

	Huvudtitel <b>Fysioterapeutiska behandlingsriktlinjer för patienter med kronisk hjärtsvikt</b>		
	Dokumentkategori <b>Riktlinje</b>	Reviderat datum/av Datum Namn och titel	Sida nr (av) 1(2)
Fysioterapi Dalarna	Framtaget datum/av 2018-01-22 Stina Oknelid	Godkänt datum/av Specialitetsgrupp Fysioterapi, 2018-01-29	Gäller from – tom 2018-01-29 - 2021-01- 28

## **Bakgrund**

Hjärtsvikt är vanligt förekommande i Sverige och drabbar ca 2-3 % av befolkningen, vilket motsvarar ca 200 000 -400 000 personer (Persson J, 2014). Hjärtsvikt är vanligare bland den äldre delen av populationen (Persson J, 2014 och Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS, 2017). Dock drabbas alltfler yngre personer av hjärtsvikt och det verkar finnas ett samband mellan fetma i unga år och ökad risk för hjärtsvikt senare i livet (Hjärtrapporten 2017). Det finns också ett samband mellan muskelstyrka och fysisk kapacitet/kondition i ungdomen och risk att utveckla hjärtsvikt på sikt, där personer med högre grad av muskelstyrka och/eller fysisk kapacitet/kondition visat sig ha lägre risk att drabbas av hjärtsvikt senare i livet (Lindgren et al 2017). Hjärtsvikt är ett allvarligt tillstånd som hänger ihop med hög dödlighet och kan vara kraftigt invalidiserande. Ungefär 20 % av patienterna som får diagnosen hjärtsvikt avlider inom ett år (Hjärtrapporten 2017 och Persson J, 2014).

Hjärtsvikt är inte en sjukdom i sig utan är att betrakta som ett symptom på en annan bakomliggande hjärtsjukdom som tex kranskärlssjukdom, förmaksflimmer, klaffel, kardiomyopati etc. Andra sjukdomar som tex hypertoni, diabetes, anemi, hypertyreos etc kan också orsaka hjärtsvikt. (FYSS 2017, Persson J, 2014).

Vid hjärtsvikt kan hjärtats förmåga att pumpa ut blod till kroppens vävnader vara nedsatt, vilket är det vanligaste. Dock kan hjärtsvikt förekomma trots att hjärtats pumpförmåga är normal och då beror svikten istället på att hjärtat är stelt och inte kontraheras normalt vilket gör att fyllnadsfasen påverkas och att hjärtat inte återfylls med tillräckligt mycket blod. En blandform av dessa finns också (Hjärtrapporten 2017). Vanligt förekommande symptom vid hjärtsvikt är andfåddhet, svullna anklar, trötthet/fatigue och försämrad fysisk kapacitet (Hjärtrapporten 2017, FYSS 2017, Persson J, 2014). Hjärtsviktsdiagnos ställs av läkare efter sammanvägning av anamnes, klinisk undersökning, elektrokardiografi (EKG), blodprover, ekokardiografi och röntgen (Persson J, 2014).

Hjärtsvikt delas ofta in i olika klasser beroende på fysisk funktionsförmåga och brukar klassificeras enligt New York Heart Association (NYHA) I-IV. NYHA-klass I innebär hjärtsvikt utan symptom, NYHA-klass II innebär hjärtsvikt utan symptom i vila eller vid lätt-måttlig fysisk ansträngning, NYHA-klass III innebär hjärtsvikt utan symptom i vila men symptom redan vid lätt fysisk ansträngning och NYHA-klass IV innebär hjärtsvikt med symptom redan i vila (FYSS 2017 och Persson J, 2014).

Behandlingen av hjärtsvikt sker med hjälp av farmaka och i vissa fall med kirurgiska interventioner som tex sviktpacemaker, inopererad defibrillator, stödpump eller hjärttransplantation. Regelbunden uppföljning via hjärtsviktsmottagning är också viktigt för att optimera behandlingen och följsamheten till den (Hjärtrapporten 2017). Fysisk träning ska enligt FYSS 2017 erbjudas som behandling för alla stabila patienter med kronisk hjärtsvikt i NYHA-klass II-III (FYSS 2017).

Hjärtsvikt innebär en ökad risk att dö i förtid samt nedsatt livskvalité. Rörelserädsla och ökad inaktivitet förekommer också vid hjärtsvikt. I socialstyrelsens centrala rekommendationer för hjärtsjukvård framhåller man att patienter med kronisk hjärtsvikt bör erbjudas fysisk träning inom hjärtrehabilitering eftersom tillståndet bedöms som svårt och pga träningens positiva inverkan, främst på livskvalité och arbetskapacitet (prioritet 3 på skala 1-10 där 1 har högst prioritet) (Socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2015).

Fysisk aktivitet i form av aerob träning på måttlig och hög intensitet i kombination minst 90 min/v, fördelat på 3-5 tillfällen/vecka samt muskelstärkande övningar 2-3 ggr/v i 3-6 månader rekommenderas till denna patientgrupp då träning har en rad positiva effekter både kort och lång sikt (FYSS 2017, Statens beredning för medicinsk utvärdering, SBU-rapport: rehabilitering med motion vid kronisk hjärtsvikt, 2015). Patienter med mycket låg kondition kan ha svårt att orka med konditionsträning som belastar den centrala cirkulationen och dessa patienter kan med fördel börja med perifer muskelträning (FYSS 2017).

Det finns evidens för att träning vid kronisk hjärtsvikt leder till att patientens hälsorelaterade livskvalité ökar samt att konditionen och gångsträckan ökar. Träning verkar också kunna förbättra muskelstyrka samt minska risken för sjukhusinläggning (FYSS 2017 och Haykowsky M, 2016). Evidensen för att träning påverkar förtida död är i dagsläget otillräcklig vid kronisk hjärtsvikt (FYSS 2017).

## **Behandlingsmål**

### Huvudmål

- Att genom fysisk träning och livsstilsinformation öka patientens livskvalité samt förbättra kondition och gångsträcka (FYSS 2017).

### Delmål

- Stödja vardaglig fysisk aktivitet
- Öka kunskap om betydelsen av fysisk aktivitet och träning vid hjärtsvikt
- Öka trygghet och kunskap om rekommendationerna gällande fysisk aktivitet och träning vid hjärtsvikt gällande typ, frekvens, intensitet och duration
- Öka fysisk prestationsförmåga genom att öka kondition och muskelstyrka
- Stimulera till fysisk aktivitet och träning som regelbunden vana
- Motverka depression och ångest samt öka välbefinnande och livskvalité

## **Fysioterapeutiska åtgärder**

- Individuell bedömning av fysisk kapacitet

- Information och rådgivande samtal om vikten av fysisk aktivitet och träning vid hjärtsvikt gällande rekommendationer kring lämplig typ, frekvens, intensitet och duration av träning
- Skriftlig "Ordnation fysisk aktivitet, OFA" (motsvarande Fysisk aktivitet på recept, FaR) i fall där det är relevant
- Fysisk träning i grupp; konditions- och muskelstärkande träning. Ibland inledande perifer muskelträning.

### **Utvärdering/Resultatuppföljning**

- Submaximalt cykeltest (FYSS 2017)
- Muskelfunktionstester; tåhävningar samt axelflexion (FYSS 2017)
- Eventuellt 6-min gångtest (FYSS 2017)
- Eventuellt hälsorelaterad livskvalité med SF-36 (FYSS 2017)
- Genomgång av träningsprotokoll där arbetsbelastning (Watt), ansträngningsskattning enligt Borg RPE 6-20 samt andfåddhet enligt Borg CR-10 och pulsfrekvens noterats.
- Uppföljning av OFA 3 mån efter avslutad träningsperiod och vissa fall 3 mån efter påbörjad individuell träning

### **Lokala rutiner**

Inom landstinget Dalarna bedrivs fysisk träning inom specialiserad hjärtrehabilitering i grupp på sjukhusen i Falun, Ludvika, Mora och Avesta. I Falun tränar de flesta patienter med hjärtsvikt i grupp 2 ggr/v tillsammans med andra medicinpatienter, i dagsläget främst patienter med njursvikt. Träningsintensiteten i denna grupp är främst låg-måttlig, men anpassas individuellt. Patienter med lättare hjärtsvikt tränar ibland i grupp tillsammans med andra hjärtpatienter (främst patienter med kranskärslssjukdom) med högre träningsintensitet. Träningen inleds alltid med en individuell bedömning av patientens fysiska kapacitet. Patienter som inte har möjlighet/inte önskar delta i gruppträning erbjuds istället ett individuellt träningsupplägg att utföra på egen hand. I Ludvika, Mora och Avesta finns det ingen träningsgrupp specifikt för hjärtsviktpatienter.

### **Källor**

Dessa behandlingsriktlinjer baseras på rekommendationerna för fysisk aktivitet vid kronisk hjärtsvikt enligt FYSS 2017.

### **Referenser**

Lindgren, M, Åberg M, Schaufelberger M, Åberg D, Schiöler L, Torén K, Rosengren A. Cardiorespiratory fitness and muscle strength in late adolescence and long-term risk of early heart failure in Swedish men. *Eur J Prev Cardiol.* 2017 May;24(8):876-884.

Haykowsky MJ, Daniel KM, Bhella PS, Sarma S, Kitzman DW. Heart Failure: Exercise-Based Cardiac Rehabilitation: Who, When, and How Intense? *Can J Cardiol.* 2016 Oct;32(10S2):S382-S387.

Hjärtrapporten 2017. Hjärt-lungfonden. Hämtad 2018-01-09 från [https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Rapporter/Hj%C3%A4rtrapporten\\_2017%20slutversion.pdf](https://www.hjart-lungfonden.se/Documents/Rapporter/Hj%C3%A4rtrapporten_2017%20slutversion.pdf)

Persson, J och Stagmo, M. Perssons Kardiologi. Uppl. 7:1. Lund: Studentlitteratur; 2014.

Statens beredning för medicinsk utvärderingen, SBU. Rapport: Rehabilitering med motion vid kronisk hjärtsvikt, 2015. Hämtad 2018-01-09 från <http://www.sbu.se/sv/publikationer/sbu-kommentar/rehabilitering-med-motion-vid-kronisk-hjartsvikt/>

Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård. Falun: 2015.

Yrkesföreningar för Fysisk Aktivitet (YFA), Fysisk aktivitet i sjukdomsprevention och sjukdomsbehandling, FYSS 2017. Kapitel 2.12 Fysisk aktivitet vid kronisk hjärtsvikt. Borland, M, Schuafelberger, M, Cider, Å.