

Kranskärslssjukdom

Vårdprogram för fysioterapeutisk intervention

Syftet med vårdprogrammet är att säkerställa evidensbaserat arbetssätt vid Fysioterapikliniken, Karolinska Universitetssjukhuset. Vårdprogrammen riktar sig främst till fysioterapeuter internt men även externt och till andra som kan tillgodogöra sig innehållet.

Innehåll	sid
Introduktion	2
Målsättning	2
Intervention	3
Mätmetoder/Utfallsmått	4
Utfallsmått lämpliga för användning i värdebaserad vård	4
Restriktioner	4
Uppföljning/vårdkedja	5
Referenser	6

Författare

- Annette Idengren, leg sjukgymnast, Anna Berglund-Werner, specialistsjukgymnast.
- Reviderat av: Annette Idengren, leg sjukgymnast, Anna Berglund-Werner, specialistsjukgymnast, Karin Nordström, specialistsjukgymnast.

Kontaktinformation

annette.idengren@karolinska.se, anna.berglund-werner@karolinska.se,
karin.nordstrom@karolinska.se

Sökvägar

- Databaser: Cochrane, Socialstyrelsen
- Sökord: coronary heart disease, exercise, rehabilitation, prevention

Produktionsår

- 2007

Revideringsår

- 2012, 2015

Introduktion

Kranskärslssjukdom, det vill säga kärlekskramp och hjärtinfarkt, är en av de stora folksjukdomarna idag. Den primära orsaken till kranskärslssjukdom är åderförfattning, så kallad ateroskleros, vilken uppstår i kärnväggen i ett eller flera av hjärtats kranskärl. Orsaken till detta beror på ett antal riskfaktorer såsom *fysisk inaktivitet, rökning, högt blodtryck, diabetes, blodfettssubbningar, stress, övervikt, ålder, ärftlighet*.

Regelbunden fysisk aktivitet och träning påverkar positivt flera av riskfaktorerna för kranskärslssjukdom. Sjukhusinläggningen minskar med 31 procent jämfört med de personer som inte deltagit i fysisk träning ledd av fysioterapeut (1).

Individer med kranskärslssjukdom är ofta rädda för att anstränga sig fysiskt och behöver vägledning för att hitta lämplig aktivitet och ansträngningsnivå. En vanlig uppfattning är att nuvarande allmänna hälsorekommendationer om minst 30 minuters sammanlagd daglig fysisk aktivitet är tillräcklig för att minska mortalitet vid kranskärslssjukdom. Aktuell forskning visar att organiserad fysisk träning inom hjärtrehabilitering 2-3 gånger per vecka under 3 månader, behövs för att uppnå sekundärpreventiv effekt. För långvarigt resultat krävs fortsatt regelbundna motionsvanor (1, 2).

Målsättning med den fysioterapeutiska interventionen

Utifrån en individuell bedömning kan följande mål sättas:

1. Att uppnå ökad kunskap om den fysiska aktivitetens betydelse vid kranskärslssjukdom.
2. Att känna trygghet och ha kunskap om egna ansträngningsnivåer.
3. Att uppnå förbättrad fysisk prestationsförmåga.
4. Att grunda regelbundna motionsvanor.
5. Ge patienten verktyg att hantera stress.

Intervention

Alla patienter med kranskärslssjukdom inskrivna vid Karolinska Universitetssjukhuset i Solna och Huddinge ska erbjudas fysioterapeutisk intervention.

Intervention	Syfte	Kropps- funktion	Aktivitet /delaktighet	Omgivning /miljö
Individuell information i öppen- och slutenvård såväl muntlig som skriftlig.	Se punkt 1 och 4 under målsättning		X	
Hjärtskola	Se punkt 1 och 4 under målsättning		X	
Fysisk träning i grupp alternativt individuellt. <ul style="list-style-type: none"> - Konditionsträning motsvarande intensitet 12-16 på Borgs RPE-skala (3), 40-60 min 2 ggr/vecka i 3 månader (4). - Muskelstärkande fysisk aktivitet 1-3 set 10-15 repetitioner (5). 	Se punkt 2, 3 och 4 under målsättning	X	X	
Mediyoga 1 gång/vecka i 12 veckor.	Se punkt 5 under målsättning	X	X	
Fysisk aktivitet på Recept, FaR (6, 7).	Se punkt 3 och 4 under målsättning		X	

Mätmetoder / Utfallsmått

Intervention	Syfte	Kropps- funktion	Aktivitet /delaktighet	Omgivning /miljö
Trapptest	Nivåbestämning	X	X	
6-minuters gångtest (8)	Förändring	X	X	
Submaximalt ergometercykeltest (9)	Nivåbestämning	X		
Frändin/Grimby aktivitetsskala (7)	Nivåbestämning		X	
Tampaskalan för kinesiofobi – svensk version hjärtbesvär (12)	Förändring		X	X
Borg RPE, Borg CR-10 (10)	Nivåbestämning/ Förändring	X	X	
Deltagarfrekvens	Förändring		X	

Utfallsmått lämpliga för användning i värdebaserad vård

Frändin/Grimby aktivitetsskala (7).
Viktreduktion.
Förändring av fysisk prestationsförmåga (8,9).
Förändring av rörelserädsla (12).

Restriktioner

Instabil kärlkramp och/eller nytillkomna symtom, allvarliga hjärtrytmstörningar, otillräcklig reglerad hypertoni samt pågående infektion (11).

Uppföljning/vårdkedja

Efter avslutad behandling/träning vid Fysioterapikliniken erhåller patienten Fysisk aktivitet på Recept (FaR) med råd om träning på egen hand eller inom organisationer såsom Hjärt- och Lungsjukas Länsförening, Friskis och Svettis, Korpen etcetera (6,7,13). Vid behov överrapporteras patienten till fysioterapikollegor inom Stockholmsområdet.

Referenser

1. Heran BS, Chen JM, Ebrahim S, et al. Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011; (7):CD001800.
2. www.socialstyrelsen.se. Nationella riktlinjer för hjärtsjukvården. Socialstyrelsen 2015
3. Borg G. Perceived exertion as an indicator of somatic stress. *Scand J Rehab Med* 1970;2:92-98.
4. Kenny WL, Wilmore JH, Costhill DL. *Physiology of sport and exercise.* Champaign, IL: Human Kinetics; 2011.
5. 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.
6. Kallings L. Physical activity on prescription. Studies on physical activity level, adherence and cardiovascular risk factors. Thesis. Karolinska Institutet 2008.
7. Statens Folkhälsoinstitut. FaR. Individanpassad skriftlig ordination av fysisk aktivitet. Östersund. Elanders, Stockholm 2011.
8. ATS Committee on Proficiency Standards for Clinical Pulmonary Function Laboratories. ATS Statement: guidelines for the six-minute walking test. *Am J Respir Crit Care Med.* 2002;166(1):111-117.
9. Michelsen S. Reproducibility of cumulative work, heart rate and blood pressure response during stepwise versus continuous load increment during maximal bicycle ergometer test. *Scand J Clin Lab Invest* 1990;50:409-415.
10. Fletcher GF, Balady GJ, Amsterdam EA, Chaitman B, Eckel R, Fleg J, et al. Exercise standards for testing and training. A statement for health care professionals from the American Heart Association. *Circulation* 2001;104:1694-1740.
11. Ordination Motion vägen till bättre hälsa. FYSS 2009.
12. Bäck et al. Validation of a questionnaire to detect kinesiophobia (fear of movement) in patients with coronary artery disease. *J Rehabil Med* 2012; 44:363-369.
13. Olsson et al. Effects of the Swedish physical activity on prescription model on health-related quality of life in overweight older adults: a randomized controlled trial. *BMC Public Health.* 2015 Jul 21;15:687.