

Høringssvar til National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering.

1. Dansk Cardiologisk Selskab, dcs@dadlnet.dk
2. Psykolog Steffen-Malik Høegh, psykolog@mac.com
3. FOA, ulro@foa.dk
4. Faxe Kommune, viba@faxekommune.dk
5. Varde Kommune, maix@varde.dk
6. Herlev Kommune, malou.laursen@herlev.dk
7. Frederiksberg Kommune, grto01@frederiksberg.dk
8. Ålborg Kommune, vimk-sbu@aalborg.dk
9. Middelfart Kommune, Iben.LykkeEggertsen@middelfart.dk
10. Gladsaxe Kommune, trwula@gladsaxe.dk
11. Hørsholm Kommune, sbpe@horsholm.dk
12. Social- og Integrationsministeriet, jki@sm.dk
13. Silkeborg Kommune, MarieLouise.Daugard@silkeborg.dk
14. Sorø Kommune, loul@soroe.dk
15. Faaborg-Midtfyn kommune, tso@faaborgmidtfyn.dk
16. Hjertereforeningen, signeef@hjertereforeningen.dk
17. Horsens Kommune, masc@horsens.dk
18. Albertslund Kommune, borge.alstrup@albertslund.dk
19. Lægeforeningen, ga@dadl.dk
20. Glostrup Kommune, Morten.Skaft@glostrup.dk
21. Helsingør Kommune, lim46@helsingor.dk
22. Esbjerg Kommune, suter@esbjergkommune.dk
23. Ergoterapeutforeningen, mn@etf.dk
24. Aabenraa Kommune, pta@aabenraa.dk
25. Kliniske Diætister, gr@diaetist.dk
26. Nyborg Kommune, kva@nyborg.dk
27. KL, nig@kl.dk
28. Sønderborg Kommune, lwee@sonderborg.dk
29. Skanderborg Kommune, dorte.morkbak@skanderborg.dk
30. Odense Kommune, tbkr@odense.dk
31. DSKS, dsks@dadl.dk
32. AstraZeneca, kim.dyrhauge.hansen@astrazeneca.com
33. Hjerterehabiliteringen Bispebjerg Hospital, Gitte.Stage.Hansen@regionh.dk
34. DASYS, HelleJohnsen@dsr.dk
35. Ann-Dorthe Zwisler, faglig repræsentant for DCS, ado@dadlnet.dk
36. Region Hovedstaden, henriette.pauline.pedersen@regionh.dk
37. Allerød Kommune, Dorthe.Andersen@Alleroed.dk
38. Peer Review Joep Perk
39. Peer Review Maja Lise Løchen



Kommentarer fra Dansk Cardiologisk Selskab til "National Klinisk Retningslinje for hjerterehabilitering 2013"

Dansk kardiologisk selskab har med interesse gennemlæst høringsudkastet "National Klinisk Retningslinje for hjerterehabilitering 2013" og har følgende kommentarer:

Generelle Kommentarer, Metode og Formalia

- Da der er tale om angivelse af *flere* kliniske retningslinjer foretrækkes titlen: 'Nationale kliniske retningslinjer for hjerterehabilitering'
- Selv om der indledningsvist gives en grundig introduktion, findes det mindre hensigtsmæssigt at anvende et for kardiologer relativt ukendt evidensgraderingsredskab (GRADE). Der er ingen kvantitering, men alene et 'vi er meget sikre på' citat etc. Det er vanskeligt at se, hvordan graderingen er opnået og udfaldet vil være afhængig af arbejdsgruppens sammensætning. Mere udbredte evidensgraderingsredskaber, som anvendes af såvel det europæiske som det amerikanske kardiologiske selskab ville have forenklet gennemlæsningen af retningslinjerne (<http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc>) og det anbefales derfor at disse benyttes.
- Igennem hele Rapporten anføres arbejdsgruppens 'Anbefalinger' *før* 'Konklusionen'. Selskabet finder det mere logisk, at anføre konklusioner før arbejdsgruppens anbefalinger.
- Selskabet finder at Rapporten vil være mere letlæselig og overskuelig, hvis der blev anvendt flere
 - o tabeller f.eks når evidensen for rehabiliteringstiltag beskrives
 - o faktabokse.
- Dansk Cardiologisk Selskab anbefaler, at de velkendte Vancouverregler for referenceangivelse anvendes med fortløbende nummerering.



- Selve teksten er flere steder vanskelig at læse grundet forfatterangivelser, 'fyldige' graderingsymboler og nødvendige sikkerhedsintervaller indlemmet i parenteser.
- Rapporten er ikke tilstrækkeligt implementeringsorienteret. Den praktiske, daglige gennemførlighed ønskes beskrevet nærmere. Man har tilstræbt 'at give konkret vejledning til de sundhedsprofessionelle i de situationer, hvor der skal træffes beslutninger undervejs i rehabiliteringsforløbene'. Selve Rapporten er således forsøgt udformet klinisk anvendelig, men der mangler generelt i Rapporten helt lavpraktiske tiltag til netop forskellige kliniske situationer som til daglig giver ophav til forvirring omkring de initiale og de videre tiltag hjerterehabiliteringsmæssigt.

Kapitel 2: Indledning

- Der mangler en klar definition af hvilke hjerteklapopererede patienter, der er tale om. Der kan være stor forskel på alder og comorbiditet mellem patienter der opereres for hhv. aortastenose og -insufficiens samt mitralinsufficiens ligesom operationstilgangen er meget forskellig i form af åben eller minimal hjertekirurgi, mitracclip, TAVI etc. Hvilke af disse patienter skal tilbydes rehabilitering?

DCS finder at der i Rapporten mangler:

- En klar definition af hvilke patienter der skal indgå i rehabiliteringstilbuddet og hvor mange gange en patient skal have det tilbudt. *Da flere hjertesygdomme efterhånden har udviklet sig til en kronisk sygdom, er forløbene ofte særdeles komplicerede med mange indlæggelser grundet uAP/AMI, flere KAG'er, PCI'er evt. suppleret med MIBI eller Hjerter-CT.*
- En vurdering af hvor mange patienter som skal indgå i rehabiliteringsforløbene. Dette vil naturligvis afhænge af en nærmere definition af såkaldte 'indgangskriterier' men generelt må det formodes at antallet af patienter vil være stort. *Ud af årlige ca. 28 000 KAG'er og ca. 14 000 hjerter-CT undersøgelser, vil der være mindst 20-25 000 som opfylder de mere generelle 'inklusionskriterier' for rehabilitering. Hertil kommer alle patienterne med hjertesvigt og hjerteklapsygdom. Af hensyn til et ensartet behandlingstilbud, er det også nødvendigt med en entydig beskrivelse af indgang i rehabiliteringsforløbet. Ellers vil der på nogle hospitaler blive iværksat få og andre steder mange rehabiliteringsforløb.*
- Der er i Rapporten diskrepans mellem den beskedne til moderate dokumentation for effekten af nogle rehabiliteringstiltag og de anbefalinger arbejdsgrupper ender op med at give. Såfremt at der ikke foreligger egentlig evidens bør det understreges at der er tale om en fornuftsmæssig betragtning. Dette er særligt tilfældet inden for områderne: Patientuddannelse (PICO 3), Psykosocial indsats (PICO 4) og Opsporing af angst og depression (PICO 5). Det er særligt problematisk hvad angår de hjerteklapopererede patienter, hvor der foreligger særdeles sparsom evidens for effekten af de enkelte dele af hjerterehabilitering. Inklusionen af denne patientgruppe i Rapporten er nok begrundet i SSTs valg af særskilte Hjertepakkeforløb for disse patienter, men det bør understreges i



Rapporten, da evidensgrundlaget er svagt, at det er ud fra en *fornuftsmæssig* betragtning at der ekstrapoleres med anbefalinger til denne patientgruppe.

- Derudover skal vurdering af effektmål kommenteres; hvordan vurderes effekten af interventionen ift f.eks opsporing af angst, depression etc?

Kapitel 3: Centrale budskaber

- Der bør laves en tilføjelse i form af: *"Det anbefales, at patienter med iskæmisk hjertesygdom, med hjertesvigt eller som har gennemgået en hjerteklapoperation tilbydes kostintervention."*

Kapitel 5.5: Anbefalinger

- Sætningen: 'Det kan overvejes, at håndtere kendte barrierer for deltagelse og fastholdelse i hjerterehabilitering *med henblik på, at fastholde deltagere*'. Der er tale om en cirkulært sluttet sætning, som bør rettes. Anbefalingen er desuden noget vag og der mangler konkrete løsningsforslag.

Kapitel 6: Fysisk Træning (PICO 2)

- Dette kapitel er velskrevet og gennemarbejdet med flere praktisk anvendelige vejledninger. Dog, man bør opdele anbefalingerne for de tre patientgrupper.
- Anbefalingerne bør desuden indeholde en samlet vurdering af, hvorfor fysisk træning vurderes gavnligt - og derfor anbefales - til hjertesvigtspatienter trods manglende evidens (f.eks en fornuftsmæssig betragtning/ samlet vurdering el. lign.).

Kapitel 9: Opsporing af Angst og Depression (PICO 5)

- Det vurderes fra DCS' side, at der mangler overvejelser over den praktiske gennemførelse af dette punkt. Afsnittet indledes med at vise at systematisk interview for angst og depression viser at forekomsten af sidstnævnte er forbundet med dårlig prognose. I afsnittet i øvrigt vises at der ikke findes nogen dokumentation for effekt af intervention overfor angst og depression. Alligevel anbefales interview mhp angst og depression udført af læger eller sygeplejersker uden faguddannelse her til, med anvendelse af 2 udvalgte spørgsmål. Det er svært at gennemskue om der er evidens for at anvende netop den metode, at stille de to spørgsmål. Det vil også være svært for en



"almindelig" læge eller sygeplejerske at tolke svar på spørgsmålene. Endelig er det jo ikke så lige til at anbefale at patienterne skal henvises for eksempel til psykiatrisk vurdering, det kan betyde en stor ekstra belastning af psykiatriske afdelinger, og kræver vel også specialviden på dette område.

Kapitel 10: Kostintervention (PICO 6)

- *Dette kapitel vurderes af DCS til ikke at være tilstrækkeligt gennemarbejdet og bør omskrives.* Kapitlet følger ikke internationale retningslinier og litteraturgennemgangen er mangelfuld.
- Der kan være flere årsager hertil men den væsentligste er nok at hovedparten af de velgennemførte RCT der foreligger om kostintervention inden for hjerterehabilitering ligger før år 2002, der var et af inklusionskriterierne for litteraturgennemgangen. En anden forklaring kan være, at søgekriteriet ikke har været udstukket tilstrækkeligt nuanceret. Når det fokuserede spørgsmål/søgekriteriet har været, 'om en kostintervention desuagtet hvilken sammenlignes med sædvanlig opfølgning har effekt på dødelighed, sygelighed, genindlæggelser, livskvalitet' kan udfaldet af litteratursøgningen netop ske at blive særdeles begrænset, som det også blev konkluderet i Rapporten: '*Der er ikke fundet litteratur, der besvarede det fokuserede spørgsmål omhandlende en samlet kostintervention og at det derfor ikke er muligt at give anbefalinger vedrørende kostintervention*'.
- Der er god evidens på en række endepunkter og for en række patientgrupper for den i dag anbefalede kost. NICE guidelines, som Rapporten har reference til, har ikke de forbehold som SST har. Anbefalingerne her er: 'Patients should be advised to eat a Mediterranean-style diet (more bread, fruit, vegetables and fish; less meat; and replace butter and cheese with products based on vegetable and plant oils (Grade A)' og 'Patients should be offered an individual consultation to discuss diet, including their current eating habits, and advice on improving their diet (Grade B)'. Den nyeste evidens foreligger i form af et RCT af højrisikopatienter i PREDIMED studiet (N Engl J Med 2013; 368:1279-1290 [April 4, 2013](#) DOI: 10.1056/NEJMoa1200303), der ikke er inddraget i Rapporten. *Den eksisterende formulering i Rapporten vil desværre repræsentere et tilbageskridt i forhold til det eksisterende og vil vel også svare til at danske anbefalinger skal gå enegang.* Mens internationale guidelines, herunder Fifth Joint Task Force Guidelines on Cardiovascular Prevention (som er udgivet i samarbejde mellem flere grupper: European Society of Cardiology (ESC); European Atherosclerosis Society (EAS); International Society of Behavioural Medicine (ISBM); European Stroke Organisation (ESO); European Society of Hypertension (ESH); European Association for the Study of Diabetes (EASD); European Society of General Practice/Family Medicine (ESGP/FM/WONCA); International Diabetes Federation Europe (IDF-Europe); European Heart Network (EHN) lægger større og større vægt på kostintervention går denne Rapport i den modsatte retning.



Kapital 11: Rygestopintervention (PICO 7)

- På trods af at man igennem Rapporten har afholdt sig fra den farmakologiske sekundære efterbehandling, bør det i dette kapitel tilføjes, at der er god evidens for anvendelse af såvel nikotinsubstitution såvel som tabletbehandling (f. eks Champix).

Reviewere for Dansk Cardiologisk Selskab: Jan Kyst Madsen, Lone Wiggers, Eva Prescott, Ginny Rhodes, Magnus Thorsten Jensen, Anne Merete Soja, Mogens Lytken Larsen.

Hjerterehabilitering

Hjerte rehabilitering er et lægeligt superviseret tværfagligt rehabiliteringsprogram, der søger at optimere hjerte patienters fysiske, psykologiske og sociale formåen.

Ud over at stabilisere, forhale eller afhjælpe sygdomsprocessen kan hjerterehabilitering reducere genindlæggelse, forbedre funktionsniveauet, forebygge depression og reducerer risikoen for tidlig død.

Målgruppen omfatter patienter med kendt:

- Myocardia infarkt (hjerteslag)
- Coronar arterie bypass graft kirurgi (CABG)
- Aktuell stabil angina pectoris
- Hjerteklap opererede/transplanterede
- Percutaneous transluminal coronary angioplasty (PTCA)/ eller koronar stenting
- Hjerte- og lunge transplanterede
- Hjertesvigt og patienter med implanterede XX
- Koronar arterie lidelser
- Diabetes
- Perifer arterial lidelser

Indhold i hjerterehabilitering

Hjerterehabilitering udføres tværfagligt og er skræddersyet til den enkelte patients behov og mål.

Kernekomponenter i hjerterehabilitering omfatter, men er ikke begrænset til:

- Blodtryksregulering
- Fysisk træning
- Modificering af risiko faktorer
- Livsstilsændring: KRAM & lipid management
- Psykosocial management med fokus på stress og vredeshåndtering.

Evidens grundlag for hjerterehabilitering

Hjerterehabilitering har bla. vist følgende forbedringer:

- Symptom reduktion (angina, dyspnea, fatigue)
- Reduceret mortality (ca. 20 to 25%)
- Reduktion i nonfatale gentagne myocardial infarction over median follow-up på 12 måneder
- Øget fysisk formåen
- Forbedret lipid panel (total cholesterol, HDL [good cholesterol], LDL [bad cholesterol], og triglycerider)
- Øget viden om hjertelidelser og håndtering af følgevirkninger
- Øget evne til at udføre dagligdags aktiviteter(ADL)
- Øget helbreds-relateret liveskvalitet

- Reduktion af psykosociale symptomer (Reduktion af angst og depression, bedret selv-forvaltning (self-efficacy))
- Færre genindlæggelser og mindre træk på lægelige ydelser
- Flere genoptager arbejde eller fritidsaktiviteter.

Evidensgrundlaget for hjerterehabiliteringens elementer

Intervention	Evidens	Styrke
Integreret hjerterehabiliteringsforløb	Ia, Ib	A
Patientundervisning	Ia, Ib	A
Rygeophør	Ila	B
Rygeophør med støtte (+ nikotinsubstitution)	Ia	A
Kostomlægning	Ia, Ib	A
Fysisk træning	Ia	A
Psykosocial omsorg	Iib	B
Medicinsk efterbehandling (hjertemagnyl, betablokker, ACE-hæmmer, statiner)	Ia	A

Fra: Hjerterehabilitering på danske sygehuse, 2004, p. 23.

Vejle fjord Rehabiliteringcenter tilbyder "integreret hjerterehabiliteringsforløb" under indlæggelse i fase 2 og fase 3. Forløbet er udarbejdet i samarbejde med Hjerteforeningen.

Kilder

1. Thomas RJ, King M, Lui K, et al. AACVPR/ACC/AHA 2007 Performance Measures on Cardiac Rehabilitation for Referral to and Delivery of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Services. *Circulation* 2007;116:1611 – 1642. Available at: <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.107.185734>.
2. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, et al. AHA/AACVPR Scientific Statement - Core Components of Cardiac Rehabilitation/Secondary Prevention Programs: 2007 Update. *Circulation* 2007;115:2675 – 2682. Available at: <http://circ.ahajournals.org/cgi/reprint/115/20/2675>.
3. Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs- 4th Edition. American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Human Kinetics, Champaign, IL. 2004.
4. Hjerterehabilitering på danske sygehuse. Netværk for forebyggende sygehuse i Danmark, Dansk Cardiologisk Selskab & Hjerteforeningen 2004

Yderligere specifikke Guidelines:

<http://www.cardiologyonline.com/guidelines.htm>

<http://www.escardio.org/guidelines>



Sundhedsstyrelsen
Sygehus og Beredskab
Axel Heides Gade 1
2300 København S
syb@sst.dk

Høringssvar vedrørende National Klinisk retningslinje for hjerterehabilitering

FOA- Fag og Arbejde vil meget gerne benytte lejligheden til at kommentere på nærværende høring.

Først og fremmest er det meget kærkomment at øge fokus på praksis indenfor hjerterehabiliteringsområdet på tværs af regioner, kommuner, sektorer og faggrupper.

Specifikke kommentarer

Af bilag 1 fremgår følgende udsagn: *Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerterområdet har desuden påpeget, at der er behov for forbedring af hjerterehabiliteringen på tværs af regioner og kommuner.* Derfor er *Formålet med denne nationale kliniske retningslinje at beskrive den foreliggende evidens for de enkelte elementer indenfor hjerterehabilitering, for på den baggrund at kunne formulere anbefalinger, der kan understøtte en ensartet høj kvalitet på tværs af regioner, kommuner, sektorer og faggrupper.* Det er derfor helt essentielt, at alle der arbejder tæt på patienten/borgeren skal kunne anvende den nationale retningslinje, hvis den kliniske retningslinje skal forbedre kvaliteten. Derfor undrer det os, at man ikke har omfattet alle de relevante faggrupper under målgruppe/brugere, der agerer inden for området.

Af målgruppe/ bruger af denne kliniske retningslinje fremgår følgende: *Målgrupperne er læger, sygeplejersker, fysioterapeuter, diætister, psykologer, socialrådgivere, patienter, pårørende og beslutningstagere.* Den kliniske retningslinje er udformet på en sådan måde, at den 1) indeholder retningslinjer for de involverede sundhedsprofessionelle på tværs af sektorerne og 2) giver konkret vejledning til de sundhedsprofessionelle i de situationer, hvor der skal træffes beslutninger undervejs i rehabiliteringsforløbene. I den kliniske retningslinje glemmer

Dato:

19.6.2013

Sagsnummer:

13/109126

Cpr.nr.:

000000-0001

Ref.:

KAS/ulro



FOA

Staunings Plads 1-3
1790 København V

Telefon 4697 2626
Telefax 4697 2300

Kontonr. 5301-0476807

E-mail
foa@foa.dk
a-kassen@foa.dk

www.foa.dk

man at medtage en autoriseret sundhedsprofessionel faggruppe som social- og sundhedsassistenterne. Social- og sundhedsassistenterne arbejder indenfor området både i den primære og sekundære sundhedssektor. Hvis man ønsker at anvende den kliniske retningslinje med største hensigtsmæssighed og med kvalitetssikring til følge, er det helt centralt, at inddrage de faggrupper, som arbejder inden for området og tæt på patienten. FOA- Fag og Arbejde, vil derfor foreslå, at social- og sundhedsassistenter indskrives i den nationale kliniske retningslinjes målgruppe/brugere.

På baggrund af formuleringen i bilag 2 fremgår følgende udsagn: *Nationale kliniske retningslinjer klassificeres som faglig rådgivning, hvilket indebærer, at Sundhedsstyrelsen anbefaler relevante fagpersoner at følge retningslinjerne. De nationale kliniske retningslinjer er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der er afgørende for beslutningen om passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse.*

Derfor vil FOA- Fag og Arbejde anmode Sundhedsstyrelsen om at anbefale, at social- og sundhedsassistenterne er en del af de relevante fagpersoner, som anbefales at følge den kliniske retningslinje.

Det er vigtigt at anvendelsen af den kliniske retningslinje har til hensigt at forbedre kvaliteten i hjerterehabiliteringen, og ikke opstille rigide fagbarrierer ved at udelade en af de autoriserede sundhedsfaglige grupper, der er en del af hjerterehabiliteringen både i den primær og sekundære sundhedssektor. Det er ikke til gavn for patienten.

Skulle vores høringssvar give anledning til spørgsmål, er I velkomne til at kontakte mig på kas050@foa.dk

Venlig hilsen



Karen Stæhr
Sektorformand



Postadresse:

Frederiksgade 9 - 4690 Haslev

Telefon 56 20 30 00
Telefax 56 20 30 01
www.faxekommune.dk

Kontoradresse:

Faxe Sundhedscenter
Præstøvej 78
4640 Faxe

Telefon: 56 20 33 85

ArbejdeEmail: viba@faxekommune.dk

Dato: 1/7-2013

Høringssvar vedr. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering

En national klinisk retningslinje er et relevant arbejdsredskab for sundhedsprofessionelle, der arbejder med hjerterehabilitering.

I forhold til hjerterehabilitering har vi i Faxe Kommune valgt at arbejde efter anbefalingerne fra forløbsprogram for kronisk hjertesygdom.

Ifølge forløbsprogram for kronisk hjertesygdom fra Region Sjælland inddeles rehabiliteringen i 3 faser, hvor fase 1 og 2 foregår under indlæggelse og i ambulant regi. Fase 3 foregår i kommunal regi, og består af borgere der er færdigbehandlet, men som har behov for opfølgning pga. manglende egenomsorg. Kun efter særlig aftale kan dele af rehabiliteringen varetages af kommuner i fase 2.

National Klinisk Retningslinje National Retningslinje er afgrænset til fase 2 og har et behandlende perspektiv, vi finder den derfor ikke anvendelige i den kommunale virkelighed som den forelægger. Derimod er der flere relevante elementer kommuner og sygehuse kan arbejde videre med i fællesskab med henblik på at få et samlet patientforløb.

Målgruppen for rehabilitering i Faxe Kommune er borgere med iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt, men ikke med hjerteklap(som retningslinjen inkluderer), idet der i nuværende litteratur ikke er evidens for at borgere med hjerteklap kan drage fordel af rehabilitering.

I det netop udsendte flowchart "forløbsprogram iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt" er borgere med hjerteklapsygdom heller ikke medtaget.

Med venlig hilsen

Vibeke Bastrup
Sundhedskonsulent



Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

Varde Kommune
Bytoften 2
6800 Varde

Tlf. 7994 6800

www.vardekommune.dk
vardekommune@varde.dk

11. juli 2013

**Høringssvar fra Varde Kommune vedr. klinisk retningslinje for
hjerterehabilitering**

Sagsbehandler:
Mai Sønderby
Staben Social, Sundhed og
Beskæftigelse

Varde Kommune har haft klinisk retningslinje for hjerterehabilitering i høring.
Vi vil gerne kvittere for et flot, gennearbejdet og veldokumenteret materiale,
og vi ser frem til at arbejde med, hvordan den kan implementeres i
kommunen.

Direkte tlf.: 7994 6651
Email: maix@varde.dk

Journalnr. 104007/13
Sagsnr. 13/9755

Venlig hilsen

Kirsten Myrup
Sundhedschef
Varde Kommune

Herlev

Kommune

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

Sundhedsafdelingen

Herlev Bygade 30, 2
2730 Herlev

Ekspeditionstid

Hverdage 08.00-15.00
fredag 08.00-14.00

E-post

sund@herlev.dk

CVR

63640719

Hjemmeside

www.herlev.dk

Telefon

4452 6300

Telefax

4494 4635

Dato

Journal nr.

Skrevet af

Herlev Kommunes høringssvar vedr. Sundhedsstyrelsens publikation "National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering" Juni 2013.

Det er med stor interesse vi har læst publikationen ”National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering”. Det er meget væsentligt, at sundhedsstyrelsen udsender retningslinjer baseret på seneste evidens, da vi i kommunerne bruger det i tilrettelæggelse af vores indsatser overfor borgerne.

I Herlev Kommune mener vi, at man skal være opmærksom på følgende punkter, hvis retningslinjerne skal fungerer i praksis.

Når borgere med en hjertelidelse fremover skal tilbydes fysisk træning i kommunerne, fordrer det at borgerne er udredt i forhold til arbejdskapacitet / arbejdstest og risikoprofil herunder risikovurdering fra hospitalets side. For at give den optimale behandling i kommunen, skal det sikres at baggrundsdata, kommunikation og arbejdsgange mellem hospitalet og kommunen samordnes og koordineres.

Hjerterehabilitering forudsætter at man løbende kan tage borgerne ind i et træningsforløb efterhånden som de udskrives fra hospitalet. Dette vanskeliggøre hold træning, da vi ikke mener at borgeren kan vente for længe med at komme i gang med træningen.

For at løfte behovet for psykosocial støtte/behandling og håndtering af kendte barrierer, bør de mindre kommuner tænke i tværkommunale indsatse, da befolkningsgrundlaget ellers vil være for småt.

Hvis en borger har brug for behandling fra psykolog, psykiater mv, bør der tages stilling til, hvordan denne kan effektueres uden egen betaling samt lange ventetider, som der typisk er i det psykiatriske system

Hvis borgerne efter udskrivelsen har behov for grundlæggende viden om egen sygdom og behandling, bør dette stilles til rådighed fra hospitalet side enten som et ambulant tilbud eller ved hjemmebesøg. Borgerne skal sikres den grundlæggende viden i forhold til håndtering af egen sygdom og samtidigt skal dette tilbud danne basis for den senere deltagelse i den sygdomsspecifikke patientuddannelse.

Hvis der i konkrete tilfælde er borgere med behov for en sygeplejefaglig indsats, bør hospitalerne tilbyde en generel uddannelse af den kommunale sygepleje samt tilbyde faglig sparring.

Venlig hilsen

Høringssvar vedr.

**'National klinisk retningslinje for
Hjerterehabilitering'.**

31. juli 2013

Sagsbeh: Grith Tønnesen

Frederiksberg Kommune er meget positive overfor udkastet til "National Klinisk Retningslinje for Hjerterehabilitering", som giver nogle klare anbefalinger med en anvendelig graduering ud fra evidensbaseret viden, men har følgende bemærkninger:

Fysisk træning

Det tilrådes, at anbefalingerne til en arbejdstest for udmåling af den fysiske belastning gøres tydeligere. Det er i udkastet uklart, hvilken test der skal anvendes, og det er kun Borg-skalaen, der omtales som måleredskab. Det bør overvejes at inddrage "Anbefalingerne for superviseret fysisk træning af mennesker med type 2 diabetes, KOL og hjertekarsygdom", hvor Åstrands test anbefales som den bedste test i forhold til evidens at måle effekten af den aerobe træning med.

Organisering

Det skaber refleksion internt i Frederiksberg Kommune i forhold til, om nogle af tilbuddene i hjerterehabiliteringen skal tænkes anderledes. Det er derfor meget anvendeligt at have konkrete kliniske retningslinjer at lægge sig op af.

Venlig hilsen

Grith Tønnesen, AC-fuldmægtig
Frederiksberg Kommune

Høringssvar til høringsudkast vedr. national klinisk retningslinje for hjerterehabilitering august 2013

Fra Sundhedscenter Aalborg, Aalborg Kommune, er der følgende kommentarer:

Generelt er den kliniske retningslinje godt gennemarbejdet og det er yderst positivt, at der er fokus på andre elementer end fysisk træning og patientuddannelsen.

I henhold til beskrivelsen af de centrale budskaber, side 9, savner vi en klar definition af de forskellige begreber, så som fysisk træning, patientuddannelse og psykosocial indsats.

I forhold til *den generiske model for forløbsprogrammer for kronisk sygdom*, udgivet af Sundhedsstyrelsen fra 2012, fremgår der at man ved udarbejdelse af kliniske retningslinjer i højere grad også skal tage højde for multisygdom. I stedet nævnes komorbiditet. I bilag 5, side 37:

”Særligt i den kommunale sammenhæng er det interessant at se på indsatser som kan rumme komorbiditeten og f.eks. rehabilitere for flere lidelser i samme forløb, og stadig være effektive.”

Selv om det i høringsudkastet fremgår, at der er foretaget en emneafgrænsning, synes vi, at der bør være fokus på multisygdom, som del af en perspektivering.

Der er flere steder nævnt, at der er god klinisk praksis for en given intervention, hvilket der også er redegjort for under punkt 1.3, side 7. Det kunne være ønskeligt, især på de områder, hvor der forelægger meget lidt evidens, at man inddrager den praksis erfaring, der forefindes flere steder i landet, og ikke kun fra arbejdsgruppen. Et forslag kunne være at anvende delfi-metoden til at belyse dette eller andre anerkendte metoder.

Når evidensens styrke angives kunne det være ønskeligt, at det i alle de tilfælde hvor der forefindes lidt evidens i litteraturen, at disse deles mere op, idet det ellers kan virke misvisende. Et eksempel på, at det kan være misvisende er anbefalingerne til patientuddannelsen, side 20. Under evidensen beskrives, at der ikke er fundet studier, der har undersøgt om patientuddannelse kan gavne hjerteklapopererede patienter. Ved styrken af anbefalingen angives (↑↑) som en samlet vurdering til alle grupperne.

Når det er nævnt, virker arbejdsgruppens konklusion alligevel fornuftig og vi er enig i konklusionen.

Til afsnittet ”Kostintervention”, side 27, har vi følgende kommentarer:

- **Det er helt essentielt at få frem, at der ER dokumentation på området.**

Formentlig er de nye nationale retningslinjer begrænset af, at der ikke søges længere end 10 år tilbage. Det bør anføres i retningslinjen, at der er dokumentation på området, men ikke indgår pga. søgekriterierne.

I rapporten ”Hjerterehabilitering på danske sygehuse” fra 2004 fandt man det dokumenteret, at en kostændring i form af mere frugt og grønt, mere fisk og mindre fedt fra mejeriprodukter og kød kan nedsætte risikoen for reinfarkt, hjertedød og den totale mortalitet. Det undrer, at man nu ser helt bort fra den dokumentation.

Kliniske diætister arbejder ud fra kliniske retningslinjer for ”Diætbehandling af dyslipidæmi og iskæmisk hjertesygdom”, hvor det er veldokumenteret, at kostintervention har en effekt.

- I det fokuseret spørgsmål (10.1) mener vi, det er vigtigt at definere, hvad ”sædvanlig opfølgning er”, så det er muligt at gennemskue, hvad der sammenlignes med. Det fremgår ikke tydeligt.
- Vi mener, det er vigtigt at skelne mellem diagnoserne, når det laves anbefalinger. Eksempelvis er der på nogle områder forskel på diætprincipperne for iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt.
- Til afsnittet ”Arbejdsgruppens konklusion” (10.4) bør der tilføjes, at det er en klinisk diætist, der skal foretage vurderingen af næringsindtaget fx vha. ”HjerteKost”

De rapporter, vi refererer til, er vedlagt herunder:



Hjerterehabilitering_
paa_danske_sygehus



Klinisk retningslinje
Diætbehandling af dy



Rapport_Mad_til_
hjertesvigtspatienter.

Er der brug for uddybning af vores kommentarer, er I velkomne til at kontakte os:

Hjerterehabiliteringsteam, tlf. 99 31 34 52, sundhedscenter@aalborg.dk

Venlig hilsen

Pva. Sundhedscentret

Vibeke Kræmmergaard, Sundhedscenterleder



Sundhedsafdelingen

Middelfart Kommune

Jernbanegade 75

5500 Middelfart

www.middelfart.dk

d. 2/7 2013

Vedr. National klinisk retningslinje om hjerterehabilitering.

Middelfart Kommune har med interesse læst den nationale kliniske retningslinje om hjerterehabilitering.

Vi finder, at det er en gennemarbejdet retningslinje, der henvender sig til de største målgrupper indenfor hjerterehabiliteringsområdet.

Kommentar:

I retningslinjen anbefales, at der gennemføres patientuddannelse, hvilket vi er helt enige i. Der ønskes dog en præcisering af hvilket regi, patientuddannelsen bør foregå i. Som det er nu, hænger patientuddannelsen ofte sammen med den specialiserede genoptræning på sygehusene. Herved sikres høj deltagelse, da mange patienter i denne periode er sygemeldt fra deres arbejde. Så derfor kan vi anbefale, at patientuddannelsen ligger på sygehusene.

Med venlig hilsen



Sundhedsafdelingen

Jernbanegade 75-77

5500 Middelfart



Sundhedsstyrelsen
Axel Heines Gade 1
2300 København S

1. august 2013

Høringssvar fra Gladsaxe Kommune: National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering

Gladsaxe Kommune har med henvendelse af 17. juni 2013 modtaget Sundhedsstyrelsens høring angående National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering.

Gladsaxe Kommune takker for muligheden for at komme med bemærkninger til udkastet, som kommunen finder både relevant og nødvendigt for at sikre rammerne for den bedst mulige indsats for borgerne.

Den nationale kliniske retningslinje (NKR) indledes med et afsnit om evidens og anbefalinger, hvor det anvendte GRADE-system er klart og præcist beskrevet, hvilket giver en god introduktion til og forståelse for den efterfølgende gennemgang.

Målet er at beskrive foreliggende evidens og formulere anbefalinger, der understøtter ensartet høj kvalitet på tværs, således at NKR dels fungerer som retningslinjer på tværs af sektorerne og dels kan give konkret vejledning i form af beslutningsstøtte undervejs i rehabiliteringsforløb.

Det fremgår, at det på flere områder har været vanskeligt at finde klar evidens for indsatser målrettet alle tre patientgrupper, og en stor del af den konkrete vejledning gives med baggrund i konsensus i arbejdsgruppen. På den baggrund finder Gladsaxe Kommune det overraskende, at de fleste indsatser forsynes med en stærk anbefaling, selv hvor det i høj grad bygger på arbejdsgruppens vurdering af god klinisk praksis.

De otte fokuserede spørgsmål er formuleret ud fra akronymet PICO (Population, Interventions, Comparisons og Outcomes). I alle spørgsmål er indsatsen sammenlignet med "sædvanlig opfølgning". Men de fleste af de undersøgte indsatser traditionelt indgår i et hjerterehabiliteringsforløb, fraset PICO 1a, systematisk henvisning, og PICO 1b, systematisk håndtering af barrierer for fastholdelse. Derfor finder Gladsaxe Kommune det vanskeligt at gennemskue, hvad "sædvanlig opfølgning" tænkes at indeholde, og hvordan de indsatser, der beskrives i NKR, adskiller sig fra denne indsats?

I forhold til PICO 1a og 1b, som omfatter henholdsvis systematisk henvisning og barrierer for deltagelse, undrer det, at begge afsnit omhandler barrierer hos patienter. I baggrundsafsnittet for PICO 1a er beskrevet, at tilbud om rehabilitering kun gives til en mindre del af patientgrup-

pen. Derfor mener Gladsaxe Kommune, at det ville være relevant at inddrage indsatser rettet mod at formindske barrierer for henvisning hos de sundhedsprofessionelle.

I afsnittene 6, 7 og 8 har man ønsket at beskrive evidens for flere effektmål. Dette er en god idé, men teksten fremstår meget komprimeret i sin nuværende form. Gladsaxe Kommune mener derfor, at teksten bør suppleres med en skematisk oversigt for disse tre afsnit.

I afsnit 10, PICO 6, beskriver arbejdsgruppen, at der ikke findes evidens for kostintervention, og at der ikke kan gives anbefalinger andet end almindelige kostråd svarende til baggrundsbefolkningen. Dette er overraskende i betragtning af følgende:

I Forløbsprogram for hjertekarsygdomme¹ (juni 2011) er beskrevet evidens for kostinterventions gavnlige effekt for patienter med iskæmisk hjertesygdom, ligesom "Dokumentalistrapport om Dansk Hjerterehabilerings Database"² (juni 2012) beskriver, at "det er veldokumenteret, at patienter med IHD opnår en nedsat risiko for reinfarkt, hjertedød og total mortalitet ved diætbehandling" og anbefaler diætbehandling ved klinisk diætist/cand.scient i klinisk ernæring (rekommendationsklasse I, evidensniveau B). Lignende konklusioner findes i "Hjerterehabilerings på danske sygehuse"³ (april 2004) og Kliniske retningslinjer for forebyggelse af kardiovaskulær sygdom i Danmark⁴ (2004).

Med venlig hilsen

Sidsel Vinge
Sundhedschef

¹ Region Hovedstaden

² Ved arbejdsgruppen "Præventiv Kardiologi og Rehabilitering" under Dansk Cardiologisk Selskab

³ Udgivet af "Sekretariat for netværk af forebyggende sygehus i Danmark" og Hjertereforeningen i samarbejde med Dansk Cardiologisk Selskab.

⁴ Skrevet af repræsentanter fra seks videnskabelige selskaber og udgivet af Dansk Cardiologisk Selskab

Høringssvar vedr. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering

Hørsholm Kommune synes at den nationale kliniske retningslinje for hjerterehabilitering virker vel gennemarbejdet. Hele høringsudkastet har stor fokus på evidens, derfor undrer Hørsholm Kommune sig over at der ikke er foretaget vurderinger af evidensens kvalitet i de studier, der ligger til grund for valget af de fokuserede spørgsmål, dvs. punkt 4.2., 5.2., 6.2., 7.2., 8.2., 9.2., 10.2., og 11.2..

Hørsholm Kommune mener at anbefalingerne i den nationale kliniske retningslinje virker fornuftige, men har lagt mærke til at det primært er evidens med lav kvalitet, som bruges til at begrunde anbefalingerne. Når evidensen i så høj grad er lav, kan man, som læser, undre sig over at anbefalingerne alligevel kan blive stærke. Det kunne være tydeligere, at anbefalingerne må være udformet på baggrund af en positiv vurdering af de andre punkter, der bruges som grundlag for anbefalingerne (side 6 i høringsversionen).

Hørsholm Kommune ønsker en nuancering af, hvor stor en del af den samlede hjertepatientgruppe de tre udvalgte diagnoser repræsenterer. Dette kunne enten være i afsnit 2.2. eller i bilag 1: Baggrund.

Hørsholm Kommune bifalder bemærkningen i Bilag 5 om at der er behov for mere forskning på området.

Venlig hilsen

Sofie Bom Petersen
Udviklingskonsulent

Hørsholm Kommune
Team Sundhedsfremme og Forebyggelse

Dato: 15.07.2013

Side 1/1

**Center for Sundhed og
Omsorg**

Ådalsparkvej 2

2970 Hørsholm

Tlf. 4849 3650

Fax 4849 3661

som-post@horsholm.dk

www.horsholm.dk

Kontaktperson

Sofie Bom Petersen

Udviklingskonsulent

Direkte tlf. 48 49 86 32

Høringssvar fra Social- og Integrationsministeriet vedr. National Klinisk Retningslinje for Hjerterehabilitering

Social- og Integrationsministeriet har den 17. juni 2013 modtaget høring over national klinisk retningslinje for hjerterehabilitering.

Social- og Integrationsministeriet skal gøre opmærksom på, at ministeriet ikke har nogle bemærkninger til høringen.

Med venlig hilsen / Kind regards
Jonas Kjellmann
Student

SOCIAL-OG INTEGRATIONSMINISTERIET/
MINISTRY OF SOCIAL AFFAIRS AND INTEGRATION

Kontoret for Jura og International/Law and International
Lokale 1.09
Holmens Kanal 22
1060 København K
Tlf: +45 41 85 10 77
E-mail: jki@sm.dk

Høringssvar til National Klinisk Retningslinje for Hjerterehabilitering fra Silkeborg Kommune.

I Silkeborg Kommune har vores sygeplejerske med speciale funktion vedr. hjerte nu gennemlæst jeres forslag til hjerterehabilitering og har følgende kommentarer.

Vi har en kommentar til afsnit 5 omhandlende " Systematisk håndtering af kendte barrierer for fastholdelse i hjerterehabilitering (PICO 1 b). I arbejdsgruppens konklusioner punkt 5.6 side 13 står næstsist " Socialt differentieret hjerterehabilitering ". Vores sygeplejersker kan ikke finde henvisninger i forhold til, at netop dette skulle være en god ide ud fra undersøgelser. Deres erfaring fra tidligere omkring rehabilitering er, at det kan være ganske givtigt for patienter fra forskellige sociale lag at rehabiliteres sammen, da det understreger, "at det ikke bare er mig og sådan nogle som mig". Hvis differentieringen angår alder er deres erfaring, at det kan give bedre dynamik og bedre fremmøde, hvis der ikke er for stor forskel i deltagerenes alder og dermed livssituation.

Høringssvar vedr. National Klinisk Retningslinje for Hjerterehabilitering fra Sorø Kommune

Til Sundhedsstyrelsen

Hermed fremsendes høringssvar fra Sorø Kommune vedr. udkast til national klinisk retningslinje for hjerterehabilitering :

I kommunen har vi den samme oplevelse som retningslinierne også beskriver : at det langt fra er alle der deltager i hjerterehabilitering og at mange falder fra (især de svageste og dårligst stillede).

Vi er helt enige i at der skal rettes op på det misforhold, og der derfor skal fokus på de barrierer der er – og her angives i retningslinierne :

- Manglende transportmuligheder
- Økonomiske omkostninger ved fravær fra arbejdspladsen
- Fravær fra familien (specielt for kvinder)
- Manglende forståelse af sygdommen og formålet med rehabiliteringen
- Angsten for at blive stigmatiseret

Retningslinierne afgrænses til at omhandle hjerterehabilitering i fase II, der defineres som den ambulante rehabilitering i sygehus og kommunalt regi.

I praksis oplever vi at sygehusene "holder fast" i hjerterehabiliteringen som en sygehusopgave som "specialiseret ambulat genoptræning". Set fra sygehuset er rehabilitering i fase II en sygehusopgave og først i fase 3 en kommunal opgave

Paradoksalt nok får kommunen nogle af de allerdårligste / svageste patienter henvist med en genoptræningsplan til træning i kommunen, netop fordi disse patienter ikke magter at deltage i sygehusenes hjerterehabilitering

I udkastet til national retningslinje er der slet ikke beskrevet noget om ansvarsfordeling mellem sygehus og kommuner – eller hvem der bør varetage rehabiliteringen, enten i et tidsperspektiv (eks. 4 uger på sygehus og 8 uger i kommunen el.lign..hvilke opgaver der evt. med fordel kunne varetages i kommunen eller hvilke del-målgrupper der evt. med fordel kunne varetages i kommunen. Og det kunne være ønskeligt at retningslinierne forholdt sig dette.....

Med venlig hilsen

Lone Ulholm
Chefkonsulent

Sorø Kommune



Udviklings- og Byrådssekretariatet
Rådhusvej 8
4180 Sorø
Direkte: 57876201
Hovednr: 57876000
loul@soroe.dk

Høringssvar på national klinisk retningslinje for hjerterehabilitering fra FaaborgMidtfyn Kommune

Tak for et spændende og gennearbejdet udkast, I har mange rigtige gode pointer med.

Hermed supplerende input fra Faaborgmidtfyn Kommune.

I arbejdsgruppen kunne det måske have været en god ting, hvis der havde været inviteret sundhedspædagogiske kompetencer med ved eksempelvis Bjarne Brun Jensen fra Steno. Alterantivt bør de inddrages i høringsfasen.

Generelt ønskes større konkretisering af konklusion og anbefaling vel vidende, det er første generation.

Vi savner et afsnit, der går på sammenhængende og koordinerede forløb mellem sektorer.

Netop dette har haft stor fokus i Region Syddanmarks evaluering af nuværende forløbsprogrammer.

Vi ser her blandt andet følgende anbefalinger:

- ⬆ IT-understøttet overblik og rehabiliteringsplan (lign. Shared Care i Region Syddanmark)
- ⬆ Relationel forløbskoordination
- ⬆ Ens måleredskaber på progression sektorerne imellem.

Side 13, 4.6:

⬆ Fokusering på handlekompetence ved at understøtte patientens indre proces i rehabiliteringen, jvf. Sundhedspædagogik.

⬆ Monitorering med fokusering på handlekompetence, et IT-understøttet værktøj til selvmonitorering.

⬆ Feedback med halv- eller helårige audits på tværs af sektorer.

⬆ Ens måleredskaber på tværs af sektorer, jvf. Oplevelse af sammenhæng for patienten og understøttelse af handlekompetence.

Side 16.

Super interessant, at I medtager individuelt superviseret træning op til et år.

Side 17.

IT-understøttet selvmonitorering

Side 20, 7.6.

Alle de steder, der står "information" eller "undervisning", måtte der gerne i stedet stå "Information og dialog" og "Undervisning og dialog" med fagperson eller i gruppen af patienter. jvf. Sundhedspædagogik

Side 23, 8.6.

Vi er pligtig til af sundhedsøkonomiske årsager, at forholde os til en faglig indsatsstrappe, således at kompetencerne udnyttes og udfordres hos fagpersoner på alle niveauer.

Et forslag her kunne være med screeningsredslaber, at gradsbøje angst og depression samt vanskelig social situation, således at gennemgående fagpersoner med mellemlang videregående uddannelse godt med samtaler kan håndtere ovenstående i "let grad", hvis de er uddannet og har mulighed for sparring og supervision ved psykolog og læge eller socialrådgiver?

Ved "moderat til svær grad" henvises til læge, psykolog og socialrådgiver.

En model, der ville udvikle kompetencerne hos de personer, der er gennemgående i rehabiliteringsforløbet og understøtte sammenhængende forløb for patienten.

Modellen kendes blandt andet fra cardiologisk ambulatorium, hvor gennemgående specialiserede sygeplejersker har udvidede kompetencer i behandlingen.

Løbende supervision og årlige eller halvårslige audits, hvor almen praksis, cardiologer, psykologer og socialrådgiver har plads skal sikre faglig niveau og udvikling.

Side 27.

Undring over, der ikke kan fremskaffes mere evidens på kostintervention, den må Hjerteforeningen kommentere på.

Side 36.

Som I skriver tidligere, er målet for patientundervisning, at øge patientens forståelse og indsigt i sygdom, medicin, sammenhæng og reaktioner. Derfor må selvmonitorering være et emne.

Hvis den samtidigt IT-understøttes, kan den ved samtykke deles med fagpersoner og dermed understøtte den individuelle tilgang.

På vegne af
hjerterehabiliteringsteamet i Faaborgmidtfyn Kommune

Tove Sommer

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

Dato: 25. juli 2013

Direkte tlf.: 33 67 00 17
E-mail: signeef@hjertereforeningen.dk

Sundhedsstyrelsen har ved mail af 17. juni 2013 anmodet Hjertereforeningen om eventuelle bemærkninger til national klinisk retningslinje for hjerterehabilitering

Hjertereforeningen takker for det tilsendte materiale og for muligheden for at give et høringssvar. Hjertereforeningen ser meget positivt på Sundhedsstyrelsens store arbejde med at udvikle nationale kliniske retningslinjer for Hjerterehabilitering og hilser retningslinjerne velkomne som endnu en understregning af vigtigheden af hjerterehabilitering. Hjertereforeningen anderkender det store arbejde Sundhedsstyrelsen og arbejdsgruppen har lavet med at afdække evidensen inden for hvert område. Der er fortsat behov for at styrke rehabiliteringsindsatsen for hjertepatienter i Danmark, da ca. 1/3 af alle hjertepatienter ikke tilbydes rehabilitering. Hjertereforeningen har en stor forhåbning om, at retningslinjerne vil fungere som en løftestang i Regionerne og Kommunerne i planlægningen af rehabiliteringen, så endnu flere patienter modtager den hjælp de har brug for.

Hjertereforeningen har følgende bemærkninger til retningslinjerne:

- Hjertereforeningen er bekymret over, at de anvendte søgekriterier betyder, at der på nogle oplagte områder ikke kan gives anbefalinger. Det drejer sig fx om kostintervention, hvor der ikke er fundet stærk nok evidens for at anbefale en intervention. Hjertereforeningen mener at det strider mod god klinisk praksis og sund fornuft ikke at anbefale kostvejledning til hjertepatienter. Kostens betydning i sekundær prævention er veldokumenteret i ældre undersøgelser. Det er klart at Sundhedsstyrelsen bliver nød til at sætte en tidshorisont for deres litteratursøgning, af praktiske grunde, men når der er relevant litteratur af høj kvalitet, der er ældre end det fastsatte søgekriterium, bør det naturligvis indgå. Hjertereforeningen anbefaler derfor, at det relevante litteratur som Foreningen af Kliniske Diætister har suppleret med indgår i Sundhedsstyrelsens vurdering – uanset om det er publiceret før 2003.
- Tilsvarende synes det ulogisk at der ikke gives anbefaling om psykosociale støtte til hjertesvigtpatienter og klappatienter pga. mangler evidens. Hjertereforeningen har stor forståelse for at Sundhedsstyrelsen ønsker at anbefalingerne skal bygge på solid evidens, men omvendt kan det være vanskeligt at se det logiske i, at man her behandler de tre patientgrupper så forskelligt. Det er Hjertereforeningens erfaring, at patienter med hjertesvigt og klapsygdom i mindst lige så høj grad som



iskæmikere har brugt for psykosocial støtte og at patientgrupperne på dette område ikke adskiller sig markant fra hinanden.

- Interventionens tidsmæssige placering i det enkelte sygdomsforløb er ikke omtalt. Når det gælder hjerteklappatienter, anbefales interventionen efter klapoperation - hvor længe efter? Når det gælder iskæmisk hjertesygdom og hjertesvigt, er der ingen tidsmæssige anbefalinger. Hvem er det med iskæmisk hjertesygdom, der skal tilbydes rehabilitering? Er det patienter der netop har overstået et akut myokardieinfarkt, er det patienter der netop har fået foretaget PCI eller CABG? Hvornår i tidsforløbet anbefales interventionen? Patienter med hjertesvigt har ofte et anderledes forløb med recidiverende exacerbationer over en årrække - hvornår er interventionen indiceret? Efter hver exacerbation eller kun 1 gang under det samlede forløb? Er der evidens for hvornår rehabilitering er mest effektiv? Hjertereforeningen forslår, at der laves en præcisering af evidensen for hvilke patientgrupper inden for de tre beskrevne diagnosegrupper samt hvornår i sygdomsforløbene interventionen er indiceret.
- Der er uklart hvornår anbefalingerne skal anvendes i det enkelte sygdomsforløb – er det kun efter akut behandling ved sygdomsdebut eller også efter endt behandling af recidiv? Hjertereforeningen forslår, at der laves en præcisering af hvilke patientgrupper inden for de tre beskrevne diagnosegrupper der skal være genstand for de anbefalede interventioner.
- Hjertereforeningen anbefaler at der systematisk henvises til relevante retningslinjer for indhold i rehabiliteringen, hvor disse forelægger

Med venlig hilsen

Signe Elkrog Friis

Sundhedspolitisk konsulent



Sundhedsstyrelsen

Rådhusvej 4
8700 Horsens
Telefon: 76292929

sundhedogsocialservice@horsens.dk
www.horsenskom.dk

Sagsnr: 2013-007662

Dato: 7. august 2013

Høringssvar "National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering"

Hermed fremsendes kommentarer fra Horsens Kommune.

Afsnit 5 – PICO 1b

Emnet viser, at netop samarbejdet med overgange mellem sekundær og primær sektor bør have stort fokus.

Et par af de nævnte barrierer giver udfordringer til den kommunale økonomi, nemlig udgifter til transport og rehabiliteringstilbud udenfor borgerens arbejdstid.

Afsnit 6 – PICO 2

Fysisk aktivitet under rehabiliteringen er veldokumenteret. Men også en vaneændring der er svær at fastholde for en del af målgruppen. Vores erfaring er, at det at have et netværk at træne med – træningsmakkere – er en god forudsætning for at fastholde træningen. Denne dimension er desværre ikke medtaget.

Bilag 5

Spændende at få undersøgt mere på hvilke karakteristika der kunne findes for de borgere, der profiterer af rehabilitering og hvem der ikke gør/eller ikke gennemfører.

Generelt

For at kunne opnå det ønskede optimale samarbejde på tværs af sektorer er det nødvendigt med et formaliseret/struktureret mødeforum.

Arbejdsgruppens anbefalinger og konklusioner er let tilgængelige og anvendelige ex. i forbindelse med revidering af de regionale forløbsprogrammer. Her kunne anbefalinger om sektorfordelingen af indsatserne have været en fordel. Ligeledes er retningslinjerne brugbare til opdatering af egne faglige vejledninger/standarder, som også i kommunen indgår i akkrediteringen under Den Danske Kvalitetsmodel.

Håber at der også på andre sygdomsområder vil blive udarbejdet lignende retningslinjer ex. Type 2 diabetes og KOL.

Med venlig hilsen

Tage Carlsen

Ældre- og Sundhedschef

Høringssvar fra Albertslund Kommune vedr. National Klinisk Retningslinje for Hjerterehabilitering

Albertslund Kommune har den 21. juni 2013 modtaget udkastet i høring med frist den 9. august. Kommunen har behandlet høringsudkastet administrativt. Der har således ikke været tale om en politisk høringsproces.

Udkastet findes i det hele veldisponeret og gennemarbejdet med gennemskuelig metode og klare anbefalinger, som i høj grad falder i tråd med den hjerterehabilitering, som allerede er etableret i kommunen.

Blot vækker en anbefaling under rygestop-intervention undren. Her står: "Det foreslås, at rygere uden iskæmisk hjertesygdom men med hjertesvigt eller som har gennemgået en hjerteklapoperation opfordres til rygestop og tilbydes intervention i lighed med baggrundsbefolkningen." Det læses som, at der anføres en svag anbefaling for rygestopintervention for denne patientgruppe. I alle andre sammenhænge rejses der ikke megen tvivl om effekten herunder det cost-effektive ved rygestop. Det virker derfor besynderligt, at rygestopintervention hos en gruppe hjertepatienter ikke "kan opnå" stærk anbefaling – kun en svag/betinget. Måske skyldes det den stringente formulering af det fokuserede spørgsmål eller noget andet metodisk. Men det bør overvejes, om ikke rygestopintervention under alle omstændigheder bør være en "stærk anbefaling" i denne sammenhæng.

Kommunen har ikke yderligere kommentarer til udkastet.



Albertslund Kommune

Med venlig hilsen
Børge Alstrup

Sundhedschef
Sundheds og Aktivitetssafdelingen
Sundheds- og Socialforvaltningen
Direkte: 43 68 64 09
Mobil: 26 22 76 04
borge.alstrup@albertslund.dk

Albertslund Kommune
Nordmarks Allé
2620 Albertslund

T 43 68 64 00
F 43 68 69 24

www.albertslund.dk

Høringssvar

Høring vedrørende national klinisk retningslinje for hjerterehabilitering

Med henvisning til Sundhedsstyrelsens høringsbrev af 17. juni 2013 vedr. udkast til national klinisk retningslinje for hjerterehabilitering skal det oplyses, at Lægeforeningen generelt bakker op om og ser positivt på Sundhedsstyrelsens arbejde med udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer, herunder også national klinisk retningslinje for hjerterehabilitering.

Lægeforeningen har noteret, at de relevante lægefaglige selskaber er inddraget i arbejdet med udarbejdelse af den kliniske retningslinje for hjerterehabilitering, ligesom selskaberne er inddraget i høringsfasen og på denne baggrund har mulighed for at fremsætte konkrete faglige input til det foreliggende udkast.

Lægeforeningen skal opfordre til, at Sundhedsstyrelsen i forbindelse med indførelse af den nye kliniske retningslinje sikrer, at sundhedspersonalet gives de bedste muligheder for at følge retningslinjen og dermed sikre en ensartet høj kvalitet i hjerterehabilitering for de omfattede patientgrupper – på tværs af regioner, kommuner, sektorer og faggrupper.

Lægeforeningen har ikke yderligere bemærkninger.

Sundhedspolitik

07-08-2013

Jr. 2013-2021/778164
GA

Domus Medica
Kristianiagade 12
2100 København Ø

Tlf.: 3544 8500
Tlf.: 3544 8214 (direkte)
E-post: dadl@dadl.dk
E-post: ga@dadl.dk (direkte)
Fax: 3544 8505
www.laeger.dk

Med venlig hilsen



Mads Koch Hansen

Høringssvar fra Glostrup Kommune vedr. National Klinisk Retningslinje for Hjerterehabilitering

Glostrup Kommune har modtaget høringsudkastet vedr. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering. Glostrup Kommune har ingen bemærkninger til høringsudkastet.

Med venlig hilsen

Morten Skafte
Drifts- og udviklingskonsulent
Center for Kultur og Idræt
Glostrup Kommune
Tlf.nr.: 4323 6544
Email: morten.skafte@glostrup.dk



Center for Sundhed Idræt og Medborgerskab

SIM - Sundhed
Stengade 72
3000 Helsingør

Tlf. +4549283047
Lim46@helsingor.dk

Dato 08.08.13
Sagsbeh. Lim46

Til Sundhedsstyrelsen

Helsingør Kommunes høringssvar vedr. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering

Helsingør Kommune takker for muligheden for at kommentere høringsudgaven af National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering 2013.

Det er meget tilfredsstillende, at der nu foreligger en national retningslinje, der beskriver den foreliggende evidens, og som opstiller evidensbaserede anbefalinger inden for de enkelte elementer af hjerterehabilitering.

Retningslinjerne er et fint supplement til Region Hovedstadens forløbsprogram for hjerte-kar sygdomme og bidrager til at skabe et godt beslutningsgrundlag for planlægning og implementering af den kommunale del af hjerterehabiliteringen. Retningslinjerne er med til at skabe større gennemsigtighed og ensartethed i kommunernes tilbud og understøtter også det tværsektorielle og tværkommunale samarbejde.

De otte udvalgte fokuserede spørgsmål er meget aktuelle og relevante. Der er endvidere god viden og inspiration at hente i arbejdsgruppens konklusioner og i afsnittene "indhold i interventioner".

Afsnit 4.6 bør strammes op. Arbejdsgruppens konklusioner vedr. systematisk henvisning til hjerterehabilitering fremstår uklart og skaber forvirring, fordi der ikke skelnes mellem henvisning til kommunal og regional rehabilitering. Det fremgår af teksten, at "alle patienter med IHD og CHF skal henvises til hjerterehabilitering" og "Henvisning kan enten ske via en forløbskoordinator, eller ved en udskrivnings- eller efterbehandlingsamtale, hvor man kan dokumentere patientens individuelle behov for rehabilitering og sørger for at give et tilbud". Det bør præciseres, at henvisning af hjertepatienter til et kommunalt tilbud sker på baggrund af en hjerteefterbehandlingsamtale, hvor patientens risikoprofil og individuelle behov er bestemmende for beslutningen om, hvorvidt patienten skal henvises til et kommunalt hjerterehabiliteringstilbud (jf. anbefalingerne i Region H's forløbsprogram).

Helsingør Kommune ser frem til publicering af den næste kliniske retningslinje på rehabiliteringsområdet (KOL) og vil opfordre Sundhedsstyrelsen til at udforme nationale kliniske retningslinjer inden for alle de kroniske sygdomme, hvor der allerede foreligger eller hvor der er planlagt et forløbsprogram.

Med venlig hilsen

Lillian Møller
Center for Sundhed, Idræt og Medborgerskab



Esbjerg Kommunes høringssvar til National klinisk retningslinje for Hjerterehabilitering

Generelt

Overordnet vurderes udkastet flot struktureret, gennemskueligt og gen-nemarbejdet i forhold til eksisterende evidens.

- Retningslinjen efterlader dog meget lidt fokus på inddragelse af patienter/borgere samt pårørende i forløbet. Skal regeringens udspil maj 2013 tænkes med; ***Mere borger mindre patient- et stærkt fælles sundhedsvæsen*** kan den nationale kliniske retningslinje med fordel udsøge evidensen for studier med inddragelse af patienter/borgere og/eller pårørende og hvad det, har haft af betydning.
- Desuden savnes konteksten, som Hjerterehabilitering fase II befinder sig i. Hvor er helheden? Hvad er koblingen til Hjerterehabilitering fase III. Retningslinjen tager ansvaret for fase II men retningslinjen giver ikke meget mening, hvis den ikke sættes i relation til helheden. Der savnes, at arbejdsgruppen forholder sig til bæredygtigheden af indsatser i fase II. En faglig sikring af, at adfærdsændringer ikke nødvendigvis er i mål efter 12 ugers intervention. Hvordan sikres det? Det kan godt være at de forskellige evidensbaserede interventioner på kort sigt har påvist effekt. Men hvad på længere sigt? Begreber som; virkninger på lang sigt, varig adfærdsændring, udslusning undervejs i forløbet mangler. Der er behov for, at der bliver konkluderet på evidens for bæredygtigheden.

5 Systematisk håndtering af kendte barrierer for fastholdelse..(s.13/s.21)

I forhold til barrierer for deltagelse og fastholdelse i hjerterehabilitering er der en klar sammenhæng mellem barrierer for deltagelse og fastholdelse og psykosociale forhold. Dette fremgår ikke af listen. Denne kobling må gerne komme med i publikationen.

7 Patientuddannelse (s.20)

Anbefalinger til indholdet af patientuddannelsen er afgrænset til sygdomslære og KRAM. Der savnes et link til SST's publikation *Kvalitetssik-*

ring af patientuddannelse 2012, der også har fokus på sundhedspædagogiske kompetencer og borgerens hverdagsliv. Det er vigtigt at få dette med, da retningslinjen indledningsvis beskriver at have til formål at sikre patienten/borgeren erhverver sig handlekompetence i fase II.

8 Psykosocial indsats (s.23)

Det er rigtig fint, at der i retningslinjen er fokus på at afdække angst og depression. Det vil være rigtig godt at præcisere at symptomer kan optræde langt senere end ved opstart af Hjerterehabilitering fase II, så kommunerne anbefales at være særligt opmærksomme på screening for dette.

10 Kostintervention

Der er ikke evidens for at anbefale kostintervention i forhold til hovedspørgsmålet, men arbejdsgruppen konkluderer alligevel, at alle borgere/patienter bør have foretaget en kost anamnese og ved behov have et individuelt tilbud. Grundlaget for konklusionen bør præciseres.

12. Arbejdsfastholdelse (s.31)

Konklusionen er klar, men der er vel stadig mulighed for at komme med anbefalinger ud fra erfaringer i dansk kontekst. Hvad findes der generelt på arbejdsrettet rehabilitering og hvad siger tendensen?. Har arbejdsgruppen undersøgt resultater fra evaluering af TTA-projekter?



Høringssvar vedr. national klinisk retningslinje for hjerte-rehabilitering

Ergoterapeutforeningen

Nørre Voldgade 90
DK-1358 København K
Tlf: +45 88 82 62 70
Fax: +45 33 41 47 10
cvr nr. 19 12 11 19
etf.dk

Den 8. august 2013

Side 1

Ref.: mn

E-mail: mn@etf.dk

Direkte tlf: 5336 4949

Ergoterapeutforeningens høringssvar vedr. national klinisk retningslinje for hjerterehabilitering

Ergoterapeutforeningen takker for muligheden for at være høringspart vedrørende national klinisk retningslinje for hjerterehabilitering.

Helt generelt er det vores vurdering, at materialet er godt og beskriver den foreliggende evidens for de enkelte elementer inden for hjerterehabilitering. Tilsvarende mener vi, at der på den baggrund er formuleret fornuftige anbefalinger, som fremadrettet kan understøtte en ensartet høj kvalitet på tværs af regioner, kommuner, sektorer og faggrupper. Udkastet til den nationale kliniske retningslinje er desuden godt og systematisk opbygget og let anvendelig i praksis.

Ergoterapeutforeningen har dog følgende konkrete bemærkninger til dele af materialet:

Det drejer sig om pkt. 2.3, hvor målgruppe/bruger defineres. Her finder vi det meget relevant og oplagt, at også ergoterapeuter som faggruppe eksplicit bliver en del af målgruppen på linje med de andre sundhedsprofessionelle m.fl. Det kan begrundes med, at ergoterapeuter i både regioner og kommuner arbejder med patienter med hjertesvigt i dag. Det ser endvidere ud til, at evidensen er svag i f.h.t. psykosocial rehabilitering og erhvervsrettet rehabilitering til denne gruppe, hvorfor der er behov for ikke bare mere udvikling og forskning, men også inklusion af alle relevante faggrupper.

Samtidigt arbejder der også ergoterapeuter med forebyggelse af hjerteproblemer, herunder rygestop-interventioner. Også derfor er det meget naturligt, at ergoterapeuter indgår som en del af målgruppen/brugerne af den nationale kliniske retningslinje for hjerterehabilitering.

Under pkt. 4.6 fremgår det, at henvisning til hjerterehabilitering evt. kan ske via en forløbskoordinator. I den forbindelse vil Ergoterapeutforeningen gerne understrege, at ergoterapeuter har en helt unik kompetenceprofil i forhold til at varetage en sådan koordinatorfunktion og få etableret et sammenhængende forløb og dermed sikre en god koordinering af den samlede rehabiliterende indsats.

Ergoterapeutforeningen ser frem til at følge den videre implementeringsproces, og vi bidrager gerne i det fremtidige samarbejde med fagligt og organisatorisk indhold.

Med venlig hilsen

Region Midt-Nord

Mindegade 10
DK-8000 Århus C
Tlf: +45 88 82 62 70

Region Øst

Høje Taastrup Boulevard 82, 1.tv.
DK-2630 Taastrup
Tlf: + 45 88 82 62 70

Region Syd

Lumbyvej 11
DK-5000 Odense C
Tlf: + 45 88 82 62 72





Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

**Sundhed & Omsorg
Ledelse & Udvikling**
Skelbækvej 2
6200 Aabenraa
Tlf.: 73 76 76 76
www.aabenraa.dk

Dato: 08-08-2013
Sagsnr.: 09/10981
Dok.løbenr.: 224866/13
Kontakt: Pia Assenholm
Direkte tlf.: 73767654
E-mail: pta@aabenraa.dk
Mobil: 23 24 08 45

**Aabenraa Kommunes administrative høringssvar vedr. hjerterehabilitering,
Sagsnr. 4-1013-10/7**

Aabenraa Kommune har modtaget Sundhedsstyrelsens udkast til "National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering"

Aabenraa kommune finder generelt at retningslinje for hjerterehabilitering er velbeskrevet og relevant.

Aabenraa Kommune hilser retningslinjen velkommen, idet der skabes mulighed for en fælles forståelsesramme og - grundlag for hjerterehabilitering i sundhedssektoren mellem region, kommune og praksis.

For så vidt angår opgavedelingen mellem sektorerne, finder Aabenraa Kommune det vigtigt at behandlingsopgaven fortsat varetages af region og/eller praksis, mens de primære forebyggelsesindsatser, med udgangspunkt i en generisk model, fortsat varetages i kommunalt regi.

Venlig hilsen

Lars Harding Hansen
Afdelingschef Ledelse og udvikling

Pia Assenholm
Pia Assenholm
Sundhedsplanlægger

Til Sundhedsstyrelsen

08.aug.2013

Høringssvar til høringsudkast vedr. national klinisk retningslinje for hjerterehabilitering.

Foreningen af Kliniske Diætister fremsender hermed kommentarer til ovenstående.

Generelt set er vi glade for at deltage i arbejdet omkring nationale kliniske retningslinjer, da vi finder det meget relevant at vores fagområde også inddrages, hvor det er relevant.

Når det er sagt, så til trods for at Foreningen af Kliniske Diætister har siddet med i arbejdsgruppen, er det ikke muligt for os at kommentere det for os væsentlige kapitel 10 om kostintervention, da vi løbende har påpeget, at kapitlet ikke afspejler klinisk praksis, ligesom litteraturgennemgangen ikke er dækkende.

De kriterier, Sundhedsstyrelsen har lagt til grund for søgning samt formuleringen af PICO 6 til at omhandle kostintervention som et hele kan kun give konklusionen som beskrevet i rapporten at "der ikke er fundet litteratur....". Det er ikke ensbetydende med, at der ikke er god evidens for kostintervention i relation til hjerterehabilitering, men udstiller svagheden ved brug af GRADE som graderingsredskab, hvilket vi finder, er et problem i forhold til flere af anbefalingerne i rapporten.

Foreningen af Kliniske Diætister har udarbejdet et udkast til kapitel 10, fremsendt i juni, og vi håber det videre arbejde med retningslinjen vil resultere i en omskrivelse af dette kapitel, gerne med ny høringsrunde til følge.

Med venlig hilsen

Ginny Rhodes, formand FaKD



Til
Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

Rådhuset
Torvet 1
5800 Nyborg

Tlf. 6333 7000
Fax. 6333 7001
nyborg@kommune.dk
www.nyborg.dk

Dato: 8. august 2013
Karen Vibeke Andersen
forløbskoordinator
Direkte tlf 21256624
63336913
Email kva@nyborg.dk

Nyborg Kommunes høringssvar til Høringsudkast til nationale kliniske retningslinjer for hjerterehabilite- ring, høringsfrist 8.8.13

Generelle betragtninger i relation til høringsudkastet:

Som ramme for udvælgelse af evidens har man valgt GRADE, søgeord, databaser og specifikt afgrænset til meta-analyser, systematiske reviews og RCT. I forhold til forskningsspørgsmålene kan ovenstående få betydning for de data, der fremkommer. Forskning indenfor rehabilitering indenfor hjerteområdet er nyt forskningsfelt, hvorfor mængden af "hårde" evidens resultater er begrænset. Det kunne øge kvaliteten i retningslinjerne, hvis man havde arbejdet med en bredere tilgang til evidensbegrebet ved at inddrage erfaringer fra nyere case-kontrol studier og kvalitative studier. Ved at inddrage resultater fra sådanne studier vil man kunne være mere åben overfor effekter, som man endnu ikke har set og derved øge kvaliteten i praksis i forhold til hjerterehabilitering.

Det er ligeledes stadig et problem, at man på flere områder i patientuddannelse og rygestop ikke kender den mest effektfulde interventionsform og herunder den pædagogiske tilrettelægning. Man kunne med fordel have søgt viden / evidens i andre forskningsfelter (pædagogik og sundhedspædagogikkens forskningsfokus samt det tværvideenskabelige forskningsfelt).

Specifikke betragtninger i relation til høringsudkast:

Ad PICO 1b, systematisk håndtering af kendte barrierer for fastholdelse i hjerterehabilitering
:

Nyborg Kommune
Rådhuset
Torvet 1
5800 Nyborg
Telefon: 6333 7000
Telefax: 6333 7001

E-mail: nyborg@kommune.dk
Sikker e-mail: sikkerepost@nyborg.dk

www.nyborg.dk

Træningsafdelingen
Skaboeshusevej 100 D
5800 Nyborg

Telefontid:
mandag- fredag: 8-9.30
mandag – torsdag: 12.30- 13.30

Borgerservice - hovedkontor Nyborg
Træffetid: Mandag, tirsdag og onsdag
kl. 9.30 – 15.30
Torsdag kl. 9.30 – 17.00
Fredag kl. 9.30 – 13.30

Telefontid: Mandag, tirsdag og onsdag
kl. 9.00 – 15.30
Torsdag 9.00 – 17.00
Fredag 9.00 – 13.30

Under dette punkt behandles kendte faktorer af betydning for fastholdelse i rehabiliteringsforløb.

Ud over de nævnte faktorer er det vores erfaring fra praksis, at en væsentlig barriere for fastholdelse desuden kan være psykologisk-kognitive begrænsninger, evt rent kognitive begrænsninger, der relaterer til fastholdelse. Fokusområder som koncentrations- og hukommelsesbesvær og indlæringsproblemer ift den eksistentielle krise, der hos mange hjertepatienter fylder den første tid efter en intervention/insult minder, omend i mindre grad, om de reaktioner, man finder i forbindelse med PTSD (Post Traumatic Stress Disorder) *Det er derfor vores forslag, at den psykologiske-kognitive problematik undersøges nærmere i sygehusregi med efterflg. behandlingsopstart på sygehus.*

Det er ligeledes vores erfaring fra praksis, at et velfungerende samarbejde på tværs af sektorgrænser, dvs. mellem sygehus, praktiserende læge og den kommunale rehabiliteringsenhed, bidrager væsentligt til fastholdelse i rehabilitering.

Vi foreslår derfor, at der i retningslinjerne foreslås oprettelse af tværsektorielt samarbejde.

Ad PICO 2, fysisk træning

Vi har med glæde bemærket, at der i prosateksten til anbefaling for træning fremhæves effekt af individuelt tilrettelagte træningsforløb på minimum 12 uger samt hurtig opstart. Disse effekt-faktorer fremgår desværre ikke af anbefalingen.

Ad PICO 3, Patientuddannelse

Generelt kunne det være ønskeligt at det pædagogiske begreb "undervisning" erstatter ord som information.

Det er vores erfaring fra praksis, at indsatser med mål indenfor handlekompetence og self-efficacy har stor betydning. Dette synes ikke umiddelbart belyst i anbefalingen men kunne være interessant, om det kunne indgå i anbefalingen.

Ad PICO 4, Psykosocial indsats

Vi konstaterer med glæde at der er fundet evidens for denne indsats. Det kunne imidlertid være ønskeligt jvf. bemærkninger til Pico 1 b, at opgaven "psykosocial indsats" placeres i sygehusregi. Opfølgning og yderligere test kunne fagprofessionelle i kommuner muligvis bidrage med.

Ad PICO 5, Angst og depression

Det er vores erfaring i praksis, at symptomer som angst og depression, på linje med evidens fra Liasonmedicinsk Afdeling, Bispebjerg Hospital, ofte optræder op til 5-8 mdr. efter insult. Vi kunne derfor ønske os mulighed for at borgeren psykosocialt kunne udredes mhp behandlingsplan i sygehus-regi.

Med venlig hilsen

Janne Skov

Fysioterapeut, master i Sundhedspædagogik

Karen Vibeke Andersen

Sygeplejerske, Bach.Scient.San.

Fastholdelse fear-avoidance

Med venlig hilsen

Karen Vibeke Andersen

Forløbskoordinator, sygeplejerske



Sundhedsstyrelsen
Sygehuse og Beredskab
Axel Heides Gade 1
2300 København S.

KL's høringssvar vedr. national klinisk retningslinje for hjerterehabilitering

KL fremsender hermed bemærkninger til det høringsmateriale som Sundhedsstyrelsen har udsendt med brev af 17. juni 2013 vedrørende national klinisk retningslinje for hjerterehabilitering.

KL finder overordnet, at evidensbaserede kliniske retningslinjer er et meget vigtigt redskab til beslutningsstøtte for relevante fagpersoner. Derfor hilser KL også den kliniske retningslinje for hjerterehabilitering velkommen. Siden kommunalreformen har et stigende antal kommuner etableret tilbud om hjerterehabilitering, og med sidste års økonomiaftale har KL besluttet, at tilbud om rehabilitering til hjerterepatienter skal prioriteres i alle kommuner. KL håber at implementeringen af den kliniske retningslinje vil medvirke til at sikre kvaliteten i tilbuddene på tværs af sektorer til gavn for patienterne.

Evidensen for de enkelte elementer i hjerterehabilitering er af forskellig styrke, men det er vigtigt, at den kliniske retningslinje ikke bliver en forhindring for en indsats og for faglig udvikling på de områder med knap så stærk evidens. KL vil derfor opfordre til at den gode kliniske praksis også beskrives systematisk, og indgår i arbejdet med anbefalingerne.

KL har følgende kommentarer til enkelte afsnit i retningslinjen:

Systematisk henvisning

Fraværet af systematisk henvisning til hjerterehabilitering er et problem som er kendt i kommunerne. I afsnit 4.6. anbefales det, at alle patienter med IHD, CHF og hjerteklapopererede henvises til rehabilitering, og det anføres samtidig, at henvisning evt. kan ske via forløbskoordinator eller ved en udskrivningssamtale, og at man herefter skal sørge for at der gives et tilbud. Dette kan læses som at henvisning og intervention udelukkende sker i sygehusregi. Eftersom Fase II-rehabilitering finder sted i såvel sygehus- som

Den 8. august 2013

Sags ID: SAG-2013-04148
Dok.ID: 1725749

NIG@kl.dk
Direkte 3370 3507
Mobil 3095 3919

Weidekampsgade 10
Postboks 3370
2300 København S

www.kl.dk
Side 1/3

kommunalt regi bør det derfor efter KL's opfattelse anføres, at patienter, som har påbegyndt indledende rehabilitering på sygehus vil kunne henvises til videre rehabilitering i kommunalt regi (jf. opdeling i Fase 2a og 2b). Ligeledes bør det anføres, at også praktiserende læge kan henvise patienterne til rehabilitering i kommunerne. Endelig vil KL pege på, at en øget systematisering af henvisning til rehabilitering også fordrer at de elektroniske henvisningsmuligheder udnyttes optimalt i alle sektorer.

Systematisk håndtering af kendte barrierer for fastholdelse

KL er meget enig i arbejdsgruppens konklusioner. Det er en generel erfaring fra kommunernes patientrettede forebyggelsestilbud, at der er stort behov for at sikre at tilbuddet er meningsfuldt for den enkelte borger, hvis denne skal fastholdes i tilbuddet. Det er i denne sammenhæng væsentligt at være opmærksom på mulighederne for at organisere tilbuddene fleksibelt, så det er relevant for den enkelte, samt fortsat udforskning af, hvordan telesundhed kan understøtte indsatsen.

Patientuddannelse

KL er enig i arbejdsgruppens anbefaling om patientuddannelse. Det nævnes i afsnit 7.6. at patientuddannelse som led i en samlet rehabiliteringsindsats ikke er belyst i litteraturgennemgangen, men der tages ikke stilling til hvad dette evt. betyder for den eksisterende praksis i Danmark, hvor patientuddannelse typisk er en del af et samlet hjerterehabiliteringsforløb. KL mener, at man med fordel kan tilføje, at det ikke bør have nogen konsekvenser for den eksisterende praksis, som forsat er særdeles relevant – også set i lyset af definitionen af rehabiliteringsbegrebet.

Som nævnt gives patientuddannelse i kommunalt regi altid som en del af et samlet rehabiliteringsforløb, hvorfor den kommunale indsats bør nævnes sammen med eksemplet om hjertesvigt-klinikker. Mange hjertepatienter har desuden andre sygdomme, hvilket bør være et opmærksomhedspunkt – både i forhold til patientuddannelse og mere generelt i forhold til hjerterehabilitering.

Psykosocial indsats og opsporing af angst og depression

KL er enig i anbefalingerne. KL finder det er væsentligt, at opsporingsindsatsen tilrettelægges og koordineres på tværs af sektorer.

Kostintervention og rygestopintervention

KL er bekendt med den verserende debat i arbejdsgruppen vedr. kostintervention, og ser frem til en afklaring af forståelsen af spørgsmålet. Hvad angår rygestopintervention er KL enig i anbefalingen.

Arbejdsfastholdelse

KL har noteret sig, at der ikke er tilstrækkelig evidens for en intervention i forhold til arbejdsfastholdelse ud fra de opstillede kriterier. Imidlertid må en intervention i forhold til arbejdsfastholdelse være en naturlig del af en rehabiliterende indsats, der, jf. WHO's definition af rehabilitering, skal sætte den enkelte i stand til at opnå og vedligeholde den bedst mulige fysiske, sansemæssige, intellektuelle, psykologiske og *sociale funktionsevne*, ligesom rehabilitering skal give redskaber til at opnå *uafhængighed og selvbestemmelse*. I den kommunale kræftrehabilitering er der stigende fokus på arbejdsfastholdelse som en del af en succesfuld rehabilitering, og tilknytningen til arbejdsmarkedet er for mange et meget vigtigt parameter for om de er "kommet tilbage til livet". Det samme fokus bør der også være for andre kronisk syge, herunder hjertepatienter.

KL tager forbehold for en senere politisk behandling.

Med venlig hilsen



Nina Gath

9. august 2013
13/31922



Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S

Social og Sundhed

Ellegårdvej 25 A
Postadresse:
Rådhuset
6400 Sønderborg
Telefon: 88 72 64 00
Telefax: 88 72 64 03
E-mail: post@sonderborg.dk
Telefon- og ekspeditionstid:
Mandag til onsdag 10-15
Torsdag 10-17
Fredag 10-14

Høringssvar vedr. national klinisk retningslinje for hjerterehabilitering

Sundhedsstyrelsen har sendt udkast til national klinisk retningslinje for hjerterehabilitering i høring. Det følgende udgør Sønderborg Kommunes bemærkninger til materialet.

Generelt finder Sønderborg Kommune, at der er tale om et udmærket udkast, men at der er behov for konkretiseringer. Kommunen anbefaler generelt mere klare og konkrete anbefalinger og foreslår, at noget af det indskrevne baggrundsmateriale flyttes til bilag, således at retningslinjer bliver mere overskuelig og anvendelig for fagpersonalet.

Kommunen finder det positivt, at målgruppen er nogenlunde klart defineret. Kommunen kunne dog ønske sig, at der var en oversigt over omfanget ift. de enkelte regioner/kommuner i oplægget. Alle høringsparter skal selv tjekke tal – men trods dette giver det ikke den enkelte høringspart viden om omfang i egen enhed og derved er det umuligt, at afgive et høringssvar om, hvorvidt man kan efterleve anbefalingerne med/uden økonomisk tilskud.

Overordnet anbefaler Sønderborg Kommune, at der i retningslinjen tales mere ind i rammerne for området – arbejdsdeling, lovgivning, stratificering mv. Eksempelvis i forhold til hvor stratificeringstyngden ligger. Hvor mange er velfungerende borgere og ikke i kontakt med sundhedsvæsenet andet end selvadministreret medicinsk behandling? Hvor mange er kendte/opsporede og nemme at komme i kontakt med? Hvor mange er ukendte?

Kommunen finder endvidere, at det vil være fordelagtigt, at indarbejde økonomiske betragtninger i oplægget, herunder fordelingsnøgle mellem almen praksis, sygehus og kommuner.

Det er vurderingen, at retningslinjen forholder sig til relevante emner i rehabiliteringen. Dog er emnet seksualitet helt forbigået. Emnet seksualitet kan medføre angst og fylder meget hos en del borgere. Ligesom det er en fast del af de sundhedsfaglige områder, der skal vurderes på i forhold til hver enkelt borger – (embedslægetilsyn).

Det findes positivt, at der er fokus på opsporing, hvilket kommunerne med simple undersøgelser kan bidrage til. Angst og depression kan via HADS opspores ved flere kommunale aktører og almen praksis ved fælles national testmetode. Metoden kan også med få ressourcer implementeres i nyt indsatskatalog for kommunal hjemmesygepleje via KL svarende til ernæringsscreening, faldudredning mv.

2/2

Venlig hilsen



Bente Larsen
Senior- og Sundhedschef
Sønderborg Kommune

Til
syb@sst.dk
Chefkonsulent
Sigrid Paulsen
Sundhedsstyrelsen
Sygehuse & Beredskab



12. august 2013

NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR HJERTEREHABILITERING

Høringssvar fra Skanderborg Kommune:

Vi har med interesse læst udkast til Klinisk retningslinje for hjerterehabilitering og har følgende kommentarer:

Generelt hilser vi den nye NKR for fase 2 hjerterehabilitering velkommen, men må overordnet spørge: Er rehabilitering tænkt som et specialiseret tilbud i regionsregi eller som et rehabiliterende forløbsprogram i kommunen?

Det virker oplagt mhp. understøttelse af fastholdelse i hjerterehabilitering at anbefale at fase 2 helt eller delvist foregår i kommunalt regi for patienter / borgere, som fravælger hospitalsbaseret fase 2 hjerterehabilitering pga. udfordringer vedr. transport / afstand til hospital.

Der efterlyses en anbefaling af, at denne NKR indgår i en revidering af de regionale forløbsprogrammer.

I bilag 1 rejses en interessant problematik, som desværre ikke besvares i rapporten:

"På den baggrund har Sundhedsstyrelsen fundet, at der er brug for initiativer, der kan understøtte og sikre ensartede rehabiliteringstilbud af høj faglig kvalitet til hjertepatienter. Task Force for Patientforløb på Kræft- og Hjerteområdet har desuden påpeget, at der er behov for forbedring af hjerterehabiliteringen på tværs af regioner og kommuner."

Endvidere står der:

"Implementeringsansvar (bilag 3)

Hjerterehabilitering i fase II varetages i såvel hospitals- som i kommunal sektor. Den regionale organisering er beskrevet i de forløbsprogrammer, som beskriver det tværsektorielle samarbejde og som er udarbejdet i de enkelte regioner. Det påhviler dermed både regioner og kommuner at de anbefalede tilbud forefindes og tilbydes til relevante patienter.

Hjerterehabilitering varetages af flere fagligheder. Læger, som behandler patienter med hjertesygdom, skal sørge for at patienter informeres om, og tilbydes deltagelse i hjerterehabilitering."

Vi finder, dette er en vag formulering, som giver alle ansvar og dermed ingen ansvar.

Med venlig hilsen
På Skanderborg Kommunes vegne
Dorte Mørkbak
Sundhedsfremmechef



Til Sundhedsstyrelsen.
Afdelingen for sygehuse og beredskab
Mail : syb@sst.dk.

Ældre- og Handicapforvaltningen

Sammenhængsledelse
Fagspecialer og Spidskompetencer

Ørbækvej 100
5220 Odense SØ

www.odense.dk

Høringssvar på udkast til National Klinisk retningslinje for hjerterehabilitering

Hermed fremsendes høringssvar på udkast til National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering fra Odense Kommune,

Tlf.
Fax
E-mail

Generelle kommentarer

Odense Kommune finder det er relevant med nationale kliniske retningslinjer på området, og at det er meget præcise beskrivelser af, på hvilke områder der findes evidens. Dette kan benyttes i planlægning og til en prioritering af indsatser.

DATO
6. august 2013

I retningslinjen er valgt borger/patientperspektivet, men retningslinjen mangler et organisatorisk perspektiv, blandt andet i forhold til ansvars og opgaveplacering. Denne mangel kan have betydning for målet om ensartet høj kvalitet på tværs af landet og mål om sammenhængende patientforløb, derfor bære retningslinjen forholde sig præcist til opgave- og ansvarsplaceringen.

REF.
TBKR
JOURNAL NR.
2013/123850 007

Den beskrevne evidens kan, efter Odense Kommunes opfattelse, ikke bære anbefalinger om at alle hjertepatienter i de tre kategorier skal tilbydes hjerterehabilitering.

Anbefalingerne bør generelt strammes op og være mere præcise, se uddybning i de specifikke kommentarer.

Særligt i forhold til hjerteklapopperede: Denne gruppe skiller sig markant ud, fordi der ikke er meget viden om effekt af indsats. Derfor anbefales, at der sker en national opsamling af data, således der skaffes evidens for effekt også for denne patientgruppe

Specifikke kommentarer til de enkelte afsnit

Kapitel 1.

Meget brugervenlig introduktion og læsevejledning.

Kapitel 2.4.

Det findes relevant at beskrive hjerterehabiliteringen i fase II, men reelt strækker anbefalingerne sig dog ind i fase III fx i forhold til arbejdsfastholdelse, opfølgning på angst og depression. Det bør fremgå af emneafgrænsningen. Endvidere mangler en beskrivelse af overgangen mellem fase II og III, når målet bl.a. er at sikre sammenhængende patientforløb.

Kapitel 3

Generelt er det uklart, om der sker en behovs vurdering og om den i givet fald sker sammen med borgeren. Der ses ikke en differentiering og vurdering af egenomsorg. Det bør fremgå ikke hvem der er ansvarlig for at vurderingen foretages. Er det fx almen praksis, som tovholder, der identificerer behov?

Kapitel 3.1.

Forslag om tilføjelse (skrevet med kursiv): Det anbefales systematisk *bliver vurderet i forhold til behov for henvisning til hjerterehabilitering.*

Kapitel 4.5

Forslag om tilføjelse (skrevet med kursiv): Det anbefales systematisk *bliver vurderet i forhold til behov for henvisning til hjerterehabilitering*

Kapitel 4.6

Konklusionen forudsætter, at patienten har været indlagt. I kommunen ses henvisninger til rehabilitering direkte fra almen praksis, så almen praksis rolle skal være mere tydelig i den individuelle vurdering og opfølgning.

Kapitel 5

Godt at håndtering af barrierer beskrives

Kapitel 7.6

Af arbejdsgruppens konklusion fremgår det, at man ønsker at fremme egenomsorg og handlekompetence. Det bør også fremgå, at indholdet i patientuddannelse, udover informationen, også indeholder elementer omkring mestring og styrkelse af den enkeltes handlekompetence. Endvidere bør der differentieres mellem de individuelle behov for information og behov for fremme af egenomsorg og handlekompetence.

Kapitel 8.5

Anbefalingen bør ske på baggrund af en individuel vurdering således, at kun de, der har behov tilbydes indsatsen. Hvilke overvejelser er der i forhold til hvor den psykosociale indsats skal foregå?

Kapitel 10.4

Arbejdsgruppen anbefaler bl.a. at de almene kostråd følges, dvs en generel anbefaling for alle borgere. I en retningslinje for hjerterehabilitering, må fokus være på de forhold, der har særlig betydning for den enkelte i forhold til individuelle behov i hjerterehabiliteringen.

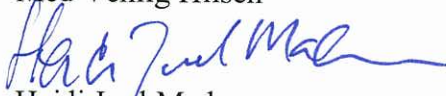
Kapitel 12.5

Odense Kommune støtter op om arbejdsgruppens konklusion vedr. styrkelse af evidensgrundlaget for socialfaglige interventioner og arbejdsfastholdelse.

Bilag 5

Det fremgår af bilag 5 s 37 at en stor del af patienterne har flere konkurrerende lidelser, hvor der også er behov for rehabilitering. Det er en mangel i retningslinjen, at evidensen for indsatser, der kan rumme comorbiditeten ikke er undersøgt, netop pga af den store gruppe, hvor der findes comorbiditet.

Med Venlig Hilsen



Heidi Juul Madsen
Sekretariatschef

Odense Kommune
Sundhedssekretariatet
Ørbækvej 100
5220 Odense SØ



Sundhedsstyrelsen
Sygehuse & Beredskab
E-mail: syb@sst.dk

Dato: 9. august 2013
J.nr. 2013-2999/802538

Høringssvar vedr. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS) takker for muligheden for at kommentere den National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering.

Retningslinjen fremstår gennemarbejdet og velbegrunder. Der synes dog at mangle en klar definition af hjerterehabilitering, hvor et af formålene med retningslinjen er at sikre en ensartet kvalitet i hele landet. De anbefalinger der indledes med "Det kan overvejes" indikerer en frihed at vælge emnet til eller fra, og der er dermed mulighed for uens kvalitet. Man burde måske overveje ikke at fremhæve disse anbefalinger.

Implementering er en vigtig men svær opgave. Bilag 3, der har overskrift implementering beskriver ikke hvordan implementeringen fremmes, men beskriver kun hvem der har ansvaret for det. Retningslinjen vil vinde ved at dette bilag udvides, evt. med eksempler af vellykket implementering.

Med venlig hilsen

Knut Borch-Johnsen
Formand

*Sekretariat:
Bitten Dahlstrøm
Fællessekretariatet
Kristianiagade 12
2100 København Ø
Tlf.: 35 44 84 01
E-mail: dskd@dadi.dk*

Den 9.august 2013



Sundhedsstyrelsen
Sygehuse og Beredskab
syb@sst.dk

Fremsendt via mail

AstraZenecas bemærkninger til en national klinisk retningslinje (NKR) for hjerterehabilitering

Sundhedsstyrelsen har sendt en national klinisk retningslinje for hjerterehabilitering i høring. Den skal bidrage til en høj behandlingskvalitet, sammenhængende patientforløb og sikre vidensdeling på tværs af sektorer og faggrupper.

Fokus i NKR er patienter med iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og hjerteklapopererede patienter, samt på rehabiliteringsindsatsen, der gennemføres 1–2 uger efter at patienten er udskrevet fra sygehuset.

AstraZeneca finder helt overordnet, at NKR for hjerterehabilitering vil kunne bidrage til at løfte kvaliteten af den tværgående indsats på hjerteområdet.

Baggrunden for dette høringssvar er, at udkastet til NKR ikke gennemgår, hvorledes viden om den patientrettede medicinske forebyggelse og rehabilitering efter udskrivning bedre kan implementeres i behandlingspraksis til gavn for patienten.¹ Den sekundære medicinske profylakse (medikamentel behandling og medicinsk risikokontrol) er helt udeladt. Udkastet til NKR vil efter AstraZenecas opfattelse give et større bidrag til at løfte behandlingskvaliteten på hjerteområdet, hvis der er en belysning af sammenhængen mellem optimal patient adherence i den medicinske behandling og hjerterehabiliteringen. Det vil også kunne understøtte de politiske målsætninger i kommuneaftalen for 2014 mellem regeringen, KL og Danske Regioner om færre uhensigtsmæssige genindlæggelser, færre forebyggende indlæggelser og færre uhensigtsmæssige akutte korttidsindlæggelser.

Den bedst mulige farmakologiske behandling er et væsentligt element i den samlede rehabilitering af hjertepatienter. Det fremhæves allerede i Sundhedsstyrelsens anbefalinger i vejledningen om hjerterehabilitering på sygehuse fra 2004. De farmakologiske anbefalinger er evidensbaserede og kan findes i de til enhver tid opdaterede europæiske og nationale guidelines, herunder Dansk Cardiologisk Selskabs Nationale Behandlingsvejledninger (NBV'er).

¹ Kilde: WHO definerer patientens adherence som : "i hvilken grad patientens adfærd – at tage sin medicin, at følge en diæt, og/eller at foretage livsstilsændringer – korresponderer med anbefalinger foretaget i enighed med den ansvarlige sundhedsbehandler. World Health Organisation, *Adherence to Long-term Therapies. Evidence for action*, 2003.

Medicinsk behandling af patienter (farmakoterapi) er en af de bedst dokumenterede metoder til at undgå forværring af hjertepatienters sygdom/symptomer og til at modvirke flere kardiovaskulære hændelser. AstraZeneca mener derfor, at medicinsk adherence for hjertepatienter bør være en fremtidig bestanddel af en national klinisk retningslinje og/eller et tilsvarende nationalt hjerteprogram.

I den forbindelse vil AstraZeneca gøre opmærksom på en nyligt publiceret metaanalyse vedr. betydningen af den farmakologiske behandling i hele patientforløbet, hvor det på baggrund af 2 mio. patienter konkluderes at: ²

- en betragtelig andel (40%) af patienter har ringe adherence (<80%) på deres kardiovaskulære medicin.
- en betragtelig andel af kardiovaskulære events alene kan tilskrives ringe adherence på deres kardiovaskulære medicin: sammenlignet med god adherence (≥80%) gav ringe adherence en forøget risiko på 20% for forekomst af kardiovaskulær sygdom.
- optimal adherence er signifikant og inverst relateret med efterfølgende kardiovaskulære events.
- foranstaltninger til at øge adherence for at maksimere potentialet af effektiv lægemiddelfarmakoterapi i en klinisk sammenhæng er presserende.

I et nationalt registerstudie dokumenteres endvidere, at f.eks. hjertesvigtspatienter der afbryder deres behandling (≥90 dages ophold i farmakoterapi) af hhv. ACE-hæmmere/AlIA-antagonister, beta-blokkere og statiner var der en forøget associeret risiko for død på respektivt 37 %, 25 % og 88 %.³

Samme forskningsgruppe har i 2013 publiceret et studie der dokumenterer, at følges patienten tæt efter udskrivning kan der opnås næsten optimal langtidsadherence, også efter overgang til den praktiserende læge.⁴

Udkastet til NKR indeholder blandt andet en stærk anbefaling for, at hjertepatienter tilbydes patientuddannelse. Patientuddannelsen skal fremme egenomsorg og handlekompentence. I NKR konkluderes, at patientuddannelsen kan indeholde emner såsom information om egen sygdom samt forståelse af

² Chowdhury R, Khan H, Heydon E et al. *Adherence To Cardiovascular Therapy: A Meta-Analysis Of Prevalence And Clinical Consequences*. European Heart Journal. 2013. doi:10.1093/eurheartj/eh295

³ Gislason GH, Rasmussen JN, Abildstrøm SZ et al. *Persistent Use of Evidence-Based Pharmacotherapy in Heart Failure Is Associated With Improved Outcomes*. Circulation. 2007;116:737-744.

⁴ Gjesing A, Schou M, Torp-Pedersen C et al. *Patient Adherence To Evidence-Based Pharmacotherapy In Systolic Heart failure And The Transistion of Follow-Up From Specialized Heart Failure Outpatient Clinics To Primary Care*. European Journal of Heart Failure. 2013. Doi:10.1093/eurjhf/hft011

den medicinske behandling mv. Der er imidlertid en meget underordnet inklusion i udkastet af den patientrettede medicinske forebyggelse og rehabilitering.

AstraZeneca vil henlede opmærksomheden på det meget store ansvar, som den enkelte patient har for at hele behandlingsforløbet gennemføres optimalt på tværs af sektorovergange fra sygehus til hjemmet / den praktiserende læge. Fakta for hjerterehabiliteringen i dag er, at patienten får et meget stort eget ansvar for selv at tage medicinen korrekt og/eller livsstilsændringer i form af ændret diæt, mere motion mv. Resultatet er, at mange hjertepatienter i dag ikke følger den ordinerede medicinske behandling på optimal vis og dermed ikke får den effekt af medicinen, som der er evidens for, og som også er til grund for at den samlede rehabilitering har en effekt.

Der er brug for at patienten understøttes i langt højere grad til en samlet forbedret medicinsk adherence i forhold til den anbefalede sundhedsfaglige behandling. Det kan f.eks. være via en styrkelse af den praktiserende læge monitorering af hjertepatienten og en opfølgning på blandt andet den medicinske behandling efter udskrivning fra sygehuset.

Det er AstraZenecas opfattelse, at udkastet til NKR yderligere kan styrkes via et landsdækkende overblik over de gode danske regionale og lokale initiativer og erfaringer til brug for andre steder med henblik på en samlet bedre national hjerterehabilitering. Det er glædeligt at konstatere, at der allerede i dag er taget forskellige initiativer i regioner, på sygehuse og lokalt for at understøtte patienternes hjerterehabilitering, herunder også for at sikre en mere optimal patientadherence/-adfærd vedr. medicinen.

Med venlig hilsen



Susanne Skovgaard Nickelsen

Vice President Medical - Country Lead Denmark

Til Sundhedsstyrelsen, Sygehuse og Beredskab.

Vedr. Høring ifm. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering.

Det er med stor undren vi læser høringsudkastet til den Nationale kliniske retningslinje for hjerterehabilitering. Vi har haft fokus på kostområdet, idet vi til daglig er kliniske diætister ved Hjerterehabilitering, Bispebjerg Hospital. Vores høringssvar vil derfor udelukkende beskæftige sig med kostområdet.

Vi mener at det på side 9 bør tilføjes:

3.8 Kostintervention

”Det anbefales, at alle patienter med IHD eller som har hjertesvigt eller er blevet hjerteklap-opererede på iskæmisk baggrund tilbydes kostintervention.”

Desuden anbefaler vi at hele afsnittet på side 27 skrives om på baggrund af en fornyet litteratur gennemgang. Desuden at man fraviger at benytte HjerteKost skemaet som redskab. HjerteKost skemaet er meget fokuseret på kvalitet af maden og i væsentlig mindre grad fokuseret på kvantitet. På den baggrund vurderer vi at skemaet ikke er et fyldestgørende redskab ifm. med vurdering af kostintervention. Netop kostintervention i det daglige arbejde bygger meget på at ændre og justere sammensætningen og særligt mængderne af indtagne fødevarer. Der skal desuden i kostintervention tages udgangspunkt i patientens habituelle vaner, men i høj grad også i ressourcer og barrierer ift. eventuelle kostændringer. Således vil skemaer ikke være fyldestgørende idet det ikke kan måle ændringer i mængder i tilstrækkelig grad og desuden ikke spørger ind til familiemæssige og sociale relationer.

Baggrunden for at vi mener at afsnittet bør skrives om er bla. på baggrund af en litteraturgennemgang foretaget af kliniske diætister, ”SIG Kardiologi” og udgivet i november 2009. ”Diætbehandling af iskæmisk hjertesygdom – og forebyggelse heraf”: Citat: ”Det er veldokumenteret, at patienter med IHS opnår en nedsat risiko for re-infarkt, hjertedød og total mortalitet ved kostintervention. Den gavnlige effekt kan ikke alene forklares ud fra effekten på de traditionelle risikofaktorer som kolesterol, blodtryk og kropsvægt”. Og senere: ”Diætbehandling af patienter med IHS bør derfor prioriteres højt, hvad enten der er dyslipidæmi til stede eller ej”.

Desuden kan vi fremdrage at WHO i 2007 i en anbefaling for sekundær forebyggelse inden for hjerteområdet anfører:

“WHO 2007 Prevention of Cardiovascular Disease, Pocket Guidelines for Assessment and Management of Cardiovascular Risk”.

All individuals with CHD and/or CeVD should be given advice to adopt a pattern of diet which is likely to reduce the risk of recurrent vascular disease.

Total fat intake should be reduced to < 30% of calories, saturated fat to < 10% of calories and trans fatty acids should be reduced as much as possible or eliminated; most dietary fat should be polyunsaturated (up to 10% of calories) or monounsaturated (10–

15% of calories). (IIa B) All individuals should be strongly encouraged to reduce daily salt intake by at least one-third and, if possible, to <5 g or <90 mmol per day. (IIa B)

All individuals should be encouraged to eat, at least 400 g a day, of a range fruits and vegetables, as well as whole grains and pulses. (1a, A)”.

Ydermere har både svenske, norske og europæiske retningslinjer for hjerterehabilitering, peget på at kosten er hjørnestenen i den sekundære forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom og at kostintervention bør indgå som en integreret del af rehabiliteringen af hjertepatienter.

Håber at i vil se positivt på vores henvendelse og revurdere kostinterventionsafsnittet.

Med venlig hilsen

Marianne Frederiksen, læge, dr. med, daglig leder

Pernille Østergaard, klinisk diætist og Gitte stage Hansen, klinisk diætist.

Hjerterehabiliteringen Bispebjerg hospital.

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 rehabiliterings 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 hjerterehabileringsforløb. Pårørende kan også selv have behov for støtte. Inddragelse af pårørende, deres betydning for effekten af hjerterehabilerings for patienterne burde udfoldes mere i retningslinjen, da 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 hjerterehabilerings 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

Høringsvar og overvejelser om deltagelse i udarbejdelse af Nationale Kliniske Retningslinjer for Hjerterehabilitering 2013 under Sundhedsstyrelsen

Arbejdsgruppemedlem Ann-Dorthe Zwisler, kardiolog, ph.d., faglig repræsentant for DCS

9. august 2013/ADZ

Danske politikere har afsat et betydeligt beløb på finansloven til udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer (NKR), som i fremtiden skal udgøre en af hjørnestenene i sikring af ensartet og høj kvalitet i sundhedsindsatsen på tværs af regioner og kommuner. Retningslinjerne er endvidere tænkt som et vigtigt element i sikring af en løbende prioritering, med fokus på 'mest mulig sundhed for pengene'.

Hjerterehabiliteringsområdet er udpeget som et af de første områder, hvor der udarbejdes NKR, da behovet for hjerterehabilitering er stigende. Samtidig er det påvist, at kun hver fjerde patient med svær hjertesygdom modtager tilbud om rehabilitering, med store regionale og kommunale forskelle i optag, indhold og varighed af tilbuddene. Arbejdet med retningslinjerne blev igangsat i december 2012. Retningslinjerne ligger nu klar i høringsform.

På baggrund af min deltagelse i udarbejdelse af retningslinjerne fremsendes hermed personlige overvejelser om organisering, arbejdsform og metoden omkring tilblivelse af NKR, som konkrete kommentarer, til høringsrapporten, som arbejdsgruppen, sammen med de øvrige høringsparter, ser for første gang i den fulde form.

Overvejelserne tænkes som et bidrag til det videre arbejde med NKR, og DCS fremtidig deltagelse i udarbejdelse af NKR på hjerterområdet. Dokumentet indeholder endvidere konkrete kommentarer til nærværende høringsversion.

OVERVEJELSER

Undertegnede blev udpeget som faglig repræsentant for DCS på baggrund af forskningsmæssig og klinisk erfaring med hjerterehabilitering. Undertegnede er endvidere ansvarlig for kapitel om hjerterehabilitering i DCS nationale kliniske retningslinjer. Personligt har jeg stor faglig tiltro til betydningen af *evidens-baserede* kliniske retningslinjer for ensretning og høj kvalitet i sundhedsindsatsen. Mine overvejelser skal ses i dette lys.

Organisering

NKR er organiseret omkring en arbejdsgruppe og en referencegruppe. Arbejdet udføres ud fra et kommissorium som i overordnede termer beskriver opgaven, med anførelse af mødehyppighed med 2 heldagsmøder og 2 halvdagsmøder med fastlagt datoer. Det fremgår at der er ansat en fagkonsulent som er frikøbt og Sundhedsstyrelsen varetager al skriftligt arbejde. Formandsposten varetages af Sundhedsstyrelsen og er sammensat af sundhedsfaglige repræsentanter udpeget af relevante fagselskaber, en frikøbt fagkonsulent og Sundhedsstyrelsens personale som varetager sekretariatsfunktionen. De sundhedsprofessionelles opgave fremgår af kommissorium i overordnede termer.

Den overordnede organisering har sikret tydelig ledelse, og god fremdrift i opgaven. Sundhedsstyrelsens sekretariat og den faglige konsulent har bidraget med en stor, faglig kompetent og arbejdsintensiv indsats. Der har været givet plads til god konstruktiv faglig dialog. Der har samtidig været en klar og tydelig markering af rammerne og vægning af den administrative/politiske kontekst, med fokus på metode og form.

Tidsplan og arbejdsomfang

Fra Sundhedsstyrelsens side har der været lagt en snæver tidplan på 6 måneder for udarbejdelse af NKR. Det har været tydeligt i processen, at overholdelse af tidsrammen har haft høj prioritet.

En kort tidsramme betragtes af undertegnede, som helt relevant og nødvendig, men kræver samtidig en samstemning af ambitionsniveau, ressourcer, bemanding og arbejdsproces.

Anvendelse af den evidens-baserede tilgang med opstilling af PICO og applicering af GRADE metoden, hvor de sundhedsprofessionelle afkræves faglig/videnskabelig vurdering af en betydende mængde litteratur, er imidlertid svært forenelig med en snæver tidsramme, og en tidsberamning på 4 møder. Det foreslås derfor, at de fremtidige arbejdsgrupper og sundhedsfaglige repræsentanter informeres om det betydende arbejdsomfang på minimum 3 ugers fuldtidsarbejde med en hårdt styret tidsramme, løbende deadlines og stram administrativ/politisk kontekst.

Metode vs. indhold

Det er overordnet besluttet, at NKR skal baseres på GRADE metoden, som også er anvendt og anerkendt indenfor det kardiologiske område. Samtidig er det overordnet prioriteret, at NKR skal være korte, præcise, og handlingsanvisende, hvilket er svært forenelig med anvendelse af GRADE metoden, og den gældende skabelon for NKR, som skal anvendes.

GRADE metoden er forbundet med en systematisk litteratur gennemgang og en efterfølgende kritisk faglig vurdering. Valget af GRADE metoden fordrer således særlige kompetencer hos de sundhedsprofessionelle, som skal bidrage med læsning af videnskabelige artikler, systematisk vurdering af en betydende mængde videnskabelig litteratur, og efterfølgende faglig kritisk vurdering med opnåelse af konsensus.

I aktuelle tværfagligt sammensatte arbejdsgruppe har der været brugt betydende tid på oplæring i GRADE metoden, og flere arbejdsgruppemedlemmer har udtrykt manglende kompetencer til at gå aktivt ind i dette arbejde. Stringent prioritering af metodetilgangen har i et betydelig omfang flyttet fokus fra det kliniske indhold til metoden for NKR.

Det foreslås, at fremtidige sundhedsprofessionelle, uddannes i GRADE-metoden, før indtrædelse i arbejdet med NKR. Det foreslås endvidere, at DCS medlemmer forberedes fra selskabets side til indtrædelse i arbejdet, og så vidt mulig frikøbes til varetagelse af opgaven. Endvidere vil DCS med fordel kunne bistå med assistance til sundhedsprofessionelle fra andre faggrupper, såfremt fremtidige NKR på hjerteområdet er tværfagligt sammensat.

Den foreliggende høringsrapport

Den nærværende NKR, som er udarbejdet indenfor den fastsatte tidsramme, anbefaler overordnet rehabilitering til alle patienter indlagt med iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og hjerteklapopererede i tråd med de foreliggende hjertepakkeforløb. Det er endnu engang *ikke i tilstrækkelig grad* lykkedes at give konkrete kliniske anvisninger til minimumskrav, varighed, indhold mm. Der foreligger ligeledes ikke mål for behandlingen og implementeringen, og det tværsektorielle perspektiv er helt udeladt. Endelig har retningslinjerne i den nærværende form fjernet kostelementet på et helt uklart grundlag, og aktuelle formuleringer ligger langt fra de eksisterende danske og internationale anbefalinger. Indikationsområdet for hjerterehabilitering er fortsat væsentlig udvidet uden der foreligger evidens eller klare kliniske grundlag herfor ex. patienter med stabil angina pectoris, og hjerteklapopererede patienter uden samtidig iskæmisk hjertesygdom.

Det er således tvivlsomt, hvilke patientmæssige og samfundsmæssige sundhedsgevinster, der opnås gennem aktuelle NKR for hjerterehabilitering, som pga. bred indikation og vide rammer for sammensætning er forbundet med forventelig meromkostning og betydelige sundhedsorganisatoriske udfordringer.

Afslutningsvis efterlyser undertegnede at rapporten synliggør, at anbefalingerne på flere områder baseres på kliniske ekspertvurderinger, og der fortsat mangler veltilrettelagte kliniske randomiserede forsøg med hårde endepunkter indenfor hjerterehabiliteringsområdet.

Konkrete kommentarer til høringsrapporten følger herefter.



Venlig hilsen Ann-Dorthe Zwisler

KOMMENTARER TIL HØRINGRAPPORT

S. 2: Indhold og strukturering (Overordnet kommentar)

Det foreslås at bilag 1 til bilag 5, som har væsentlig betydning for konteksten og sikring af hjerterehabiliteringsindsats, afkortes og integreres i indledning for at lette læsningen og forståelsen af NKR.

Jeg vil endvidere foreslå at budskabet om monitorering, kvalitetssikring og yderligere forskning indføres systematisk under alle anbefalinger.

S. 9: Centrale budskaber / Anbefalinger (Overordnet kommentar)

Det er fortsat en uklar vægtning i ordlyden af anbefalingerne ex. 3.5: Her overvejer vi kun psykosocial indsats til Hjertesvigtspatienter, mens vi angiver det er god klinisk praksis at tilbyde hjerteklapopererede patienter psykosocial indsats. I min sprogforståelse vil jeg tænke at vi hermed mener at alle hjerteklappatienter skal tilbudes indsatsen men vi kun skal tilbyde indsatsen til hjerteklappatienter i særlige tilfælde. Det er jeg fortsat uenig i.

Der mangler en anbefaling for kost jf. henvendelse fra Danske Diætister og Professor Eva Prescott.

Foreslår at arbejdsgruppen gennemgår anbefalingerne og de centrale budskaber kritisk under hensyntagen til det samlede høringssvar.

S. 10 diverse

1. Referencen Bøgelund 2010 mangler
2. Er det korrekt at den vigtigste grund til ikke at deltage i hjerterehabilitering er fysiske barriere, det mener jeg ikke der er dokumentation for (Referencer eftersendes).

S. 10: Gennemgang af evidens (Overordnet kommentar)

Det virker generelt godt at der indledes med at angive hvilke reviews der indgår i evidensgennemgangen. Dette er imidlertid ikke gjort ensartet. Jeg foreslår at der systematisk gennem dokumentet anføres hvor mange RCT, hvor mange patienter og hvilke populationer reviewet er baseret på som gjort under 4.3.

S. 11: 4.5 Anbefaling

Jeg mener fortsat at vi bør skille denne anbefaling op. Så vi der er en selvstændig anbefaling for hjerteklapopererede, hvor der står at det er god klinisk praksis at henvise til hjerterehabilitering.

Samme kunne gælde for stabil angina pectoris patienter.

S. 15: 6.4 Indhold i interventioner (Overordnet kommentar for alle kapitler)

Da vi ikke har nogen klar evidens mener jeg det er vigtigt at vi angiver hvilke anbefalinger vil lægger os op af og hvorfor netop disse er valgt. Dette gælder hele vejen igennem

s. 16: 2 afsnit

Vanheese ændres til Vanhees.

S. 16: Afsnit om træningsintensitet

Mener vi virkelig at pt. Som har lav risiko skal overvåges under træning?

Referencen er ESC 2012? Hvad er det. Mener vi her Vanhees 2012??

S16: Nederst

Hvorfor begrænser vi hjertesvigt til 60% af V02max. Det er mere restriktivt end vi normal holder det? Se ex.vis NKR fra DCS og mail fra Fysioterapeut Birgit Hald.

S. 17: 6.5 anbefalinger

Jeg mener fortsat at vi bør skille denne anbefaling op. Så der er en selvstændig anbefaling for hjerteklapopererede, hvor der står at det er god klinisk praksis for fysisk træning til hjerteklapopererede svarende til Vanhees 2012. Vil endvidere foreslå at forbeholdet og anbefalingen om forskning trækkes op i hovedteksten.

Samme kunne gælde for stabil angina pectoris patienter.

S. 18: 7.3 Gennemgang af evidensen

Her mangler indledningen om hvilke review dette er baseret på. Skal sættes ind.

S. 20: 7.5 anbefalinger

Jeg mener fortsat at vi bør skille anbefalingen op. Så der er en selvstændig anbefaling for hjerteklapopererede, hvor der står at det er god klinisk praksis patientuddannelse til hjerteklapopererede.

Samme kunne gælde for stabil angina pectoris patienter.

S. 20: 7.6 konklusion

Jeg savner noget om teoretisk tilgang

S. 21: 8.3 Gennemgang af evidensen

Her mangler indledningen om hvilke review dette er baseret på. Skal sættes ind.

s. 26: 9.6 Arbejdsgruppens konklusion

Det virker ulogisk at anbefale 2 redskaber et for depression (PHQ-2) og et for angst (HADS) når HADS også rummer depressionsdimensionen. Foreslår HADS som selvstændig skema.

s. 27: 10 Kostintervention

Se kommentarer fra Danske Fysioterapeuter og professor Eva Prescott.

s. 29: 1.5 anbefaling

Foreslår forenkling af teksten:

'Det anbefales, at rygere med iskæmisk hjertesygdom tilbydes rygestop-intervention som del af hjerterehabilitering'

s. 31: 12 Arbejdsfastholdelse (Overordnet kommentar)

På dette område mener jeg også vi skal give en klinisk anbefaling:

Der er god klinisk praksis at afdække tilknytning til arbejdsmarkedet hos patienter, og støtte patienten i at vende tilbage til arbejdet i videst mulig omfang.

d. 32: 12.3 gennemgang af evidens

Her er det nødvendigt at vi redegør for at der ikke har været tid til at lave en mere detaljeret gennemgang, da vi jo ved at der ligger flere randomiserede forsøg en det der kom frem ved den grovmaskede søgning.

s. 29: 11.6 Arbejdsgruppens konklusion

Jf. foreliggende evidens er det vigtigt at fremhæve lægens rolle og den farmakologiske intervention, hvorfor er det udeladt her??

s. 36: Andet afsnit sidste linje.

Her foreslås sidste sætning ændret til 'Dette tilstræbes indarbejdet.' Da det allerede er pågående.

s. 38: Andet afsnit

Jeg vil bede om at det indføres

'efter anvisning fra SST' i 2. linje før reduceret

4. linje skal 'vigtige' ændres til 'vigtigste'

s. 41: Søgebeskrivelse

Mangler der ikke en beskrivelse af hvordan retningslinjerne fremkom og hvormange? Herunder de håndudvalgte retningslinjer.

S. 46: Referenceliste (Overordnet kommentar)

Det er meget svær at finde rundt i referencerne, når de er lavet for hver pico for sig. Foreslår dette ændret så det er en samlet referanceliste.

Konsekvensretning (Gennemgående for dokumentet)

Klapsygdom skal ændres systematisk til patienter som har gennemgået en hjerteklapsygdom.

Dokumentet skal gennemgås systematisk i forhold til ', ' og '. ' som decimal ex. S. 19. andet afsnit.

Tilføjelse til Høringssvar nr. 35 fra Ann-Dorthe Zwisler fagkonsulet for DCS

Hej Ann Dorthe

Jeg har været på hjertekursus med dig en gang og nu har mine kollegaer for nyligt også været på det sidste hjertekursus her i foråret.

Jeg tillader mig at skrive til dig, fordi jeg i NKR for hjerterehabilitering, der er i høring, og ser at du er med til at have udarbejdet den.

Jeg undrer mig over, at der står anbefalet at hjertesvigt ptt kun må trænes til 60% af max Vo2

”Patienter med hjertesvigt og hjerteklap-opererede med samtidig svigtproblematik kan trænes med moderat intensitet, op til 60 % af patientens maksimum (defineret som VO₂max, maksimale hjerterefrekvens eller maksimale symptomlimerede arbejdskapacitet (BORG RPE op til 15))”.s. 18

Mine kollegaer nævner også at de mener du har sagt på kurset at vi gerne må træne dem til deres max, efter langsom stigning. Det er også det vi har gjort efter de retningslinier der har været på cardio.dk om holdningspapirer. (Med god effekt)

Er der en logisk forklaring på at det kun anbefales at ptt med hjertesvigt kun må nå op på at træne med max 60% af VO” max.

På forhånd tak for dit svar.

Med Venlig hilsen

Birgit Hald
Fysioterapeut
Ergo- og fysioterapien
Regionshospitalet Herning
tlf: 78434300/78434320
Mobilnr: 51410901
E-mail: birgit.hald@vest.rm.dk

Til Sundhedsstyrelsen, Sygehuse og Beredskab.

Vedr. Høring ifm. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering.

Det er med stor undren vi læser høringsudkastet til den Nationale kliniske retningslinje for hjerterehabilitering. Vi har haft fokus på kostområdet, idet vi til daglig er kliniske diætister ved Hjerterehabilitering, Bispebjerg Hospital. Vores høringssvar vil derfor udelukkende beskæftige sig med kostområdet.

Vi mener at det på side 9 bør tilføjes:

3.8 Kostintervention

”Det anbefales, at alle patienter med IHD eller som har hjertesvigt eller er blevet hjerteklap-opererede på iskæmisk baggrund tilbydes kostintervention.”

Desuden anbefaler vi at hele afsnittet på side 27 skrives om på baggrund af en fornyet litteraturgennemgang. Desuden at man fraviger at benytte HjerteKost skemaet som redskab. HjerteKost skemaet er meget fokuseret på kvalitet af maden og i væsentlig mindre grad fokuseret på kvantitet. På den baggrund vurderer vi at skemaet ikke er et fyldestgørende redskab ifm. med vurdering af kostintervention. Netop kostintervention i det daglige arbejde bygger meget på at ændre og justere sammensætningen og særligt mængderne af indtagne fødevarer. Der skal desuden i kostintervention tages udgangspunkt i patientens habituelle vaner, men i høj grad også i ressourcer og barrierer ift. eventuelle kostændringer. Således vil skemaer ikke være fyldestgørende idet det ikke kan måle ændringer i mængder i tilstrækkelig grad og desuden ikke spørger ind til familiemæssige og sociale relationer.

Baggrunden for at vi mener at afsnittet bør skrives om er bla. på baggrund af en litteraturgennemgang foretaget af kliniske diætister, ”SIG Kardiologi” og udgivet i november 2009. ”Diætbehandling af iskæmisk hjertesygdom – og forebyggelse heraf”: Citat: ”Det er veldokumenteret, at patienter med IHS opnår en nedsat risiko for re-infarkt, hjertedød og total mortalitet ved kostintervention. Den gavnlige effekt kan ikke alene forklares ud fra effekten på de traditionelle risikofaktorer som kolesterol, blodtryk og kropsvægt”. Og senere: ”Diætbehandling af patienter med IHS bør derfor prioriteres højt, hvad enten der er dyslipidæmi til stede eller ej”.

Desuden kan vi fremdrage at WHO i 2007 i en anbefaling for sekundær forebyggelse inden for hjerteområdet anfører:

“WHO 2007 Prevention of Cardiovascular Disease, Pocket Guidelines for Assessment and Management of Cardiovascular Risk”.

All individuals with CHD and/or CeVD should be given advice to adopt a pattern of diet which is likely to reduce the risk of recurrent vascular disease.

Total fat intake should be reduced to < 30% of calories, saturated fat to < 10% of calories and trans fatty acids should be reduced as much as possible or eliminated; most dietary fat should be polyunsaturated (up to 10% of calories) or monounsaturated (10–

15% of calories). (IIa B) All individuals should be strongly encouraged to reduce daily salt intake by at least one-third and, if possible, to <5 g or <90 mmol per day. (IIa B)

All individuals should be encouraged to eat, at least 400 g a day, of a range fruits and vegetables, as well as whole grains and pulses. (1a, A)”.

Ydermere har både svenske, norske og europæiske retningslinjer for hjerterehabilitering, peget på at kosten er hjørnестenen i den sekundære forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom og at kostintervention bør indgå som en integreret del af rehabiliteringen af hjertepatienter.

Håber at i vil se positivt på vores henvendelse og revurdere kostinterventionsafsnittet.

Med venlig hilsen

Marianne Frederiksen, læge, dr. med, daglig leder

Pernille Østergaard, klinisk diætist og Gitte stage Hansen, klinisk diætist.

Hjerterehabiliteringen Bispebjerg hospital.



12-08-2013

Sag nr. 12/2396

Dokumentnr.

MBK/AGR

Danske Regioners høringssvar vedr. national klinisk retningslinje for hjerterehabilitering

Dette høringssvar er regionernes samlede kommentarer til de nationale kliniske retningslinjer for hjerterehabilitering.

Generelle kommentarer

Regionerne ser positivt på udarbejdelsen af nationale kliniske retningslinjer for hjerterehabilitering. Nationale retningslinjer for hjerterehabilitering kan sammen med den kommende nationale hjerterehabiliteringsdatabase ensarte og løfte kvaliteten af hjerterehabilitering i Danmark, særligt på et område der kræver stor tværsektoriel koordinering.

Overordnet set er den fremsendte høringsudgave af nationale kliniske retningslinje for hjerterehabilitering et resultat af et grundigt arbejde, som giver evidensbaserede og brugbare anbefalinger med hensyn til, hvad hjerterehabilitering bør indeholde.

Det bemærkes, at en fuld implementering af alle initiativerne vil øge antallet af patienter og derigennem medføre et ressourcemæssigt pres.

Regionerne har endvidere nogle kommentarer til formen af dokumentet og en række konkrete sundhedsfaglige kommentarer til retningslinjen.

Kommentarer til formen af dokumentet

Det vil være hensigtsmæssigt, at retningslinjerne er opbygget ensartet ligesom beskrivelse af såvel evidensstyrke som anbefalinger baseret på evidensstyrke fremstår ensartet.

Der kunne med fordel formuleres et par linjer om, hvad der gør det vigtigt at afsnit 1.2 (de 4 GRADE niveauer) ikke står alene, men at de omformuleres til 4 (-5) anbefalings 'niveauer' i afsnit 1.3.

Side 2

Det er et meget langt dokument, hvilket ligeledes er gældende for de udarbejdede kliniske retningslinjer på andre områder. Det anbefales at lave en pixiversion, så det letter brugen i den kliniske hverdag. Set fra en klinikers perspektiv skal der være en hurtig og let adgang til handlingsrettede anbefalinger.

2. Indledning

Der kan med fordel introduceres en definition af rehabilitering, samt en beskrivelse af de aktører, der udfører rehabiliteringen. Det er anført, at retningslinjen gælder for hjerterehabilitering i såvel kommune som sygehusregi. Det er i retningslinjen svært at se, i hvilket omfang der skelnes mellem sektorerne i udførelsen af rehabiliteringen. Der mangler en bedre beskrivelse af opgavefordelingen mellem kommuner, sygehuse og praksissektor. Minimumskompetencer i sektorerne bør som minimum beskrives.

Retningslinjerne omfatter fase II rehabiliteringsforløb, og de er ofte delt mellem sygehus og kommune. Det fremgår dog ikke tydeligt af retningslinjen, hvem der definerer hvilke patienter, der er i fase I og II. Et godt samarbejde og en god overgang blandt sygehuse og kommuner er en afgørende faktor for at skabe de nødvendige rehabiliteringsforløb for patienterne.

Samtidig mangler klar en definition af indgangskriterierne til rehabilitering i forhold til målgruppen af patienter. I indledningen anføres, at målgruppen er patienter med iskæmisk hjertesygdom, hjertesvigt og efter hjerteklapoperation.

Det fremgår ikke, hvornår i patienternes forløb de skal tilbydes rehabilitering. Der er derfor behov for en afklaring af:

- Skal en patient med ustabil angina uden ekg eller troponinændringer tilbydes rehabilitering, eller patienter uden stenoser, men med aterosomatose ved KAG?
- Er det kun nytilkomne tilfælde? Eller er det alle, der ses i ambulatoriet med en af ovennævnte tilstande?
- Skal patienterne tilbydes et fornyet rehabiliteringsforløb, hvis de får recidiv og bliver indlagt med reinfarkt/angina efter et halvt år?
- Det fremgår ikke, hvem der kan henvise til rehabilitering.

3. Centrale budskaber

Det kan overvejes, hvorvidt det vil lette forståelsen, hvis anbefalingerne stod i rækkefølge, således at de stærkeste anbefalinger med højest evidens nævnes først, og at aktiviteter, der IKKE kan anbefales på baggrund af manglende eller usikker evidens samles for sig.

Der bør vær en anbefaling om kostintervention.

4. Systematisk henvisning for deltagelse i hjerterehabilitering

På Aalborg UH er der på baggrund af rapport om social ulighed i rehabilitering (*"I gang igen efter blodprop i hjertet – socialt differentieret hjerterehabilitering"* af Lucette Meillier og Mogens Lytken Larsen, 2007) indført forsamtaler til alle patienter, der tilbydes specialiseret rehabilitering. Det har vist sig jf. *"Evaluering af 'forsamtalen' forud for iskæmisk hjerterehabiliteringsforløb – har den gjort en forskel?"* (Lisbeth Ravn og Susanne Riis, 2012), at indførelsen af forsamtalerne har medført en større deltagelse og bedre gennemførelse af rehabiliteringsforløb. Denne erfaring kan indtænkes i retningslinjen.

I afsnit 4.2 er der brug for en præcisering: Matematisk forstået er det kun ca. 3 ud af 100 der har fået fuldt hjerterehabiliteringsprogram, når der står 13 procent af 27 procent. Der lyder meget lavt. Menes der 13 ud af 100?

Referencerne i afsnit 4.2 bør rettes.

Referencen [Bøgelund 2010 s.10] fremgår ikke af referencelisten side 46.

Referencen [Jackson 2004] fremgår ikke af referencelisten side 46. Referencen [Gravely-Witte 2010] fremgår af referencelisten side 46 som år

2009.

5. Systematisk håndtering af kendte barrierer for fastholdelse i hjerterehabilitering

En barriere, der kan medtages er de store forskelle i den fysiske formåen blandt hjertepatienter, samt at fokus i rehabiliteringsforløbene er forskellige. Fokus vedr. hjerterehabilitering for hjerteinsufficienspatienter er håndtering af sygdommen i hverdagen. Fokus i rehabilitering til IHD er desuden fokus på tilbagevenden til arbejde m.m. Erfaringer viser således, at holdene

til rehabilitering for CHF-patienter skal være mindre (typisk 6-8 patienter) end til rehabilitering for IHD-patienter (10-12 patienter).

Side 4

Under 5.6 anbefales ”Tilbud ud over normal arbejdstid”. I Region Midtjylland er det forsøgt med hold udenfor normal arbejdstid. Det har vist sig svært at fylde disse hold op. Erfaringen er, at patienterne var for trætte til at komme og træne efter en lang arbejdsdag.

I anden linje under 5.2 bør ”*Ulighed i*” ændres til ”*Lavere*” for at give mening. I fjerde sætning under 5.2 bør ”*Dårligt humør*” defineres nærmere.

6. Fysisk træning

Der efterspørges praktiske anvisninger for fysisk træning med udgangspunkt i nuværende evidens, samt protokollering af fysisk træning i forhold til progression, samt mulighederne for hjemmetræning.

Konkrete forslag til træningsmetoder er aerob/anaerob træning og styrketræning i forhold til alder, diagnose og indhold pr. seance. Endvidere forslås testning af arbejdskapacitet, både før og efter et forløb med henblik på at vurdere effekten af indsatsen. Samme test kunne anvendes på sygehuse og i kommuner. I forbindelse med dosisrespons nævnes 12 ugers træning minimum 2 gange om ugen. Der mangler konkretisering af, hvor lang tid hver træning skal tage.

Det undrer, at arbejdsgruppen kommer med en stærk anbefaling for fysisk træning af klapopererede patienter, når litteraturen er så begrænset.

Side 14, afsnit 6.1: Det kunne med fordel beskrives hvad ’*sædvanlig opfølgning*’ består af.

Side 14, afsnit 6.3.1: Der står i 2. linje ’*fire RCT studier*’, der er nævnt 5.

Side 17, afsnit 6.6: Når der er forskelle i evidensen er det så en god ide i afsnit 6.5 at have en kraftig anbefaling om fysisk træning til alle 3 patientgrupper. En differentiering bør overvejes.

7. Patientuddannelse

I vejledningen omtales individuel vs. gruppeundervisning, men der mangler en opstilling af hvilke kriterier, der er for brug af henholdsvis individuel undervisning vs. gruppeundervisning. Vejledningen bør ligeledes indeholde

en risikoprofil, som indeholder screening af patienterne og opfølgning herpå. Ligeledes forslås en opstilling af mål og delmål for interventionen.

Side 5

I forhold til behandlingen af patientuddannelsesområdet i øvrigt (afsnit 7) kunne det være fint, hvis arbejdsgruppen på baggrund af sine litteraturstudier kunne komme med anbefalinger om omfang/varighed af patientuddannelsesstilbuddene.

Arbejdsgruppens konklusioner vedr. patientuddannelse primært indholdet i patientuddannelsesstilbuddene (afsnit 7.6, side 20). Der kunne med fordel også fokuseres på bl.a. undervisningsmetoder og sundhedspædagogik, evt. blot via en henvisning til Sundhedsstyrelsens rapport Kvalitetssikring af Patientuddannelse, 2012. Rapporten nævnes i retningslinjerne (afsnit 7.2, side 18), hvor rapporten er refereret i forhold til patientuddannelsens formål og indhold. Men Sundhedsstyrelsen giver i rapporten også anbefalinger vedr. kvalitetssikring af tilrettelæggelse, pædagogiske og organisatoriske rammer, undervisernes kompetencer samt mål, evaluering og monitorering af patientuddannelse.

Det bør præciseres, at man på baggrund af den forskning, der er foretaget indenfor det sundhedspædagogiske område anbefaler, at patientuddannelsen har en deltagerorienteret tilgang (der kan henvises til litteratur af Jensen, BB; Willaing, I; Meillier, L; Zoffmann, V og andre).

Ligeledes her er der en stærk anbefaling af at hjerteklapopererede tilbydes patientuddannelse samtidig med der beskrives, at der ikke findes studier der belyser emnet. I kapitel 8 er anbefalingerne opdelt, dette kan med fordel også gøres her.

Side 20 afsnit 7.6: Meningen er uklar, hvor der står: '*.....genkendelse og håndtering af problemer i forbindelse med adfærdsændringer*'.

8. Psykosocial indsats

Under 8.6 "Ved opsporing af angst..." bør ændres til "Ved påvisning af angst..."

9. Opsporing af angst og depression

Det er positivt, at der tages stilling til psykiatriske problemstillinger i forbindelse med hjertesygdom i den kliniske retningslinje.

Det undrer, at der vælges at anbefale 2 forskellige screeningsredskaber her, når man reelt kan nøjes med at anvende HADS, der scorer for både angst og depression, og er valideret til hjertepatienter.

Ved positivt udfald på screeningsspørgsmål skal patienten henvises til en fagprofessionel. Der er behov for afklaring af, hvad en fagprofessionel er, en psykiater eller praktiserende læge?

På baggrund af nedestående punkter, kan det umiddelbart virke svært at følge begrundelsen for, at anbefalingen '*Det er god klinisk praksis, at opspore angst og depression hos patienter med IHD;CHF og som har gennemgået en hjerteoperation*' kun får kategorien (☑).

- Der er høj forekomst af angst og depression hos patienter med iskæmisk hjertesygdom – angst, og depression er en stressfaktor.
- Psykosociale stressfaktorer (depression) øger risiko for hjertesygdom.
- Der forekommer moderat evidens for, at psykosocial indsats har positiv effekt på depression.
- Der er moderat evidens på, at patientuddannelse har positiv effekt på depression.
- Det kan være svært at forstå, at man ønsker evidens på effekt af opsporing, opsporing skal til for, at interventionerne kan iværksættes. Der er ikke tale om en diagnosticering men en opsporing.
- I skriftet forekommer der ingen dokumentation for, at opsporing af angst og depression medfører større ulemper set i forhold til, at den rette intervention har moderat til lav evidenskvalitet.

Det forekommer mærkeligt, at der ikke er undersøgelser, der belyser effekten heraf set i lyset af Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Litteraturen viser, at reaktioner efter indlæggelse med nyopstået iskæmisk hjertesygdom oftest kommer 3-4 måneder efter indlæggelse, og der er derfor behov for, at der enten via kommunen eller sygehus kan sikres, at der fortsat er kontakt til patienten inden for denne tidsramme.

Det kan overvejes, at udarbejde en interviewguide til den psykosociale indsats, også af hensyn til den senere dokumentation af effektmålingen.

10 Kostintervention

Kapitlet vedr. kostintervention er meget sparsomt beskrevet og konklusionerne afviger både fra tidligere anbefalinger fra f.eks. Hjerterehabilitering på danske sygehuse (2004), British Association for Cardiovascular Prevention and Rehabilitation: The BACPR Standards and Core Components for Cardiovascular Disease Prevention and Rehabilitation 2012 (www.bacpr.com) og andre guidelines, hvor der refereres til studier, der underbygger evidensen. Det er muligt, at årsagen til denne diskrepans er, at mange af de studier, som underbygger vigtigheden og effekten af kostintervention ligger længere tilbage end den periode, hvor arbejdsgruppen har valgt at søge.

Afsnittet bør revideres efter en bedre litteraturgennemgang. Der findes god evidens for at kostintervention reducerer mortalitet og morbiditet ved IHD, se f. eks. denne metaanalyse Hooper L, J Hum Nutr Dietet 2004, 17, 337. Den eksisterende evidens burde være fundet alene ved at gennemgå svenske og norske nationale retningslinjer for hjerterehabilitering, idet disse også indgår i søgebeskrivelsen (side 41). De europæiske guidelines på baggrund af flere nyere metaanalyser (senere end 2002) konkluderer, at kosten er hjørnестenen i behandlingen af iskæmisk hjertesygdom. Herudover mangler der en reference til skemaet "HjerteKost".

Alle patienter, der er indlagt i mere end 24 timer bliver KRAM-screenet, jf. DDKM, hvilket ikke fremgår af retningslinjen.

11. Rygestop-intervention

Ud fra klinisk praksis kunne man godt tænke sig, at gruppen af patienter med hjertesvigt og klaplidelse, med en positiv rygestatus også tilbydes rygestopintervention ligesom iskæmi-patienterne. Det er en meget væsentlig risikofaktor for udvikling af hjertelidelse og for udvikling af comorbiditet som for eksempel KOL, der ofte i klinisk praksis forværrer denne gruppe patienters helbredssituation. Intervention burde opgraderes/skærpes.

11.3: I starten af tredje afsnit skal "en metanalyse af" slettes, idet Cochrane review'et er en metanalyse.

11.5: *Det foreslås at....."Foreslås"* er ikke overensstemmende med de vedtagne formuleringer i anbefalingerne (sprogligt inkonsistent).

12 Arbejdsfastholdelse

Det vil være interessant om de erhvervsmæssige ressourcer for alle disse 3 grupper hjertelidelse kunne belyses og støttes bedre så fastholdelse bliver en større mulighed for dem med erhvervspotentiale.

Side 8

Bilag 10

”PICO” og ”RM” bør defineres.

Høringssvar til National Klinisk Retningslinje for Hjerterehabilitering 2013

Høringssvar fra Allerød kommune

De kliniske retningsretningslinjer for hjerterehabilitering kan i høj grad indgå i prioriteringen af arbejdet med implementering af forløbsprogrammet for hjertekar-sygdomme, da det strategisk og indholdsmæssigt understøtter det allerede igangsatte arbejde.

De kliniske retningsretningslinjer samler alt overvejende den eksisterende viden, - og som sådan kan de anvendes som supplement til det eksisterende og understøtte det igangværende rehabiliteringsarbejde.

Retningslinjerne skønnes fyldestgørende.

Hvem er målgruppen for rapporten?

Hvis den er tiltænkt praktikere og planlæggere der skal varetage hjerterehabiliteringen i region og kommune, bør Sundhedsstyrelsen overveje at gøre teksten mere læsevenlig fx

- Første kapitel "Evidens og anbefalinger" kan omskrives eller rykkes til bilag.
- Teksten "gennemgang af evidensen" i hvert kapitel, bør redigeres for forskningssprog, da det kræver en forskningsmæssig/akademisk baggrund at forstå indholdet.

De bedste hilsner

Dorthe Jay Andersen

Forebyggelseskoordinator, MSc, MPK

Allerød Kommune
Ældre og Sundhed
Bjarkesvej 2
3450 Allerød

Mail: dorthe.andersen@alleroed.dk

Tlf.: 48 100 263

Mobil: 23 34 77 97



Linnaeus University

Kalmar Växjö

Joep Perk, Senior professor, MD, FESC

Faculty of Health and Caring Sciences

Linnaeus University

391 82 Kalmar, Sweden

NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR HJERTEREHABILITERING Review

The concise and well written guidance document marks an important step towards improving the practice of cardiac rehabilitation (CR) in Denmark. This appears to be needed as at present less than one in six patients in the target population participate in a full CR programme.

I have reviewed the paper from my position as chairman of the 5th Joint European Societies Taskforce on CVD Prevention, which presented the 2012 European Guidelines on CVD Prevention in Clinical Practice. These are my comments:

I welcome the decision to use the GRADE method as we did in the European Guidelines. It delivers a clear message to health workers and others. Yet, GRADE may also lead to a generalization of statements as ex. the major recommendation of this document, i.e. that all patients after IHD, CHF or valvular procedures should be referred to a phase II programme.

It is a strong recommendation, which may be correct for many patients after an acute coronary syndrome (ACS), but less clear for CHF patients where sufficient documentation on benefits such as reduced mortality is lacking (especially in the NYHA categories III and IV). This is even more evident for patients after valvular repair. Is there sufficient evidence for referring an elderly patient with mild stable angina pectoris to CR? The broad generalization of the target population may weaken the credibility of the document and thus reduce its impact on clinical practice with poor adherence from caregivers.

Therefore a better definition of the target population is needed: for the clinician a majority of the patients are elderly and many have concomitant diseases that may interfere with CR programmes. Several patients may have participated in a CR programme after an earlier ACS but may have developed heart failure in a later stage: should these patients again be referred to CR? And what about the growing population of TAVI patients above 75 years who receive a transaortic valve replacement? Surely, the toolbox of CR needs to contain a variety of interventions with a large degree of adaptability to the needs of the individual patient. As it is written now, CR appears to be a one size for all recommendation; the option of tailoring adapted models should be better underlined.

In the European Guidelines the distinction between primary and secondary prevention has been replaced by four levels of risk, which better reflects the relation between the degree of the underlying atherosclerotic process and the intensity of the preventive care. The Danish

guidelines are targeted to the population at very high risk, which should be stated in the document and thus be in line with the recent European recommendations.

In **chapter 3** the recommendation on smoking is the last of the recommendations. As continued smoking is by far the major risk factor I recommend that this is upgraded to a position above physical training (place 3). This should also be the case for the placement of the following chapters, i.e. take smoking cessation as chapter 6. Remarkably, there is no recommendation on weight and food habits in this summary chapter, why?

In **chapter 5** the weakening interest for CR after an acute coronary intervention (PCI) should be mentioned. In many European countries the land winnings of modern interventional cardiology have contributed to a lower motivation for enrolment in CR as patients tend to believe they have been cured by the PCI (see even Perk et al, EuroPCI, in press). The importance of a clear message and referral from the PCI team should be underlined. One should consider that demanding a formal exercise ECG before commencing the CR programme may lead to delayed referral due to lack of resources. Therefore we have chosen in Sweden to allow symptom free patients after PCI to start training without demanding an exercise ECG first. In practice this means that the physiotherapist conducts a simple endurance test at the start but without ECG monitoring one week after PCI. It works well.

Chapter 7: excellent, but did you know that more than half of our patients seek further information on the Internet, beyond the information given from the hospital? Do consider to include a statement on the growing importance of web-based teaching in the document.

Chapter 8: There is a discrepancy here: you recommend strongly to provide psychosocial support to IHD patients, but the recommendation for CHF patients is weak. What about the many CHF patients where heart failure is caused by IHD...? Do observe that the so-called type A behaviour is debated in the scientific literature and nowadays generally less well accepted. Why a separate chapter 9 on depression, as the recommendation is merely based upon good clinical practice? Might be better included in chapter 8?

Chapter 10 reflects the difficulty of performing long-term randomized controlled trials of nutritional intervention, thus the evidence is still mainly observational. Yet, the issue of good food habits is relevant and patients often ask for guidance. I welcome the recommendations in this part although the chapter is quite short and not very informative. Why is there no recommendation as to the use of salt?

Chapter 11: informative, but I lack a recommendation on the role of passive smoking ("second-hand" smoke).

Chapter 12: State that the large majority of the target population is within the retirement age group. Even if the evidence base is weak for the patients of working age, shouldn't one consider giving some form of guidance? In our country we see no contraindications to resume work within the first month after an uncomplicated PCI and a quality indicator for a CR programme is the percentage of patients who are back at work after three months. It might be worth while to strengthen this chapter.

Addenda: no further comments except for the benefits of quality monitoring in a national database. We have excellent experiences of the Swedish SEPHIA register where most of the hospitals participate and where the performance of the individual CR programme are

regularly compared to the national average outcome of quality indicators. This has had a clear positive effect on the quality of care. Therefore I recommend a strong demand from the Danish Sundhedsstyrelsen on monitoring CR. If authorities do not act, one cannot expect that other initiatives will take command of quality control in cardiac rehabilitation.

Maja-Lisa Løchen
Professor
Institutt for samfunnsmedisin
Universitetet i Tromsø
N-9037 Tromsø
Norge
Epost maja-lisa.lochen@uit.no
Telefon: +47 77644840

Tromsø 250713

Ane Bonnerup Vind
Læge Phd
Sekretariat for nationale kliniske retningslinjer
Sundhedsstyrelsen

Peer review av dansk national klinisk retningslinje for hjerterehabilitering

Jeg takker for invitasjonen til å være peer review. Jeg er kardiolog og har en bistilling som overlege ved Universitetssykehuset Nord-Norge i Tromsø, der jeg arbeider som generell kardiolog med spesielle oppgaver innen pasientopplæring og hjerterehabilitering inkludert sekundærprofylakse hos pasienter med iskemisk hjertesykdom. Min hovedstilling er som professor i forebyggende medisin ved Universitetet i Tromsø, og min forskningsbakgrunn er hovedsakelig innen kardiovaskulær epidemiologi og forebygging.

Den kliniske retningslinjen for hjerterehabilitering er en systematisk oversikt innenfor dette området med anbefalinger basert på foreliggende evidens. Bakgrunnen er at Folketinget i regi av Sundhedsstyrelsen har vedtatt at kliniske retningslinjer skal utarbeides. Pasientgruppen er avgrenset til iskemisk hjertesykdom, hjertesvikt og hjerteklaffopererte pasienter. Målgruppen er helsearbeidere, pasienter, pårørende og beslutningstakere. Emnet er avgrenset til fase II hjerterehabilitering og omfatter ikke sekundær medisinsk profylakse. Dette synes jeg svekker retningslinjens relevans noe, fordi rehabilitering og medikamentell sekundærprofylakse er så tett knyttet sammen, spesielt når det gjelder hjertesykdom. De anbefalingene som gis gjelder for alle aldre og begge kjønn. Kan hende skulle aldersaspektet vært behandlet noe grundigere, da tilbudet for unge og middelaldrende hjertepasienter antakelig bør være annerledes enn for geriatriske

hjerterpasienter. Arbeidsgruppen er solid og adekvat sammensatt, og det er lagt opp til en omfattende høringsrunde med noe korte frister. Retningslinjen er 55 sider i høringsversjonen. Den er meget oversiktlig og inneholder relevante bilag og en fylldig referanseliste. Retningslinjen er relativt lett tilgjengelig for fagpersonell, men noe mindre tilgjengelig for pasienter og pårørende. For denne siste gruppen er imidlertid side 9 med Centrale budskaper essensiell, dette avsnittet kunne vært flyttet helt foran i dokumentet og eventuelt vært supplert med faktabokser.

Søkestrategien er tydelig beskrevet og gir et solid inntrykk. Man har først søkt etter internasjonale guidelines og systematiske reviews og deretter mer spesielt med utgangspunkt i 8 fokuserte PICO-spørsmål etter metaanalyser, systematiske reviews og RCT. Forfatterne brukte GRADE-systemet for å vurdere kvaliteten av arbeidene. Det er først en meget fin gjennomgang av GRADE-systemet i dokumentet. I dette systemet klassifiseres kvaliteten i den foreliggende kunnskapen (evidensen) som høy, moderat, lav eller svært lav. Samtidig vil man kunne gi anbefalinger for eller mot en gitt intervensjon som er sterke eller svake. I GRADE-systemet ligger innebygget en klar rangering av hvilke studiedesign som anses å være av høyest kvalitet, og der rangerer ikke uventet det randomiserte kontrollerte forsøket høyest. Sterk evidens vil ikke nødvendigvis tilsi en sterk anbefaling. En sterk anbefaling betyr også at de fleste pasienter vil ønske tilbudet, klinikere vil sørge for at pasientene får det, og helsevesenet vil tilrettelegge for implementering.

På en av GRADEs hjemmesider: <http://www.gradeworkinggroup.org/FAQ/index.htm> finner man følgende «...evidence from observational studies will in general be appreciably weaker than evidence from experimental study designs, randomized control trials». Dette utsagnet vil ofte være riktig, men her kan man trekke fram et eksempel som gjelder røyking og effekten av røykeslutt. Der finnes det så langt bare ett kontrollert eksperimentelt forsøk, og det viste først ingen effekt av å slutte (Rose & Hamilton 1978). Senere oppfølging over 20 år viste en svak effekt, langt lavere enn observasjonsstudiene tilsa (Rose & Colwell 1992). Allikevel og til tross for at vi mangler flere RCT stoler vi fullstendig på observasjonsstudiene, og vi bygger våre anbefalinger om røykeslutt på deres resultater. Når det gjelder PICO-spørsmål 6 om kostintervensjon, faller det spesielt uheldig ut i dokumentet at man ikke har integrert observasjonsstudier, og man gir faktisk ingen anbefaling overhodet, noe som er i strid med alminnelig klinisk praksis. Derimot har andre områder som for eksempel PICO-spørsmål 5 om oppsporing av angst og depresjon endt opp med en anbefaling basert på god klinisk praksis, til tross for manglende evidens. Det virker i denne sammenhengen noe pussig at kost ikke er med i de hele tatt som en anbefaling, både i hoveddokumentet og under de Centrale budskaper.

Når det gjelder levevaner som røyking, fysisk aktivitet og kostvaner vil vi som forskere ha meget store problemer med å gjennomføre randomiserte kontrollerte forsøk som er tilstrekkelig langvarige og omfattende til å kunne valide kunnskaper om effekten på harde endepunkter som dødelighet og sykkelighet hos disse hjertepasientene. Dette bør et slikt dokument diskutere. Det betyr at kvaliteten av studiene ikke avhenger av design, men av hvilke muligheter forskerne faktisk har til å kontrollere for konfunderende variable, eller andre systematiske feil.

Dokumentets anbefalinger og konklusjoner er nesten utelukkende basert på at man mener observasjonsstudier tilsier dårlig kvalitet. Etter mitt syn er det feil bruk av kvalitetsbegrepet innen forskning. Design velges ut fra hva som er mulig ut fra det problemet som skal studeres. Kvalitet handler om metoder for utvalg, metodestandardisering, standardisert gjennomføring, valg av statistiske analyser og rapportering, og slik jeg oppfatter det ikke kun av design alene. Slik man har anvendt GRADE-systemet i dokumentet, mener jeg at man kan ha forkastet vesentlig informasjon.

Til tross for disse kritiske bemerkningene så gir retningslinjen et meget solid inntrykk når det gjelder kunnskapsinnhenting. Jeg synes også det er meget prisverdig at hjerterehabilitering løftes fram i en nasjonal retningslinje i Danmark, det i seg selv vil sikkert bidra til å bedre tiltakets kvalitet og tilgjengelighet. Mine innvendinger går mer på hvordan kunnskapen presenteres og tolkes for noen av punktene. Det betyr at retningslinjen kan være litt vanskelig å bruke som rettesnor for klinisk virksomhet i hjerterehabiliteringen.