

## **Notat vedrørende høringsvar til national klinisk retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes**

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes har været i bred offentlig høring fra den 24. april til den 15. maj 2015.

Retningslinjen forventes udgivet primo juli 2015.

Sundhedsstyrelsen modtog i alt 22 høringsvar til retningslinjen fra nedenstående parter. Høringsvarene er listet efter dato for modtagelse i Sundhedsstyrelsen.

- Erhvervsstyrelsen
- Dansk Tandplejerforening
- Dansk Selskab for Almen Medicin
- Høje-Taastrup Kommune
- De ni kommuner i Planområde Midt (Ballerup, Egedal, Furesø, Gentofte, Gladsaxe, Herlev, Lyngby-Taarbæk, Rudersdal og Rødovre)
- Dansk Sygepleje Selskab
- Silkeborg Kommune
- Danske Regioner
- Region Syddanmark
- Diabetesforeningen
- Foreningen af kliniske diætister
- Dansk Endokrinologisk Selskab
- Region Hovedstaden – Center for Sundhed
- Danske Fodterapeuter
- Seks kommuner i Region Syddanmark (Esbjerg, Kolding, Odense, Varde, Sønderborg og Aabenraa)
- Danske Fysioterapeuter
- Patient Education Research, Steno Diabetes Center
- Kommunernes Landsforening
- Dansk Selskab for Fysioterapi
- Dansk Selskab for Sportsfysioterapi (DSSF)
- Dansk Selskab for Hjerter- og Lungefysioterapi (DSHLF)
- Dansk Selskab for Bassinfysioterapi (DSBF)

I høringsfasen er retningslinjen desuden blevet vurderet hos to peer reviewere udpeget af Sundhedsstyrelsen. Dette drejer sig om:

- 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 finder det positivt, at et bredt felt af kommuner, regioner, relevante faglige selskaber, interesseorganisationer og foreninger har prioriteret at afgive høringssvar til den nationale kliniske retningslinje for udvalgte sundhedsfaglige indsatser ved rehabilitering til patienter med type 2 diabetes. Sundhedsstyrelsen bemærker, at høringssvar og peer reviews har været relevante og konstruktive og at de generelt tilslutter sig retningslinjens anbefalinger. Arbejdsgruppen har forholdt sig til bemærkningerne og indarbejdet dem i retningslinjen i det omfang, det er fundet relevant.

Dette notat sammenfatter høringssvar og peer reviews samt fremhæver de centrale temaer. Der redegøres derfor ikke for de mange konstruktive bemærkninger af mere redaktionel karakter, dvs. bemærkninger ift. definition af begreber, uddybning og præcisering af begreber/udsagn, forståelsesspørgsmål og uklarheder. Disse bemærkninger er naturligvis søgt imødekommet i retningslinjen.

De enkelte høringssvar, peer reviews og dette notat offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

### **Generelt om retningslinjen**

Blandt høringssvar og peer reviews er der bred opbakning til størstedelen af anbefalingerne i retningslinjen samt metode og proces for udarbejdelsen af retningslinjen. Det fremhæves blandt andet, at retningslinjen bærer præg af et systematisk og omfattende arbejde samt et højt videnskabeligt og fagligt niveau.

Flere høringsparter foreslår en udvidelse af retningslinjen med yderligere spørgsmål om fx multisygdom, patienters arbejdsevne samt tilknytning til arbejdsmarkedet og fastholdelse af patienter i de tilbudte rehabiliteringsforløb. På trods af at spørgsmålene er relevante, er det ikke muligt at tilføje yderligere spørgsmål i retningslinjen på nuværende tidspunkt. Det skal hertil bemærkes, at de nationale kliniske retningslinjer tager afsæt i 8-10 nedslagspunkter i form af 8-10 fokuserede spørgsmål inden for en afgrænset sundhedsfaglig problemstilling. Det har derfor, i retningslinjen, været nødvendigt at prioritere blandt mange relevante spørgsmål.

Ligeledes efterlyser flere høringsparter organisatoriske perspektiver på, hvor opgaverne skal løses. Det skal i den forbindelse præciseres, at de nationale kliniske retningslinjer har et fagligt fokus og som udgangspunkt ikke besvarer spørgsmål af organisatorisk eller økonomisk karakter.

Valg af outcomes er endvidere kommenteret i adskillige høringssvar og i det ene peer review. Især valget af BMI som outcome kritiseres af flere parter, som i stedet foreslår taljemål og

kropssammensætning, idet det vurderes at give et bedre indblik i eventuelle effekter ved de pågældende interventioner. Alle kritiske og vigtige outcomes er indledningsvist fastlagt for hvert spørgsmål på baggrund af drøftelser i arbejdsgruppen. Spørgsmål vedr. kost har konsekvent fokuseret på BMI frem for talje mål eller mål for kropssammensætningen i en forventning om, at flere studier ville indeholde netop denne variabel. Derudover er en blivende forbedring i den metaboliske kontrol (målt som HbA1c efter et år) sammen med mål for livskvaliteten de gennemgående outcomes i alle fokuserede spørgsmål. Outcomes som utilsigtede hændelser, udvikling af komplikationer, hjertesygdom og dødelighed er endvidere inddraget i hovedparten af spørgsmålene. På baggrund af høringsvarene er der tilføjet et kort afsnit om valg af outcomes i det indledende kapitel i retningslinjen. I de kapitler hvor det er særligt relevant, er der desuden tilføjet enkelte bemærkninger vedr. overvejelserne bag de valgte outcomes.

### **Større fokus på motivation og opfølgning**

Flere høringsparter påpeger, at betydningen af motivation hos patienten samt opfølgning i højere grad bør fremgå af retningslinjen. Det begrundes med, at det især er disse parametre, der synes udfordrende i praksis. Aspekterne er ikke undersøgt via de fokuserede spørgsmål, men arbejdsgruppen har besluttet at beskrive det tydeligere i relevante kapitler samt lade det indgå i bilaget om videre forskning, da der på nuværende tidspunkt efterspørges viden på området.

### **Elementerne i et sammenhængende rehabiliteringsforløb**

Anbefalingen om et sammenhængende rehabiliteringsforløb (fokuseret spørgsmål 1) lyder: *”Overvej at tilbyde patienter med type 2 diabetes en sammenhængende rehabiliteringsindsats bestående af sygdomsspecifik patientuddannelse, diætbehandling og eventuelt fysisk træning”*. Enkelte høringsvar samt den ene peer reviewer hæfter sig ved, at anbefalinger rummer en eventuel anbefaling af fysisk træning og ønsker således, at *”eventuelt”* slettes fra anbefalingen på baggrund af den kliniske erfaring med træning af patienter med type 2 diabetes. Med afsæt i den fundne litteratur har arbejdsgruppen valgt at fastholde den oprindelige formulering af anbefalingen, da litteraturen ikke understøtter en eventuel omformulering. En systematisk tilgang og opfølgning på den fysiske træning var kun omfattet i ét meget stort studie (Look AHEAD). Studiet belyser en meget mere intensiv og langvarig intervention end de øvrige studier og er således på ingen måde reproducerbart i den nuværende praksis.

### **Potentiel egenbetaling ved diætbehandling**

Flere høringsparter finder det positivt, at retningslinjen anbefaler diætbehandling frem for kostråd til personer med type 2 diabetes. Der gøres samtidig opmærksom på, at der gælder egenbetaling ved anvendelse af diætbehandling ved en diætist og det kan betyde, at nogle patienter fravælger at blive henvist eller benytte en sådan henvisning. Denne overvejelse er skrevet ind i retningslinjen. Derudover har høringsparter også påpeget en inkonsekvent brug af termerne *”diætvejledning”* og *”diætbehandling”*, som efterfølgende er rettet til.

### **De officielle kostråd og de officielle nordiske næringsstofanbefalinger**

Høringsversionen af retningslinjen omfatter et spørgsmål vedr. de officielle kostråd, hvilket er blevet påpeget af flere høringsspart, som bl.a. spørger: *"Når der anvendes betegnelsen de officielle kostråd sikrer I så, at der menes de officielle nordiske næringsstofanbefalinger?"* Høringssparterne beskriver endvidere, at der er tale om to forskellige ting, hvor næringsstofanbefalingerne er udarbejdet af Nordisk Råd og angiver de nordiske anbefalinger for fordeling af næringsstoffer. De officielle kostråd er i stedet de officielle råd til en sund forebyggende livsstil og kost, som baserer sig på fordelingerne i de nordiske næringsstofanbefalinger. Arbejdsgruppen har taget bemærkningerne til efterretning og retningslinjen er som følge heraf konsekvensrettet, så kapitlet omhandler de nordiske næringsstofanbefalinger.

### **Træningstilbud i praksis**

En enkelt høringsspart spørger til hyppigheden af træningstilbud til patienter med type 2 diabetes, da det i høringssversionen fremgår, at de eksisterende træningstilbud typisk gives tre gange om ugen. Formuleringen i retningslinjen er baseret på arbejdsgruppens erfaringer fra praksis. Ifølge høringssparten er dette ikke tilfældet i alle regioner, hvorfor det efterfølgende er ændret til to gange om ugen for at være mere repræsentativt for praksis i hele landet.

### **Self-management indsats**

I kapitel 9 i høringssversionen fremgår det, at en 'self-management and support' indsats eller andre supplerende interventioner ikke anbefales rutinemæssigt til den strukturerede sygdomsspecifikke patientuddannelse af patienter med type 2 diabetes.

Høringssvarene understreger, at en sammenligning af flere interventioner kan virke problematisk og misvisende, da interventionerne er meget forskellige i forhold til metode og formål. På den baggrund er arbejdsgruppen blevet enige om at fokusere alene på en 'self-management' tilgang og dermed at genoverveje anbefalingen. Studier vedr. supplerende interventioner som fx den motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi er således ekskluderet fra analyserne. Som følge af ovenstående beslutninger og en ny gennemgang af evidensen på området er anbefalingen ændret og lyder nu: *"Overvej 'Self-management tilgange' som integreret del af (eller supplement til) den sygdomsspecifikke patientuddannelse af patienter med type 2 diabetes (⊕⊕⊖⊖)".*

Inden for samme kapitel har flere høringsspart spurgt til følgende danske, randomiserede studie: *"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"* af Rosenbek Minet LK1 et al., som ikke indgår i evidensgrundlaget. Studiet er kendt af arbejdsgruppen, men er frasortet, da både patienter med type 1 og type 2 diabetes er medtaget og blandet sammen til én patientgruppe.

Høringssparterne påtaler derudover brug af randomiserede, kontrollerede studier (RCT) til at belyse sådanne tilgange inden for patientuddannelse. En høringsspart skriver i den forbindelse: *"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*”. Det bør her nævnes, at der gælder en klar søgestrategi for alle nationale kliniske retningslinjer, som er klarlagt på forhånd. Det betyder, at retningslinjen bygger på eksisterende viden fra publicerede guidelines eller systematiske oversigtsartikler. Efter behov kan der suppleres med søgninger i primærlitteratur (original litteratur, herunder RCT'er) i de tilfælde, hvor guidelines og systematiske reviews ikke besvarer de fokuserede spørgsmål eller ikke er opdaterede. Det er således ikke muligt at efterkomme denne og lignende bemærkninger fra høringsparterne.

### **Mangel på forskning om telemedicinske løsninger**

Enkelte hørings svar gør opmærksom på, at der mangler forskning inden for telemedicinske metoder og at anbefalingens ordlyd alene er et resultat heraf. Derudover foreslår en høringspart en anden definition til rehabiliterende indsatser.

Arbejdsgruppen har besluttet at fastholde den oprindelige definition og samtidig tilføje overvejelser omkring forskning i det relevante bilag. Afsnittet vil således understrege, at telemedicinske løsninger bør undersøges nærmere.