



Ravijuhendi „Südamehaigete kompleksse taastusravi juhend“ töörühma ja sekretariaadi koosolek nr 16

Koosoleku toimumisaeg ja -koht: 25.04.2025 kl 14:00-16:00 veebikoosolek Microsoft Teamsis.

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

Puudus töörühma liige (ette teatatud): Maria Pern

Koosolekut juhatas Urmeli Katus, protokollis Kelli Kuldmaa

Koosoleku päevakord:

1. Ravijuhendi töörühma huvide deklaratsioonid

Töörühma liikmetega vaadati koos üle ning täiendati huvide deklaratsioonide koondtabel. Koosolekuga hiljem liitujatega või puudujatega võetakse hiljem digitaalselt ühendust.

2. Ravijuhendi peamiste soovitude arutelu ja sõnastuse täpsustused

Arutati praktilise soovitude täpsustamist: millal tuleks suunata suurte kardiovaskulaarsete sündmuste riskiga südamehaige patsient taastusravikeskusesse taastusraviplaani koostamiseks. Esialgselt oli soovitudes määratud, et patsient suunatakse 3 kuu jooksul pärast kardiaalset äkksurma edukat taaselustamist. Mõned töörühma liikmed leidsid, et 12 kuud võiks olla sobivam ajavahemik, kuid enamik jäi seisukohale, et 3 kuu periood on mõistlikum ja vastab paremini taastusravi eesmärkidele. Arutelu viidati sellele, et varasemates koosolekutes oli 3 kuu tähtaeg kokku lepitud ning põhines kaardioloogide soovitudel. Hetkel jäi kehtima soovitus suunata patsient taastusravikeskusesse 3 kuu jooksul, läheb hiljem veel digitaalselt kinnitamiseks.

Arutati praktilise soovitude 4 sõnastust ja selgust. Esialgne soovitus nägi ette, et südamehaigusega patsientide taastusravi tegelevates keskustes tuleb patsient suunata taastusarsti vastuvõtule teatud ajaraami jooksul sõltuvalt patsiendi seisundist. Töörühm leidis, et soovitus ei olnud piisavalt üheselt mõistetav. Täpsustati, et taastusravikeskusesse suunatud patsientidel peab toimuma taastusarsti vastuvõtt optimaalses ajavahemikus, lähtudes kvaliteedi indikaatoritest (nt 2 nädala jooksul ägeda koronaarsündroomi järgselt). Sihtrühmana käsitletakse patsiente, kellel on olnud äge koronaarsündroom, südamekirurgia või südamepuudulikkus, kuna nende puhul on ajakriitiline varajane taastusravi alustamine. Samuti arutati soovitude loogilist järjestust: leiti, et soovitus 5 (südamehaigete taastusravi üksikute komponentide kaalumise) võiks liita soovitude 4 juurde, et säilitada teemade loogiline ja sujuv järjestus. Otsustati praktilise soovitude 4 sõnastust

täpsustada sihtrühmade ja ajaraamide osas. Soovituste nummerdus ja järjestus muudetakse loogilisemaks, et parandada juhendi loetavust ja mõistetavust.

Soovitus nr 10 sõnastuse puhul, mis puudutab mõõduka intensiivsusega kestvustreeningu kestust südamehaigusega patsientidel, nägi esialgselt ette treeningu kestuseks 30 minutit. Töörühma liikmete ettepanekul muudeti soovitus, et alguses võib kestvus olla 20 minutit, rõhuga järkjärgulisel treeningu mahu suurendamisel. Leiti, et 20 minutit on piisav algus, arvestades, et väiksem koormus on parem kui üldse mitte treenimine, ning treeningu kestust võib aja jooksul suurendada. Arutati ka võimalikku segadust sõnumi selguses – rõhutati, et oluline on edastada tervishoiutöötajatele ja patsientidele, et iga treening, ka 20-minutiline, on väärtuslik ja kasulik, mitte väheoluline. Töörühm jäi konsensuslikult seisukohale, et mõõduka intensiivsusega kestvustreeningu soovituslik miinimumkestus muudeti 20 minutiks (varasema 30 minuti asemel).

Kõrge intensiivsusega intervalltreening südamehaigetel: arutati, kas kõrge intensiivsusega intervalltreening peaks olema lubatud ainult juhendatud tingimustes. Leiti, et kui patsiendil ei ole vastunäidustusi, on selline treening lubatud ja soovitatav ilma eraldi juhendamise nõudeta. Otsustati, et täiendavat juhendamise piirangut ei ole vaja lisada, kuna vastunäidustuste puudumine on piisav kriteerium. Treeningviiside hulka lisatakse märkusega täpsustus sõudmise kohta pärast sternotoomiat. Kõrge intensiivsusega intervalltreening jääb lubatuks juhul, kui patsiendil vastunäidustusi ei esine.

Lisaks arutati jõutreeningu soovitusel sõnastuse täpsustamist ning otsustati määratleda algintensiivsuseks 30–60% maksimaalsest korduskoormusest, rõhutades koormuse järkjärgulist suurendamist iga kahe nädala tagant. Arutati ka ülakeha jõutreeningu piirangu vajadust pärast avatud rindkere operatsiooni ning otsustati lisada eraldi praktiline soovitus, mille kohaselt ülakeha jõutreening on vastunäidustatud esimese 6–8 nädala jooksul pärast avatud rindkere kirurgilist sekkumist.

3. Ravijuhendis kasutatud terminoloogia

Arutati terminoloogia täpsustamist seoses aeroobse ja anaeroobse treeningu mõistetega ravijuhendis. Leiti, et anaeroobse treeningu mõiste kasutamine võib olla eksitav ja tekitada segadust, kuna tegelikkuses puhtalt aeroobset või puhtalt anaeroobset treeningut ei eksisteeri. Otsustati, et ravijuhendis kasutatakse üldist mõistet vastupidavustreening ning vältitakse mõistete "aeroobne" ja "anaeroobne" vastandamist, et säilitada selgus ja lihtsus nii spetsialistide kui ka teiste juhendi kasutajate jaoks.

Arutati VO₂max (maksimaalse hapnikutarbimise) terminoloogia ühtlustamist eesti keeles. Märkiti, et senistes tõlgetes esines variatsioone: "maksimaalne hapniku tarbimine", "maksimaalne hapniku omastamine" ja "maksimaalne hapniku kasutamine". Otsustati, et ravijuhendis kasutatakse järjepidevalt terminit "maksimaalne hapnikutarbimine", kuna see on Eestis laiemalt levinud ja tuntud, sh spordimeditiinis ja taastusravis. Arutati ka lühendite kasutust: kas eelistada VO₂max või VO₂peak (piik). Otsustati, et juhendis kasutatakse rahvusvahelist lühendit VO₂max, olenemata sellest, kas testi käigus saavutatakse tõeline

maksimaalne hapnikutarbimine või tipptulemus (piik). See tagab terminoloogia ühtsuse ja arusaadavuse ravijuhendis.

Lisaks märgiti, et senine lühend FA tuleks asendada lühendiga KVA-ga, viidates kodade virvendusarütmiale, nagu on varasemalt kasutatud ka Eesti teistes ravijuhendites. Otsustati, et juhendisse jääb järjekindlalt kasutusele KVA.

Arutati ka südamehaiguste nimetusi ja terminite valikut. Otsustati, et sünonüümid "südame isheemiatõbi" ja "koronaarhaigus" puhul kasutatakse ametlikku ja eelistatud terminit "südame isheemiatõbi". Lisaks täpsustati, et "ebastabiilne stenokardia" mõiste jääb juhendisse vastava seisundi tähistamiseks.

Leiti, et senine sõnastus "vastupanutreeningu absoluutsed ja suhtelised vastunäidustused" tuleks asendada täpsema ja selgema väljendiga "jõutreeningu absoluutsed ja suhtelised vastunäidustused". Lisaks arutati, et mõisted nagu "kontrollimata arütmia" vajavad täpsustamist, kuna võivad olla ebaselged. Täpsustamise aluseks soovitati võtta südame rütmihäirete mõju hemodünaamikale: kui vereringe on stabiilne, ei ole treening vastunäidustatud.

4. Ravijuhendisse tulevad lisamaterjalid

Otsustati, et lisade lõplik sisu ja vormistus vaadatakse töörühma poolt veelkord ühiselt üle enne juhendi lõplikku kinnitamist, vajadusel tehakse väiksemaid parandusi ja täpsustusi. Töörühma liikmed jätkavad lisade kommentaaride ja parandusettepanekute koostöölastamist.

Arutati patsiendi materjali koostamise vajadust seoses südamehaigete taastusravi juhendiga. Märgiti, et varasemalt eksisteeris kliinikumi kodulehel südamehaigete taastusravi materjal, kuid hetkel ei ole see enam täielikult kättesaadav ning selle taastamine on küll arutlusel, kuid täpne ajakava pole teada. Kui kliinikumi koduleht lähiajal taastatakse ja sobiv materjal seal uuesti avaldatakse, võib juhend viidata olemasolevale veebimaterjalile. Kui sobivat ja ajakohast materjali ei teki, otsustati koostada ravijuhendi raames uus patsiendimaterjal.

Arutati võimalust kasutada eeskujuna Euroopa Preventiivse Kardioloogia Seltsi olemasolevaid materjale, mis on põhjalikud ja mitmes keeles kättesaadavad. Leiti, et nende materjalide kohandamine või tõlkimine eesti keelde võiks olla otstarbekas, tagades vajadusel autoriõiguste järgimise ja viitamise. Samuti tõdeti, et Eesti esindajana Euroopa Preventiivse Kardioloogia Seltsi juures tegutseb Margus Viigimaa, kelle kaudu on võimalik vajadusel ametlikult pöörduda loa saamiseks või koostöö koostöölastamiseks.

5. Ravijuhendi sisulise poole märkuste arutelu

Arutati jõutreeningu vastunäidustuste loetelu ja viidatud allikate ajakohasust. Märgiti, et senine viide pärineb 2007. aastast ning võib olla vananenud. Töörühm leidis, et praeguses loetelus esineb mitmeid aegunud seisukohti: näiteks pulmonaalne hüpertensioon ja Marfani sündroom ei

ole enam absoluutseks vastunäidustuseks jõutreeningule ning suhkurtõve puhul on treening pigem soovitatav. Otsustati, et sekreteriaat üritab otsida veel korra uuemat ja asjakohasemat allikat, mis kajastab jõutreeningu vastunäidustusi täpsemalt ja ajakohasemalt.

Koosoleku lõpus arutati, et ravijuhendi käsikiri läheb veel üldisele tagasiside ringile ning vajadusel saab töörühm esitatud soovitusi ja sõnastusi veel täiendada. Ühe võimalusena pakuti, et teatud kohtade osas võiks töörühmale esitada kolm erinevat varianti, mille vahel tuleks selgesõnaliselt hääletada, vältimaks olukorda, kus osa liikmeid jääb vastuseta. Lisaks käsitleti keelelise kujunduse teemat, kus rõhutati rahvusvaheliselt levinud praktikat vältida stigmatiseerivat sõnakasutust (nt „südamehaige“) ning eelistada kirjeldavat vormi nagu „südamehaigusega patsient“, mis suunab fookuse inimesele, mitte haigusele.

Samuti arutati ravijuhendi tõendusmaterjalide lühikokkuvõtete esitamise põhimõtteid. Leiti, et kuigi taustanalüüsid ja teaduslik sisu võivad olla põhjalikud, peaksid juhendi põhiosas esitatavad tõenduse kokkuvõtted olema võimalikult lühikesed ja selged – see on kooskõlas nii rahvusvaheliste standardite kui ka Eesti tervishoiutöötajatelt saadud tagasisidega. Põhjalikumad materjalid jäävad lisadesse ja veebitabelitesse, kust huvilised saavad neid soovi korral põhjalikumalt uurida.

6. Muud küsimused

Arutati ravijuhendi valmimise ajakava. Eesmärk on saata juhend avalikule konsultatsioonile ja retsensentidele hiljemalt 6. maiks, et võimaldada selle ettekandmist nõukoja juuni koosolekul (10. juunil).

- Töörühm leidis, et juhend on sisuliselt valmis, kuid mõned olulised aspektid vajavad veel otsuseid ja kiirkorras lahendamist.
- Toodi välja, et kui juhend hilineb ja mais välja ei saadeta, lükkub protsess sügisesse, kuna suvekuudel on töörühma tegevus piiratud ja uuesti tööle saamine oleks keerulisem.
- Töörühma liikmed leidsid, et juhendi viimistlemisega tuleks siiski kiiresti edasi liikuda, et vältida edasisi viivitusi ja võimaldada suveks töö lõpetamine.
- Üldine meeleolu töörühmas toetas pingutamist ja kiirendatud töö lõpetamist.
- Märgitakse, et sisulisi suuri ümbertegemisi ei ole enam vaja ja olemasolevate kommentaaride lahendamine on realistlik lühikese ajaga.

Järgmine töörühma ja sekretariaadi koosolek toimub 29.05.2025 (2h)

Koosolekul on plaanis arutleda viimaste paranduste üle.