

OPPSUMMERT FORSKNING – TOLKNINGER OG VURDERINGER

Langvarige helseutfordringer – parorienterte tiltak

Parorienterte tiltak fører trolig til færre depressive symptomer, mindre smerte og et bedre parforhold hos personer som har langvarige helseutfordringer.

Partneren og andre pårørende er en uvurderlig ressurs som kan bidra med støtte og motivasjon til den som har en langvarig helseutfordring.

Når den ene i et parforhold har en langvarig helseutfordring, kan det utfordre parforholdet. Dette er spesielt knyttet til at den ene opplever smerter, ulike fysiske og psykiske utfordringer eller at partneren har manglende forståelse for hvordan det er å ha en langvarig helseutfordring. Det kan også tenkes at partneren har behov for støtte og kunnskap for både å kunne ta bedre vare på den som har den langvarige helseutfordringen, og seg selv.

Hva sier så forskningen om betydningen av partnerens deltakelse?

Forfatterne av en metaanalyse utgitt i *Annals of Behavioral Medicine* i 2010 har undersøkt dette ved å oppsummere tilgjengelig forskning på effekt av parorienterte tiltak sammenliknet med brukerorienterte tiltak eller ingen spesielle tiltak der deltakerne får vanlig oppfølging.

Forfatterne sammenliknet kun brukerorienterte eller parorienterte tiltak som var psykososiale eller atferdsrelaterte, og som var for personer som har langvarige helseutfordringer.

Forfatterne har systematisk samlet inn og oppsummert resultater fra 33 randomiserte kontrollerte studier med til sammen 3204 deltakere. De har laget metaanalyser av de utfallene som

var hyppigst rapportert. Disse var *depressive symptomer, parforholdet og smerte*. Metaanalysene viser kun effekt for personer som har langvarige helseutfordringer, ikke deres partnere.

Ved Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) har vi vurdert den samlede kvaliteten på dokumentasjonen for relevante utfall. Videre har vi vurdert hvor stor effekten er. Dette er ment å gi deg et helhetlig inntrykk av resultatene og av deltakernes nytte av tiltaket.





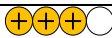

I vår vurdering er alle tre utfallene kritisk vurdert.

Se våre vurderinger på neste side >>>



Når den ene i et parforhold har en langvarig helseutfordring, kan det utfordre parforholdet. Illustrasjonsfoto: Shutterstock.

Parorienterte versus brukerorienterte tiltak og/eller vanlig oppfølging for personer som har langvarige helseutfordringer

Utfall	Kvalitet på dokumentasjonen	Effekt
Gir trolig færre depressive symptomer	Middels 	Liten 
Gir trolig mindre smerte	Middels 	Liten 
Gir trolig et bedre parforhold	Middels 	Liten 

Dokumentasjonen kan være av høy, middels, lav eller svært lav kvalitet. Jo høyere kvalitet, desto sikrere kan vi være på at effekten av et tiltak er presist anslått. Størrelsen på effekten kan være usikker, minimal/ingen, liten, moderat eller høy. At effekten f.eks. er liten, utelukker ikke at den er av betydning. Effekten kan f.eks. være avhengig av utgangspunktet til den personen det gjelder.

Hva betyr dette?

For den personen som har langvarige helseutfordringer, gir trolig parorienterte tiltak en liten, positiv effekt fremfor tiltak rettet kun mot personer som har langvarige helseutfordringer, alene eller ingen spesielle tiltak der deltakerne får vanlig oppfølging. Effekten er i beste fall liten, og i verste fall minimal. Utfallene som effekten er målt i er **depressive symptomer**, **smerte** og **parforholdet**. Forskerne har ikke utført metaanalyser på effekt knyttet til partneren eller andre utfall man vil anta er sentrale for personer som har langvarige helseutfordringer, som mestringstro, sosialt nettverk og kommunikasjon, da de manglet tilstrekkelige data for å kunne gjøre slike analyser. Det er vanskelig å trekke sikre konklusjoner på hvor varige effektene av deltakelse på parorienterte tiltak er, da det var stor variasjon i måletidspunktene og antall måletidspunkt. Vi trenger flere robuste studier for å kunne konkludere sikrere om effekten av parorienterte tiltak.

Bakgrunnen for vurderingene

For de tre utfallene har forfatterne presentert effekten i form av standardiserte gjennomsnittsforskjeller (på engelsk Standardized Mean Difference – SMD). SMD er brukt fordi primærstudiene har målt utfallene på ulike måter.

SMD brukes for å sammenstille resultater der det er brukt kontinuerlig skala.

Når vi forenkler tolkningen av effekt i form av SMD, sier vi at

- SMD på 0,2 er en «liten effekt»
- SMD på 0,5 er en «moderat effekt»
- SMD på 0,8 er en «stor effekt»

Da kan vi kort oppsummert si at den gjennomsnittlige effekten trolig er *liten* når det gjelder *depressive symptomer* (SMD = 0,18 (95 % KI; 0,07 til 0,27)), *smerte* (SMD = 0,19 (95 % KI; 0,08 til 0,30)) og *parforholdet* (SMD = 0,17 (95 % KI; 0,06 til 0,27)).

95 % KI betyr 95 prosent konfidensintervall. Det vil si at man med 95 prosent sikkerhet kan si at effekten ligger et sted innenfor det oppgitte intervallet.

I 32 av de 33 inkluderte studiene ble gruppeforskjeller studert. I 18 av disse (56 %) ble det funnet konsistente forskjeller som favoriserte parorienterte tiltak over brukerorienterte tiltak eller vanlig oppfølging. I sju studier (22 %) ble det ikke funnet gruppeforskjeller. I de seks gjenværende studiene var det blandede effekter på de ulike utfallene.

Diagnosegrupper som forfatterne av oversikten har inkludert, er: hjertekarsykdom eller høyt blodtrykk (6 studier), prostatakreft (fem studier), ulike typer kreft (fire studier), brystkreft (fire studier), beinskjørhet (fire studier), kronisk smerte (fire studier), leddgikt (tre studier), hiv (to studier), type 2-diabetes (én studie). De parorienterte tiltakene ble holdt alt fra to ganger til tjue ganger. Av de 33 inkluderte studiene, var 14 gruppebaserte. Gjennomsnittsalderen var i midten av 50-årene både for den som hadde langvarige helseutfordringer, og deres partner.

Forfatterne laget metaanalyser av de utfallene som var hyppigst rapportert og hadde nok datamengde til å slås sammen. Disse var *depressive symptomer*, *parforholdet* og *smerte*. Forfatterne presenterte kun effekt for den som har langvarige helseutfordringer, i metaanalysen.

Vi gjør oppmerksom på at vi ikke vet 1) hvem som ledet kursene, 2) kjønnsfordelingen av personer som har langvarige helseutfordringer, og partner, 3) den metodiske kvaliteten på de inkluderte randomiserte kontrollerte studiene og 4) hvor lang oppfølgingstiden var for hvert utfall (vi vet bare at 12 studier hadde kort oppfølging (0–3 måneder), 20 studier hadde flere måletidspunkt (0–12 måneder) og én studie hadde lang oppfølging (1–5 år)).

Kilde

[Martire et al. Ann Behav Med \(2010\) 40:325–342](#)

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH)

Postboks 4956 Nydalen, 0424 OSLO
Tlf.: 23 02 60 65 Faks: 24 15 60 29 E-post: mestring@ous-hf.no Internett: www.mestring.no
ISBN: 978-82-92686-05-8 Oppdatert: 11.04.2014
Utarbeidet av: seniorforsker Marita Spørstøl Fønhus Ansvarlig redaktør: leder Siw Bratli

NK LMH er en del av Oslo universitetssykehus HF. Oslo universitetssykehus HF eies av Helse Sør-Øst RHF og består av blant annet Aker sykehus, Ullevål sykehus, Rikshospitalet og Radiumhospitalet.