

KÜSIMUS

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

SIHTRÜHM:	Paremate ravitulemuste saavutamiseks
SEKKUMINE:	Kõikidel südamehaigetel ambulatoorse taastusravi programmi kestusega kuni kaheksa nädala
VÖRDLUS:	Üle kaheksa nädala
PEAMISED TULEMUSNÄITAJAD:	33 seanssi / 3 kuud vs 33 seanssi / 12 kuud; Taastusravi annus (dose) vs suremus/haigestumus; Taastusravi annus vs MACE (major adverse cardiac events); CR 6 weeks x4 sessions vs CR 12 weeks x2 sessions;
KONTEKST:	Ambulatoorne
VAATENURK:	
TAUST:	
HUVIDE KONFLIKT:	

HINNANG

Probleem

Kas probleem on prioriteetne?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Ei<input type="radio"/> Pigem ei<input type="radio"/> Pigem jah<input checked="" type="radio"/> jah<input type="radio"/> Varieerub<input type="radio"/> Ei oska öelda	<p>Töörühm soovib selgitada, milline on ambulatoorse taastusravi programmi optimaalne kestus? Kas paremad ravitulemused (sh koormustaluvuse paranemine, lihasjõu ja –massi suurenemine, väsimuse vähenemine, elukvaliteet) saavutatakse kuni kaheksa nädalat või enam kestva ambulatoorse taastusravi programmiga. Milline peab olema selle programmi intensiivsus?</p> <p>Tõendusmaterjali leidmiseks kaardistati 17 ravijuhendit: AHA2022, DGPR2021-1, DGPR2021-2, AACVPR2014, SIGN2017, ESC2020-1, ESC2020-2, ESC2017, ESC2021-1, ESC2021-2, ESC2019, NICE2018, NICE2020, CCS2017, AUS2018, Korea2019, APTA2020. Käesolevat kliinilist küsimust käsitlevat tõendust leidis neist kolmes (?): DGPR2021-1, DGPR2021-2, AACVPR2014.</p> <p>Cardiac Rehabilitation in German Speaking Countries of Europe—Evidence-Based Guidelines from Germany, Austria and Switzerland LLKardReha-DACH—Part 1 (DGPR2021-1)</p> <p>Äge koronaarsündroom (ACS), pärgarterite šunteerimisoperatsioon (CABG),</p>	

krooniline koronaarsündroom (CCS): "Eduka tulemuse saavutamiseks on soovitatav, et südamehaigete taastusravi pärast ACS-i vastaks järgmistele minimaalsetele nõuetele (↑↑, 1++, 100%): - Kogu treeningumaht peab olema **vähemalt 1000 minutit**, mis arvutatakse valemiga: „nädalate arv” × „treeningusessioonide arv nädalas” × „treeningu kestus minutites”; - Treeningu intensiivsus peab jääma **individuaalselt saavutatava ja kliiniliselt talutava vahemiku ülemisse kolmandikku** (mõõdetuna MET-des, VO₂max, vattides, RPE järgi).

Taastusraviseansside (sh treening, infojagamine, hariduslikud ja psühhosotsiaalsed sekkumised) koguarv peab olema **vähemalt 36**.

Südameklapi kirurgiline või interventsionaalne korrigeerimine: "Peale südameklapi parandamist on soovitatav patsiendile kohandatud treening, mis hõlmab endas: struktureeritud vastupidavustreeningut, dünaamilist jõutreeningut, koordinatsiooni ja painduvuse parandamisele suunatud harjutusi, eriti eakatel patsientidel (↑↑, 100%)".

Ventrikulaarne abiseade (VAD): " Soovitatav on individuaalselt kohandatud vastupidavustreening koos kerge kuni mõõduka intensiivsusega dünaamilise jõutreeninguga, nagu kroonilise südamepuudulikkusega patsientide puhul".

Südame siirdamine (HTX): " Treeningu intensiivsus tuleb kohandada kõrgemale puhkeoleku pulsisagedusele, mis tuleneb südametoonuse kadumisest (denervatsioonist), mis omakorda viib vähenenud pulsivaruni ja piiratud kardiopulmonaalse võimekuseni".

Cardiac Rehabilitation in German Speaking Countries of Europe—Evidence-Based Guidelines from Germany, Austria and Switzerland LKardReha-DACH—Part 2 (DGPR2021-2)

"Rasvunud patsientidel on soovitatav määratleda koos patsiendiga individuaalne sihtkaal, mis oleks umbes 5-10% võrra madalam algkaalust, arvestades individuaalseid ja haiguspõhiseid eripärasid ning saavutades see 6-12 kuu jooksul (↑↑, 100%). Multimodaalset sekkumist kehakaalu normaliseerimiseks on soovitatav jätkata vähemalt 6 kuni 12 kuu jooksul peale taastusravilt lahkumist (↑↑, 100%)".

Guidelines for Cardiac Rehabilitation and Secondary Prevention Programs, 5th (AACVPR2014)

- "Varajane ambulatoorne taastusravi: 1-36 seansi kuni 36 nädala jooksul pärast südameveresoonkonna sündmust."
- "Koostage individuaalne aeroobse ja jõutreeningu plaan, mis põhineb

	<p>hindamistulemustel, riskitratifitseerimisel, kaasuvatel haigustel ning patsiendi ja programmi eesmärkidel. Treeningplaan tuleb üle vaadata programmi meditsiinilise juhi või suunava arsti poolt ning vajadusel muuta ja kinnitada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aeroobse treeningu puhul peaks sagedus jääma 3-5 päeva nädalas, intensiivsus 50-80% maksimaalsest võimekusest, kestus 20-60 minutit ning viisiks sobivad kõndimine, jooksulint, rattasõit, sõudamine, treppidel kõndimine, käe- ja jalapedaalide jms kasutamine (pidev või intervalltreening. • Jõutreeningu sageduseks võiks olla 2-3 päeva nädalas, intensiivsus 10-15 kordust seerias mõõduka väsimuseni, kestus 1-3 seeriat, 8-10 harjutust ülakeha ja alakeha lihastele, viisid: võimlemine, elastikud, erinevad raskused, hantlid, trenažöörid. 	
--	---	--

Soovitud mõju

Kui suur on eeldatav soovitud mõju?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> ○ Tühine ○ Väike ● Mõõdukas ○ Suur ○ Varieerub ○ Ei oska öelda 	<p>Reid et al. 2005 (randomized trial, no blinding of participants was used).</p> <p>See uuring võrdles standardset (33 seanssi 3 kuu jooksul) ja hajutatud (33 seanssi 12 kuu jooksul) kardiorehabilitatsiooni (CR), et hinnata mõju kehalistele näitajatele, riskiteguritele, tervisega seotud elukvaliteedile (HRQL), depressiivsetele sümptomitele ja otsestele kuludele südamehaiguste tervishoiusüsteemile.</p> <p>Patsiendid: koronaararteri haiguse (CAD) diagnoos põhines dokumenteeritud ägedal müokardiinfarktil (MI), pärgarteri šunteerimisoperatsioonil (CABG), perkutaansele koronaarinterventsioonil (PCI) või stenokardia kliinilisel diagnoosil koos dekompenseeritud südamepuudulikkusega.</p> <p>392 patsienti määrati juhuslikult kas standardse CR-i gruppi (n=196) või hajutatud CR-i gruppi (n=196). Tulemusnäitajateks olid kardiovaskulaarne võimekus, igapäevane kehaline aktiivsus, koronaarhaiguse riskitegurid, üldine ja südamehaigusega seotud HRQL ning depressiivsed sümptomid, mida mõõdeti 12 ja 24 kuud pärast programmi algust. Teiseste tulemustena mõõdeti samu näitajaid 3 kuu järel. Südamehaiguste tervishoiusüsteemi kulud määrati kindlaks 2 aastat pärast programmi algust.</p> <p>Mõlemas grupis täheldati aja jooksul paranemist kardiovaskulaarses võimekuses, igapäevases kehalises aktiivsuses, madala tihedusega lipoproteiinide (LDL) kolesteroolis, üldises ja südamehaiguse spetsiifilises elukvaliteedis ning</p>	-

depressiivsetes sümptomites. Aja jooksul halvenesid vererõhk ja kehamassiindeks. Suitsetamisstaatus, kõrge tihedusega lipoproteiinide (HDL) kolesterool ning triglütseriidide tase jäid muutumatuks. 12 või 24 kuu tulemuste osas ei ilmnenud kliiniliselt olulisi ega statistiliselt olulisi erinevusi rühmade vahel. Programmi kulud südamehaiguste tervishoiusüsteemile ei erinenud.

Kahe aasta möödudes olid hajutatud CR programmi (DCR) kogukulud 5267 dollarit (759 dollarit programmi läbiviimiseks + 4508 dollarit südamehaiguste tervishoiukuludeks) võrreldes standardse CR-i (SCR) 5132 dollariga (681 dollarit programmi läbiviimiseks + 4451 dollarit südamehaiguste tervishoiukuludeks) (P=0.33).

Aruujo Pio et al 2017 (A Systematic Review and Meta-regression Analysis)

Eesmärk oli selgitada, kuidas mõjutab kardiorehabilitatsiooni (CR) kogus (s.o kestus × sagedus nädalas; jaotatuna madalaks [<12 seansi], keskmiseks [12–35 seansi] või kõrgeks [36+ seansi]) suremust ja haigestumust.

Analüüsi kaasati 33 uuringut, mis võrdlesid CR-i tavapärase raviga (st ilma CR koguse määramata).

Metaregressiooni tulemused näitasid, et kõrgem CR doos oli statistiliselt oluliselt seotud madalama üldsuremusega (kõrge: -0.77; standardviga 0.22; P<0.001; keskmine: -0.80; standardviga 0.21; P<0.001), võrreldes madala kogusega.

Haigestumuse osas näitas meta-analüüs, et rehabilitatsiooni kogus oli oluliselt seotud väiksema perkutaansete koronaarinterventsioonide (PCI) arvuga (kõrge doos: suhteline risk 0.65; 95% usaldusvahemik 0.50–0.84; keskmine/madal: suhteline risk 1.04; 95% usaldusvahemik 0.74–1.48; alarühmade erinevus P=0.03).

Ka metaregressioon kinnitas seda vähendust (kõrge vs keskmine/madal: -0.73; standardviga 0.20; P<.001). Avaldamiskallutatus puudus. Kogus ja kardiovaskulaarse suremuse, kõikide hospitaliseerimiste, šunteerimisoperatsioonide või müokardiinfarkti (MI) vahel ei leitud statistiliselt olulist seost.

- **Üldsuremus:** Kõrge doosiga terviklikud kardiorehabilitatsiooniprogrammid annavad suurema suremuse vähenemise eelise kui madala doosiga programmid. Samuti olid keskmise doosiga programmid tõhusamad kui madala doosiga programmid. Seansside kestuse või sageduse ja üldsuremuse vahel eraldi võttes seost ei täheldatud (andmed ei ole näidatud).
- **Kardiovaskulaarne suremus:** Olulist seost ei täheldatud.
- **Kõik hospitaliseerimised:** Meta-analüüs ei näidanud olulist seost CR doosi ja hospitaliseerimise vahel.

- **Kardiovaskulaarsed hospitaliseerimised:** Doosialarühma mõju ei olnud oluline.
- **Mittefataalne müokardiinfarkt:** CR doos ei olnud seotud märkimisväärse MI riski vähenemisega. Heterogeensus oli piiratud.
- **Koronaararteri šunteerimisoperatsioon (CABG):** CR doosi ja CABG vahel ei olnud olulist seost (täheledata küll trendi). Heterogeensus oli piiratud. Keskmine doos: suhteline risk 0.99 (0.76–1.29), kõrge doos: 0.60 (0.36–0.98).
- **Perkutaanne koronaarinterventsioon (PCI):** Täheledata olulist PCI riski vähenemist kõrge doosiga CR-i korral, kuid mitte madala/keskmise doosiga CR-i puhul võrreldes tavaraviga. Heterogeensus ületas künnise.

Kokkuvõttes viitavad tulemused, et kliiniliste tulemuste parandamiseks võib olla vajalik vähemalt 12 CR seanssi, kuid suuremad eelised saavutatakse vähemalt 36 seansiga.

Medina-Inojosa et al 2021 (cohort study)

Tegemist on retrospektiivse kohortuuringuga, mis hõlmas kõiki koronaararteri haigusega patsiente, kes alustasid juhendatud kardiorehabilitatsiooni (CR) ajavahemikus 2002–2012 taastusravikeskuses. CR kogust määratleti kui visiitide arvu, mis hõlmasid nii kehalist treeningut kui ka patsiendi harimist. Jälgimine toimus Rochesteri epidemioloogiaprojekti andmebaasi kaudu.

MACE (suured kardiovaskulaarsed sündmused) hõlmasid ägedat müokardiinfarkti, ebastabiilset stenokardiat, ventrikulaarseid arütmiaid, insulti, revaskularisatsiooni või üldsuremust. Taastusravi kogust analüüsiti mitmel viisil: tertsiilide, kategooriate ja pideva muutujana. Coxi regressioonimudelid kohandati vastavalt teguritele, mis olid seotud nii doosi kui ka MACE-ga.

Uuringukohort koosnes 2345 patsiendist, kes osalesid keskmiselt 12,5±11,1-st 36-st ettenähtud seansist. Keskmise 6-aastase järelkontrolli jooksul esines MACE 695 patsiendil (29,65%), sealhulgas suri 231 patsienti. Taastusravi kogus oli pöördvõrdeliselt seotud MACE esinemisega (riskisuhe 0,66 [95% usaldusvahemik 0,55–0,91]) nende patsientide seas, kes läbisid vähemalt 20 seanssi, võrreldes nendega, kes ei osalenud formaalsetel treeningseanssidel (≤ 1 seanss; log-rank $P=0,007$). Me ei leidnud tõendeid mittelineaarsuse kohta ($P \geq 0,050$), mis viitab sellele, et puudub minimaalne või maksimaalne doosilävi.

Iga täiendav seanss oli seotud väiksema MACE riskiga (täielikult kohandatud riskisuhe 0,98 [95% CI, 0,97–0,99]). Suurem seansside sagedus oli samuti seotud madalama MACE riskiga (täielikult kohandatud riskisuhe 0,74 [95% CI, 0,58–0,94]).

	<p>_____</p> <p>El Missiri et al 2020</p> <p>Mõlema rühma vahel ei olnud programmi lõpus erinevust kogu kolesterooli, LDL-C, HDL-C ega triglütseriidide tasemetes. Samuti ei olnud rühmade vahel erinevust vasaku vatsakese väljutusfraktsioonis (LVEF), mida mõõdeti Simpsoni valemi abil.</p> <p>12-nädalases kardiorehabilitatsiooniprogrammis osalenud patsiendid saavutasid rohkem metaboolseid ekvivalente (MET) – $14,77 \pm 2,01$ võrreldes $12,67 \pm 2,57$ ($p=0,0008$), neil oli pikem treeninguaeg – $16,2 \pm 2,31$ minutit võrreldes $14,91 \pm 2,5$ minutiga ($p=0,041$), kõrgem maksimaalne pulsisagedus – $154,03 \pm 25,08$ vs $136,63 \pm 14,31$ lööki minutis ($p=0,002$) ning madalam rahuloleku pulss programmi lõpus – $63,83 \pm 6,75$ vs $68,8 \pm 9,08$ lööki minutis ($p=0,019$).</p> <p>Pulsisageduse taastumine oli parem 6-nädalases programmis osalenud patsientidel – $26,5 \pm 6,78$ vs $23,17 \pm 6,12$ lööki minutis, kuid see ei saavutanud statistilist olulisust ($p=0,051$).</p> <p>Uue otsinguga antud kliinilise küsimuse osas uut tõendust ei lisandunud.</p>	
--	--	--

Soovimatu mõju

Kui suur on eeldatav soovimatu mõju?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Suur <input type="radio"/> Mõõdukas <input type="radio"/> Väike <input type="radio"/> Tühine <input type="radio"/> Varieerub <input checked="" type="radio"/> Ei oska öelda 	<p>Uuringud ei käsitlenud/leidnud potentsiaalseid negatiivseid mõjusid.</p>	<p>-</p>

Tõendatuse kindlus

Kui kindel võib kokkuvõttes olla sekkumise mõju tõendatuses?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
-----------	---------------------------	------------------------

<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Väga madal <input checked="" type="radio"/> madal <input type="radio"/> Mõõdukas <input type="radio"/> väga <input type="radio"/> kaasatud uuringud puuduvad 	Tõendatuse aste varieerub väga madalast madalani.	-
--	---	---

Väärtushinnangud

Kas see, kuivõrd inimesed (inimeste erinevad alarühmad) peamisi tulemusi väärtustavad, varieerub või kui ebakindlad me nende hinnangutes oleme?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> oluline ebakindlus või varieeruvus <input checked="" type="radio"/> võimalik oluline ebakindlus või varieeruvus <input type="radio"/> oluline ebakindlus või varieeruvus <input type="radio"/> tõenäoliselt puudub <input type="radio"/> oluline ebakindlus või varieeruvus puudub 	Eraldi kirjanduse otsingut ei tehtud.	-

Mõjude tasakaal

Kas sekkumise soovitud ja soovimatu mõju vahekord viitab sekkumise või võrdlus(tegevuse) ülekaalule?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> soosib võrdlust <input checked="" type="radio"/> pigem soosib võrdlust <input type="radio"/> ei soosi sekkumist ega võrdlust <input type="radio"/> pigem soosib sekkumist <input type="radio"/> soosib sekkumist <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda 	Uuringud ei käsitlenud/leidnud potentsiaalseid negatiivseid mõjusid.	-

Vajaminevad ressursid

How large are the resource requirements (costs)?"

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> suur kulu<input checked="" type="radio"/> Mõõdukas kulu<input type="radio"/> mitteamvestatav kulu ja sääst<input type="radio"/> Mõõdukas sääst<input type="radio"/> suur sääst<input type="radio"/> Varieerub<input type="radio"/> Ei oska öelda	Eraldi kirjanduse otsingut ei tehtud. Võib arvata et vajalik on koolitatud personal, ruumid, varustus.	-

Vajaminevate ressursside tõendatuse kindlus

Milline on ressursivajaduse (kulude) tõendatusse aste?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
<ul style="list-style-type: none"><input type="radio"/> Väga madal<input type="radio"/> madal<input type="radio"/> Mõõdukas<input type="radio"/> väga<input checked="" type="radio"/> kaasatud uuringud puuduvad	Eraldi kirjanduse otsingut ei tehtud.	-

Kulutõhusus

Kas sekkumise kulutõhusus soosib sekkumist või võrdlust?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVID KAALUTLUSED
-----------	---------------------------	------------------------

<input type="radio"/> soosib võrdlust <input type="radio"/> pigem soosib võrdlust <input type="radio"/> ei soosi sekkumist ega võrdlust <input type="radio"/> pigem soosib sekkumist <input type="radio"/> soosib sekkumist <input type="radio"/> Varieerub <input checked="" type="radio"/> kaasatud uuringud puuduvad	Eraldi kirjanduse otsingut/analüüsi ei tehtud.	-
---	--	---

Võrdsed võimalused

Kuivõrd sekkumine mõjutab tervisevõimaluste võrdsust?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
<input type="radio"/> vähendab võrdsust <input checked="" type="radio"/> tõenäoliselt vähendab võrdsust <input type="radio"/> tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust <input type="radio"/> tõenäoliselt suurendab võrdsust <input type="radio"/> suurendab võrdsust <input type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda	Kättesaadavus kehvem väiksemates keskustes/perifeerias.	-

Vastuvõetavus

Kas sekkumine on huvitatud osapooltele vastuvõetav?

JUDGEMENT	TEADUSLIK TÕENDUSMATERJAL	TÄIENDAVALD KAAALUTLUSED
<input type="radio"/> Ei <input type="radio"/> Pigem ei <input type="radio"/> Pigem jah <input type="radio"/> jah <input checked="" type="radio"/> Varieerub <input type="radio"/> Ei oska öelda	Tõenäoliselt vastuvõetav, erineb tõenäoliselt tööeliste sihtrühmas	Kui pikaks venitame - kas saavad töölt puududa? Töö ajal käia?

Teostatavus

Kas sekkumine on teostatav?

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

<ul style="list-style-type: none"> ○ Ei ○ Pigem ei ○ Pigem jah ○ jah ● Varieerub ○ Ei oska öelda 	<p>Väljakujunenud programmid suuremates keskustes.</p> <p>Soovitus peaks olema toodud, et tegemist peab olema juhendatud sessioonidega. Ühe treeningseisiooni kestus on 30-60 min, kokku 1000 min programmi kohta. Programmide kestus mida soovitatakse on rahvusvaheliselt sarnane ning sellega on saadud head tulemused. Kui ka hetkel Eestis kõikides kohtades sellisel kujul see ei toimi, siis see on saavutatav.</p>	<p>Eestis on südamehaigete taastusravi programmide kestus tervishoiuasutuste lõikes erinev. Tartu Ülikooli Kliinikum on kasutusel Karolinska ülikoolihaigla mudel, mille alusel on kogukestus 12 nädalat, sessioonid on kolm korda nädalas. Selline kestus on andnud head tulemused. Medicumis on kestus kaheksa nädalat (rahvusvaheliste juhendite alusel soovitatud 6-12 nädalat), sessioone peab olema vähemalt 24, eesmärk on 36 sessiooni. Kaks kuud tundub optimaalne, sest inimesed saavad kiiremini tööle minna. Põhja-Eesti Regionaalhaiglas ei ole olnud seni võimalust pakkuda suurele patsientide hulgale sobiva intensiivsusega taastusravi. Tavaline treeningplaan on kogukestusega kaks kuud, sessioonid kaks korda nädalas. > vaja ajakohastada, PERH-is muutus</p>
--	--	--

OTSUSTE KOKKUVÕTE

	JUDGEMENT						
PROBLEEM	Ei	Pigem ei	Pigem jah	jah		Varieerub	Ei oska öelda
SOOVITUD MÕJU	Tühine	Väike	Mõõdukas	Suur		Varieerub	Ei oska öelda
SOOVIMATU 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

JUDGEMENT							
VÕRDESED VÕIMALUSED	vähendab võrdsust	tõenäoliselt vähendab võrdsust	tõenäoliselt ei mõjuta võrdsust	tõenäoliselt suurendab võrdsust	suurendab võrdsust	Varieerub	Ei oska öelda
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. Südamehaigusega patsiendil, kasutage ambulatoorset taastusravi programmi pikkusega vähemalt 24 juhendatud treeningsessiooni 8–12 nädala jooksul.

Tugev positiivne soovitus, madal tõendatuse aste