

Modificeret Shoulder Pain and Disability Index i kommunal genoptræning af borgere med artroskopisk subakromiel dekompression og humerusfraktur

Kamilla S. Kastfelt¹, Ann Christine Bodilsen¹, Irene Lintrup¹, Tina K. Holm¹, Stine Conradsen¹, Thomas B. Mortensen¹, Carsten B. Juhl²
¹ Træning og Sundhed, Roskilde Kommune ² Herlev og Gentofte Hospital, Afdelingen for Ergoterapi og Fysioterapi

BAGGRUND: Der mangler viden om effektmål, som kan indgå i vurderingen af den kommunale indsats til borgere med funktionsnedsættelser i skulderen som følge af traume eller kirurgi. I Roskilde Kommune udgør denne gruppe borgere 11 % af de kommunale genoptræningsforløb.

FORMÅL: At beregne minimal important change (MIC) og responsiveness af mSPADI, samt vurdere den samstemmende validitet mellem QuickDASH og mSPADI blandt borgere henvist til kommunal genoptræning efter artroskopisk subakromiel dekompression (ASD) eller humerusfraktur proximalt for collum chirurgicum (HF).

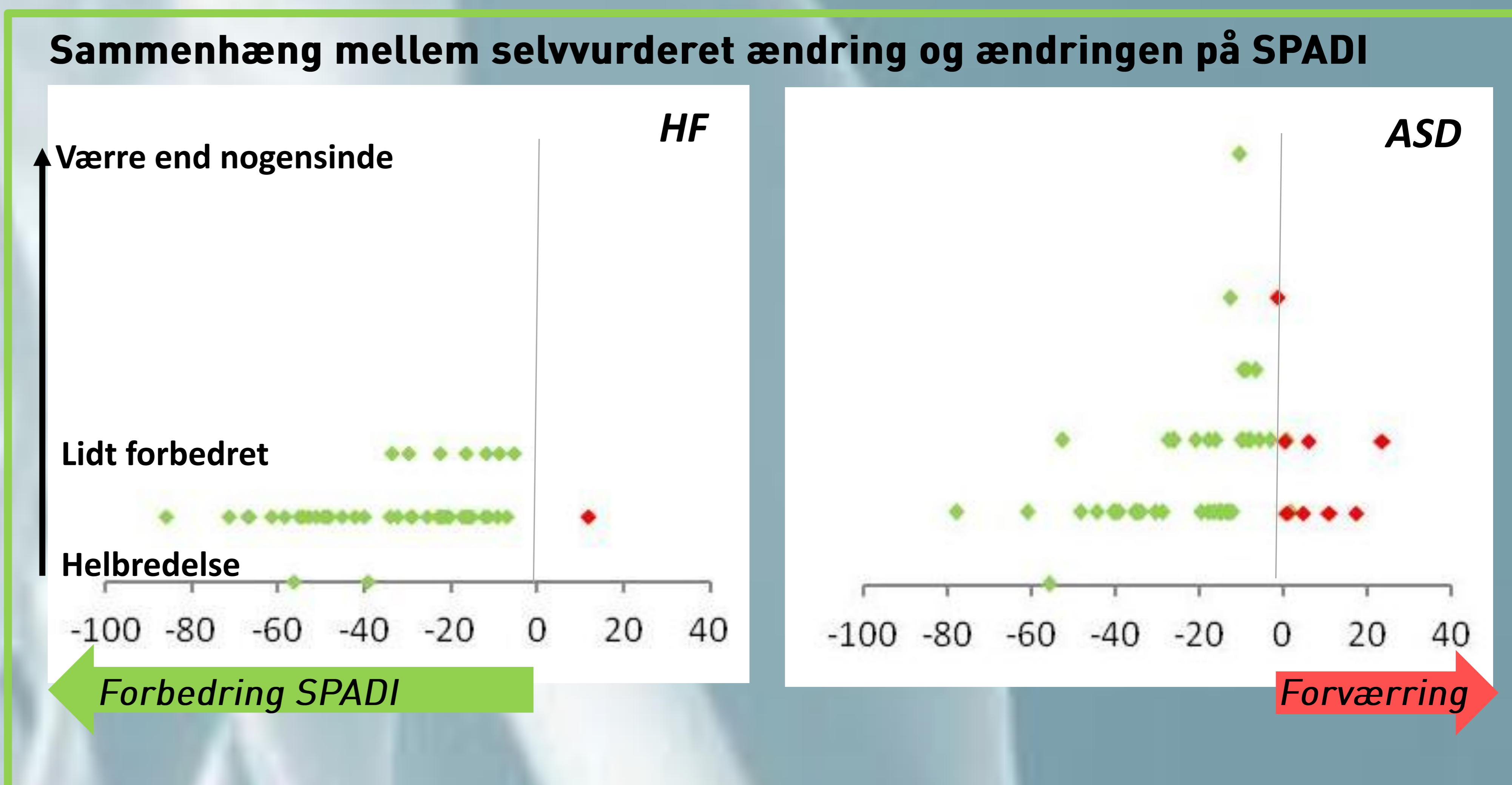
DELTAGERE: Borgere henvist til genoptræning efter ASD og HF blev inkluderet. Eksklusionskriterier var borgere med: ASD og samtidig bicepstenodese, betydelige bevægelses-indskrænkninger bilateralt i OE, frakturer distalt for collum chirurgicum, kognitive problemer og borgere som ikke kunne forstå dansk. Deltagerne udfyldte mSPADI og QuickDASH ved træningsstart og efter 6 og 12 uger. Endvidere udfyldte de skala for selvvurderet ændring i funktionsevne 6 og 12 uger efter træningsstart.

RESULTATER: Data er opgjort ved 6 uger, da størstedelen af ASD og HF forløb blev afsluttet indenfor 12 uger. Sammenhængen mellem deltagernes selvvurderede ændring på referenceskalaen og ændringen på mSPADI var svag. Deltagere, der scorede "lidt forbedret" på referenceskalaen, havde en gennemsnitlig forbedring på **12,8 point** for ASD og **18,4 point** for HF. Responsiveness fra træningsstart til 6. uge var høj for mSPADI for begge grupper.

MIC for mSPADI var **12,6 point** for deltagere med ASD. MIC kunne ikke beregnes for HF, da alle deltagere havde fremgang. Den samstemmende validitet mellem ændringen på mSPADI og QuickDASH var moderat.

KONKLUSION: Responsiveness på mSPADI var høj for ASD og HF og der var en acceptabel samstemmende validitet mellem mSPADI og QuickDASH. MIC for ASD var 12,6 point men kunne ikke beregnes for HF. Den modificerede SPADI kan anvendes fremadrettet i den kommunale genoptræning af borgerne med ASD men bør undersøges yderligere til borgere med HF.

Deltagere	Alder median (range)	Køn antal kvinder (%)	Præoperativ smertevarighed median (IQR)
ASD (n=52)	55 år (27-81 år)	41 (79)	12 måneder (8, 24)
HF (n=46)	57,5 år (27-83 år)	36 (78)	-



	Δ SPADI (point, mean change, range)		SRM	Korrelation mellem selvoplevet ændring og Δ SPADI	Samstemmende validitet Δ SPADI og Δ QDASH	Minimal important change (point, AUC: 95%CI)
ASD	-19,1	(-78,0; 23,6)	-0,95	0,32	-0,56	12,6 (0,72; 0,59-0,85)
HF	-32,9	(-86,1; 11,6)	-1,57	0,32	-0,50	-

SRM: Standardized response mean, Δ : ændring fra træningsstart til 6. uger, AUC: Area under the curve