

Emne: Iltbehandling i hjemmet	Dato: 20.03.2025	Retningslinje nummer: 4
Udarbejdet af: Svend Gundestrup, Jesper Rømhild Davidsen, Anders Løkke, Linette Marie Kofod, Line Hust Storgaard, Thomas Ringbæk	Dato for revision: 20.03.2027	Sider: 8

I disse retningslinjer for iltbehandling i hjemmet vil indikationer blive gennemgået med fokus på evidens, effekt og praktiske forhold. Iltbehandling til børn og patienter med Hortons hovedpine varetages af andre specialer, og vil derfor ikke blive omtalt yderligere.

Overordnet er evidensen for iltterapi ved forskellige sygdomskategorier særdeles sparsom, men gennemgås herunder.

1.1. KONTINUERLIG ILT VED KRONISK HYPOKSÆMI (engelsk: "long term oxygen therapy (LTOT)") KOL

To randomiserede undersøgelser har vist, at LTOT (15-24 timer/dag) til patienter med KOL og svær hypoksæmi forlænger overlevelsen og synes at have gavnlig effekt på det pulmonale arterielle tryk, erythrocyt volumenfraktionen, livskvalitet (dyspnø, træthed, søvn og fysisk formåen) og risikoen for hospitalisering (1–3). Der syntes at være en dosis-respons sammenhæng, således at ilttilskud 24 timer/dag var bedre end 15 timer/dag. Et nyt randomiseret studie af 241 hypoksæmiske patienter viste, at 24 timer/dag ikke øgede effekten på død eller hospitalisering ift. 15 timer/dag (4)

Nyere studier af KOL patienter med $PO_2 > 7,3$ kPa har ikke vist gavnlig effekt af ilttilskud på hverken overlevelse, hospitalsindlæggelse, gangdistance eller livskvalitet, så de ældre hypoksæmi grænser er uændret (5).

Da meget tyder på, at rygere også har positiv effekt af kontinuerlig iltterapi, kan man overveje at ordinere iltterapi til rygere, hvis de anvender iltten mindst 15 timer dagligt, udviser forståelse for at adskille ild og ilt og har svær hypoksæmi ($P_{aO_2} < 6,7$ kPa). [Tabel 1](#) viser de gældende betingelser for behandling med hjemmeilt.

[Se også Flowchart 1 for et let guide til dette](#)

1.1.1 Interstitiel lungesygdom

Iltbehandling ved kronisk hypoksæmi hos patienter med interstitiel lungesygdom (ILS) er sparsomt undersøgt i et ikke publiceret randomiseret studie, i et retrospektivt observationsstudie samt i et nyere randomiseret studie, hvor både patienter med KOL og

ILS indgik (4–6)). I ingen af studierne kunne en gavnlig effekt af LTOT på overlevelse påvises. Ligeledes har man heller ikke kunne påvise en gavnlig effekt af LTOT på et forhøjet pulmonal arterietryk hos ILS patienter, som alene er en antagelse baseret på ekstrapolation fra KOL-studier.

1.1.2 Post-akut iltbehandling

Kriterierne for iltbehandling skal være opfyldt, mens patienten er optimalt behandlet og i stabil tilstand. Ikke sjældent er patienter, som har været indlagt med akut respirationssvigt, hypoksiske på udskrivelsestidspunktet, og udskrives derfor med iltbehandling i hjemmet. Derfor skal indikationen for iltbehandling revurderes 1-3 måneder efter start, og her vil man se, at omkring halvdelen af patienterne ikke længere opfylder hypoksæmi-kriterierne. Selvom der ikke findes studier, der dokumenterer effekt af ilt i denne ustabile fase lige efter hospitalisering, skønnes det rimeligt pga. høj mortalitet og sædvanligvis udtalte symptomer på iltmangel.

Kræftsygdom er årsag til knap 50% af de startede behandlinger, mens KOL tegner sig for ca. 40%.

Resten af de behandlede patienter har andre lungelidelser eller hjertelidelser.

- P_{aO_2} (uden ilttilskud) 7.3 kPa i klinisk stabil og optimal behandlet tilstand eller P_{aO_2} (uden ilttilskud) 8.0 kPa (ved tegn på cor pulmonale eller hæmatokrit $>55\%$)
- Stigning i P_{aO_2} efter ilttilskud (optimalt 8.0-9.0 kPa) uden fald i arterielle pH (>0.03)
- Iltten anvendes mindst 15 timer dagligt
- Generelt er rygning en kontraindikation for iltbehandling. I tilfælde med svær hypoksæmi (P_{aO_2} (luft) $<6,7$ kPa), beskedent tobaksforbrug og forståelse for at adskille ild og ilt kan iltbehandling overvejes.
- Behandlingen varetages af hospitalsafdelinger med lungemedicinsk ekspertise. I særlige tilfælde kan behandlingen ordineres af andre læger, hvis kriterierne for behandlingen efterfølgende sikres af en afdeling med lungemedicinsk ekspertise.
- Ikke kun patienter med KOL men alle lidelser med kronisk hypoksæmi

Tabel 1- Kriterier for kontinuerlig iltbehandling i hjemmet

1.2. IKKE-KONTINUERLIG ILT VED INTERMITTERENDE HYPOKSÆMI

Intermitterende hypoksæmi kan optræde ved en række tilstande f.eks. søvn, anstrengelse, anfaldsvis forværring af hjerte-lungelidelse og ved hypoksæmi i forbindelse med flyvning.

Kriterierne for ilt og effekten af ilt ved disse tilstande beskrives i det følgende:

1.2.1 Iltterapi ved natlig desaturation (engelsk: "nocturnal oxygen therapy (NOT)")

Natlig desaturation er velkendt ved en række lidelser herunder KOL, neuromuskulær lidelse, kyfosciosis og obstruktiv søvnapnø.

Om natten falder Ilt saturation på grund af hypoventilation. Det er anslået, at 30-40% af KOL-patienter med normal P_{aO_2} i dagtiden har natlige desaturationer. Selvom KOL-patienter med natlig desaturation har højere tryk i a. pulmonalis og dårligere overlevelse, synes NOT til denne patientkategori ikke at have positiv effekt på hverken a. pulmonalis-trykket, overlevelsen eller risikoen for at udvikle hypoksæmi i dagtiden.

Evidensen af NOT ved ILS patienter er yderst sparsom, og kun et enkelt studie har kunne påvise gavnlig effekt af NOT i form af reduceret takykardi og tachypnoe i.f.m. indsovning hos ILS patienter, men uden effekt på normalisering af respirationsfrekvensen eller forbedret søvnkvalitet (7).

1.2.2 Iltterapi ved anstrengelsesrelateret desaturation og dyspnø (engelsk: "ambulatory oxygen therapy (AOT)")

Desaturation ($SpO_2 < 88\%$) opstår ofte ved fysisk anstrengelse hos patienter med svær KOL og lungefibrose. Ilttilskud *forud for og lige efter* anstrengelse har ingen effekt på gangdistance eller dyspnø.

Derimod har adskillige korttidsstudier vist, at ilttilskud *under* fysisk anstrengelse øger iltmætningen og træningskapacitet samt mindsker muskeltræthed og åndenød hos patienter med KOL. Samme tendens er påvist i mindre case-cross-over studier af AOT til patienter med ILS med anstrengelsesudløst hypoksæmi (8), og med signifikant forskel i 6 minutters gangdistance ved brug af ilt (9). Omvendt har denne tendens ikke kunne dokumenteres i det indtil videre største placebo kontrollerede case-cross-over studie under sammenligning med atmosfærisk luft (10). Et tidligere udført pilotstudie har påvist det muligt at gennemføre et større randomiseret studie til afklaring af om brug af bærbar AOT har effekt på anstrengelsesudløst desaturation og 6MWD (11). Resultaterne fra dette igangsatte studie afventes (12).

Langtidsstudier (ca. 3-6 måneder) har vist, at

patienterne kun anvender ilt i begrænset omfang på grund af forfængelighed og vægten af ilt. Dette er formentlig årsagen til, at langtidseffekten er beskeden og at mange patienter ikke ønsker at fortsætte behandlingen.

Selv hos patienter med KOL, der deltager i rehabilitering, har det overraskende nok ikke været muligt at påvise en gavnlig effekt af ilttilskud på længere sigt. Med den aktuelle evidens er der ikke indikation for iltterapi til patienter med ILF ved anstrengelsesrelateret desaturation eller åndenød (13).

Til patienter med KOL, der oplever desaturation og som ønsker at benytte ilt kan der overvejes AOT, såfremt der noteres effekt på 6 minutters gangtesten på enten gangdistance > 26 meter eller et point score i Borg CR10 åndenøds skala (14,15).

1.2.3 Anfaldsvis desaturation og dyspnø (engelsk: "short-burst oxygen therapy (SBOT)")

Åndenød er et dominerende symptom i de avancerede stadier af en række lidelser inkl. kræft, hjertelunge og neurologiske lidelser.

Problemstillingens omfang taget i betragtning, er der meget få veludvalgte undersøgelser af ilttilskud i disse situationer. Studierne taler imod en generel anvendelse af ilt som pallierende terapi, og med lavest mulig evidens bør pallierende ilttilskud kun tilbydes patienter med svær invaliderende åndenød, hvis anden pallierende behandling er forsøgt. Effekt og gener af behandlingen skal vurderes efter 3-4 uger. Som for AOT er evidensen lav for brug af SBOT til ILS-patienter (8,16).

1.3 HYPOKSÆMI VED FLYVNING

Der henvises til DLS's retningslinje omkring [Flytransport og lungesygdom](#).

1.4 ILTUDSTYR

Ilttilskuddet kan leveres fra forskellige devices. De seneste år er der sket meget på dette område.

Store og små stål cylindre er i stor grad erstattet af støjsvage koncentratorer, flydende ilt og letvægtsflasker. Hos en del patienter leveres natlig iltbehandling i forbindelse med forskellige typer non-invasiv ventilation, eksempelvis NIV og High-Flow-behandling. Se instrukser for [KOL – LT-NIV \(hjemme NIV\)](#) og [High Flow - hjemme behandling](#).

1.4.1 Iltkoncentrator

Ilt fra koncentrator er i Danmark den hyppigst anvendte form for hjemmeilt. De mest almindeligt anvendte koncentratorer er stationære med en vægt på 15-25 kg. De er tilsluttet lysnettet og kan opkoncentrere den atmosfæriske ilt til renhedsgrader

på 90-98% ved ilflow op til 9 (dog kun 7 L kontinuerligt) l/minut. Ved højt flow falder iltkoncentrationen og maskinen larmer mere. Ved endnu højere flow må 2 koncentratorer anvendes. Patienterne er forbundet til koncentratoren med en tynd plastikslange på typisk 20-30 m, så de kan færdes i hjemmet.

Itleverandøren står for regelmæssigt serviceeftersyn med ca. 3 måneders intervaller. Bærbare iltkoncentratorer er udviklet med vægt helt ned til ca. 3 kg. De er udstyret med genopladeligt batteri som kan drive koncentratoren i ca. 2 timer med ilflow op til 3 l/min, der kun leveres under inspirationen (indbygget iltsparer). Der er udviklet koncentratorer, der kan komprimere ilt til transportable beholdere, men de kan være svære at betjene og er ikke særligt udbredte.

Koncentratorerne udsender en jævn summen med en lydstyrke på 40-55 dB. Udgiften fra strømforbruget til koncentratoren refunderes fra det offentlige.



Figur 1 - Iltkonzentrator

1.4.2 Komprimeret ilt på flasker

Komprimeret ilt på letvægtsflasker er den mest udbredte form for bærbar ilt i Danmark. Itflaskerne leveres i forskellige størrelser fra itleverandøren. En 2-liters flaske med ca. 380 liter ilt vejer inklusiv reduktionsventil ca. 3 kg og rækker til 6 timer med flow på 1 l/min. For de fleste patienter er denne vægt det maksimale af hvad de selv kan bære. De bærbare flasker kan enten bæres i en skuldertaske,



Figur 2- Flydende ilt via bærbar enhed

placeres i en taske med hjul eller monteres på en rollator eller en kørestol.

Itfirmaerne anbefaler som udgangspunkt at indstille den bærbare koncentrator et trin over de ordinerede antal liter på hjemme koncentratoren.

Ikke-bærbare ståflasker med komprimeret ilt kan anvendes til patienter med beskedent behov for ilt i hjemmet f.eks. i palliativt øjemed.

1.4.3 Flydende ilt

Flydende iltbehandling består af en stor stationær beholder som indeholder flydende ilt (minus 183 °C) til 1-4 ugers forbrug. Fra den store stationære beholder kan man efter behov tappe flydende ilt til en bærbar beholder. Beholderne vejer fra 1,6-3,5 kg og rummer ilt til 3-11 timer ved flow på 1,5 l/minut. Generelt anvendes flydende ilt til de mest mobile patienter. Dog kan enkelte patienter ikke håndterer systemet, og hvis patienten bor i en etageejendom uden elevator, kan det være besværligt at levere de ca. 50 kg tunge stationære beholdere.



Figur 3 - Påfyldning af lille enhed med flydende ilt

1.4.4 Iltbesparer

Ved at påmontere en iltsparer (evt. integreret i reduktionsventilen), frigives der kun ilt under inspirationen, og derved kan flasken så holde ca. dobbelt så lang tid. Denne modalitet er uagtet patientens grundsygdom. Når patienten skånes for iltflow under eksspirationen, kunne det tænkes, at udtørring af næse og svælg vil mindskes. Enkelte patienter mundrespirerer og kan derfor ikke udløse ilt doseringen. Nogle patienter kan ikke tolerere klikkene fra ventilen, hver gang ilt doseringen udløses. Under gangtest ser kontinuert iltflow ud til at give bedre iltmætning, længere gangdistance og mindre åndenød end ilt via iltbesparer, men vi savner undersøgelser, der belyser om der er forskel i anvendelsen af ilt, livskvalitet eller graden af mobilitet. Nogle iltsparende kan indstilles således, at flowet øges automatisk til maksimalt det dobbelte af det indstillede flow ved respirationsfrekvens over 16 per minut.

1.4.5 Befugter

Mange iltpatienter er generet af tørhed i næse og svælg. Desværre er det en udbredt praksis at søge disse gener lindret ved at befugte iltten. Dette sker ved at lede iltten gennem en beholder med vand. For det første er befugtning kun effektivt ved iltflow > 4 l/min, og for det andet er der en risiko for bakterievækst i vandbeholderen (og i det kondenserende vand i iltslangen, hvis fugteren ikke er monteret tæt på næsen).

1.5 NASAL HIGH FLOW

[Se venligst DLS instruks for dette.](#)

1.6 BÆRBAR ILT: INDIKATIONER OG SYSTEMER

Ved bærbar ilt forstås ilt leveret via en beholder, som har en størrelse, så den kan transporteres rundt af patienten. Begrebet "bærbar ilt" anvendes om iltudstyr og ikke indikation. I kontrast til begrebet "ambulatory oxygen", som er indikation for ilttilskud under anstrengelse og ikke kontinuert.

Formålet med bærbar ilt er dels at gøre patienten mere mobil, fremme fysisk aktivitet og sørge for at iltten også anvendes, når vedkommende er udenfor hjemmet.

Selvom de fleste patienter får tilbudt bærbar ilt, kommer de sjældent på gaden og vælger oftest at lade iltbeholderen blive hjemme. Mange patienter anfører, at beholderne er for tunge, og at de ikke bryder sig om at vise sig offentligt med en iltslange i næsen.

Det er derfor vigtigt, at det valgte udstyr er så let som muligt og at dette giver patienten den størst mulige frihed til en aktiv hverdag.

Automatisk titreret ilttilskud under aktivitet øger fysisk formåen og tid med iltmætning $\geq 92\%$ i forhold

til et fixeret iltflow, der dækker behovet i hvile (17,18).

1.7 BIVIRKNINGER OG RISICI VED ILTBEHANDLING

Hjemmeilt er, som enhver anden behandling, behæftet med bivirkninger og gener. Almindelige bivirkninger er irriteret hud ved næsen, kinderne og bag ørene pga. kontakt med iltslangen.

Tryksymptomer kan som regel afhjælpes ved aflastning og ved påsmøring af en fed, men oliefattig creme (for at undgå varmeudvikling ved oxidering af fedtsyrer).

Desuden klager mange over udtørring af slimhinderne. En del patienter oplever iltterapi som en social belastning, og dette fører ofte til, at de ikke ønsker at anvende iltten i andres påsyn, hvorved det får negativ indflydelse på compliance. Nogle patienter generes af støjen fra iltkoncentratoren (40-50 decibel), men denne kan dæmpes ved at placere apparatet i et andet rum end patienten – dog ikke længere væk end iltslangen kan række.

Sjældne men alvorlige bivirkninger er brandulykker og kuldioxidophobning med udvikling af acidosis.

Sidstnævnte ses typisk ved akut eksacerbation i KOL og højt iltflow. For at imødegå denne risiko, bør der foretages arteriepunktur ved ordination af hjemmeilt, ved øgning af iltflow eller hvis der er klinisk mistanke til CO₂-retention. Desuden bør der udvises forsigtighed ved ordination af sedativa, opioider og andre præparater med hæmmende effekt på respirationscentret. Brandulykker sker typisk pga. lemfældig omgang af ild og ilt f.eks. tobaksrygning og tilsluttet ilt.

1.8 ILT UNDER TRÆNING

Det anbefales generelt, at patienter opretholder en iltmætning > 88-90% under fysisk anstrengelse iht. BTS guidelines 2015. Patienter med KOL og hjemmeilt har ofte betydelig desaturation i forbindelse med test og træning, hvilket let kan fastlægges med et pulsoximeter efter en gangtest. For at øge sandsynligheden for en træningseffekt anbefales som minimum, at patienterne anvender deres bærbare ilt +1 liter/minut under træning.

Iltflowet øges yderligere alt efter iltkildens kapacitet indtil iltmætning >88% i størstedelen af træningen. Risikoen for CO₂-ophobning vurderes som minimal, så længe den øgede ilttilførsel er begrænset til træningsperioden og iltmætningen forbliver <94%.

Ved fald i iltmætning under træning, trods øget ilttilskud via bærbar koncentrator med "on-demand" iltflow, kan kontinuerligt iltflow fra iltflaske optimere ilttilførslen, og det kan være relevant at have iltflasker i træningslokalet til dette formål. Iltflasker give

væsentligt højere flow end de fleste bærbare koncentratorer. Patienterne bør ikke opfordres til at begrænse deres daglige aktiviteter pga. lav iltmætning.

1.9 ILTBEHANDLING VED BILKØRSEL

Ved hypoksæmi nedsættes koncentrationen og reaktionshastigheden, hvilket er et problem, hvis patienten kører bil. Selvom der ikke er litteratur på området, anbefaler eksperter, at patienter, der ønsker at føre bil med $P_{aO_2} < 7,3$ kPa (med eller uden ilt), skal orientere det lokale motorkontor. Politiet/embedslægen nu kaldet Tilsyn og Rådgivning - Styrelsen for Patientsikkerhed tager stilling til, om patienten kan bibeholde kørekortet – sædvanligvis efter at have indhentet helbreds- oplysninger. Der kan blive tale om en ny køreprøve. Hvis P_{aO_2} løftes over 7,3 kPa med ilttilskud skal det indskræpes patienten, at vedkommende kun må køre bil med ilt. Ønsker personen ikke at rette sig efter ovennævnte råd, er lægen forpligtet til at rette henvendelse til embedslægeinstitutionen nu Tilsyn og Rådgivning - Styrelsen for Patientsikkerhed.

1.10 KONTROL AF ILTBEHANDLING

Hvor ofte skal patienten kontrolleres?

Flere studier har vist, at det er vigtigt at revurdere indikationen for hjemmeilt efter 1-3 måneder. Ved denne kontrol har ca. 50% af patienterne normaliseret deres iltmætning og kan ophøre ilterapien. Herefter er det mere usikkert, hvor hyppigt patienten skal kontrolleres, men de fleste guidelines anbefaler halvårlig kontrol.

1.10.1 Hvad skal kontrolleres?

Kontrol af iltbehandling bør indeholde vurdering i forhold til:

- indikation for iltbehandling og justering af iltflow (pulssaturation og a-punktur jvf. tabel 2 og 3) gener og komplikationer
- anvendelse af ilt og iltudstyr i forhold til ordination, aktiviteter, sikkerhed og økonomi
- hos KOL patienten tillige farmakologisk behandling inklusiv inhalationsteknik og nonfarmakologisk behandling herunder rehabilitering, sygdomsindsigt, ergoterapi, ernæring mv.

SaO ₂	Vurdering	A-punktur påkrævet	
		uden ilttilskud	med ilttilskud
<88% (+/- ilttilskud)	LTOT indiceret	Nej	Ja, mhp. PaCO ₂
88-91% (- ilttilskud)	LTOT evt. indiceret	Ja, mhp. PaO ₂	Ja, hvis PaO ₂ (- ilttilskud) er lav*
≥92% (- ilttilskud)	LTOT ikke indiceret	Nej	Nej

Tabel 2 - Ilt saturation og a-punktur ved start af kontinuerlig iltbehandling og 1. kontrol (revurdering)

* 7,3 kPa eller 8,0 kPa ved tegn på cor pulmonale eller hæmatokrit > 55%

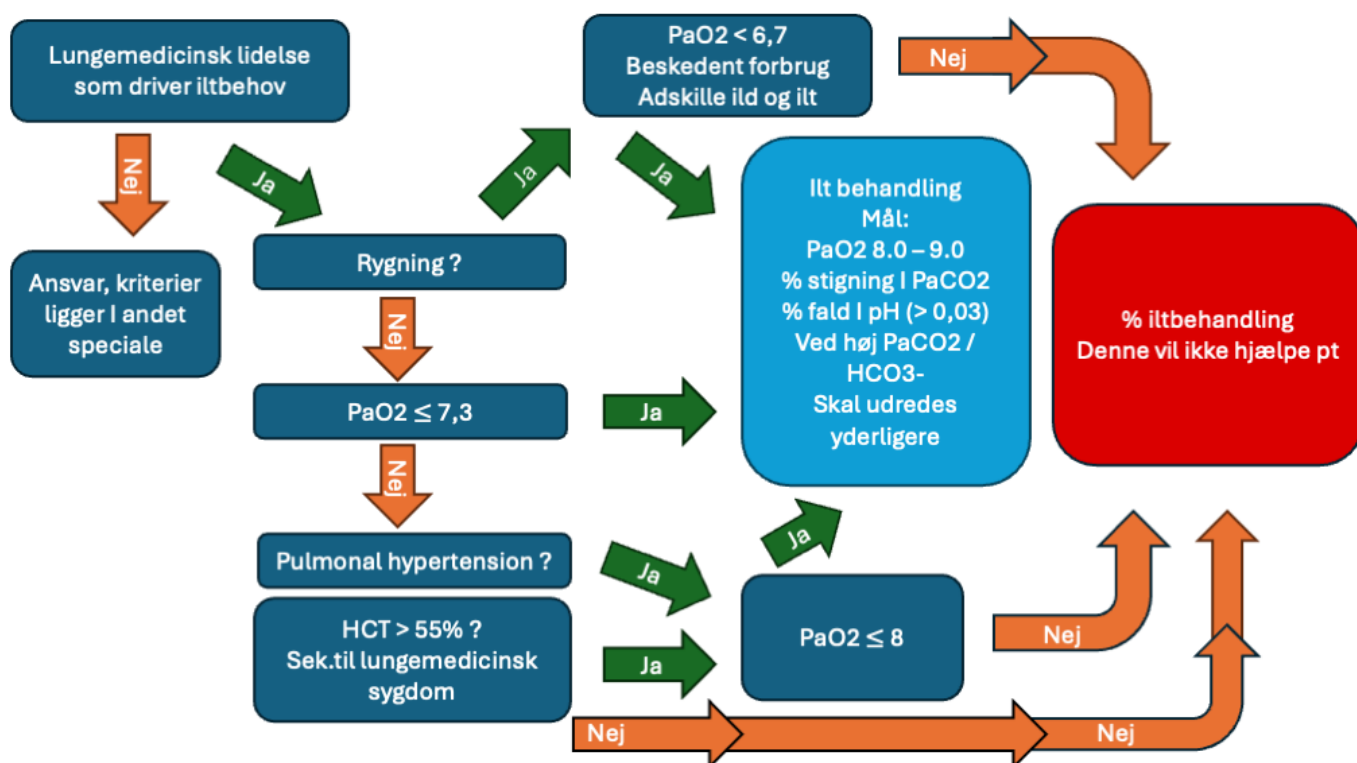
1.10.2 Hvor skal patienten kontrolleres?

Kontrollen af iltbehandling varetages af afdelinger med lungemedicinsk ekspertise. Desuden tyder meget på, at man med fordel kan lade nogle af kontrollerne foregå i patientens hjem med besøg af en lungesygeplejerske. Her tænkes især på patienter i stabil fase, der har svært ved at komme ind til kontrol på hospitalet. Ved kontrol i hjemmet kan sygeplejersken justere iltudstyr i forhold til hjemmets muligheder. Formentlig kan nogle kontroller kan klares via en telemedicinsk løsning ved iltmætningsmåling.

SaO ₂	Vurdering	A-punktur påkrævet	
		uden ilttilskud	med ilttilskud
≥92% (- ilttilskud)	Overvej stop LTOT	Nej	Nej
<92% (- ilttilskud)	Fortsæt LTOT	Nej	Nej
>96% (+ ilttilskud)	Overvej reduceret iltflow	Nej	Nej
<92% (+ ilttilskud)	Overvej øget iltflow	Nej	Ja, hvis øget iltflow mhp.
92-96% (+ ilttilskud)	Uændret iltflow	Nej	Nej

Tabel 3 - Ilt saturation og a-punktur efter 1. revurdering af kontinuerlig iltbehandling

Flowchart 2 – Guide til iltbehandling



REFERENCER

1. Continuous or nocturnal oxygen therapy in hypoxemic chronic obstructive lung disease: a clinical trial. Nocturnal Oxygen Therapy Trial Group. *Ann Intern Med* [Internet]. 1. september 1980;93(3):391–8. Tilgængelig hos: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6776858>
2. Long term domiciliary oxygen therapy in chronic hypoxic cor pulmonale complicating chronic bronchitis and emphysema. Report of the Medical Research Council Working Party. *Lancet* [Internet]. 28. marts 1981;1(8222):681–6. Tilgængelig hos: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6110912>
3. Ringbaek TJ. Home oxygen therapy in COPD patients. Results from the Danish Oxygen Register 1994-2000. *Dan Med Bull* [Internet]. august 2006;53(3):310–25. Tilgængelig hos: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17092451>
4. Ekström M, Andersson A, Papadopoulos S, Kipper T, Pedersen B, Kricka O, m.fl. Long-Term Oxygen Therapy for 24 or 15 Hours per Day in Severe Hypoxemia. *N Engl J Med* [Internet]. 19. september 2024;391(11):977–88. Tilgængelig hos: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/39254466>
5. A Randomized Trial of Long-Term Oxygen for COPD with Moderate Desaturation. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 27. oktober 2016;375(17):1617–27. Tilgængelig hos: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1604344>
6. Chaouat A, Weitzenblum E, Kessler R, Schott R, Charpentier C, Levi-Valensi P, m.fl. Outcome of COPD patients with mild daytime hypoxaemia with or without sleep-related oxygen desaturation. *European Respiratory Journal* [Internet]. maj 2001;17(5):848–55. Tilgængelig hos: <https://publications.ersnet.org/lookup/doi/10.1183/09031936.01.17508480>
7. Crockett A, Cranston JM, Antic N. Domiciliary oxygen for interstitial lung disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 23. juli 2001;2010(12). Tilgængelig hos: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD002883>
8. DOUGLAS WW, RYU JH, SCHROEDER DR. Idiopathic Pulmonary Fibrosis. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 1. april 2000;161(4):1172–8. Tilgængelig hos: <https://www.atsjournals.org/doi/10.1164/ajrccm.161.4.9907002>
9. Ora J, Coppola A, Perduno A, Manzetti GM, Puxeddu E, Rogliani P. Acute effect of oxygen therapy on exercise tolerance and dyspnea perception in ILD patients. *Monaldi Archives for Chest Disease* [Internet]. 11. oktober 2021; Tilgængelig hos: <https://www.monaldi-archives.org/index.php/macd/article/view/1925>
10. Vázquez JC, Pérez-Padilla R. Effect of Oxygen on Sleep and Breathing in Patients with Interstitial Lung Disease at Moderate Altitude. *Respiration* [Internet]. 2001;68(6):584–9. Tilgængelig hos: <https://karger.com/RES/article/doi/10.1159/000050576>
11. Khor YH, Holland AE, Goh NSL, Miller BR, Vlahos R, Bozinovski S, m.fl. Ambulatory Oxygen in Fibrotic Interstitial Lung Disease. *Chest* [Internet]. juli 2020;158(1):234–44. Tilgængelig hos: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0012369220303433>
12. Holland AE, Corte T, Chambers DC, Palmer AJ, Ekström MP, Glaspole I, m.fl. Ambulatory oxygen for treatment of exertional hypoxaemia in pulmonary fibrosis (PFOX trial): a randomised controlled trial. *BMJ Open* [Internet]. 13. december 2020;10(12):e040798. Tilgængelig hos: <https://bmjopen.bmj.com/lookup/doi/10.1136/bmjopen-2020-040798>
13. Nishiyama O, Miyajima H, Fukai Y, Yamazaki R, Satoh R, Yamagata T, m.fl. Effect of ambulatory oxygen on exertional dyspnea in IPF patients without resting hypoxemia. *Respir Med* [Internet]. august 2013;107(8):1241–6. Tilgængelig hos: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0954611113002084>
14. Jarosch I, Gloeckl R, Damm E, Schwedhelm A, Buhrow D, Jerrentrup A, Spruit MA, Kenn K. Short-term Effects of Supplemental Oxygen on 6-Min Walk Test Outcomes in Patients With COPD: A Randomized, Placebo-Controlled, Single-blind, Crossover Trial. *Chest* 2017, 151 (Suppl. S4), 795–803.
15. Puhon M, Chandra D, Mosenifar Z, Ries A, Make B, Hansel N, Wise R, Sciruba F, for the National Emphysema Treatment Trial

- (NETT) Research Group. The minimal important difference of exercise tests in severe COPD. *Eur. Respir. J.* 2010, 37, 784–790.
16. Sharp C, Adamali H, Millar AB. Ambulatory and short-burst oxygen for interstitial lung disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 6. juli 2016;2016(7). Tilgængelig hos: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD011716.pub2>
 17. Kofod LM, Westerdahl E, Kristensen MT, Brocki BC, Ringbæk T, Hansen EF. Effect of Automated Oxygen Titration during Walking on Dyspnea and Endurance in Chronic Hypoxemic Patients with COPD: A Randomized Crossover Trial. *J Clin Med* [Internet]. 20. oktober 2021;10(21):4820. Tilgængelig hos: <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/21/4820>
 18. Schneeberger T, Jarosch I, Leitl D, Gloeckl R, Hitzl W, Dennis CJ, m.fl. Automatic oxygen titration versus constant oxygen flow rates during walking in COPD: a randomised controlled, double-blind, crossover trial. *Thorax* [Internet]. april 2023;78(4):326–34. Tilgængelig hos: <https://thorax.bmj.com/lookup/doi/10.1136/thoraxjnl-2020-216509>