

Fra: Ingvild Felling Meyer

Dato: 17.09.2020

Referat

Møtetid/sted: **Torsdag 17. september**, Helsedirektoratet og digitalt
via Norsk Helsenett videokonferanse

Varighet: **kl 0900 – 1500**

Tilstede: Tor Claudi (møteleder), Kåre I. Birkeland, Tore Julsrud Berg, John G. Cooper, Anne-Marie Aas, Kristian F. Hanssen, Trond G. Jenssen, Kjersti Nøkleby, Elsa Orvik, Ellen Renate Oord, Jan Robert Johannesen, Nina Reimers, Bjørnar Allgot, Victoria Telle Hjellset, Anne Kirsti Høgåsen, Elisabeth Øines og Ingvild Felling Meyer, Elisabeth Austad (referent)

Meldt forfall: Jens Petter Berg

Dagsorden: Nasjonalt fagråd for diabetes - møteagenda 17.09.20

Saksnr.	Sak/ansvarlig	Tema/ansvarlig
	Velkommen v/Tor	<ul style="list-style-type: none">• Velkommen• Gjennomgang av referat fra møtet (digitalt) 11. juni• Valg av referent: Elisabeth Austad• Tor informerte om at han trekker seg som leder, men fortsetter som medlem av rådet. Ny leder Tore Julsrud Berg.• Ingvild informerte om at hun slutter i Hdir, og starter som Medical manager i Boehringer Ingelheim 01.01.21
1	Mindre revisjon 2020 v/Kåre	Oppsummering fra innledende møte i arb.gr 8. sept (se vedlagt ppt) Ønskelig med en mindre oppdatering i høst, og en større revisjon i 2021. Fortrinnsvis hele retningslinjen, ikke bare enkelt kapitler, se på innhold og form. ESC og EASD-ADA har årlige oppdateringer. <u>Kap 5, 6 og 8</u> må oppdateres i år. Kortsiktige endringer knyttet til medikamentell behandling. Nye studier som viser effekt på viktige utfall som hjerte og nyre. <u>Kap 5.2:</u> Revidere algoritmen, forslag ved etablert hjerte- og karsykdom el nyresykdom, starte kombinasjonsbehandling (metformin + SGLT2/GLP1 (dvs samtidig)). Ny kunnskap om senkomplikasjoner, se på kolesterolsenkende behandling og mål for LDL.

Helsedirektoratet

		<p>Ny evidens for SGLT2 hemmere og nyresykdom, diskutere innhold og overskrift.</p> <p>Innspill/diskusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Legemiddelverket må med i arbeidet, mye forvirring blant fastleger rundt blodsukkersenkende legemidler. - Forebygging av makrovaskulær sykdom, åpner for lavere behandlingsmål for blodtrykk og lipider, se på kombinasjonsbehandling - Persontilpasset behandling ved DT2, pasientene er veldig ulike, dette gjør diagnostikk mer komplisert - Fastlegene har ikke kapasitet til å gå inn i materien når DT2 blir så komplisert. Må løfte fra under middels til et ok middels nivå – må ta valget på innhold og detaljnivå i 2021 - Legemidlene (SGLT2/GLP1) brukes også overfor pasienter som ikke har diabetes, men kun hjerte/kar- eller nyresykdom – en ny utfordring i møte med primærlegene. - Plattformer for samarbeid må vurderes, eks SKIL - Oppslagsverket for fastleger må være enkelt for at det skal bli brukt, hvis ikke havner behandling hos spesialist
<p>2</p>	<p>Større Revisjon 2021 v/alle gruppeledere (Jens Petter, Kåre (Trond, John), Victoria, Anne-Marie, Tore og Tor)</p>	<p>Planlegging frem mot oppstart ultimo 2020: Hele retningslinjen må leses igjennom, og teksten må oppdateres med det som evt er mangelfullt. Plattform, metodikk og evidensprofil (avklare nytten av GRADE, tydelige kriterier for svake og sterke anbefalinger) må vurderes. Må tydeliggjøre rammer for ressurser, vurdere om man skal beholde samme grupper eller slå sammen kapitler.</p> <p>Ingvild: Utredningsinstruksen er viktigere (6 spm – se pres) enn grade og metodikken. Mandat blir avklart når gruppelederne og Ingvild møter fagavd (med ansvar for denne retn.linjen (avd folkesykdommer) og retningslinjesekretariatet i okt/nov. I tillegg til sekretariatet, er det nå et styre der alle divisjonsdirektørene er med (der RL må godkjennes mv). Avklare om 2021 går inn som en kortere eller lenger revisjon, dersom av mindre grad kan det være en kortere revisjon. Ønskelig å beholde retningslinjen i Hdir, med en årlig revisjon. 6 ukers høringsfrist er nedtegnet. FHI har en servicefunksjon på retningslinjer, 3 store søk i året kan bestilles, dette kan det søkes om. Mindre litteratursøk/gj.g er det alltid mulighet til å gjøre. Viktig å involvere retningslinjesekretariatet tidlig, slik at spørsmålene om dokumentasjonskrav blir besvart.</p>

		<p>Ingvild har sjekket ut at Monica har mulighet til å bistå inn i arbeidet med revisjon i et overgangsløp.</p> <p>Arbeidsgruppeliderne presenterte forslag på temaer for sine respektive kapitler som bør gjennomgås og evt revideres</p> <p><u>Kap 1 (Tor):</u> Ingen store revisjoner. Ingvild: teknisk lab Hba1c, Finrisk er den store revisjonen. John: Personlig medisin, sjekke undertyper av DT2 ved å måle C-peptid, bra for resistanser, antistoffer. Kåre: Har diskusjon med Jens Petter, evidensen som finnes er svak. Victoria: studier på innvandrerbefolkning har vist at måling av C-peptid fanger opp sykdom tidligere. Kristian: Støtter John i at måling av C-peptid og antistoffer må inngå i diagnostikk. Det er en gjenganger at sykdom blir oppdaget for sent slik at det er behov for insulin. Ingvild: Innspill fra Hormonlaben ang dette i forrige revisjon, dette er formidlet til gruppeleder</p> <p><u>Kap 2 (Ingvild):</u> Organisering, behandlingsansvar, veilederen, se igjennom om noe må skrives om, justere takst og innrapportering. Trond: Må være en klar klinisk nytte og allmennleger må være med å bestemme hva som er hensiktsmessig</p> <p><u>Kap 3 (Victoria):</u> Ønsker å se på nye praktiske metoder for smågruppe undervisning.</p> <p><u>Kap 4 (Anne-Marie):</u> Måltidsmønster og "intermittent fasting" må oppdateres. Kåre: Skal dere se på kirurgi? Svar: Dette ble oppdatert i 2019, innspillet tas med. Utdype mer om mulighet for remisjon, VLCD (DiRECT). Vitaminer og sporstoffer; avklart at D-vit ikke har noen effekt, kan ta med noe om dette.</p> <p><u>Kap 7 (Tore):</u> Småjusteringer, bruk den laminerte siden for å tolke risiko for sår, denne er konkret praktisk.</p> <p><u>Kap 9 (Tor):</u> Ingen behov for stor revisjon av kapitlet om øye. Ingvild informerte om et pilotprosjekt om kunstig intelligens til bruk i retinopatiscreening (som primærgradering), men dette er ikke modent for å ha inn i retningslinje. Øyeprogrammet er ikke oppe, og kan derfor ikke inkluderes.</p> <p><u>Kap 10 (Ingvild):</u> Mangler gruppeleder i fagrådet. Ane har vært i loopen, er det andre fagpersoner innen psykiatri vi kan få med? Ane leder psykolog gruppa i Diabetsforbundet. Bjørnar har sendt navnene til Ingvild på e-post, involvering vurderes etter hvert. Forslag om å kontakte miljøet i Trondheim. De kan i hvert fall gi innspill på hvem som kan spørres.</p>
--	--	---

		<p>Har fått tilbakemelding om at antall anbefalinger er for omfattende. Evt sammenslåing av kap 5,6 og 8:</p> <p>Innspill/spørsmål/diskusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Forslag om å forenkle det som ikke har sterk evidens i hvert kapitel. Dersom mindre evidensbasert, må vi ha møte om evidensprofiler. - Forslag om å forkorte retningslinjen og omdirigere til en ressursdatabase/lærebok. - Det må være enkelt for allmennleger å finne frem: <ul style="list-style-type: none"> o løfte praktisk høyere opp i anbefalingen o legge den inn i et beslutningsstøtteverktøy slik at retningslinjen er effektiv å slå opp i. Hdir har prosjekt om digitale behandlingsplaner, koble inn retningslinjen i dette - Persontilpasset medisin om pasient har nyreskade eller hjertesvikt. - Nyreskade og biopsi må tas opp i nyrekap, SGLT2 er tatt inn som forebyggende - Retningslinjen må beholdes som et normerende nasjonalt produkt for å utjevne ulikhet i praksis og opprettholde en min. standard. Tjenesten selv er ansvarlig for implementeringen, og Hdir kan understøtte dette. - Finansiering av implementering, se på lokale initiativ eks SKIL - Svangerskapsdiabetes, anbefalingen har større styrke i litteraturen enn tidligere, ikke behov for vesentlig revisjon. Denne må samsvare med Gyn.veilederen. Tydelig på at dette er en spesialist oppgave - Gruppelederne må ta ansvar for å finne medlemmer til sine grupper. Viktig at fastlegene er godt nok representert. Liste over nye personer sendes Ingvild slik at hun kan sende en formell invitasjon. Kåre: ta med en fra HUNT.
<p>3</p>	<p>Førerkort – diskusjon rundt utrykningskjøring og diabetes type 1 – innledning v/Karna Vogt og Aleksander Skøyeneie (Hdir)</p>	<p>Gjennomgang av gjeldende helsekrav, tidligere helsekrav og dispensasjon, EUs førerkortdirektiv, regelverk i andre land, minimumskrav og nasjonale krav (se vedlagt ppt). Etter førerkortskriftens vedlegg 1 (helsekrav til førerrett) kan det ikke gis helseattest for utrykningskompetanse og kjøreseddel for buss ved bruk av legemidler som kan gi hypoglykemi.</p> <p><i>Fagrådet ble bedt om å ta stilling til om bruk av insulin eller andre legemidler som kan gi hypoglykemi (inkl. SU-legemidler) kan være forenlig med å ha kompetansebevis for utrykningskjøring, dersom personen har vevsglukosemåling.</i></p>

		<p>Konklusjon: <i>Fagrådets konklusjon er at det ikke anbefales endringer eller unntak fra gjeldende regelverk om bruk av legemidler som kan gi hypoglykemi og kompetansebevis for utrykningskjøring, samt kjøreseddel for buss.</i></p> <p><i>Momenter fra fagrådets drøfting: Diskusjon/begrunnelse:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Diabetesforbundet får ikke mange henvendelser vedr. denne problemstillingen. Deres hovedsyn er at trafiksikkerheten kommer først, og dernest at det ikke skal være urimelige begrensninger knyttet til førerrett og diabetes. De mener spørsmålet om sensorteknologien er god nok til å varsle fører om hypoglykemi i tide, blir et faglig spørsmål.</i> • <i>Spørsmålet om utrykningskjøring ble vurdert i 2006, og sensorteknologien fantes allerede da. Sensorene har fortsatt en forsinkelse ("lag time") fra måling og frem til den gir måleresultatet, ettersom målingen skjer subkutant. Det er også en potensiell forsinkelse mellom sirkulerende glukose og hjernens glukosenivå vs. vevsglukose. Ved stabile blodglukoseverdier samsvarer verdiene stort sett godt, men ved raske endringer i blodglukose (f.eks. ved stress) er det mindre godt samsvar. I tillegg er det store individuelle forskjeller. Derfor utgjør dette en risiko, som må sees opp mot konsekvensene. Det ene momentet er at sensoren kan varsle for sent. Det andre momentet er at ved et for lavt blodsukker må man innta mat eller sukker. Utrykning er kjøring med høy hastighet der trafikkregler brytes med det formål å komme raskt frem. Situasjonen haster og man har også ansvar for å ivareta andres helse og/eller sikkerhet. Det er potensiale for å skade andre i trafikken. Utrykningskjøring vil således ikke være forenlig med å stoppe for å måle og korrigere blodsukkeret.</i> • <i>Det finnes data som understøtter at hjernens funksjon er påvirket flere timer etter en hypoglykemisk episode. I en studie ble det gjennomført kjøresimulatortester der kjøreevnen ikke ble normalisert før etter en time. Andre studier har vist at kognitiv dysfunksjon kan henge i timesvis.</i> • <i>Ingen insulinpumper eller CGM-systemer er 100 % sikre mot alvorlig hypoglykemi, og trafiksikkerheten må komme først.</i>
4	<p>Foreldreveiledningsprogram (tiltak i Diabetesplan) v/Anne Kirsti (og Bjørnar)</p>	<p>Presentasjon av manualen sett fra helsepersonells perspektiv (se vedlagt ppt). Alt ligger tilgjengelig for nedlasting på Diabetesforbundet</p> <p>Spørsmål/diskusjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kan være mal inn i andre prosjekter; Overgangsprosjektet og innholdet i kommunikasjonskapitlet kan presenteres som

		<p>Samtalekort (det er et behov for kortene på voksenklinikk også)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Overførbart til andre kroniske sykdommer også, Diabetesforbundet kan videreformidle til sine allianser med eks handikapforbundet - Prosjektet blir evaluert på et senere tidspunkt
5	E-læringsprogram til pasienter – i regi av DF v/Bjørnar	<p>Presentasjon av nettkurs ved diabetes type 2, samarbeid mellom Diabetesforbundet og Helsedirektoratet (se vedlagt ppt)</p> <p>Spørsmål/innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Det blir målt antall som tar kurset, og det kommer et system for å gi tilbakemeldinger. Kurset blir deltakerevaluert - Tilleggskurs på kosthold hadde vært ønskelig - Fastlegen har mulighet for å søke opp alle pasienter i sitt system som har diabetes, sende de en lenke via HelseNorge - Kurset er åpent for alle - Ønskelig med et samarbeid med Frisklivssentraler og fastleger
6	Verktøy for kostholdsrådgivning (til fastleger) v/Anne-Marie	<p>Presentasjon av prosjektet, fremdrift og status (se vedlagt ppt)</p> <p>Spørsmål/innspill:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Viktig å henvise til matvarer som alle kjenner til, også de med lav sosioøkonomisk status - Pasientene etterspør hjelp med vektreduksjon, og det er ønskelig med anbefaling av apper - Innvandrerbakgrunn er viktig - Bjørnar vil dele dette prosjektet på Diabetesforbundet sin nettside
7	Endret analysekrav vedr HbA1c (i hht Noklus beslutning)v/Tor	Orienteringssak: Flyttes til neste møte, sendes ut på e-post
8	Eventuelt/neste møte	<ul style="list-style-type: none"> • Ingen saker til eventuelt • Neste møte 27 januar 2021

Vennlig hilsen

Tor Claudi
Leder av fagrådet

Ingvild Felling Meyer
Seniorrådgiver