



NATIONAL KLINISK RETNINGSLINJE FOR REHABILITERING AF PATIENTER MED KOL

Quick guide

Overvej at tilbyde KOL-rehabilitering til patienter med KOL og MRC under eller lig med 2 (åndenød i lettere grad).

Svag anbefaling

Anbefalingen er opdateret uden ændringer i 2018.

Det er vigtigt at afklare indikationen for deltagelse i rehabilitering. Det anbefales, at patientens mulighed og motivation for at deltage i og gennemføre rehabilitering afklares ved en systematisk vurdering af patienten. Tilbuddet om KOL-rehabilitering bør være baseret på den enkelte patients motivation for deltagelse. Herunder er det især patienter med muskelsvækkelse eller lavt aktivitetsniveau, der kan opfordres til rehabilitering.

Påbegynd KOL-rehabilitering indenfor 4 uger efter indlæggelse for en KOL eksacerbation.

Stærk anbefaling

Anbefalingen er opdateret uden ændringer i 2018.

Efter indlæggelse for en KOL-eksacerbation er det vigtigt, at der foreligger en genoptræningsplan. Det er vigtigt at inddrage og motivere patienten til at deltage i rehabilitering indenfor 4 uger og om muligt lave en aftale herom allerede under indlæggelsen.

Overvej som udgangspunkt at tilbyde udholdenhedstræning kombineret med styrketræning og alternativt kun udholdenhedstræning eller styrketræning som en del af rehabiliteringen for patienter med KOL.

Svag anbefaling

Anbefalingen er opdateret og ændret i 2018.

Det er god almen træningspraksis at kombinere de to træningsmodaliteter, da træningsformerne har forskellige egenskaber og patofysiologisk relevans. Patienter med KOL, der grundet åndenød ikke kan udføre udholdenhedstræning ved en tilstrækkelig høj intensitet, kan formentlig med fordel tilbydes styrketræning, da der ved styrketræning opnås samme resultater, som ved udholdenhedstræning med et ekstra element i form af øget styrke. Desuden vil patienter med KOL og svær åndenød samt muskelsvækkelse have lettere ved at deltage i styrketræning frem for udholdenhedstræning, idet styrketræning belaster det respiratoriske system i mindre grad end udholdenhedstræning.

Kombinationen af de to træningsformer anbefales, med mindre patientens ønsker, behov mm. foreskriver andet. For begge træningsformer er det vigtigt, at der sammensættes et individuelt tilpasset og superviseret træningsprogram, hvor belastningen progressivt øges over tid. Styrketræningen skal foregå efter repetitions maximum (RM)-princippet, hvilket betyder at patienten kun lige kan tage det antal gentagelser, som er foreskrevet. Hver gang patienten udfører flere repetitioner end det foreskrevne, øges belastningen.



Det er god klinisk praksis at overveje styrketræning til patienter med KOL, som ikke kan deltage i et vanligt rehabiliteringsprogram på grund af sygdommens sværhedsgrad.

God praksis

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018.

Arbejdsgruppen vurderer det hensigtsmæssigt, at der udformes en praksis for, hvilke overvejelser, der afgør hvilke patienter med svær KOL, der skal tilbydes styrketræning, herunder hvilken træningsform, der kan benyttes og ved hvilken intensitet.

Overvej at tilbyde ernæringsterapi til underernærede patienter med KOL i forbindelse med et rehabiliteringsprogram.

Svag anbefaling

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018.

Der er evidens af moderat kvalitet for, at ernæringsterapi øger vægten med ca. 1,7 kg, men ikke har effekt på outcomes som livskvalitet, ADL og gangdistance. Vægtøgning er formentlig gavnlige, men er et surrogatmål, der ikke med sikkerhed har en selvstændig værdi for patienten, hvis det ikke samtidig øger livskvaliteten og det daglige funktionsniveau. Ernæringsterapien kan foregå ved at kombinere ernæringsdrikke med individuel vejledning, hvor patienten kan få hjælp til et øget energi- og proteinindtag på patientens vilkår og præferencer.

Overvej at tilbyde gruppebaseret, struktureret patientuddannelse i forbindelse med KOL-rehabilitering.

Svag anbefaling

Anbefalingen er opdateret uden ændringer i 2018.

Det antages, at den enkelte patient med KOL, som deltager i gruppebaseret, struktureret patientuddannelse, har interesse i at få viden om sygdom, forebyggelse, behandling og livet med KOL. Der vil dog være patienter med KOL, der af forskellige grunde ikke ønsker eller ikke er egnede til denne form for patientuddannelse.

Information og oplysning om sygdommen bør formidles på en hensynsfuld måde, der ikke skaber unødige bekymringer. Den formidlede viden skal kunne anvendes og overføres til hverdagslivet med henblik på, at den enkelte patient kan leve bedst muligt med sin sygdom. En måde at gøre dette på er gennem aktiv læring. Her trænes patienterne aktivt i de handlinger, som er af betydning for at kunne mestre (håndtere) hverdagslivet. Patientuddannelse kan således med fordel integreres i rehabiliteringens øvrige elementer, som eksempelvis fysisk træning, madlavning etc.



Overvej at inddrage pårørende i rehabiliteringen for patienter med KOL.

Svag anbefaling

Anbefalingen er opdateret og ændret i 2018.

Det er altid op til den enkelte patient at tage beslutning om, hvorvidt og i hvilket omfang de pårørende skal involveres eller ej. Pårørende er ofte en patients vigtigste støtte under et sygdomsforløb og betragtes som en ressource i forhold til patienten. Det vurderes derfor centralt at inddrage pårørende som en ressource i sygdomsforløbet både i overensstemmelse med patientens ønsker og i det omfang, det er ønsket/hensigtsmæssigt for den enkelte pårørende. Pårørende kan selv være udsatte på grund af den belastning, kronisk sygdom hos en nærtstående kan være. Det vurderes, at inddragelse af de pårørende i KOL-rehabilitering kan medvirke til at støtte såvel patienten som de pårørende, sætte fokus på samspillet mellem patient og pårørende samt håndtering af udfordringer og ændringer i roller, som kronisk sygdom kan medføre.

Det er god klinisk praksis at rehabiliteringsprogrammer til patienter med KOL er af 8-12 ugers varighed.

God praksis

Opdatering af anbefalingen er ikke vurderet nødvendig i 2018.

Interventionen i studierne har mere karakter af vedligeholdelsestræning end af langvarig rehabilitering. Det ser ud til at de opnåede forbedringer herved i højere grad blev vedligeholdt. Fortsat træning vurderes at være gavnlig, da det erfaringsmæssigt er svært at fastholde fysiske forbedringer opnået ved et rehabiliteringsprogram, specielt i efterforløbet af eksacerbationer, ligesom sygdommens progredierende karakter fører til tab af muskelmasse.



Om quick guiden

Quick guiden indeholder de centrale anbefalinger i den nationale kliniske retningslinje vedrørende rehabilitering af patienter med KOL. Retningslinjen er udarbejdet i regi af Sundhedsstyrelsen.

Fokus for den nationale kliniske retningslinje for KOL er afgrænset til rehabilitering, herunder brugen af gruppebaseret patientuddannelse i forbindelse med rehabilitering og inddragelse af pårørende. Patientens tilstand, herunder sværhedsgraden af åndenød, kan i visse tilfælde have betydning for om hvorvidt man vil tilbyde rehabilitering. Det fremgår under hvert fokuseret spørgsmål, hvordan populationen har været afgrænset.

Den nationale kliniske retningslinje indeholder således anbefalinger for udvalgte dele af området, og kan ikke stå alene, men skal ses i sammenhæng med øvrige retningslinjer, vejledninger, forløbsbeskrivelser mv. på området.

Uddybende materiale på sundhedsstyrelsen.dk

På [Sundhedsstyrelsens hjemmeside](http://sundhedsstyrelsen.dk) kan man tilgå den fulde version af den nationale kliniske retningslinje inklusiv en detaljeret gennemgang af den bagvedliggende evidens for anbefalingerne.

Om de nationale kliniske retningslinjer

Denne nationale kliniske retningslinje er én af Sundhedsstyrelsens 47 nationale kliniske retningslinjer, som i perioden 2017-2020 vurderes med henblik på opdatering.

Yderligere materiale om emnevalg, metode og proces ligger på sundhedsstyrelsen.dk.