

## Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2021;183:V205081

# Claudicatio intermittens – tid for paradigmeskifte eller mere viden?

Rikke Søgaard & Jes S. Lindholt

Ugeskr Læger 2021;183:V205081

I en statusartikel af *Harlev et al* sættes der fokus på et vigtigt og noget forsømt område. Forfatterne undrer sig over, at landets kommuner ikke er gået i gang med det »indlysende paradigmeskift« ved behandling af intermitterende claudicatio [1]. Det sker, efter at randomiserede forsøg har vist, at man i gennemsnit kan øge smertefri gangdistance med ekstra 140 m (fra 190 m til 330 m) ved fysioterapeutisk superviseret gangtræning på gangbånd frem for ved vanlig instruks om gangtræning uden supervision [2].

Sundhedsvæsenets målsætninger er dog flerfoldige: Indsatsen skal nytte, nytten skal stå i rimeligt forhold til omkostningerne, patientens præferencer skal respekteres, og indsatsen bør ikke øge den sociale ulighed. Hvad angår nytten, så udtrykker øget gangdistance ikke nødvendigvis reel nytte. Det er nemlig ikke lykkedes at måle nogen betydende bedring i f.eks. livskvalitet eller levetid [2]. Man kan næppe forestille sig, at en øget gangdistance på 140 m kan forebygge alvorlige hjerte-kar-events eller død. For nogle vil den ekstra gangdistance måske betyde, at man kan nå til stoppestedet eller dagligvarebutikken uden at skulle stoppe op undervejs. Men den bringer ikke nødvendigvis det sociale liv tilbage, som mange patienter efterspørger: at kunne følge med på golfbanen, jagten, dansegulvet eller bare gå en tur med familien.

I forhold til hvorvidt nytten står mål med omkostningerne, fremhæver forfatterne et hollandsk studie, hvor man undersøger eventuelle besparelser ved superviseret gangtræning versus revaskularisering. Ikke overraskende finder man, at gangtræningen er billigere end revaskularisering [3]. Ud over at revaskularisering ikke generelt anbefales i guidelines, er spørgsmålet, om en omkostningsbesparelse ift. revaskularisering er et godt argument for, om træningen skal være superviseret eller ej?

Forfatterne nævner ikke noget om hverken patientpræferencer eller konsekvenser for social ulighed. Til gengæld pointerer de, at blot 25% af målgruppen tager imod et superviseret træningstilbud. Spørgsmålet er da, om tilbuddet så er i tråd med patienternes præferencer? Og om det er tilfældige 75%, der ikke deltager, eller der kunne være en social slagside?

Forfatterne nævner egenbetaling for fysioterapi som et muligt argument for manglende accept.

Hertil kommer formentlig også transportudgifter og besvær, idet det skitserede tilbud kræver op imod 80 træningsgange pr. deltager – tre gange ugentligt i hele seks måneder. Den slags barrierer medfører nemt social ulighed i adgangen til sundhedsydelsen, medmindre der tillige arrangeres transport.

Det har naturligt medført interesse for alternative gangtræningsprogrammer, som f.eks. struktureret hjemmebaseret gangtræning med en form for monitorering og feedback via f.eks. logbog, pedometer eller lignende. I ovennævnte Cochranereview konkluderede man, at effekten af superviseret gangtræning i dette tilfælde ville falde fra gennemsnitlig 140 m til 120 m længere maksimal gangdistance [2]. Og såfremt den superviserede gangtræning sammenlignes med andre træningsformer som cykling, ben-modstandstræning, stavgang m.m. viser et nyere Cochranereview, at effekterne er nogenlunde ens på tværs, om end datagrundlaget er spinkelt [4].

Paradigmeskiftet synes således ikke så indlysende endda. Skulle det lykkes at definere et superviseret træningstilbud, som ud over at være effektivt og omkostningseffektivt også er acceptabelt for hele målgruppen, når vi ifølge forfatterne en skala på 5.000 nye patienter årligt [1]. Baseret på vores egne screeningsstudier vil vi forvente ca. 7.500 nye patienter årligt [5]. Desuagtet er der tale om et ikkeubetydeligt tiltag; hvis vi kan udbyde et specifikt træningstilbud til samme omkostning som hollænderne estimerede i 2014 – 2.191 euro pr. deltager [3] – når vi en årlig totalomkostning på mellem 82 og 122 mio. kr. Hertil kommer, at det er uvist, om tilbuddet skal gentages, ligesom den initiale idriftsættelse og afvikling af det akkumulerede, udækkede behov kræver ekstra ressourcer. Det mener vi alt sammen er vægtige argumenter for at undersøge sagen lidt nærmere. De allerede etablerede tilbud i visse danske kommuner er et perfekt udgangspunkt for at bidrage til den dokumentation.

**Korrespondance** Jes S. Lindholt, Hjerte,- Lunge,- Karkirurgisk Afdeling og Eliteforskningscenteret for individualiseret behandling af pulsåresygdomme (CIMA), Odense Universitetshospital og Klinisk Institut, Syddansk Universitet. E-mail: [Jes.Sanddal.Lindholt@rsyd.dk](mailto:Jes.Sanddal.Lindholt@rsyd.dk)

**Interessekonflikter** ingen. Forfatterens ICMJE-formularer er tilgængelig sammen med artiklen på Ugeskriftet.dk

## REFERENCER

1. Harlev C, Houliand KC, Dyrby J, Rai A. Claudicatio intermittens. Ugeskr Læger 2021;183:V11200844.
2. Hageman D, Fokkenrood HJP, Gommans LNM et al. Supervised exercise therapy versus home-based exercise therapy versus walking advice for intermittent claudication. Cochrane Database Syst Rev 2018;4:CD005263.
3. Fokkenrood HJ, Scheltinga MR, Koelemay MJ et al. Significant savings with a stepped care model for treatment of patients with intermittent claudication. Eur J Vasc Endovasc Surg 2014;48:423-9.
4. Jansen SCP, Abaraogu UO, Lauret GJ et al. Modes of exercise training for intermittent claudication. Cochrane Database Syst Rev 2020;8:CD009638.
5. Lindholt JS, Søgaard R. Population screening and intervention for vascular disease in Danish men (VIVA): a

randomised controlled trial. Lancet 2017;390:2256-65.