

KÜSIMUS

Kas kasutada kõikidel südamehaigetel juhendatud kehalist koormust või kodupõhist harjutuskava paremate ravitulemuste saavutamiseks?	
SIHTRÜHM:	Paremate ravitulemuste saavutamiseks
SEKKUMINE:	kõikidel südamehaigetel juhendatud kehalist koormust
VÕRDLUS:	kodupõhist harjutuskava
PEAMISED TULEMUSNÄITAJAD:	Hospitaliseerimise vähenemine, keskusepõhine taastusravi vs kodupõhine taastusravi (12 kuud); Tervisega seotud elukvaliteedi paranemine, kodupõhine taastusravi vs keskusepõhine; Tervisega seotud elukvaliteet, kodupõhise südamehaigete taastusravi ja tavalise ravi võrdlus ; Koormustaluvus (ingl exercise capacity) $\leq$ 12 kuud, kodu- ja keskuspõhise südamehaigete taastusravi võrdlus; Koormustaluvus (ingl exercise capacity) 12 kuni 24 kuud, kodu- ja keskuspõhise südamehaigete taastusravi võrdlus; Koormustaluvus, kodu- ja keskusepõhise südamehaigete taastusravi võrdlus; Patsiendi rahulolu ja eelistused, kodupõhine vs keskusepõhine treeningpõhine südamehaigete taastusravi; Treeningprogrammist väljalangemine, järelkontroll 2 kuni 72 kuud, kodu- ja keskusepõhise südamehaigete taastusravi võrdlus; Kulutõhusus, kodu- ja keskuspõhise kardiorehabilitatsiooni võrdlus; Kulu-tulu analüüs, kodune telemeditsiinil põhineva ja keskusepõhise südamehaigete taastusravi võrdlus; (Lisandunud tõendus) Treeningvõimekuse paranemine kodupõhine taastusravi ja hübriidmudel vs tavaravi; (Lisandunud tõendus) Ravil püsimine kodupõhine taastusravi ja hübriidmudel vs tavaravi; (Lisandunud tõendus) Tervisega seotud elukvaliteedi paranemine digitaalne taastusravi vs traditsiooniline taastusravi; (Lisandunud tõendus) Rehospitaliseerimine digitaalne taastusravi vs traditsiooniline taastusravi; (Lisandunud tõendus) Füüsilise aktiivsuse tase digitaalne taastusravi vs traditsiooniline taastusravi;
KONTEKST:	Ambulatoorne
VAATENURK:	
TAUST:	
HUVIDE KONFLIKT:	

HINNANG

Probleem Kas probleem on prioriteetne?		
JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAAJUTLUSED
○ Ei ○ Pigem ei ○ Pigem jah ● jah ○ Varieerub ○ Ei oska öelda	Töörühm sõnastas kliinilise küsimuse eesmärgiga selgitada, kas efektiivsem on juhendatud kehaline koormus või kodupõhiste harjutuskavade kasutamine paremate ravitulemuste saavutamiseks ning kas esineb patsiendist lähtuvaid erinevusi? Milliseid sekkumisi patsiendid eelistavad? Sekkumiste soovitamisel tuleb arvestada nende kättesaadavust ja kulutõhusust.	SA Tartu Ülikooli Kliinikumi kogemusel on kodupõhine sekkumine vähemalt sama efektiivne ja patsient on ise rahul. Patsient teeb ära koormustesti ja muud hindamised, siis suunatakse patsient programmi, tal on regulaarne kontakt füsioterapeudiga. Kui patsient on olnud eelnevalt kehaliselt aktiivne, siis ta tegeleb

	Kehalise koormuse all on kliinilises küsimuses silmas peetud füsioteraapiat, regulaarset treeningut. Juhendatud kehaline koormus tähendab selle kliinilise küsimuse kontekstis füsioteraapiat individuaalselt või grupis, kaugfüsioteraapiat video teel individuaalselt või grupis või füsioteraapiat igapäevases keskkonnas (nt kodus). Kodupõhine harjutuskava tähendab selle kliinilise küsimuse kontekstis, et patsient teeb iseseisvalt eelnevalt füsioterapeudi poolt õpetatud harjutusi. Teiste riikide ravijuhendites ei ole antud konkreetseid soovitusi kumba sekkumist kasutada, rõhutatakse individuaalsele lähenemisele. Cardiac rehabilitation. A national clinical guideline. SIGN 150 (2017) Šoti 2017 aasta südame taastusravi juhendis soovitatakse kohandada taastusravi programme patsiendi isikliku valiku järgi ja individualiseeritud treeninguhindamiste põhisel (Tugev soovitus). Antud ravijuhendis tuuakse välja, et füüsilise aktiivsuse ja treeningu määramine peab toimuma individuaalsel alusel ning et kogukonnapõhised, e-tervise ja multifaktoriaalsed taastusravi mudelid on seotud kardiovaskulaarsete haiguste riski paranemisega, mis on sarnased traditsiooniliste haiglapõhiste lähenemisviisidega. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure (2021) Euroopa kardioloogide seltsi ägeda ja kroonilise südamepuudulikkuse diagnoosimise ravijuhendis antakse tugev soovitus, et kodupõhised ja/või kliinikupõhised programmid parandavad tulemusi ning on mõlemad soovitatavad südamepuudulikkusega patsientide puhul haiglaravi ja suremuse riski vähendamisel. Cardiac Rehabilitation in German Speaking Countries of Europe—Evidence-Based Guidelines from Germany, Austria and Switzerland LLKardReha-DACH—Part 1 (2021) Südame taastusravi saksa keelt kõnelevates Euroopa riikides ravijuhendis anti tugev soovitus, et edukaks taastusraviks peaks see olema keskusepõhine, järelvalve all ja individuaalselt kohandatud treeningprogrammiga, et jätkusuutlikult suurendada patsiendi füüsilist sooritusvõimet.	harjutustega ja püsib programmis paremini. kodupõhise taastusravi all on mõeldud juhendatud sekkumist, patsiendid andsid regulaarselt tagasisidet ja olid suhtluses tervishoiuspetsialistiga. KOKi taastusravi juhendis on defineeritud mõiste „juhendatud kodupõhine füsioteraapia“ – füsioteraapia väljaspool tervishoiutasutust füsioterapeudi juhendamisel, hõlmab nii otsest kontakti füsioterapeudiga kui ka patsiendi juhendamist digilahenduste kaudu või telefoni teel. Põhimõtteliselt sobib sama definitsioon ka käesolevasse juhendisse.
--	--	--

Soovitud mõju

Kui suur on eeldatav soovitud mõju?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
-----------	---------------------------	--------------------------

○ Tühine ○ Väike ● Mõõdukas ○ Suur ○ Varieerub ○ Ei oska öelda	Cochrane'i süstemaatilises ülevaates (McDonagh et al 2023) võrreldi, kas kodupõhise (mis hõlmab digitaalset/teletervise sekkumisi) ja järelvalve all keskusepõhise südame taastusravi vahel on erinevusi suremuses ja haigestumises, treeningvõimes, tervisega seotud elukvaliteedis ja riskifaktorites südamehaigustega patsientide seas. Uuendatud ülevaatesse (2023) lisandus 3 uut uuringut, kokku 24 uuringut, n = 3046 südame taastusravi läbivat patsienti. Kaasatud uuringud olid juhuslikustatud kontrolluuringud, mis võrdlesid keskusepõhist südame rehabilitatsiooni ja kodupõhiseid programme täiskasvanutel, kellel oli diagnoositud müokardiinfarkt, stenokardia, südamepuudulikkus või olid läbinud revaskularisatsiooni. <i>Koormustaluvuse paranemine</i> Kõik kaasatud uuringud raporteerisid muutust lühiajalises (8 nädalat kuni 12 kuud järelkontrolli) koormustaluvuses või funktsionaalses võimekuses; 3 uuringut (Arthur 2002; Jolly 2007; Marchionni 2003) raporteerisid tulemusi > 12 kuu järelkontrollis ning 1 uuring hindas mõju 6 aasta järelkontrollis (Arthur 2002). Enamikes uuringutes toodi välja absoluutse koormustaluvuse muutus järelkontrollis, välja arvatud 2 uuringut (3 võrdlust; Gordon 2002 järelevalve all; Gordon 2002 järelevalveta; Oerkild 2011), kus võrreldi koormustaluvuse muutust järelkontrollis võrreldes baashindamisega. Uuringutes kasutati koormustaluvuse hindamiseks mitmesuguseid mõõdikuid, sealhulgas otsene hapnikutarbimine, kõndimisulatus ja koormus statsionaarsel rattal. Kombineeritud analüüs ei näidanud erinevust lühiajalises koormustaluvuses kodupõhise ja keskusepõhise südame taastusravi vahel (SMD -0.10, 95% CI -0.24 kuni 0.04; osalejad = 2343; uuringud = 24 (28 võrdlust); I² = 60%; madala tõendatuse tase). Kombineeritud analüüsi, mis kaasas 3 uuringut, mis raporteerisid tulemusi > 12 kuu järelkontrollis (Arthur 2002; Jolly 2007; Marchionni 2003), ei leidnud erinevusest koormustaluvuses kodupõhise südame taastusravi ja keskusepõhise südame taastusravi vahel (SMD 0.11, 95% CI -0.01 kuni 0.23; osalejad = 1074; uuringud = 3; I² = 0%; mõõdukas tõendatuse aste). <i>Treeningprogrammist väljalangemine</i> Kasutades 'lõpetajate' arvu ehk osalejate arvu tulemusandmetega järelkontrollis, ei leitud kodupõhises taastusravis võrreldes keskusepõhise uuringu erinevust lõpuleviimise tasemes (RR 1.03, 95% CI 0.99 kuni 1.08; osalejad = 2638; I² = 55%; madal tõendatuse aste). Süstemaatilise ülevaate põhjal saab järeldada, et kodu- ja keskusepõhised südame taastusravi programmid, mida toetavad tervishoiutöötajad, tunduvad olevat võrdselt efektiivsed kliiniliste ja tervisega seotud elukvaliteedi tulemuste prandamisel. See toetab tervishoiutöötajate juhendamisel toimuvate	-
---	--	----------

kodupõhiste südamehaigete taastusraviprogrammide enamat kasutuselevõtt. Kui on võimalik pakkuda juhendamise nii keskuse- kui ka kodupõhiseid programme, on mõistlik arvestada individuaalse patsiendi eelistustega. Kuigi see ülevaatesse ei kuulunud, on üha enam tõendeid, mis toetavad hübriidmodelite kasutamist, mis ühendavad nii keskusepõhise kui ja kodupõhise südame taastusravi.

Hospitaliseerimise vähenemine

Nkonde-Price et al retrospektiivse kohortuuringus võrreldi hospitaliseerimisi koduse südame taastusravi saajate ja keskuspõhise südame taastusravis osalejate vahel. Uuring viidi läbi Lõuna-Californias ning selles osales 2556 patsienti (keskmine vanus 66,7 aastat), kellest 1241 (48,5%) osalejat said kodupõhist südame taastusravi ning 1315 (51,5%) osalejat keskuspõhist südame taastusravi. Tulemustes selgus, et 12 kuu jooksul haiglaravil viibinute arv oli väiksem kodupõhises südame taastusravis osalenute seas võrreldes keskuspõhiste südame taastusravi programmides osalenutega (184 osalejat [14,8%] vs 238 osalejat [18,1%]; OR, 0,79; 95% CI, 0,64-0,97; p = 0.03).

Tervisega seotud elukvaliteedi paranemine

Hazim et al metaanalüüsi eesmärgiks oli võrrelda funktsionaalset võimekust ja tervisega seotud elukvaliteeti südamepuudulikkuse korral (1) koduse südame taastusravi ja tavahoolduse, (2) hübriidse südame taastusravi ja tavahoolduse ning (3) koduse südame taastusravi ja keskuspõhise taastusravi vahel. Neljas uuringus (n=155, kodupõhine südame taastusravi; n=137, keskuspõhine südame taastusravi) võrreldi muutust tervisega seotud elukvaliteedis. Kolmes uuringus kasutati hindamiseks SF-36 ja ühes MLWHF hindamisinstrumente. Analüüs näitas, et tervisega seotud elukvaliteedi paranemises oli statistiliselt oluline, kuid väike erinevus koduse südame taastusravi kasuks võrreldes keskuspõhise taastusraviga (standardiseeritud keskmine erinevus: 0.11; 95% usaldusvahemik: 0.12 kuni 0.34; $I^2 = 0\%$).

Zwisleri jt metaanalüüs leidis et kodupõhise taastusravi on vähesel määral efektiivsema võrreldes tavapärase raviga tervisega seotud elukvaliteedi paranemises (1)

Patsiendi rahulolu ja eelistused

Tang et al uuringu eesmärgiks oli hinnata patsientide eelistusi treeningute läbiviimise koha suhtes ja uurida kuidas nende valik mõjutab pikaajalist tervisekasu treeningupõhisest südame taastusravist. Uuringus osales 158 patsienti, kellel oli teostatud südameklapi operatsioon või kodade virvendusarütmia tõttu ablatsioon. Võrdne osa patsientidest otsustas teha treeningpõhist taastusravi keskuses (55%, 95% usaldusvahemik: 45% kuni 63%)

või kodupõhiselt (45%, 95% usaldusvahemik: 37% kuni 53%, $p = 0.233$). Alguses oli kodupõhist taastusravi eelistavatel uuritavatel parem füüsiline tervis (keskmine erinevus füüsilise komponendi skooris: 5,0, 95% usaldusvahemik 2,3 kuni 7,4; $p = 0.001$) ja kõrgem koormustaluvus (keskmine grupidevaheline erinevus 15,9 vatti, 95% usaldusvahemik 3,7 kuni 28,1; $p = 0.011$).

Tulemuste põhjal saab järeldada, et eelistused tundusid olevat võrdsed ja andsid ka sarnase tervisekasu. Kuigi see toetab arvamist, et patsientidele tuleks anda valik südamehaigete taastusravi alustamisel, oleks vajalik teemat edasi uurida. Samuti jääb antud uuringu tõendatuse tase väga madalaks kuna lisaks sellele, et tegemist on üksikuuringuga ja suhteliselt väikse valimiga, pole kasutatud ka randomiseerimist uuringugruppidesse jagamisel.

Uue teostatud otsinguga lisandus 2 uuringut. Pagliari et al (2024)

süsteemaatilise ülevaate ja metaanalüüsi eesmärgiks oli uurida erinevaid südame telerehabilatsiooni mudeleid koronaararterite haigustega patsientidel, keskendudes nende omadustele ja tõhususele. Uuringu tulemused näitavad, et nii kodupõhine telerehabilatsioon kui ka hübriidmudel on võrdselt tõhusad, ohutud ja mugavad ning kehtivad alternatiivid tavapärastele sekkumistele.

- Metaanalüüs näitas, et kodupõhine telerehabilatsioon oli tavapärasest sekkumisest parem treeningvõimekuse parandamisel.
- Üldiselt leiti, et nii kodupõhine telerehabilatsioon kui ka hübriidmudeli kasutus ei olnud tavapärasest sekkumisest halvemad riskikontrolli ja osalemise osas.

Ansari et al (2025) süsteemaatilises ülevaates ja metaanalüüsis hinnati digitaalse südame taastusravi (DCR), sealhulgas rakenduspõhise telemeditsiini mõju võrreldes traditsioonilise südame taastusraviga järgnevates valdkondades:

- suurem kardiovaskulaarsete sündmuste esinemissagedus
- rehospitalseerimine
- kulud
- elukvaliteet
- füüsilise aktiivsuse tase

Tulemustes selgus, et:

- vähenes suuremate kardiovaskulaarsete sündmuste esinemissagedus
- vähenes rehospitalseerimise määr
- paranes patsientide elukvaliteet
- Suurenenenud füüsilise aktiivsuse tasemega (koondanalüüs näitas, et

	digitaalne taastusravi ei parandanud füüsilise aktiivsuse taset statistiliselt oluliselt võrreldes traditsioonilise taastusraviga (MD = 1,69; 95% CI: 1,49–4,87; p = 0,30). See viitab sellele, et digitaalne taastusravi ei pruugi olla tõhusam kui traditsiooniline taastusravi füüsilise aktiivsuse taseme parandamisel. Kaasatud uuringute vahel täheldati väga suurt heterogeensust ($I^2 = 100\%$, $p < 0,00001$), mis näitab, et uuringute tulemused olid väga erinevad ja ebajärjekindlad.) Kulude osas leiti, et DCR võib olla kulutõhus alternatiiv traditsioonilisele südame taastusravile, kuid vajalik on täiendav uurimistöö, et seda täielikult kinnitada. Kokkuvõtvalt leidsid uuringu tulemused, et digitaalne südame taastusravi võib pakkuda tõhusaid ja potentsiaalselt kulutõhusaid lahendusi südamehaigete patsientide käsitluses, parandades kliinilisi tulemusi ja elukvaliteeti.	
--	--	--

Soovimatu mõju

Kui suur on eeldatav soovimatu mõju?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
○ Suur ○ Mõõdukas ○ Väike ○ Tühine ○ Varieerub ● Ei oska öelda	Kaasatud uuringud ei raporteerinud ebasoodsaid mõjusid.	-

Tõendatuse kindlus

Kui kindel võib kokkuvõttes olla sekkumise mõju tõendatuses?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
-----------	---------------------------	-------------------------

How large are the resource requirements (costs)?"		
JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
- o suur kulu - o Mõõdukas kulu • mitteamvestatav kulu - ja sääst - o Mõõdukas sääst - o suur sääst - o Varieerub - o Ei oska öelda	Tervishoiuteenuse osutaja vaatenurgast oli koduse telemeditsiini põhinevat sekkumist võimalik osutada veidi madalamate kuludega: 1633 \$ patsiendi kohta, võrreldes 1845 \$ patsiendi kohta keskusepühise taastusravi korral (2).	-
Vajaminevate ressursside tõendatuse kindlus Milline on ressursivajaduse (kulude) tõendatusse aste?		
JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED
- o Väga madal - o madal - o Mõõdukas - o väga • kaasatud uuringud puuduvad	Eraldi kirjandust ei otsitud.	Kui on juhendatud siis toimub suhtlus nutitelefonil abil, mis antakse kaasa Kliinikumi poolt (Kliinikumi teenus)
Kulutõhusus Kas sekkumise kulutõhusus soosib sekkumist või võrdlust?		
JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KALUTLUSED

- o soosib võrdlust - o pigem soosib võrdlust - o ei soosi sekkumist ega võrdlust - o pigem soosib sekkumist - o soosib sekkumist • Varieerub - o kaasatud uuringud puuduvad	Tõendusmaterjali põhjal ei leitud suuri erinevusi kulutõhususe osas sekkumises ega võrdluses. Shields et al süstemaatilise ülevaate eesmärgiks oli hinnata, kas kodupõhised südame taastusravi sekkumised on kulutõhusad (võrreldes keskuspõhise CR-ga). Kasutades MEDLINE, Embase ja PsycINFO andmebaase, viidi läbi kirjanduse otsingud oktoobris 2021, et tuvastada täielikke majanduslikke hinnanguid (vaadeldes kulusid ja mõjusid). Uuringud kaasati, kui need keskendusid kodupõhise südame taastusravi programmi elementidele või täielikult kodupõhistele programmidele. Andmete ekstraksioon ja kriitiline hindamine viidi lõpule kasutades NHS EED käsiraamatut, konsolideeritud tervisemajandusliku hindamise aruandlusstandardeid ja Drummondi kontrollnimekirju ning tulemused võeti kokku narratiivselt. Protokoll registreeriti PROSPERO andmebaasis (CRD42021286252). Ülevaatesse kaasati üheksa uuringut. Tulemused olid peamiselt soosivad. Enamus kaasatud uuringutest (7/9 uuringust) järeldasid, et kodupõhise südame taastusravi kasutamine (lisatuna või asendades keskuspõhist südame taastusravi) oli võrreldes keskuspõhiste võimalustega kulutõhus valik. Siiski tuuakse välja, et tõendusmaterjali vähesus ja uuringutes kasutatud meetodite heterogeensus piiravad tulemusi. Lisaks määras kriitiline hinnang, et kuigi uuringud olid üldiselt hea kvaliteediga ja hästi raporteeritud, on probleemid/väljakutsed endiselt olemas. Eriti märkimisväärne on, et väikesed uuringute valimid ei pruugi olla esinduslikud või piisavad kulutõhususe erinevuste järeldamiseks, piiratud aeg uuringutes ei pruugi täielikult kajastada tulemuste ja kulude erinevusi ning mõningane alaraporteerimine takistab uuringute kordamist. Whittaker ja Wade randomiseeritud kontrollitud uuringus võrreldi kodupõhist telemeditsiini südame taastusravi programmi, tuntud kui Care Assessment Platform, tavapärase keskuspõhise südame taastusraviga. Telemeditsiini grupis osalejad said mobiiltelefoni, Wellness päeviku ja Wellness veebiportaali ligipääsu, koos igapäevaste tekstisõnumitega. Tavapärase keskuspõhise hoolduse grupis osalejad said standardse 6-nädalase haiglapõhise ambulatoorse südame rehabilitatsiooni programmi, kaasa arvatud jõusaali seansid. Mõlemad grupid said taastusravi, mis hõlmas harjutusi, riski modifitseerimist ja mentorlust. Sekkumise alguses viisid mõlemad grupid läbi kliinilise ülevaate, et määrata kindlaks demograafilised ja varasemad kliinilised, protseduurilised ja riskifaktorite omadused. Algmõõtmised saadi kätte ja osalejatele seati eesmärgid, mis käsitlesid muudetavaid elustiili käitumisi. Kliinilisi tulemusnäitajaid korraldi 6 nädala ja 6 kuu järelkontrolli punktides. Iga grupi	-
--	--	----------

	kulud ja kasud hinnati kasutades kulude-tulude analüüsi ja kulutõhususe analüüsi. Kulud ja tulud koguti hinnangutest, poolstruktureeritud intervjuudest, mudelkonsultatsioonidest, finantsaruannetest ja süsteemi väljunditest. Iga grupi kulud ja kasud võrreldi patsiendi kohta, kasutades Whittakeri poolt välja töötatud kulude/tulude mudelit. Tervishoiuteenuse osutaja vaatenurgast oli teletervise sekkumine võimalik osutada veidi madalama hinnaga, \$1633 patsiendi kohta, võrreldes \$1845-ga tavalise ravi grupis. Koduses taastusravis osalenud patsientide programmi lõpetamise määr (80%) oli peaaegu kaks korda suurem kui keskuspõhises programmis osalenud patsientidel (47%).	
--	---	--

Võrdsed võimalused

Kuivõrd sekkumine mõjutab tervisevõimaluste võrdsust?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
○ vähendab võrdsust ○ tõenäoliselt vähendab võrdsust ○ tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust ● tõenäoliselt suurendab võrdsust ○ suurendab võrdsust ○ Varieerub ○ Ei oska öelda	Tõendusmaterjalis kirjeldatakse, et kodupõhiste taastusravi kasutamine on hea võimalus inimeste jaoks, kellel raskusi osalemaks keskuspõhistes treeningutes ning vastuvõetav.	Arvestades Eesti äärealade piirkondi on kindlasti vajalik ka kohapealne südamehaigete taastusravi osutamine (mitte ainult kaugteenusena).

Vastuvõetavus

Kas sekkumine on huvitatud osapooltele vastuvõetav?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
○ Ei ○ Pigem ei ● Pigem jah ○ jah ○ Varieerub ○ Ei oska öelda	Tang jt (2017) ei täheldanud uuringus osalenud 158 patsiendi hulgast erinevusi eelistuste osas, st keskuspõhise taastusravi valimise 55% (95% CI 45% kuni 63%) ja kodupõhise taastusravi osas 45% (95% CI 37% kuni 53%) (3). Koduses taastusravis osalenud patsientide programmi lõpetamise määr (80%) oli peaaegu kaks korda suurem kui keskuspõhises programmis osalenud patsientidel (47%) (2).	Kodupõhiste taastusravi kasutamine on hea alternatiiv inimeste jaoks, kellel on raskusi keskuspõhistes treeningutes osalemisega või see ei ole vastuvõetav.

Teostatavus

Kas sekkumine on teostatav?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
Ei Pigem ei Pigem jah jah Varieerub Ei oska öelda Kodupõhine suuremale hulgale patsientidest kättesaadav. Südamehaigete taastusravi kaugteenuse projekt on TÜKs piloteerimisel, kuid ilmselt otsused selle jätkamise osas tehaks Tervisekassa 2025. a. Kindlasti on kaugteenus hea alternatiiv keskusepõhisele taastusravile. Ehk tuleb ka kaaluda, kuhu panustada, kas keskusepõhise taastusravi arendamisele ja võimalikult laialdasele pakkumisele või parandada kaugteenuste kättesaadavust. Ilmselt tuleb arendada mõlemat, sest kõikidele patsientidele ei sobi ka kaugteenus.		

OTSUSTE KOKKUVÕTE

	JUDGEMENT						
PROBLEEM	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda
SOOITUD MÕJU	Tühine	Väike	Mõõdukas	Suur		Varieerub	Ei oska öelda
SOOIMATU MÕJU	Suur	Mõõdukas	Väike	Tühine		Varieerub	Ei oska öelda
TÕENDATUSE KINDLUS	Väga madal	madal	Mõõdukas	väga			kaasatud uuringud puuduvad
VÄÄRTUSHINNANGUD	oluline ebakindlus või varieeruvus	võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus	oluline ebakindlus või varieeruvus tõenäoliselt puudub	oluline ebakindlus või varieeruvus puudub			
MÕJUDE TASAKAAL	soosib võrdlust	pigem soosib võrdlust	ei soosi sekkumist ega võrdlust	pigem soosib sekkumist	soosib sekkumist	Varieerub	Ei oska öelda
VAJAMINEVAD RESSURSID	suur kulu	Mõõdukas kulu	mittearvestatav kulu ja sääst	Mõõdukas sääst	suur sääst	Varieerub	Ei oska öelda
VAJAMINEVATE RESSURSSIDE TÕENDATUSE KINDLUS	Väga madal	madal	Mõõdukas	väga			kaasatud uuringud puuduvad
KULUTÕHUSUS	soosib võrdlust	pigem soosib võrdlust	ei soosi sekkumist ega võrdlust	pigem soosib sekkumist	soosib sekkumist	Varieerub	kaasatud uuringud puuduvad
VÕRDESED VÕIMALUSED	vähendab võrdsust	tõenäoliselt vähendab võrdsust	tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust	tõenäoliselt suurendab	suurendab võrdsust	Varieerub	Ei oska öelda

	JUDGEMENT						
				võrdsust			
VASTUVÕETAVUS	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda
TEOSTATAVUS	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda

JÄRELDUSED

Soovitus

1. Motiveeritud südamehaigusega patsiendil, kaaluge võimalusel juhendatud kodupõhist taastusravi.

Nõrk positiivne soovitus, madal tõendatuse aste

VIIDETE KOKKUVÕTE

1. Zwisler AD, Norton RJ,Dean SG,Dalal H,Tang LH,Wingham J,Taylor RS.. Home-based cardiac rehabilitation for people with heart failure: A systematic review and meta-analysis. .Int J Cardiol. ; 2016 .
2. Whittaker F, Wade V.. The costs and benefits of technology-enabled, home-based cardiac rehabilitation measured in a randomised controlled trial.. J Telemed Telecare.; 2014 .
3. Tang LH, Kikkenborg Berg S,Christensen J,Lawaetz J,Doherty P,Taylor RS,Langberg H,Zwisler AD.. Patients' preference for exercise setting and its influence on the health benefits gained from exercise-based cardiac rehabilitation. .Int J Cardiol.; 2017.