

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi
Innehållsansvar: Maria Bäck, (marpe97), Specialistfysioterapeut
Granskad av: Madeleine Brosved, (madbr), Sektionsledare
Godkänd av: Gunilla Kjellby Wendt, (gunkj2), Verksamhetschef

Giltig från: 2025-11-13

Giltig till: 2027-11-13

Hjärta – Hjärtintensivvård – FYS

Förändringar sedan föregående version

Mindre uppdateringar utan större betydelse för bedömning och åtgärd.

Avgränsning

Rutinen gäller för fysioterapeuter verksamma inom hjärtintensivvård.
Rutinen är verksamhetsövergripande.

Syfte och bakgrund

Säkerställa att patienter inlagda vid hjärtintensivvårdsavdelning, Sahlgrenska Universitetssjukhuset, erbjuds optimalt fysioterapeutiskt omhändertagande och likvärdig vård utifrån evidens och beprövad erfarenhet.

Rutinen är framtagen för fysioterapeutisk verksamhet vid hjärtintensivvård (HIA). Rutinen beskriver kortfattat vilka åtgärder som rekommenderas för de vanligast förekommande diagnoserna.

Hjärt-kärlsjukdom är en av de vanligaste orsakerna till sjukdom och död i världen och förväntas förbli så även i framtiden. Multifaktoriell och teambaserad hjärtrehabilitering innefattar flera insatser där individuellt anpassad och fysioterapeutledd centerbaserad fysisk träning är en betydelsefull behandling med god evidens.

I denna rutin beskrivs de diagnoser som vårdas på HIA som är aktuella för behandling med fysisk träning inom hjärtrehabilitering.

Verksamheten riktar sig framför allt till patienter som, utifrån sin diagnos och medicinska status, har behov av specialistbedömning och behandling i enlighet med verksamhetens öppenvårdskriterier. Patienterna har även

koppling till tvärprofessionellt team vid hjärtmottagningen, SU.

(Endast nyckelreferenser anges i parentes för varje aktuell diagnos nedan).

Kranskärslsjukdom

Evidensen inkluderar hjärtinfarkt, instabil angina pectoris, behandling med perkutan koronar intervention (PCI) och coronary artery bypass grafting (CABG). Det finns starkt vetenskapligt underlag för att fysisk träning inom hjärtrehabilitering är en behandling som minskar kardiovaskulär dödlighet, återinläggning på sjukhus samt minskar risken för att insjukna i en ny hjärtinfarkt. Fysisk träning har även gynnsam inverkan på aerob kapacitet, muskelstyrka/uthållighet och psykosocialt välmående. Även patienter med hjärtinfarkt utan ockluderade kranskärslsjukdom (MINOCA) erbjuds fysioterapeutledd fysisk träning inom hjärtrehabilitering. (Ref: Dikken et al, 2021, Salzwedel et al, 2020, Gomes-Neto et al, 2024).

Nydebuterad eller påtagligt försämrad hjärtsvikt

Det finns måttligt vetenskapligt underlag för att fysisk träning inom hjärtrehabilitering förbättrar aerob kapacitet, gångsträcka och muskelstyrka/uthållighet, inspiratorisk muskelstyrka, myokardfunktion, livskvalitet och sjukhusinläggningar hos patienter med kronisk hjärtsvikt. De flesta studierna har inkluderat patienter med nedsatt pumpfunktion (HFrEF), men det finns även studier som påvisar effekter för patienter med bevarad pumpfunktion (HFpEF). (Ref: Tegegne et al, 2022, Molloy et al, 2023, Edelmann et al, 2025, Laoutaris et al, 2025).

Assistant device ”mekaniska hjärtan” (LVAD och BiVAD)

Studier visar att det är säkert att påbörja tidig fysisk träning hos patienter som fått en left ventricular assistant device (LVAD) eller biventricular assistant device (BiVAD) och att träning kan förbättra syreupptag och gångsträcka. Förmågan till ökad aerob fysisk kapacitet begränsas av den hjärtminutvolym som pumpen genererar och påverkas också av patientens egen hjärtpkapacitet och annan samsjuklighet. (Ref: Mahfood et al, 2017, Grosman-Rimon et al, 2019, Feuerstein et al, 2023).

Pulmonell hypertension

Det finns måttligt vetenskapligt underlag för att fysisk träning inom hjärtrehabilitering har effekt på aerob kapacitet, gångsträcka och muskelstyrka hos patienter med pulmonell hypertension (PH).

Majoriteten av de patienter som inkluderats i studierna hade pulmonell arteriell hypertension (PAH), klassificerade i grupp 1 enligt Hoeper 2013, och en mindre andel patienter hade kronisk tromboembolisk

pulmonell hypertension (CTEPH), klassificerade i grupp 4. (Ref: Morris et al, 2017, Talwar et al, 2017, Ehlken et al, 2017, VanAken et al, 2025).

Aorta/aneurysm/dissektion

Det finns generellt få studier som har utvärderat vilken träningsintensitet som är säker och ger mest fördelaktiga effekter vid aortadissektion. De studier som har utvärderat effekter av fysisk träning är utförda på en lätt till måttlig intensitetsnivå (Borgs rating of perceived exertion scale [RPE] 11-13). På denna nivå har fysisk träning visat sig vara säker, förbättra aerob kapacitet, hälsorelaterad livskvalitet samt resultera i ett sänkt viloblodtryck. (Ref: Fuglsang et al, 2017, Chadda et al, 2015, Cheng et al, 2014).

Spontan kranskärldsdissektion (SCAD)

Det finns generellt få studier som har utvärderat vilken träningsintensitet som är säker och ger mest fördelaktiga effekter vid SCAD. De studier som har utvärderat effekter av fysisk träning är vanligen utförda upp till en måttlig intensitetsnivå (Borgs RPE \leq 14) och med en systolisk blodtrycksgräns på <150 mmHg. På denna nivå har fysisk träning visat sig vara säker och resultera i förbättrad aerob kapacitet och psykosocialt välmående. (Ref: Van Iterson et al, 2022, Chou et al, 2016, Silber et al, 2015).

Hjärtstopp

Denna patientgrupp behandlas enligt riktlinjer för den underliggande orsaken till hjärtstoppet. En systematisk översikt indikerar att fysisk träning inom hjärtrehabilitering efter hjärtstopp är säker. Det vetenskapliga underlaget är dock otillräckligt för att kunna bedöma effekterna på livskvalitet, fysisk funktion eller neurologisk återhämtning. (Ref: Joshi et al, 2021).

Implanterbar defibrillator (ICD)

Patienterna behandlas enligt riktlinjer för den underliggande diagnosen som indikerar en ICD. Fysisk träning bedöms förbättra aerob kapacitet och är inte relaterad till ökad risk för tillslag hos patienter med ICD. Patienter med grunddiagnos som inte finns beskrivet i denna rutin/verksamhetens öppenvårdskriterier, erbjuds fysioterapeutledd fysisk träning inom hjärtrehabilitering enbart vid individuellt behov, så som vid tex rörelserådsla. (Ref: Squearo et al, 2022; Nielsen et al, 2019, Steinhaus et al, 2019).

Utförande

Målsättning

Patientsäker och evidensbaserad behandling som syftar till att patienten själv skall bli delaktig och aktiv i sin sjukdomsbehandling. Motivera patienten att delta i fysioterapeutledd fysisk träning inom hjärtrehabilitering.

Bedömning

Bedömning av andningsfunktion inför utprovning av andningshjälpmedel.

Bedömning av fysisk funktion, tex förflyttning och balans, samt hjälpmedelsbehov inför hemgång/vidare vårdinstans.

Bedömning av fysisk kapacitet, tex muskelfunktion, inför förskrivning av träningsprogram.

Åtgärd

- Fysioterapeuten informerar både muntligt och skriftligt om fysisk aktivitet och fysisk träning, dess positiva effekter och vilka rekommendationer som gäller under den första tiden efter hemgång.
 - Patienten erbjuds individuellt besök hos fysioterapeut vid hjärtrehabiliteringen för pre-exercise screening, inkluderat utvärdering av fysisk kapacitet, följt av deltagande i ett fysiskt träningsprogram vid hjärtrehabiliteringen samt en avslutande individuell bedömning av fysisk kapacitet så som vid pre-exercise screening. Det är viktigt att identifiera patientens rehabiliteringsbehov samt upplevda hinder och faciliterande faktorer för deltagande i fysisk träning inom hjärtrehabilitering.
 - Patienter med diagnos kranskärslsjukdom erbjuds deltagande i sjukhusbaserad och/eller digital hjärtskola.
1. Andningsträning för patienter med andningsrelaterade besvär, tex vid atelektaser, KOL-exacerbation, pneumoni eller i förebyggande syfte vid immobilisering. Prova ut hjälpmedel, instruera och följ upp andningsträning. Länk Rutin [KOL – ARB FYS](#) samt [Pneumoni – Behandlingsrutiner – FYS](#).
 2. Preoperativ information inför thoraxkirurgi eller inläggning av LVAD och BiVAD. Ge muntlig och skriftlig pre-operativ

information, samt gå igenom andningsteknik med PEP-ventil med munstycke eller mask och uppstigningsteknik.

3. Individuellt utformad perifer muskelträning erbjuds för patienter med nedsatt fysisk kapacitet, tex lång IVA-tid, vid VAD-inläggning eller svår hjärtsvikt. Denna träningstyp innefattar en hög relativ belastning på en liten muskelgrupp samtidigt som den centralcirkulatoriska belastningen är låg.
- Förskrivning av gånghjälpmedel inför hemgång.

Relaterad information

Länk till [informationsbroschyrer](#):

- Välkommen till hjärtrehabiliteringen på:
Östra sjukhuset, Sahlgrenska sjukhuset och Mölndals sjukhus
- För dig med hjärtsvikt:
Östra sjukhuset, Sahlgrenska sjukhuset och Mölndals sjukhus
- Information till dig som ska hjärtopereras

Arbetsgrupp

Madeleine Brosved, MSc, specialistfysioterapeut, Fysioterapi
Sahlgrenska, Sahlgrenska Universitetssjukhuset

Maria Bäck, professor, specialistfysioterapeut inom hjärt- och
kärlsjukdomar, Fysioterapi Sahlgrenska, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset

Maria Carlsson, MSc, specialistsjukgymnast inom respiration och hjärt-
och kärlsjukdomar, Fysioterapi Sahlgrenska, Sahlgrenska
Universitetssjukhuset

Granskat av kollegor i hjärtgrupperna vid Fysioterapi Mölndal,
Sahlgrenska och Östra.

Information om handlingen

Handlingstyp: Rutin

Gäller för: Verksamhet Arbetsterapi och fysioterapi

Innehållsansvar: Maria Bäck, (marpe97),
Specialistfysioterapeut

Granskad av: Madeleine Brosved, (madbr), Sektionsledare

Godkänd av: Gunilla Kjellby Wendt, (gunkj2), Verksamhetschef

Dokument-ID: SU9807-1076540875-49

Version: 5.0

Giltig från: 2025-11-13

Giltig till: 2027-11-13