

Rehabilitering vid hjärtsvikt

Gäller för: Region Kronoberg

Innehåll

Rehabilitering vid hjärtsvikt.....	1
1 Inledning.....	3
Målgrupp.....	3
Förutsättningar utifrån aktuella patientgrupper.....	4
Resurser, kompetens.....	4
2 Flöde/process.....	4
3 Rehabilitering.....	5
Indikationer för behandling.....	5
Sjuksköterska.....	6
Fysioterapeut/sjukgymnast.....	6
Kurator.....	6
Dietist.....	6
Arbetsterapeut.....	7
Egenvård.....	7
FaR.....	7
Uppföljning/avslut.....	7
Delaktighet, information och undervisning till patient och närstående.....	7
Patientsäkerhet, riskanalys.....	7
Mål och mätetal.....	7
Dokumentation inkl KVÅ.....	8
4 Samordning: Rehabplan och informationsöverföring.....	8
5 Sjukskrivningsprocessen.....	8
6 Patientorganisationer.....	8
7 Kvalitetsindikatorer.....	9
8 Referenser.....	9
9 Länkar.....	9
10 Bilaga 1.....	10
Checklista: träning av hjärtsviktspatienter i primärvården.....	10
Hjärtsvikt.....	10

Fysisk träning.....	10
Tester	10

1 Inledning

Att personer med hjärtsvikt boende i Kronobergs län skall erbjudas likvärdig rehabilitering i enlighet med Socialstyrelsens föreskrifter om God Vård 2005:12 och Landstingets Kronobergs Vision, Mål och Värderingar.

Att åstadkomma en vård som kännetecknas av god kvalitet, bra tillgänglighet på alla vårdnivåer och ett smidigt flöde för patienten.

Att synliggöra och använda rehabiliteringsresurser så effektivt som möjligt, för att ge patienten bästa möjliga fysiska, mentala och sociala förutsättningar att återfå en optimal livskvalitet samt att minska sjukhusinläggning på grund av hjärtsvikt.

Definitioner:

Hjärtsvikt: Hjärtsvikt är en kronisk sjukdom där en onormal hjärtfunktion leder till otillräckligt blodflöde till resten av kroppen. Vanliga symtom är uttalad trötthet och andfåddhet vid liten ansträngning

ICD: Implantable cardioverter defibrillator.

CRT: Cardiac resynchronisation therapy (hjärtsviktspacemaker).

NYHA: New York Heart Association: definition av funktion vid hjärtsvikt.

NYHA-klass I: organisk hjärtsvikt utan symtom.

NYHA-klass II: lätt hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet efter fysisk aktivitet av mer uttalad grad (till exempel klättra, springa, tyngre kroppsarbete).

NYHA-klass III: medelsvår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet vid lätt till måttlig aktivitet, till exempel promenad i lätt uppförsbacke, på- och avklädning.

NYHA-klass IIIa: klarar att gå mer än 200 meter på plan mark, NYHA-klass IIIb: klarar inte att gå 200 meter på plan mark.

NYHA-klass IV: svår hjärtsvikt med andfåddhet och trötthet redan i vila.

Patienten är ofta bunden till säng eller stol.

BMI: bodymass index (vikten/längden²).

Övervikt: BMI över 25.

Fetma: BMI över 30.

Bukfetma: midjeomfång över 102 cm för män, 88 cm för kvinnor.

FaR: Fysisk Aktivitet på Recept

IMT: Inspiratorisk muskelträning som genom motstånd under inspiration syftar till att stärka inandningsmuskulaturen.

Förebyggande sjukpenning: ersättning som av Försäkringskassan kan beviljas för den som genomgår medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering för att förebygga sjukdom eller förkorta sjukdomstiden.

Målgrupp

Invånare i Kronoberg med hjärtsvikt.

I Sverige lider drygt 2 %, ca 200 000 personer av symtomgivande hjärtsvikt. I Kronoberg motsvarar detta ca 4000 personer. Varje år insjuknar mellan 450-600

personer i Kronoberg i hjärtsvikt. Dessutom finns ett ökande antal patienter som får en hjärtsviktspace-maker (CRT) eller ICD.

Förutsättningar utifrån aktuella patientgrupper

Korrekt diagnos och optimal farmakologisk behandling är nödvändigt för ett gott rehabiliteringsresultat. Trots detta är prognosen dålig och man uppskattar att cirka 50 procent av patienterna överlever 6 år efter diagnos.

En av behandlingarna vid svår hjärtsvikt och risk för allvarliga arytmier är ICD. Denna kan behandla allvarliga rytmstörningar och därmed rädda liv, men kan i vissa fall ge ökad oro och ångest.

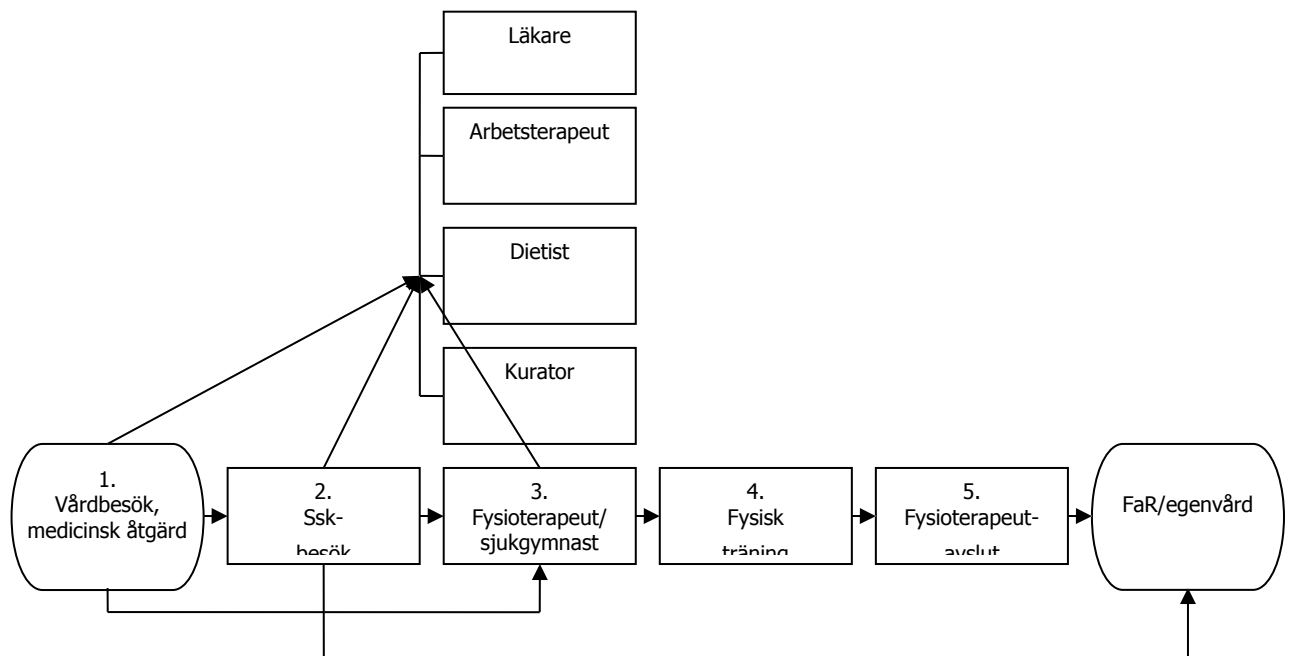
Resurser, kompetens

Vid bedömning och rehabilitering av patienter med hjärtsvikt behövs

sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast och läkare med specialkunskap om sjukdomen, samt tillgång till dietist, arbetsterapeut och kurator. Dessa resurser bör finnas både inom specialistvård och primärvård. Ett välfungerande samarbete mellan olika professioner är en förutsättning.

Tillgång till adekvata lokaler för träning och undervisning/samtal bör finnas.

2 Flöde/process



Kommentarer till flödesschema

1. Patienten söker vård för hjärtsviktssymptom. Har redan eller erhåller diagnos och får medicinsk behandling. Detta sker på lasarett eller i primärvård.
2. Besök hos sjuksköterska med hjärtsviktskompetens på lasarett eller primärvård. Patienten följs på upprepade besök. Vid behov förmedlas

- kontakt med andra professioner (läkare, kurator, arbetsterapeut, dietist).
Alla patienter erbjuds bedömning hos fysioterapeut/sjukgymnast.
Patienter i NYHA-klass I kan erbjudas ett FaR-recept.
3. Bedömning hos fysioterapeut/sjukgymnast med hjärtsviktskompetens.
Vid behov av kompetens från andra yrkeskategorier tas kontakt med dessa.
 4. Träning erbjuds hos fysioterapeut/sjukgymnast i 6-12 månader.
Träningsgrupper finns på lasaretten. Patienter som pga långt avstånd inte kan ta sig till lasaretten kan erbjudas träning på utvalda mottagningar i primärvården.
 5. Patienten avslutas och rekommenderas träning i friskvården.

3 Rehabilitering

Utredning/bedömning

Vid besök hos sjuksköterska med hjärtsviktskompetens sker en bedömning av rehabiliteringsbehov, såsom egenvård och träning. Patienten gör hälsoenkät EQ-5D och livskvalitetsscreening VAS 0-100. Vid låg skattning 30-50 eller identifierad psykisk ohälsa erbjuds kuratorskontakt och/eller depressionsscreening enligt MADR-S. Rehabplan görs om patienten är i arbetsför ålder och/eller är i behov av samordnade insatser.

Alla patienter erbjuds bedömning fysioterapeut/sjukgymnast med hjärtsviktskompetens. I denna bedömning görs ett submaximalt konditionstest och styrketester. Utifrån en samlad bedömning sätts patienten in i lämplig träningsgrupp alternativt får råd om hemträning eller förskrivs FaR.

Kontakt med kurator erbjuds om patienten skattar låg livskvalitet eller om patienten av andra anledningar är i behov av extra stöd. Alla patienter med inopererad ICD erbjuds träffa en kurator.

Dietistkontakt initieras vid misstanke om malnutrition vilket bedöms kliniskt eller vid BMI <22 för de över 65 år och <20 för övriga och/eller vid ofrivillig viktnedgång med mer än 5 % under en månad och/eller 10 % på 6 månader. Även vid fetma som man misstänker påverkar hjärtsvikten negativt bör dietist kopplas in.

Arbetsterapeutkontakt initieras för patienter med tydliga behov av energibesparande råd/åtgärder. Ett självskattningsformulär av aktivitetsförmåga kan användas som underlag för arbetsterapeutkontakt. Det gäller främst för NYHA-klass III-IV.

Indikationer för behandling

Enligt Socialstyrelsens rekommendation bör hälso- och sjukvården erbjuda personer med kronisk hjärtsvikt fysisk träning inom hjärtrehabilitering. Avgörande för rekommendationen är att tillståndet har en stor svårighetsgrad och att åtgärden har effekt på livskvalitet, muskelstyrka och arbetskapacitet samt minskar risken för sjukhusinläggningar.

För deltagande i hjärtsviktsträning finns följande kontraindikationer:
inkompenserad hjärtsvikt, allvarliga hjärtrytmstörningar samt infektion med allmänpåverkan.

Behandling

Sjuksköterska

Patienten får information om hjärtsvikt – symtom och egenvård. Sjuksköterskan ställer in och följer upp medicinering. Patienten får kontinuerlig uppföljning via upprepade besök och telefonkontakter. Sjuksköterskan medverkar till viss del vid hjärtsviktsträningen för kontinuerlig kontakt med patienten. Patienter i NYHA-klass I kan erbjudas FaR-recept av sjuksköterskan.

Fysioterapeut/sjukgymnast

Individanpassad fysisk träning hos fysioterapeut/sjukgymnast erbjuds alla patienter med symtomgivande hjärtsvikt. Patienten erbjuds träning i 6-12 månader på lasaretten. För patienter som har svårt att ta sig till lasaretten pga av långa avstånd erbjuds träning hos fysioterapeut i primärvården på utvalda mottagningar där kompetens inom hjärtsvikt finns. Se Bilaga 1, längre ner på sidan. Checklista: Träning av hjärtsviktpatienter i primärvården. Träning lämpar sig bäst för patienter i NYHA-klass II och III. Behandlingen bör bestå av centralcirkulatorisk träning i kombination med perifer muskelträning. Träning i varmvattenbassäng för personer med hjärtsvikt har förutom träningseffekten i sig goda fysiologiska effekter (till exempel ökat venöst återflöde vilket ger en ökad slagvolym och oförändrad eller sänkt hjärtfrekvens). Träningen bör ske 2-3 gånger per vecka och bör till stor del vara individanpassad och stegras efterhand. Vid träning i grupp hos fysioterapeut/sjukgymnast bör man erbjudas träning i 6-12 månader.

Patienter som inte har behov av träning ledd av fysioterapeut/sjukgymnast, kan efter rådgivning fortsätta med träning på egen hand, alternativt få ett FaR utskrivit med uppföljning enligt rutin. För patienter som inte kan ta sig till vårdcentral eller sjukhus pga sitt hälsotillstånd kan hemprogram utformas och vid behov bör ett samarbete med kommunen inledas. IMT, inspiratorisk muskelträning, kan också vara aktuellt för dessa patienter och detta erbjuds via lasaretsrehab.

Vikten av att bli självständig i sin träning poängteras och det bör föras en dialog under träningsperioden för att redan tidigt ge patienten förutsättningar att på egen hand klara av sin framtida träning.

Kurator

Kuratorns psykosociala behandling för patienter med hjärtsvikt erbjuder olika former av samtalsstöd-/terapi till såväl patient som närstående. Patienter med hjärtsvikt upplever själva i sin situation att de kan behöva stöd med både praktiska angelägenheter och bearbetning mot nyorientering. Kurators psykosociala interventioner kan tillgodose båda dessa behov.

Patienter som får en ICD erbjuds v b kontakt med kurator då man sett att en del av dessa mår psykiskt dåligt, med oro och rädslor.

Dietist

Vid malnutrition görs individuell energiförstärkning av patientens kosthållning.

Vid fetma ges viktreducerande behandling som bygger på beteendeförändring. Dietisten ger råd om energireducerad kost. Detta kan med fördel kompletteras med praktisk matlagning.

Arbets terapeut

Information/råd om aktivitetsbalans, aktivitetsanpassning, energibesparande tekniker samt hur hjälpmedel kan underlätta utförande och öka självständighet ges.

Egenvård

Vid hjärtsvikt är god egenvård av avgörande betydelse för patientens välbefinnande och rehabiliteringsmöjlighet. Därför läggs stor vikt på att lära patienten symtomkännedom (till exempel viktkontroll) och läkemedelsanvändning, samt att motivera patienten till viktiga livsstilsförändringar såsom väl avvägd fysisk aktivitet, förbättrad kosthållning, rökstopp och begränsat alkoholinlag. Patienten bör också informeras om att undvika NSAID-preparat och att vaccinera sig mot influensa och pneumoni.

FaR

Enligt FYSS rekommenderas en kombination av centralcirkulatorisk träning och perifer muskelträning 2-3 gånger per vecka.

Uppföljning/avslut

Vid träningsperiodens slut görs i samråd med patienten ett avslut hos fysioterapeut. Då görs utvärderande konditions- och styrketest. Därefter fortsätter patienten med träning på egenhand. FaR och uppföljning erbjuds för att motivera till livslång träning på egen hand.

Delaktighet, information och undervisning till patient och närstående

Patientens delaktighet är avgörande för rehabiliteringens resultat. När det gäller livsstilsförändringar och vidmakthållande av dessa är det även bra att närstående är medvetna om målen och involverade i patientens rehabilitering. I kallelse till sjuksköterskebesöket anges särskilt att anhöriga är välkomna.

Information och undervisning sker muntligt, skriftligt och ibland även via interaktivt datorprogram efter individuella behov. Informationen ges framförallt av sjuksköterskan, men även av andra yrkeskategorier. Alla patienter erbjuds delta i Hjärtsviktsskola som tillhandahålls på båda sjukhusen. Skolan innefattar ett tillfälle och då ges information av läkare, sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast och kurator. Skolan hålls en gång per termin.

Patientsäkerhet, riskanalys

Det är viktigt att patienten är optimalt medicinerad. Inga allvarliga incidenter har rapporterats efter träning av patienter med hjärtsvikt. De patienter som hittills deltagit i träningsstudier har dock varit selekterade. Generellt är mortaliteten hög i patientgruppen, varför det är angeläget att verksamheten har en handlingsplan för eventuellt hjärtstopp och andra akuta situationer.

Mål och mätetal

Målet är ökad fysisk funktion och därmed minskad trötthetskänsla, ökad kontroll över vardagen och bättre livskvalitet. Patienten ska vara välinformerad om sin sjukdom och ha god kännedom om egenvård. Detta utvärderas med hälsöenkät EQ5D och fysiska tester.

Dokumentation inkl KVÅ

Dokumentation sker i Cosmic vid varje enskilt mottagningsbesök. Under gruppträning i sker dokumentationen vid minst två tillfällen, vid start och avslut, och därutöver vid behov.

DV093	Upprättande av rehabplan
QV001	Information/undervisning
PD009	Bedömning av tolerans för fysisk ansträngning och uthållighet
QD016	Träning av fysisk prestationsförmåga
QV011	Träningsprogram
DU007	Stödjande samtal
QK007	Krishantering
DV051	Nutritionsbehandling individuellt anpassad kost
DV025	Förskrivning av livsmedel för särskilda näringsändamål
DV080	Viktreducerande behandling i grupp
PK003	Bedömning av att genomföra daglig rutin
QK003	Träning i att genomföra daglig rutin
DV112	Rådgivande samtal om tobak
DV132	Rådgivande samtal om fysisk aktivitet
DV200	Utfärdande av recept på fysisk aktivitet
DV122	Rådgivande samtal om alkohol
DV142	Rådgivande samtal om matvanor

4 Samordning: Rehabplan och informationsöverföring

Informationsöverföring sker efter patientens medgivande via Cosmic eller telefon. LINK används i slutenvård, för informationsöverföring till kommun. För patienter bedöms vara i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser skall en rehabplan upprättas.

5 Sjukskrivningsprocessen

Sjukskrivningen tas upp på första besöket hos sjuksköterskan. För patienter som varit sjukskriven i två månader eller som redan tidigt bedöms vara i behov av samordnade rehabiliteringsinsatser skall en rehabplan upprättas.

Då hjärtrehabiliteringen pågår under flera månader kan förebyggande sjukpenning diskuteras. Arbetsterapeut och fysioterapeut/sjukgymnast kan bistå med aktivitets-/funktionsbedömning.

6 Patientorganisationer

Region Kronoberg samarbetar med länsorganisationer och några regionala föreningar som har medlemmar i länet. Det går att hitta kontaktpersoner och mera information om föreningens verksamhet och målsättning i en pärm i

väntrummen i landstingets olika mottagningar. Pärmen är märkt ”patientinformation”.

7 Kvalitetsindikatorer

1. Slutenvårdskonsumtion till följd av hjärtsvikt.
2. Andelen patienter som har en rehabplan.
3. Livskvalitetsskattning EQ5D

8 Referenser

Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2008 – beslutsstöd för prioriteringar. Socialstyrelsen.

Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård Stöd för styrning och ledning Remissversion 2015 Socialstyrelsen

FYSS 2008. Yrkesföreningar för fysisk aktivitet (red). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut 2008.

Sidney C, Smith, Jr et al. Cirkulation. Journal of the American Heart association. AHA/ACC Guidelines for Secondary Prevention for Patients With Coronary and Other Atherosclerotic Vascular Disease: 2006 Update: Endorsed by the National Heart, Lung, and Blood Institute.

Piepoli, M F, Corrà U et al. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 2010, Vol 17 No 1. Secondary prevention through cardiac rehabilitation: from knowledge to implementation. A position paper from the Cardiac Rehabilitation Section of the European Association of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation.

9 Länkar

[Fyss](#)

[Livsmedelsverket](#)

[Riksförbundet HjärtLung](#)

[Medicinska riktlinjer för levnadsvanor](#)

10 Bilaga 1

Checklista: träning av hjärtsviktspatienter i primärvården

Hjärtsvikt

Vid hjärtsvikt orkar inte hjärtat pumpa tillräckligt med blod ut i kroppen. Vanliga symtom är trötthet och orkeslöshet, andfåddhet, viktuppgång samt svullna anklar och ben. Orsaker till hjärtsvikt kan vara hjärtinfarkt, högt blodtryck, rytmrubbningar i hjärtat, vissa lungsjukdomar, klaffel eller kardiomyopati.

Fysisk träning

Fysisk träning vid hjärtsvikt kan förbättra den fysiska kapaciteten, sjukdomsspecifik livskvalitet och minska symtom såsom andfåddhet och trötthet. Alla hjärtsviktspatienter ska erbjudas träning i ledning av sjukgymnast/fysioterapeut 2 gånger/vecka under 6 månader. På lasaretten erbjuds bassängträning i varmvatten samt gymträning.

Rekommendationer för fysisk träning vid hjärtsvikt:

Konditionsträning: 3-5 gånger/vecka, 30-60 min/gång, måttlig- hög intensitet (Borg 12-17).

Styrketräning: 2-3 gånger/vecka, 10-15 repetitioner, 8-10 övningar, 1-3 set.

Perifer styrketräning: Har patienten mycket låg fysisk prestationsförmåga kan träningsperioden inledas med så kallad perifer muskelträning som inte belastar den centrala cirkulationen i någon större utsträckning. Efter en tids träning med perifer muskelträning kan sedan mer konditionsbaserad träning med stora muskelgrupper initieras.

Andningsträning: IMT (inspiratorisk muskelträning) kan utföras på lasaretten.

Att tänka på vid träning: Lång uppvärmning och nedvarvning (gärna 10 minuter vardera). Var uppmärksam på om patienten påtalar en snabbt ökande vikt, mer svullna anklar eller ökad andfåddhet. Det är ofta tecken på att de börjar samla på sig mer vätska och behöver ta mer vätskedrivande mediciner. Vid osäkerhet, ta kontakt med patientens sjuksköterska på vårdcentralen eller ring hjärtsviktsmottagningen (Växjö: 0470-58 82 33, Ljungby: 0372-58 50 46). Uppmana gärna patienterna att dricka lite extra när de tränar för att kompensera vätskeförlusten. Rekommenderad dryckesmängd är 2 L/dag fördelat på hela dagen. De vätskedrivande medicinerna kan göra att blodtrycket blir ovanligt lågt vilket gör att patienten kan känna sig yr men är ofta helt ofarligt. Det är vanligt med en ökad trötthet direkt efter träning och även dagen efter.

Tester

Patienten ska alltid komma på ett första bedömningsbesök hos sjukgymnast/fysioterapeut på något av lasaretten. Konditionstest samt muskelfunktionstest utförs för att hitta rätt nivå för patienten att träna på. Patienten rapporteras sedan över till sjukgymnast/fysioterapeut i primärvården om patienten av olika skäl inte vill/kan träna på lasarettet. Nedan följer de tester som utförs på lasaretten.

Övre extremitet: Axelflexionstest 0-90° med rak arm

2 kg hantel för kvinnor, 3 kg hantel för män, Metronomtakt: 40

Datum	Testsida	Antal repetitioner	Ansträngning Perifierat	Ansträngning Centralt

Kommentar:

**Nedre extremitet: Tåhävningstest ett ben på kil med 10° lutning,
Metronomtakt 60**

Datum	Testsida	Antal	Ansträngning Perifierat	Ansträngning Centralt

Kommentar:

Timed stands test: 10 uppresningar från 45 cm hög stol. Armar på bröstet.

Datum	Tid	Ansträngning	Puls

Kommentar:

Sex minuters gångtest

Vilopuls	Arbetspuls	Antal meter	Antal stopp	Ansträngning	Andfåddhet	Bentrötthet

Kommentar:

Submaximalt konditionstest på cykel

Datum:

Persnr:

Aktuell diagnos:

Namn:

	Vila	Efter 2 min nedvarvning	Efter 5 min sittande vila
Puls			
Blodtryck			

Tid	Belastning	Puls	Blodtryck	Ansträngning	Andfåddhet	Bentrötthet	Kommentar
2							
4							
6							
8							
10							
12							
14							
16							

18							
20							

Ansträngning skattas efter Borg skalan 6-20, andfåddhet och bentrötthet efter CR-10-skalan.

Rampstest med ökning (25 W) av belastning efter var fjärde minut. Mätning utförs 15 sek före varje ökning. Nedvarvning 2 min på 25W.

Lasaretsrehab, Ljungby och Växjö