



Ravijuhendi „Südamehaigete kompleksse taastusravi juhend“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 15

Koosoleku toimumisaeg ja -koht: 12.03.2025 kl 12:00-16:25 veebikoosolek Microsoft Teamsis.

Osaesid: töörühma liikmed Aet Lukmann, Eduard Tsvetkov, Mai Blöndal, Anu Starkopf, Aija Kala, Maria Pern, Kätlin Lillemaa, Tõnu Viik, Martin Serg, Livian Laaneots ning sekretariaadi liikmed Aleksandra Butšelovskaja, Urmeli Katus, Kelli Kuldmaa

Puudus töörühma liige (ette teatatud): Annelii Jürgenson

Koosolekut juhatas Urmeli Katus, protokollis Kelli Kuldmaa

Koosoleku päevakord:

1. Kokkuvõtte tõenduse ajakohastamisest

Urmeli Katus tegi ülevaate ravijuhendi tõenduse ajakohastamise protsessist. Valminud on Exceli fail, mis hõlmab endas 15 kliinilise küsimuse eelnevaid otsinguid ning tulemusi ning uue otsingu tulemusi. Lisaks on failis olemas ka kliinilised küsimused, esitatud soovitude sõnastused ning otsingute põhjal saadud tulemuste arv. Uue otsingu alguskuupäevana kasutati kuupäeva, millega lõppes varasem otsing ning lõpukuupäevana uue otsingu teostamise kuupäeva. Lisandunud tõendus antud soovitude sisu ega tõendatuse astet ei muutnud. Lisandunud tõendus on TõKo tabelites eraldi märgistatud.

2. Kliiniline küsimus nr 1: tõenduse ajakohastamine, SoKo täiendamine, soovitude ülevaatamine

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

Kliinilise küsimuse nr 1 esialgse otsinguga leiti 3 uuringut ning uue otsinguga lisandus 1 uuring. SoKo tabelis on hinnangud andmata ning Urmeli Katus on need nüüd TõKo ja koosoleku protokollide põhjal eeltäitnud. Üle vaadati ka tõendatuse aste ja sellega seoses tehti muudatusettepanekuid. Mõnedes kohtades jääb mulje, et tõendatuse aste on üle hinnatud. Koondhinnang peaks olema tulemusnäitaja ülene, ehk arvesse tuleb võtta kõiki tulemusnäitajaid ja eriliselt peaks keskenduma nendele tulemusnäitajatele, mida töörühm on hinnanud kriitiliseks ehk mis said 7 kuni 9 punkti. Tuleks vaadata tõenduse kõige nõrgemat lüli, ehk tõenduse hinnang võiks peegeldada kõige madalama astmega tõendust. Kui töörühm ei ole muudatustega nõus, siis see on arutamise koht. Enamasti väärtushinnangute kohta eraldi tõendusmaterjali otsitud ei olnud ja täiendavaid kaalutlusi ka ei olnud ning selle pärast on valitud siin „võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus“. Ressursside alapunkt oli antud küsimuse kohta täidetud. Kulutõhususe uuringuid enamasti ei olnud, uuringuid eraldi kulutõhususe kohta ei otsitud. Võrdväarsuse punkt

on üsna keeruline, eraldi selle kohta tõendusmaterjali ei otsitud. Täpsustati patsientide esindaja Tõnu Viigiga, kas taastusravi üldiselt nii kompleksne kui ka üksikud komponendid on sihtrühma patsientidele vastuvõetavad. Patsientide esindaja sõnul on need vastuvõetavad. Sekkumise kättesaadavuse ja teostatavuse osas soovime töörühma liikmete arvamust. Hetkel ei ole sekkumine väga hästi kättesaadav eriti perifeerias. Tallinn ja Tartu on hästi kaetud, Pärnule ning Põlvale on plaanis korraldada Kliinikumis koolitus, ehk lähiajal võiks tekkida tõenduspõhine ja kompleksne taastusravi kättesaadavus ka nendes piirkondades, hetkel seda ei ole. Maria Pern tutvustab PERH-is toimivat taastusravi, alates 2024 suvest on oluliselt suurenenud nii grupitreeningute maht kui ka lisandunud telemeetriline jälgimine.

Antud soovitused on mitmetahulised. Esimene soovitus viitab WHO liikumisaktiivsuse soovitustele, kuid nüüd on ilmunud ka Eesti liikumisaktiivsuse soovitused. Arutatud töörühmaga, kas soovitakse jätkata endiselt WHO soovitustega või asendada need Eesti omadega. Töörühm soovib jätkata originaalis antud soovitustega, kuna Eesti soovitustega on ilmnunud mõningad kitsaskohad. Soovitused viidi PICO formaati. Täpsustama peab veel soovitus nr 3 puhul, kes on need patsiendid kellel puudub kompleksse taastusravi vajadus. (standardravi = ainult ravimitega taastusravi järgne periood, tuleb veel koostada mõistete peatükk). **Kirjalikul teel arutlemiseks jääb veel soovitus number kolm – kes on need patsiendid (tuleb defineerida), kes ei vaja kompleksset taastusravi.**

Töörühma poolt kinnitatud soovitused:

1. Südamehaigusega patsiendil hinnake modifitseeritavaid riskitegureid (glükoos, kolesterool, vererõhk), psühhoemotsionaalset seisundit (kasutades EEK-2), füüsilist aktiivsust (kasutades WHO liikumissoovitusi), sotsiaalseid tegureid, motivatsiooni.
Praktiline soovitus
2. Suure kardiovaskulaarsete sündmuste riskiga südamehaigusega patsient suunake taastusraviplaani koostamiseks esimesel võimalusel taastusravikeskusesse. Nendel patsientidel eelistage struktureeritud südamehaigete taastusravi. Suure kardiovaskulaarsete sündmuste riskiga südamehaigusega patsientide hulka kuuluvad:
 - patsiendid 12 kuu jooksul pärast müokardiinfarkti (väljutusfraktsioon < 40%);
 - patsiendid 12 kuu jooksul pärast avatud südamelõikust;
 - südameklapi patoloogia perkutaanse korrektsiooni läbi teinud patsiendid (12 kuu jooksul);
 - südamepuudulikkusega patsiendid, kellel vasaku vatsakese väljutusfraktsioon < 40%;
 - sümptomaatilised (NYHA II-IV) südamepuudulikkusega patsiendid, kellel vasaku vatsakese väljutusfraktsioon veidi langenud või normis (> 40%);
 - kardiaalsest äkksurmast edukalt taaselustatud patsiendid (3 kuu jooksul). *Praktiline soovitus*
3. Südamehaigusega patsiendil, kellel puudub kompleksse taastusravi vajadus, kaaluge taastusravi üksikuid komponente (*praktiline soovitus*)

3. Kliiniline küsimus nr 2: tõenduse ajakohastamine, SoKo täiendamine, soovituste ülevaatamine

Kas kõikidele südamehaigetele teha funktsionaalse võimekuse hindamine (kardiopulmonaalne koormus EKG, koormus EKG, 6-minuti kõnnitest) või mitte taastusravi efektiivseks planeerimiseks ja paremate ravitulemuste saavutamiseks?

Kliiniline küsimus nr 2 uue otsinguga ühtegi uuringut ei lisandunud. SoKo tabeli puhul vaadati üle hinnangud, mis varasemalt olid täitmata. Vastavalt protokollidele, tõendusele ning täiendavatele kaalutlustele hinnati soovitud efekt mõõdukaks. Negatiivsed mõjud hinnati väikeseks; täiendavatesse kaalutlustesse lisati kahest allikast kardiopulmonaarse koormustesti vastunäidustused. Tõendatuse aste varieerus väga madalast kõrgeni ning kokkuvõttes hinnati see madalaks. Väärtuste kohta eraldi tõendust ei otsitud s.t ei saa välistada varieeruvust ning ebatäpsust. Ressursid hinnati varieeruvaks, töörühm kinnitas, et kardiopulmonaarse testi läbi viimiseks on vaja teatud seadmeid, koolitatud personali ja õigeid tingimusi. Kulutõhususe ning võrdväarsuse hindamiseks eraldi tõendust ei otsitud. Patsientide esindaja arvamusel on sekkumised patsiendi jaoks vastuvõetavad.

Soovitused viidi PICO formaati. **Täpsustavalt tuleb tekstis kirjeldada ka riskihindamises, prognoosist ning treeningintensiivsuse määramisest (seoses soovitusega 1).**

Töörühma poolt kinnitatud soovitused:

1. Südamehaigusega patsiendil, eelistage füüsilise võimekuse hindamiseks kardiopulmonaalset koormustesti EKG-koormustestile ja 6-minuti kõnnitestile. Enne ja pärast taastusravi kasutatud hindamise meetod peab olema sama. *Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste*
2. Südamehaigusega patsiendil, kui kasutate kardiopulmonaalset koormustesti või EKG-koormustesti, eelistage testi läbiviimist veloergomeetril. *Praktiline soovitus*

4. Kliiniline küsimus nr 3: tõenduse ajakohastamine, SoKo täiendamine, soovituste ülevaatamine

Kas kõikidel südamehaigetel kasutada juhendatud kehalist koormust võrreldes kodupõhise harjutuskavaga paremate ravitulemuste saavutamiseks?

Kliinilise küsimuse nr 3 kohta leiti esialgse otsinguga 7 uuringut, uue otsinguga lisandus 1 uuring. Lisandunud tõendus oli väga madala kuni madala tõendatusse astmega ning lisati TõKo tabelisse. Töörühm oli SoKo tabeli (eel)hinnangutega nõus. Tõendatuse aste hinnati ümber madalaks. Väärtushinnanguid eraldi uuritud ei olnud s.t võimalik on varieeruvus. Efekti ja tasakaalu puhul on sekkumine võrdluse poolt ehk kodupõhise taastusravi poolt (mitmes võrdluses ei ole nende kahe sekkumise vahel erinevust s.t enamasti on sekkumised samaväärseid; mõnes olukorras kodupõhine sekkumine efektiivsem). Ressursside koha pealt oli hinnang antud juba eelnevalt ning see ei muutunud. Töörühmaga arutati läbi, milliseid ressursse potentsiaalselt vaja võib minna, töörühma liige **Eduard Tsvetkov jagas artiklit, kus tuuakse välja minimaalsed ja optimaalsed ressursid mida kasutada**. Kulutõhususe ja ressurside varieeruvuse, võrdväarsuse, vastuvõetavuse ning kättesaadavuse hinnangud olid eelnevatel koosolekutel antud ning need ei muutunud.

Soovitus viidi PICO formaati. Töörühm oli ettepanekuga nõus muuta soovitus nõrgaks, sest tõenduse aste hinnati ümber madalaks.

Töörühma poolt kinnitatud soovitus:

1. Motiveeritud südamehaigusega patsiendil, kaaluge võimalusel kodupõhist taastusravi.
Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste

5. Kliiniline küsimus nr 4: tõenduse ajakohastamine, SoKo täiendamine, soovitude ülevaatamine

Kas kõik südamehaiged vajavad tegevusteraapiat või mitte igapäevatoimingute sooritamise parandamiseks?

Kliiniline küsimus nr 4 kohta leiti esialgse otsinguga 3 uuringut, uue otsinguga uuringuid ei lisandunud. SoKo tabel eeläideti ja vaadati töörühmaga üle. Tõendatuse aste ei muutunud. Väärtushinnangud olid eelnevalt hinnatud. Ressursside alapunkti täiendati protokoll põhjal. Kulude, kulutõhususe ja võrdväarsuse kohta tõendust eraldi ei otsitud. Vastuvõetavuse kohta leidis uuring; tegevusteraapia on patsientidele vastuvõetav sekkumine. Kättesaadavus hinnati varieeruvaks: esmasandil on kättesaadavus pigem kehv, eriarstiabis on siiski valdavalt kättesaadav.

Soovitus viidi PICO formaati, tehti ettepanek muuta soovitus praktilisest soovitusest nõrgaks soovituseks. Töörühm oli ettepanekuga nõus.

Töörühma poolt kinnitatud soovitus:

1. Südamehaigusega patsienti, kes vajab nõustamist igapäevaelutegevuste sooritamise, kodu kohandamise, energia säästmise ja/või abivahendite osas, kaaluge suunamist tegevusteraapeudi vastuvõtule.
Nõrk soovitus, väga madal tõendatuse aste

6. Kliiniline küsimus nr 5: tõenduse ajakohastamine, SoKo täiendamine, soovitude ülevaatamine

Kas kõik südamehaiged vajavad jõu- ja vastupidavustreeningu kombinatsiooni võrreldes ainult jõutreeningu või ainult vastupidavustreeninguga paremate ravitulemuste saavutamiseks?

Kliiniline küsimus nr 5 kohta leiti esialgse otsinguga 7 uuringut, uue otsinguga lisandus 1 uuring. Lisandunud tõendus on eraldi märgistatud ning TõKo tabelisse lisatud. SoKo tabel oli eelnevalt täidetud ning selle põhjal oli võimalik anda ka enam (eel)hinnangud. Peamiselt käsitleb tõendusmaterjal südamepuudulikkusega ja koronaarhaigusega patsiente. Tõendatuse aste on varasemalt hinnatud mõõdukaks. Kuna tõendus kriitiliste tulemusnäitajate kohta on mõõduka tõendatuse astmega hinnangut ei muudetud. Väärtushinnangute ja efektide tasakaalu kohta on tõendus olemas ning hinnangud selle põhjal ka antud. Ressursside puhul vaja väljaõppinud personali, ruume ning vahendeid (mõõdukas kulu). Kulutõhusus varieerub, Eesti kohta andmed

puuduvad. Võrdväarsusust arutatud töörühmaga. Töörühma liikmete sõnul on kättesaadavus Eestis personali puuduse tõttu kehv. Patsientide esindaja sõnul on sekkumised vastuvõetavad.

Soovitus viidi PICO formaati.

Töörühma poolt kinnitatud soovitus:

1. Südamehaigusega patsiendi taastusravis eelistage jõu- ja vastupidavustreeningu kombinatsiooni. *Tugev positiivne soovitus, mõõdukas tõendatuse aste*

7. Kliiniline küsimus nr 6: tõenduse ajakohastamine, SoKo täiendamine, soovitude ülevaatamine

Kas kõik südamehaiged peavad tegema vähemalt mõõduka intensiivsusega pidevat treeningut võrreldes kõrge intensiivsusega intervalltreeningu või nende kombinatsiooniga paremate ravitulemuste saavutamiseks?

Esialgse otsinguga leiti 6 uuringut, lisandus 1 uuring. SoKo tabel on eelnevalt põhjalikult täidetud ning selle põhjal saab anda ka vastavad (eel)hinnangud. Uuringute põhjal on välja toodud vähene potentsiaalne negatiivne efekt. Varasemalt on tõendus hinnatud kõrgemaks, põhjendusega et tulemused on kokkulangevad ning teemat on palju uuritud. Selgitatud töörühmale, et tõendatuse astet saab kõrgemaks hinnata vaid väga kindlatel kriteeriumitel, mis siin täidetud ei ole. Vastavalt sellele tõendatuse aste ümber hinnatud madalaks. Väärtushinnangute kohta eraldi uuringuid ei otsitud. Ressursid puhul on üldiselt kõrgema intensiivsusega treeningud juhendatud ning eeldavad ka füsioterapeudi olemasolu, mõõduka intensiivsusega treeninguid saavad patsiendid teha ka kodustes tingimustes (välja arvatud kõrge riskiga haiged, kelle puhul on ka mõõduka intensiivsusega treeningutel vaja juhendamist). Kulutõhususe kohta eraldi uuringuid ei otsitud. Patsientide esindajale on sekkumised vastuvõetavad, tõenäoliselt on mõõdukas treening vastuvõetavam.

Soovitused viidi PICO formaati ja tõendatuse aste hinnati ümber madalaks. **Sekretariaadil on vaja üle vaadata soovituse osas kuidas saaks intensiivsuse definitsioonid kirja panna (mõõdukas, kõrge intensiivsus), et antud soovitus ei oleks nii pikk ja lohisev. Antud küsimuse osas võetakse ühendust Aleksanda Butšelovskajaga. Kusagil ravijuhendi tekstis tuleb lisada ka, et mõõdukas treening ei ole parem, kuid seda on lihtsam alustada. Iseenesest on sekkumised võrdväärseid.**

Töörühma poolt kinnitatud soovitused:

1. Südamehaigusega patsiendil soovitage mõõduka intensiivsusega kestvustreeningut (45–59% maksimaalsest hapnikutarbimisest, 50–70% tippvõimekusest (ingl peak power output), 55–69% maksimaalsest SLS-st, 40–59% pulsireservist (arvutatakse rahuoleku SLS-le otsa), 4–6 MET-i või 12/20–14/20 punkti Borgi skaalal). Kokku 3-5 korda nädalas, millest vähemalt kaks on juhendatud treeningud. Ühe treeningsessiooni kestus 30-60min.

Treeningviisidena: kõndimine, jooksulint, jalgrattasõit, sõudmine, treppidel kõndimine, veloergomeeter. *Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste*

2. Südamehaigusega patsiendil, kellel ei ole vastunäidustusi (vt lisa), kaaluge kõrge intensiivsusega intervalltreeningut. Treening intensiivsusega 80–90% maksimaalsest hapnikutarbimisest (VO₂max), vastavalt üle 85% maksimaalsest pulsisagedusest ja üle 80% maksimaalsest võimsusest (Watt), 15-17/20 punkti Borgi skaalal.

Treeningviisidena: kõndimine, jooksulint, jalgrattasõit, sõudmine, treppidel kõndimine, veloergomeeter. *Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste*

8. Kliiniline küsimus nr 7: tõenduse ajakohastamine, SoKo täiendamine, soovitude ülevaatamine

Kas kasutada kõikidel südamehaigetel madala intensiivsusega või kõrge intensiivsusega jõutreeninguid paremate ravitulemuste saavutamiseks?

Kliiniline küsimus nr 7 esialgse otsinguga leiti kaks uuringut ning uue otsinguga lisandus üks uuring. SoKo tabeli puhul on juba suur töö eelnevalt sekretariaadi liikme poolt tehtud. Antud (eel)hinnangute puhul ei olnud töörühmal vastuväiteid. Ressursside osas täpsustatud töörühmaga, mida antud sekkumine nõuab, saab teha nii kodus kui ka jõusaalis, juhendamisega ja juhendamiseteta kuid eeldab eelnevalt füsioterapeudi nõustamist/koolitamist. Kätesaadavus Eestis on parem kui aeroobse treeningu puhul, sest jõutreeningute puhul saab harjutusi teha ka enda keharaskustega. Maria Perni sõnul füsioterapeudi väljaõppes pööratakse jõutreeningule rohkem tähelepanu kui vastupidavustreeningule

Soovitus viidi PICO formaati.

Töörühma poolt kinnitatud soovitus:

1. Südamehaigusega patsiendil soovitage jõutreeninguid intensiivsusega 30-80% 1-RMst. Alustada madala intensiivsusega jõutreeninguga ja kaaluda iga kahe nädala järel treeningu intensiivsuse suurendamist lähtudes patsiendi individuaalsest suutlikkusest. *Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste*

9. Kliiniline küsimus nr 8: tõenduse ajakohastamine, SoKo täiendamine, soovitude ülevaatamine

Kas kõik südamehaiged vajavad sissehingamislihaste treeningut lisaks muudele taastusravi komponentidele või mitte paremate ravitulemuste saavutamiseks?¹

Esialgse otsinguga leiti 7 uuringut, uue otsinguga lisandu 1 uuring. SoKo tabel varasemalt täidetud. Tuginedes eelmiste koosolekute protokollidele hinnatud efekti suurus väikeseks. Töörühmal vastuväiteid ei ole. Tõendatuse astme koondhinnang oli mõõdukas, tõendatuse aste ümber hinnatud väga madalaks. Väärtushinnangute otsas eraldi kirjanduse otsingut ei teostatud seega on võimalik potentsiaalne varieeruvus. Ressursside osas on vaja koolitatud personali ning vajalikke seadmeid. Kõikide vajalikke ressursside kohta eraldi uuringut ei teostatud, sama kehtib

¹ Küsimus nr 8 oli esialgses käsitlusalas nummerdatud kui küsimus nr 7.

ka kulutõhususe kohta. Kuna teenus ei ole kõigile kättesaadav väheneb ka võrdväarsuse hinnang. Vastuvõetavuse osas ei oska patsientide esindaja hinnangut anda, kuna pole seda sekkumist ise läbinud, kuid tööühma sõnul on antud sekkumine siiski patsientide jaoks vastuvõetav. Teenuse kättesaadavus varieerub, Aet Lukmanni sõnul ei pruugita alati teadvustada antud sekkumise vajadust. Puudub personal, teadmised ja vahendid.

Soovitus viidud PICO formaati, tõendatuse aste ümber hinnatud.

Töörühma poolt kinnitatud soovitus:

1. Südamehaigusega patsiendil, kellel esineb sissehingamislihaste nõrkus (naistel all 60 cm H₂O, meestel alla 80 cm H₂O) ja õhupuudus, kaaluge sissehingamislihaste treeningut.
Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste

10. Kliiniline küsimus nr 9: tõenduse ajakohastamine, SoKo täiendamine, soovitude ülevaatamine

Kas kõik südamehaiged vajavad toitumisseisundi hindamist (alatoitumuse või rasvumuse osas) või mitte paremate ravitulemuste saavutamiseks?²

Esialgse otsinguga leiti 12 uuringut, uue otsinguga lisandus üks uuring. Antud kliinilises küsimusega soovitakse lahendada mitut probleemi (kas patsiente toitumisseisundi osas sõeluda või mitte, ning kas hindamise alusel peaks tegema muudatusi toitumises). Kuna kliinilisele küsimusele vastamiseks on antud ainult praktilised soovitusel, on SoKo-s hinnangute andmisel lähtunud praktilise soovitusel andmise kriteeriumitest.

Soovitusel viidud PICO formaati. Teise soovitusel lisati ka rasvunud patsiendid, sest kliiniline küsimus käsitleb mõlemat sihtrühma.

Töörühma poolt kinnitatud soovitusel:

1. Südamehaigusega patsiendil, hinnake ja dokumenteerige toitumist, kehakaalu, kehamassiindeksit, vöö- ja puusaümbermõõtu. *Praktiline soovitus*
2. Südamehaigusega patsiendil, kes on rasvunud või kellel kahtlustate alatoitumust, suunake toitumisterapeudi vastuvõtule. *Praktiline soovitus*

11. Kliiniline küsimus nr 10: tõenduse ajakohastamine, SoKo täiendamine, soovitude ülevaatamine

Kas kõikidel südamehaigetel tuleb taastusravi planeerimisel hinnata psühhoemotsionaalsetel probleemide (depressioon, ärevushäire) esinemist või mitte paremate ravitulemustel saavutamiseks?³

² Küsimus nr 9 oli esialgses käsituselalal nummerdatud kui küsimus nr 8.

³ Küsimus nr 10 oli esialgses käsituselalalal nummerdatud kui küsimus nr 9.

Esialgse otsinguga leiti kaks uuringut, uue otsinguga lisandus üks uuringut. SoKo hinnangud on antud tuginedes EEK-2 hindamisinstrumendile, kuna hetkel on EEK-2 sobivaim Eestis valideeritud ja tasuta kättesaadav hindamisinstrument.

Soovitus varasemalt integreeritud kliinilise küsimuse nr 1 soovitusse.

Töörühma poolt kinnitatud soovitused:

1. Vt kliiniline küsimus nr 1, soovitus 1

12. Kliiniline küsimus nr 11: tõenduse ajakohastamine, SoKo täiendamine, soovitude ülevaatamine

Kas psühhomotsionaalsete probleemidega südamehaigete psühholoogiline nõustamine lisaks muudele taastusravi komponentidele võrreldes mitte nõustamisega parandab patsiendi ravitulemusi?⁴

Esialgse otsinguga leiti viis uuringut, uue otsinguga lisandus kaks uuringut. Soovitud efekt varieerub ja sõltub sihtrühmast. Kahjulikku mõjusid uuringutes ei raporteeritud. Tõendatuse aste on hinnati madalaks. **Teksti peab antud küsimuse osas SoKo-s veel üle vaatama. Töörühma liige Aija Kala toob välja tähelepaneku, et mitmes kohas on välja toodud psühholoogiline nõustamine, kuid depressioon eeldab psühholoogilist teraapiat.** Kuigi kliinilises küsimuses on välja toodud psühholoogiline nõustamine, peab mõtlema ka kuidas saab siia lisada psühholoogilise teraapia olemasolu. Käsikirjas tuleb kindlasti üle vaadata kõik terminid ja terminoloogia, et kõik oleks korrektne. Sekkumise vastuvõetavust arutletud töörühmaga: kui on südamehaige, kellel juba väljakujunenud meeleoluhäire siis pigem on vastuvõetav, kui pole probleeme siis pigem mitte. Välistame kasutades EEK-2 need kellel pole meeleoluhäiret. Anu Starkopfi sõnul on nende perearstikeskuses EEK-2 igapäevaselt kasutusel nii perearstidel kui ka pereõdedel. Suuremates linnades on olemas teenusepakkujad, kellel on Tervisekassaga leping, nende juurde saab suunata patsiente teenusele. Esialgse hindamise saab teostada esmatasandil ning siis vajadusel suunata patsient edasi eriarstiabisse. Lisaks on töörühmaga arutletud ka teostatavuse osas. Esmatasandil on olemas mitmetes keskustes vaimse tervise õed, aga see ei ole kättesaadav üle Eesti. Suuremates linnades nagu Tartu ja Tallinn on psühhiaatrile pääsemine väga keeruline.

Soovitus viidud PICO formaati ja sõnastust korrigeeritud vastavalt töörühma ettepanekutele.

Töörühma poolt kinnitatud soovitus:

1. Südamehaigusega patsienti, kellel taastusravi planeerimisel hindasite psühhomotsionaalset seisundit EEK-2 küsimustikuga, mille tulemus viitas

⁴ Küsimus nr 11 oli esialgses käsitlusalas nummerdatud kui küsimus nr 10.

meeleoluhäirele, käsitlege vastavalt Eestis varem koostatud teemakohastele ravijuhenditele. *Praktiline soovitus*

13. Kliiniline küsimus nr 12: tõenduse ajakohastamine, SoKo täiendamine, soovitude ülevaatamine

*Kas kõik südamehaiged vajavad nõustamist enesejuhtimisoskuste osas lisaks muudele taastusravi komponentidele või mitte paremate ravitulemuste saavutamiseks?*⁵

Esialgse otsinguga leiti neli uuringut, uue otsinguga lisandus kaks uuringut. Tõendatuse aste varieerub väga madalast kuni madalani, paari tulemusnäitajate puhul jäi tase mõõdukaks. SoKo tabel eelnevatel koosolekutel täidetud. Patsientide esindaja sõnul on sekkumine patsientidele vastuvõetav. Patsiendi seisukohast on tegemist vajaliku sekkumisega, peaks olema südamehaigete taastusravi programmi osa. Hetkel tehakse asutustes, kuid ei ole sageli struktureeritud. Antud hinnangute osas töörihmil vastuväiteid ei ole. Soovituse tugevus ei muutunud.

Soovitus viidud PICO formaati ja sõnastust korrigeeritud vastavalt töörihma ettepanekutele.

Töörihma poolt kinnitatud soovitus:

- 1. Südamehaigusega patsiendil kaaluge taastusravi ühe osana nõustamist tervisekäitumise ja stressijuhtimise eneseabivõtete osas. Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste*

14. Kliiniline küsimus nr 13: tõenduse ajakohastamine, SoKo täiendamine, soovitude ülevaatamine

*Kas kõikide südamehaigete ambulatoorse taastusravi programm peab kestma kuni kaheksa nädalat või üle kaheksa nädala paremate ravitulemuste saavutamiseks?*⁶

Esialgse otsinguga leiti neli uuringut, uue otsinguga uuringuid ei lisandunud. SoKo tabelis antud (eel)hinnangutega oli töörihm nõus. Arutatud sekkumise vastuvõetavust. Töörihm on täheldanud et tööealised patsiendid eelistavad lühemat taastusravi programmi pikkust. Kätesaadavus varieerub keskuste vahel.

Soovitus viidud PICO formaati.

Töörihma poolt kinnitatud soovitus:

- 1. Südamehaigusega patsiendil, kasutage ambulatoorset taastusravi programmi pikkusega vähemalt 24 juhendatud treeningssessiooni 8-12 nädala jooksul. Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste*

⁵ Küsimus nr 12 oli esialgses käsitlusalas nummerdatud kui küsimus nr 11.

⁶ Küsimus nr 13 oli esialgses käsitlusalas nummerdatud kui küsimus nr 12.

15. Kliiniline küsimus nr 14: tõenduse ajakohastamine, SoKo täiendamine, soovitude ülevaatamine

Kas kõik südamehaiged vajavad taastusravi ühekordselt võrreldes korduva taastusraviga (sagedusega vähemalt kord aastas) paremate ravitulemuste saavutamiseks?⁷

Kliiniline küsimus nr 14 on metoodiliselt problemaatiline. Kaasatud uuringud võrdlevad sekkumise erinevat pikkust, kuid mitte korduvat sekkumist s.t tõendus on kaudne. Lisaks ei ole kliinilise küsimuse otsingut dokumenteeritud otsinguprotokollis s.t ei ole teada kuidas on kaasatud uuringuteni jõutud. Kliinilise küsimuse ettevalmistanud sekretariaadi liikmega ei ole võimalik olnud kontakti saada. Tulenevalt sellest ei ole tõendust ajakohastatud. Hetkel on antud kliinilise küsimuse vastuseks praktiline soovitus. Lähtuvalt olemasolevast tõendusest võiks siiski tegemist olla nõrga positiivse soovitusega, väga madala tõendatuse astmega. **Hetkel jääb kokkulepe, et meetodikud võtavad antud küsimuse osas eraldi ühendust Aet Lukmanni ja Aleksandra Butšelovskajaga.**

Soovitus viidud PICO formaati.

Hetkeseisuga jääv soovitus:

1. Südamehaigusega patsiendil, kaaluge korduva taastusravi vajadust võttes arvesse järgmiseid individuaalseid tegureid:
 - koormustaluvuse langus (nt NYHA klassi muutus)
 - toimetuleku halvenemine igapäevatoimingutes
 - elukvaliteedi halvenemine
 - rehospitalseerimised ja ägenemised. *Praktiline soovitus*

16. Kliiniline küsimus nr 15: tõenduse ajakohastamine, SoKo täiendamine, soovitude ülevaatamine

Kas kaugjalgimise kasutamine südamehaigete taastusravi säilitusfaasis (kolmas etapp) aasta jooksul parandab patsiendi ravitulemusi võrreldes selle mitte lisamisega?⁸

Esialgse otsinguga leiti neli uuringut, hiljem lisandus üks uuring. SoKo tabelis enamus alapunkte varasemalt täidetud. Tõendatuse aste ümber hinnatud väga madalaks. Töörühma juhiga arutletud Kliinikumi kaugteenusmudeli projekti üle, mis uuris kaugjalgimise efektiivsust. Aet Lukmanni sõnul on projekti tolmustena selgunud, et füsioteraapia kaugteenus on oma mõõdetavatelt tulemustelt sarnane kohapeal toimuva taastusravis kuid seda mitte säilitusfaasis (puudub süsteemne analüüs säilitusfaasi osas).

Soovitus viidud PICO formaati, „digitaalsed lahendused“ asendatud „kaugnõustamisega“ sest tõendus käsitleb ka telefoni teel nõustamist.

⁷ Küsimus nr 14 oli esialgses käsitlusalas nummerdatud kui küsimus nr 13.

⁸ Küsimus nr 15 oli esialgses käsitlusalas nummerdatud kui küsimus nr 14.

Töörühma poolt kinnitatud soovitus:

1. Südamehaigusega patsiendil, kaaluge taastusravi säilitusfaasis (kolmas etapp) motivatsiooni säilitamiseks ja paremate ravitulemuste saavutamiseks kaugnõustamist
Nõrk positiivne soovitus, väga madal tõendatuse aste

4. Muud küsimused

Sekreteriaat üritab märtsi lõpuks valmis saada ravijuhendi käsikirja esimese versiooni. Käsikiri edastatakse töörühmale tagasisidestamiseks.

Järgmine töörühma ja sekretariaadi koosolek toimub aprillis (2h), kuupäev täpsustamisel. Koosolekul plaanis arutatakse ravijuhendi käsikirja.