhydrat 45-60E%). De officielle kostråd i Danmark er de officielle råd til en sund livsstil, hvor man ved at leve efter dem, bør få fordelt sine næringsstoffer efter de nordiske næringsstofanbefalinger. Definitionerne er yderst vigtige, da ikke ernæringsfaglige fagpersoner let misforstår budskabet.

På baggrund af ovenstående bør følgende overvejes ændret (foreslåede ændringer er skrevet med kursiv):

s. 7: ”Overvej at tilbyde diætbehandling (kostanamnese, analyse, vejledning i kostprincipper/kostplan) frem for kostråd til patienter med type 2 diabetes ⊕⊕⊕⊖.”

Bør der her stå [...] frem for de *officielle* kostråd [...]?

S.7: ”Overvej at tilbyde diætvejledning/behandling baseret på de officielle kostråd (kulhydrat 45-60%, Protein 10-20%, fedt < 35%) frem for diætvejledning/behandling baseret på relativt lav kulhydratindtagelse (<45%) og høj protein-indtagelse (>20%) og/eller høj fedtindtagelse (>35%) til patienter med type 2 diabetes (⊕⊕⊕⊖)”

Bør der her stå: ”Overvej at tilbyde diætvejledning baseret på *de officielle næringsstofanbefalinger* [...]”?

S. 23: 5.7 Oversigt over evidensen.

”Kost med lavt kulhydratindhold sammenlignet med *kost med kulhydratindhold svarende til de officielle næringsstofanbefalinger* ved type 2 diabetes.

Population: patienter med type 2 diabetes

Intervention: *Lav kulhydratindtagelse (Kulhydratindhold < 45%)*

Sammenligning: *Officielt anbefalet kulhydratindtagelse (45-60%)*

Kommentarer vedr. patientpræferencer:

Der mangler dokumentation for følgende

- S. 15 ned. ”Problemet med et gruppebaseret forløb er, at færre end forventet bliver henvist til dette, og ud af disse gennemfører mange ikke det planlagte forløb” – dokumentation?
- S. 19. Patientpræferencer; ...mens ressourcetsvage, komplicerede og multisyge patienter fore-trækker et individuelt forløb” – dokumentation?
- S.22. Patientpræferencer; Mens patienter erfaringsmæssigt oftere takker nej senere i syg-domsforløbet” – dokumentation?
- S. 38. Patientpræferencer; ”De eksisterende træningstilbud gives typisk 3 gange om ugen.....” – dokumentation? Der er ikke her fra kendskab til et eneste tilbud her i regionen, hvor det er 3 gange om ugen – det er normalt 2 gange/uge og i nogle tilfælde overgår det til én gang/uge i en udslusningsfase.

Baggrunden for vigtigheden i dokumentationen for disse påstande, skal ses i lyset af, at dette kan have betydning for, hvordan tilbuddene skal skrues sammen – det kan, hvis der findes dokumentation herfor måske være det, der kan ændre mest i forhold til den nuværende praksis.

Ad afsnit 6, 7 og 8. Alle tre afsnit omhandler fysisk aktivitet. Problemet med alle tre anbefalinger er, at de baserer sig på korttidseffekten af fysisk aktivitet og ikke har fokus på, hvordan man får deltagere i de forskellige indsatser til at fortsætte med den fysiske aktivitet også efter, at den fokuserede intervention er afsluttet. Dette er et problem, da det er velkendt, at problemet ofte er at få folk til at omlægge deres livsstil varigt. Der bør endvidere være fokus på, at det kan være svært for deltagere i et træningsprogram at deltage i dette, hvis aktivitet foregår på et sygehus langt fra deltagerens bopæl, ligesom det kan være umuligt at deltage, hvis aktiviteten foregår på et tidspunkt, der ikke er foreneligt med deltagernes øvrige liv. Der skal ved tilrettelæggelse af sådanne tilbud tages hensyn til, at det er en patientgruppe, hvor der opleves ulighed i sundhed. Der bør endvidere være stor fokus på forebyggelse af diabetiske fodsår, som det også påpeges i MTV-

rapporten om diabetiske fodsår, da disse også opleves hos de veluddannede og fysisk aktive, der fejlagtigt tror, at de kan træne de diabetiske fodsår væk.

Side 4

Ad 8.6. Det kan undre, at der kun er fokus på BMI og ikke også på taljemålet, da taljemålet giver et bedre mål for deltagerne sygdomsrisiko. Deltagere, der begynder at blive fysisk aktive, vil ofte opleve kun et lille fald i BMI, men et stort fald i taljemål.

Ad 9.2 Det anbefales, at man ikke anvender ”Self-management and support” indsatsen rutinemæssigt som supplement til den strukturerede diabetesspecifikke patientuddannelse af patienter med type 2 diabetes. Det ville styrke den nationale kliniske retningslinje, hvis man samtidig kom med en anbefaling til hvilke patienter, der med fordel kan tilbydes en ”Self-management and support” indsats.

Område: Sundhedsområdet
 Afdeling: Planlægning og Udvikling
 Journal nr.: 13/21858
 Dato: 13. maj 2015
 Udarbejdet af: Trine Malling Lungskov
 E-mail: Trine.Malling.Lungskov@rsyd.dk
 Telefon: 76631790



Høringssvar fra Region Syddanmark vedrørende National Klinisk Retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes

Generelle kommentarer

Umiddelbart er den kliniske retningslinje velbearbejdet, ganske omfangsrig og med et højt videnskabeligt og fagligt niveau.

Vedrørende valg af fokuserede spørgsmål

Der er i rapporten stillet ca. 10 spørgsmål, der efterfølgende besvares med litteratursøgning, metaanalyse etc. Det fremgår ikke tydeligt, hvorfor det netop er disse 10 spørgsmål, der er søgt besvaret. Det kan fx synes meget detaljeorienteret at se på om et træningsforløb skal udføres 2 eller 3 gange ugentligt.

I denne forbindelse finder Region Syddanmark en mangel i form af et spørgsmål som "Varetages rehabiliterende indsats over for type 2 diabetes bedst i regi af sekundærsektorens eksperter eller i regi af fx kommune eller almen praksis?" Et af de spørgsmål, der på national plan aktuelt søges afklaret, er netop placeringen af den rehabiliterende indsats.

Tekstnære bemærkninger

Pkt. 4 og 5	<p>Hvad angår de specifikke anbefalinger samt deres tilhørende videnskabelige graderinger, så synes pkt. 4 kulhydratrig diæt versus "traditionel diabetesdiæt" at være "vendt om".</p> <p>Der er en høj videnskabelig evidens for, at en kulhydratfattig kost reducerer HbA1c i hvert fald initialt. Der er et muligt mindre accept fra patienternes side, men anbefalingerne er trods den forbedrede glykæmiske kontrol, at "traditionel diabeteskost" bør anbefales frem for den kulhydratfattige kost. Vi mener derfor ikke, at denne anbefaling kan tiltrædes.</p>
Pkt. 9	<p>I punktet om self-management, der graderes som et ikke-anbefalelsesværdigt tiltag, undrer vi os over at et så vigtigt arbejde som "Diabetologia. 2011 Jul;54(7):1620-9. doi: 10.1007/s00125-011-2120-x. Epub 2011 Apr 1. The effect of motivational interviewing on glycaemic control and perceived competence of diabetes self-management in patients with type 1 and type 2 diabetes mellitus after attending a group education programme: a randomised controlled trial. Rosenbek Minet LK1, Wagner L, Lønvig EM, Hjelmberg J, Henriksen JE." ikke</p>

	<p>indgår.</p> <p>Dette arbejde der er af dansk oprindelse og understøtter anbefalingen i rapporten, men bør naturligvis være fanget i litteratursøgningen.</p> <p>Ligeledes er det fra flere sider anført, at man mener, at der findes litteratur om self-management udgående fra bl.a. Steno Diabetes Center.</p>
--	---



Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

Høringssvar vedr. den nationale kliniske retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes

Sundhedsstyrelsen har den 24. april 2015 sendt udkast til den nationale kliniske retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes i høring. Diabetesforeningen fremsender hermed sit høringssvar.

Diabetesforeningen anerkender det store arbejde med at udvikle klinisk retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser for patienter med type 2 diabetes. Vi kan dog være bekymrede for, at ikke alle relevante kompetencer har været involveret i arbejdet med udarbejdelsen af retningslinjen. Dette kommer bl.a. til udtryk ved, at de psykosociale aspekter ikke tilstrækkeligt er adresseret i retningslinjen. Dette kan måske have sammenhæng med valget af definition for rehabilitering afsnit 1.4 nederst på side 8, som er af ældre dato (2004).

Man ved i dag, at op mod 45 % af voksne med diabetes har diabetesstress og er følelsesmæssigt belastet på grund af deres diabetes. Diabetesstress kan udvikle sig til angst og en egentlig depression. Diabetes og de psykologiske konsekvenser af sygdommen kan ikke adskilles, men skal behandles i sammenhæng. Derfor mener Diabetesforeningen, at en moderne og tidssvarende klinisk retningslinje for diabetesrehabilitering bør afspejle et mere helhedsorienteret perspektiv og inddrage den seneste nye viden. Psykosocial støtte bør derfor være omfattet som en kerneydelse i rehabilitering af type 2 diabetes, og således også fremgå som et væsentligt indsatsområde i lighed med de øvrige punkter på side 9 i udkastet.

For så vidt angår patientuddannelse, er det vigtigt, at det fremgår i en opsamlede konklusion, at der mangler nyere, solid evidens. De steder, hvor patientuddannelse er benævnt, er det vigtigt, at der står **sygdoms-specifik** patientuddannelse – fx på side 7, det første punkt i de centrale budskaber. Og under anbefalingen i punkt 2.2 side 11.

☐ **Odense:**
Rytterkasernen 1
5000 Odense C

☐ **København:**
Toldbodgade 33, 1
1253 - København K

Telefon 66 12 90 06
Fax 65 91 49 08
info@diabetes.dk
www.diabetes.dk

CVR DKnr. - 35 23 15 28

På side 7, Centrale budskaberVedr. PICO 9:

Med udgangspunkt i retningslinjens konklusioner fra side 38-42 må Diabetesforeningen antage at pilen nedad må bero på en fejl, jf. formuleringen; *Anvend ikke rutinemæssigt en 'self-management and support' indsats som supplement til den strukturerede diabetesspecifikke patientuddannelse til patienter med type 2 diabetes.*

Diabetesforeningen anerkender, at der i dag mangler evidens for effekten af self-management aktiviteter på glykæmisk kontrol eller blivende forbedret livskvalitet. Men der er i retningslinjens gennemgang af evidensen, ikke noget der peger på, at det skulle være en direkte ulempe for patienten at deltage i self-management/peer to peer forløb eller andre egenomsorgsstøttende aktiviteter. Det er heller ikke Diabetesforeningens erfaring, at der er sygdoms- og behandlingsmæssige eller psykologiske ulemper forbundet fra de mange diabetesspecifikke motivationsgruppeforløb (peer to peer grupper/self-Management), der årligt afvikles i Danmark og som drives af frivillige som supplement til og i forlængelse af sundhedsvæsenets rehabiliteringstilbud. Diabetesforeningen oplever stor efterspørgsel i forhold til disse motivationsgrupper og får positive evalueringer fra deltagerne.

Diabetesforeningen mener, at pilen bør gå opad jf. Sundhedsstyrelsens definition for **Svag betinget anbefaling for** ↑, da det vurderes, at fordelene ved interventionen er større end ulemperne, og en anbefaling således bør komme patienten til gode.

Med venlig hilsen



Ane Eggert Jackson, chef for ledelsessekretariatet

Foreningen af Kliniske Diætister, FaKD's høringssvar vedrørende "National klinisk retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes".

Foreningen af Kliniske Diætister (FaKD) sender hermed vores kommentarer på ovennævnte retningslinje.

Repræsentanter fra FaKD har læst høringsudkastet igennem og finder overordnet, at vejledningen påpeger mange væsentlige indsatsområder i forhold til sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes. *Vi vil gerne benytte lejligheden til at sige arbejdsgruppen en stor tak for denne vigtige NKR, der vil kunne gavne patientgruppen og gøre patientforløbene mere ensartede i kommunerne og muligt via almen praksis at få behandling, uanset geografi, sygehusstilbud, diabetesklinikker, lokale tilbud m.m.*

FaKD vil i det følgende afgive sit høringssvar således, at det kronologisk følger indholdet i høringsmaterialet.

De væsentligste områder som FaKD har bemærkninger til, er følgende:

1. Vedr. KOSTRÅD:

på side 7, Centrale budskaber:

- Overvej at tilbyde diætbehandling (kostanamnese, analyse, vejledning i kostprincipper/kostplan) frem for **kostråd** til patienter med type 2 diabetes ⊕⊕⊖⊖

Menes her "frem for de **officielle kostråd**"? Da tilfør **officielle**.

2. Generelt vedr. DIÆTBEHANDLING:

F.eks. på side 9: Kerneydelserne i rehabiliteringen af type 2 diabetes omfatter:

- Sygdomsspecifik patientuddannelse
- **Diætvejledning/behandling**
- Øgning af den fysiske aktivitet eller træning
- Rygeafvænning

Det vil fagligt styrke den nationale kliniske retningslinje, hvis der konsekvent blev anvendt ordlyden "diætbehandling" fremfor "diætvejledning" og begge dele.

Diætbehandling har følgende definition: *Diætbehandling er et individuelt behandlingsforløb for personer med behov for diæt omfattende dataindsamling (biokemi bl.a.), analyse, planlægning og handling; dvs. diætvejledning og evaluering.*

Diætbehandlingen er, hvor det er muligt, evidensbaseret.

(kilde: Damsgaard Koch, A., Ejstrup, M. & Søndergaard, K. for FaKD. Terminologiliste for kliniske diætister 2008, 2008, 1. udg., s. 3, Fagets retningslinier Diætisten nr. 55, 2002)

Det er bedre med en konsekvent brug af dette begreb, da definitionen er klar og entydig. Dette vil dermed lægge op til det faglige niveau, der kræves ifb. med rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes ift. kostomlægningen.



3. Vedr. "DIÆTIST":

På side 11: *Indholdet har primært været patientundervisning ved læge/sygeplejerske og diætvejledning/behandling ved **diætist** samt råd om øget fysisk aktivitet eller træning.*

Vi bemærker, at der anvendes titlen "diætist" i denne NKR. Vi gør opmærksom på, at den rette betegnelse for diætist, faktisk er Klinisk Diætist (lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 61 stk. 2 + § 78 lov nr. 307 af 24. April 1996 om Kliniske Diætister)

Vi beder venligt om, at vores faggruppes titel bliver rettet til at være den korrekte titel, tak.

4. Vedr. Kulhydratindholdet i kosten:

På side 23: "Betydningen af kulhydratindholdet i kosten" Det fremgår, at "alle er enige om at anbefale langsomt-resorberbare kulhydrater med lavt glykæmisk index".

Vi vil gerne indstille til, at også fedtstofs kvaliteten bør fremgå tydeligt. F.eks kunne der vises procentfordelingerne af mættet fedt, monumættet og polyumættet.

Ligeledes bør der indgå en frarådelse af høj proteindiæterne ved f.eks. diabetisk nefropati. Eller det bør komme med i de nærmere undersøgelser.

Når der reduceres i en næringsstofkilde, vil andelen af andre næringsstoffer ændres, og dermed kan der ske en utilsigtet indtagelse af fedtstoffer, mængden af protein (f.eks. rødt kød) og kosten skal samtidig sikres en vis andel af f.eks. fuldkorn og fibre.

5. Vedr. Kostråd og NNR, de nordiske næringsstofanbefalinger:

Når der anvendes betegnelsen "de officielle kostråd" sikre I så, at der menes de officielle nordiske næringsstofanbefalinger?.

Det er to forskellige ting nemlig. Næringsstofanbefalinger er udarbejdet af Nordisk Råd og er de nordiske anbefalinger for fordeling af næringsstoffer (fx kulhydrat 45-60E%). De officielle kostråd i Danmark er de officielle råd til en sund forebyggende livsstil og kost, hvor man ved at leve efter dem, bør få fordelt sine næringsstoffer efter de nordiske næringsstofanbefalinger. Definitionerne er yderst vigtige, for ikke at misforstå budskabet.

Vi håber, at FaKD vil blive kontaktet direkte af Sundhedsstyrelsen ved revidering af denne NKR, og vil meget gerne indgå i et fremtidigt samarbejde med arbejdsgruppen og sundhedsstyrelsen herom.

Med venlig hilsen

Mette Pedersen

Formand

Foreningen af Kliniske Diætister (FaKD)



2015-05-13

Re.: National Klinisk Retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes.

Høringspart: Dansk Endokrinologisk Selskab, DES.

Overordnet set er den kliniske retningslinje velskrevet. DES har dog følgende kommentarer:

Man savner en generel vurdering af den organisatoriske struktur i forhold til patientuddannelse og rehabilitering. Er nogle setups således mere effektive end andre?

Det havde været formålstjenstligt, hvis alder havde indgået i vurderingen. I forhold til risiko for senkomplikationer har HbA1c mindre betydning hos ældre end hos yngre patienter med nyopdaget diabetes. Rapporten besvarer og kommenterer således ikke, hvilke aldersgrupper der vælger gruppebaseret undervisning/diabetesskole frem for individuelt forløb. Det er denne skribents erfaring, at det overvejende er ældre (pensionister), der deltager i gruppebaserede forløb.

I forlængelse heraf bygger graderingen indenfor de forskellige emner måske i for høj grad på HbA1c. Det kan naturligvis skyldes, at denne parameter har været den eneste gennemgående målbare. Med fordel kunne man dog, f.eks. i afsnittet om fysisk træning, have inkluderet andre (ligeså vigtige) parametre som blodtryk, livskvalitet og behov for antidiabetika. Mener ikke BMI skal indgå som målt parameter, idet denne ikke siger noget om ændringen i kropssammensætning (muskulatur/fedt) i forbindelse med fysisk træning

Rapporten finder ingen forskel mellem henholdsvis low og high carb diæt. Alligevel anbefaler rapporten de ”officielle kostråd” – dvs. high carb. Dette forekommer besynderligt.

I kapitlet vedrørende ”self-management” bemærkes, at et relativt stort randomiseret dansk studie (Rosenbek Minet LK, Diabetologia 2011. 54(7)) ikke indgår. Dette vækker bekymring, hvad angår de søgekriterier, der ligger til grund for arbejdsgruppens rapport.

Med venlig hilsen

Klaus Levin, Overlæge PhD, OUH Svendborg, Endokrinologisk sektion

På vegne af Dansk Endokrinologisk selskab

NOTATTil: **Sundhedsstyrelsen****Opgang** B & D
Telefon 3866 5000
Direkte
Mail csu@regionh.dk

Sagsnr.

Dato: 15. maj 2015

Region Hovedstadens høringssvar vedr NKR om diabetes 2 rehabilitering

Generelt er Region Hovedstaden tilfreds med at retningslinjen fremstår brugervenlig og overskuelig opbygget på trods af, at den fylder 96 sider. Retningslinjen er relevant og tager afsæt i et felt, hvor det fortsat, som det også fremgår af materialet, er svært at fremskaffe god evidens på området.

Retningslinjen giver et nyttigt grundlag for fremtidig forskning indenfor feltet rehabilitering af personer med type 2 diabetes, og den lægger op til, at kommuner og forskningsenheder i langt højere grad end tilfældet er i dag, samarbejder om udviklingen af relevante tilbud til personer med type 2 diabetes.

I det fremadrettede arbejde med retningslinjen foreslås, at man i højere grad forholder sig til anbefalinger om ensartet registrering/målingsmetoder og opsamling af data med henblik på effekt af de anbefalede indsatser.

Omkring valg af spørgsmål skal det bemærkes – som også nævnt i referencegruppen – at der desværre i flere tilfælde er fokuseret på spørgsmål, hvor udfaldet måske ikke er så overraskende. Her tænkes for eksempel på om det er bedre at tilbyde træning fremfor råd om fysisk træning og diætbehandling fremfor kostråd).

I stedet er der mange relevante spørgsmål som ikke er med. For eksempel spørgsmål om hvordan man får flere til at deltage i rehabilitering, og hvordan man kan arbejde med fastholdelse/overgang til egen træning.

Det bør overvejes at adressere dette sammen med kommentarer om, at det måske er pga. af manglende evidens, at dette ikke er berørt.

Det vil gavne den fremtidige regionale rehabiliteringsindsats, hvis der udarbejdes en anbefaling - hvor svag den så end ville blive klassificeret - på tværs af anbefalingerne af, hvilken rehabiliteringsindsats der anbefales fremover.

Vedrørende rækkefølgen på anbefalinger vil det være logisk hvis spørgsmål 5, 7 og 8 (om hhv. fysisk træning af lav til moderat intensitet og varighed samt hyppighed af træning) kom lige efter hinanden. Og at anbefaling 6, om træning til patienter der også har hjertekarsygdom, kommer til sidst. Desuden kunne anbefaling 5 og 7 måske sam-

menskrives – nu anbefales både at overveje ”superviseret aerob træning” (i nr. 5) og ”et superviseret kombineret aerob- og styrketræningsforløb”.

Generelt ønskes det, at der anvendes ordet diætbehandlingsforløb i stedet for kostvejledningsforløb i teksten, da der er forskel på kompetencerne. Der er ikke konsensus om anvendelse af begreberne i teksten/retningslinjen.

Der er gode GRADE-baserede ”summary of findings”-tabeller (SOF) for hvert af de fokuserede spørgsmål. Ville det være muligt at konstruere dem, så der anvendes enten engelsk eller dansk? Det virker ikke optimalt med den nuværende ”sprogblanding”.

Specifikke kommentarer

Side 11, afsnit 2.2:

Anbefaling 1 ”overvej at tilbyde patienter med type 2 diabetes en sammenhængende rehabiliteringsindsats bestående af patientuddannelse, diætvejledning og eventuelt fysisk træning” Her kunne det med fordel præciseres, hvad der sammenlignes med – en indsats bestående af flere delelementer eller ingen indsats? Givetvis sidstnævnte, men burde være præciseret.

Også til anbefaling 1: Formuleringen her er meget vigtig for, hvad regionerne efterfølgende kan skrive i fx forløbsprogrammerne. Anbefalingen som den står sætter mere eller mindre spørgsmålstegn ved, om der fortsat skal tilbyde en mere bredspektret rehabilitering idet det er en ”svag anbefaling af lav kvalitet”. Det er givetvis den faglige vurdering af evidensen, men vil kunne stille den regionale indsats i en lidt vanskelig situation.

s. 12 - 2.6, 2. afsnit: ”en samlet rehabilitering medførte en mindre forbedring” - her foreslås, at der i stedet står ”en lille forbedring”.

Af afsnit 2.6 fremgår det at man valgte at anvende en Fixed Effects Model (i metaanalysen ?) for at undgå at ét meget stort studie med en særligt intensiv og langvarig rehabiliteringsintervention, der i modsætning til de øvrige studier også involverede træning, skulle få for meget vægt. Studiet viste ifølge samme afsnit god effekt. Man har fundet at denne intervention er urealistisk at gennemføre, og har derfor valgt at nedtone dens positive effekt. Det kræver med andre ord, at man læser denne NKR relativt grundigt for at få information om, at en omfattende intervention med fysisk træning tilsyneladende har bedre effekt end det kommer til at fremgå af nærværende NKR. Bør det fremhæves tydeligere – måske ved en sekundær SOF – at dette studie (Look AHEAD) har demonstreret mere overbevisende effekt?

Hvis man kun læser selve anbefalingen og evt. den tilhørende SOF, får man ikke information om de tilsyneladende positive effekter af Look AHEAD-studiet. Af anbefalingen kommer det endda til at fremgå at man eventuelt kan tilbyde fysisk træning. Dette virker ikke optimalt, da fysisk træning jo netop er en vigtig del af interventionen i Look AHEAD-studiet, hvor det ser ud til at interventionsgruppen opnår en ikke helt

ringe (12,74 %) fremgang i physical fitness målt ved en submaximal konditionstest, hvilket kunne tyde på at de rent faktisk har trænet...

s. 19 - 3.9, 1. linje: "ovenstående er der ikke er evidens" - slet "er"

s. 20, afsnit 4, omkring diætbehandlingsforløb, står der nogle anbefalinger i første afsnit omkring praktiske råd og patientovervejelser om hyppighed af diætbehandling, men der savnes en forklaring. Afsnittet fremstår som et "postulat".

s. 23 - 5.3, 4. linje: "grupper af patienter med type 2 diabetes og under hvilke omstændigheder, de kunne have glæde af" - her foreslås en mere læsevenlig sætningskonstruktion: "grupper af patienter med type 2 diabetes, der kunne have glæde af denne kostsammensætning - og under hvilke omstændigheder"

Afsnittet 7 på s. 30-32, fysisk træning af den komplicerede patient, forholder sig alene til diabetes-relevaterede komplikationer hos patienten. Det oplyses fx fra Frederiksberg Kommune i den sammenhæng, at man i virkeligheden ser flere borgere som ikke alene har diabetes komplikationer, men er præget af multisygdom. Det kunne ønskes, at der var anbefalinger for borgere med multisygdom.

Vedr afsnit 7: Vigtigt afsnit da der er tale om en relativt stor patientgruppe med komplikationer. Det virker som en god fremgangsmåde at uddrage evidens fra subgruppeanalyser på diabetespatienter i studier omhandlende de relevante patientgrupper – fx hjertepatienter. Fint at resultatet præsenteres om "god praksis".

s. 32 - 7.7, Balancen mellem - linje 7: "Der ikke holdepunkter" - "Der er ikke holdepunkter"

s. 32 - 7.7, Andre overvejelser - linje 4: "ressourcemæssig" - "ressourcemæssigt"

Vedr afsnit 8: Den første anbefaling af forløb "af mere end 10 ugers varighed", virker ikke helt i tråd med den præsenterede evidens, der ikke viser signifikant effekt af forløb under 6 måneders varighed (1. punkt i den tilhørende SOF). Der argumenteres med, at der er rapporteret positiv effekt af 12 ugers træning (afsnit 8.3), men studierne i det systematiske review, der refereres til (ref. 75) er tilsyneladende enten ikke fundet egnede til inklusion i denne NKR, eller har ikke haft vægt nok til at give et positivt resultat i meta-analysen, der ligger til grund for den SOF der er vist i denne NKR. Derfor må man stille spørgsmålstejn ved, om der er belæg for anbefalingen. Ville det ikke være mere i tråd med den præsenterede evidens at anbefale et 6 måneders forløb? Både resultaterne for HbA1c og VO₂-max viser kun signifikant effekt i studierne, hvor der er trænet 6 mdr. eller mere. Det er tilmed direkte nævnt i afsnit 8.6 at sammenlignes mere end 12 ugers træning med 12 uger eller mindre er der signifikant forskel. Dette taler vel også for at man skal over 12 uger og ikke blot over 10.

Den anden anbefaling er med meget lavt evidensniveau pga. mangel på direkte sammenligninger. Det kan dog forekomme underligt at anbefalingen ikke lyder på 3 gange

om ugen, når det er den træningshyppighed, der tilsyneladende oftest er benyttet i de inkluderede studier. Derudover nævnes det (i afsnit 8.8) at patienterne i realiteten ofte kun deltager 2 gange om ugen i praksis. Det er derfor værd at overveje om det ikke vil medføre yderligere nedsat træningshyppighed, hvis træningen kun tilbydes to gange om ugen.

s. 34 - 8.4, linje 13: "*træning to med tre gange om ugen*" - "træning to gange om ugen med træning tre gange om ugen"

s. 34 - 8.5, linje 3: "*træning to gange om ugen med tre*" - "træning to gange om ugen med træning tre gange om ugen"

s. 34 - 8.5, linje 8: "*sammenlignet med estimerne for tre*" - "sammenlignet med estimerne for træning tre"

s. 35 - 8.5, linje 1: "*ni randomiserede studier (51,56,76-81) og kun én*" - "ni randomiserede studier (51,56,58,76-81) og kun ét"

s. 38 - 8.8, Balancen mellem ...: "*Generelt er kun få oplysninger*" - "Generelt findes kun få oplysninger"? Sætningen virket ufærdig?

s. 38 - 8.9, linje 3: "*hvor meget længere tids træning, der behøves for en signifikant effekt*" - her foreslås en mere læsevenlig sætningskonstruktion: "hvor meget mere end 10 ugers træning, der behøves, før der ses en signifikant effekt"

s.39 - 9.4, Den motiverende samtale, linje 1: "*Samtalen er en systematisk forebyggelses- og livsstilssamtale med opfølgning, hvor målet er at øge motivationen via en afklaring af patientens parathed og ressourcer til adfærdændring*". Her foreslås i stedet at bruge "Den Motiverende Samtalen" egen definition, som er: "Den Motiverende Samtale (også kaldet Motivationssamtalen) er en evidensbaseret samtaleteknik, der, ved at hjælpe en person til at blive afklaret omkring sine værdier og livsstil, søger at skabe indre motivation til forandring af en konkret adfærd eller livsstil". Se evt. mere her:

<http://www.denmotiverendesamtale.dk/DenMotiverendeSamtale.html>

s. 43 - 10.4, linje 10: "*rehabiliteringen af type 2 diabetes*" - "rehabiliteringen af patienter med type 2 diabetes"

s. 44 - 10.5, linje 1: "*og to ny randomiserede kontrollerede undersøgelser (87,97,98)*" - "og tre ny randomiserede kontrollerede undersøgelser (87,97,98)"

s.47: Ud fra den foreliggende analyse er det vanskeligt at vurdere anvendeligheden af telemedicin i forbindelse med systematisk glukosemonitorering og anvendelse af telemedicinske løsninger som erstatning for traditionel rehabilitering. Regionen mener dog, at telemedicin kan ses som et supplement til den traditionelle re-

habliteringsindsats.

s.60 - Bilag 1a, linje 13: "udvikle diabetes der i højere" - "udvikle diabetes i højere"

s. 63 - Bilag 2, linje 35: "Til dette har mange kommuner" - "Desuden har mange kommuner"

s. 63 - Bilag 2, linje 39: Her bør tilføjes Fagligt Selskab for Diabetessygeplejersker - samt diætisters og fodterapeuters faglige selskaber (eller tilsvarende)

s. 65 - Bilag 3 - Proces- og effektindikatorer, linje 14: "en vigtig oplysning i revisionen af forløbsprogrammerne" - "en vigtig oplysning i revisionen af det rehabiliterings tilbud, som borgeren tilbydes"

s. 66 - Bilag 3 - Proces- og effektindikatorer, linje 3: "udvalgte resultatindikatorer (f.eks: HbA1c, fysisk kapacitet og livskvalitet)": Det er væsentligt her at være skarp på, hvordan man med respekt for den enkelte patient vil måle den fysiske kapacitet. Det er ikke (altid) værdigt at udsætte dem for f.eks. "rejse/sætte sig testen".

Høringssvar vedr. National klinisk retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes

Danske Fodterapeuter ønsker at afgive følgende høringssvar til det udsendte høringsudkast.

7.3 Praktiske råd og særlige patientovervejelser (side 30)

- *Den diabetiske fod: Vægtbærende træning bør undgås ved fodsår*

Fodstår er en af de alvorligste senkomplikationer for mennesker med diabetes. Op til 15 % af alle mennesker med diabetes vil udvikle diabetiske fodsår, som har svært ved at hele, og 70 % af dem, der har haft et diabetisk fodsår, vil få endnu et sår inden der er gået fem år. Hver fjerde med et diabetisk fodsår ender med at få en amputation på underben eller lår, og efter fem år er halvdelen af de amputerede diabetikere døde.

Fodsår og amputationer kan imidlertid effektivt forebygges gennem regelmæssig fodundersøgelse¹. Alle patienter med T2DM bør derfor henvises til fodterapeut og tilbydes fodundersøgelse en gang årligt. Fodundersøgelsen danner grundlag for en risikovurdering, der afspejler patientens risiko for at udvikle fodsår.

Set i lyset heraf, bør der stå mere end ovenstående linje. Det er **ikke tilstrækkeligt** blot at undgå træning vægtbærende træning, når fodsåret er udviklet.

Forsalg til ny tekst:

Forud for igangsættelsen af vægtbærende træning for alle patienter med diabetes bør følgende være undersøgt

- Har patienten neuropati?
- Passer patientens fodtøj?
- Har patienten fejlstillinger, som er årsag til fodproblemer eller smerter i bevægeapparatet.
- Hvis patienten allerede har udviklet fodsår, skal vægtbærende træning undgås.

Som diabetikere bør man årligt have foretaget fodstatus ved statsaut. fodterapeut. Resultaterne af denne undersøgelse sender fodterapeuten til patientens egen læge, som derfor vil kunne svare på ovenstående spørgsmål.

Med venlig hilsen

Danske Fodterapeuter
Holsbjergvej 29
2620 Albertslund

¹ National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE. Type 2 diabetes. Prevention and management of foot problems. 2004.

Høringssvar

Vedr. Nationale Kliniske Retningslinjer for rehabiliterende sundhedsindsatser til folk med type 2 diabetes.

Kommunerne i Region Syddanmark

Vi har hørt fra 6 kommuner:

- Esbjerg
- Kolding
- Odense – *ingen kommentarer, ok til NKR*
- Varde
- Sønderborg
- Aabenraa – *ingen kommentarer, ok til NKR*

Generelle kommentarer :

Der er følgende generelle bemærkninger og anbefalinger på tværs af de indkomne høringssvar fra kommunerne i Syddanmark:

- At rehabiliteringsindsatsen koordineres på tværs af de involverede aktører, sådan at den enkelte patient oplever et sammenhængende forløb.
- At der bør være et særligt fokus på udsatte borgere.
- At det bør være et opmærksomhedspunkt, at en del af patienterne med diabetes 2 er multisyge, hvilket er med til at øge kompleksiteten i den samlede rehabiliteringsindsats
- At det er et generelt problem, at teksten befinder sig på sygehusniveau og halter for langt bagud i forhold til, hvordan man forskellige steder i kommunalt regi oplever at gribe det an. Dette er et problem, når der er tale om retningslinjer, som anviser forslag handlinger og som fagligt dokument er retningsgivende.
- At retningslinjerne er for kritiske overfor brugen af telemedicin med henvisning til manglende evidens. Kommunerne gør her opmærksom på, at det, at den manglende evidens for de positive effekter ved brugen af telemedicin alene skyldes, at dette er tilstrækkeligt undersøgt, at man ganske enkelt ikke har nok viden om evt. positive effekter ved brugen af telemedicin i forhold til diabetes 2. Muligheden for at bruge telemedicin, som løsning bør netop undersøge nærmere pga. af den *store og differentierede* gruppe patienter, som vi taler om, når det drejer sig om diabetes 2.

Jf. eksempelvis Varde Kommune, som noterer følgende om dette (citater): *"Så når der står, at man skal være tilbageholdende med digitale løsninger, da der ikke er evidens for om det virker, så mener vi i Varde Kommune, at vi netop skal have skabt erfaringer på området, da digitale løsninger er en del af fremtidens løsninger."* Esbjerg Kommune anfører således, at man kan overveje at anvende og godkende dialog som systematisk telefonopkald eller sms som værende en del af en telemedicinsk løsning. Og på denne måde overveje at anvende en telemedicinsk løsning som et primært permanent tilbuds frem for alene at se det som et supplerende tilbud og således komme væk fra at meget snævert syn på et telemedicinsk tilbud overfor borgerne. Retningslinjerne anskuer således et telemedicinsk tilbud alene som webbaserede selfmanagement programmer. En kommune spørger således, om retningslinjerne alene vurderer telemedicinske løsninger til at være velfærdsteknologisk hjælpemiddel snarere end et telemedicinsk arbejdsredskab? Telemedicinen giver jo netop mulighed for løbende opfølgning og konsultation med en sundhedsprofessionel medarbejder, hvilket er det som anbefalingerne ellers lyder på som værende noget, der har en meget stor effekt i forhold til rehabilitering af type 2 diabetes patienter (side 12-13, 30 og 33). Derfor kunne der måske være en god ide at differentiere imellem de to begreber?

I NKR vises de udvalgte undersøgelser og dermed fremlægges en beskrivelse af telemedicin som værende et velfærdsteknologisk hjælpemiddel, der medvirker til moderat bedring af HBA1C. Grundet at der ikke forelå data på livskvalitet i denne sammenhæng nedgraderes evidensen. Men der ligger data der i dansk sammenhæng taler for at der sker med patientidentiteten i et dynamisk (telemedicinsk) sammenspil mellem den kronisk syge og den sundhedsprofessionelle via en digital velfærdsplatform (se bilag 1).

- At retningslinjerne har et for snævert syn på målgruppen for telemedicinske løsninger, da målgruppen for telemedicinske værktøjer estimeres at ligge i forhold til de mange yngre borger/patienter med it-kundskaber. Der formodes alene, at det er dem, der vil have glæde af muligheden for telemedicin enten grundet arbejdsliv eller privatliv. Der er her ikke set på at der udvikles digitale platforme med henblik på at de nå de ældre eller handicappede, der har svært ved at møde op grundet fysiske afstande/habituelle tilstande. I forhold til telemedicin sættes borgeren i centrum ved at tilbyde løsningen tæt på borgeren og giver borgere lige adgang, som det er tænkt i Sundhedsaftalerne 2015-2018. Det er netop den sidstnævnte gruppe, der har problemer med at nå frem og har stor risiko for at udvikle komplikationer, enten grundet mange år med sygdommen og/eller manglede justeringer grundet manglende/nedsat evne til fremmøde.
- At man i retningslinjerne bør overveje at inddrage et særligt fokus på borgere med anden etnisk baggrund, da der er en høj prævalens af diabetes 2 i denne målgruppe.
- At det er positivt, at den nationale kliniske retningslinje anbefaler både gruppe- og individbaserede forløb, idet det vurderes, at nogle borgere vil fravælge den gruppebaserede indsats.
- At det er positivt, at den nationale kliniske retningslinje anbefaler både gruppe- og individbaserede forløb, idet det vurderes, at nogle borgere vil fravælge den gruppebaserede indsats.

Specifikke kommentarer:

Kolding Kommune anfører særligt følgende i forhold til de enkelte afsnit i retningslinjerne:

Afsnit 1.4

Den rehabiliterende indsats afgrænses til at omhandle patientrettet forebyggelse og livsstilsbehandling

Det er problematisk at navngive dokumentet 'retningslinier for rehabiliterende indsatser' for så at afskære fokusområderne til overvejende at rumme elementer affødt af en naturvidenskabelig tilgang til individer og forebyggelse.

Essensen af rehabilitering forsvinder, hvis man frakobler det stof, der ligger under mistet funktionsniveau, herunder de sociale funktioner.

Som læser opleves det modsætningsfyldt, at rehabiliterende indsatser, skrives ned til at omfatte undervisning med afsæt i en biomedicinsk tilgang og med et snævert fokus på KRAM-faktorer.

Det er ikke godt, hvis dokumentet tænkes at være retningsgivende. Det er skudt under mål og halter bagud ift. den udvikling, som sker i praksis (her kommune).

I praksis tilstræber vi at arbejde helhedsorienteret (som jo ligger i den rehabiliterende tilgang) og ud fra individorientering og et åbent sundhedsbegreb.

Dette amputationsdilemma berøres på s. 15. Her inkluderes social funktion og helt korrekt benævnes gruppedynamik og netværksdannelse som elementer, der kan understøtte deltageres implementering og fasthold af egenindsats.

Afsnit 2.3

Samme dilemma som ovenfor: "kultur, uddannelse, tilgængelige tilbud... sætter begrænsninger for effekt".

Det er i dette felt, at kommuner forsøger at bygge bro. Vi forsøger at understøtte dannelsen af levedygtige netværk eller opkobling til kommunens kultur-/ frivillig-/ organisationsliv. Der mangles nogle beskrivelser og anbefalinger/overvejelser på dette område frem for konstateringen af at disse faktorer "sætter begrænsninger".

Evidensgrundlaget består udelukkende af randomiserede, klinisk kontrollerede undersøgelser.

Vi stiller spørgsmålstejn ved denne forståelse af evidensbegrebet. I kommunerne laver vi ikke kontrollerede, randomiserede undersøgelser. Der bliver dermed en overvægt, igen, af den biomedicinske tilgang til rehabilitering. Dette afspejles i effektmarkørerne HbA1c, BMI og vægt. Disse enheder er vi gået væk fra i kommunen – derimod sigter vi i vores indsatser efter at give redskaber, der støtter livskvaliteten,

pta kroniske sygdom. Metoden er en bredere pædagogisk tilgang end den der kan rummes under formidling af viden.

Måske skulle man se på kriterierne for indhentning af evidens?

Afsnit 2.7

Det er uhensigtsmæssigt at udsende et retningsgivende dokument, som giver et overordnet indtryk af, at det vi går og gør i kommunerne er omsonst og at self-management and support ikke kan anbefales. Mange af de bagvedliggende undersøgelser er ikke designet til at besvare spørgsmålet. Det er kritisabelt at livskvalitet kun vurderes på baggrund af et studium.

Metaanalyse er værdiløs som afsæt for en anbefaling. Her kunne studier med inddragelse af borgeres eget perspektiv inddrages.

Afsnit 5.2

Hvorfor sidestilles LC-diæt med høj proteinindtagelse med LC-diæt med høj fedtindtagelse i anbefalingen? Ingen af studierne der substituerer med protein viser en effekt modsat studierne, hvor fedtindtaget øges.

Afsnit 5.3

Man kan få det indtryk at LC-diæten er vanskeligere at opretholde end den anbefalede officielle diæt (LF – Low fat). Frafald fra LC-diæt er ikke højere end andre diæter (Feinmann et al. 2015; <http://authoritynutrition.com/low-carb-diets-healthy-but-hard/>), hvilket også nævnes i afsnit 5.6. Ref 39, som der henvises til i afsnittet har heller ingen forskel i frafald mellem LK- og LF-diæt, og skriver at begge diæter er svære at opretholde.

Afsnit 5.4

Hvad er årsagen til, at der ikke kigges på dosis-respons sammenhæng?

Når vi umiddelbart ser på de refererede studier, ser det ud til, at der er en sammenhæng mellem effekt og kulhydratniveau. Studierne med "moderat kulhydrat" på 40 E% finder ikke signifikant effekt (39, 42, 43, 48), hvorimod studierne med "lav-kulhydrat" 15-25 E% finder en effekt (41, 44, 45, 46, 47).

Vi mener, at det bør fremgå konsekvent gennem teksten, at der er tale om samlet metaanalyse af "moderat og lav-kulhydratdiæter", da betegnelsen "lav-kulhydrat" er misvisende for evidensgrundlaget (se evt. den foreslåede definition i Feinman et al 2015).

Det kunne være meget interessant at se resultatet, hvis metaanalysen kun omhandlede de studier som reelt er "lav-kulhydrat".

Afsnit 5.5

Hvorfor er studiet af Westman et al. 2008 ikke inkluderet i metaanalysen? Det undrer os at studiet ikke er med i analysen, da studiedesignet ligner ref. 44.

(Westman et al. The effect of a low-carbohydrate, ketogenic diet versus a low-glycemic index diet on glycemic control in type 2 diabetes mellitus. Nutrition & Metabolism 2008, 5:36.)

Vi vil også gerne henvise til følgende relevante review, som dog er udgivet efter søgningstidspunktet:

Feinman et al. Dietary carbohydrate restriction as the first approach in diabetes management: Critical review and evidence base, Nutrition 31 (2015) 1-13

Afsnit 5.6

Hvorfor tages de to studier hvor kulhydrat substitueres med protein (Ref. 42,43) ikke ud af metaanalysen, da der ikke ses nogen effekt heraf - med henblik på at skabe større heterogenitet? Det paradigmeskifte man ser i andre lande med bl.a. Sverige i front bygger netop på at erstatte kulhydrat med fedt (LCHF). Dette ville give en større heterogenitet i studierne og dermed antageligvis et tydeligere resultat.

Afsnit 5.7

QOL: De to studier ref 41 og 42 behandler, så vidt vi kan læse, ikke emnet QOL.

Ref. 41 konkluderer, at både LF og LC diæter kan medføre forbedringer i QOL.

Ref. 44 måler "psychological and physical outcomes", og finder heller ingen forskel mellem diæterne. Vi mener ikke, der er belæg for at fremhæve, at der ses en tendens (ikke signifikant) til en lavere livskvalitet (afsnit 5.9).

Afsnit 5.8

Hvad er årsagen til, at det ikke fremstår som en gavnlig effekt, at LC-diæten kan sænke insulinbehovet og dermed medicinforbruget? Risikoen for hypoglykæmi understreger, at der er en potentiel positiv effekt af LC-diæten. Den skadelige effekt og risiko for hypoglykæmi bør kun opstå, når patienter "afprøver diæten på egen hånd", hvor medicinforbruget ikke bliver reguleret. Dette tydeliggør et behov for, at patienter kan blive vejledt omkring LC-diæten.

Under afsnittet patientpræferencer bør det specificeres, at den gennemførte metaanalyse berører "moderat og lav-kulhydratdiæter". Det kan ikke udelukkes, at der er en effekt på blodsukkerregulering og vægttab af "lav-kulhydratdiæt" ud fra nærværende metaanalyse.

Afsnit 5.9

Hvad menes der, når det konkluderes at effekten er flygtig? Vi ønsker, at det bliver præciseret at effekten af LC-diæten på baggrund af nærværende evidensgrundlag ikke synes at aftage med tiden eller være flygtig, så længe man følger diæten. Effekten aftager tilsyneladende kun som følge af at diæten ikke opretholdes. Vi henviser fx til ref 41: ved en diæt med 25E% kulhydrat, som opnås de første 6 måneder, ses forbedring i HbA1c og HDL. Efter 24 måneder er kulhydrat andelen steget til 31E% og her forsvinder den gavnlige effekt.

Afsnit 7.5

Ved fysisk træning finder man ingen randomiserede undersøgelser, der kunne besvare det fokuserede spørgsmål. Så vælger man hjertepatienter. Og konkluderer ud fra det. Det er kritisabelt.

Bilag 1

s.61

Rammerne for forløbsprogram er beskrevet i 2010, men siden er der tilkommet en overordnet 2. generation for kronisk sygdom. Det kunne godt have været beskrevet så retningslinjen virker mere samtidig.

Bilag 2

At det kun er ”ukomplicerede diabetikere”, der kommer til kommunen er ikke i overensstemmelse med virkeligheden. Vi anvender et stratificeringsværktøj for egenindsats som anviser allokering til rette instans. Ofte er vi flere instanser ind over og arbejder i retning af at optimere et sammenhængende forløb.

”Der er brug for screeningsværktøjer til psykosocial stratificering og skræddersyede programmer”. I vores kommune arbejder vi bevidst og dokumenteret med dette element.

Spørgsmålet om hvordan man fastholder ændret livsstil er et fokusområde i kommunen. Det er her vi arbejder med opbyggelsen af netværk eller andre fastholdende strukturer, eksempelvis frivilligt arbejde eller deltagelse i foreningsliv.



Sundhedsstyrelsen

Att.: Sygehus og beredskab

Høring: National klinisk retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser for patienter med type 2 diabetes

Danske Fysioterapeuter har med interesse læst udkast til National klinisk retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser for patienter med type 2 diabetes, og vil gerne kvittere for prioritering af et relevant emne. Vi ser, at retningslinjen vil hjælpe sundhedspersoner, som beskæftiger sig med området, ved at give evidensbaseret beslutningsstøtte for rehabiliteringsindsatsen.

Dato:
14. maj 2015

E-mail:
sf@fysio.dk

Tlf. direkte:
+45 33 41 46 59

Vi hæfter os ved, at anbefalingen om et sammenhængende rehabiliteringsforløb alene rummer en "eventuel anbefaling om fysisk træning". Det står i kontrast til den overbevisende effekt af motion og kostændringer på sygdomsudviklingen, som er fremhævet i baggrundsafsnittet, samt i lyset af vægtningen af spørgsmål om fysisk træning i de fokuserede spørgsmål. Det fremgår, at det skyldes begrænset litteratur, som indeholder samtlige elementer i rehabiliteringen. Vi mener, at dette forhold bør fremhæves og arbejdsgruppens overvejelser herom beskrives. Især fordi arbejdsgruppen alene finder potentielt gavnlige effekter af en sammenhængende rehabilitering, som også indeholder fysisk træning.

Spørgsmålet om fysisk træning af den komplicerede patient identificerer et område med en uacceptabel forskel i tilbuddet til patienterne. Det drejer sig om diabetespatienter med komplikationer i form af hjertesygdom eller hypertension. De er, jf. den vedtagne stratificering under forløbsprogrammerne for patientrettet forebyggelse, henvist til rehabilitering i sygehusregi, hvor om fremgår, at kun enkelte steder tilbyder et træningsprogram.

Emnet er højst aktuelt, da multisygdom er et kendt fænomen for patienter med kronisk sygdom. Derfor er det tilsvarende beklageligt, at det ikke har været muligt at finde evidens på området, da retningslinjen identificerer et område med ulighed i sundhed, hvor patienterne pga. stratificeringen ikke er garanteret den samme sundhedsfaglige relevante og nødvendige indsats.

Vi ser, ligesom arbejdsgruppen, behovet for at afsøge evidensen for varighed og hyppighed af træningsindsatserne, da det har stor betydning for den kliniske virkelighed. Desværre har evidensen igen vist sig sparsom og

anbefalingerne kan derfor kun i begrænset omfang fungere som beslutningsstøtte for klinikerne. Det fremgår, at effekten af træningen opstår efter 6 måneder eller mere, hvilket er langt fra den virkelighed, som eksisterer i de patientrettede forebyggelsestilbud, som det er i dag. Det er tankevækkende, og derfor særligt beklageligt, at litteraturen ikke rummer svar på disse spørgsmål. Fordi vi ved at der, i implementeringsøjemed, er brug for konkrete anbefalinger i retning af intensitet, varighed og hyppighed.

Slutteligt vil vi kommenterer på implementeringsafsnittet. Som det fremgår ovenfor ser vi, at retningslinjen peger på et område med ulighed i de rehabiliterende sundhedstilbud til patienter med diabetes type 2 og komplikationer i form af andre kroniske sygdomme. Det bør implementeringsafsnittet specifikt adressere for at sikre tilbud af ensartet og høj kvalitet. Desuden mener vi, at de forskellige aktørers roller og ansvar i forbindelse med implementeringen med fordel kunne præciseres.

Vi står naturligvis til rådighed for uddybning af høringssvaret.

Med venlig hilsen

Karen Langvad
Faglig chef

Høringssvar til NKR for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes

Afsender:

Patient Education Research, Steno Diabetes Center

Et vigtigt arbejde

Det er positivt og glædeligt, at Sundhedsstyrelsen vil fremme evaluering og forbedring af de eksisterende rehabiliterende sundhedsindsatser til personer med type 2 diabetes.

Vi glæder os over den overordnede udmelding om, at der ikke er et standardiseret tilbud, der passer til alle personer med type 2 diabetes, men at der er behov for differentierede indsatser; one size does not fit all. Vi mener, at differentierede indsatser indenfor patientuddannelse bør bygge på patientcentrerede metoder, hvor det brede sundhedsbegreb og aktiv involvering af personer med diabetes er grundlaget for at understøtte self-management education (Vallis 2015).

Vi har forståelse for Sundhedsstyrelsens ønske om at gøre dokumentet så overskueligt som muligt. Vi deler dog ikke den reduktionistiske forståelse af 'rehabiliterende sundhedsindsatser', som er skrevet frem i dokumentet. Patientuddannelse – hvilket vi opfatter som et mere dækkende begreb – er en kompleks intervention, hvor pædagogiske, sundhedsfaglige, adfærdsmæssige og psykologiske virkemidler griber ind i hinanden.

Fejlagtig og mangelfuld forståelse af *self-management education and support*

Vores væsentligste kritikpunkt går således på dokumentets struktur, hvor *self-management education* adskilles fra de øvrige elementer i rehabiliteringen. Den opdeling finder vi uforståelig fra et fagligt, teoretisk og praktisk synspunkt.

Der er belæg for i litteraturen, at det netop er integrationen og indoptagelsen af velbegrundede sundhedsfaglige anbefalinger i personernes hverdagsadfærd, der medierer effekten af de såkaldte rehabiliterende sundhedsindsatser.

Dermed er *self-management education* selve nøglen til at realisere formålet om at opnå et "selvstændigt og meningsfuldt liv" (s. 8) og ikke et *supplerende* element, som kan kobles til vidensformidlingen. På side 40 nederst er forfatterne selv inde på det forhold, at "'self-management' konceptet i mange tilfælde er en *integreret* del af sammenhængende rehabiliteringsforløb med dokumenteret effekt på blandt andet den glykæmiske kontrol" (vores kursivering). Vi finder det misvisende, at den øvrige tekst i afsnit 9 skygger for dette faktum.

I afsnit 9 i dokumentet beskrives *self-management education* upræcist som et 'koncept', og der fremhæves tre meget forskellige eksempler herpå; Stanfordmodellen (en uddannelsesmodel), Den motiverende samtale (en samtaleteknik) og kognitiv adfærdsterapi (en psykologisk terapiform). Det er i bedste fald forkert og i værste fald decideret fordrejende at sætte lighedstegn mellem *self-management education* og disse tre markant divergerende tiltag.

I guidelines fra den centrale diabetesorganisation ADA (American Diabetes Association) defineres *self-management education* mere præcist:

The ongoing process of facilitating the knowledge, skill, and ability necessary for prediabetes and diabetes self-care (Haas et al. 2013; p. S101)

Self-management education handler altså om at støtte og uddanne personer med type 2 diabetes til selv at tage hånd om deres diabetes. Self-management er derfor et helt centralt element i behandlingen af type 2 diabetes, fordi personen med type 2 diabetes er alene om at

passe sin sygdom i 8765 timer på et år. Ifølge den amerikanske professor og psykolog Ed Fisher er det altså blot én time om året, at den gennemsnitlige diabetespatient har kontakt med en sundhedsprofessionel. Derfor er det urealistisk at tro, at den ene time kan ændre, hvordan personen lever, spiser, føler og handler. *Self-management education* er derfor et afgørende element i behandlingen af type 2 diabetes.

Vi finder det således uforståeligt, at anbefalingen vedr. *self-management education* i afsnit 9 lyder: "Anvend ikke rutinemæssigt en 'self-management and support' indsats som supplement til den strukturerede diabetespecifikke patientuddannelse af patienter med type 2 diabetes" (s. 38), og vi har vanskeligt ved at forstå, hvordan Sundhedsstyrelsen er kommet frem til en konklusion vedr. *self-management education*, som er væsensforskellig fra anbefalingerne fra de toneangivende aktører på diabetesområdet: ADA (American Diabetes Association) og NICE (The National Institute for Health and Care Excellence, UK).

Vi er således ikke enige med Sundhedsstyrelsens retningslinjer med hensyn til hvad self-management-begrebet dækker over og foreslår, at de internationalt anvendte og respekterede guidelines fra ovennævnte ADA og NICE konsulteres.

Mangelfuld forståelse af livskvalitet

De kritiske mål i retningslinjerne formuleres som HbA1c og livskvalitet, men samtidig formuleres på side 8, at formålet med rehabilitering ved type 2 diabetes er, at borgeren opnår "et selvstændigt og meningsfuldt liv". Alle dimensioner af dette formål synes ikke at være indfanget med HbA1c og livskvalitet. Andre relevante mål kunne være 'sense of coherence', 'self-efficacy', 'diabetes distress' og 'diabetes empowerment'.

Terminologien er utidssvarende

Ved gennemlæsning af dokumentet hæfter vi os ved, at terminologien adskillige steder er "gammeldags":

- Man taler om 'diætbehandlingsforløb' og ikke om vejledning i kost, mad eller madvaner.
- 'Den komplicerede patient' finder vi et uheldigt udtryk fx i afsnit 7 – i stedet kan man skrive 'Fysisk træning hos personer med komplikationer'
- 'Rehabiliterende sundhedsindsatser' antyder, at der er tale om tidsbestemte indsatser (som det også fremgår af definitionen på side 8) – i modsætning hertil skriver ADA fx "*Given that self-management does not stop when a patient leaves the educator's office, self-management support must be an on-going process*" (Haas et al. 2013; p. S100). Et tilsvarende udsagn fremsættes i NICE guidelines.
- At tale om 'supplerende pædagogiske indsatser' er et misvisende udtryk for en forestilling om, at pædagogik er noget, man som sundhedsprofessionel kan vælge at tilføje eller ej, og ikke et indlejret aspekt ved al formidling. Det interessante spørgsmål i denne sammenhæng er i stedet *hvilken* pædagogik, der er mest hensigtsmæssig og effektiv for at nå målet.

Oversete underviserkompetencer

Det giver anledning til undren, at underviserkompetencer ikke er beskrevet som et separat element af betydning for effekten af rehabiliterende sundhedsindsatser, da det i litteraturen er velbelyst, at netop underviserkompetencer har signifikant betydning for self-management (Barlow et al. 2002). Flere studier viser, at det er en stor udfordring for sundhedsprofessionelle at inkorporere og facilitere patientcentrerede metoder indenfor self-management education (Anderson & Funnell 2005, Adolfsson et al. 2004). Der er derfor behov for at forlade en traditionel didaktisk undervisningstilgang, hvor biologiske og medicinske ekspertråd er styrende i undervisningen og i stedet inkludere undervisningsrollen som facilitator og katalysator for motivation (Anderson & Funnell 2010, Poskiparta et al. 2001). Denne undervisningsrolle involverer en evne til at engagere personer med diabetes gennem dialog for derigennem at kunne identificere udfordringer, sætte mål, øge self-efficacy og reducere barrierer for forandring (Rubin & Peyrot 2001, Abraham & Michie, 2008). En af anbefalingerne

fra The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) inkluderer regelmæssig og løbende kompetenceudvikling af et tværfagligt team for at integrere sundhedspædagogiske metoder i *self-management education* (NICE). En sådan anbefaling synes helt fraværende i Sundhedsstyrelsens rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes.

Snævert evidensgrundlag

RCT er en tilgang, der ikke giver blik for de sammenhænge og betingelser, der influerer på, om en intervention virker efter hensigten i en given kontekst. Patientuddannelse er en kompleks intervention med mange variable og aktører. Selve settingen for undervisningen, herunder undervisernes kompetencer og pædagogiske virkemidler, rammerne for undervisningen og deltagernes forudsætninger, må betragtes som en væsentlig del af interventionen. Disse faktorer er med til at skabe betingelserne for de observerede effekter.

Som supplerende evalueringstilgang foreslås realistisk evaluering, som i høj grad er handlingsanvisende, fordi den ikke blot konstaterer, om en bestemt intervention har effekt eller ej, men også peger på, hvad der har betydning for de observerede effekter, og hvad der evt. skal forbedres.

Arbejdsgruppens sammensætning og patienternes stemme

Arbejdsgruppens sammensætning er domineret af lægefaglige og sygeplejefaglige kompetencer, mens sundhedspædagogiske, psykologiske og psykosociale fagkompetencer er mindre synlige. Det kan undre i lyset af dokumentets emnefelt, som eksplicit afgrænser sig fra at omfatte den medicinske behandling, men tværtimod fokuserer på "*den patientrettede forebyggelse eller livsstilsbehandlingen*" (s. 9). Den manglende repræsentation i arbejdsgruppen af central faglig ekspertise kan måske forklare den manglende integration af pædagogiske og psykologiske begreber som *self-management education* og livskvalitet.

Det glæder os, at patientperspektivet nævnes i afsnit 1.6, men vi undrer os over, at der ikke mere direkte er givet stemme til patienterne fx i form af et patientpanel som i ADAs guidelines (Haas et al. 2013). For nuværende synes patientperspektivet alene at være til stede i form af Diabetesforeningens plads i referencegruppen.

Vigtighed af pårørende i rehabilitering fremgår af definitionen på side 8, men omtales/behandles ikke yderligere i dokumentet, hvilket vi også finder problematisk med tanke på, at de beskrevne rehabiliterende aktiviteter skal integreres i hverdagslivet i tæt samspil med pårørende.

Referencer

Abraham C, Michie S. A taxonomy of behavior change techniques used in interventions. *Health psychology : official journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association*. 2008;27(3):379-87.

Adolfsson ET, Smide B, Gregeby E, Fernstrom L, Wikblad K. Implementing empowerment group education in diabetes. *Patient Education and Counseling*. 2004;53(3):319-24

Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: reflections on the challenge of fostering the adoption of a new paradigm. *Patient Education and Counseling*. 2005;57(2):153-7.
9.

Anderson RM, Funnell MM. Patient empowerment: myths and misconceptions. *Patient Education and Counseling*. 2010;79(3):277-82.

Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. Patient Education and Counseling. 2002;48(2):177-87.

Haas L et al. National Standards for Diabetes Self-Management Education and Support. Diabetes Care. 2013; 36(Supplement 1): S100-S108

NICE Technology Appraisal Guidance. Guidance on the use of patient education models for diabetes London 2003. 60:[Available from:
<http://www.nice.org.uk/guidance/ta60/resources/guidance-guidance-on-the-use-of-patienteducation-models-for-diabetes-pdf>

Poskiparta M, Liimatainen L, Kettunen T, Karhila P. From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. Patient Education and Counseling. 2001;45(1):69-79.

Rubin RR, Peyrot M. Psychological issues and treatments for people with diabetes. Journal of Clinical Psychology. 2001;57(4):457-78.

Vallis M. Are Behavioural Interventions Doomed to Fail? Challenges to Self-Management Support in Chronic Diseases. Canadian Journal of Diabetes. 2015; 39(2): 89-172

NOTAT

KL's høringssvar vedr. NIR for rehabiliterende indsatser til patienter med type 2 diabetes

KL har med mail af 24. april 2015 modtaget høringsmateriale vedrørende national klinisk retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes.

Det har ikke været muligt at få KL's høringssvar politisk behandlet inden fristen. KL fremsender derfor et foreløbigt høringssvar og vil fremsende evt. supplerende bemærkninger når sagen har været politisk behandlet.

KL finder overordnet, at evidensbaserede kliniske retningslinjer er et meget vigtigt redskab til beslutningsstøtte for relevante fagpersoner. Derfor hilser KL også initiativet med at udarbejde en klinisk retningslinje vedrørende rehabilitering til patienter med type 2 diabetes velkommen. KL's vision for det nære sundhedsvæsen er netop, at kommunerne arbejder evidensbaseret og kvalitetsorienteret, og her er kliniske retningslinjer et godt værktøj.

KL's kommentarer til retningslinjen fremgår nedenfor.

Afsnit 7 om fysisk træning af den komplicerede patient, forholder sig alene til diabetesrelevante komplikationer hos patienten. I praksis opleves der dog borgere som ikke alene har diabeteskomplikationer men er præget af kormorbiditet. Det kunne ønskes, at der var anbefalinger for borgere i denne målgruppe.

Retningslinjen mangler at belyse de psykosociale aspekter ved diabetes. Der foreligger i dag god evidens ift. DAWN studierne, som retningslinjen med fordel kunne have forholdt sig til, herunder angst og bekymring samt vigtheden af pårørendeinddragelse.

Den 7. maj 2015

Sags ID: SAG-2015-00255
Dok.ID: 2019493

MSH@kl.dk
Direkte 3370 3291
Mobil 2361 6137

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S
Telefon 3370 3291

www.kl.dk
Side 1/2

Der er ikke konsensus om anvendelse af begreberne om diæt- og kostforløb i retningslinjen i retningslinjen.

Det bør overvejes, at tilføje et punkt omkring fastholdelse af borgeren samt borgerens handlekompetencer som særskilt fokusområde ved indsatserne diæt, træning og patientuddannelse, da det er borgerens engagement, der på sigt skal sikre en ændret livsstil - og på sigt færre ressourcer brugt på senkomplikationer. Herunder kan der suppleres med anbefalinger omkring vedligeholdelses-/fastholdelsesstrategier på lang sigt.

KL kan konstatere, at nærværende kliniske retningslinje beror på svag evidens. Borgere med Diabetes 2 er en voksende befolkningsgruppe og det er derfor vigtigt fortsat at undersøge hvilke metoder og indsatser, der har god dokumenteret effekt. Der er behov for viden om hvordan syge borgere bedst kan rehabiliteres til at kunne leve et så aktivt og selvstændigt liv som muligt. Derfor kan KL kun opfordre Sundhedsstyrelsen til fremadrettet at prioritere forskningen på området.

KL har ikke yderligere bemærkninger.

Med venlig hilsen



Christian Harsløf

Høring: Høring: National klinisk retningslinje for rehabiliterende sundheds indsatser til patienter med type 2 diabetes

Til: Sundhedsstyrelsen

Dansk Selskab for fysioterapi (DSF) har med interesse læst Sundhedsstyrelsens Nationale klinisk retningslinje for rehabiliterende indsatser til patienter med type 2 diabetes. DSF kvitterer for et solidt og systematisk arbejde, og har i nærværende brev samlet et hørings-svar fra faglige selskaber i fysioterapi. Dansk Selskab for Fysioterapi takker for muligheden for at afgive høringssvar.

Såfremt der er opklarende spørgsmål eller yderligere behov, er vi naturligvis behjælpelige.

Dette høringssvar er udarbejdet med input fra:

- Dansk Selskab for Sportsfysioterapi (DSSF)
- Dansk Selskab for Hjerter- og Lungefysioterapi (DSHLF)
- Dansk Selskab for Bassinfysioterapi (DSBF)

Vi håber arbejdsgruppen og Sundhedsstyrelsen finder kommentarerne i høringssvarene anvendelige at arbejde videre med i kvalificeringen den Nationale Kliniske Retningslinje.

Overordnede bemærkninger

Dansk Selskab for Fysioterapi har noteret sig Dansk Selskab for Sportsfysioterapi (DSSF), Dansk Selskab for hjerte- og Lungefysioterapi og Dansk Selskab for Bassinfysioterapis høringssvar. Vi henleder opmærksomheden på deres høringssvar og har opsamlet kommentarer i nærværende brev.

Dansk Selskab for Fysioterapi kvitterer for en relevant NKR, der bla. identificerer og tydeliggøre potentieller for fremadrettede forskningsområder og ydermere understreger et behov for yderligere evidensskabelse og evidensafklaring af rehabiliterende interventioner. Dansk Selskab for Fysioterapi anerkender rammen for den aktuelle NKR, og håber fra-valgte PICO's i den aktuelle NKR, evt. kan inkluderes ved revideringen om tre år. Her notere vi os DSBF påpeging af og forhåbning om at af træning i vand bør vurderes som rehabiliteringselement i en revideret retningslinje.

Dansk Selskab for Fysioterapi undres ligesom DSHLF over graderingerne i PICO 7 og 8, det begrænsede evidensgrundlag taget i betragtning. Anbefalingen synes baseret på indirekte estimeringer, og vi mener den afviger fra stringensen i tidligere udarbejdet nationale kliniske retningslinjer, hvor denne anbefaling burde have været en "God Praksis anbefaling". Trods den konstateret afvigelse i graderingsstringens, kvitterer DSF for, at denne NKR

sætte fokus på praksisrelevant spørgsmål, og DSF noterer sig at der mangler fokuseret forskning og kvalitetsudviklingsprojekter på dette område.

Vi noterer os videre DSSF og DSHLF positive tilkendegivelse af fokus og anbefaling til komplekse diabetikere, påpegnings af fysisk aktivitet og træning som central rehabiliteringselement.

Dansk selskab for fysioterapi efterspørger forsat en mere markant og tydeligere praksis udfoldelse i Nationale Kliniske Retningslinjer, dette dels mhp. at reducere den erkendte behandlingsvariation nationalt dels mhp. at lette og ensarte en integrering i lokale forløbsbeskrivelser. Dette kan fx. gøres i et bilag i denne aktuelle NKR, eller ved at henvise til regionale forløbsprogrammer med detaljeret indholdsbeskrivelse.

Vedrørende målemetoder

Dansk Selskab for fysioterapi kvitterer for et solidt afsnit omkring fremtidig monitorering. Vi finder det særligt positivt at den aktuelle NKR som den første NKR, understreger vigtigheden af også at få defineret relevant resultatindikatorer.

Dokumentation og effektmonitorering af fysioterapeutisk og rehabiliterende praksis står højt på selskabets dagsorden. Derfor bifalder Dansk Selskab for Fysioterapi systematisk anvendelse af relevante måleredskaber i de tilfælde målemetriske kriterier opfyldes, og gerne bidrager i en kvalificering af dette.

Vedrørende implementering

Dansk Selskab for Fysioterapi imødekommer afsnittet omkring implementering af NKR for rehabiliterende indsatser til patienter med type 2 diabetes positivt. Afsnittet skitserer et fint resumé af ansvarsområderne og sektorudfordringer. Vi ser frem til at bidrage i de kommende nationale initiativer, der aktuelt planlægges i regi af Sundhedsministeriet og Sundhedsstyrelsen.

Patient og praksis inddragelse

Dansk Selskab for Fysioterapi konstaterer, at den aktuelle NKR i meget begrænset omfang behandler patient perspektiv og patient inddragelse, med undtagelse af arbejdsgruppens empiriske antagelser. Vi ønsker således, at henlede opmærksomhed på en opprioritering af dette område, særligt i de tilfælde hvor evidensgrundlaget er sparsomt samt i tilfælde, hvor der konstateres en væsentlig heterogenitet i målgruppen. Vi er bekendt med Sundhedsstyrelsens arbejde på en opprioritering af patientinvolvering, og ser frem til denne tilgang udmøntes ved en revidering om tre år.

Med venlig hilsen

Martin B. Josefsen

Formand for Dansk Selskab for Fysioterapi

Dansk Selskab for Fysioterapi

Holmbladsgade 70

2300 København S

Tel.: +45 33414612

E-mail: kontakt@dsfys.dk

Web: www.danskselskabforfysioterapi.dk



**Dansk
SELSKAB FOR
SPORTS
FYSIOTERAPI**

Høringssvar fra Dansk Selskab for Sports Fysioterapi (DSSF) på udkast til Nationale klinisk retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes

DSSF takker for tilsendelsen af udkast til høring. Vi er glade for at få muligheden for at komme med vores input. Det er med stor interesse vi har læst høringsversionen omkring rehabilitering af patienter med type 2 diabetes (T2D) og vi takker for muligheden. I det følgende har vi lagt vægt på afsnit omhandlende træning.

- DSSF er enige i at superviseret træning er mere effektiv end råd om fysisk aktivitet for størstedelen af T2D patienterne, og støtter fuldt op om at specifikt kombineret træning er det mest gavnlige, så der både trænes kredsløb og opbygges muskelmasse. Muskelmassen er et vigtigt væv for lagring af glukose, og ved øget muskelmasse, vil glukoseoptagelsen øges og dermed blodsukkeret sænkes.
- Det undrer os at der primært fokuseres på HbA1c, da dette er et udtryk for langtidsblodsukkeret gennem de sidste 4-6 uger. Det vil være en ulempe at fokusere på dette hos patienter med god glykæmisk kontrol. Det ville være relevant at se glukosetolerancen som outcome også - som giver et dynamisk billede af hvor god kroppen er til at omsætte glukose og hvor hurtigt det sker. Endvidere vil det ikke være optimalt at se på HbA1c over kortere perioder.
- DSSF er ikke enige i anvendelsen af BMI som måleredskab, når outcome er effekten af træning og særlig styrketræning. Et BMI vil ikke ændre sig så meget, hvis man tager på i muskelmasse samtidig med at man taber fedt. Det der er interessant er jo kropssammensætningen dvs mængden af muskler og fedt og i høj grad abdominalt fedt.
- DSSF kan kun støtte op omkring træning også til type 2 diabetikeren med komplikationer, men træning skal helt sikkert tilpasses den enkelte patient. Forskning peger på evidens for træning til alle diabetikere uanset komplikationer - det er blot et spørgsmål om den rigtige type af træning og det rette niveau.
- DSSF kan tillige også tilslutte sig anbefalingerne om at tilbyde T2D patienter træning 2-3 gange om ugen i min 10 uger. Fokus bør være langsigtet og gerne medføre en livsstilsændring fremfor en kort "træningskur", som kun vil genererer resultater på kort sigt.

Med venlig hilsen

Dansk Selskab for Sports Fysioterapi

Høring: Høring: National klinisk retningslinje for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes

Til: Sundhedsstyrelsen

Bemærkninger PICO 1

Anbefaling:

**Overvej at tilbyde patienter med type 2 diabetes en sammenhængende reha-biliteringsindsats bestående af patientuddannelse, diætvejledning og eventuelt fysisk træning (⊕⊕
⊕⊕)**

(s. 13: Ud fra de foreliggende studier er det ikke muligt at fastlægge, hvilken eller hvilke dele af rehabiliteringen der er vigtige, men et supplerende træningsprogram, en vedholdende indsats og en systematisk opfølgning synes at være af afgørende betydning.)

Kommentar: Det kan lyde tvetydigt, at det anbefales at man kun eventuelt skal overveje fysisk træning, når der samtidig angives, at et supplerende træningsprogram m.m. synes at være af afgørende betydning.

Bemærkninger PICO 5

Anbefaling:

Overvej at tilbyde superviseret aerob træning af lav til moderat intensitet til patienter med type 2 diabetes frem for råd om øget fysisk aktivitet (⊕⊕⊕⊕)

Kommentar: Det bifaldes at følgende står skrevet: "Potentielt større effekt kan opnås ved kombineret aerob og styrketræning (63), større intensitet og større træningsmængde (62).", ligesom at det med fordel kunne uddybes til at være et fokuseret spørgsmål i sig selv i fht. effekt og/eller risici.

Bemærkninger PICO 7 og 8

- Overvej at tilbyde et superviseret kombineret aerob- og styrketræningsforløb af mere end 10 ugers varighed frem for et kortere program ved type 2 diabetes (++--).

- Et superviseret, kombineret aerob- og styrke træningsforløb som led i en rehabiliteringsindsats ved type 2 diabetes, kan tilbydes enten 2 gange eller 3 gange ugentlig. Varigheden af behandlingsindsatsen skal tilpasses derefter (+---).

Kommentar: Det synes mærkeligt, at der er valgt at give en svag/betinget anbefaling i stedet for God praksis, når det er tydeligt, at der ikke foreligger relevant evidens til bevarelse af de to fokuserede spørgsmål:

(s. 33: "Det er ud fra det foreliggende evidensgrundlag vanskeligt at fremsætte praktiske råd for varighed og hyppighed af en superviseret, kombineret aerob og styrketræning. Det skyldes dels, at evidensen ikke stammer fra direkte sammenligninger af effekten af forskellige varigheder og hyppigheder, dels fordi timingen i de foreliggende studier ikke matcher de fokuserede spørgsmål." + s. 34: "Der fandtes ingen randomiserede studier, der direkte havde sammenlignet forskellig varighed af kombineret aerob- og styrketræning, og der fandtes heller ingen randomiserede studier, der havde sammenlignet træning to gange om ugen med tre gange om ugen.")

Ovenstående bemærkes især, da der i spørgsmål 6 netop angives God praksis, med baggrund i:

(s. 31: "Ved gennemgang af litteraturen fandtes ingen randomiserede kontrollerede undersøgelser, der kunne besvare det fokuserede spørgsmål.")

Som slut-bruger til kliniske retningslinjer, kan det tænkes, at man i klinikken kan være bedre stillet med en anbefaling om: "Det er god praksis at....", frem for "Der er en svag/betinget anbefaling for....." (her tænkes især på den sidste anbefaling, som er mindre specifik).

Med venlig hilsen

Pernille Villumsen

p.v.a. Bestyrelsen i Dansk Selskab for Hjerte- og Lungefysioterapi

Web: www.hjerte-lungefysioterapi.dk/



Dansk Selskab for
Bassinfysioterapi

Kerteminde, d. 11. maj 2015

NKR - for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes

Høringsvar fra Dansk Selskab for Bassinfysioterapi

Dansk Selskab for Bassinfysioterapi er opmærksom på mangel på forskning indenfor effekten af træningsindsatser i vand. Hertil knytter sig også mange ubesvarede forskningsspørgsmål om den fysiologiske effekt på kroppen ved ophold i vand.

Australian Physiotherapy Association Aquatic Group har udgivet Diabetes Information Pack 2010 ved Darren Elliot and Lisa Gilkes. De giver forskellige anbefalinger på baggrund af den forskning, som de har fundet ift. ophold og træning i vand. De Leon et al. (2005) fandt, at et 6 ugers træningsprogram kan normalisere blodsukkeret hos deltagere af begge køn. Men studiet viste også, at *"prevention of hypoglycaemia in the immediate stages after exercise is essential, as capillary glycaemia mean values were shown to be 27 % lower after each exercise than before . This re-enforces the importance of BGL monitoring pre and post exercise.* (Elliot & Gilkes, 2010).

Den amerikanske forsker Bruce Becker (2009) har fundet, at ophold i varmt vand ser ud til at have en meget signifikant effekt på det autonome nervesystem. Effekten ser ud til at forbedre balancen mellem de parasympatiske og sympatiske komponenter. Denne effekt anser han til at have betydning for rehabilitering for personer med diabetes 1 og 2, hvilket vil kræve yderligere forskning for at dokumentere.

Kilder:

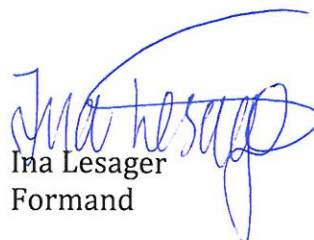
De Leon, LG, Munoz MJ, Gonzales, LA & Alvarado, JD (2005): Effect of aquatic aerobic exercise on glycaemia in people with type 2 diabetes.
Medicine & exercise in Sports & Exercise, vol 37.

Becker BE, Hildenbrand K, Whitcomb RK, Sanders JP (2009): Biophysiologic Effects of Warm Water Immersion.
International Journal of Aquatic Research & Education. 2009;3(1):24-37

Dansk Selskab for Bassinfysioterapi håber, at der i en revidering af de kliniske retningslinjer kan blive set mere specifikt på mulighederne ved fysioterapi i vand for personer med diabetes. Måske har personer med overvægt og livstilssygdomme, herunder diabetes i højere grad lyst til at træne i vand end på land med den hjælp, som vandets opdrift kan give til bevægelse og træning.

På vegne af Dansk Selskab for Bassinfysioterapi

Bodil Føns Knudsen
Kasserer


Ina Lesager
Formand

REVIEW

-

National klinisk retningslinje for rehabiliterende sundheds-indsatser til patienter med ty-pe 2 diabetes

ÖVERGRIPANDE KOMMENTARER

Det är välkänt att fysisk aktivitet/träning (exercise), kostförändringar och viktreduktion kraftfullt reducerar risken att utveckla typ 2 diabetes hos individer med nedsatt glukostolerans. Det är också känt att kraftfulla multifaktoriella interventionsåtgärder som syftar till en genomgripande livsstilsförändring troligen helt kan normalisera blodsockernivåer hos en mindre grupp av patienter med prevalent diabetes.

De föreliggande kliniska riktningsslinjerna syftar till att systematiskt granska evidensen för hur vissa centrala delar inkluderande patientutbildning, kost och fysisk aktivitet kan användas i rehabilitering av patienter med typ 2 diabetes.

Rapporten är välstrukturerad, systematisk och tydlig i framställningen. Centrala begrepp är definierade och författarna redogör tydligt för sina avgränsningar. Tio specifika frågeställningar (PICO) relevanta för rehabilitering av typ 2 patienter formulerades för att täcka området i ett brett perspektiv och fokusera på frågeställningar som är delvis oklart besvarade. **Jag kan ha missuppfattat men utgångspunkterna för dessa frågeställningar och vem som ursprungligen formulerade dessa är oklart för denna referent.** Det är troligen av betydelse att detta framgår tydligt i inledningen av manuskriptet.

Riktningsslinjerna är tydligt formulerade och den underliggande evidensen är föredömligt redovisad. **Jag föreslår dock att de specifika outcomes som åsyftas (HbA1c och BMI) tydligt specificeras tidigt i manuskriptet och kopplas till den övergripande målsättningen med riktningsslinjerna.** Det var oklart långt in i manuskriptet att HbA1c och BMI avsågs som primära outcomes för ett antal av de centrala frågeställningarna. **Vidare saknade jag en motivering till valet av dessa outcomes.** Exempelvis kan man tänka sig att midjeomfång (waist circumference) är en mera relevant outcome jämfört med BMI i förhållande till behandling av typ 2 diabetes.

I stort instämmer jag med de slutsatser som dras beträffande kvalitén på den underliggande evidensen för samtliga frågeställningar. Det kan dock påpekas att det är något märkligt att evidensen nedgraderas en nivå enbart för att det saknas data från ett-års uppföljning. Vidare noterar jag att styrkan på evidensen (hög eller moderat/ moderat eller låg) för BMI och kroppsvikt skiljer för några frågeställningar. Detta förklaras av att den underliggande litteraturen inte är den samma men det är trots detta märkligt eftersom förändring i BMI och kroppsvikt som följd av en intervention bör vara perfekt korrelerade då det kan antas att

längd är oförändrad. Slutligen saknar jag en bedömning av den metodologiska kvalitén av de studier som inkluderats i det systematiska översikterna.

SPECIFIKA KOMMENTARER

1. Centrala budskap

Sidan 7. 1. Jag föreslår att begreppet "eventuellt" utgår i första budskapet. Det är tydligt att i en sammanhängande rehabilitering så är fysisk aktivitet en betydelsefull komponent

2. Budskap 6; Det är god praxis att överväga ett tillbud om fysisk träning.....Är det god praxis att överväga ett tillbud eller att **erbjuda** ett tillbud om fysisk träning? Jag föreslår att god praxis innebär att **erbjuda** inte enbart överväga

2. Et sammenhengende rehabiliterings-forløb

Sidan 11. Anbefallningen anger "eventuellt fysisk träning". Föreslår att "eventuellt" utgår. Fysisk träning bör ingå i samtliga sammanhängande, multi-faktoriella rehabiliteringsåtgärder.

Sidan 12. Self-management education är beskrivet som en vanligen använd metod. Är denna metod grundad i någon specifik metod för beteendeförändring?

Jag instämmer att Look AHEAD troligen inte är realistisk att genomföra fullt ut men det kan diskuteras om evidensen ska nedgraderas på grund av detta? Varför inte ta hänsyn till den i dagsläget "bästa" tillgängliga studien? En målsättning bör vara att uppnå största möjliga effekt och då har Look AHEAD visat att en kraftfull intervention med livsstilsförändring har effekt på de outcomes som är av intresse för dessa riktninglinjer.

Sidan 13 (2.7) Föreslår att samtliga tabeller författas på Danska i enlighet med det övriga dokumentet.

Kvalitén på evidens skiljer mellan BMI och vikt beroende på att olika studier evaluerats för de olika outcomes. Detta bör tydliggöras.

Sidan 14 (2.7) QoL PCS/MCS och andra förkortningar bör definieras i fotnot till tabeller.

Sidan 14 (2.8) Oklart varför den samlade evidensen är låg för QoL?

Sidan 15 (2.9) Här används begreppet fysisk kapacitet. Var vänlig och definiera vad som avses (aerob arbetskapacitet?). Vidare, denna variabel är inte redovisad i Tabell 2.7.

Sammanfattning

Anbefallningen är väl förankrad i tillgänglig evidens. Att nedgradera styrkan på evidens kan diskuteras.

3. Gruppebaseret eller individuelt tilret-telagt rehabiliteringsforløb

Sidan 17 (3.7). samma kommentar som ovan angående kvalité på evidens när man jämför vikt och BMI

Förklara "impression" låg kvalité för HbA1c

Sammanfattning

Anbefallningen är väl förankrad i tillgänglig evidens. Det är tydligt att det inte går att särskilja grupp- jämfört med individuell behandling

4. Diætbehandlingsforløb

Sidan 22 (4.8) Kvalitén betecknas som låg på grund av heterogenitet samt osäker effekt på BMI. Två studier påvisar en tydlig effekt på vikt som bör beaktas i förhållande till BMI.

Sammanfattning

Anbefallningen är förankrad i tillgänglig evidens men den tydliga effekten på kroppsvikt men inte på BMI (se också kommentar ovan) kan beaktas när kvalitén på evidens bedöms.

5. Betydningen af kulhydratindholdet i kosten

Sidan 24 (5.7) I tabellrubriken anges jämförelse mellan kost med lågt respektive högt kolhydratinnehåll. Det är troligen mera korrekt att påstå att jämförelsen är mellan kost med lågt respektive *normalt* CHO innehåll?

Vidare tycks det att resultaten presenterade i tabell 5.7 påvisar en effekt av låg CHO diet på outcomes i ett kortare perspektiv (<1 år) medan den slutliga riktlinjen enbart tar hänsyn till resultat efter >1 år. Kan detta förklaras av att låg compliance i studier med längre varaktighet?

Vidare är slutsatsen att kvalitén på evidensen är hög till moderat trots att effektmåttet på HbA1c antyder en signifikant interventions effekt i studier < 1år medan det omvända (dock ej signifikant) är observerat för studier längre än 1 år.

Sammanfattning

Kolhydratinnehåll i kosten är ett 'hot topic' inte bara vid behandling av typ 2 diabetes utan också i befolkningen i stort. Det kan ifrågasättas om riktlinjerna enbart ska baseras på effekter i studier längre än 1 år. Varför då också redovisa resultat från studier < 1år?

6. Superviseret fysisk træning af lav til moderat intensitet

Sidan 27 (6.4) Hur definieras intensiteten för styrketräning? Jag misstänker att 60-80% av 1 max REP avses? Vidare kan det finnas skäl att definiera begreppet pulsreserv.

Sidan 27 (6.6) Jag förutsätter att fysisk kapacitet avser aerob arbetsförmåga men detta är troligen inte helt klart för framtida brukare av detta dokument.

Sidan 28 (6.8) Det framgår tydligt av de redovisade studierna att aerob träning har en betydelsefull effekt på samtliga redovisade outcomes. Det kan därför tyckas märkligt att den samlade evidensen betecknas som låg (motiverat av att det inte föreligger data på HbA1c efter 1 år). Aerob arbetsförmåga bör också värderas som en kritisk outcome i detta avseende.

Sammanfattning

Jag har vissa invändningar mot att beteckna den sammanlagda evidensen som svag med tanke på de tydliga effekterna i studier < 1 år.

7. Fysisk træning af den komplicerede patient

Sammanfattning

Det är uppenbart att mera kunskap behövs på detta område. Evidens saknas och riktlinjerna bygger på god praxis.

8. Varigheden og hyppigheden af kombineret udholdenheds- og styrketræning

Sidan 33 (8.1) Det är inte helt klarlagt varför frågeställningen (#7) avser 10 veckors träning jämfört med kortare omfattning av träning? Varför inte 12 veckor, 24 veckor eller liknande? Vidare är det inte klarlagt varför spörsmål 8 avser 2 eller 3 tillfällen per vecka? Det är troligt att 4 tillfälle per vecka get ännu bättre resultat.

Sidan 34 (8.3) Varför är det svårt att genomföra tre träningar per vecka i patientgruppen? Look AHEAD var lyckosamma delvis på grund av individuell coaching vilket troligen inte är överförbart till en skandinavisk rehabiliteringssituation. Däremot kan det i framtiden vara intressant att utvärdera om m-health (tex. mobil applikationer) kan användas för att påverka deltagande i en träningsstudie för typ 2 diabetiker och för att uppmuntra till daglig fysisk aktivitet.

Sidan 35 (8.6) När man sammanfattar evidensen på outcomes som HbA1c och aerob arbetsförmåga så är intensiteten av träningen av avgörande betydelse. Detta är i mindre utsträckning belyst i genomgången av den befintliga litteraturen i detta avsnitt.

Sidan 38 (8.9) "Författarna konkluderar att det är oklart hur lång träningstid (veckor/månader) som behövs för en signifikant effekt." Resultaten som presenteras i Tabell 8.7 tyder dock på tydliga effekter på HbA1c och aerob arbetsförmåga då varaktigheten på träningen är 6 eller 9 månader.

Sammanfattning

Det saknas randomiserade studier som direkt jämfört de uppsatta frågeställningarna 10 veckors träning med kortare duration eller jämför två mot tre träningstillfällen per vecka. Därmed konkluderas att evidensen är låg men detta beror mera på val av frågeställning snarare än att aerob/styrketräning inte är effektiv? Troligen hade gruppen konkluderat annorlunda om frågeställningen formulerats annorlunda?

9. "Self-management education" og supplerende interventioner

Sammanfattning

Arbetsgruppen är mycket tydlig i rekommendationen att man inte rutinmässigt ska använda "self-management and support" som supplement till diabetesspecifik utbildning. Detta kan tyckas något märkligt då interventionsresultaten < 1 år visar en tydlig effekt på HbA1c? Nåväl, jag är ingen expert på området och mit påstående ska mera ses som ett konstaterande snarare än en åsikt.

10. Telemedicin og rehabilitering af type 2 diabetes

Sammanfattning

Arbetsgruppen konstaterar att de positiva effekterna är små eller osäkra om telemedicin används som ett supplement till ett sammanhängande rehabiliteringstillbud. Detta är rimligt med tanke på det relativt bristfälliga kunskapsunderlaget. Men det är också uppenbart att det saknas kunskap på områden och att flera väldefinierade studier behövs.

AGREE II VÄRDERING

Item	Scope & Purpose	Stakeholder Involvement	Rigour of development	Clarity of Presentation	Applicability	Editorial Independence
1	6	6	7	5	5	7
2	7	6	6	5	5	7
3	7	7	5	6	6	
4			6		6	
5			5			
6			6			
7			6			
8			6			

SAMMANFATTANDE VÄRDERING ENLIGT AGREE II

Min bedömning är att dessa riktlinjer håller en mycket hög kvalité och sammantaget blir min **värdering 6**. Jag rekommenderar att dessa riktlinjer kan användas i rehabiliterande syfte med anser att arbetsgruppen ska överväga att ta hänsyn till mina mera detaljerade kommentarer som sammanfattas ovan innan riktlinjerna publiceras.

Review af “Høringsversionen af den Nationale Kliniske Retningslinie (NKR) for rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes”.

Jens Sandahl Christiansen

Undertegnede er af Sundhedstyrelsen blevet anmodet om at foretage review af det udkast til NKR vedrørende rehabiliterende sundhedsindsatser til patienter med type 2 diabetes som er sendt i høring i april 2015.

Manuskriptets styrker:

Manuskriptet fremstår helstøbt og vel gennearbejdet. Der er klart og tydeligt argumenteret for de beslutninger som fører frem til formuleringen af de 10 fokuserede spørgsmål. Der er ligeledes klart argumenteret for afgrænsninger og definitioner. Manuskriptet er logisk struktureret og let læst. Den anvendte indeksering og systematik gør det nemt at finde tilbage til specifikke punkter af særlig interesse.

Principperne for litteratur udvælgelse og gradering er klart og fyldestgørende beskrevet og opfylder de anerkendte kriterier herfor (AGREE).

Det er rosværdigt at man i litteraturgennemgangen klart fokuserer på varigheden af de udførte undersøgelser, da al erfaring og forskning hidtil har påvist at de fleste resultater af livsstilsinterventioner er flygtige og ofte forsvinder efter 1 år, med mindre specielle fastholdelses tiltag iværksættes.

Grundet “bevisets stilling” (den udtalte mangel på stringent udført forskning) bliver de resulterende rekommandationer relativt vage og uforpligtende. De er dog for det meste (se undtagelser nedenfor) udtrykt i klart sprog, som gør det muligt for de indenfor området agerende fagpersoner og politiske beslutningstagere at drage nytte af den givne vejledning.

Manuskriptets svagheder:

I besvarelsen af fokuseret spørgsmål 1, 2 og 3 anføres det som begrundelse for nødvendigheden af en ændret indsats at patienterne for nærværende ikke henvises til undervisningsforløb i det forventede omfang. Med andre ord følger de praktiserende læger ikke alle steder de vedtagne forløbsprogrammer for T2DM. Man kan kun frygte at mange af de i denne rapport beskrevne initiativer og rekommendationer risikerer at lide same skæbne som forløbsprogrammerne. Overvejelser om dette bør fremgå klart i implementeringsdelen.

I besvarelsen af spørgsmål 1, 2, 9 og 10 vælger man at give resultater vedrørende Quality of Life (QoL) stor vægt. QoL vægtes som "kritisk" parameter – medens det i besvarelsen af spm 3,4,5,6,7 og 8 vægtes som en vigtig parameter. Estimer af QoL er i bedste fald omdiskuterede og kræver nødvendigvis et blindet design for at være troværdige. Et sådant design er ikke bragt i anvendelse i nogen af de tilgrundliggende studier (og bliver det næppe nogensinde). Vægtningen af QoL estimer bør reduceres fra kritisk til stor.

I besvarelsen af spørgsmål 9 synes der at være en klar diskrepans mellem evalueringen og graderingen af den tilgængelige litteratur og den efterfølgende rekommendation. Således vurderes effekten på HbA1c af adfærdsterapeutisk supplement til diabetesspecifik patientuddannelse til at være moderat til høj og effekten på nogle af de andre outcome parametre til at være moderat. Dette er faktisk samlet set en af de mest positive graderinger i hele rapporten. Imidlertid mener arbejdsgruppen ikke at kunne anbefale "Self-management and support" som supplerende indsats. Argumentationen herfor er ikke i orden og må strammes op – alternativt (og måske mere rimeligt) må anbefalingen ændres.

AGREE II vurdering af retningslinien:

Undertegnede har vurderet udkastet til retningslinien i relation til de 6 domæner angivet i AGREE II: (max score: 7)

- 1) Hensigt og formål: 7
- 2) Indvolvering af stakeholders: 6 (for få praktiserende læger)
- 3) Rigoristisk tilgang til udarbejdelse: 7
- 4) Præsentation: 7
- 5) Anvendelighed: 5 (stedvis ret uforpligtende ordlyd)
- 6) Arbejdsgruppens uafhængighed: 7