

## TÖENDUSMATERJALI KOKKUVÕTE nr 2

### Funktsioonivõime hindamise küsimustikud

**Kliiniline küsimus nr 2:** „Kas kõigil alaseljavaluga patsientidel kasutada esmasel visiidil funktsioonivõime hindamiseks küsimustikku vs mitte kasutada?“

Juhendi koostamise käigus täpsustas töörühm küsimust: „Kas kõigil (alaseljavaluga) patsientidel kasutada funktsioonivõime hindamiseks multidimensionaalseid küsimustikke vs unidimensionaalseid küsimustikke vs mitte midagi prognoosi ja ravi otsustamiseks?“, lähtudes STarT seljavalu küsimustikust kui juba Eestis kasutusel olevast mõõdikust. Vastava muudatuse juhendi käsitlusalas kinnitas RJNK 22.05.2018 koosolekul.

**Soovitus nr 6.**

Töendusmaterjali sünteesis sekretariaadi liige E. Tsvetkov

Töenduse kvaliteedi hindamine							Sekkumise mõju	Töendatuse aste	Tulemusnäitaja olulisus
Uuringute arv	Uuringukavand	Nihke tõenäosus	Mittekooskõlalikus	Kaudsus	Ebatäpsus	Muud kaalutlused			
<b>Roland Morris Disability Questionnaire (RMDQ) skoori muutus 4. ja 12. uuringu kuul</b>									
1 (Hill 2011)	randomiseeritud kontrollitud uuring	ei ole tõsine	ei ole tõsine	ei ole tõsine	ei ole tõsine	puuduvad	<p>Võrreldi STarT-küsimustiku alusel riskigruppidesse jagatud ja vastavalt riskigrupile käsitletud vs ühtse tavakäsitlusega seljavaluga patsientide (n = 851, vastavalt 568 sekkumis- ja 283 kontrollrühmas) ravitulemusi, mõõdetuna <i>Roland and Morris Disability Questionnaire (RMDQ)</i> alusel.</p> <p>Nii 4. kui 12. uuringu kuul oli esmase tulemusnäitaja ehk uuringurühmade RMDQ skoori keskmise muutuse erinevus statistiliselt oluline – vastavalt 0,32 (95% CI 0,19-0,45, p &lt; 0,0001 ning 0,19 (95% CI 0,04-0,33), p = 0,0095.</p> <p>Lisaks rääkis sekkumise kasuks 4. uuringu kuul uuringurühmade vaheline statistiliselt oluline erinevus teistes tulemusnäitajates nagu valutugevus, katastrofiseerimine, hirm, mure, depressioon, üldine tervis (füüsiline komponent), STarT-i alusel riski vähenemine ja üldine muutus. 12. uuringu kuul teiste tulemusnäitajate nagu katastrofiseerimine, hirm, depression, üldine tervis (füüsiline komponent), riski vähenemine osas.</p> <p>Lisaks selgus uuringust veel:</p> <p>(1) Sekkumisrühma patsientidel oli statistiliselt olulisel määral suurem tõenäosus raviga rahul olla (4. uuringu kuul mõõdetuna) ning võtta töölt vähem haiguspäevi (12. uuringu kuul mõõdetuna).</p> <p>(2) Sekkumise tulemusena ehk patsientide käsitlusel vastavalt STarT riskigrupile oli suurem keskmine tervisekasu (täiendavalt 0,039 QALY), mis saadi väiksema keskmise kuluga (kulukokkuhoid 34-29 GBP). Samuti hoiti kuluseid kaudselt kokku vähemate haiguspäevade arvelt (675 GBP 12-kuulise jälgimisperioodi jooksul sekkumisrühmas võrreldes kontrollrühmaga).</p> <p>Vaadates tulemusi STarT-küsimustikuga kindlaks tehtud riskigruppide kaupa (alarühmade analüüsis), selgus, et sekkumise eelised avaldusid eelkõige keskmise ja suure valu krooniliseks muutumise riskiga patsientide gruppides.</p>	⊕⊕⊕⊕ KÕRGE	KRIITILINE

STarT-küsimustiku vs *Örebro Musculoskeletal Pain Questionnaire (ÖMPSQ)* tulemuste korrelatsioon (nii üldskoori kui alaskaalade skooride osas)

1 (Hill jt 2010)	läbilõikeline uuring	tõsine <sup>a</sup>	ei ole tõsine	ei ole tõsine	ei ole tõsine	puuduvad	<p>Läbilõikeselises uuringus (n = 130) võrreldi omavahel mitmedimensioonilisi mõõdikuid – 9-küsimuselist STarT seljavalu küsimustikku ligi kümnend varem välja töötatud ning uuringu läbiviimise ajaks kuldstandardiks kujunenud 24-küsimuselise ÖMPQ-ga. Selgus, et nende kahe mõõdikute mõõteomadused on tugevas positiivses seoses (mõõdikute üldskooride Spearmani korrelatsioonikordaja rs = 0.802).</p> <p>Mõlema mõõdiku alusel jagunesid väikese, keskmise ja suure riskiga rühmadesse sarnaste tunnustega uuritavad. Samas STarT-küsimustiku alusel kuulus suure riski rühma veidi vähem uuritavaid.</p> <p>Puude, katastrofiseerimise, hirmu, kaasuva valu ning töölt puudumise aja osas "käitused" mõlemad mõõdikud (võrreldes referentsmõõdikutega) sarnaselt. Samas ÖMPSQ tegi paremini kindlaks valutugevuse, STarT häirituse (seljavalu tõttu) ning kaasuva jalavalu (vastavate tunnuste AUC olid mõõdikutel statistiliselt oluliselt erinevad).</p> <p>Referentsmõõdikuteks olid: funktsioonivõime (ingl <i>disability</i>) – RMDQ; katastrofiseerimine – Pain Catastrophizing Scale (PCS); hirm – Tampa Scale of Kinesiophobia (TSK); valutugevus – Numerical Response Scale (NRS).</p>	⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE
------------------	----------------------	---------------------	---------------	---------------	---------------	----------	--	-----------------------	------------

#### Kliiniliselt oluline (30%-line) funktsioonivõime paranemine, mõõdetuna RMDQ-skoori alusel 8. uuringunädalal

1 (Riis jt 2017)	läbilõikeline uuring	tõsine <sup>b</sup>	ei ole tõsine	ei ole tõsine	ei ole tõsine	puuduvad	<p>Randomiseeritud kontrollitud uuringu andmeid kasutavas läbilõikeselises uuringus hinnati STarT-küsimustiku võimet ennustada alaseljavaluga patsientidel funktsioonivõime 30%-list ehk kliiniliselt olulist paranemist (mõõdetuna RMDQ-ga) (n = 304).</p> <p>8. nädalal oli vähemalt RMDQ-skoor vähemalt 30% paranenud algsele STarT-skoori alusel väikse, keskmise ja suure riskiga patsientidest vastavalt 65,6%, 54,9% ja 37,1%. 8 nädala pärast oli suure riskiga patsientidel 61% (95% CI 20%-125%, p &lt; 0.001) suurem risk mitte saavutada olulist paranemist kui väikse või keskmise riskiga patsientidel. Regressioonanalüüs näitas, et olulisteks kliiniliselt olulist paranemist prognoosivateks tunnusteks osutusid vaid patsiendi algne riskigrupp ning hinnang oma tervisele (0-100 VAS-skaalal).</p>	⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE
------------------	----------------------	---------------------	---------------	---------------	---------------	----------	--	-----------------------	------------

#### STarT-riskigrupi kokkulangevus erinevate ühedimensiooniliste mõõdikute skooridega ehk STarT-i võime hinnata alaseljavalu erinevaid tahke (dimensioone)

1 (Beneciuk 2015)	läbilõikeline uuring	tõsine <sup>c</sup>	ei ole tõsine	ei ole tõsine	ei ole tõsine	puuduvad	<p>Kohortuuringu andmeid kasutava läbilõikeselise uuringu eesmärgiks oli võrrelda mitmedimensioonilise mõõdikut (STarT-küsimustikku) erinevate ühedimensiooniliste mõõdikutega (n = 146).</p> <p>Psühholoogilisi tegureid hindavateks mõõdikud olid: <i>Patient Health Questionnaire</i> (PHQ-9), <i>State-Trait Anxiety Inventory</i> (STAI), <i>Tampa Scale for Kinesiophobia</i> (TSK), <i>Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire</i> (FABQ), <i>Pain Catastrophizing Scale</i> (PCS). Valu ja funktsioonivõimet hindavad mõõdikud olid: <i>Numerical Pain Rating Scale</i> (NPRS) ehk valutugevus skaalal 0-10, RMDQ ning <i>Oswestry Disability Index</i> (ODI) / <i>Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire</i> (ODQ).</p> <p>Uurijad leidsid, et STarT-küsimustikku on võimalik kasutada alaseljavaluga patsientide esmasel valuga seotud psühholoogiliste tegurite (psühholoogilise distressi ja puuduliku toimetuleku, ingl <i>elevated levels of pain-associated psychological distress and maladaptive coping measures</i>) hindamisel. Samuti leiti STarT-riskigrupi seos funktsioonivõimega vastavalt RMDQ-ga.</p>	⊕○○○ VÄGA MADAL	KRIITILINE
-------------------	----------------------	---------------------	---------------	---------------	---------------	----------	---	-----------------------	------------

CI: Confidence interval

#### Selgitused

- Algselt uuringusse kaasatuist vastas vaid 53%, mistõttu neid tulemusi võib mitte saada üldistada kõigile alaseljavaluga patsientidele. On teada, et pigem kalduvad uuringus osalema (küsimustikele vastama) pikemaajalise ja/või tõsisema terviseprobleemiga (a.j alaseljavaluga) patsiendid. Samas eeldavad uurijad, et see probleem puudutas mõlema küsimustiku täitmist ühtviisi ega mõjutanud nende mõõdikute omavahelist võrdlust.
- Uuringus kasutati algselt teisel eesmärgil läbi uuringus osalenute andmeid, mistõttu võis tekkida valikunihe.
- Uuritavaid vaadati klastrites. Uuritavate jagamine kahte alarühma (mitte kolme riskigrupi, nagu STarT-küsimustiku alusel alaseljavaluga patsiente jagatakse) võis mõjutada saadud tulemust.