

Videnskabelig Leder

Nye måder at tilbyde hjerterehabilitering kræver løbende evaluering i praksis

Lars Hermann Tang^{1, 2} & Kirstine Lærum Sibilitz³

Ugeskr Læger 2024;186:V205174. doi: 10.61409/V205174

Evidensen for hjerterehabilitering er solid på tværs af flere patientgrupper. Indsatsen er både klasse A-anbefalet i internationale guidelines for præventiv kardiologi og velintegreret i behandlingen i mange lande [1].

Alligevel deltager færre end 50% af alle berettigede patienter med hjertesygdomme i rehabilitering i en lang række lande. Særligt kvinder, ældre og etniske minoriteter deltager i mindre omfang. Der findes mange barrierer relateret til dette, både hos patienten og hos behandleren, og strukturelt kan sundhedssystemet reducere tilgængelighed til selve indsatsen [2].

Den generelle lave deltagelsesrate i hjerterehabilitering og COVID-19-pandemien har skabt grundlag for alternative leveringsmodeller til den traditionelle centerbaserede model med fysisk fremmøde. Et nyligt publiceret Cochranereview af *McDonagh et al* [3] har opgjort effekten af hjemmebaserede rehabiliteringsmodeller til personer med iskæmisk hjertesygdom eller hjertesvigt. De hjemmebaserede modeller i studiet kunne bl.a. indeholde digitale elementer (f.eks. apps eller aktivitetssensorer) til mere håndholdte modeller med informationsmateriale. Samlede data fra 24 randomiserede kliniske forsøg (i alt 3.024 patienter) viser, at hjemmebaserede rehabiliteringsmodeller opnår samme effekt i mortalitet, fysisk kapacitet og helbredsrelateret livskvalitet uden øget antal alvorlige bivirkninger eller skadevirkninger som hjerterehabilitering med fysisk fremmøde [3]. Disse fund understøtter eksisterende viden om, at alternative rehabiliteringsmodeller er effektive og sikre at anvende. Derved støtter evidensen den konstante udbredelse af andre modaliteter i klinisk praksis. *McDonagh et al* understreger dog, at der mangler viden, som på langt sigt kan bekræfte de kortsigtede fund [3].

Selvom det er fristende i disse »Vælg Klogt«-tider, må brugen af alternative leveringsmodeller i hjerterehabilitering ikke ses som en spareøvelse. Faktisk estimerer *McDonagh et al*, at udgifter til mange af disse løsninger er de samme som til centerbaseret rehabilitering [3]. Brugen af alternative leveringsmodeller skal ses som en mulighed for at påvirke den sociale ulighed i rehabilitering ved at møde individuelle behov og præferencer hos patienten. Samtidig skaber det

unikke muligheder for individuelle og fleksible hjerterehabiliteringsforløb.

Men kan vi bare tage alle nye hjemmebaserede modeller ned fra hylden og anvende dem i praksis? Nej, selvfølgelig ikke. Modellerne skal efterleve de kvalitetskrav, vi stiller til de traditionelle modeller. Data fra 182.000 patienter med iskæmisk hjertesygdom indsamlet via the National Audit of Cardiac Rehabilitation, en kvalitetsdatabase med data fra ca. 300 hjerterehabiliteringsprogrammer i Storbritannien, viser, at deltagelse i et hjemmebaseret træningsprogram er associeret med 34% lavere sandsynlighed for at gennemføre et hjerterehabiliteringsforløb sammenlignet med centerbaseret rehabilitering [4]. Effekten må derfor ikke være det eneste krav til succes i evalueringen af nye leveringsmodeller i klinisk praksis – særligt ikke hvis gennemførelsesraten reduceres.

Klinikere og beslutningstagere pålægges altså et ansvar i udvælgelse og anvendelse af nye rehabiliteringsmodeller i klinisk praksis. Udvælgelsen bør ske med udgangspunkt i evidensen. Det kan være svært, fordi hjemmebaserede leveringsmodeller er i konstant udvikling, bl.a. pga. den digitale udvikling. Som understøttet af ADAPT-guidelines [5] bør evidensbaserede interventioner ikke tilpasses og implementeres i praksis, uden at progressionskriterier og kvalitetsindikatorer først er defineret. Disse sikrer, at den valgte model præsterer som tiltænkt på parametre som deltagelse, gennemførbarhed, effekt og sikkerhed.

Slutteligt skal det understreges, at for at reducere social ulighed i hjerterehabilitering kræver det, at vi udvikler hjerterehabiliteringsindsatsen. Nye tilpassede modeller, hjemmebaserede eller ej, kan være en mulighed for at nå bredere med fleksible tilbud, der favner flere patienter med forskellige sundhedskompetencer og behov [2]. Patienterne skal være med i udviklingen og udbredelsen af hjerterehabilitering, så deres individuelle behov og præferencer imødegås.

Korrespondance 1) Forsknings- og Implementeringsenheden PROgrez, Slagelse Sygehus, 2) Institut for Regional Sundhedsforskning, Syddansk Universitet, 3) Afdeling for Hjertesygdomme, Københavns Universitetshospital – Amager og Hvidovre Hospital. E-mail: kirstine.laerum.sibilitz@regionh.dk

Interessekonflikter Forfatterens ICMJE-formular er tilgængelig sammen med lederen på ugeskriftet.dk

Open Access under Creative Commons License [CC BY-NC-ND 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

REFERENCER

1. Ambrosetti M, Abreu A, Corrà U et al. Secondary prevention through comprehensive cardiovascular rehabilitation: from knowledge to implementation. *Eur J Prev Cardiol.* 2021;28(5): 460-495. <https://doi.org/10.1177/2047487320913379>
2. Thomas RJ. Cardiac rehabilitation – challenges, advances, and the road ahead. *N Engl J Med.* 2024;390(9):830-841. <https://doi.org/10.1056/NEJMra2302291>
3. McDonagh ST, Dalal H, Moore S et al. Home-based versus centre-based cardiac rehabilitation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2023;10(10):CD007130. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD007130.pub5>

4. Tang LH, Harrison A, Skou ST. Are patient characteristics and modes of delivery associated with completion of cardiac rehabilitation? *Int J Cardiol.* 2022;361:7-13. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2022.05.007>
5. Moore G, Campbell M, Copeland L et al. Adapting interventions to new contexts-the ADAPT guidance. *BMJ.* 2021;374:n1679. <https://doi.org/10.1136/bmj.n1679>