

## Sjekkliste for vurdering av oversiktsartikkel

### Del A: Kan du stole på resultatene?

<p>1. Er formålet med oversikten klart formulert? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uklart <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>★ <b>TIPS</b> Formålet bør være klart formulert med hensyn til</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• populasjonen (personene oversikten handler om)</li><li>• tiltaket som gis til intervensjonsgruppen</li><li>• sammenligningstiltaket som gis til kontrollgruppen</li><li>• utfallene (endepunktene/resultatene) som vurderes</li></ul>	<p>Kommentar: <i>Ja, i siste avsnitt før «Materiale og metode» på side 231 skriver forfatterne at de presenterer forskning om effekter og mulige bivirkninger av treningsbehandling hos pasienter med kronisk utmattelsessyndrom. Tidlig i sammendraget står det at det er en systematisk gjennomgang av effektstudier.</i></p>
<p>2. Søkte forfatterne etter relevante typer studier? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uklart <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>★ <b>TIPS</b> Relevante studier</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• svarer på samme spørsmål som oversikten</li><li>• har et egnet studiedesign for å besvare spørsmålet. Eksempler på spørsmålstyper og egnede studiedesign:<ul style="list-style-type: none"><li>– effekt – randomisert kontrollert studie</li><li>– årsak – kohortstudie</li><li>– diagnostikk – tverrsnittsstudie med referansetest</li><li>– prognose – kohortstudie</li><li>– erfaringer – kvalitativ studie</li></ul></li><li>• Er det samsvar mellom kriterier for inklusjon av studiene og formålet til oversikten? Se etter<ul style="list-style-type: none"><li>– populasjon</li><li>– tiltak</li><li>– sammenligning</li><li>– utfall</li></ul></li></ul>	<p>Kommentar: <i>Ja, mot slutten av første avsnitt i «Materiale og metode» på side 231 står følgende inklusjonskriterier: randomiserte, kontrollerte studier av akseptabel kvalitet med deltakere med kronisk utmattelsessyndrom. I bakgrunnen diskuteres hvordan treningsbehandling betegnes. Inklusjonskriteriene sier ingenting om krav til type trening, varighet, oppfølgingstid eller lignende for at studien skulle inkluderes.</i> <i>Inklusjon av studier ble gjort av to personer uavhengig av hverandre.</i></p>
<p>3. Er det sannsynlig at alle viktige og relevante studier ble funnet? <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uklart <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>★ <b>TIPS</b> Se etter</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• hvilke databaser og eventuelle søkemotorer forfatterne har søkt i, og hvordan de søkte i dem (søkestrategi)</li><li>• om de søkte etter ikke-publiserte studier (i for eksempel Trials.gov)</li><li>• om det var noen vesentlige begrensninger med hensyn til språk eller tid (hvis kun studier på engelsk er tatt med, kan det gi skjevhet (bias))</li></ul>	<p>Kommentar: <i>Ja, se «Materiale og metode». Forfatterne valgte å bygge på en omfattende søkestrategi fra en Cochrane-oversikt fra 2004. Forfatterne søkte i relevante databaser, og tidsrom og søkeord er oppgitt. Det er ikke gitt opplysninger om hvorvidt referanselister ble gjennomført eller om ressurspersoner på feltet ble kontaktet. Det er heller ingen opplysninger om eventuelle begrensninger på språk, eller om det ble lett etter upublisert materiale, men dette tror vi er av mindre betydning.</i></p>

<p>4. Ble kvaliteten på de inkluderte studiene tilstrekkelig vurdert?  <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uklart <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>★ <b>TIPS</b></p> <p>Forfatterne må vurdere den metodiske kvaliteten på enkeltstudiene på en fornuftig måte med gode verktøy/sjekklistor. Systematiske skjevheter (bias) i hvordan studiene er utført, kan påvirke resultatene i studiene og dermed også resultatene og konklusjonene i oversikten.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det oppgitt hvilke verktøy/sjekklistor som ble brukt i vurderingen?</li> <li>• Er verktøyet/sjekklisten som ble brukt, fornuftig?</li> <li>• Ble vurderingen gjort av minst to personer uavhengig av hverandre?</li> </ul>	<p>Kommentar:</p> <p><i>Ja, se slutten av «Materiale og metode» på side 232. Metodisk kvalitet ble vurdert ut fra fire oppgitte kriterier: allokeringmetode, skjult allokering, blinding og manglende data. Det er tre ledd som kan blindes i en randomisert studie, men forfatterne oppgir ikke hvem som er eller ikke er blindet i inkluderte studier (resultatene er uansett basert på egenrapportering fra pasientene). Forfatterne oppgir også at de har brukt GRADE for å vurdere dokumentasjonsstyrke. Begrepet dokumentasjonsstyrke brukes vanligvis for å vurdere styrke på anbefalinger. Denne systematiske oversikten gir ikke anbefalinger, og det er derfor riktigere å si at de bruker GRADE for å vurdere kvaliteten på dokumentasjonen. Forfatterne oppgir ikke om kvalitetsvurderingen er gjort av flere personer uavhengig av hverandre.</i></p>
<p>5. Hvis resultater fra de inkluderte studiene er slått sammen statistisk i en metaanalyse, var dette fornuftig og forsvarlig?  <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uklart <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>★ <b>TIPS</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Er det klart presisert hvilke sammenligninger som ble gjort?</li> <li>• Kommer resultatene (effektestimater med konfidensintervaller) fra enkeltstudiene klart frem?</li> <li>• Er enkeltstudiene like nok til å slås sammen? (Har forfatterne for eksempel beskrevet metoder for å teste heterogenitet?)</li> <li>• Er analysemetodene som er brukt, forklart? (For eksempel random eller fixed effect)</li> <li>• Hvis det ikke er gjort en metaanalyse, er resultatene fra de inkluderte studiene narrativt oppsummert? Var det i så fall fornuftig og forsvarlig?</li> </ul>	<p>Kommentar:</p> <p><i>Ja, antakelig var det det. Treningsprogrammene (beskrevet i tabell 1) er lagt opp på ulike måter, men det virker rimelig å se de ulike programmene under ett. Pasientene ble diagnostisert med CFS/ME ved CDC eller Oxfordkriterier. Diagnosekriterier blir ikke diskutert i artikkelen. Hvordan effekt er målt, kommer fram i teksten og i figur 1, 2 og 3.</i></p> <p><i>Statistisk test for heterogenitet ble anvendt i begge metaanalysene: effekten av treningsbehandling på fatigue og SF-36, fysisk funksjon (figur 1 og 3). Disse viste noe heterogenitet (12.60 og 58 %). Det kunne være interessant å utforske hva som forårsaker denne heterogeniteten, men det er vanskelig å gjøre her, siden antall studier er lite og de mulige kildene til heterogenitet er mange.</i></p>
<p>Basert på svarene dine på punkt 1–5 over, mener du at resultatene fra denne oversikten er til å stole på?  <input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uklart <input type="checkbox"/> Nei</p>	<p>Kommentar:</p> <p><i>Når en oppsummerer punktene over, kan en konkludere med at en kan stole på resultatene.</i></p>

## Del B: Hva forteller resultatene?

<p>6. Hva er resultatene?</p> <p>★ <b>TIPS</b></p> <p>Vurder</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• hvor godt du forstår hovedkonklusjonen i oversikten</li><li>• hvordan resultatene er fremstilt, se etter<ul style="list-style-type: none"><li>– gjennomsnittsforskjell (mean difference)</li><li>– standardisert gjennomsnittlig forskjell (standardised mean difference)</li><li>– numbers needed to treat (NNT)</li><li>– numbers needed to harm (NNH)</li><li>– odds ratio (OR)</li><li>– relativ risiko (RR)</li><li>– relativ risikoreduksjon (RRR)</li><li>– absolutt risikoreduksjon (ARR)</li></ul></li></ul>	<p>Kommentar:</p> <p>Sju studier med totalt 403 deltakere viser at treningsterapi muligens reduserer graden av utmattelse hos pasienter med kronisk utmattelsessyndrom.</p> <p>Metaanalyse med fire studier (totalt 220 pasienter) viste at treningsterapi har effekt på utmattelse [gjennomsnittlig forskjell <math>-5,09</math> på Chalder Fatigue Scale (poeng fra 0 til 42), konfidensintervall <math>-8,79</math> til <math>-1,40</math>]. Metaanalyse med fire studier (totalt 193 pasienter) antydde at treningsterapi har grensesignifikant effekt på fysisk funksjon SF-36 (poeng fra 0 til 100) [gjennomsnittlig forskjell <math>-7,06</math> (konfidensintervall <math>-14,60</math> til <math>0,47</math>)].</p>
<p>7. Hvor presise er resultatene?</p> <p>★ <b>TIPS</b></p> <p>Se på</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• konfidensintervall (KI/CI)</li><li>• interkvartilbredde (interquartile range (IQR))</li></ul>	<p>Kommentar:</p> <p>I metaanalysene er det ett signifikant og ett grensesignifikant funn. Særlig for effekten på fysisk funksjon er resultatet upresist, ettersom konfidensintervallet er svært bredt og grensesignifikant. For mange sammenlikninger ble det bare funnet én studie (se figur 1, 2 og 3).</p>

## Del C: Kan resultatene være til hjelp i praksis?

<p>8. Kan resultatene overføres til praksis?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Uklart <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>★ <b>TIPS</b></p> <p>Vurder om og i hvilken grad</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• populasjonen (personene) i studiene som inngår i oversikten, er representative for de du møter i praksis</li><li>• din praksis skiller seg fra den som omtales i oversikten</li></ul>	<p>Kommentar:</p> <p>De inkluderte studiene var utført i Norge, Storbritannia, USA, New Zealand og Australia og publisert i årene 1997 til 2007. Det er mulig å tilby treningsterapi til pasienter med kronisk utmattelsessyndrom. Det er sentralt at personell som tilbyr trening, har den nødvendige kompetanse og erfaring med behandlingsformen og den aktuelle pasientgruppen.</p>
---	---

<p>9. Ble alle viktige utfallsmål vurdert?  <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Uklart <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>★ <b>TIPS</b>  Vurder om og i hvilken grad det finnes ytterligere informasjon som du ville hatt med i oversikten.</p>	<p>Kommentar:  <i>De inkluderte studiene rapporterte effekten av treningsterapi på utmattelse, smerte, fysisk funksjon og livskvalitet. Det ble ikke rapportert bivirkninger i studiene.</i></p> <p><i>For å vurdere om andre viktige utfallsmål finnes kan en gjerne tenke gjennom forskjellige perspektiver:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pasient: <i>Er treningsterapi mulig og akseptabelt for meg i min situasjon?</i></li> <li>• Pårørende: <i>Må jeg følge flere ganger i uken? Har jeg tid til det? Hva hvis trening ikke hjelper?</i></li> <li>• Politiker: <i>Er det nok ressurser til å tilby treningsterapi til alle som ønsker det? Vil det oppstå ventelister?</i></li> <li>• Ekspert: <i>Er treningsterapi verdt tid og ressursbruk? Hvordan skal treningsterapeuter utdannes?</i></li> <li>• Sykepleier: <i>Hvordan skal jeg informere, støtte og eventuelt motivere?</i></li> </ul>
<p>10. Veier fordelene opp for ulemper og kostnader?  <input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Uklart <input type="checkbox"/> Nei</p> <p>★ <b>TIPS</b>  Vurder om og i hvilken grad</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• nytten av tiltaket er verd kostnader og eventuelle bivirkninger</li> <li>• det er praktiske eller organisatoriske ulemper for deg eller pasienten</li> </ul>	<p>Kommentar:  <i>Pasientorganisasjoner har argumentert for at treningsterapi gjør vondt verre, men dette er altså ikke dokumentert i de inkluderte effektstudiene.</i></p> <p><i>Funnene fra denne systematiske oversikten bør vises fram og gjennomgås sammen med pasienten. Pasienten kan da ta et velinformert valg om treningsterapi.</i></p>