



Ravijuhendi „Südamehaigete kompleksse taastusravi juhend“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 6

Toimumisaeg ja -koht: 29.03.2023 kl 12.00-14.00 veebikoosolek Microsoft Teamsis.

Osalesid: töörühma liikmed Mai Blöndal, Anu Starkopf, Aija Kala, Maria Pern, Livian Laaneots, Kätlin Lillemaa, Martin Serg, Eduard Tsvetkov ja Tõnu Viik ning sekretariaadi liikmed Aleksandra Butšelovskaja, Helena Grauberg, Julia Järveküla, Kelli Pöder, Helga Suija ja Mihail Beljajev.

Puudusid: Aet Lukmann ja Anneli Jürgenson
Koosolekut juhatas ja protokollis Kaja-Triin Laisaar

Koosoleku päevakord:

1. Ravijuhendi töörühma ja sekretariaadi liikmete huvide deklaratsioonide ajakohastamine

Ravijuhendi koostajatel ei ole huvide deklaratsioonides muutusi.

Koosolekul osaleb üheksa töörühma liiget, kvoorum otsuste tegemiseks on koos.

2. 22.02.2023 koosoleku protokoll kiinnitamine

Ravijuhendi koostajatel protokollile, mis neile enne koosolekut kättesaadavaks tehti, täiendusi ega muudatusettepanekuid ei ole. Protokoll ühehäälselt kiinnitatud.

3. Kliinilisele küsimusele nr 1 täismahus vastamiseks vajaliku lisainfo arutelu ja praktilise soovitus koostamine

Kas kõik südamehaiged vajavad kompleksset taastusravi võrreldes erinevate taastusravi komponentide kasutamisega paremate ravitulemuste saavutamiseks?

Töörühma kardioloogidest liikmed olid ette valmistanud loetelu kõrge kardiovaskulaarse riskiga patsientidest, kes tuleks suunata taastusravile taastusravikeskusesse. See lisamaterjal oli töörühma liikmetele enne koosolekut kättesaadavaks tehtud:

- Müokardiinfarkti läbi teinud patsiendid (12 kuu jooksul pärast episoodi)
- Avatud südame lõikuse läbi teinud patsiendid
- Südame klapi patoloogia perkutaanse korrektsiooni läbi teinud patsiendid
- Südamepuudulikkusega patsiendid, kellel on vasaku vatsakese väljutusfraktsioon alla 40%
- Sümptomaatilised (NYHA II-IV) südamepuudulikkusega patsiendid, kellel on vasaku vatsakese väljutusfraktsioon kergelt langenud või normis (>40%)
- Kardiaalset äkksurmast edukalt taaselustatud patsiendid

Koostajate hinnangul katab eelnev loetelu sisuliselt kogu kardioloogia, v.a väike patsientide alarühm, kel kõrgvererõhktõbi halvasti ohjatud.

Töörühm arutles, milliseid patsiente tuleks kindlasti spetsialiseeritud keskuses käsitleda, kuid millistega saaks väga edukalt hakkama nt tervisekeskuses. Nende viimaste hulka kuuluvad nt südamepuudulikkusega patsiendid, kel vasaku vatsakese funktsioon on sisuliselt normis ja kel kaebused praktiliselt puuduvad või on vaid kerged. Arutati ka seda, kas soovitus oleks lihtsam järgida, kui esitatud loetelu asemel oleks hoopis see välja toodud, keda keskusesse mitte suunata. Eelistati aga eelpool toodud loetelu esitamist, kuna nii on ravijuhendi kasutajale ühtlasi näha, milliste kardioloogiliste patsientidega siis spetsiaalses (taastusravi)keskuses tegeletakse.

Veel tekkis küsimus, miks on müokardiinfarkti läbi teinud patsientide puhul seatud 12 kuu piirang. Kardioloog selgitas, et sageli esimeste kuude jooksul pärast infarkti patsiendi riskitase muutub oluliselt. Lisaks on olemas infarktihaige jälgimise juhised, milles esimest aastat pärast infarkti loetakse kõrgema riski perioodiks. Arutati selle perioodi muutmist (lühendamist), kuna oluline on võimalikult varane taastusravi algus – infarkti järgselt loetake optimaalseks 2 ning südameoperatsiooni järgselt 4 nädalat. Kaaluti ka loetelus esimese kolme patsientide rühma puhul optimaalse aja määratlemist. Arutlusega jõuti selleni, et optimaalne aeg on tegelikult oluline ka teiste koostatavas juhendis esitatud kliiniliste küsimuste (nt küsimus nr 5) puhul, mis tähendaks aga väga suure hulga tõendusmaterjali läbitöötamist (nt kõigis patsientide alarühmades kõigi treeningviiside jaoks). Samas võib paljudel juhtudel olla vastav praktika (aeg) juba n-ö paika loksunud ning piisab selle juhendisse kirjanekust. Otsustati, et seda, kuivõrd aega ja milliste küsimuste juures käsitletakse, arutatakse edasi vastavate küsimuste käsituseni jõudes.

Esmalt otsustas töörühm, et koostatakse praktiline soovitus „Suure kardiovaskulaarse riskiga patsient suunake taastusraviks taastusravikeskusesse.“ ning selles esitatakse kohe ka viide tabelile, kus eelkirjeldatud patsiendirühmade loetelu koos suunamise optimaalsete aegadega. Ja soovitus selgitusse pannakse kirja, millel need konkreetsed ajad põhinevad. Siis tõi aga sekretariaadi liige välja mure, et mõningail juhtudel võib taastusravi alustamise aja kohta käiv tõendusmaterjal olla vastuolus praktikas järgitavate soovitustega. Nt tehakse taastusravi alguses tavapäraselt koormustest, mille sisse käib ka spirograafia, samas on tõendust, et pärast infarkti 4 nädala jooksul on spirograafia absoluutselt vastunäidustatud. Seega kui tahta anda soovitus taastusravi alustamise kohta nii vara kui võimalik, peaks ehk läbi vaatama ka tõenduse selle kohta, kui vara see erinevates patsiendirühmades üldse võimalik on. Arutluse käigus jõuti selleni, et antud praktiline soovitus puudutab taastusravikeskusesse suunamist, mille puhul oli töörühm üksmeelel, et see peaks toimuma nii vara kui võimalik. Ja et see praktiline soovitus ei puuduta tegevusi taastusravikeskuses. Juhendi koostajatele sõnul võib praktika erinevates taastusravikeskustes erineda – et kas koormustest (koos spirograafiaga) käib automaatselt esimese visiidi (taastusarsti juurde) sisse või määratakse selle visiidi käigus koormustesti aeg. Viimasel juhul probleemi ei ole, sest taastusarst saab otsustada, kas koormustesti (sh spirograafia) tegemiseks on õige aeg või mitte. Samas puudutab senine arutelu igal juhul taastusarsti (ja -keskuse) tegevust, kui koostatav praktiline soovitus on suunatud patsiendi käsitlusele taastusravikeskuse eelses faasis. Töörühm jõudis järeldusele, et selle praktilise

soovituse peamine eesmärk on, et kõik eelpool loetletud patsiendid jõuaksid taastusravile ja just vastavasse keskusesse. Ja seda, kuidas konkreetse patsiendiga täpselt talitatakse, otsustatakse juba keskus. Nii jõudis töörühm järeldusele, et taastusravikeskusesse jõudmise aega ei määratleta, vaid öeldakse, et nii vara kui võimalik. Ja patsiendi edasine käsitus vastavas keskus on juba taastusarsti otsustada. Arutati ka seda, et tegelikult suunab üks arst patsiendi teise arsti juurde, seega kas oleks kohasem soovitus nii sõnastada, et suunamine toimub arsti juurde, kuid jäädi siiski n-ö keskuse tasandile. Keskuste loetelu ei peetud vajalikuks juhendisse lisada.

Töörühm andis praktilise soovitus:

Suure kardiovaskulaarse riskiga südamehaige suunake taastusraviplaani koostamiseks esimesel võimalusel taastusravikeskusesse.

Suure kardiovaskulaarse riskiga südamehaigete hulka kuuluvad:

- müokardiinfarkti läbi teinud patsiendid;
- avatud südamelõikuse läbi teinud patsiendid;
- südameklapi patoloogia perkutaanse korrektsiooni läbi teinud patsiendid;
- südamepuudulikkusega patsiendid, kellel vasaku vatsakese väljutusfraktsioon < 40%;
- sümptomaatilised (NYHA II-IV) südamepuudulikkusega patsiendid, kellel vasaku vatsakese väljutusfraktsioon veidi langenud või normis (> 40%);
- kardiaalset äkksurmast edukalt taaselustatud patsiendid.

Jäi kokkulepe, et püsisekretariaadi esindaja saadab soovitusi töörühmale (sh koosolekul mitteosalenud töörühma liikmetele) elektroonselt kinnitamiseks.

4. Kliinilise küsimuse nr 10 tõendusmaterjali arutelu ja soovitusi koostamine

*Kas kõikidel südamehaigetel tuleb taastusravi planeerimisel hinnata psühhoemotsionaalsete probleemide (depressioon, ärevushäire) esinemist või mitte paremate ravitulemuste saavutamiseks?*¹

Sekretariaadi liige Helga Suija esitas leitud tõendusmaterjali ülevaate. Esmalt vaatas ta tõendusmaterjali võimalike allikatena üle kaheksa rahvusvahelisest ravijuhendit, milles sel teemal soovitusi on antud. Kõigis juhendites on käesoleva juhendi töörühmale huvi pakkunud probleemide hindamist oluliseks peetud, kuna need mõjutavad südamehaiguste kulgu ja ravi tulemusi. Neis ravijuhendites soovitati hindamiseks kasutada valideeritud küsimustikke ning vajadusel suunata patsient ravile. Samas enamikus juhendites oli vastav soovitus praktiline, mis tähendab, et põhines töörühma liikmete kui ekspertide arvamusel ja kogemusel ning riigi vmt väljakujunenud praktikal. Tehti lisaotsing, millega leiti üks osaliselt teemakohane (hindamisinstrumentide ehk küsimustike tundlikkust ja spetsiifilisust hinnanud) süstemaatiline ülevaade.

Sekretariaadiliikmele teadaolevalt on Eestis asjakohastest valideeritud küsimustikest tuntud EEK-2. Töörühma kliinilisest psühholoogist liige tõi välja, et psühholoogid kasutavad ka

¹ Küsimus nr 10 oli esialgses käsitusalas nummerdatud kui küsimus nr 9.

järgmisi küsimustikke: *Beck Depression Inventory* (BDI-2), *Geriatric Depression Inventory* (GDI) ja antud juhendi kontekstis mittekohane *Children's Depression Inventory 2* (CDI-2). Kui võrrelda EEK-2 ja BDI-2, siis psühholoogid kasutavad neist esimest psühhoemotsionaalse probleemi väljasõelumiseks. Kui selle tulemus (nt depressiooni alaskaalal) on üle kliinilise äralõikepunkti, minnakse edasi BDI-2'ga, mis on väga põhjalik (3 lehekülge). Ka GDI on analoogne, spetsiifiliselt geriaatrilisele patsiendile suunatud (ja viiakse läbi struktureeritud intervjuu vormis). GDI ei ole Eestis valideeritud, seega selle tulemused on vaid indikatiivsed. BDI-2 ja GDI uuringud olid ka tõendusmaterjalina kasutatud süstemaatilisse ülevaatesse kaasatud.

Töörühma liikmete hinnangul ei ole Eestis südamehaigetel psühhoemotsionaalsete probleemide (depressioon, ärevushäire) esinemise hindamine taastusravi planeerimisel tavapärane. Samas on teada, et patsiendi psühhoemotsionaalne seisund mõjutab taastusravi soostumust ja seeläbi ka tulemust. Töörühmale teadaolevalt on ligi 1/5-l südamehaigetest depressioon.

Eestis (sh esmatasandi arstiabis igapäevaselt) on kasutusel patsientide subjektiivse enesehinnangu skaala depressiooni ja ärevuse sümptomite hindamiseks tõendus põhine (piisava tundlikkuse ja spetsiifilisusega) instrument – emotsionaalse enesetunde küsimustiku 2. versioon (EEK-2). Kliiniline psühholoog lisas, et temani jõuavad praegu väga erinevalt (s.t erineva põhjalikkusega) hinnatud patsiendid (sh südamehaiged patsiendid) – vahel on kasutatud EEK-2, kuid sageli piirdub asi vabas vormis erineva põhjalikkusega märkmetega.

Eelnevat arvestades leidis töörühm, et Eestis sobib ja tuleks võtta EEK-2 kasutusele ka südamehaigete taastusravi planeerimisel. Kuna senise otsinguga leitud tõendusmaterjalist ei tulnud välja EEK-2 (ingl *Emotional State Questionnaire 2*, *EST-Q 2*) küsimustiku kohta tõendusmaterjali ehk seda instrumenti käsitlevad uuringud ei olnud vastavatesse rahvusvahelistesse ülevaadetesse kaasatud, lepitati koosolekul kokku, et sekretariaat täiendab kliinilise küsimuse nr 9 tõendusmaterjali kokkuvõtte tabelit EEK-2 puudutava tõendusmaterjaliga. Vastav tõendusmaterjal on olemas ja üle võetav varem Eestis koostatud ravijuhendist „Alaseljavaalu diagnostika ja ravi esmatasandil“ (<https://www.ravijuhend.ee/tervishoiuvarav/juhendid/197/alaseljavaalu-diagnostika-ja-ravi-esmatasandil>).

Soovitus antakse pärast seda, kui sekretariaat on täiendanud kliinilise küsimuse nr 9 kohta käivat tõendusmaterjali kokkuvõtte ja soovitusel koostamise tabeleid EEK-2 küsimustikku puudutava infoga ning esitanud need töörühmale läbivaatamiseks ning otsuste tegemiseks.

Lisaks pidas töörühm vajalikus anda südamehaige patsiendi taastusravi planeerijale suunised juhiks, kui EEK-2 tulemus viitab mõnele psühhoemotsionaalsele probleemile. Koostati praktiline soovitus „Südamehaiget patsienti, kellel taastusravi planeerimisel hindasite psühhoemotsionaalset seisundit EEK-2 küsimustikuga, mille tulemus viitas ärevus-, paanikahäirele ja/või depressioonile, käsitlege vastavalt Eestis varem koostatud teemakohastele ravijuhenditele.“

Teemakohaste ravijuhenditena peetakse silmas „Depressiooni ravijuhend perearstidele“ ja „Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitus

perearstiabis“. Töörühm oli teadlik, et nimetatud juhendeist esimene ei ole koostatud praegu Eestis kasutusel oleva metoodika kohaselt, kuid on esmatasandil kasutusel.

Töörühm sõnastas soovitud (kinnitamata)

1. Südamehaigel patsiendil taastusravi planeerides hinnake tema psühhoemotsionaalset seisundit EEK-2 küsimustikuga – praktiline soovitus
2. Südamehaiget patsienti, kellel taastusravi planeerimisel hindasite psühhoemotsionaalset seisundit EEK-2 küsimustikuga, mille tulemus viitas ärevus-, paanikahäirele ja/või depressioonile, käsitlege vastavalt Eestis varem koostatud teemakohastele ravijuhenditele. – praktiline soovitus

5. Kliinilise küsimuse nr 11 tõendusmaterjali arutelu ja soovitude koostamine

Kliiniline küsimus nr 11: „Kas psühhoemotsionaalsete probleemidega südamehaigete psühholoogiline nõustamine lisaks muudele taastusravi komponentidele võrreldes mitte nõustamisega parandab patsiendi ravitulemusi?“²

Sekretariaadi liige Helga Suija esitas leitud tõendusmaterjali ülevaate. Esmalt vaadati tõendusmaterjali võimalike allikatena üle 8 rahvusvahelisest ravijuhendit, milles sel teemal soovitusi on antud. Tehti ka tõendusmaterjali lisaotsing, millest jäi sõelale 4 süstemaatilist ülevaadet ja metaanalüüsi. Samas ei andnud need ühest vastust töörühma esitatud küsimusele – erinevatel põhjustel oli tegu kaudse tõendusega, samuti leiti tõendust vaid osa kohta töörühmale huvi pakkunud tulemusnäitajatest.

Töörühm tõi taas välja, et psühhoemotsionaalsed probleemid esinevad kuni 1/5-l südamehaigetest ning teadaolevalt ei tegeleta nendega kaugeltki mitte alati. Patsiendi psühhoemotsionaalsed probleemid on aga tihedalt seotud ravisooustumuse ja seega ka taastusravi tulemustega ning lisaks ka südamehaiguste oluliste muudetavate (käitumuslike) riskiteguritega, mis omakorda ravi tulemuslikkust mõjutavad. Mitmed antidepressandid on kardiotoksilised, mistõttu on psühholoogiline nõustamine kui mittefarmakoloogiline ravi südamehaigetel väga teretulnud.

Sellele kliinilisele küsimusele vastates ei soovinud töörühm määratleda, millisel meetodil patsienti nõustada, vaid anda juhise selle kohta, kas nõustada. Tõendusmaterjal näitas psühholoogilise nõustamise muule ravile lisamise eeliseid selle mittelisamise ees.

Töörühm arutles ka selle üle, et raske (sh äge) südamehaigus on patsiendile suur psühhoemotsionaalne väljakutse. Profülaktiliselt võiks seetõttu pakkuda südamehaigetele 1–2 psühholoogi konsultatsiooni haigusega kohanemise kergendamiseks ka juhul, kui tal ei ole viiteid psühhoemotsionaalse(te)le probleemi(de)le. Arutleti ka selle üle, kas patsiendi psühhoemotsionaalset seisundit peaks korduvalt hindama, sest psühhoemotsionaalsed probleemid võivad tekkida aja jooksul ehk kohe taastusravi alguses veel mitte välja kujunenud olla.

Kuna kliinilisele küsimusele nr 9 vastamisel antud soovitus „Südamehaiget patsienti, kellel taastusravi planeerimisel hindasite psühhoemotsionaalset seisundit EEK-2 küsimustikuga, mille tulemus viitas ärevus-, paanikahäirele ja/või depressioonile, käsitlege vastavalt Eestis

² Küsimus nr 11 oli esialgses käsituslasas nummerdatud kui küsimus nr 10

varem koostatud teemakohastele ravijuhenditele“ ütleb juba ära, et kui patsiendil on psühhoemotsionaalne probleem, tuleb seda käsitleda vastavalt teemakohasele ravijuhendile. Mõlemas teemakohases juhendis („Depressiooni ravijuhend perearstidele“ ja „Generaliseerunud ärevushäire ja paanikahäire (agorafobiaga või ilma) käsitus perearstiabis“) on psühholoogiline nõustamine (ja sealt edasi psühhoteraapia) patsiendi käsitlemise osa.

Töörühm otsustas, et kliinilisele küsimusele nr 10 vastusena eraldi soovitus ei anta – küsimusele saab vastuse kliinilise küsimuse nr 9 juures antud praktilisest soovitusest.

6. Kliinilisele küsimusele nr 5 vastamiseks tõendusmaterjalile lähenemise arutelu

Kliiniline küsimus nr 5: „Kas kõik südamehaiged vajavad jõu- ja vastupidavustreeningu kombinatsiooni võrreldes ainult jõutreeningu või ainult vastupidavustreeninguga paremate ravitulemuste saavutamiseks?“

Sekretariaadi liige Aleksandra Butšelovskaja soovis töörühmalt suuniseid, millele tõendusmaterjali otsingul keskenduda, kuna käsitletavate patsientide ring on väga lai (patsiendid erinevate diagnoosidega ja sekkumiste järgselt), erinevad on ka konkreetsed treeningviisid (sh nende kestus ja intensiivsus), töörühmale pakuvad huvi väga paljud tulemusnäitajad. Nii kujuneb tõendusmaterjali hulk äärmiselt suureks ning soovitusel väga detailseks.

Taastusravi plaani teeb taastusarst, kes oma erialast väljaõpet arvestades ei vaja detailseid juhiseid patsiendile sobivaima(te) treeningviiside valimisel. Koostatav ravijuhend on aga suunatud ka füsioterapeutidele, perearstidele jt spetsialistidele. Töörühm tõi välja, et need südamehaiged, kes ei vaja taastusravi taastusravikeskuses, on üldiselt sellises seisundis, et nende treeningutele ei kehti olulisi piiranguid, v.a võistlussport, mis valdava osa südamehaigete puhul siiski küsimuseks ei ole. Et osa südamehaiged jõuab aga ilma taastusarsti vahenduseta (nt perearsti kaudu) füsioterapeudi juurde, peaks koostatav juhend siiski treeningute kohta täpsemaid soovitusi andma.

Kuna koosolekuks kokku lepitud aeg sai läbi, ei jõudnud töörühm sekretariaadiliikmele täpseid juhiseid anda. Lepiti kokku, et püsisekretariaadi esindaja ja sekretariaadiliige arutavad küsimust koosolekutevahelisel ajal edasi ja küsivad vajadusel töörühmalt elektroonselt täpsustavaid küsimusi.

7. Muud küsimused

Järgmine töörühma ja sekretariaadi koosolek toimub varasema kokkuleppe kohaselt 19. aprillil 12.00–16.00 veebis (Microsoft Teams'is).