

Rehabilitering vid hjärtsvikt  
**Gäller för:** Region Kronoberg

## Innehåll

<b>1 Inledning</b> .....	1
Målgrupp .....	2
Förutsättningar utifrån aktuella patientgrupper .....	3
Resurser, kompetens .....	3
<b>2 Flöde/process</b> .....	3
<b>3 Rehabilitering</b> .....	4
Indikationer för behandling .....	4
Sjuksköterska i primärvård och specialiserad vård .....	5
Fysioterapeut/sjukgymnast .....	5
Kurator/psykosocial resurs .....	5
Dietist .....	5
Arbetsterapeut .....	5
Egenvård .....	6
FaR .....	6
Uppföljning/avslut .....	6
Delaktighet, information och undervisning till patient och närstående .....	6
Patientsäkerhet, riskanalys .....	6
Mål och mätetal .....	6
Dokumentation inkl KVÅ .....	6
<b>4 Samordning: Rehabplan och informationsöverföring</b> .....	7
<b>5 Sjukskrivningsprocessen</b> .....	7
<b>6 Patientorganisationer</b> .....	7
<b>7 Kvalitetsindikatorer</b> .....	8
<b>8 Referenser</b> .....	8
<b>9 Bilagor/länkar</b> .....	8
<i>Bilagorna finns på vårdgivarwebben</i> .....	8
Checklista: träning av hjärtsviktspatienter i primärvården .....	8

## 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 Region Kronobergs utvecklingsstrategi.

Att åstadkomma en vård som kännetecknas av god kvalitet, god 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 (hjärtsviktspace-maker).

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/längden<sup>2</sup>).

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

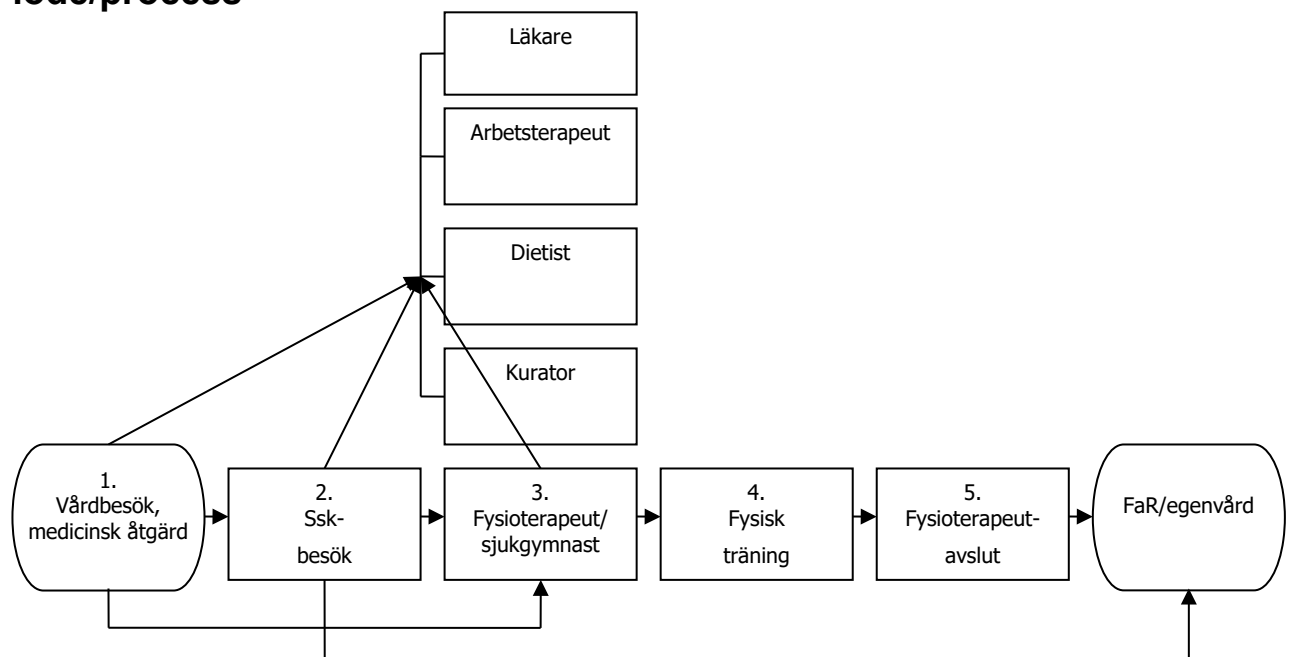
Korrekt diagnos och optimal farmakologisk behandling är nödvändigt för ett gott rehabiliteringsresultat. Trots detta är prognosen dålig och man uppskattar att cirka 50 procent av patienterna överlever 6 år efter diagnos.

## Resurser, kompetens

Vid bedömning och rehabilitering av patienter med hjärtsvikt behövs sjuksköterska, fysioterapeut/sjukgymnast och läkare med kunskap om sjukdomen, samt tillgång till dietist, arbetsterapeut och kurator. Dessa resurser bör finnas både inom specialiserad vård 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).  
Patienter i NYHA klass II och III 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 månader. Träningsgrupper finns på lasaretten. Patienter som på grund av långt avstånd inte kan ta sig till lasaretten kan erbjudas träning i primärvården.
  5. Patienten avslutas och rekommenderas träning i friskvården.

### 3 Rehabilitering

#### Utredning/bedömning i specialiserad vård

Vid besök hos sjuksköterska med hjärtsviktskompetens sker en bedömning av rehabiliteringsbehov, såsom egenvård och fysisk träning. Patienten gör hälsoenkät EQ-5D och livskvalitetsscreening VAS 0-100. Vid låg skattning 30-50 eller identifierad psykisk ohälsa erbjuds kuratorskontakt.

Alla patienter i NYHA klass II och III erbjuds bedömning av fysioterapeut/sjukgymnast med hjärtsviktskompetens. I denna bedömning görs ett submaximalt konditionstest och muskeltester. Utifrån en samlad bedömning planeras patienten till 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 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 kan initieras för de patienter som har omfattande behov av energibesparande råd/åtgärder och/eller kognitiva problem som orsakats av hjärtsvikten.

#### 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: inkompenenserad hjärtsvikt, allvarliga hjärtrytmstörningar samt infektion med allmänpåverkan.

## Behandling

### Sjuksköterska i primärvård och specialiserad vård

Patienten får information om hjärtsvikt – symtom och egenvård. Sjuksköterskan ställer in och följer upp medicinerig. Patienten får kontinuerlig uppföljning via upprepade besök och telefonkontakter. 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 månader på lasaretten. För patienter som har svårt att ta sig till lasaretten på grund av långa avstånd erbjuds träning hos fysioterapeut i primärvården med kompetens inom hjärtsvikt. 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 konditionsträning i kombination med styrketräning. 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.

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 på grund av sitt hälsotillstånd kan hemprogram utformas och vid behov bör ett samarbete med kommunen inledas.

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/psykosocial resurs

Psykosocial behandling för patienter med hjärtsvikt innebär 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, vilket också kan tillgodoses vid kontakt kurator/psykosocial resurs.

Patienter som får en ICD erbjuds kontakt med kurator på lasarett då en del av dessa patienter 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.

### Arbetsterapeut

Information/råd om aktivitetsbalans, aktivitetsanpassning, energibesparande tekniker samt hur hjälpmedel kan underlätta vardagen och öka självständigheten. Vid omfattande behov kan utredning och råd vid kognitiv påverkan erbjudas.

## 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 alkoholintag. Patienten bör också informeras om att undvika NSAID-preparat och att vaccinera sig mot influensa och pneumoni.

## FaR

Enligt FYSS rekommenderas en kombination av konditionsträning och styrketräning 2-3 gånger per vecka.

## Uppföljning/avslut

Vid träningsperiodens slut görs i samråd med patienten ett avslut hos fysioterapeut/sjukgymnast. Då görs utvärderande konditions- och muskeltest. Därefter fortsätter patienten med träning på egen hand. 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 EQ5D och fysiska tester.

## Dokumentation inkl KVÅ

Dokumentation sker i Cosmic vid varje enskilt mottagningsbesök. Under gruppträning 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	Föreskrivning 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 bör en rehabplan/samordnad individuell planering (SIP) 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/samordnad individuell planering (SIP) 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. Mer information och kontaktuppgifter om aktuell patientförening finns på regionens hemsida, [vårdgivarwebben](#)

## 7 Kvalitetsindikatorer

1. Slutenvårdskonsumtion till följd av hjärtsvikt.
2. Livskvalitetsskattning EQ5D
3. Uppföljande fysiska tester

## 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. Circulation. 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 Bilagor/länkar

[Fyss](#)

[Livsmedelsverket](#)

[Riksförbundet HjärtLung](#)

[Medicinska riktlinjer för levnadsvanor](#)

*Bilagorna finns på [vårdgivarwebben](#)*

Checklista: träning av hjärtsviktspatienter i primärvården