

Sundhedsstyrelsen
Sygehuse og beredskab
Axel Heides Gade 1
2300 København S

Den 14. juni 2013

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

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

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

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

Generelt

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

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

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

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

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

Specifikke del

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

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

Anbefaling 4.7

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

Anbefaling 4.11

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

Anbefaling 5.2

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

Anbefaling 5.7

Vil det sige, at man ikke anbefaler Flamazine?

Afsnit 4.5

Tilpasning af fodtøj, bør også være et tiltag til forebyggelse

5.1.1.2

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

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

Anbefaling 5.2

Meget svagt formuleret – hvordan kan man bruge denne anbefaling?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

pkt. 4.2 *hvor skal patienterne vurderes*

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

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

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

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

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

s.26 pkt. 5.3 *måling og/eller foto*

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

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

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

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

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

s.30 pkt. 5.4 klar aftale om rehenvisning tilføjes

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

s. 32 pkt. 6.1 dot patientuddannelse. *Hvad konkret menes med patientuddannelse – diabeteskole?*
Pkt. 6.2 sidste sætning. *Hvad anbefaler vi så??*

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

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

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

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

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

Med venlig hilsen
For Dansk Sygepleje Selskab, DASYS



Margit Roed
Formand for Dansk Sygepleje Selskab