

Genoptrænings- forløbsskrivelse for borgere med hofte artrose



Indhold	
Indledning.....	3
Flowchart.....	5
Baggrundsviden.....	8
Problemstilling	8
Evidens	8
Litteratur	10
Referencer	10
Nyttige links	12
Bilag 1: Søgematrix.....	13
Bilag 2: PRISMA 2009 Flow Diagram	14
Bilag 3: Kvalitetsvurdering af anvendt litteratur:.....	15
Bilag 3A: Risk of bias skema af randomiserede kliniske studier	15
Bilag 3B: Kvalitetsvurdering af systematiske reviews (AMSTAR):	16
Bilag 3C: Kvalitetsvurdering af National klinisk retningslinje (AGREE II):	17

Indledning

Formål

Formålet med genoptræningsforløbsbeskrivelsen er på baggrund af den nyeste evidens samt best practice, at beskrive indholdet i genoptræningsforløbet for borgere med *hofte artrose*. 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 hofte artrose 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.

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

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen er målrettet ergo- og fysioterapeuter, der varetager genoptræningsforløb for borgere med hofte artrose efter Sundhedslovens §140 eller Servicelovens §86.

Definition af begreber

Hofte artrose

Artrose (degenerative forandringer i hofteledet) er ”en samlebetegnelse for ledsygdomme, som karakteriseres af svigtende ledfunktion med varierende ødelæggelse af ledbrusk og påvirkning af lednær knogle. Ved røntgenundersøgelse af et artroseled ses forandringer som reduceret ledspalte, subkondral sklerose og osteofytter. Der er i mange tilfælde diskrepans mellem røntgenfund og symptomer, specielt graden af smerte” [1]. Symptomerne er smertetriade, stivhed og tab af funktion [1].

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Omsorg og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: dd-mm-åå
Gældende til: 02-07-2022
Version: 1.0
E-doc: 2017-0322888

Handleanvisning: Flowchart

Genoptræningsforløbsbeskrivelsen for borgere med hofte artrose skal anvendes sammen med "Vejledning for terapeutfaglig dokumentation", hvor minimumskrav til terapeutfaglig dokumentation er beskrevet.

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)

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).

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

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

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Omsorg og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: dd-mm-åå
Gældende til: 02-07-2022
Version: 1.0
E-doc: 2017-0322888

Flowchart

Generelle interventioner	Forløb
Overordnede anbefalinger og restriktioner i genoptræning af borgere med hofteartrose	
<p>Anbefaling</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der er fundet lige god effekt af flere forskellige træningsprotokoller, hhv. NEMEX, nordic walking, styrketræning samt hjemmeøvelser (se evidensafsnit). • I samarbejde med borgeren igangsættes den bedst egnede af nedenstående protokoller. <p>Løbende terapeutfaglig vurdering</p> <ul style="list-style-type: none"> • Smertemonitoreringsmodel brugt som guide for individuel belastning i både NEMEX, styrketræning og nordic walking, med selvrapporert smerte på NRS: 2/10 sikker, 5/10 acceptabel, >5/10 høj risiko • Næste dag skal smerterne være på samme niveau som før træning og smerten må ikke tiltage over tid [2-4]. 	<p>Valg af protokol, eventuelle afvigelser herfra samt borgers samtykke dokumenteres i journal</p>
<p>Intervention Evidensen bag de beskrevne interventioner i flowchartet er uddybet i baggrundsafsnittet</p>	
<p>Træning</p> <p>NEMEX-protokol Superviseret træning 2 x 60 min ugentligt i 6 uger, enten på hold eller som individuelt tilpasset hjemmetræning [3, 5] (↑). Generelt anbefales 3 x træning/uge.</p> <p>Opvarmning</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cykling på motionscykel 10 min. (samme opvarmning på alle niveauer) <p>Cirkeltræning 2-3 sæt af 10-15 gentagelser. Der er tre niveauer for øvelserne, som progredieres, når øvelserne udføres med god sensomotorisk kontrol og god bevægekvalitet [3, 5] (↑) Tallet foran øvelsen angiver niveau <i>Kropsstabilitet og postural funktion</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maveøvelse med ben på stor bold, arme langs siden 2. Maveøvelse med ben på stor bold, arme krydset foran kroppen 3. Maveøvelse med ben på stor bold, arme bag nakken <ol style="list-style-type: none"> 1. Bækkenløft med ben på stor bold, bøjede knæ, kort vægtstang 2. Bækkenløft med ben på stor bold, med halv-bøjede knæ, lang vægtstang 3. Bækkenløft med ben på stor bold, vægt på et ben ad gangen <p><i>Postural orientering</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Stående tæppeflis-øvelser, glid frem/tilbage, fokus på alignment af hofte, knæ, fod 2. Stående tæppeflis-øvelser, stå på ustabil underlag, glid frem/tilbage og til siden, fokus på alignment af hofte, knæ, fod 3. Stående tæppeflis-øvelser, træd stort skridt fremad og tilbage til midten, evt. med støtte <ol style="list-style-type: none"> 1. Stående tæppeflis-øvelser, glid til siden, fokus på alignment af hofte, knæ, fod 	<p>Opstart af forløb Der henvises til "Vejledning i terapeutfaglig dokumentation".</p> <p>For effektmål henvises til "Vejledning om effektmål på genoptræningsområdet"</p> <p>Der henvises desuden til vejledning for "Samtale om forebyggende indsatser – til borgere i genoptræningsforløb".</p>

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Omsorg og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: dd-mm-åå
Gældende til: 02-07-2022
Version: 1.0
E-doc: 2017-0322888

2. Stående tæppeflis-øvelser, stå på ustabil underlag, glid frem/tilbage og til siden, fokus på alignment af hofte, knæ, fod
3. Stående tæppeflis-øvelser, træd stort skridt til siden og tilbage til midten, evt. med støtte (niv 3)

Muskelstyrke for underekstremitet

1. Stående hofteabduktion/adduktion med elastik
 2. Stående hofteabduktion/adduktion med elastik med øget belastning
 3. Stående hofteabduktion/adduktion med elastik, stå på ustabil underlag
-
1. Siddende knæfleksion/ekstension med elastik
 2. Siddende knæfleksion/ekstension med elastik, med øget belastning
 3. Siddende knæfleksion/ekstension med elastik, med øget belastning
-
1. Rejse/sætte sig, evt. med støtte
 2. Rejse/sætte sig, uden støtte
 3. Rejse/sætte sig, med det ene ben foran det andet
-
1. Step-up/down på stepbænk (lav højde) evt. med støtte
 2. Step-up/down på stepbænk (medium højde), evt. med støtte, med/uden håndvægte
 3. Step-up/down på stepbænk (høj højde), med/uden håndvægte

Nordic walking protokol

Intensitet og frekvens

- BORG skala 12-14 (evt. puls og skridt tæller) [4] (↑)
- 1 time, 3 x ugen (2 x superviseret gruppetræning, 1 x usuperviseret) [4] (↑)
- Progressionen foregik ved at øge gangdistance og hastighed [4] (↑)

Styrketræningsprotokol

Frekvens og intensitet

- 3 x ugen, 1 time, 2 x superviseret og 1 x usuperviseret
- 20 RM ved 50% af 1 RM progredieres til 15 RM i løbet af 4 uger [4] (↑)
- 1 x 20 RM bilateralt og 2 x 15 RM unilateralt progredieres til 1 x 10 RM bilateralt og 3 x 10 RM unilateralt [4] (↑)
- Hurtig koncentrisk fase, langsom excentrisk fase [4] (↑)

Øvelser

- Benpres
- Siddende knæekstension
- Stående hofteekstension
- Suppleret med øvelser for mave, ryg, hofte abduktorer og hofte adduktorer, evt. med elastik

Hjemmetræningsprotokol

- 8-12 gentagelser med hvert ben, 1 x dagligt [6]
- Hofte bevægelighed, hofte fleksion og rotation [4, 6] (↑)
- Strækøvelser [4, 6] (↑)
- Styrkeøvelser, f.eks. rejse/sætte sig, bækkenløft, isometrisk hoftefleksion i stående, sideliggende gluteus medius øvelse, evt. med elastik [4, 6] (↑)

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Omsorg og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: dd-mm-åå
Gældende til: 02-07-2022
Version: 1.0
E-doc: 2017-0322888



<p>Øvrige interventioner</p> <p><u>Patientuddannelse [5] (↑)</u></p> <p>f.eks. Gla:d: 3 gruppesessioner á 90 min varighed (2 x undervisning af fysioterapeut, 1 x med patient) omhandlende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sygdomsindsigt, herunder epidemiologi, anatomi, smerte, diagnostik, anbefalinger for fysisk aktivitet og naturligt forløb for artrose [5] (↑) • Behandlingsmuligheder for artrose [5] (↑) • Hjælp til selvhjælp [5] (↑) • Identificere sig med patient, der har været i samme situation og som har været gennem Gla:d-forløb [5] (↑) <p><u>Intervention, der kan øge compliance til træning og fysisk aktivitet</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Målsætning, smertemonitorering, træningsdagbog [7] (↑) • "Booster sessioner", dvs. ekstra sessioner eller pr. telefon med henblik på at fastholde motivation for træning og fysisk aktivitet efter endt intervention [4, 8, 9] (↑) • Individuel samtale ved opstart af træning omkring tidligere træningserfaring og håndtering af ubehag ved træning [4] (↑) • Pacing/graded activity, positiv forstærkning og motivationstrategi (↑)[9] • Integration af fysisk aktivitet i dagligdags aktiviteter (↑)[9] • Telerehabilitering, f.eks. app med video af øvelser, påmindelser, socialt netværk med træningsmonitorering [10] (v) <p><u>Manuel behandling</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ledmobilisering [8] (↑) • Ledmanipulation [8] (↑) <p><u>Vægttab</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • (Individuel) kostvejledning i kombination med træning [8, 11] (v) 	
Afslutning af forløb	
<p><u>Fastholdelse af intervention</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Der anbefales opfordring til og evt. plan for vedvarende kontinuerlig fysisk aktivitet [12, 13] (↑) og/eller træning [12, 14-16] (↑) • Opfølgninger/"Booster sessions" (fx opfølgninger på telefon eller fysisk kontakt) for at sikre vedvarende fysisk aktivitet og/eller fysisk træning [9] (v). 	

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 hofte artrose er 10,9% [95% CI 10,6-11,2] og der er ingen forskel i prævalens mellem køn [17]. I 2016 blev foretaget ca. 10.400 primære hofte alloplastik operationer i DK, heraf ca. 2.900 i region hovedstaden [18]. Incidensen af THA er let stigende, mens køns- og aldersfordeling er konstant [18]. Ca. 95% af alle primær THA udført i 2010 var ikke blevet revideret ved udgangen af 2015 [18].

Der er god effekt af kombinationen af træning og uddannelse til patienter med hofte artrose, men både effekten af træningen og compliance til træning falder over tid [9]. Genoptræning efter THA kan foregå som hjemmetræning, da effekten heraf er den samme som superviseret træning [8].

Evidensen viser, at andelen af personer med hofte artrose, der opfylder anbefalinger omkring fysisk aktivitet er lav [19] Der er nogen effekt af interventioner, der har til mål at øge compliance til træning/fysisk aktivitet [9]. Der er desuden tegn på at personer med THA generelt er mindre fysisk aktive end raske/almen befolkning [20, 21]. Se nedenfor for uddybning af evidens.

I denne genoptræningsforløbsbeskrivelse tages udgangspunkt i NKR Hofte artrose. Der suppleres med evidens fra RCT'er samt systematiske reviews, der bidrager med evidens ud over NKR.

Evidens

Træning

- Der er moderat evidens for moderat effekt af styrketræning målt på patientrapporteret funktionsevne, smerte og livskvalitet [8] (↑)
- Der er moderat evidens for lille effekt af neuromuskulær træning på patientrapporteret funktionsevne på kort og lang sigt [8] (↑)
- I et dansk RCT, der sammenligner hhv. Nordic walking (NW), styrketræning og hjemmetræning ses signifikant bedring af funktion (30 sek. rejse/sætte sig) i alle tre grupper, både på kort (4 mdr.) og lang sigt (12 mdr.) (↑) [4]
Sammenlignet med hjemmetræning opnår styrketræning og NW grupperne større bedring af livskvalitet på kort sigt, NW gruppen fastholder dette ved 12 mdr. (↑) [4]
Både styrketræningsgruppen og NW gruppen brugte mere tid på moderat-høj fysisk aktivitet i interventionsperioden. NW gruppen fastholdt denne forbedring ift. fysisk aktivitetsniveau efter 12 mdr. (↑) [4]

Kombineret patientuddannelse og træning

- Der er moderat evidens for lille effekt af kombineret patientuddannelse og træning på patientrapporteret funktionsevne og livskvalitet [8] (↑)

Compliance, barrierer og facilitatorer for træning

- Der er evidens for at compliance til træning falder over tid, og at effekten af træning falder på lang sigt [9, 22] (↑)
- Der er moderat evidens for at "booster sessioner" med en fysioterapeut samt smertemonitorering og træningsdagbog øger compliance til træning hos patienter med artrose [7, 9] (↑)

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Omsorg og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: dd-mm-åå
Gældende til: 02-07-2022
Version: 1.0
E-doc: 2017-0322888

- Der er tiltagende evidens fra enkeltstudier af høj kvalitet, der støtter anvendelse af motivationsstrategi og pacing/graded activity til at øge compliance til træning og fysisk aktivitet hos personer med artrose [9, 22, 23] (↑)
- Negative overbevisninger omkring konsekvenserne af træning er en barriere for træning, fordele ved effekten af træning kan derfor med fordel formidles til patienten [7] (v)
- Manglende tro på egne evner omkring træning er en barriere for træning. Udgangspunkt i patientens præferencer for træning samt patientens ressourcer og miljømæssige faktorer (f.eks. familiær opbakning, let og billig adgang til træning) i træningsplanlægningen anbefales [7, 24] (v)

Overholdelse af retningslinjer omkring fysisk aktivitet

- Evidens af lav kvalitet indikerer, at 58% (95% CI; 18, 92) af 215 patienter med hofte artrose overholder retningslinjer om mindst 150 min/uge moderat til hård fysisk aktivitet [19] (↑)
- Anbefaling om mindst 10.000 skridt pr. dag opfyldes af 30% (95% CI; 13, 50) af 189 deltagere med hofte artrose og 60% (95% CI; 47, 73) går mindst 7000 skridt pr. dag. Evidens af lav kvalitet [19] (↑)

Telerehabilitering og compliance

- I et kvalitativt studie fra Danmark har man i forbindelse med evaluering af app'en "Ther-ex" bl.a. identificeret barrierer og motivationsfaktorer for forsat træning efter afslutning af Gla:d-forløbet.
 - Mangel på supervision fra fysioterapeut og støtte og opmuntring fra andre patienter på holdet efter Gla:d forløb er en barriere for fortsat træning
 - Påmindelser og et forum med andre, der også træner, evt. via en app, beskrives som motiverende faktorer [10] (v)

Ergoterapi

- Multidisciplinær rehabilitering med fokus på uddannelse, ADL funktion, kompensatoriske strategier for funktionsbegrænsning, led-beskyttelses strategi, hjælpemidler, funktionel mobilitet og øvelser for OE er effektiv for personer med artrose i knæ eller hofte [23] (↑)
- Der er behov for studier der undersøger effekten af ergoterapi til personer med muskuloskeltale smerter I UE [23] (↑)
- Ergoterapeuter kan overveje aktivitets pacing for voksne med artrose I UE [23] (v)

Manuel terapi

- Der er lav evidens for lille effekt af manuel terapi på smerte og livskvalitet samt patientrapporteret funktion på lang sigt [8] (↑)

Vægttab

- Et mindre prospektivt kohortestudie viser forbedring af smerte og patientrapporteret funktionsevne efter en vægttabsintervention med kombineret træning og diæt [8, 11] (v)

Litteratur

Referencer

1. www.sundhed.dk, *Hofteartrose*. <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/ortopaedi/tilstande-og-sygdomme/baekken-hofte-og-laar/artrose-hofte/>, 2017.
2. Thomee, R., *A comprehensive treatment approach for patellofemoral pain syndrome in young women*. *Phys Ther*, 1997. **77**(12): p. 1690-703.
3. Ageberg, E., A. Link, and E.M. Roos, *Feasibility of neuromuscular training in patients with severe hip or knee OA: The individualized goal-based NEMEX-TJR training program*. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 2010. **11**(1): p. 126.
4. Bieler, T., et al., *In hip osteoarthritis, Nordic Walking is superior to strength training and home-based exercise for improving function*. *Scand J Med Sci Sports*, 2017. **27**(8): p. 873-886.
5. Glad.dk, *Godt Liv med Artrose i Danmark*. <https://www.glad.dk/training.html>, 2017.
6. Gigtforeningen, *Øvelser for hofte*. <https://www.gigtforeningen.dk/et-sundt-liv/motion-og-traening/oeluser/hofte/>, 2017.
7. Dobson, F., et al., *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*, 2016. **95**(5): p. 372-89.
8. Sundhedsstyrelsen, *National klinisk retningslinje for hofteartrose. Ikke-kirurgisk behandling og genoptræning efter total hoftealloplastik*. www.sst.dk, 2016.
9. Nicolson, P.J.A., et al., *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*, 2017. **51**(10): p. 791-799.
10. Danbjørg, D.B., et al., *Usage of an Exercise App in the Care for People With Osteoarthritis: User-Driven Exploratory Study*. *JMIR Mhealth Uhealth*, 2018. **6**(1): p. e11.
11. Paans, N., et al., *Effect of Exercise and Weight Loss in People Who Have Hip Osteoarthritis and Are Overweight or Obese: A Prospective Cohort Study*. *Physical Therapy*, 2013. **93**(2): p. 137-146.
12. Rausch Osthoff, A.K., et al., *2018 EULAR recommendations for physical activity in people with inflammatory arthritis and osteoarthritis*. *Ann Rheum Dis*, 2018. **77**(9): p. 1251-1260.
13. Sundhedsstyrelsen, *Fysisk træning som behandling - 31 lidelser og risikotilstande*. 2018, Sundhedsstyrelsen, Islands Brygge 67, 2300 København S.
14. Brosseau, L., et al., *The Ottawa panel clinical practice guidelines for the management of knee osteoarthritis. Part two: strengthening exercise programs*. *Clinical Rehabilitation*, 2017. **31**(5): p. 596-611.
15. McAlindon, T.E., et al., *OARSI guidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis*. *Osteoarthritis Cartilage*, 2014. **22**(3): p. 363-88.
16. Fernandes, L., et al., *EULAR recommendations for the non-pharmacological core management of hip and knee osteoarthritis*. *Ann Rheum Dis*, 2013. **72**(7): p. 1125-35.
17. Pereira, D., et al., *The effect of osteoarthritis definition on prevalence and incidence estimates: a systematic review*. *Osteoarthritis Cartilage*, 2011. **19**(11): p. 1270-85.
18. S., O., *Årsrapport Dansk hoftealloplastik register 2016*. Dansk Hoftealloplastik register, 2016. <http://danskhoftealloplastikregister.dk/wp-content/uploads/2015/11/DHR-%C3%A5rsrapport-2016.pdf>.
19. Wallis, J.A., et al., *What proportion of people with hip and knee osteoarthritis meet physical activity guidelines? A systematic review and meta-analysis*. *Osteoarthritis Cartilage*, 2013. **21**(11): p. 1648-59.
20. Withers, T.M., et al., *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*, 2017. **31**(5): p. 639-650.
21. Arnold, J.B., J.L. Walters, and K.E. Ferrar, *Does Physical Activity Increase After Total Hip or Knee Arthroplasty for Osteoarthritis? A Systematic Review*. *J Orthop Sports Phys Ther*, 2016. **46**(6): p. 431-42.

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Omsorg og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: dd-mm-åå
Gældende til: 02-07-2022
Version: 1.0
E-doc: 2017-0322888

22. Pisters, M.F., et al., *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): p. 41-7.
23. Dorsey, J. and M. Bradshaw, *Effectiveness of Occupational Therapy Interventions for Lower-Extremity Musculoskeletal Disorders: A Systematic Review*. Am J Occup Ther, 2017. **71**(1): p. 7101180030p1-7101180030p11.
24. Gay, C., et al., *Educating patients about the benefits of physical activity and exercise for their hip and knee osteoarthritis. Systematic literature review*. Ann Phys Rehabil Med, 2016. **59**(3): p. 174-83.
25. 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.
26. Wang, L., et al., *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, 2016. **6**(2): p. e009857.

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Omsorg og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: dd-mm-åå
Gældende til: 02-07-2022
Version: 1.0
E-doc: 2017-0322888



Anbefalet litteratur

- Sundhedsstyrelsen, *National klinisk retningslinje for hofteartrose. Ikke-kirurgisk behandling og genoptræning efter total hoftealloplastik*. www.sst.dk, 2016.

Systematisk review omhandlende compliance

- Nicolson, P.J.A., et al., *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, 2017. **51**(10): p. 791-799.

Nyttige links

Links fra Københavns kommune

- Vejledning i terapeutfaglig dokumentation:
http://suf.kkintra.kk.dk/sites/suf.kkintra.kk.dk/files/media-root/Vejledning%20i%20minimumskrav%20til%20terapeutfaglig%20dokumentation_0.pdf
- Vejledning for samtalen om forebyggende indsatser i Københavns kommune:
http://suf.kkintra.kk.dk/sites/suf.kkintra.kk.dk/files/media-root/Vejledning%20for%20Samtalen%20om%20forebyggende%20indsatser_0.pdf
- Vejledning i effektmåling på genoptræningsområdet:
<http://suf.kkintra.kk.dk/sites/suf.kkintra.kk.dk/files/media-root/Dokumenter/Retningsgivende%20dokumenter/Vejledning%20i%20effekt%20m%C3%A5ling%20p%C3%A5%20genoptr%C3%A6ningsomr%C3%A5det.pdf>

Øvrige links

- Godt liv med artrose i Danmark
<https://www.glaiddk/>
- Gigtforeningen
<https://www.gigtforeningen.dk/et-sundt-liv/motion-og-traening/oevvelser/hofte/>

Fagligt ansvarlig: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Omsorg og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: dd-mm-åå
Gældende til: 02-07-2022
Version: 1.0
E-doc: 2017-0322888



KØBENHAVNS KOMMUNE
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

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:

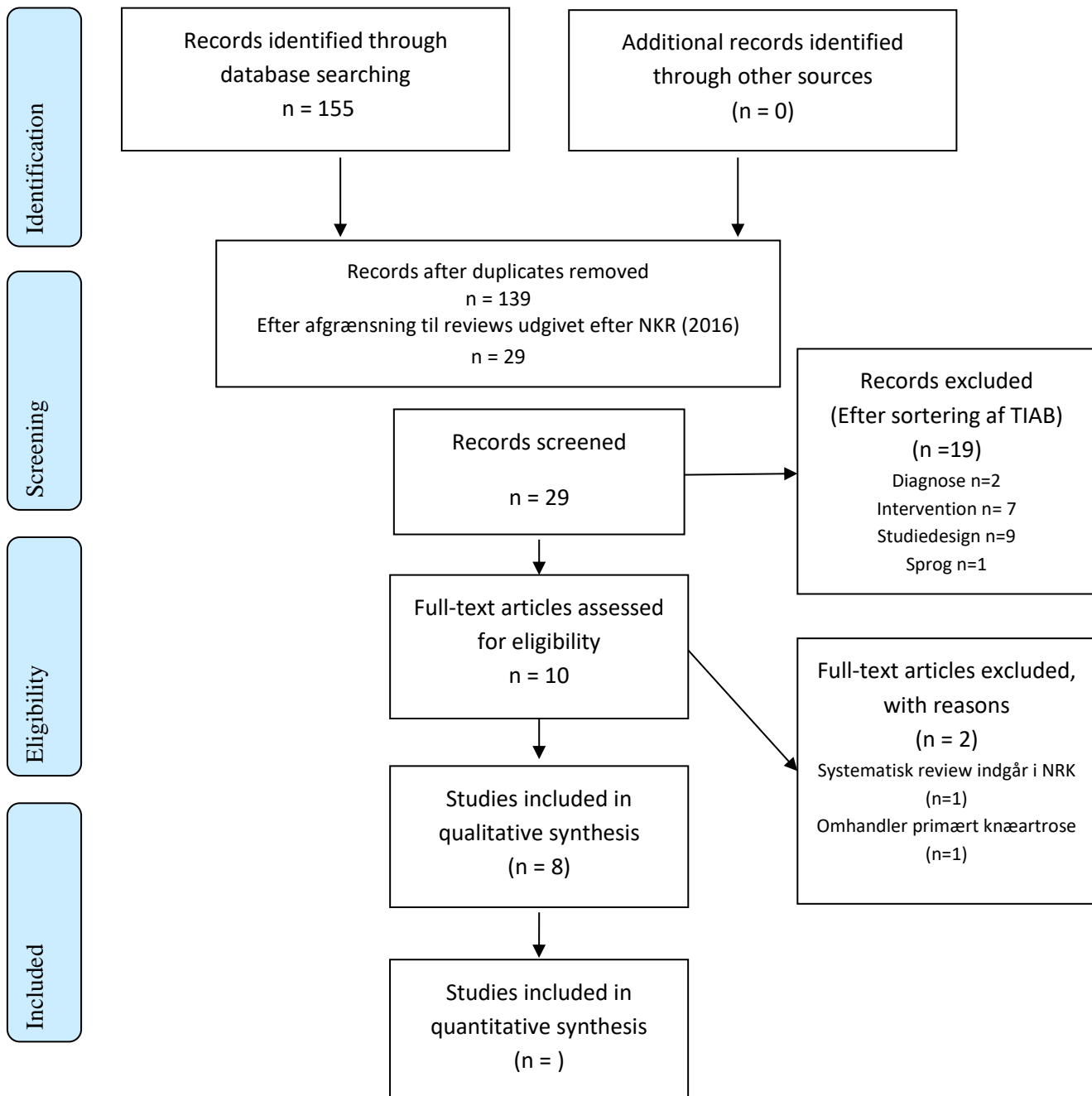
	<i>Intervention</i>	<i>Comparison</i>	<i>Outcome</i>
hip [Mesh] hip [TIAB] AND "Osteoarthritis"[Mesh] osteoarthritis* [TIAB] osteoarthros*[TIAB] "Arthritis"[Mesh] arthrit*[TIAB] "Joint Diseases"[Mesh] arthrosis [TIAB] degenerate*[TIAB] OR "Osteoarthritis, Hip"[Mesh] coxarthros*[TIAB]	Exercise Physiotherapy / 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

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: Lars Damkjær
E-mail: SE86@kk.dk
Telefon: 2346 9666
Afdeling: Afdeling For Rehabilitering
Center: Center for Omsorg og Rehabilitering

Oprettet: 02-07-2019
Opdateret: dd-mm-åå
Gældende til: 02-07-2022
Version: 1.0
E-doc: 2017-0322888

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.
<http://www.cochrane-handbook.org/>

Systematiske reviews

- Systematiske Reviews: https://amstar.ca/Amstar_Checklist.php
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

- <http://www.agreetrust.org/resource-centre/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 [22]	+	+	?	+	+	+	+	+
Bieler 2017 [4]	+	?	?	+	+	+	+	+
Mikkelsen 2014 [25]	+	+	+	+	+	+	+	+

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 [9]	+	+	+	+	+	+	+	+	?	+	+
Dobson 2016 [7]	+	+	+	+	+	?	?	?	?	?	?
Wallis 2013[19]	+	+	+	?	+	+	+	+	+	+	+
Dorsey 2017 [23]	+	?	+	+	+	?	?	?	?	?	?
Gay 2016 [24]	+	+	+	+	+	+	?	+	?	?*	+
Wang 2016 [26]	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Withers 2017 [20]	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Arnold 2016[21]	+	+	+	+	+	+	+	+	?	+	?

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

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

		Sundhedsstyrelsen (2016) [8]
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.	+