

Sundhedsstyrelsen  
Sygehuse og beredskab  
Axel Heides Gade 1  
2300 København S

Den 7. august 2013

## **Høringssvar fra DASYS vedr. Nationale Kliniske Retningslinjer for Hjerterehabilitering.**

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

Udarbejdelsen af en national klinisk retningslinje for hjerterehabilitering er et godt initiativ, som DASYS støtter. Retningslinjen kan bidrage til, at hjerterehabiliteringen styrkes på tværs af regionerne i både primær og sekundær sektor samt sikre ensartede rehabiliteringstilbud af høj faglig kvalitet til patienter med iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt eller som har gennemgået en hjerteklapoperation. Det er positivt, at der i retningslinjen er opmærksomhed på, at andre patientgrupper, fx patienter med atrieflimren eller som har fået implanteret en ICD, kan have tilsvarende behov for rehabilitering. Sygeplejersker i klinisk praksis oplever ofte, at patienterne netop har dette behov. Fremadrettet bør den kliniske retningslinje også omfatte patienter med andre hjertesygdomme – så den også lever op til sin titel.

DASYS synes overordnet at det er et flot arbejde, hvortil vi dog har et par bemærkninger.

Med afsæt i GRADE, hviler evidensen for de enkelte elementer i den kliniske retningslinje primært på viden fra systematiske review, meta-analyser samt randomiserede kontrollerede studier. Hvor der ikke er fundet evidens på dette niveau – kan en anbefaling være baseret på god praksis, dvs. faglig konsensus blandt medlemmerne af arbejdsgruppen, der har udarbejdet den kliniske retningslinje. Selv om det er positivt, at en anbefaling kan basere sig på "god praksis", undrer det os, at man kun anerkender evidens på disse to niveauer – og ikke evidens fra andre former for studier. Dette får betydning for anbefalingerne for flere af de udvalgte elementer.

Der mangler en faglig argumentation for den tidsmæssige afgrænsning i den kliniske retningslinje.

### *Fysisk træning*

Det er lidt flot, at give den højeste anbefaling i forhold til fysisk træning til klapopererede patienter, da der netop i forhold til denne patientgruppe kun blev identificeret et RCT-studie fra 1987, som anvendte andre effektmål end de opstillede i retningslinjen. Vi vil derfor opfordre til, at det anføres i retningslinjen, at der mangler evidens på området – og at anbefalingen ændres til ”Det er god klinisk praksis, at tilbyde fysisk træning til patienter, som har gennemgået en hjerteklapoperation”.

### *Patientuddannelse*

Formålet med patientuddannelse er at styrke patienternes egenomsorg, handlekompetence og autonomi og dermed forbedre deres helbredsstatus og livskvalitet samt gøre dem i stand til på bedste vis at leve et liv med kronisk sygdom. I denne sammenhæng kunne det derfor være interessant at vurdere effekten af patientuddannelse for outcomes som fx patienternes handlekompetence (self care behaviour). I denne vurdering anbefales at patienter indgår i både evaluering af effektmål og proces. Hvad patientuddannelse kan indeholde af emner fremgår tydeligt i arbejdsgruppens konklusion, hvorimod der mangler anbefalinger for, hvordan patientuddannelse bør foregå (individuel/gruppe, antal sessioner m.m.) for at opnå den største effekt – fx for patienternes handlekompetence. At have fået information er ikke ensbetydende med at denne er blevet forstået eller integreret i hverdagslivet.

### *Psykosocial indsats herunder opsporing af angst og depression*

Psykosocial omsorg er et begreb, der er vanskeligt at arbejde og måle på, hvilket det også fremgår af retningslinjen. Psykosocial omsorg bør indgå som en central del i alle rehabiliteringens elementer og faser. Man bør tilstræbe en anerkendende patienttilgang med udgangspunkt i den enkeltes ressourcer, hvilket med fordel kan trækkes tydeligere frem i konklusionen.

I afsnit 9 om opsporing af angst og depression fremstår det ikke klart hvorfor der efterspørges evidens på effekt af *opsporing* af angst og depression og at området kun kategoriseres som god praksis.

### *Kostintervention*

I relation til kost angives det, at der ikke er fundet litteratur, omhandlende en samlet kostintervention. Man kan undre sig over, at man ikke har valgt at søge litteratur på delelementer i kosten – eller inddrage eksempelvis Hjerteforeningens litteraturgennemgang for kost til patienter med hjertesvigt.

Det kan undre, at pårørende ikke har fået større plads i den kliniske retningslinje, når vi ved, at pårørende er en patients vigtigste støtte i forbindelse med alvorlig sygdom – derfor er de ofte også en ressource i et hjerterehabiliteringsforløb. Pårørende kan også selv have behov for støtte. Inddragelse af pårørende, deres betydning for effekten af hjerterehabilitering for patienterne burde udfoldes mere i retningslinjen, de pårørende kunne endda med fordel indgå som et selvstændigt element i den kliniske retningslinje.

Endvidere vil DASYS gerne pege på palliation som et relevant element i hjerterehabiliteringen for særligt patienter med hjertesvigt. Palliation har ikke haft den samme bevågenhed inden for behandling og pleje af hjertepatienter som palliation af kræftpatienter.

I relation til hjertesvigt gør arbejdsgruppen opmærksom på, at det ikke har været muligt at finde meget litteratur vedr. patientuddannelse og slet ingen vedr. psykosociale interventioner, hvilket arbejdsgruppen anfører kan skyldes, at disse elementer ofte gives som en del af en kompleks intervention. Netop dette, at det er summen af de enkelte elementer, der giver effekten – og ikke det enkelte element i sig selv – kan være et væsentligt aspekt som bør indgå i den kliniske retningslinje.

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

Skulle vores høringssvar 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