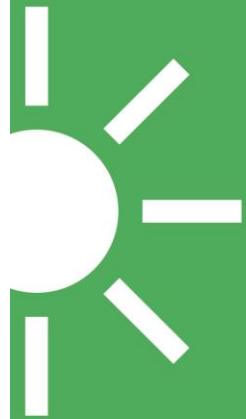


Genoptrænings- forløbsskrivelse for borgere med total hoftealloplastik



Indhold	
Indledning.....	3
Flowchart.....	5
Baggrundsviden.....	7
Problemstilling	7
Evidens	7
Litteraturliste	9
Nyttige links	11
Bilag 1: Søgematrix.....	12
Bilag 2: PRISMA 2009 Flow Diagram	13
Bilag 3: Kvalitetsvurdering af anvendt litteratur:.....	14
Bilag 3A: Risk of bias skema af randomiserede kliniske studier	14
Bilag 3B: Kvalitetsvurdering af systematiske reviews (AMSTAR):	15
Bilag 3C: Kvalitetsvurdering af National klinisk retningslinje (AGREE II):	16
Bilag 4: THA – kriterier for udvidet superviseret genoptræning	17

Indledning

Formål

Formålet med genoptræningsforløbsbeskrivelsen er på baggrund af den nyeste evidens samt best practice, at beskrive indholdet i genoptræningsforløbet for borgere med primær *total hoftealloplastik (THA)*. Herved sikres, at borgerne modtager evidensbaserede genoptræningsforløb af høj faglig kvalitet.

Intentionen med en genoptræningsforløbsbeskrivelse

Intentionen med genoptræningsforløbsbeskrivelsen er at give et evidensbaseret fundament for praksis sat ind i et tidsmæssigt perspektiv, hvor dette har været muligt. De evidensbaserede anbefalinger som angives i flow-chart er baseret på viden fra studier af højst mulige kvalitet hvor der er påvist effekt af den pågældende behandling, og disse evidensbaserede anbefalinger er suppleret med anbefalinger fra klinisk praksis.

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen dikterer således ikke et standardbehandlingsforløb, men udstikker en evidensbaseret referenceramme. Overholdelse af en genoptræningsforløbsbeskrivelse 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 på baggrund af alle tilgængelige informationer om den enkelte borger. Den beslutning skal tages 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.

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen for borgere med THA er det gældende retningsgivende dokument på området i Københavns Kommune. Eventuelle lokalt udarbejdede retningslinjer kan supplere genoptræningsforløbsbeskrivelsen, men aldrig træde i stedet for denne. Såfremt der ikke eksisterer en genoptræningsforløbsbeskrivelse, følges normen for almindelig kendt faglig standard jf. autorisationsloven. Genoptræningsforløbsbeskrivelsen 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 genoptræningsydelse som beskrives. Det er medarbejderens ansvar at anvende og følge denne vejledning.

Målgruppe

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen er målrettet ergo- og fysioterapeuter, der varetager genoptræningsforløb for borgere med THA efter Sundhedslovens §140.

Definition af begreber

Total hoftealloplastik (THA)

Hofteledsprotese, hvor bageste adgang (96%) er den hyppigst anvendte metode, og lateral adgang anvendes i 4% af operationerne (1). I 70% af operationerne anvendes ucementeret alloplastik (1). I Region Hovedstaden er 50% af de personer, der får THA >70 år og 61% er kvinder (1).

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

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-23
Gældende til: 01-10-2026
Version: 2.0
E-doc: 2023-0383266

Handleanvisning: Flowchart

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen for borgere med THA skal anvendes sammen med "Vejledning for terapeutfaglig dokumentation", hvor minimumskrav til terapeutfaglig dokumentation er beskrevet. Der henvises desuden til vejledning for "Effektmåling på genoptræningsområdet".

Se flowchart på side 5.

Denne genoptræningsforløbsbeskrivelse kan med fordel anvendes i kombination med "Genoptræningsforløbsbeskrivelse for den ældre borger med geriatriske problemstillinger"

Tegnforklaring for flowchart:

(↑↑): Forskningsbaseret intervention, moderat til stærk grad af evidens (sikker viden om interventionernes virkning og sikkerhed).

(↑): Forskningsbaseret intervention, lav til moderat grad af evidens (usikker viden om interventionernes virkning og sikkerhed).

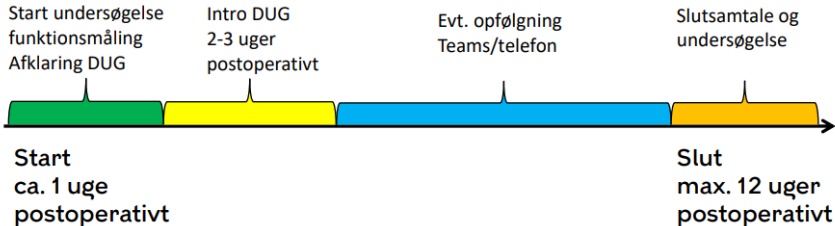
(↓): Forskningsbaseret intervention, lav til moderat grad af evidens imod (usikker viden om interventionernes virkning og sikkerhed).

(V): Konsensusbaseret (best practise) intervention eller studier med meget lav grad af evidens. Heri indgår desuden beskrivelse af lokal praksis i København Kommune, indhentet på konsensusmøde med terapeuter (meget usikker viden om interventionernes virkning og sikkerhed)

[Tal]: 'Tal i parentes' angiver litteratur reference.

Flowchart

Generelle interventioner	Forløb
<p>Overordnede anbefalinger og bevægerestriktioner i genoptræning af borgere efter THA</p>	
<p>Bevægerestriktioner</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan mobiliseres efter vanlige retningslinjer uden bevægerestriktioner med mindre andet er angivet i GOP (2) (✓) • Post-operativt regime i Region Hovedstaden er i overensstemmelse med anbefalingen i NKR: Anvend ikke rutinemæssigt bevægeinstruktioner efter THA, da risikoen for luxationer muligvis ikke nedsættes. Dette gælder et ukompliceret forløb med indsættelse af primær THA som følge af primær OA med posterior operationsadgang og ledhoved på 32 mm eller større (3) <p>Anbefaling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er fundet lige god effekt af styrketræning og hjemmeøvelser (4) (↑) • Udgangspunktet for genoptræning er at borgere med THA modtager DUG (se bilag 4) • Det er op til den enkelte terapeut i samarbejde med borgeren at igangsætte den træningsprotokol, der findes bedst egnet. Valg af protokol dokumenteres i borgerens journal. <p><u>Fysisk aktivitet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fysiske aktiviteter (løb, svømning, m.m.) kan genoptages, når patienten selv føler at kunne mestre dette (2) (✓) <p><u>Kørsel i bil og på cykel</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilkørsel og cykling er tilladt, når det er forsvarligt i henhold til færdselsloven. Der skal være fuld kontrol over pedalskifte og katastrofeopbremsning skal kunne udføres. Spørg forsikringselskab om særlige regler på området (5) (✓) 	<p>Læs altid genoptræningsplanen (GOP) og operationsbeskrivelse, da restriktioner kan forekomme. Hospitalets restriktioner og anvisninger skal altid følges.</p>
<p>Intervention - post-operativt Evidensen bag de beskrevne interventioner i flowchartet er uddybet i baggrundsafsnittet</p>	
<p>Træning Genoptræning kan begyndes indenfor den første uge postoperativt (4) (↑)</p> <p>Digitalt understøttet genoptræning (DUG) Borgere med THA tilbydes som udgangspunkt et genoptræningsforløb med DUG uden holdtræning. Der er god erfaring med i DUG (ICURA trainer eller Exorlive Go) i KK og muligvis øger borgernes motivation for træning (4,6,7) (✓).</p> <p>Superviseret træning Ifølge Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje "<i>National Klinisk Retningslinje for hofteartrose</i>" skal borgere med THA ikke rutinemæssigt tilbydes superviseret genoptræning efter THA (↓) (3). På baggrund af best practice og erfaring fra Center for Genoptræning (CFG) i KK vil få superviserede behandlinger uden holdtræning med DUG være et typisk genoptræningstilbud til borgere med THA. Hvis</p>	<p>Opstart af forløb Ved første aftale vurderes hvorvidt, patienten vil kunne følge et hjemmetrænings-program med DUG med få opfølgningsgange (3,7). Se bilag 4.</p> <p>Som udgangspunkt er tilbuddet Icura Trainer. Hvis Icura trainer ikke er muligt vurderes om Exorlive go app kan anvendes.</p>

<p>borgeren ikke kan anvende DUG, kan evt. et træningsprogram i papirform udleveres. Se nedenstående.</p>  <p>Hjemmetræningsprotokol Der er udarbejdet et program i Icura til hjemmetræning. Se 'Program til hjemmetræning for borgere med THA i KK' (link). Programmet består af øvelser for bevægelighed, styrke og stabilitet. For de få borgere, der tilbydes et superviseret genoptræningsforløb, kan superviseret styrketræning overvejes efter nedenstående styrketræningsprotokol (3) (se Bilag 4).</p> <p>Superviseret styrketræningsprotokol <i>Opvarmning</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Kondicykel – 5-10 min (4,8) (↑) <p><i>Intensitet og frekvens</i></p> <ul style="list-style-type: none">• 2 gange/uge i 10 uger (4,8) (↑)• 12 RM – 3 x 10-12 gentagelser, til udtrætning i hvert sæt (4,8) (↑)• 3 sek. koncentrisk, 1 sek. isometrisk, 3 sek. Excentrisk (4,8) (↑)• Pause ml. sæt 60 sek. Ingen pause ml. kontraktioner (4,8) (↑)• Range of motion størst muligt (4,8) (↑)• Kombineres med hjemmetræning 5 dage/uge (se nedenfor) (4,8) (↑) <p><i>Øvelser, f.eks.</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Knæekstension (unilateral)• Hofteabduktion (bilateralt)• Hoftefleksion (unilateral)• Hofteekstension (unilateral) <p>Øvrig træning</p> <ul style="list-style-type: none">• Dynamisk stabilitetstræning som funktionstræning (7) (v)• Individafhængige funktionelle øvelser (7) (v) <p>Vejledning og uddannelse</p> <ul style="list-style-type: none">• Opfordring til fysisk aktivitet jf. sundhedsstyrelsens anbefalinger (4) (↑)<ul style="list-style-type: none">- Motionscykel- Gåture• Information om genoptræningsforløbet, regime og smertehåndtering (7) (v)• Pacing ift. aktivitets og deltagelsesniveau (7) (v)	<p>Kun få borgere med THA skal tilbydes et længere superviseret forløb. (Se Bilag 4)</p> <p>Observationen "Digitalt Understøttet Genoptræning (Start)" oprettes i CURA og den anvendte teknologi angives (Icura trainer eller Exorlive).</p> <p>Afsluttende undersøgelse er ca. 12 efter behandlingsstart (9).</p> <p>Der henvises til "Vejledning i terapeutfaglig dokumentation".</p> <p>Anbefalet effektmål: 6 minutters gangtest. Observation oprettes i CURA og manual findes i Vidensbanken. (For effektmål henvises til "Vejledning om effektmål på genoptræningsområdet")</p>
---	---

Baggrundsviden

Følgende information kan bruges i mødet med borgeren til at informere om evidensen bag interventionerne med henblik på fælles beslutning om borgerens forløb.

Problemstilling

Prævalensen af hofteartrose er 10,9% [95% CI 10,6-11,2] og der er ingen forskel i prævalens mellem køn (10).

I 2016 blev foretaget ca. 10.400 primære hoftealloplastik operationer i DK, heraf ca. 2.900 i region hovedstaden (1). Incidensen af THA er let stigende, mens køns- og aldersfordeling er konstant (1). Ca. 95% af alle primær THA udført i 2010 var ikke blevet revideret ved udgangen af 2015 (1).

Der er god effekt af kombinationen af træning og uddannelse til patienter med hofteartrose, men både effekten af træningen og compliance til træning falder over tid (11). Genoptræning efter THA kan foregå som hjemmetræning, da effekten heraf er den samme som superviseret træning (3).

Evidensen viser, at andelen af personer med hofteartrose, der opfylder anbefalinger omkring fysisk aktivitet er lav (12). Der er nogen effekt af interventioner, der har til mål at øge compliance til træning/fysisk aktivitet (11). Der er desuden tegn på at personer med THA generelt er mindre fysisk aktive end raske/almen befolkning (13,14). Se nedenfor for uddybning af evidens.

I denne genoptræningsforløbsbeskrivelse tages udgangspunkt i NKR Hofteartrose. Der suppleres med evidens fra RCT'er samt systematiske reviews, der bidrager med evidens ud over NKR. I forhold til digitalt understøttet genoptræning har der været kørt en proces med terapeuterne i CFG om kategorisering og måltal.

Evidens

Præhabilitering

- Evidens af meget lav kvalitet indikerer at effekten af præhabilitering (træning/fysioterapi) i månederne op til en THA-operation, målt på post-operativ smerte og funktion, ikke er klinisk relevant (15) (v)
- Præhabilitering er heller ikke statistisk signifikant eller klinisk relevant på parametre som post-operativ livskvalitet, længde af hospitalsophold og omkostninger (evidens af meget lav kvalitet) (15) (v)

Genoptræning efter THA

- Høj evidens finder, at effekten af rutinemæssigt superviseret genoptræning ikke er bedre end selvtræning efter instruktion målt på patientrapporteret funktion (3) (↓)
- Lav evidens finder at effekten af superviseret styrketræning er bedre end vanlig superviseret behandling målt på patientrapporteret funktion (3) (↑)

Interventionerne i flowchartet tager udgangspunkt i et dansk studie, der inkluderede 73 deltagere (gennemsnitsalder 65 år) med primær unilateral THA. Deltagerne blev randomiseret enten til interventionsgruppen; superviseret progressiv styrketræning 2 x ugen i 10 uger + hjemmetræning 5 x ugen

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

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-23
Gældende til: 01-10-2026
Version: 2.0
E-doc: 2023-0383266

eller kontrolgruppen; hjemmetræning dagligt i 10 uger. Interventionsgruppen deltog i median 19 (IQR 18-20) træningssessioner + median 5 (IQR 4-7) ugentlige hjemmetræninger (selvrapporteret). Kontrolgruppen trænede median 5 (IQR 4-7) dage/uge (selvrapporteret). Begge grupper havde signifikant effekt af træningen fra start til slut på knæekstensionspower, maksimal ganghastighed, muskelstyrke i hoften abduktion og hoft fleksion, rejse/sætte sig og trappetest. Interventionsgruppen var ikke bedre end kontrolgruppen på alle effektmål (4).

Bevægerestriktion efter THA

- Det anbefales ikke længere rutinemæssigt at anvende bevægeinstruktioner efter THA, da risikoen for hofte luksationer muligvis ikke nedsættes. Evidens af lav kvalitet (↓) (3)
- I Region Hovedstaden beskrives at "*restriktioner efter indsættelse af hoftealloplastik ikke har noget videnskabeligt belæg*" (2) (v)

Fysisk aktivitet efter THA

- Fysisk aktivitet, målt på "tid brugt på gang i løbet af en dag" (accelerometer data) og 6 min gangtest øges ikke 6 mdr. og 1 år efter THA. Evidens af meget lav kvalitet (13,14) (v)
- Data på 6 min gangtest og fysisk aktivitet er generelt markant lavere, både præ og post operativt hos patienter med hofteartrose sammenlignet med almenbefolkningen. Evidens af meget lav kvalitet (13,14) (v)

Retur til sport og retur til arbejde

Et systematisk review undersøgte omfanget af patienter, der vendte tilbage til sport og/eller til arbejde efter THA (16). Andelen af patienter der vendte tilbage til sport var 43% til >100% (flere dyrkede sport efter operationen end før). Ca. 82% vendte tilbage til samme niveau som før de fik symptomer fra hoften. Gennemsnitstid til tilbagevenden til sport var 21 uger. Færre vendte tilbage til sport med høj belastning, men tilsvarende flere vendte tilbage til sport med lav belastning. I gennemsnit vendte 82% tilbage til arbejde (range 35-100%). Den gennemsnitlige tid til tilbagevenden til arbejde var 9 uger (16).

Litteraturliste

1. Dansk Hoftealloplastik Register (DHR), National Årsrapport 2021 [Internet]. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram; 2021 jun. Tilgængelig hos: <http://www.dhr.dk>
2. Mobilisering efter indsættelse af total hoftealloplastik [Internet]. VIP portalen, Region Hovedstaden; Tilgængelig hos: <https://vip.regionh.dk>
3. Hofteartrose – ikke-kirurgisk behandling og genoptræning efter total hoftealloplastik. National klinisk retningslinje. Sundhedsstyrelsen; 2021.
4. Mikkelsen LR, Mechlenburg I, Søballe K, Jørgensen LB, Mikkelsen S, Bandholm T, m.fl. Effect of early supervised progressive resistance training compared to unsupervised home-based exercise after fast-track total hip replacement applied to patients with preoperative functional limitations. A single-blinded randomised controlled trial. *Osteoarthritis Cartilage*. december 2014;22(12):2051–8.
5. Kronborg L, Bandholm T, Palm H, Kehlet H, Kristensen MT. Effectiveness of acute in-hospital physiotherapy with knee-extension strength training in reducing strength deficits in patients with a hip fracture: A randomised controlled trial. *PloS One*. 2017;12(6):e0179867.
6. Rask B, Hofland D, Søndergaard B, Elsberg T, Jørgensen L, Juhl C (2015). Evaluering af genoptræningsforløb med ICURA trainer tilbudt borgere med ny hofte eller nyt knæ. Kommunerne Gentofte, Gladsaxe, Lyngby-Taarbæk og Rudersdal; 2015 okt.
7. Best practise, kommenteringsmøde i terapeutgruppen i Københavns Kommune 2018. Københavns Kommune; 2018.
8. Mikkelsen LR, Petersen AK, Mechlenburg I, Mikkelsen S, Søballe K, Bandholm T. Description of load progression and pain response during progressive resistance training early after total hip arthroplasty: secondary analyses from a randomized controlled trial. *Clin Rehabil*. januar 2017;31(1):11–22.
9. Garber CE, Blissmer B, Deschenes MR, Franklin BA, Lamonte MJ, Lee I-M, 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.
10. Pereira D, Peleteiro B, Araújo J, Branco J, Santos RA, Ramos E. The effect of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review. *Osteoarthritis Cartilage*. november 2011;19(11):1270–85.
11. Nicolson PJA, Bennell KL, Dobson FL, Van Ginckel A, Holden MA, Hinman RS. Interventions to increase adherence to therapeutic exercise in older adults with low back pain and/or hip/knee osteoarthritis: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. maj 2017;51(10):791–9.
12. Wallis JA, Webster KE, Levinger P, Taylor NF. What proportion of people with hip and knee osteoarthritis meet physical activity guidelines? A systematic review and meta-analysis. *Osteoarthritis Cartilage*. november 2013;21(11):1648–59.
13. Withers TM, Lister S, Sackley C, Clark A, Smith TO. Is there a difference in physical activity levels in patients before and up to one year after unilateral total hip replacement? A systematic review and meta-analysis. *Clin Rehabil*. maj 2017;31(5):639–50.

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

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-23
Gældende til: 01-10-2026
Version: 2.0
E-doc: 2023-0383266

14. Arnold JB, Walters JL, Ferrar KE. Does Physical Activity Increase After Total Hip or Knee Arthroplasty for Osteoarthritis? A Systematic Review. *J Orthop Sports Phys Ther.* juni 2016;46(6):431–42.
15. Wang L, Lee M, Zhang Z, Moodie J, Cheng D, Martin J. Does preoperative rehabilitation for patients planning to undergo joint replacement surgery improve outcomes? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ Open.* 2. februar 2016;6(2):e009857.
16. Hoorntje A, Janssen KY, Bolder SBT, Koenraadt KLM, Daams JG, Blankevoort L, m.fl. The Effect of Total Hip Arthroplasty on Sports and Work Participation: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med Auckl NZ.* juli 2018;48(7):1695–726.
17. Pisters MF, Veenhof C, de Bakker DH, Schellevis FG, Dekker J. Behavioural graded activity results in better exercise adherence and more physical activity than usual care in people with osteoarthritis: a cluster-randomised trial. *J Physiother.* 2010;56(1):41–7.
18. Bieler T, Siersma V, Magnusson SP, Kjaer M, Christensen HE, Beyer N. In hip osteoarthritis, Nordic Walking is superior to strength training and home-based exercise for improving function. *Scand J Med Sci Sports.* august 2017;27(8):873–86.
19. Dobson F, Bennell KL, French SD, Nicolson PJA, Klaasman RN, Holden MA, m.fl. Barriers and Facilitators to Exercise Participation in People with Hip and/or Knee Osteoarthritis: Synthesis of the Literature Using Behavior Change Theory. *Am J Phys Med Rehabil.* maj 2016;95(5):372–89.
20. Dorsey J, Bradshaw M. Effectiveness of Occupational Therapy Interventions for Lower-Extremity Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review. *Am J Occup Ther Off Publ Am Occup Ther Assoc.* februar 2017;71(1):7101180030p1–11.
21. Gay C, Chabaud A, Guilley E, Coudeyre E. Educating patients about the benefits of physical activity and exercise for their hip and knee osteoarthritis. Systematic literature review. *Ann Phys Rehabil Med.* juni 2016;59(3):174–83.

Anbefalet litteratur

- Sundhedsstyrelsen, *Ikke-kirurgisk behandling og genoptræning efter total hoftealloplastik. National klinisk retningslinje.* www.sst.dk, 2021.

Studier der indgår i flowchart:

- Mikkelsen, L.R., et al., *Effect of early supervised progressive resistance training compared to unsupervised home-based exercise after fast-track total hip replacement applied to patients with preoperative functional limitations. A single-blinded randomised controlled trial.* *Osteoarthritis Cartilage*, 2014. **22**(12): p. 2051-8.
- Mikkelsen, L.R., et al., *Description of load progression and pain response during progressive resistance training early after total hip arthroplasty: secondary analyses from a randomized controlled trial.* *Clin Rehabil*, 2017. **31**(1): p. 11-22.

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

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-23
Gældende til: 01-10-2026
Version: 2.0
E-doc: 2023-0383266

Nyttige links

Links fra Københavns kommune

- Vejledning i terapeutfaglig dokumentation: [Minimumskrav til terapeutfaglig dokumentation | Intra \(kk.dk\)](#)
- Vejledning i effektmåling på genoptræningsområdet: [Effektmåling på genoptræningsområdet | Intra \(kk.dk\)](#)

Dokumenter fra VIP:

- Mobilisering efter indsættelse af total hoftealloplastik, Region Hovedstaden: [Link til vip - Mobilisering efter indsættelse af total hoftealloplastik, Region Hovedstaden](#)

Øvrige links

- Godt liv med artrose i Danmark: [Link til GLA:D](#)
- Gigtforeningen: [Link til gigtforeningen - hofteøvelser](#)

Bilag 1: Søgematrix

Litteratursøgning:

Der er foretaget søgning i følgende databaser den 11.01.18

- Pubmed (i perioden 1940-10.01.18)
- CINAHL (i perioden 1978-10.01.18)

Afgrænsning:

Søgningen afgrænses til meta-analyser og systematiske reviews. Fuldttekst artikler på engelsk eller dansk inkluderes.

Efter søgningen var foretaget, blev det besluttet at udarbejde to separate genoptræningsforløbsbeskrivelser for hhv. hofteartrose og total hoftealloplastik. Søgningen blev ikke ændret efter denne beslutning blev taget.

Søgestrategi:

Søgestreng Pubmed:

(((((("Hip"[Mesh]) OR hip[TIAB])) AND (((((((("Osteoarthritis"[Mesh]) OR osteoarthritis*[TIAB]) OR osteoarthros*[TIAB]) OR "Arthritis"[Mesh]) OR arthrit*[TIAB]) OR "Joint Diseases"[Mesh]) OR arthrosis[TIAB]) OR degenerate*[TIAB]))) AND (("Osteoarthritis, Hip"[Mesh]) OR coxarthros*[TIAB]))) AND (((((((((((("exercise"[MeSH Terms] OR exercise[TIAB]))) OR ("occupational therapy"[MeSH Terms] OR "occupational therapy"[TIAB]))) OR ("physical therapy modalities"[MeSH Terms] OR "physical therapy"[TIAB] OR physiotherapy[TIAB])) OR ("telerehabilitation"[MeSH Terms] OR telerehabilitation[TIAB])) OR ("immobilization"[MeSH Terms] OR immobilization[TIAB])) OR ("rehabilitation"[Subheading] OR "rehabilitation"[MeSH Terms] OR rehabilitation[TIAB]))))))))

Søgestreng CINAHL:

((((MH "Osteoarthritis") OR TI Osteoarthritis AND AB Osteoarthritis OR osteoarthritis OR (MH "Arthritis") OR TI Arthritis AND AB Arthritis) AND ((MH "Hip") OR (TI hip AND AB hip))) AND ((((MM "Exercise+") OR (TI exercise) OR (AB exercise) OR (((MM "Health Occupations+") OR (TI physiotherapy) OR (AB physiotherapy) OR (TI physical therapy) OR (AB physical therapy) OR (TI occupational therapy) OR (AB occupational therapy) OR (((MM "Immobilization") OR (TI immobilization) OR (AB immobilization)) OR (((MM "Telerehabilitation") OR (TI telerehabilitation) OR (AB telerehabilitation)) OR (((MM "Rehabilitation") OR (TI rehabilitation) OR (AB rehabilitation)))))

Søgematrix:

	<i>Intervention</i>	<i>Comparison</i>	<i>Outcome</i>
hip [Mesh] hip [TIAB] AND "Osteoarthritis"[Mesh] osteoarthrit* [TIAB] osteoarthros*[TIAB] "Arthritis"[Mesh] arthrit*[TIAB] "Joint Diseases"[Mesh] arthrosis [TIAB] degenerate*[TIAB] OR "Osteoarthritis, Hip"[Mesh] coxarthros*[TIAB]	Exercise Physiotherapy / physical therapy Occupational therapy Rehabilitation Telerehabilitation Immobilisation	Alle	Alle
Limits: Meta-analyse, Systematic reviews, RCT	Language: Engelsk, dansk		

In- og eksklusionskriterier for anvendt litteratur:

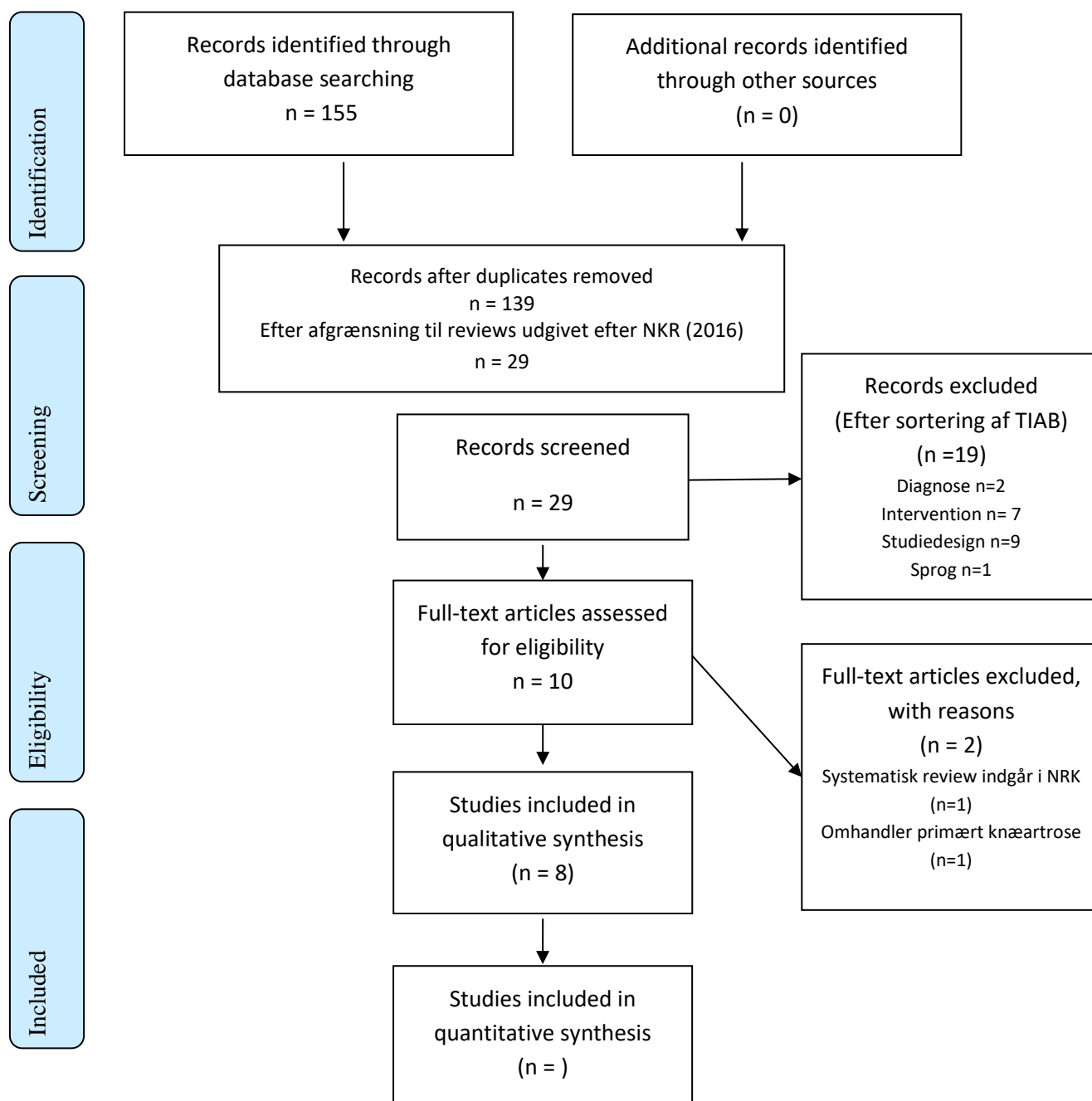
Eksklusionskriterier:

- Bassin træning

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

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-23
Gældende til: 01-10-2026
Version: 2.0
E-doc: 2023-0383266

Bilag 2: PRISMA 2009 Flow Diagram



From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

www.prisma-statement.org.

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

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-23
Gældende til: 01-10-2026
Version: 2.0
E-doc: 2023-0383266

Bilag 3: Kvalitetsvurdering af anvendt litteratur:

Alle inkluderede studier blev kvalitetsvurderet med følgende redskaber:

Kvantitative studier

- Randomiserede kontrollerede studier:
- Higgins JPT, Green S (editors) Cochrane handbook for Systematic. Reviews of Interventions. [Link til Cochrane handbook](#)

Systematiske reviews

- Systematiske Reviews: [Link til Amstar checklist til systematiske reviews](#)
Shea BJ et al. AMSTAR is a reliable and valid measurement tool to assess the methodological quality of systematic reviews. J Clin Epidemiol. 2009; 62 (10) 1013-20

Guidelines/consensus statements

- [Link til AGREE Reporting Checklist](#)
- Brouwers et al. The AGREE Reporting Checklist: a tool to improve reporting of clinical practice guidelines

Bilag 3A: Risk of bias skema af randomiserede kliniske studier

	Random sequence generation (selection bias)	Allocation concealment (selection bias)	Blinding of participants and personnel (performance bias)	Blinding of outcome data (detection bias)	Incomplete outcome data (attrition bias)	Selective reporting (reporting bias)	Other sources of bias: Balance in baseline characteristics?	Other sources of bias: Free from performance bias?
Pister 2010 (17)	+	+	?	+	+	+	+	+
Bieler 2017 (18)	+	?	?	+	+	+	+	+
Mikkelsen 2014 (4)	+	+	+	+	+	+	+	+

Bilag 3B: Kvalitetsvurdering af systematiske reviews (AMSTAR):

	Was an 'a priori' design provided?	Was there duplicate study selection and data extraction?	Was a comprehensive literature search performed?	Was the status of publication (i.e. grey literature) used as an inclusion criterion?	Was a list of studies (included and excluded) provided?	Were the characteristics of the included studies provided?	Was the scientific quality of the included studies assessed and documented?	8. Was the scientific quality of the included studies used appropriately in formulating conclusions?	Were the methods used to combine the findings of studies appropriate?	Was the likelihood of publication bias assessed?	Was the conflict of interest included?
Nicolson 2017 (11)	+	+	+	+	+	+	+	/	+	+	
Dobson 2016 (19)	+	+	+	+	+	/	/	/	/	/	
Wallis 2013 (12)	+	+	+	/	+	+	+	+	+	+	
Dorsey 2017 (20)	+	/	+	+	+	/	/	/	/	/	
Gay 2016 (21)	+	+	+	+	+	+	/	+	/	/*	
Wang 2016 (15)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Withers 2017 (13)	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	
Arnold 2016 (14)	+	+	+	+	+	+	+	+	/	/	
Hoortntje 2018 (16)	+	+	+	/	/	+	+	+	+	-	

* No funnel plot performed because fewer than 10 trials were included in the analysis.

Bilag 3C: Kvalitetsvurdering af National klinisk retningslinje (AGREE II):

		Sundhedsstyrelsen (2021) (3)
1. Scope and Purpose	The overall objective(s) of the guideline is (are) specifically described	+
	The health question(s) covered by the guideline is (are) specifically describe	+
	The population (patients, public, etc.) to whom the guideline is meant to apply is specifically described	+
2. Stakeholder Involvement	The guideline development group includes individuals from all the relevant professional groups.	+
	The views and preferences of the target population (patients, public, etc.) have been sought.	+
	The target users of the guideline are clearly defined.	+
3. Rigour of Development	Systematic methods were used to search for evidence.	+
	The criteria for selecting the evidence are clearly described	+
	The strengths and limitations of the body of evidence are clearly described	+
	The methods for formulating the recommendations are clearly described	+
	The health benefits, side effects, and risks have been considered in formulating the recommendations	+
	There is an explicit link between the recommendations and the supporting evidence.	+
	The guideline has been externally reviewed by experts prior to its publication.	+
	A procedure for updating the guideline is provided.	+
4. Clarity of Presentation	The recommendations are specific and unambiguous.	+
	The different options for management of the condition or health issue are clearly presented	+
	Key recommendations are easily identifiable	+
5. Applicability	The guideline describes facilitators and barriers to its application.	+
	The guideline provides advice and/or tools on how the recommendations can be put into practice	+
	The potential resource implications of applying the recommendations have been considered.	+
	The guideline presents monitoring and/ or auditing criteria.	+
6. Editorial Independence	The views of the funding body have not influenced the content of the guideline.	+
	Competing interests of guideline development group members have been recorded and addressed.	+

Bilag 4: THA – kriterier for udvidet superviseret genoptræning

Det kan overvejes at tilbyde udvidet superviseret genoptræning i form af individuelle behandlingstider og/eller holdtræning, hvis borgeren har særlige behov, som:

- Nedsat præoperativt funktionsniveau ift. forventet alderssvarende niveau
- Nedsat kognitiv funktion
- Manglende evne til selvstændigt at varetage genoptræningen
- THA på baggrund af andet end primær artrose
- Kompliceret forløb i form af eksempelvis:
 - Psykiske udfordringer
 - Komorbiditet
 - Smerteniveau over forventet niveau
 - Nerveskade/neuropatisk smerte
 - Luksation
 - Infektion
 - Løshed
 - Lungeemboli, DVT eller lignende
- Sproglige begrænsninger

Tildelingen af forløbet og mængden af superviserede træningsgange baseres på en individuel faglig vurdering og i samarbejde med borgeren.

Hvis borgerne er skeptiske overfor DUG, kan nedenstående eksempler på sætninger anvendes.:

- Fremhæve borgerens ressourcer, fx "Jeg kan se at du støtter fint på benet, har få smerter, er vant til at bruge din krop og træne."
- "Planen er at du får grundig instruktion i et øvelsesprogram, som du selv skal lave hjemme".
- "Hvis alt går vel, tales vi ved over telefon i løbet af en måneds tid, hvor jeg tjekker op på hvordan det går".
- "Jeg forventer at se dig igen om 10-12 uger til en afsluttende samtale".

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

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: 01-10-23
Gældende til: 01-10-2026
Version: 2.0
E-doc: 2023-0383266