

Genoptrænings- forløbsbeskrivelse for borgere med *claudicatio intermittens*



Indhold

Indledning.....	3
Handleanvisning flowchart.....	4
Flowchart.....	5
Baggrundsviden	8
Litteraturliste	9
Nyttige links	12
Bilag 1: Søgematrix.....	12

Fagligt ansvarlig: Annette Fisker
E-mail: SE89@kk.dk
Telefon: 2113 6982
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 01-10-2023
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266



Indledning

Formål

Formålet med genoptræningsforløbsbeskrivelsen (GFB) er, på baggrund af den nyeste evidens samt best practice, at beskrive indholdet i genoptræningsforløbet for borgere med claudicatio intermittens (CI). Herved sikres, at borgerne modtager evidensbaserede genoptræningsforløb af høj faglig kvalitet.

Intentionen med en genoptræningsforløbsbeskrivelse

Intentionen med genoptræningsforløbsbeskrivelsen (GFB) er at give et evidensbaseret fundament for praksis sat ind i et tidsmæssigt perspektiv, hvis dette er muligt. De evidensbaserede anbefalinger som angives i flowchartet, er baseret på viden fra studier af højest mulig kvalitet, hvor der er påvist effekt af den pågældende behandling, og disse evidensbaserede anbefalinger er suppleret med anbefalinger fra klinisk praksis. Det skal bemærkes, at denne GFB er udarbejdet på baggrund af en systematisk litteratursøgning, men litteraturen er *ikke* systematisk vurderet.

GFB dikterer således ikke et standardbehandlingsforløb, men udstikker en evidensbaseret referenceramme. Overholdelse af en GFB vil ikke i alle tilfælde garantere et succesfuldt forløb, i visse tilfælde kan en anden behandlingsmetode med lavere evidensstyrke være at foretrække, fordi den passer bedre til borgerens situation. Beslutning om behandling til den enkelte borger bliver således taget i samråd med borgeren, som bliver oplyst om diagnosen, behandlingsmulighederne og evidensen herfor. Ved væsentlige afvigelser fra anbefalingerne i genoptræningsforløbsbeskrivelsen, som f.eks. brugen af lokale guidelines, anden træningsintensitet og frekvens eller igangsætning af ikke-anbefalet intervention skal argumenteres for og dokumenteres i borgerens journal.

GFB for borgere med CI er det gældende retningsgivende dokument på området i Københavns Kommune. Eventuelle lokalt udarbejdede retningslinjer kan supplere GFB, men aldrig træde i stedet for denne. Såfremt der ikke eksisterer en GFB, følges normen for almindelig kendt faglig standard jf. autorisationsloven. GFB skal desuden bidrage til borgerrettede og fagprofessionelle informationer på KK-net.

Ansvarsfordeling mellem leder og medarbejder

Det er den lokale ledelses ansvar at sikre, at medarbejderen er bekendt med denne vejledning, samt at medarbejderen er kvalificeret til at levere de genoptræningsydelser som beskrives. Det er medarbejderens ansvar at anvende og følge denne vejledning.

Målgruppe

GFB er målrettet fysioterapeuter og ergoterapeuter, som varetager genoptræningsforløb efter Sundhedslovens § 140 eller Servicelovens §86.

Definition af centrale begreber

Claudicatio intermittens (CI) er en kronisk sygdom, som især ses hos den ældre del af befolkningen, med en lille overvægt af mænd i forhold til kvinder. Sygdommen begrænser fysisk aktivitet og medfører nedsat livskvalitet. Der diagnosticeres ca. 5.000 nye tilfælde i Danmark hvert år med CI, der også er kendt som vindueskiggersyndromet. CI er defineret ved reproducerbare smerter, kramper eller træthed i benene, som udløses af gang. Generne i benene skyldes utilstrækkelig blodforsyning og svinder i hvile. CI er det primære symptom på underekstremitetsarteriosklerose (1).

CI klassificeres og behandles efter Fontaines klassifikationssystem. For stadierne I, IIA, IIB er der oftest tale om forebyggende tiltag i form af træning, medicinering og livsstilsændringer, mens der for stadierne III og IV, i svære tilfælde, kan være behov for indgreb i form af operation med stent i lysken (1).

Fagligt ansvarlig:	Annette Fisker	Oprettet:	01-10-2023
E-mail:	SE89@kk.dk	Opdateret:	01-10-2023
Telefon:	2113 6982	Gældende til:	01-10-2026
Afdeling:	Afdeling for Rehabilitering	Version:	1.0
Center:	Center for Sundhed og Rehabilitering	E-doc:	2023-0383266

Tabel 1. Fontaines klassifikation (2–4)

I	Asymptomatisk
II	Claudicatio intermittens, gangdistance:
A	≥ 200 meter
B	< 200 meter
III	Hvilesmerter ^a
IV	Ulcerationer, ikke helende sår eller gangræn

^aKarakteriseret som natlige smerter, der opstår i hvile.

Handleanvisning flowchart

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen for borgere opereret med claudicatio intermittens skal anvendes sammen med "Vejledning i terapeutfaglig dokumentation", hvor minimumskrav til terapeutfaglig dokumentation beskrives. Der henvises desuden til vejledning for "Effektmåling på genoptræningsområdet" og "Samtalen om forebyggende indsatser" (se link under "Nyttige links"). Se flowchart på følgende side (s. 5)

Tegnforklaring for flowchart:

6 minutters gangtest: 6MWT

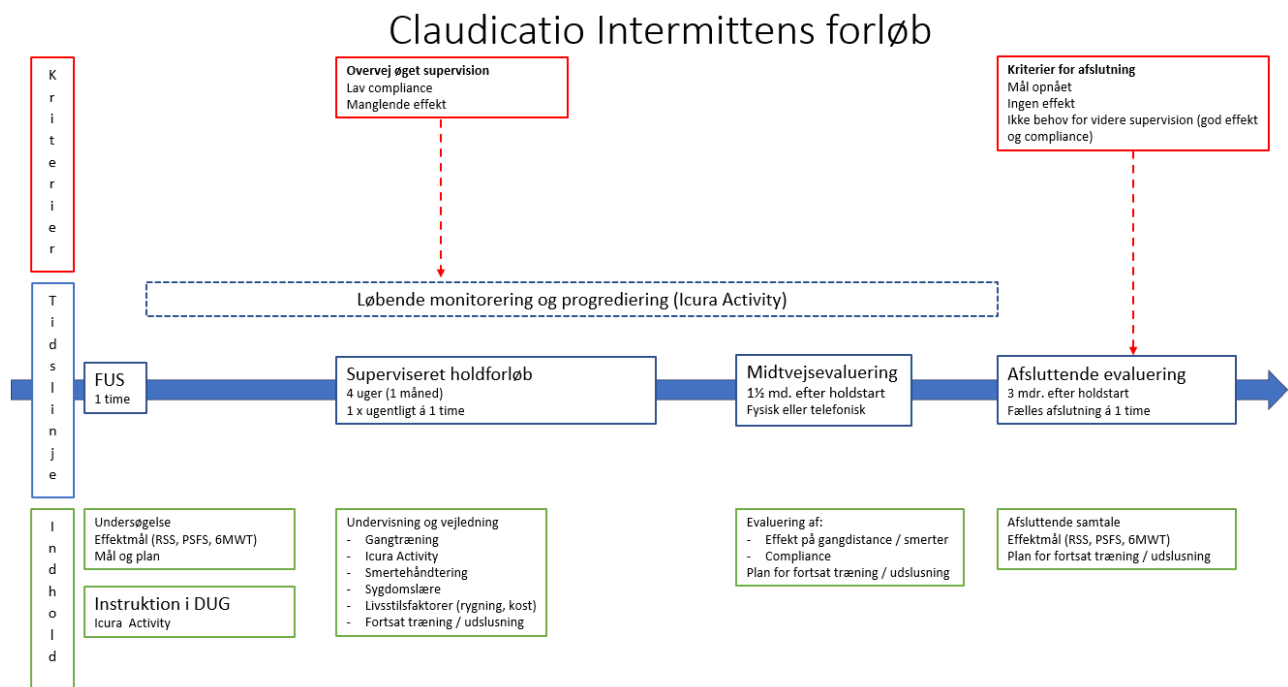
Patient specifik funktionel skala: PSFS

RSS: 30 sekunders rejse sætte sig test

DUG: Digital genoptræning

FUS: Førstegangsundersøgelse

Forløbsoversigt



Fagligt ansvarlig: Annette Fisker
E-mail: SE89@kk.dk
Telefon: 2113 6982
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 01-10-2023
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266

Flowchart

Generel intervention	Forløb
<p>Overordnede restriktioner, anbefalinger og mål i rehabilitering af borgere efter diagnosticering af claudicatio intermittens.</p> <p>Restriktioner</p> <p>Der er ingen generelle kontraindikationer for træning af borgere med CI (5). Gennem hele forløbet bør terapeuten være opmærksom på evt. nyopståede komplikationer og reagere med kontakt til læge/hospital. Dette kunne eksempelvis være (6) almene kardiovaskulære røde flag, som (7–9)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mistanke om hjertesvigt - Pludselig stor vægtøgning over dage/uger (væske i lunger/kroppen) • Mistanke om iskæmisk hjertesygdom - Smerter i hvile eller nyopstået hjerterytmeforstyrrelse i hvile/aktivitet • Smerte/pres i og omkring brystet • Ukontrolleret forhøjet blodtryk undlad hård fysisk belastning (systolisk > 180 mmHg, eller diastolisk > 105 mmHg) (7,9) • En generel opmærksom på hvis borgeren oplever svimmelhed, er omtumlet eller forvirret <p>Generelle anbefalinger</p> <p>Der er høj grad af evidens for, at <i>struktureret</i> superviseret gangtræning indtil en moderat til stærk smertegrænse kan øge personens gangdistance (10–12). Andre træningsmodaliteter, som styrketræning af underekstremitetens muskler, stavgang eller en kombination af de forskellige træningsmodaliteter har tillige en gavnlig effekt på gangdistance og livskvaliteten (13,14).</p> <p>Overordnede mål for forløbet:</p> <p>Øge gangdistance og livskvalitet Sikre at borgeren forstår og efterlever begrebet livslang træning</p>	<p>Forløb</p> <p>Læs altid GOP, da restriktioner kan forekomme.</p>
<p>Fase 1 Superviseret forløb</p> <p><u>Overordnet mål for fase 1:</u> Forståelse af sygdom. God compliance af træningsprogram inkl. anvendelse af skridttæller. Øge gangdistance før smertedebut. Målaflaring. Refleksion over eller identifikation af fortsat træningsindsats.</p> <p>Holdforløbet indeholder nedenstående elementer:</p> <p>1. Træning</p> <p>Træningen følger digital genoptræningsløsning (DG) med en skridttæller (pedometer), for at motivere borgeren (15,16) og øge borgerens fysiske aktivitet (17,18).</p> <p><u>Konditionstræning</u></p>	<p>Opstart af forløb Der henvises til; "Vejledning i terapeutfaglig dokumentation"</p> <p>"Vejledning om effektmåling på genoptræningsområdet" Se geriatri.</p> <p>Supplerende SKAL -test: 6MWT – gangdistance indtil til første pause og totale distance efter 6 minutter.</p> <p>Borgerne tilbydes, som udgangspunkt 7 superviseret behandlinger,</p>

Fagligt ansvarlig: Annette Fisker
E-mail: SE89@kk.dk
Telefon: 2113 6982
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 01-10-2023
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266



<p>Intermitterende gangtræning dagligt minimum 30 – 60 minutter indtil moderate til stærke smerter i benene (f.eks. NRS= 4-10 eller til acceptable smerter). Træningen kan foregå hjemme (19) og kan også med fordel foregå på et gangbånd (20).</p> <p>Borgeren går 3-5 minutter inden pause. Efter en pause og symptomreduktion går borgeren igen. Denne gangcyklus skal gentages indtil borgeren har gået 30 minutter. Nogle borgere kan kun gå 10-15 minutter per træningsgang. Deres gangvarighed skal gerne øges med 5 minutter per uge. Konditionstræning kan tillige foregå på en motionscykel eller armcykel, 10 sæt á 2 minutter, 2x ugentligt (20).</p> <p><u>Progressiv styrketræning</u> Underekstremitetens store muskler, 3 sæt á 15-20 gentagelser, 15-20 RM (Repetition Maximum) 2-3x ugentligt. (19,21).</p> <p>Holdtræning og samvær kan give en holdånd. Hvis træningen kan gøres underholdende og sjov er det fordelagtig (16).</p> <p>2. Patientuddannelse</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sygdomslære inklusiv prognose (18,22) • Smerte/symptomhåndtering • Risikofaktorer; særligt rygning og kost (11) • Træningslære, progressiv målsætning og livslang træning (self-efficacy) (11) • Deltagerinvolvering (23) <p><u>Smerte/symptomhåndtering (24)</u> Borgeren undervises i at forstå og håndtere smerte, med det formål at borgeren forstår at det ikke er farligt at træne ind i smerterne. Borgerens skal informeres om muskelømheden i forbindelse med træningen. Smertehåndtering er et centralt omdrejningspunkt for at sikre compliance undervejs i forløbet, samt livslangt.</p> <p><u>Livslang træning</u> Undervejs i forløbet skal borgeren klædes på til, selv at kunne varetage livslang forebyggende træning for at udskyde en karoperation og minimere risikoen for kardiovaskulære sygdomme (11). Deri ligger, at terapeuten foranlediger aftaler med lokale aktører som f.eks. aktivitetscentre, klubber og andre frivillige organisationer, om vedligeholdende aktiviteter.</p> <p><u>Deltagerinvolvering</u> Der tilstræbes at skabe et rum hvor borgerne oplever et fællesskab, kan reflektere og udveksle erfaringer, og opmuntre hinanden. Borgeren kan være aktivt bidragende til og have indflydelse på valg af egne aktiviteter.</p> <p>3. Digital Genoptræning (DG) Alle borgere der indgår i et forløb, introduceres samtidig for ICURA Activity (alternativt Exorlive GO). Sensoren er med til at understøtte aktiviteten undervejs i hele forløbet og målsætningen for gangdistance, kan løbende</p>	<p>hvor 4 gange er på hold. Jvf Forløbsoversigt</p> <p>Udlevering af DG.</p> <p>Anbefalede effektmål</p> <p>Testmanualer kan tilgås via Måleredskaber i Vidensbanken.</p>
--	--

<p>progredieres ved hjælp af skridttælleren. Der er mulighed for at tilpasse hjemmetræningen.</p>	
<p>Fase 2 - Hjemmetræning og Midtvejsevaluering</p>	
<p><u>Overordnet mål for fase 2:</u> Øge gangdistance God compliance af træningsprogram inkl. anvendelse af skridttæller. Motivere borgeren til fortsat træning. Identifikation af fortsat træningsindsats.</p> <p><u>Hjemmetræning</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Borgeren træner selv efter anvisningerne fra holdforløbet, understøttet af en DG løsning (evt. ICURA Activity eller Exorlive GO). • Borgeren kan selvstændigt varetage struktureret træning inklusive monitorering af gangdistance. Borgeren kan evt. med fordel anskaffe sig en skridttæller. <p><u>Midtvejsevaluering (Uge 6)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Borgeren understøttes af en midtvejsevaluering, hvor der er mulighed for fysisk fremmøde. Midtvejsevalueringen kan samtidig danne rammen om igangsættelse af yderligere vedligeholdende tiltag. <p><u>Afslutning (Uge 12)</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Med udgangspunkt i borgerens mål, samles op på forløbet. Aftaler i forhold til vedligeholdende tiltag samt livslang læring sikres. 	<p>Sluttest batteri inkl. rejse-sætte-sig, PSFS (patient specifik funktionel skala) og 6MWT – gangdistance indtil til første pause og totale distance efter 6 minutter.</p>

Baggrundsviden

Prævalensen for personer med claudicatio intermittens (CI) er omkring 2 % for 50-60-årige og 6-7 % for 65-75-årige. Forekomsten er i hele befolkningen 2-10 per 1.000 mænd afhængig af aldersgruppen, rygevaner og forekomst af diabetes og ca. det halve for kvinder i samme alder (5).

Prognose

Den primære behandling af CI er rygestop, træning og medicinsk. Medicinsk behandling stiler mod modifikation af risikofaktorer. De væsentlige risikofaktorer for udvikling af CI er rygning, diabetes type 2, hypertension, og hyperlipidæmi (25). Det primære formål med genoptræningen, er at øge gangdistancen og nedsætte risiko for progression af sygdommen, samt at mindske den tilhørende kardiovaskulære morbiditet og mortalitet (11).

Op mod 60% af patienterne, som har CI, har en signifikant underliggende koronar- eller karotidsygdom. Fem år efter, at diagnosen er stillet, har 5% af patienter med CI fået en benamputation, 10- 15% er døde, og 30% har fået en blodprop i enten hjernen eller hjertet (4). Struktureret gangtræning har *ikke* vist sig at forebygge benamputation og død i en population af borgere med CI (26), men 83% af borgerne undgik angioplastik eller stenting af de afficerede kar i en 5-årig periode efter opstart af forløb (27). Derudover har det vist sig, at superviseret gangtræning har sammenlignelige forbedringer i fysisk funktion og sundhedsrelateret livskvalitet samt en forbedret overlevelsesgrad som angioplastik eller stenting af de afficerede kar (27). Fysisk funktions har vist sig at have prognostisk værdi i bestemmelsen af død indenfor en 5-årig periode. Det har vist sig, at sandsynligheden for at dø eller dø af et kardiovaskulært tilfælde er henholdsvis 2.4 eller 5.5 gange større, hvis borgeren går <273 meter i forhold til over >426 meter (28)

Multidisciplinær intervention, inklusive træning, har vist sig at øge livskvaliteten og den gennemsnitlige maksimale gangdistance med 120 meter sammenlignet med en kontrolgruppe (5). Dosis-response (antal af træningssessioner per uge) er ikke fastlagt (20), men det er rapporteret, at effekten er størst de første 2 måneder gangtræningsprogram (29).

Tilbagevenden til tidligere aktivitet, idræt og arbejde

Hvorvidt borgeren vender tilbage til idræt eller arbejde efter konservativ behandling er der ikke fundet litteratur på. Som en empirisk og pragmatisk tommelfingerregel er det foreslået, at en borger kan varetage et siddende ikke-fysisk arbejde og deltage i de fleste sociale arrangementer, hvis borgeren evner at gå 70 meter uden smerter (30,31). For atleter med symptomatisk CI gælder det, at de kan vende tilbage til fysisk aktivitet med op til 75 minutter hård konditionstræning per uge (13). Der er ikke fundet anbefalinger eller data på hvor mange borgere, der vender tilbage til sport.

Fagligt ansvarlig: Annette Fisker
E-mail: SE89@kk.dk
Telefon: 2113 6982
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 01-10-2023
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266



(20)

Litteraturliste

1. Jensen MB, Nørager CB, Lindholt JS. [Intermittent claudication]. Ugeskr Laeger. 3. januar 2006;168(1):43–6.
2. Hardman RL, Jazaeri O, Yi J, Smith M, Gupta R. Overview of classification systems in peripheral artery disease. Semin Interv Radiol. december 2014;31(4):378–88.
3. Fontaine R, Kim M, Kieny R. [Surgical treatment of peripheral circulation disorders]. Helv Chir Acta. december 1954;21(5–6):499–533.
4. Harlev C, Houlind KC, Dyrby J, Rai A. [Intermittent claudication]. Ugeskr Laeger. 17. maj 2021;183(20):V11200844.
5. Sundhedsstyrelsen. Fysisk træning som behandling - 31 lidelser og risikotilstande [Internet]. Claudicatio Intermittens. 2017 [henvist 20. januar 2023]. Tilgængelig hos: <https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Fysisk-aktivitet-h%C3%A5ndbog-og-tr%C3%A6ning/Fysisk-tr%C3%A6ning-som-behandling/6-Claudicatio-intermittens-Fysisk-tr%C3%A6ning-som-behandling.ashx>
6. Franklin BA, Eijsvogels TMH, Pandey A, Quindry J, Toth PP. Physical activity, cardiorespiratory fitness, and cardiovascular health: A clinical practice statement of the ASPC Part I: Bioenergetics, contemporary physical activity recommendations, benefits, risks, extreme exercise regimens, potential maladaptations. Am J Prev Cardiol. 13. oktober 2022;12:100424.
7. Sjørl A, Soja AM, Bové K, Sibilitz K, Christensen R, Andersen U. Hjerterehabilitering [Internet]. Dansk Cardiologisk Selskab. 2022 [henvist 10. marts 2023]. Tilgængelig hos: <https://nbv.cardio.dk/hjerterehabilitering>
8. Chodzko-Zajko WJ, Resnick B, Ory MG. Beyond screening: tailoring physical activity options with the EASY tool. Transl Behav Med. juni 2012;2(2):244–8.
9. Zakari M, Alsahly M, Koch LG, Britton SL, Katwa LC, Lust RM. Are There Limitations to Exercise Benefits in Peripheral Arterial Disease? Front Cardiovasc Med. 27. november 2018;5:173.
10. Mays RJ, Rogers RK, Hiatt WR, Regensteiner JG. Community walking programs for treatment of peripheral artery disease. J Vasc Surg. december 2013;58(6):1678–87.
11. Writing Committee Members, Gerhard-Herman MD, Gornik HL, Barrett C, Barshes NR, Corriere MA, m.fl. 2016 AHA/ACC Guideline on the Management of Patients with Lower Extremity Peripheral Artery Disease: Executive Summary. Vasc Med Lond Engl. juni 2017;22(3):NP1–43.
12. McDermott MM, Spring B, Tian L, Treat-Jacobson D, Ferrucci L, Lloyd-Jones D, m.fl. Effect of Low-Intensity vs High-Intensity Home-Based Walking Exercise on Walk Distance in Patients With Peripheral Artery Disease: The LITE Randomized Clinical Trial. JAMA. 6. april 2021;325(13):1266–76.
13. Pelliccia A, Sharma S, Gati S, Bäck M, Börjesson M, Caselli S, m.fl. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. Eur Heart J. 1. januar 2021;42(1):17–96.
14. Jansen SC, Abaraogu UO, Lauret GJ, Fakhry F, Fokkenrood HJ, Tejjink JA. Modes of exercise training for intermittent claudication. Cochrane Vascular Group, redaktør. Cochrane Database Syst Rev [Internet].

Fagligt ansvarlig: Annette Fisker
E-mail: SE89@kk.dk
Telefon: 2113 6982
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 01-10-2023
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266



20. august 2020 [henvist 24. januar 2023];2020(8). Tilgængelig hos:
<https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD009638.pub3>
15. Cortnum-Fly K. EVALUERING AF ICURA ACTIVITY, SOM EN DEL AF TRÆNINGSSINDSATSEN TIL DEN GERIATRISKE BORGER. 2016;
 16. Siercke M, Berg SK, Missel M. Spurred by pedometers, unity and fun exercise: A qualitative study of participation in rehabilitation for patients with intermittent claudication (The CIPIC Rehab study). *J Vasc Nurs Off Publ Soc Peripher Vasc Nurs.* september 2021;39(3):59–66.
 17. Larsen RT, Wagner V, Korfitsen CB, Keller C, Juhl CB, Langberg H, m.fl. Effectiveness of physical activity monitors in adults: systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 26. januar 2022;376:e068047.
 18. Siercke M, Jørgensen LP, Missel M, Thygesen LC, Møller SP, Sillesen H, m.fl. Cardiovascular Rehabilitation Increases Walking Distance in Patients With Intermittent Claudication. Results of the CIPIC Rehab Study: A Randomised Controlled Trial. *Eur J Vasc Endovasc Surg Off J Eur Soc Vasc Surg.* november 2021;62(5):768–76.
 19. McDermott MM, Ades P, Guralnik JM, Dyer A, Ferrucci L, Liu K, m.fl. Treadmill exercise and resistance training in patients with peripheral arterial disease with and without intermittent claudication: a randomized controlled trial. *JAMA.* 14. januar 2009;301(2):165–74.
 20. Harwood AE, Pymmer S, Ingle L, Doherty P, Chetter IC, Parmenter B, m.fl. Exercise training for intermittent claudication: a narrative review and summary of guidelines for practitioners. *BMJ Open Sport Exerc Med.* 2020;6(1):e000897.
 21. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee IM, m.fl. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med Sci Sports Exerc.* juli 2011;43(7):1334–59.
 22. Bearne LM, Volkmer B, Peacock J, Sekhon M, Fisher G, Galea Holmes MN, m.fl. Effect of a Home-Based, Walking Exercise Behavior Change Intervention vs Usual Care on Walking in Adults With Peripheral Artery Disease: The MOSAIC Randomized Clinical Trial. *JAMA.* 12. april 2022;327(14):1344–55.
 23. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for hjerterehabilitering [Internet]. Version 1.1. Sundhedsstyrelsen; 2015. Tilgængelig hos:
<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/udgivelser/2015/~media/401919781C684EE9AAE544EB5E76847B.as hx>
 24. Galea Holmes MN, Weinman JA, Bearne LM. “You can’t walk with cramp!” A qualitative exploration of individuals’ beliefs and experiences of walking as treatment for intermittent claudication. *J Health Psychol.* februar 2017;22(2):255–65.
 25. Eldrup N. Åreforkalkning i benene (claudicatio) - Patienthåndbogen på sundhed.dk [Internet]. 2022 [henvist 23. januar 2023]. Tilgængelig hos:
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/hjerte-og-blodkar/sygdomme/blodaarsygdom/aareforkalkning-i-benene-claudicatio/>
 26. Lane R, Harwood A, Watson L, Leng GC. Exercise for intermittent claudication. *Cochrane Database Syst Rev [Internet].* 2017 [henvist 20. januar 2023];(12). Tilgængelig hos:
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000990.pub4/full>

Fagligt ansvarlig: Annette Fisker
E-mail: SE89@kk.dk
Telefon: 2113 6982
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 01-10-2023
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266



27. Jansen SCP, van Nistelrooij LPJ, Scheltinga MRM, Rouwet EV, Tejjink JAW, Vahl AC. Successful Implementation of the Exercise First Approach for Intermittent Claudication in the Netherlands is Associated with Few Lower Limb Revascularisations. *Eur J Vasc Endovasc Surg Off J Eur Soc Vasc Surg*. december 2020;60(6):881–7.
28. McDermott MM, Tian L, Liu K, Guralnik JM, Ferrucci L, Tan J, m.fl. Prognostic value of functional performance for mortality in patients with peripheral artery disease. *J Am Coll Cardiol*. 15. april 2008;51(15):1482–9.
29. Gardner AW, Montgomery PS, Parker DE. Optimal exercise program length for patients with claudication. *J Vasc Surg*. maj 2012;55(5):1346–54.
30. Reich T, Gillings D. Effects of pentoxifylline on severe intermittent claudication. *Angiology*. september 1987;38(9):651–6.
31. Hood SC, Moher D, Barber GG. Management of intermittent claudication with pentoxifylline: meta-analysis of randomized controlled trials. *CMAJ Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 15. oktober 1996;155(8):1053–9.

Fagligt ansvarlig: Annette Fisker
E-mail: SE89@kk.dk
Telefon: 2113 6982
Afdeling: Afdeling for Rehabilitering
Center: Center for Sundhed og Rehabilitering

Oprettet: 01-10-2023
Opdateret: 01-10-2023
Gældende til: 01-10-2026
Version: 1.0
E-doc: 2023-0383266



Nyttige links

Links fra Københavns kommune

- Vejledning i terapeutfaglig dokumentation: [Link til vejledning i terapeutfaglig dokumentation](#)
- Vejledning om effektmåling på genoptræningsområdet: [Link til vejledning til effektmåling](#)
- Manualer til tests findes under Faglig vidensbank, Måleredskaber.

Bilag 1: Søgematrix

Litteratursøgning:

Der er foretaget søgning i følgende databasen d. 15 november– 23 december 2022:

- Pubmed (i perioden 1940 - 05.09.2022)
- Google

Afgrænsning:

Har ikke gennemgået databaser, som EMBASE, CINAHL etc.

Søgestrategi:

Søgestreng på Pubmed:

Søgematrix:

Population	Intervention	Comparison	Outcome
Peripheral Artery Disease [MeSH Major Topic] or "intermittent claudication"[MeSH Major Topic]	"Physical therapy modalities"[MeSH Major Topic] or "Occupational Therapy"[Mesh]	Alle	Alle
"intermittent claudication"[MeSH Major Topic]	("exercise"[MeSH Major Topic])	Alle	Alle
Limits:		Language: Ingen	

Derudover er der søgt i sundheds.dk, fysio.dk. referencelister i oversigtsartikler og Sierckes et al.s arbejde (16,18) samt VIP-databasen Region Hovedstaden for retningslinjer for behandling af "Claudicatio Intermittens". Ved behov er erfarent sundhedspersonale i rehabilitering efter hjerte-karsygdomme kontaktet.