Videnskabelig Leder

Ugeskr Læger 2022;184:V205094

Ude er godt, men hjemme er næstbedst

Linette Marie Kofod

Ugeskr Læger 2022;184:V205094

Lungerehabilitering er uden tvivl den behandling til personer med KOL, som har effekt på flest parametre (livskvalitet, åndenød, funktionsevne, sygdomsmestring, fatigue, forværringer), og tilbuddet har da også længe været anerkendt som standardbehandling. Der er stigende evidens for at inkludere personer med andre lungesygdomme i rehabiliteringen, såsom interstitielle lungesygdomme, astma og bronkiektasier, og i Danmark er vi gradvist begyndt at tilbyde »lungerehabilitering« og ikke »KOL-rehabilitering«. Det er derfor en vigtig opgave at henvise personer med kronisk lungesygdom til lungerehabilitering. Data fra et dansk studie viser, at 65% af alle patienter, der tilbydes lungerehabilitering i hospitalsregi, takker nej (1). Årsagen til det store frafald kan være, at de træner på anden vis, ikke kan overskue transporten eller lignende. Hvis lungerehabiliteringen skal være tilgængelig for flere personer med lungesygdom, så er der behov for at etablere og undersøge nye tiltag.

Telerehabilitering, dvs. superviseret træning foran en skærm med mulighed for at blive hjemme, samtidig med at patienterne kan kommunikere både med hinanden og et behandlerteam, ser ud til at være et effektfuldt alternativ til traditionel lungerehabilitering (2) og er allerede godt i gang flere steder i Danmark.

En anden løsningsmodel kan være hjemmetræning uden elektronik, hvilket må formodes at være lettere at gå til for patient og behandler, da den ikke kræver avanceret udstyr. Kommunerne har i store dele af landet overtaget lungerehabiliteringen, hvilket betyder, at træningen foregår tættere på patienternes hjem, og for mange er transporttiden væsentligt forkortet. Nedlukningen af diverse rehabiliteringstilbud grundet COVID-19 har øget vores fokus på og behov for udvikling inden for hjemmetræning og har bestemt også medfødt et par nye mere eller mindre ambitiøse tiltag for at gøre patienterne aktive hjemme. Af den grund er statusartiklen ved Sundal et al. særlig relevant (3). Det er dog vigtigt at huske, at hjemmetræning ikke er lig med selvtræning, og specielt ikke når patientgruppen ofte har ringe og til tider endda direkte dårlig erfaring med træning. Et studie konkluderer, at en instruktion i træning fulgt op med ugentlige telefonopkald ikke er nok til at øge funktionsevnen (4). Et andet studie viser, at kun gruppen af patienter, som modtager *superviseret* hjemmetræning, opnår en forbedring. Superviseret træning var i dette studie 24

individuelle træningssessioner med en fysioterapeut (5). Et studie inkluderet i statusartiklen viser, at hjemmetræning kun superviseret med telefonopkald kan være et godt og billigt alternativ til de patienter, som ikke ønsker standardiseret lungerehabilitering. Patienterne blev i dette studie tilbudt træning, som var tilrettelagt efter et besøg i hjemmet, hvor den blev tilpasset individuelt og havde en meget struktureret opbygning. Patienterne blev testet før og efter opstart, og der blev fulgt op på træningen med ugentlige telefonopkald. Hjemmetræning kan derfor være ret omfattende og skal ikke tilbydes med henblik på at spare ressourcer, men udelukkende for at inkludere flere patienter. Dertil er der stadig mange uafklarede spørgsmål i forhold til håndtering af ilt, smerter og angst under træning, målgruppe, testmetoder etc.

Lungerehabilitering er defineret som en intervention tilpasset den enkelte patient baseret på en grundig undersøgelse og funktionstests. Lungerehabilitering bør indeholde træning, uddannelse og psykosocial støtte. Hjemmetræning giver mulighed for netop at tilpasse tilbuddet til den enkelte patient, men uden en struktureret og undersøgende tilgang er der fare for, at indsatsen bliver monofaglig, uden uddannelsesværdi, uden supervision og i værste fald uden effekt.

Alternative muligheder til det traditionelle lungerehabiliteringsprogram er efterspurgt, og de skal kunne rumme andre sygdomsgrupper end KOL. Setups, der muliggør træning i eller omkring hjemmet, bliver bestemt en del af fremtidige tilbud, men de kræver struktur og supervision. Dertil skal der evalueres på behandlingen med standardiserede test før og efter træningen for at kunne vurdere effekt og rette tilbuddet til efter behov.

Korrespondance *Linette Marie Kofod*, Fysio- og Ergoterapiafdelingen, Hvidovre Hospital. E-mail: linette.marie.kofod@ regionh.dk

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

REFERENCER

1. Hansen H, Bieler T, Beyer N et al. Supervised pulmonary tele-rehabilitation versus pulmonary rehabilitation in severe COPD: a randomized multicentre trial. Thorax 2020;75:413-421
2. Cox NS, Dal Corso S, Hansen H et al. Telerehabilitation for chronic respiratory disease. Cochrane Database Syst Rev 2021;1:CD013040.
3. Sunddal L, Østergaard EB, Hilberg O, Løkke A. Personer med kronisk nonmalign lungesygdom kan opnå fysisk fremgang ved træning i hjemmet. Ugeskr Laeger 2021;183:V02210175.
4. José A, Holland AE, Selman JPR et al. Home-based pulmonary rehabilitation in people with bronchiectasis: a randomised controlled trial. *ERJ Open Res* 2021;7:00021-2021.
5. Kovelis D, Gomes ARS, Mazzarin C et al. Effectiveness and safety of supervised home-based physical training in patients With COPD on long-term home oxygen therapy: a randomized rrial. *Chest* 2020;158:965-972.