

Tilbakemeldingsskjema

Ekstern høring – 16/5742 Nasjonal faglig retningslinje for diabetes

Tilbakemelding:

- Vær vennlig å gi tilbakemelding på vedlagte skjema
- **Frist fredag 13. mai 2016.**
- Skjemaet bes sendt på e-post til postmottak@helsedir.no (merk: saksnr: 16/5742)

Navn: Linda Markham
Organisasjon: Diabetesforbundet

Skjemaet brukes til:

- *kommentarer knyttet til bestemte områder*
- *generelle kommentarer*

Anbefalinger (kapittel i fet skrift (antall anbefalinger i parentes), underkapittel i <i>kursiv</i> , selve anbefalingene i normal skrift):	Kommentarer:
Diagnostikk av diabetes, risikovurdering og oppfølging av personer med høy risiko for å utvikle diabetes (4)	
1) Diagnostiske kriterier for diabetes	

<p><i>Hvordan finne uoppdaget diabetes og personer med høy risiko for å utvikle diabetes (Flyttdiagram (grafisk figur))</i></p>	<p>Det bør være et tydeligere skille mellom hvilke anbefalinger som gjelder for etniske nordmenn og hvilke anbefalinger som gjelder for personer med bakgrunn fra Asia eller Afrika.</p>
<p>2) Risikokalkulator for å vurdere risiko for å utvikle diabetes</p>	<p>Det bør gjennomgående vises til diabetesrisiko.no fremfor FINDRISK. Diabetesrisiko.no er den norske oversettelsen av FINDRISK, og det bør derfor benyttes når det refereres til foretrukken risikokalkulator</p>
<p>3) Klinisk mistanke om diabetes, FINDRISK-skår over 15 og/eller klinisk høy risiko: Anbefalte analyser</p>	
<p><i>Oppfølging av personer med høy risiko for å utvikle diabetes</i></p>	<p>Diabetesforbundet synes det er veldig bra at de nye retningslinjene viser til konkrete anbefalinger knyttet til oppfølging av personer i risiko for å utvikle diabetes. Vi mener imidlertid at anbefalingene som er knyttet til personer med bakgrunn fra Asia og Afrika er for svake i forhold til den økte risikoen disse gruppene har for å utvikle diabetes type 2. Vår erfaring, etter å ha jobbet i mange år med å oppsøke innvandrergupper, er at fastlegene sjelden tar HbA1c test uten at pasienten har klare symptomer på diabetes, noe som kan tyde på mangel på kunnskap om risikofaktorene. På bakgrunn av den økte risikoen for diabetes type 2 i innvandrergupper fra Asia og Afrika, mener vi det må en større innsats til for å identifisere og følge opp risikoindivider i disse gruppene. Da det foreløpig ikke foreligger en risikokalkulator som kan anbefales for personer mer annen etnisk bakgrunn, bør det derfor anbefales en årlig HbA1c test for personer med bakgrunn fra Asia og Afrika, jf. NICE https://www.nice.org.uk/guidance/ph38/chapter/1-recommendations#flowchart-identifying-and-managing-risk-of-type-2-diabetes</p> <p>Under «praktisk» bør det fremkomme mer informasjon om den økte risikoen for diabetes type 2 hos grupper med bakgrunn fra Asia eller Afrika, og hvordan risikoen skiller seg fra det man ser hos etniske nordmenn - for eksempel økt risiko ved lavere BMI, diabetesdebut tidligere i livet, genetisk disposisjon osv.</p>
<p>4) Endring av levevaner for personer med høy risiko for å utvikle diabetes</p>	<p>Vi mener det er riktig at fastlegen har hovedansvaret for hovedansvaret for koordineringen av livsstilsveiledningen, men at fastlegen må støtte seg til de aktørene og tiltakene som er tilgjengelige og henvise videre til der det er kompetanse. I og med at Diabetesforbundet har aktiviteter og tilbud som er spesielt tilpasset personer med diabetes eller som står i fare for å utvikle</p>

	diabetes type 2, som for eksempel motivasjonsgrupper, er det naturlig at Diabetesforbundet nevnes spesielt.
<i>Bakgrunn (for anbefalingene i kapittelet)</i>	
Oppfølging, utredning og organisering av diabetesomsorgen (5)	I og med at denne retningslinjen er avgrenset til å gjelde for voksne med diabetes, bør det linkes til ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines, som benyttes i behandlingen av barn og unge.
<i>Ansvarsfordeling og samhandling mellom primær- og spesialisthelsetjenesten</i>	
1) Behandlingsansvar og samhandling ved diabetes	Vi savner anbefalinger knyttet til overgangen mellom barneavdeling og voksenavdeling i spesialisthelsetjenesten. Her vet vi det er store mangler i måten overgangen organiseres på, og mange unge opplever dette som særlig problematisk. Det er uklart hva som ligger i anbefalingen om kontrollintervall i spesialisthelsetjenesten. Dette bør tydeliggjøres. Det <u>skal</u> gjennomføres én utvidet kontroll i året (årskontroll). Kontrollhyppigheten utover årskontrollen bestemmes av pasientens behov, f.eks. ved vanskelig blodsukkerkontroll, oppstart av ny behandling, nydiagnostisert, vanskelig livssituasjon m.m.
2) Opplæring av nydiagnostiserte pasienter med diabetes	
<i>Oppfølging i primærhelsetjenesten</i>	
3) Nydiagnostisert diabetes: Utredning og behandlingsplan	Det bør fremkomme at bruk av Noklus diabetesskjema anbefales (slik som kap. 2.2.2)
4) Årskontroll og bruk av Noklus diabetesskjema	
5) Oppfølging av diabetes utenom årskontrollen	
Kommunikasjon, mestring og motivasjon ved diabetes (3)	
<i>Hvordan oppnå en god behandlingsrelasjon</i>	
1) Nyttige spørsmål ved diagnosetidspunkt	Diabetesforbundet mener det er veldig positivt at forslaget til nye behandlingsretningslinjer legger så stor vekt på relasjonen mellom behandler og pasient. Et godt samarbeid mellom behandler og pasient er sentralt for å få til diabetesbehandlingen. Vi mener at de foreslåtte spørsmålene kan være et

	godt hjelpemiddel og skape en god dialog og bygge tillitt. Det krever at behandler setter av nok tid til konsultasjonen.
2) Kommunikasjon og pasientaktiverende intervensjoner ved diabetes	
Bakgrunn for anbefalingene over	
<i>Kommunikasjon med fremmedspråklige og bruk av tolk</i>	Her bør begrepet «fremmedspråklige» byttes ut med «personer med begrensede norskkunnskaper». Under «praktisk» kan det informeres om at Diabetesforbundet har informasjon på flere språk, som er tilpasser ulike innvandrergupper, med link til vår nettside: http://diabetes.no/innvandrere
3) Bruk av tolk	
<i>Bakgrunn for kapittelet</i>	
Levevaner ved diabetes og behandling av overvekt og fedme (9)	
<i>Bakgrunn for anbefalinger for levevaner ved diabetes</i>	
<i>Fysisk aktivitet ved diabetes</i>	Under praktisk informasjon bør det informeres om at Diabetesforbundet har god informasjon og forslag til øvelser på sin nettside. http://diabetes.no/om-diabetes/fysisk-aktivitet/ . Diabetesforbundet har blant annet en animasjonsvideo om «Hva som skjer i kroppen når du trener».
1) Fysisk aktivitet ved diabetes type 1	Vi mener det er uheldig at redusert insulinbehov står nevnt som en ønsket effekt av fysisk aktivitet. Insulinbehovet bør, etter vårt syn, ikke være det som skal gi motivasjon til trening, men retningslinjene bør heller fremheve andre positive helseeffekter av fysisk aktivitet.
2) Fysisk aktivitet ved diabetes type 2	Veldig bra at Motivasjonsgruppene blir nevnt under Lavterskeltilbud i avsnittet praktiske råd. Det bør linkes direkte til Diabetesforbundets motivasjonsgrupper (Finn formen): http://diabetes.no/om-diabetes/behandling/likepersonsarbeid/finn-formen/
<i>Kosthold ved diabetes</i>	
3) Kosthold og kostsammensetning ved alle former	Kostholdsinformasjonen er god. Særlig positivt er det at retningslinjene viser til

for diabetes	<p>ulike kostmønstre og ikke bare hvilke matvarer som inngår i et sunt kosthold. Det gjør det enklere å tilpasse kosten til individuelle preferanser. Vi savner imidlertid informasjon om de ulike kostmønstrene og etnisitet. Den generelle nordmann vil antakeligvis kjenne seg mest igjen i de norske anbefalingen, mens f. eks en person fra Pakistan eller India vil kjenne seg mest igjen i middelhavskostholdet.</p> <p>Linken til Diabetesforbundets kostholdsside er feil. Riktig adresse er www.diabetes.no/kosthold. Vi har også flere videoer på vår kostholdsside, deriblant en animasjonsvideo om «Hva som skjer i kroppen når vi spiser». Det er bra å presisere forskjellen på moderat karbohydratredusert og veldig karbohydratredusert. Her er det mange som ikke vet forskjellen.</p>
4) Kostveiledning ved bruk av måltidsinsulin	
5) Måltidsmønster og –frekvens IKKE FERDIG	
6) Kostveiledning til personer med diabetes og innvandrebakgrunn	
<i>Fedme, overvekt og vektreduksjon ved diabetes type 2</i>	
7) Vektreduksjon ved diabetes type 2 og overvekt/fedme	
8) Fedmekirurgi og diabetes type 2	
<i>Diabetes og røyking</i>	
9) Røykeslutt	
<i>Bakgrunn for kapitlet</i>	
<i>Definisjoner og forkortelser - levevaner ved diabetes</i>	
Medikamentell blodsukkersenkende behandling av diabetes (9)	
<i>Insulinbehandling og behandlingsmål ved diabetes type 1</i>	
1) Behandlingsmål ved diabetes type 1	
2) Egenmåling av blodsukker og bruk av kontinuerlig vevsglukosemåling ved diabetes type 1	<p>Vi mener at to uker ikke er tilstrekkelig med tid for å finne ut om man har nytte av CGM. Det tar tid å både lære seg det å bruke CGM og bli vant med utstyret. For mange er dette krevende i oppstartsfasen og man ser ikke positive effekter av CGM før det har gått en stund. Det bør derfor være en utprøvingstid på minimum 4 uker før det fattes beslutning om det skal søkes om utlån av utstyr.</p> <p>Listen av pasientgruppene som kan ha særlig nytt av kontinuerlig</p>

	vevsglukosemåling utelater de som sliter med nattlige følinger, følingsangst og de som er aktive med idrett eller i jobb. Dette er personer som etter vårt syn vil kunne ha stor nytte av en CGM.
3) Oppstart og valg av insulin ved diabetes type 1	
4) Bruk av insulinpumpe ved diabetes type 1	Diabetesforbundet er glad for at insulinpumpe sidestilles med mangeinjeksjonsbehandling, og at brukerens preferanser og ønsker bestemmer behandlingsform. Vi erfarer at det i dag varierer fra helseforetak til helseforetak hvilke kriterier som legges til grunn for når en får mulighet til å prøve insulinpumpe, og vi håper de nye retningslinjene vil motvirke slike uakseptable geografiske forskjeller i behandlingen.
<i>Blodsukkersenkende behandling og behandlingsmål ved diabetes type 2</i>	
5) Behandlingsmål for HbA1c ved diabetes type 2	
6) Egenmåling av blodglukose ved diabetes type 2	Personer med diabetes type 2 som ikke bruker insulin, kan ha stort læringsutbytte av å måle blodsukkeret i perioder for å lære egen kropp og sykdom å kjenne. Det bør fremkomme i anbefalingen.
7) Metformin som førstevalg ved diabetes type 2	
8) Valg av glukosesenkende legemiddel ved diabetes type 2 etter metformin (Flytdiagram (grafisk figur))	Diabetesforbundet mener det er bra at retningslinjen går vekk fra en standardisert behandlingsalgoritme, men heller baserer anbefalingen på større grad av valgfrihet mellom ulike medikamenter. Det er viktig at retningslinjen samsvarer med Legemiddelverkets refusjonsvilkår.
<i>Blodsukkersenkende behandling ved interkurrent sykdom og steroidbehandling</i>	
9) Behov for intensivert blodsukkersenkende behandling ved interkurrent sykdom og steroidbehandling	
<i>Bakgrunn for kapitlet</i>	
Medikamentell forebygging av makrovaskulære senkomplikasjoner ved diabetes (7)	
<i>Behandling med platehemmere ved diabetes</i>	
1) ASA som primærprofylakse ved diabetes	
2) ASA ved sekundær profylakse ved diabetes	
<i>Behandling av hypertensjon ved diabetes</i>	
3) Blodtrykk - Intervensjonsgrense, behandlingsmål og valg av medikament ved diabetes	

<i>Behandling av lipidforstyrrelser ved diabetes</i>	
4) Kolesterolenkende behandling som primærforebygging ved diabetes type 1 og 2	
5) Kolesterolenkende behandling som sekundærforebygging ved diabetes type 1 og 2	
6) Omega-3 tilskudd	
<i>Undersøkelse for hjerte- og karsykdom hos pasienter med diabetes</i>	
7) Undersøkelse for hjerte- og karsykdom hos pasienter med diabetes (uten kjent kardiovaskulær sykdom) kun ved klinisk mistanke	
<i>Bakgrunn for kapitlet</i>	
Diabetisk fot og nevropati (5)	
<i>Undersøkelse og diagnostikk av diabetisk fot og nevropati</i>	
1) Identifisere pasienter med risiko for fotsår og undersøkelse av nevropati i primærhelsetjenesten og på diabetespoliklinikker (informasjonsskriv (grafisk figur))	
<i>Diabetisk fotsår: Forebygging, henvisning og oppfølging</i>	
2) Opplæring i hvordan forebygge diabetiske fotsår	
3) Trykkavlastning og risiko for fotsår	
4) Henvisning og oppfølging av diabetiske fotsår i multidisiplinært fotsårteam	Diabetesforbundet vil understreke viktigheten av et større fokus på diabetes og fotkomplikasjoner. Mange amputasjoner kunne ha vært unngått med bedre forebygging og oppfølging. Vi er positive til etableringen av multidisiplinære fotsårteam, og mener at dette må på plass.
<i>Diabetisk nevropati: Behandling</i>	
5) Medikamentell behandling av smertefull diabetisk nevropati	
<i>Bakgrunn for kapitlet</i>	
Nyresykdom ved diabetes (11)	
<i>Bakgrunn og definisjon av begreper</i>	
<i>Forsiktighetsregler ved behandling av pasienter med nedsatt nyrefunksjon og henvisning til spesialisthelsetjenesten</i>	

1) Henvisning av pasienter med nyresvikt til nefrolog <i>(flytdiagram (grafisk figur))</i>	
2) Oppfølging av pasienter med lav GFR for å redusere risiko for kardiovaskulær sykdom	
3) "Vær varsom"-plakat	
4) Nedsatt nyrefunksjon og kalsium-fosfat	
5) Nedsatt nyrefunksjon og anemi	
<i>Blodtrykksbehandling ved albuminuri</i>	
6) Blodtrykksbehandling ved albuminuri, diabetes type 1	
7) Blodtrykksbehandling ved albuminuri, diabetes type 2	
<i>Laboratorieprøver for kontroll av nyrefunksjon (U-AKR og eGFR) (flytdiagram (grafisk figur (samme som over)))</i>	
8) Måling av albuminuri	
9) Estimert GFR (eGFR)	
<i>Kosthold ved diabetes og nyresykdom</i>	
10) Lavprotein kosthold ved nyreskade hos pasienter med diabetes	
11) Høyprotein/lavkarbo kosthold hos personer med diabetes type 2 og moderat albuminuri	
Retinopati og øyescreening ved diabetes (3)	Diabetesforbundet støtter arbeidsgruppens anbefaling om at det må opprettes et nasjonalt program for øyescreening hos personer med diabetes for å oppnå en akseptabel medisinsk standard for påvise og behandle diabetesretinopati.
1) Hyppighet av øyescreening ved diabetes	
2) Øyeundersøkelse av personer med diabetes: krav til kompetanse hos helsepersonell som foretar undersøkelsen	
3) Tolking av fundusfoto: krav til kompetanse hos helsepersonell som skal vurdere og gradere resultatet av undersøkelsen	
Bakgrunn for kapitlet	
Psykiske lidelser og diabetes (4)	
1) Utredning av angst og depresjon hos personer	Diabetesforbundet mener at å kartlegge den psykiske helsen må være en

med diabetes kun ved klinisk mistanke	integrrert del av alle konsultasjoner. Kapitlet om kommunikasjon og pasientaktiverende intervensjoner ved diabetes beskriver verktøy som skal sørge for god kommunikasjon og dialog mellom behandler og pasient. Noe av formålet med dialogen må også være å komme inn på vanskelige problemstillinger for å avdekke mulige psykiske plager som angst og depresjon. Utfordringen med følingsangst og underdosering av insulin er ikke godt nok beskrevet.
2) Behandling av depresjon hos personer med diabetes	
<i>Samarbeid mellom somatikk og psykiatri ved diabetes og depresjon</i>	
3) Strukturert, tverrfaglig samarbeid ved behandling av personer med diabetes og depresjon	
<i>Spiseforstyrrelser ved diabetes</i>	
4) Behandling og oppfølging av pasienter med spiseforstyrrelse og diabetes	
<i>Bakgrunn for kapitlet</i>	Det er for lite informasjon om sammenhengen mellom diabetes og spiseforstyrrelser.
Svangerskap ved kjent diabetes (7)	
<i>Diabetes i svangerskapet: Før, under og etter graviditet</i>	
1) Planlegging av svangerskapet	
2) Behandlingsmål og henvisningsrutiner ved diabetes type 1 og 2	
3) Insulinbehandling under graviditet ved diabetes type 1	
4) Glukosekontroll under og etter fødsel	
<i>Øyeundersøkelse og blodtrykkskontroll</i>	
5) Behandling av hypertensjon ved svangerskap og kjent diabetes	
6) Henvist til øyeundersøkelse	
<i>Bakgrunn for kapitlet</i>	

Generelle kommentarer (på formatet/publiseringsvisningen, brukervennlighet, språk etc) – og teksten i «Om Retningslinjen»	