

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Giltig från: 2023-11-15

Innehållsansvar: Maria Bäck, (marpe97), Specialistfysioterap

Giltig till: 2025-11-14

Granskad av: Madeleine Brosved, (madbr), Sektionsledare

Godkänd av: Gunilla Kjellby Wendt, (gunkj2), Verksamhetschef

Hjärta – Kronisk hjärtsvikt – ARB FYS

Förändringar sedan föregående version

Mindre uppdateringar utan större betydelse för bedömning och åtgärd.

Avgränsning

Rutinen gäller för arbetsterapeuter och fysioterapeuter som behandlar patienter med kronisk hjärtsvikt inom slutenvård och för fysioterapeuter även inom öppenvård.

Syfte och bakgrund

Säkerställa att patienter med kronisk hjärtsvikt som vårdas vid Sahlgrenska Universitetssjukhuset erbjuds optimalt arbetsterapeutiskt och fysioterapeutiskt omhändertagande och likvärdig vård utifrån evidens och beprövad erfarenhet.

Rutinen är framtagen för arbetsterapeutisk och fysioterapeutisk behandling för patienter med kronisk hjärtsvikt. Rutinen är verksamhetsövergripande och beskriver kortfattat vilka åtgärder som rekommenderas.

Bakgrund

Cirka 200 000–300 000 svenskar har hjärtsvikt och varje år insjuknar upp emot 40 000 personer i Sverige med en nyupptäckt hjärtsvikt. Kranskärslssjukdom och hypertoni är de vanligaste orsakerna till kronisk hjärtsvikt i västvärlden.

Hjärtsvikt betyder att hjärtat inte pumpar så mycket blod som kroppen behöver (nedsatt hjärtfunktion). Hjärtsvikt kan yttra sig som för låga blodflöden ut från hjärtat (nedsatt hjärtminutvolym) eller som blodstockning bakåt från en av eller båda hjärthalvorna (förhöjda fyllnadstryck). Det kan också vara en kombination av dessa problem.

Kronisk hjärtsvikt kan förekomma med nedsatt pumpfunktion (HFrEF), bevarad pumpfunktion (HFpEF) eller med lätt nedsatt pumpfunktion(HFmrEF).

Fysisk funktionsförmåga vid kronisk hjärtsvikt anges ofta genom New York Heart Associations klassificering (NYHA) enligt:

NYHA I. Ingen begränsning av fysisk aktivitet.

NYHA II. Lindrig begränsning av fysisk aktivitet.

Andfåddhet och trötthet endast vid kraftig fysisk aktivitet.

NYHA III. Markerad begränsning av fysisk aktivitet.

Andfåddhet och trötthet vid lätt till måttlig fysisk aktivitet.

NYHA IV. Symtom i vila. Minsta fysiska aktivitet ger ökande symtom.

(Ref: ESC Committee for Practice Guidelines. Eur Heart J 2016)

Arbetssterapi:

Det finns i dagsläget inga randomiserade kontrollerade studier som har utvärderat effekten av arbetsterapeutiska interventioner för patienter med kronisk hjärtsvikt. I kvalitativa studier utförda i öppenvård framkommer att patienterna har problem med att anpassa sina dagliga aktiviteter utifrån sitt hälsotillstånd där symtomen kan variera med ökad andfåddhet, ödem, trötthet, nedsatt uthållighet. Patienterna uppvisar svårigheter att planera sina aktiviteter relaterat till bristande kunskap om sin sjukdomsbild. Detta stämmer överens med flerårig klinisk erfarenhet. (Ref: Norberg et al, 2014).

Fysioterapi:

Det finns måttligt vetenskapligt underlag för att fysisk träning inom hjärtrehabilitering förbättrar aerob kapacitet, gångsträcka och muskelstyrka/uthållighet, inspiratorisk muskelstyrka, myokardfunktion, livskvalitet och sjukhusinläggningar hos patienter med kronisk hjärtsvikt. De flesta studierna har inkluderat patienter med nedsatt pumpfunktion (HFrEF), men det finns även studier som påvisar effekter för patienter med bevarad pumpfunktion (HFpEF). (Ref: Long et al, 2019, Leggio et al, 2019, Mandic et al, 2009).

Utförande

Målsättning

Motivera patienten att delta i fysioterapeutledd fysisk träning inom hjärtrehabilitering. Stimulera patienten att vara så aktiv som möjligt vid dagliga aktiviteter utifrån förutsättningar och egen vilja.

Bedömning

Arbetsterapi i slutenvården:

För aktuella patienter genomförs bedömning av aktivitetsförmåga för att identifiera resurser och begränsningar samt problem i omgivningsmiljön såväl den fysiska som den sociala. Bedömning av hjälpmedelsbehov inför hemgång/vidare vårdinstans. Instrument som kan användas vid bedömning är ADL-taxonomin och Canadian Occupational Performance Measure (COPM). För att bedöma upplevd grad av ansträngning under aktivitet kan Borgs Rating of Perceived Exertion (RPE) -skala användas.

Fysioterapi i slutenvården:

Bedömning av fysisk funktion, till exempel förflyttning och balans, samt hjälpmedelsbehov inför hemgång/vidare vårdinstans.

Bedömning av fysisk kapacitet, till exempel muskelfunktion, inför förskrivning av träningsprogram.

Fysioterapi i öppenvården:

För att kunna förskriva anpassad fysisk träning genomförs pre-exercise screening, inkluderat en bedömning av den fysiska kapaciteten. Tester som används vid hjärtrehabiliteringsverksamheten är:

- *Symtombegränsat arbetsprov med EKG på ergometercykel.* Ett standardiserat symtombegränsat konditionstest på cykel används för att fastställa om personen tolererar ökad fysisk ansträngning. Arbetsprovet utgör grunden för individuell utformning av träningsprogram.
- *Sex minuters gångtest.* I vissa fall då ett arbetsprov inte är möjligt att genomföra kan ett sex-minuters gångtest användas. Det är viktigt att notera att testet har en takeffekt för de patienter som obehindrat kan gå på plan mark, samt att testet i sig inte är utformat för att riskstratifiera patienter eller förskriva ett fysiskt träningsprogram.
- *Muskelfunktion.* För bedömning av muskeluthållighet används standardiserade kliniska tester, som till exempel axelflexions- och tåhävningstest.
- För *grad av symtom* kan visuell analog skala (VAS) eller Borgs CR skala® (CR10) användas.
- *Patientrapporterad fysisk kapacitet* mäts med två frågor: En dikotom fråga ”Upplever du dig begränsad i vardagslivet pga. din nuvarande

fysiska kapacitet?” samt upplevd fysisk kapacitet via VAS-skala (0=Sämsta tänkbara fysiska kapacitet 100=Bästa tänkbara fysiska kapacitet).

- *Patientrapporterade frågor om fysisk aktivitet och fysisk träning* mäts med två frågor enligt Haskell samt med Frändin och Grimbys aktivitetsskala.

Åtgärd

Arbetsterapi i slutenvården:

Individuell behandling utifrån patientens aktivitetsproblem i vardagen. Samtal kring patientens dygnscklock för att uppnå balans mellan aktivitet och vila utifrån patientens symtom och medicinska förutsättningar. Vägledning och träning i specifika ADL-moment med strategier och energioptimerande arbetsmetoder utifrån patientens mål samt utprovning av hjälpmedel. Utvärdering av åtgärder innan utskrivning samt eventuellt överrapportering i vårdkedjan.

Fysioterapi i slutenvården:

Patienter med nydebuterad eller akut försämrade hjärtsvikt i NYHA-klass II eller III erbjuds individuellt besök hos fysioterapeut vid hjärtrehabiliteringen för pre-exercise screening, inkluderat utvärdering av fysisk kapacitet, följt av deltagande i ett fysiskt träningsprogram vid hjärtrehabiliteringen samt en avslutande individuell bedömning av fysisk kapacitet så som vid pre-exercise screening. Det är viktigt att identifiera patientens rehabiliteringsbehov samt upplevda hinder och faciliterande faktorer för deltagande i fysisk träning inom hjärtrehabilitering.

För patienter med svår kronisk hjärtsvikt med nedsatt fysisk kapacitet erbjuds individuellt utformad perifer muskelträning på avdelningen. Denna träningstyp innefattar en hög relativ belastning på en liten muskelgrupp samtidigt som den centralcirkulatoriska belastningen är låg. Förskrivning av gånghjälpmedel inför hemgång.

Fysioterapi i öppenvården:

Efter genomförd pre-exercise screening med symtombegränsat EKG-övervakat arbetsprov för test av aerob kapacitet samt utvärdering av muskelfunktion förskriver fysioterapeuten ett individuellt utprovat träningsprogram. Träningen utförs i grupp inom centerbaserad hjärtrehabilitering, minst 2 ggr/veckan under minst 3 månader (totalt 24

träningstillfällen). Träningen består av aerob fysisk träning och muskulär motståndsträning enligt riktlinjer. Aerob fysisk träning kan vara kontinuerlig eller bedrivas i intervaller. Vid låg aerob fysisk kapacitet kan träningsperioden starta med perifer muskelträning. Vid fysisk träning bör man vara uppmärksam på avvikande puls och blodtrycksreaktioner, uppkomst av yrsel, smärta eller andnöd.

Under träningsperioden tillkommer hemträningsprogram och efter avslutad träningsperiod genomförs ånyo en individuell bedömning, så som vid pre-exercise screening.

De patienter som innefattas i det personcentrerade standardiserade vårdförloppet (PSV) nydebuterad hjärtsvikt ska kodas enligt följande:

Orsakskod PSVHJS

Diagnoskod (I50.1A (HFrEF), I50.1B (HFmrEF), I50.1C (HFpEF),

Åtgärds kod (PD009).

Arbetsgrupp

Maria Bäck, docent, specialistfysioterapeut inom hjärt- och kärlsjukdomar, Fysioterapi Sahlgrenska

Lena Rostberg, MSc, arbetsterapeut, Arbetsterapi och Fysioterapi, Arbetsterapi Sahlgrenska

Susanna Wittboldt, MSc, fysioterapeut, Arbetsterapi och Fysioterapi, Fysioterapi Sahlgrenska

Granskat av kollegor inom verksamheten Arbetsterapi och Fysioterapi

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Innehållsansvar: Maria Bäck, (marpe97), Specialistfysioterap

Granskad av: Madeleine Brosved, (madbr), Sektionsledare

Godkänd av: Gunilla Kjellby Wendt, (gunkj2), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9807-1076540875-50

Version: 4.0

Giltig från: 2023-11-15

Giltig till: 2025-11-14