

Sundhedsstyrelsen
Sygehuse og beredskab
Axel Heides Gade 1
2300 København S

Den 9. august 2013

Høringssvar fra DASYS vedr. Nationale Kliniske Retningslinjer for diagnostik og behandling af patienter med udvalgte skulderlidelser.

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

Den kliniske retningslinje fremstår generelt som et velgennemarbejdet produkt med en god systematik og stringens i udarbejdelsen.

Indledningen indeholder formål, definition af patientgruppe, målgruppe samt emneafgrænsning, hvilket bl.a. kræves, hvis den kliniske retningslinje skal opfylde AGREE-kriterierne.

Det skal fremhæves som positivt, at der foreligger et afsnit, der beskriver gradueringen af evidensens kvalitet og vurdering anbefalingsstyrken med anvendelse af GRADE. Kapitlet kan dog med fordel placeres som bilag. Præsentation af anbefalingerne (Centrale budskaber) er fornuftigt, at placere først. Kan med få tilføjelser eventuelt fungere som et resume, der kan give et hurtigt overblik.

Den nationale kliniske retningslinje beskæftiger sig med udvalgte dele af patientforløbet herunder udvalgte dele af udredning, behandling og opfølgende indsats. Der mangler en begrundelse for disse valg. I den kliniske retningslinje savnes under den opfølgende indsats anbefalinger relateret til de sygeplejefaglige behov, som patienter med skulderlidelser oplever.

Patienternes værdier og præferencer for en given intervention er ifølge GRADE en del af evidensvurderingen. Der kan opfordres til, at der også søges efter litteratur omhandlende patientoplevelser. Hvis litteratur desangående ikke kan forefindes, bør dette beskrives. – evt. også som et ønskeligt fremtidigt forskningsemne i Bilag 5.

Litteraturgennemgangen ud fra de fokuserede spørgsmål i kapitel 4 er velbeskrevet. Der er en god stringens og systematik i gennemgangen. En præsentation af de anvendte 5 guidelines med en tilhørende Agree-vurdering kunne med fordel indgå som bilag.

Den kliniske retningslinje er generelt meget læsevenlig med passende mængde metatekst til forklaring af kapitlernes indhold. I kapitel 5 og 6 omkring Udredning og Behandling savnes dog en metatekst. Det fremstår uklart, om hensigten med kapitlerne er at udarbejde en slags baggrundsafsnit/introduktion, der beskriver nuværende praksis, eller om hensigten er at beskrive en praksis indeholdende de nye anbefalinger. Kapitlerne er udokumenterede uden kildehenvisninger.

Der er til den kliniske retningslinje vedlagt relevante bilag. Der savnes, at der generelt i den kliniske retningslinje henvises til disse bilag.

I Bilag 1 om Baggrund viser Tabel 1 og Tabel 2 udviklingen i henvisningsaktiviteten fra 2006 til 2013 fordelt på de fem regioner og privatsygehuse. Da tallene fra år 2013 ikke angiver et fuldt år, bør disse tal udtages, da de ikke kan anvendes til sammenligning. Opmærksomheden henledes derudover på, at regionale forskelle i antal aktionsdiagnoser influeres af, at befolkningsgrundlaget i de fem regioner ikke er ens. Derudover kunne man udover at angive de absolutte tal med fordel udregne den procentvise andel af "Efterfølgende relevant kirurgi" i Tabel 3. En kildehenvisning til MTV-rapporten fra Region Midt savnes.

Det er uklart, hvad der menes med, at den evidensbaserede kliniske retningslinje supplerer de faglige visitationsretningslinjer, men at de faglige visitationsretningslinjer vil blive ændret i overensstemmelse med de nationale kliniske retningslinjer (s 24). Sammenhængen mellem visitationsretningslinjerne og den kliniske retningslinje kunne med fordel præsenteres i indledningen til den kliniske retningslinje og ikke i et bilag.

Det er positivt, at implementering af den kliniske retningslinje behandles i Bilag 3, hvor der fremføres forskellige forslag og overvejelser omkring implementering. Som det også beskrives, har de faglige selskaber stor betydning i implementeringsfasen. Et temamøde/kick off på relevante afdelinger i regi af de faglige selskaber er nok urealistisk, men en præsentation og diskussion af den færdige retningslinje på landsskonferencer/årsmøder er mere realistisk. Det skal tilføjes, at de involverede sygeplejersker allerede har præsenteret arbejdsprocessen på sidste FSOS landskonference i april 2013. Den nationale FSOS-netværksgruppe for skuldersygeplejersker deltager også gerne i udarbejdelsen af en fælles implementeringsstrategi.

I Bilag 4 om monitorering er der gode overvejelser omkring monitorering og mulige indikatorer. Det kan dog anbefales, at de foreslåede indikatorer formuleres som indikatorer (*andel af* i stedet for *antal*), så det tydeligt fremgår, hvad der er tæller og nævner. Dette muliggør sammenligninger over tid og mellem afdelinger.

Bilag 5 om opdatering og videre forskning er et væsentligt fremadrettet afsnit. Flere fremtidige forskningsfelter indeholdende patientoplevelser og sygeplejeområder savnes.

I Bilag 6 ser det ud som, at metaanalyser opfattes som primære studier. Er en korrekt kategorisering?

Det kunne være hensigtsmæssigt, om man kunne indarbejde det nyligt publicerede Cochrane review fra 2013 omtalt i Bilag 9 i PICO spørgsmål 1 og 4, eller hvis dette forståeligt ikke er muligt, i stedet diskutere implikationerne for PICO 1 og 4.

Figur 1 i Bilag 8 er en god illustration, men der mangler nogle data.

Sundhedsstyrelsens initiativ til udarbejdelse af tværfaglige kliniske retningslinjer til en afgrænset patientgruppe findes særdeles positivt. Derudover ses der med denne kliniske retningslinje for

skulderlidelser en tydelig metodemæssig forbedring siden udgivelsen af de første tværfaglige kliniske retningslinjer. Denne kliniske retningslinje formodes i langt højere grad at leve op til Agree-kriterierne.

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