

Kranskärslssjukdom – Fysioterapeutiska/sjukgymnastiska riktlinjer

Bakgrund

Kranskärslssjukdom, det vill säga kärlkramp eller hjärtinfarkt är en av våra stora folksjukdomar och en av de vanligaste dödsorsakerna i Sverige.

Kranskärslssjukdom innebär att en sjuklig förändring uppstått i väggen i ett eller flera av hjärtats kranskärl. Riskfaktorer såsom hög ålder, manligt kön, ärftlighet, rökning, högt blodtryck, fysisk inaktivitet, blodfettssrubbnings, diabetes, och övervikt ökar risken för insjuknande (1). Regelbunden fysisk aktivitet och träning är av stor vikt och påverkar flera av dessa riskfaktorer positivt vilket minskar risken för insjuknande och återinsjuknande (2).

För mer information om kärlkramp och hjärtinfarkt var god se 1177.se.

Indikationer för utredning

Fysisk träning i behandlingen av patienter med kranskärslssjukdom ger i jämförelse med vård utan fysisk träning, minskad kardiovaskulär mortalitet, större sänkning av total kolesterol och triglyceridnivå, systoliskt blodtryck och lägre nivåer av självrapporterad rökning. Även livskvalitet påverkas positivt av fysisk träning inom hjärtrehabilitering jämfört med vård utan träning (3).

Enligt socialstyrelsens nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2018 ges följande rekommendation: “Hälso och sjukvården bör erbjuda fysisk träning inom hjärtrehabilitering till personer med kranskärslssjukdom (prioritet 2)” (4).

Utredning

Vid ett individuellt polikliniskt besök görs bedömning av fysisk funktion för att kunna lägga upp adekvat fysisk träning. Träningsperioden avslutas med samma test för att utvärdera resultatet och för fortsatt rekommendation om träning (2). Detta gäller även patienter som utför sin träning inom primärvården. Samtliga besök med funktionstester utförs på respektive sjukhus.

Skattning av fysisk aktivitetsnivå

Patienten får skatta sin fysiska aktivitetsnivå genom följande självskattningsinstrument:

- Frändin/Grimby aktivitetsskala (5)
- Haskells frågor om fysisk aktivitet och träning (6)
- Självskattning av fysisk kapacitet (6)

- Upplever du dig begränsad i vardagslivet på grund av din nuvarande fysiska kapacitet? (6)

Konditionstest (PD009)

Se dokument:

- *Submaximalt/symtombegränsat cykeltest (7, 8).*

Muskelfunktionstest (PG003)

Muskelfunktionstest för övre extremitet görs tidigast 6 veckor efter sternotomi.

Se dokument:

- *Muskelfunktionstest dynamisk axelflexion - Instruktion(9).*
- *Muskelfunktionstest tåhävning - Instruktion(9).*

Övriga tester

Se dokument:

- *6 minuters gångtest - Instruktion (10).*
- *Timed Stands test - Instruktion(11).*

Indikationer för behandlingsåtgärder

Se indikationer för sjukgymnastik utredning.

Behandlingsåtgärder

Sjukgymnastiska behandlingsåtgärder varierar beroende på vilken rehabiliteringsfas patienten befinner sig i.

Sjukhusfas

Information om fysisk aktivitet och träning efter hjärtinfarkt, PCI, CABG och kranskärslssjukdom med konservativ behandling.

Se informationsbladen om fysisk aktivitet och träning.

Efter CABG görs uppföljning av rörelseträning för nacke och axlar, andningsgymnastik, mobilisering samt eventuellt utprovning av gånghjälpmedel.

Se dokument, *Rörelseträning efter hjärtoperation – Instruktion.*

Lokal tillämpning

I Värnamo förskrivs FaR på promenader innan hemgång om det bedöms lämpligt.

Rehabiliteringsfas

Inom några veckor efter utskrivning kallas patienten till sjukgymnast på respektive sjukhus för bedömning av fysisk funktion och fysisk träning inom hjärtrehabilitering. Hjärtrehabiliteringen pågår minst två gånger i veckan under 3-6 månader (12, 13).

Remiss till sjukgymnast inom hjärtrehabiliteringen skrivs av sjuksköterska eller läkare på vårdavdelning eller hjärtmottagning.

Individuellt anpassad information och behandling gör det möjligt för patienten att vara delaktig och aktivt kunna medverka i sin rehabilitering. I vissa fall kan det bli aktuellt med remiss till sjukgymnast inom primärvården (14, 15). Detta föregås alltid av en bedömning av sjukgymnast samt initiering av träning under minst en månad inom sjukhusets hjärtrehabilitering. För att främja samverkan med primärvården ska remiss föregås av personlig kontakt med primärvårdens sjukgymnast.

Hjärtrehabiliteringen innehåller även en multiprofessionell hjärtskola. Denna finns både i digital och fysisk form (15).

Träningsupplägg vid kranskärslssjukdom

Enligt socialstyrelsen nationella riktlinjer ska träning erbjudas inom hälso- och sjukvårdens hjärtrehabilitering. Studier visar att träning bör bedrivas minst 2 gånger per vecka i åtminstone 3 månader (3, 12, 13).

Träningen inleds alltid med uppvärmning och avslutas med nedvarvning (16).

Konditionsträning (QD016)

Konditionsträning är träning som engagerar stora muskelgrupper. Exempel på sådana aktiviteter är cykelträning, motionsgymnastik eller gång på gångband. Träningen kan läggas upp som intervall eller distans träning. Intensiteten kan variera mellan 40-85 % av maximal syreupptagningsförmåga, det vill säga 12-17 enligt Borgs RPE. Träningen bör pågå 30-60 minuter per tillfälle, 3-5 gånger per vecka. (2).

Muskelfunktions- och styrketräning (QG003)

Muskelstärkande fysisk träning utförs med till exempel fria vikter, träningsmaskiner eller gummiband motsvarande 15-17 enligt Borgs RPE-skala. Träningen utförs med 8-10 övningar med 10-15 repetitioner i 1-3 set. Denna träning ska ingå i behandlingen och är speciellt lämplig vid uttalad nedsättning av den fysiska prestationsförmågan. (2).

Kombination av konditionsträning och muskelstärkande fysisk träning

Konditionsträning och muskelstärkande fysisk träning kombineras ofta i kliniken (17).

Kvalificerat rådgivande samtal (DV133)

Under det individuella besöket förs ett kvalificerat rådgivande samtal om fysisk aktivitet och fysisk träning anpassad till patienten.

Underhållsfas

I samråd med patienten planeras fortsatt träning utanför sjukvården. Recept på fysisk aktivitet (FaR) kan förskrivas.

Om FaR förskrivits sker uppföljning efter tre månader via enkät.

Se dokument: *Uppföljningsblankett 3 månader FaR - Blankett.*

Risker/kontraindikationer

Den första rehabiliteringstiden sker oftast på sjukhus då hälften av alla hjärtkomplikationer sker under den första eller andra månaden efter insjuknandet (2). Inom sjukhusets hjärtrehabilitering sker träningen med övervakning av sjukgymnast med kunskap i S-HLR, Det finns också tillgång till hjärtlarm, akututrustning och hjärtvakt (2). Beroende på om patienterna räknas som hög- eller lågriskpatienter kan bemanningen under träningen behöva variera (18). Hög risk kan t ex vara en patient som inte är komplett revaskulariserad. En grupp med enbart lågriskpatienter kan då som mest bestå av 5-10 patienter per träningstillfälle och sjukgymnast. Av säkerhetsskäl bör det alltid vara 2 sjukgymnaster/ rehabpersonal på plats i träningslokalen (18).

Efter den initiala träningsperioden kan rehabiliteringen i vissa fall utföras av ansvarig sjukgymnast inom primärvården. Tillgång till hjärtlarm och hjärtvakt kan inte förväntas inom primärvården. Sjukgymnasterna inom sjukhusets hjärtrehabilitering kan kontaktas vid frågor eller behov av vägledning kring rehabiliteringen.

Exklusionskriterier för fysisk träning är instabil angina, och/eller nyttillkomna symtom som är gravt invalidiserande, allvarliga hjärtrytmstörningar liksom otillräckligt reglerad hypertoni och pågående infektion med allmänpåverkan (2). Vid svår aortastenot krävs vanligen kirurgisk intervention innan personen kan påbörja en träningsintervention (19). Toleransen för arytmier reduceras generellt vid hypoglykemi (sänkt blodsockerhalt) och/eller dehydrering. Dessa faktorer är därför viktiga att beakta vid all form av träning och i synnerhet hos hjärtsjuka personer (2).

Andra kontraindikationer kan vara okompenserad hjärtsvikt, aktiv myokardit, okontrollerad diabetes och nyligen genomgången lungemboli (20).

Mätetal och målnivå

- Ökad eller bibehållen prestationsförmåga gällande kondition och muskelstyrka
- Ökad eller bibehållen självupplevd fysisk kapacitet.
- Ökad eller bibehållen fysisk aktivitetsnivå enligt Frändin/Grimby.
- Uppfyllelse av patientens personliga mål.

Målvärdet för deltagande i fysisk träning inom hjärtrehabilitering efter hjärtinfarkt ska vara ≥ 60 % enligt SEPHIA. För att uppfylla detta krävs sjukgymnastledd fysisk träning på sjukhus/vårdcentral minst 2 ggr/vecka under minst 3 månader. Patienten ska ha tränat minst 75% av gångerna, det vill säga minst 18 gånger, inom en 4-månadersperiod (21, 22).

Referenser

1. Zipes DP, Libby P, Bonow RO. Braunwald's Heart disease: a textbook of cardiovascular medicine. Vol 1–2. Amsterdam: Elsevier; 2014.
2. Ståhle A, Bäck M, Cider Å. FYSS-kapitel KRANSKÄRLSSJUKDOM. I 2016 [citerad 3 juni 2021]. Hämtad från: Kranskärlssjukdom.pdf (fyss.se)
3. Anderson L, Thompson D, Oldridge N, Zwisler A, Rees K, Martin N et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2016.
4. Socialstyrelsen. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård 2018 [Internet]. Stockholm: Socialstyrelsen; 2018. [Uppdaterad 2018-01-01; citerad 2021-06-03] Hämtad från: Nationella riktlinjer för hjärtsjukvård - Stöd för styrning och ledning (socialstyrelsen.se)
5. Frändin K, Grimby G. Assessment of physical activity, fitness and performance in 76-year-olds. Scand J Med Sci Sports. 1994;4:41-6.
6. Swedeheart. Självskattningsfrågor fysisk kapacitet, fysisk aktivitet och träning. [Internet]. [citerad 2021-06-03] Hämtad från: <https://www.ucr.uu.se/swedeheart/dokument-sephia/fysioterapi-sephia>
7. Michelsen S. Reproducibility of cumulative work, heart rate and blood pressure response during stepwise versus continuous load increment during a maximal bicycle ergometer test. Scand J Clin Lab Invest. 1990 Jun; 50(4):409-15
8. Borg G. Borg's perceived exertion and pain scales. New York: Human Kinetics; 1998.
9. Cider A, Carlsson S, Arvidsson C, Andersson B, Sunnerhagen KS. Reliability of clinical muscular endurance tests in patients with chronic heart failure. Eur J Cardiovasc Nurs. 2006 Jun;5(2):122-6. PubMed PMID: 16257580. Epub 2005/11/01. eng.
10. Guyatt GH, Sullivan MJ, Thompson PJ, Fallen EL, Pugsley SO, Taylor DW, et al. The 6-minute walk: a new measure of exercise capacity in patients with chronic heart failure. Can Med Assoc J. 1985 Apr 15;132(8):919-23. PubMed PMID: 3978515. Pubmed Central PMCID: PMC1345899. Epub 1985/04/15. eng.
11. Newcomer NL, Krug HE, Manhowald ML. Validity and reability of the timed-stands test for patients with rheumatoid arthritis and other chronic disieases. J Rheumatol 1993; 20:21-7
12. Haykowsky M, Scott J, Esch B, et al. A meta-analysis of the effects of exercise training on left ventricular remodeling following myocardial infarction: start early and go longer for greatest exercise benefits on remodeling. Trials. 2011;12:92.

13. Pelliccia A, Sharma S, Gati S, Bäck M, Börjesson M, Caselli S et al. ; ESC Scientific Document Group. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. Eur Heart J. 2021 Jan 1;42(1):17-96.
14. Din skyldighet att informera och göra patienten delaktig - Handbok för vårdgivare, chefer och personal - Aktuell från 1 januari 2012. Socialstyrelsen; 2015;(december):1–2.
<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/handbocker/2015-4-10.pdf>
15. Sandesara P, Dhindsa D, Khambhati J, Lee S, Varghese T, O’Neal W et al. Reconfiguring Cardiac Rehabilitation to Achieve Panvascular Prevention: New Care Models for a New World. Canadian Journal of Cardiology. 2018;34(10):S231-S239.
16. Fletcher GF, Ades PA, Kligfield P, Arena R, Balady GJ, Bittner VA, et al. Exercise standards for testing and training: a scientific statement from the American Heart Association. Circulation. 2013 Aug 20;128(8):873-934.
17. Marzolini S, Oh PI, Brooks D. Effect of combined aerobic and resistance training versus aerobic training alone in individuals with coronary artery disease: a meta-analysis. Eur J Prev Cardiol. 2012;19(1):81-94
18. Abreu A, Frederix I, Dendale P, Janssen A, Doherty P, Piepoli MF, et al. Secondary Prevention and Rehabilitation Section of EAPC, Davos CH. Standardization and quality improvement of secondary prevention through cardiovascular rehabilitation programmes in Europe: The avenue towards EAPC accreditation programme: A position statement of the Secondary Prevention and Rehabilitation Section of the European Association of Preventive Cardiology (EAPC). Eur J Prev Cardiol. 2020 Jun 1:2047487320924912.
19. Borland M, Schaufelberger M, Cider Å. FYSS-kapitel Hjärtsvikt. 2016 [citerad 3 juni 2021]. Hämtad från: Kronisk-hjärtsvikt.pdf (fyss.se)
20. Börjesson M. FYSS-kapitel Kontraindikationer för fysisk aktivitet. 2016 [citerad 3 juni 2021]. Hämtad från: FYSS-kapitel_Kontraindikationer_for_FA_FINAL_2016-12.pdf
21. Swedeheart. Årsrapport 2019 [Internet]. [Citerad 3 juni 2021]. Hämtad från: <https://www.ucr.uu.se/swedeheart/dokument-sh/arsrapporter-sh/aeldre-arsrapporter-older-reports/arsrapport-2019/2-arsrapport-2019>
22. Swedeheart. SEPHIA startsida [Internet]. [Citerad 3 juni 2021]. Hämtad från: <https://www.ucr.uu.se/swedeheart/>