



Ravijuhendi „Alaseljavalu diagnostika ja ravi esmatasandil“ koosoleku protokoll nr 4

Kuupäev	22.03.2018, aeg: 12.00-15.30
Koht	Tallinn, EHK, ruum 112, 113
Osalesid	<u>Töörühma liikmed</u> : Boris Gabovitš (TR juht), Tanel Vahopski, Jelena Svetkina, Mai Tammaru, Ande Lindmäe, Kristiina Tamm, Teele Kaarna-Tõnne, Eve Sooba, Malle Avarsoo. <u>Sekretariaadi liikmed</u> : Mark Braschinsky (juht), Sergei Goška, Aleksandra Šilova, Kairit Linnaste, Eduard Tsvetkov. <u>Konsultandid</u> : Triinu Niiberg-Pikksööt, Indrek Hanso <u>Metoodikud</u> : Kaja-Triin Laisaar, Mare Oder
Puudusid töörühma liikmed	Helve Kansi, Katrin Antsov, Ando Vaher
Juhataja	Boris Gabovitš
Kutsutud	
Protokollija	Mare Oder, Mark Braschinsky
Päevakord	Koosoleku avamine, huvide deklaratsioonid, päevakava tutvustus (Boris Gabovitš) 1. Ravijuhendi töörühma koosolekute tutvustus, juhendi valmimise ajakava (Mare Oder) 2. Ravijuhendi tõendusmaterjali valikuprotsess ning tulemused (Mark Braschinsky) 3. Ravijuhendi tõendusmaterjali hindamine GRADEPro keskkonnas (Kaja-Triin Laisaar) 4. 4.kliiniline küsimus : Kas kõigil alaseljavaluga patsientidel esmakordsel pöördumisel efektiivseks seljavalu diagnostikaks teha röntgenuuring vs kompuuteruuring vs magnetuuring vs mitte ühtki nimetatud uuringuist? (Aleksandra Šilova) 5. 1.kliiniline küsimus : Kas kõigil patsientidel kasutada elukvaliteedi hindamiseks küsimustikku vs mitte kasutada? (Kairit Linnaste) 6. 3.kliiniline küsimus : Kas kõigil patsientidel esmasel visiidil kasutada psühhoemotsionaalse seisundi hindamiseks küsimustikku vs mitte kasutada? (Sergei Goška) 7. 2. kliiniline küsimus : Kas kõigil patsientidel esmasel visiidil kasutada funktsioonivõime hindamiseks küsimustikku vs mitte kasutada? (Eduard Tsvetkov) 8. Jooksvad küsimused. Koosoleku lõpetamine.
Arutelu põhipunktid	Koosolekul osales 9 töörühma liiget, kvoorum otsusteks on koos. Koosoleku päevakavas muutusi ei tehtud. Töörühma liikmed ei avaldanud soovi deklaratsioonide täiendamiseks. Ühelgi meeskonna liikmel majanduslike huvide konflikte ei leitud.



vastuvõetud otsused	<p>1. Ravijuhendi töörühma koosolekute tutvustus, juhendi valmimise ajakava</p> <p>Mare Oder tegi ülevaate ravijuhendi valmimise ajakavast, koosolekute toimumise ajalisest plaanist. Peale koosolekut toimub täiendava koosoleku kokkuleppimine juuni algusesse (valikus 7 või 8.juuni)</p> <p>2. Ravijuhendi tõendusmaterjali valikuprotsess ning tulemused</p> <p>Sekretariaadi juht tutvustas tõendusmaterjali otsingu strateegiat. Näitas olemasolevate ravijuhendite otsingu tulemusi, tutvustas kaasatud ravijuhendeid ning esitas nende AGREE tulemusi.</p> <p>Kokku leiti 13 ravijuhendit, millest oli piisava kvaliteediga juhendeid 7. kokku oli võimalik leida käsitusala 15 küsimusele vastuseid 12 küsimusele. Lisaks tehti otsing metanalüüside/süstemaatiliste ülevaadete leidmiseks. Kokku leiti 323 kokkuvõtet, millest sobivateks osutus 70. Lisaks leiti valitud uuringutest viiteid veel üksikutele sobivatele artiklitele.</p> <p>3. Ravijuhendi tõendusmaterjali hindamine GRADEPro keskkonnas</p> <p>Kaja-Triin Laisaar andis ülevaate töörühmale olulistest juhtniiididest ja protseduuridest GRADEPro keskkonnas ravijuhendi tõendusmaterjali hindamisel ning soovitude arutamisel ning koostamisel.</p> <p>4. 4.kliiniline küsimus: <i>Kas kõigil alaseljavaluga patsientidel esmakordsel pöördumisel efektiivselt seljavalu diagnostikaks teha röntgenuurint vs kompuuteruurint vs magnetuurint vs mitte ühtki nimetatud uuringut?</i></p> <p>Antud küsimuse (kas kasutada RÖ/KT/MRT kõigil alaseljavalu patsientidel) analüüsi aluseks on võetud NICE ravijuhend 2016 (Low back pain and sciatica in over 16s). Ravijuhendi järgi on välja otsitud 9 uuringut. Nende seas olnud mõne uuringu omavaheline kattuvus ning lõppkokkuvõttes selekteeritud 5 randomiseeritud kontrolluurint. Andmete ebapiisava hulga tõttu laiendatud otsing ka kohortuurintudele ning lisaks leitud 4 kohortuurint, mis vastasid kriteeriumidele. Uuringutes on hinnatud valu (VAS, NRS), funktsioonivõimet (Roland Morris Disability Questionnaire, Oswestry disability index), terviseiga seotud elukvaliteeti (SF-12, SF-36, EQ-5D), vitaalsust, sotsiaalset funktsioneerimist, emotsionaalset seisundit (HADS, GHQ, BDI, STAI), tervishoiu utiliseerimist nii lühemas (alla 4 kuud) kui ka pikemas (4 kuud - 1 aasta) perspektiivis. Uuringute järgi pole leitud parameetrite kliinilise kasu vahet radioloogiliste uuringute tegemisel ja mitte tegemisel. Samuti leitakse radioloogilisi muutusi asümptomaatilistel patsientidel. Seega alati leid ei korreleeru kliinilise pildiga. Tõendusmaterjal piiratud, pärineb vähese hulga randomiseeritud kontrolluurintudest, kohortuurintudest, mis kõik on hinnatud kas madala või väga madala kvaliteediga GradePro järgi - see seotud olukorraga, et suur osa patsiente langes uuringust välja, suur nihke tõenäosus. Töörühma poolt arutatud kasu-kahju üle. Kaalutud erinevate röntgenuurintude kiirguskoormust, rahalist kasu/kahju. Töörühm leidis, et</p>
---------------------	---

Commented [MO1]: Mille alusel saab seda väita - tuua uurimistööde tulemused RR ja usaldusvahemikud

röntgenuuringu tegemisel (vastavalt uuringutulemustele) kasu patsientidele ei ole, samas kahju kiirguskoormusele on olemas, eriti korduvatel teostamisel, reproduktiivses eas inimesel, vähiriski suurenemine on olemas (kompuuteruuringu puhul suurem, röntgenuuringu puhul väike). Kuna ka kulu kogu Eestis alaseljavaluga patsientidele teostatavate röntgenuuringutele on suur (vastavalt EHKi auditile), pole antud uuringumeetodi soovitamise põhjendatud (ilma kliiniliste ohumärkideta patsiendil ehk punaste lippude puudumise korral).

Patsiendijuhendisse tasub kirja panna, et 1 kompuuteruuring tähendab poole aasta kiirgusdoosi.

OTSUS soovitus sõnastamise kohta:

Ilma punaste lippudeta/kliiniliste ohumärkideta alaseljavaluga patsiendi esmakordsel pöördumisel alaseljavalu diagnoosimiseks mitte teha radioloogilisi uuringuid (tugev negatiivne soovitus tugev tõendus põhjus).

Commented [MO2]: Tõendusmaterjal oli madal ja väga madal? Kust see tugevaks tõendus põhjuseks muutus?

5. **1.kliiniline küsimus:** *Kas kõigil patsientidel kasutada elukvaliteedi hindamiseks küsimustikku vs mitte kasutada?*

Kaasatud uuringutes on uuritud erinevate elukvaliteedi küsimustikke, mitte aga käsitlusalas märgitud eesmärgil - kas antud elukvaliteedi küsimustikke kasutada või mitte vaid uuritakse millal kasutada. Saadud ülevaade (üksikud jälgimisuuringud) annab mingi hinnangu elukvaliteedi küsimustikele üldiselt. Tulemusnäitaja - *responsivness*, tähendab võime muutust ära tunda. Valimisse kaasatud juhendid on madala kvaliteediga. Uuringutulemuste alusel selgus, et üldiste elukvaliteeti mõõtvate küsimustike kasutamine ei mõjuta patsiendi seisundit, ent parema, täpsema info saab spetsiifilisemate küsimustega (funktsiooniseisundi hindamise küsimustikud).

Töörühm leidis arutluse käigus, et antud kliinilisele küsimusele vastuse saab tõenäolisemalt uurides pigem funktsioonivõime hindamise küsimustikke (kliiniline küsimus nr 2).

Töörühm leidis, et käsitlusalas küsitud elukvaliteedi hindamise kliinilisele küsimusele vastamiseks olemasolevad ja üldised elukvaliteedi küsimustikud ei sobi.

OTSUS soovitus sõnastamise kohta:

Alaseljavalu patsientidel esmasel visiidil mitte kasutada elukvaliteedi küsimustikku (tugev negatiivne soovitus madal tõendus põhjus).

6. **3.kliiniline küsimus:** *Kas kõigil patsientidel esmasel visiidil kasutada psüühhoemotsionaalse seisundi hindamiseks küsimustikku vs mitte kasutada?*

	<p>Sekretariaat uuris peamiselt kuni 2 aastat vanu depressiooniküsimustikke, mis on sobiv kasutada esmatasandil (PHQ2, PHQ9, EEK-2, BDI, CES-D). Kõiki küsimustikke võrreldi standartse interview'ga DSM III, DSM IIIR või DSM IV diagnostiliste kriteeriumi järgi kuldstandardiga.</p> <p>Töörühm arutas sekretariaadi poolt koostatud ülevaadet depressiooni skriiningu küsimustikest esmatasandil tulenevalt olulistest tulemusnäitajatest (küsimustiku tundlikkus ja spetsiifilisus).</p> <p>Töörühm leidis, et ainult depressiooni analüüs pole piisav otsuse langetamiseks psühhoemotsionaalse seisundi skriiningu kohta esmatasandil.</p> <p>OTSUS:</p> <p>Sekretariaat teostab täiendava kirjanduse analüüsi kombineeritud küsimustike suhtes, mis korruga hindavad nelja psühhoemotsionaalset seisundit (nn komboküsimustik: depressioon, ärevushäire, unetus, asteenia). Tulemused esitatakse võrdleva analüüsina (tundlikkus, spetsiifilisus). Lisaks uurida, kas valikus olevate küsimustike kasutamiseks on vajalik litsentsi olemasolu, kohaldub litsentsitasu, valideerimisvajadus?</p> <p>7. 2. kliiniline küsimus: Kas kõigil patsientidel esmasel visiidil kasutada funktsioonivõime hindamiseks küsimustikku vs mitte kasutada?</p> <p>Küsimus on kas funktsioonivõime küsimustiku kasutamise kohta - kasutada või mitte - kas hinnata inimese healolu või lihasjäudlust?</p> <p>Uurides erinevaid küsimustikke on selge, et funktsioonivõime hindamiseks lihasjäudluse mõttes, pole põhjust neid kasutada alaseljavalu patsiendi esmasel pöördumisel. Seega tuleks kasutada pigem tervikuna funktsiooni hindamist. Töörühm arutas ning leidis, et mõistlik on käsitleda 2. ja 3.küsimus koos.</p> <p>OTSUS:</p> <p>Sekretariaat teeb lisaotsingu parima komplektse küsimustiku leidmiseks. Vt ka otsus 3.kliinilise küsimuse juures.</p> <p>8. Jooksvad küsimused. Koosoleku lõpetamine.</p>
<p>Järgmise koosoleku aeg</p>	<p>Järgmine koosolek toimub Tallinnas, Lastekodu tn 48 EHK peamajas 19.aprillil 14.00-17.00</p>