

**NK LMH 1/2022**

Lærings- og mestringstilbud til voksne  
pårørende – en oppsummering av  
forskningslitteratur

---

**Sentrale begreper og teorier for fagområdet læring og mestring innen helse**  
© Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) 2022

**Utgitt:** Juni 2022

**ISBN:** 978-82-92686-47-8

**Forfattere:** André Vågan, Fredrik Hjärthag, Inger Johanne Bergerød, Dagmara Bossy, Kari Fredriksen, Karen Therese Sulheim Haugstvedt, Kari Bøckmann, Inger Elisabeth Hagen og Una Stenberg

Fagrapporten kan lastes ned fra [www.mestring.no](http://www.mestring.no)

NK LMH er en nasjonal kompetansetjeneste som bidrar til at lærings- og mestringsvirksomhet i hele landet holder god kvalitet og er kunnskapsbasert, slik at personer som lever med helseutfordringer og deres nærmiljø opplever økt mestring og bedret livskvalitet

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

**E-post:** post@mestring.no **Twitter:** [twitter.com/mestringno](https://twitter.com/mestringno) **Facebook:** [facebook.com/mestringno](https://facebook.com/mestringno)

---

# Innholdsfortegnelse

<b>FORORD</b>	<b>4</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>5</b>
<b>BAKGRUNN, PROBLEMSTILLING OG METODE</b>	<b>6</b>
1.1 BAKGRUNN	6
1.2 PROBLEMSTILLING	6
1.3 METODE	6
1.4 INNHOLD OG OPPBYGGING	6
1.5 PROSJEKTGRUPPE OG SAMARBEID	7
<b>RESULTATER</b>	<b>9</b>
2.1 KVANTITATIVE STUDIER	9
2.1.1 UTFALL	9
2.1.2 DIAGNOSER/SKADE	10
2.1.3 TYPER TILBUD	10
2.1.4 FORSKNINGSDESIGN	12
2.1.5 EFFEKT AV DELTAKELSE	13
2.1.5.1 REDUSERER TILBUD BYRDE OG BELASTNING BLANT PÅRØRENDE?	13
2.1.5.3 BIDRAR TILBUD TIL BEDRE PSYKISK HELSE BLANT PÅRØRENDE?	18
2.1.5.5 BIDRAR TILBUD TIL ØKT VELVÆRE OG LIVSKVALITET BLANT PÅRØRENDE?	23
2.1.5.7 GIR TILBUD ØKT MESTRING BLANT PÅRØRENDE?	26
2.1.5.9 BIDRAR TILBUD TIL ØKT KUNNSKAP BLANT PÅRØRENDE?	28
2.1.6.1 ANDRE UTFALL	30
2.2 KVALITATIVE STUDIER	32
2.2.1 RESULTATER	33
<b>SAMMENFATNING, KUNNSKAPSHULL OG KONKLUSJON</b>	<b>35</b>
3.1. UTFALL	35
3.2. DIAGNOSE/SKADE	35
3.3. TYPER TILBUD	35
3.4 FORSKNINGSDESIGN	35
3.5 EFFEKT OG UTBYTTE	36
3.6 KUNNSKAPSHULL	36
3.7 KONKLUSJON	37
<b>REFERANSER</b>	<b>38</b>
<b>VEDLEGG 1: METODE</b>	<b>40</b>
<b>VEDLEGG 2: ALLE INKLUDERTE STUDIER (ALFABETISK REKKEFØLGE)</b>	<b>42</b>
<b>VEDLEGG 3: TYPER TILBUD</b>	<b>52</b>
<b>VEDLEGG 4: UTFALL OG MÅLEINSTRUMENT</b>	<b>63</b>
<b>VEDLEGG 5: MATRISE (ALLE STUDIER)</b>	<b>74</b>

## Forord

Nasjonal kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) skal bidra til at lærings- og mestringsvirksomhet både i spesialist- og kommunehelsetjenesten holder god kvalitet og er kunnskapsbasert. Målet er styrket mestring, helsekompetanse og livskvalitet for brukere, pasienter og pårørende som lever med eller står i fare for å utvikle helseutfordringer.

Praksisutøvere, forskere og myndigheter har etterlyst en sammenstilling av hva som finnes av internasjonal forskning på lærings- og mestringstilbud til pårørende. Dette gjelder både forskning på tilbud til voksne pårørende, barn og unge som pårørende og foreldre eller foresatte som pårørende. Hensikten med denne rapporten er å oppsummere forskning på ulike typer lærings- og mestringstilbud for voksne pårørende til andre voksne som har forskjellige helseutfordringer. En slik sammenstilling kan tydeliggjøre kunnskapsgrunnlaget for tilbud til denne målgruppen, stimulere til utprøving og testing blant fagpersoner og erfarte brukere som utvikler, gjennomfører og evaluerer lignende tilbud, og identifisere områder med behov for videre forskning.

Målgrupper for rapporten er fagpersoner og brukerrepresentanter som er tilknyttet lærings- og mestringsvirksomhet, forskere, undervisningspersonell og studenter med interesse for fagområdet læring og mestring, samt politikere og ledere i helse- og omsorgstjenesten.

Vi takker for god støtte fra forskergruppen som har bidratt med kunnskap og konstruktive innspill til denne rapporten. Vil vi også takke vår kommunikasjonsrådgiver ved NK LMH, Cecilia Sønstebo, for kommentarer og innspill. Rapporten er et bidrag i vårt pågående arbeid med å oppsummere forskning på tilbud til pårørende. Vi håper den kan være til nytte for dere som arbeider i eller med, underviser om eller forsker på lærings- og mestringsvirksomhet.

Oslo, 20. juni 2022

Siw Bratli  
Leder, NK LMH

André Vågan  
Prosjektleder/seniorforsker, NK LMH

## Sammendrag

Praksisutøvere, forskere og myndigheter har i lengre tid etterlyst en bred oppsummering og sammenstilling av internasjonal forskning på lærings- og mestringstilbud til pårørende.

Hensikten med denne rapporten er å oppsummere forskning på ulike typer lærings- og mestringstilbud for pårørende til andre voksne som har forskjellige helseutfordringer.

For å lage en bred oversikt over forskningen, har vi gjort en såkalt «scoping review» av litteraturen. Systematiske søk i databaser resulterte i 12 570 treff. Av disse ble 104 studier inkludert. Fra disse har vi hentet ut informasjon om hvilke utfall, målgrupper og typer tilbud som er studert og hvilke forskningsdesign som er brukt i studiene. I tillegg har vi kartlagt hvilken effekt og utbytte deltagelse på tilbud har for pårørende og hvordan dette varierer ut fra type tilbud, målgruppe og utfall.

Resultatene viser et komplekst og heterogent forskningsfelt som undersøker en rekke utfall, målgrupper, typer lærings- og mestringstilbud og forskningsdesign. Resultatene på effekt og utbytte av tilbud er lovende, spesielt når det gjelder byrde og belastning for pårørende til personer med demens/Alzheimer, men også for andre utfall og målgrupper. Likevel avdekkes flere kunnskapshull.

Vi håper en oversikt over forskningen på feltet kan stimulere til forskning, utvikling og evaluering av lærings- og mestringstilbud til pårørende i spesialist-, og kommunehelsetjenesten.

# Bakgrunn, problemstilling og metode

## 1.1 Bakgrunn

Ifølge lovverk og nasjonale føringer skal sykehus og kommuner tilby lærings- og mestringstilbud for pårørende til personer med helseutfordringer (HOD 2011,1999). Tilbud gitt i regi av spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten kan være individuelle eller gruppebaserte, arrangeres for spesifikke sykdommer eller være et tilbud til pårørende der sykdommen eller funksjonsnedsettelsen ikke er hovedfokus (HDIR 2017).

Flere har etterlyst en bred kartlegging av forskning på lærings- og mestringstilbud til pårørende. I denne rapporten oppsummerer vi forskning på ulike typer lærings- og mestringstilbud for voksne pårørende til andre voksne med forskjellige helseutfordringer. En slik oppsummering kan blant annet gi en oversikt over hva slags tilbud som er studert, hvilke grupper voksne pårørende som har blitt undersøkt, hvilke utfallsområder som er undersøkt og hvilken innvirkning ulike tilbud kan ha på pårørendes helsesituasjon og mestringsevne. En slik oppsummering eller sammenstilling kan tydeliggjøre kunnskapsgrunnlaget for tilbud til denne målgruppen.

## 1.2 Problemstilling

I rapporten søker vi svar på følgende spørsmål:

1. Hvilke utfall, diagnosegrupper (målgruppe) og typer tilbud er studert og hvilke forskningsdesign er brukt i studiene?
2. Hvilken effekt og hvilket utbytte rapporteres det om i studiene, og hvordan varierer dette utfra type tilbud, målgruppe og utfall?

## 1.3 Metode

For å lage en bred oversikt over forskningen, har vi gjort en såkalt «scoping review» av forskningslitteraturen. «Scoping reviews» er egnet for å beskrive hva som kjennetegner et vidt forskningsfelt, kartlegge ulike sider ved dette feltet, identifisere områder for videre forskning og stimulere til utprøving og testing av tilbud til ulike målgrupper (Arksey og O’Malley 2005). Grunnlaget for rapporten er systematiske søk etter relevant litteratur i utvalgte databaser og en systematisk gjennomgang av relevante studier. I vedlegg 1 kan du lese mer om metodiske sider ved arbeidet, hvilke databaser som er søkt i, søkeord, inklusjonskriterier og flytdiagram.

## 1.4 Innhold og oppbygging

For å formidle resultatene fra kunnskapsoppsummeringen på en måte som kan oppleves som nyttig for ulike formål og for en bred målgruppe gir vi først en oversikt over spesifikke sider ved tilbudene som er studert: Hva ønsker man å oppnå for de pårørende som deltar (utfall), hvilke målgrupper av pårørende er undersøkt i studiene, hvilke typer lærings- og mestringstilbud er undersøkt og hvilket forskningsdesign har studiene brukt? Deretter presenterer vi resultater fra oppsummeringen som beskriver hvilken effekt og hvilket utbytte pårørende har av å delta på tilbud og hvordan dette varierer utfra type tilbud, målgruppe og utfall.

I stedet for å gi en metodebeskrivelse før presentasjonen av resultater, som er vanlig i en tradisjonell forskningsartikkel eller forskningsrapport, presenterer vi resultatene først. De som ønsker informasjon om det metodiske arbeidet som ligger til grunn for rapporten kan se nærmere på vedlegg 1. Vi har valgt å lage en fyldig vedleggsdel for de som ønsker enda mer informasjon. Underveis viser vi til vedlegg som gir en enkel oversikt over studier av de ulike utfallene som er undersøkt, hvilke måleinstrumenter som er brukt for å måle endringer før og etter deltakelse, hvilke studier som har undersøkt hvilke typer tilbud, hva studiene sier om innholdet og oppbyggingen av tilbudene, samt hva studiene sier med tanke på varighet, frekvens og intensitet, altså hvor lang tidsperiode tilbuddet strekker seg, hvor mange ganger og hvor ofte møtes man underveis.

### **1.5 Prosjektgruppe og samarbeid**

I arbeidet med denne kunnskapsoppsummeringen ble det opprettet en prosjektgruppe med forskere, fagpersoner og en person med erfaring som pårørende og pårørendearbeid på individ-, tjeneste- og systemnivå. Prosjektgruppen har bestått av (i alfabetisk rekkefølge):

*Inger Johanne Bergerød*, postdoktor og forskningskoordinator ved SHARE – Senter for kvalitet og sikkerhet i helsetjenesten, Universitetet i Stavanger. Bergerød har blant annet forsket på hvordan pårørende kan bidra til å øke kvaliteten og sikkerheten i kreftomsorgen på norske sykehus. Hun er også involvert i kunnskapsoppsummeringer i regi av NK LMH på andre målgrupper pårørende (barn og unge som pårørende og foreldre som pårørende til barn med helseutfordringer). Bergerød er kreftsykepleier og fagutviklingssykepleier ved avdeling for blod- og kreftsykdommer ved Stavanger universitetssjukehus.

*Dagmara Bossy*, forsker II, Senter for velferds- og arbeidslivsforskning, Velferdsforskningsinstituttet NOVA, seksjon for barndom, familie og barnevern, Storbyuniversitetet (OsloMet). Bossy har bakgrunn fra forskning på gruppebasert støtte til egenmestring ved langvarige helseutfordringer og oppdragsforskning tilknyttet NK LMH. Hun har en mastergrad i sosiologi fra Universitetet i Oslo hvor hun jobbet med nære relasjoner og forsket på uønskede seksuelle hendelser i relasjoner mellom ungdom.

*Kari Böckmann*, seniorrådgiver ved avdeling for helsetjenester og samhandling, Helse Nord. Böckmanns faglige interesse og kompetanseområder er blant annet knyttet til arbeid med pårørende i helse- og omsorgstjenesten og det kliniske og juridiske kunnskapsgrunnlaget for slikt arbeid. Hun har vært involvert i utarbeidelsen av en nasjonal pårørendeveileder og i arbeid med kunnskapsoppsummeringer på effekt og utbytte av lærings- og mestringstilbud i regi av NK LMH. Böckmann er psykologspesialist i klinisk voksenpsykologi.

*Kari Fredriksen*, spesialrådgiver, Stavanger universitetssjukehus. Fredriksens kompetanse-, og interesseområder er blant annet knyttet til det å legge til rette for etableringen av lærings- og mestringstilbud til pasienter og pårørende, i samarbeid med erfarte brukere. Hun har også bidratt inn i tidligere kunnskapsoppsummeringer ledet av NK LMH på effekt og utbytte av deltagelse i lærings- og mestringstilbud. Fredriksen er leder for lærings- og mestringssenteret ved Stavanger Universitetssykehus og er utdannet lærer med fordypning i spesialpedagogikk og hovedfag i pedagogikk og skoleforskning fra UiT Norges arktiske universitet.

*Inger Elisabeth Hagen*, daglig leder PIO – Pårørendesenteret i Oslo. Hagen er en sosial entreprenør som gjennom sin rolle som leder for Landsforeningen for pårørende innen psykisk helse, Oslo lokallag, startet landets første pårørendestyrte senter for familier rammet

av psykisk lidelse. PIO-senteret er i dag et kompetansesenter for helsepersonell i systematisk pårørendesamarbeid som arbeider for et familie- og nettverksperspektiv i alle helse- og sosialtjenester. Det er også et støttesenter for pårørende, familier og brukere, som holder grupper og kurs, rådgivningssamtaler og en personlig ombudsordning. Hagen har sin yrkesbakgrunn som byråkrat i NORAD og UD, der hun arbeidet med informasjon, dokumentasjon og kultursamarbeid mellom Norge og utviklingsland.

*Karen Therese Sulheim Haugstvedt*, spesialrådgiver, PhD, Senter for helsefremmende arbeid, Akershus universitetssykehus (AHUS). Haugstedt har arbeidet med utvikling, implementering og evaluering av gruppebaserte veileddningsgrupper for personer med langvarige helseutfordringer og deres pårørende. Hun har også forsket på faktorer som bidrar til mestring av hverdagen med langvarige helseutfordringer blant ulike grupper. Hun er utdannet fysioterapeut og har en master i spesialpedagogikk.

*Fredrik Hjärthag*, universitetslektor, Institutionen för sociala och psykologiska studier, Karlstad Universitet, Sverige. Hjärthag har blant annet jobbet med psykiske helseutfordringer og stress blant pårørende til ulike grupper pasienter og hvordan man kan kartlegge og motvirke stress og belastninger hos den pårørende. Han har i tillegg undervist og veiledet studenter på ulike nivåer innen ulike psykologiske fagområder. Han har en dr.philos. i psykologi og har forsket på ulike problemstillinger knyttet til personer med psykoseproblematikk.

*Una Stenberg*, seniorforsker ved NK LMH og sosionom og forsker ved Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser. Hun jobber med forskning på helsekompetanse og mestring, både knyttet til utvikling og forskning på hvordan pasienter og pårørende kan styrkes. Hun har doktorgrad fra Medisinsk fakultet, UiO på temaet pårørendes psykososiale utfordringer og mestring.

*André Vågan*, prosjektleder, førsteforfatter av rapporten og seniorforsker ved NK LMH. Vågans interesse- og kompetanseområder er medisinsk sosiologi og antropologi, profesjonsutdanning, forskningsbasert utdanning og læring og mestring innen helse. Han har tidligere forsket på lærings- og identitetsprosesser i medisinutdanning og på undervisning og læring i bachelorutdanninger. Sosiokulturell læringsteori har stått sentralt i flere av studiene hans.

Prosjektgruppens medlemmer har regelmessig gitt innspill til arbeidet og arbeidets ulike faser; fra utforming av problemstilling, etablering av inklusjons- og eksklusjonskriterier, screening av abstracts og fulltekstartikler og til kommentarer på skriftlige utkast. Minst to medforfattere evaluerte abstracts og fulltekstartikler parallelt og uavhengig av hverandre.<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Forfatterrekkefølgen (medforfattere og sisteforfatter) er basert på grad av involvering fra medforfatterne og ansiennitet.

## Resultater

I alt 104 studier ble inkludert i denne kunnaksoppsummeringen. I det som følger oppsummerer vi resultatene fra de kvantitative studiene og de kvalitative studiene.<sup>2</sup>

### 2.1 Kvantitative studier

#### 2.1.1 Ufall

For å undersøke effekt av deltakelse på tilbud ser de kvantitative studiene på en rekke ulike utfall, altså på hvilke endringer deltakelse på tilbud medfører for de pårørende.<sup>3</sup> Ønsker man eksempelvis at det å delta på tilbud skal lette pårørendes byrde, stress og belastninger? Eller vil man først og fremst at det å delta på tilbud skal bedre pårørendes psykiske helse?

For å gi en oversikt over utfallsmål har vi kategorisert de under *byrde og belastning* (kategori 1), *psykisk helse* (kategori 2), *velvære og livskvalitet* (kategori 3), *mestring* (kategori 4) og *pårørendes kunnskap* (kategori 5). Disse kategorier av utfall er ofte anvendt i forskning og faglitteratur (Elvish mfl. 2013). I Tabell 1 under gis en oversikt over hvor mange studier som har sett på de ulike kategorier av utfall/mål.

**Tabell 1: Kategorier utfall og antall studier<sup>4</sup>**

Kategorier utfall	Antall studier
Byrde og belastning (kategori 1)	61
Psykisk helse (kategori 2)	59
Velvære og livskvalitet (kategori 3)	32
Mestring (kategori 4)	30
Kunnskap (kategori 5)	19
Andre utfall	23

Vi ser av tabellen at byrde og belastning er utfallet som flest studier har undersøkt (antall: 61). Spørsmålet disse studiene har stilt er om deltakelse på lærings- og mestringstilbud har bidratt til å gjøre påkjønningen eller belastningen ved det å være pårørende mindre, for eksempel emosjonelle, fysiske og sosiale belastninger.

<sup>2</sup> Kvantitative studier er studier som har innsamlet og analysert kvantitative data, for eksempel spørreskjema, altså data i form av tall eller andre mengdeterminer (Johannessen mfl. 2015). Det finnes flere typer kvantitative studier, for eksempel studier med såkalt tverrsnitt design, kvasi-eksperimentelle studier eller randomiserte kontrollerte studier. Dette kommer vi tilbake til. Kvantitative studier benyttes som regel for å få bredde kunnskap, finne statistiske sammenhenger og årsakssammenhenger og undersøke hypoteser som kan overføres til personer eller situasjoner (Johannessen mfl. 2015). Kvalitative studier eller studier som bruker kvalitativ metode innsamler og analyserer kvalitative data, det vil si data som normalt sett kommer frem i form av lyd, bilde eller tekst, for eksempel intervjutranskripsjoner eller feltnotater (Johannessen mfl. 2015) Typiske metoder for å samle inn kvalitative data kan være gjennom intervju, deltakende observasjon eller dokumenter. Såkalte mixed-method studier kombinerer kvantitative og kvalitative data i en og samme studie.

<sup>3</sup> Ufall kan defineres som «en komponent av en deltakers kliniske og funksjonelle status etter et tiltak har blitt anvendt, som brukes for å vurdere effektiviteten av et tiltak». [https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/\\_attachment/249317?\\_ts=1552af4e162](https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/_attachment/249317?_ts=1552af4e162)

<sup>4</sup> Grunnen til at antall studier av de ulike typen utfall overstiger totalt antall inkluderte studier (104 i antall) er at mange studier har undersøkt flere utfall i en og samme studie.

59 studier har undersøkt effekt eller utbytte av deltagelse på pårørendes psykiske helse. De fleste av disse har sett på om deltagelse på tilbud reduserer symptomer på angst, depresjon og stress.

Noe færre studier har sett om deltagelse på tilbud har positiv innvirkning på pårørendes opplevelse av velvære og livskvalitet (antall: 32), mestring (antall: 30) og kunnskap om helseutfordringene til den personen man er pårørende til (antall: 19), i tillegg til andre utfall (23 i antall). I Vedlegg 4 gis en oversikt over studiene av de ulike utfallene og de ulike måleinstrumentene som er brukt for å måle endringer før og etter deltagelse på tilbud.

### 2.1.2 Diagnoser/skade

I tillegg til ulike kategorier utfall er det en rekke målgrupper av pårørende som er undersøkt i studiene, altså pårørende til personer med ulike pasientdiagnosenter helseutfordringer. I Tabell 2 oppgis antall studier av tilbud til pårørende kategorisert etter pasientens diagnose eller skade.

**Tabell 2: Studier av tilbud til pårørende kategorisert etter pasientens diagnose/skade**

Diagnose/skade	Antall studier
Demens/Alzheimer	45
Psykiske helseutfordringer	34
Palliativ omsorg	7
Kreft	6
Skrøpelige eldre	3
Funksjonsnedsettelse	3
Hjerneslag/skade	3
Hjerte/skade	1
Multipel sklerose	1
Flere diagnosenter	1

Som tabellen viser handler de fleste studiene om pårørende til personer med demens og/eller Alzheimer (antall: 45) og psykiske helseutfordringer, som schizofreni, psykotisk lidelse eller spiseforstyrrelse (antall: 34). Færre studier har undersøkt tilbud til pårørende til personer under palliativ omsorg, pasienter som har kreft eller personer med funksjonsnedsettelser.

### 2.1.3 Typer tilbud

Forskningen vi har oppsummert har studert ulike typer lærings- og mestringstilbud for pårørende. I Tabell 3 gis en oversikt over hvilke typer tilbud som har blitt forsket på og hvordan disse fordeler seg på antall studier. Nedenfor utdypes vi nærmere hva som ligger i de ulike tilbudene.

**Tabell 3: Typer lærings- og mestringstilbud og antall studier**

Psykoedukative tilbud	53
Psykologisk baserte tilbud	16
Sosiale støttetilbud	16
Kombinerte tilbud	11
Problemløsningsorienterte tilbud	4

Empowerment-tilbud	3
Mindfulness	1

De fleste studiene har undersøkt såkalte *psykoedukative tilbud* (antall: 53), det vil si tilbud som på en strukturert måte formidler informasjon enten til pasienter eller til pårørende om helsetilstanden og behandling til den de er pårørende til. Selv om tilbudene som er undersøkt varierer med hensyn til innhold, oppbygging og varighet, er målet med slike tilbud ofte å legge til rette for tilegnelse av kunnskap om sykdom og behandling og hvordan man kan mestre denne bedre.

Andre har undersøkt det vi har kalt *psykologisk baserte tilbud* (antall: 16), det vil si tilbud som legger til rette for at pårørende skal tilegne seg psykologiske eller kognitive verktøy for å endre tankemønstre knyttet til egen situasjon. Innhold og oppbygging av disse tilbudene varierer også, men de fleste henter kunnskap og prinsipper fra kognitiv adferdsterapi. Et viktig fokus her er å endre pårørendes indre dialog rundt sykdom og skade, atferdsendring, problemløsning og mestring i hverdagen.

Noen har dessuten undersøkt ulike varianter av *sosiale støttetilbud* til pårørende (antall: 16). Slike tilbud kjennetegnes ved at de legger til rette for kunnskaps- og erfaringsutveksling mellom pårørende, å dele tanker og følelser og å motta praktisk, sosial og emosjonell støtte fra andre som er i en lignende situasjon. Målene med støttetilbud kan være flere, for eksempel å redusere symptomer på depresjon, øke kunnskap og redusere byrde og belastning.

En fjerde kategori tilbud er såkalte *kombinerte tilbud*, ofte kalt multi-komponent intervensioner eller tilbud (antall: 11).<sup>5</sup> Disse kombinerer to eller flere komponenter fra ulike typer tilbud i et og samme tilbud eller kurs. For eksempel trakk noen tilbud veksel på komponenter fra psykoedukative tilbud og sosiale støttetilbud ved å både legge vekt på kunnskap om en diagnose og sosial støtte gjennom erfaringsutveksling deltakerne imellom. Andre baserte seg på elementer fra psykoedukative tilbud, psykologisk-baserte tilbud og sosiale støttetilbud. Noen få studier undersøkte effekt og utbytte av å delta på tilbud som vektla empowerment, problemløsning og mindfulness.

Gjennomgangen av studiene og studienes beskrivelser av tilbuddet viste at betegnelser på tilbud (for eksempel tilbud kalt psykoedukasjon) og beskrivelsen av innholdet i tilbuddet ikke alltid samsvarer. I noen tilfeller benevner man et tilbud som et psykoedukativt tilbud mens innholdsbeskrivelser viser at tilbuddet består av elementer fra andre former for tilbud, som for eksempel psykologisk baserte tilbud eller sosiale støttetilbud. Mens flesteparten ble betegnet som én-komponent intervensioner (for eksempel psykologisk basert tilbud eller sosiale støttetilbud), viste innholdsbeskrivelser at komponenter fra andre typer intervensioner ble inkludert i én og samme intervensjon eller tilbud, i ulike grad og på ulike måter.

I Vedlegg 3 gis en oversikt over studier av de ulike typer tilbud. En kort omtale av innhold og oppbygging av det enkelte tilbuddet i hver studie gis i Vedlegg 5.

---

<sup>5</sup> Noen kalte tilbud for «multi-komponent-intervensioner», enten i termen for tilbuddet eller i beskrivelsen av intervensjonen i sammendrag eller i selve forskningsartikkelen. Andre studier kalte tilbuddet bare for en intervensjon, men brukte begrepet «multi-komponent» i beskrivelsen av selve tilbuddet.

## 2.1.4 Forskningsdesign

Studiene vi har oppsummert har også forskjellige typer forskningsdesign. Av Tabell 4 under fremgår en liste over antall studier som har brukt de forskjellige designene. Som vi kommer nærmere inn på, er studiene forskningsdesign viktig å kjenne til for kunne fastslå med større grad av sikkerhet om tilbudene har effekt eller ikke.

**Tabell 4: Studiene forskningsdesign**

Forskningsdesign	Antall
Randomisert kontrollert studie (RCT)	49
Kvazi-eksperimentelt design	42
Kvalitativt design	8
Blandede metoder («mixed method»)	3
Tverrsnittstudier	2

Nesten halvparten (antall: 49) var såkalte *randomiserte kontrollerte studier* også kalt RCT-studier. RCT-studier regnes som det forskningsdesignet som er best egnet til å kunne vurdere om en intervensjon har effekt.<sup>6</sup> I RCT-studiene vi har oppsummert har man fordelt pårørende tilfeldig i en kontrollgruppe som mottar standard behandling eller oppfølging og i et lærings- og mestringstilbud (såkalt intervensjonsgruppe), dette for å sammenligne to grupper og undersøke om intervensjonen har effekt eller ikke. Studier som har observert positive endringer hos pårørende før og etter at de har deltatt på et lærings- og mestringstilbud, sammenlignet med kontrollgruppen, har da kunne konkludere med stor grad av sikkerhet at endringene skyldes deltakelse på et tilbud.

42 studier brukte *kvazi-eksperimentelle design* (kvantitative studier). I likhet med de eksperimentelle RCT-studiene sammenlignet man ofte her effekten av et lærings- og mestringstilbud (intervensjonsgruppe) med en kontrollgruppe. Men i kvazi-eksperimentene fordelte man ikke personer tilfeldig, noe som gjør det mer usikkert om gruppene som disse studiene har undersøkt kan sammenlignes. Det er dermed også mindre sikkert om positive effekter av deltakelse i intervensjonsgruppen skyldes intervensjonen eller andre forhold. De fleste studiene sammenlignet et tilbud med en kontrollgruppe (gjerne kalt «between-subjects design»), mens andre studier så utelukkende på forandringer i en gruppe pårørende før og etter et lærings- og mestringstilbud, uten å ha en kontrollgruppe å sammenligne med (gjerne kalt «within-subjects design»).<sup>7</sup> Studiene kan indikere at et tilbud har effekt, men ikke påvise en slik effekt med stor grad av sikkerhet.

Noen få studier brukte et såkalt *kvalitativt design* (antall: 8). Disse studiene undersøkte som regel gjennom intervjuer hvordan pårørende har opplevd å delta i et tilbud og hva slags utbytte de har hatt av å delta. I motsetning til RCT-studier og studier med kvazi-eksperimentelle design har ikke de kvalitative studiene, av metodiske grunner, uttalt seg om effekten av en intervensjon, men undersøkt nærmere hva et mindre antall personer har

<sup>6</sup> RCT-studier er studier med et design hvor personer fordeles tilfeldig til en eksperimentgruppe og en kontrollgruppe. Førstnevnte blir utsatt for et bestemt tiltak eller en eller annen slags påvirkning (såkalt eksperimentvariabel) og hvor man da ser på effekten av tiltaket ved å sammenlikne utfallet i begge gruppene (Johannessen mfl. 2010)

<sup>7</sup> Studier med et kvazi-eksperimentelt design ligner RCT-studier fordi de begge klassifiseres som studier med eksperimentelt design. Kvazi-eksperimentelt design brukes imidlertid når kriteriet for tilfeldig trekning (randomisering) av grupper ikke er oppfylt, mens de øvrige kriterier til et eksperiment er oppfylt (Drageseth og Ellingsen 2009).

opplevd. Hensikten med kvalitative studier er ikke å måle effekter eller å tallfeste omfang og utbredelse av et fenomen, men å få kunnskap om individers handlinger, erfaringer og oppfatninger av et fenomen (Leseth og Tellmann 2014).

Studier med *blandede metoder* (antall: 3) har innhentet både kvantitative data (spørreskjema) og kvalitative data (intervju eller åpne spørsmål i spørreskjema) for å undersøke endringer eller utbytte deltakere har hatt av å delta. Disse studiene kan heller ikke si noe om effekten av deltakelsen, men bare se endringer deltakere rapporterer om før og etter deltakelse i tilbud, hvilke opplevelser og hvilket utbytte de har hatt av å delta på et tilbud. Hensikten med å bruke blandede metoder er gjerne å få mer helhetlig kunnskap om hvilke endringer deltakere rapporterer gjennom å delta enn hva bare kvantitative eller kvalitative data kan gi alene (Andersen 2017).<sup>8</sup>

*Tverrsnittstudier* (antall: 2) har undersøkt hvilke endringer deltakere rapporterer om å ha etter avsluttet tilbud. I et slikt design samler man inn informasjon på en planlagt måte i en definert populasjon eller utvalg på et gitt tidspunkt. Tverrsnittsundersøkelser kan ikke si noe sikkert om effekt av et tiltak eller om årsaksforhold.<sup>9</sup>

### 2.1.5 Effekt av deltakelse

I det følgende ser vi på hva de kvantitative studiene rapporterer om effekt av deltakelse på tilbud og hvordan dette varierer mellom type tilbud som er studert, hvilken målgruppe det er snakk om og hvilke utfall som er undersøkt. Vi viser også til hvilket forskningsdesign studiene har brukt for blant annet å synliggjøre grunnlaget studiene har for å uttale seg årsaksforhold eller effekter.

#### 2.1.5.1 Reduserer tilbud byrde og belastning blant pårørende?

Vi tar først for oss studier som har undersøkt hvorvidt deltakelse på lærings- og mestringstilbud ser ut til å redusere opplevelse av *byrde og belastninger* blant pårørende til *personer med demens/Alzheimer* (se vedlegg 4 for en oversikt over hvilke spørreskjemaer studiene har brukt for å måle byrde og belastning).

I Tabell 5 kan dere lese hvilke komponenter disse tilbudene er baserte på og hvorvidt det er individuelle eller gruppebaserte tilbud (typer tilbud), hvilket forskningsdesign studiene har brukt og om de finner effekt av eller sammenheng mellom tilbud og byrde, stress og belastning etter at man har deltatt.

Tabell 5: Typer tilbud, forskningsdesign og effekt av deltakelse på tilbud for målgruppe (*pårørende til personer med demens/Alzheimer*) og utfall (*byrde og belastning*)

Studie	Komponenter	Individuelt/gruppebasert	Forskningsdesign	Effekt
Aboulafia-Brakha 2014	Psykoedukativt tilbud	Gruppebasert	Kvasi-eksperimentell studie	Ja
Ali 2015	Psykologisk basert (kognitiv atferdsterapi)	Individuelt	Kvasi-eksperimentell studie	Ja

<sup>8</sup> De kvantitative og kvalitative dataene fra studier som har brukt blandede metoder er rapportert inn under henholdsvis kvantitative og kvalitative studier (se resultater under 2.1.5 med overskriften «Effekt av deltakelse»).

<sup>9</sup> <https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/kritisk-vurdering/tverrsnittstudie>

Arango 2014	Psykologisk basert tilbud (kognitiv adferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Cheng 2019	Kombinert tilbud (kognitiv adferdsterapi og psykoedukasjon)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Cheng 2016	Kombinert tilbud (kognitiv adferdsterapi og psykoedukasjon)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Cheng 2017	Psykologisk basert tilbud (kognitiv adferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Chu 2011	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Nei
De Rotrou 2011	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Gaugler 2015	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Gaugler 2016	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Gonyea 2014	Psykologisk basert (kognitiv adferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Gossink 2018	Kombinert tilbud (psykoedukasjon, kognitiv adferdsterapi og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Küçükgüclü 2018	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Blandede metoder	Ja
Kurz 2010	Psykoedukasjon	Gruppe-, og individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Llangue 2015	Kombinert tilbud (kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Nei
Limiñana - Gras 2016	Kombinert tilbud (kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Nei
Livingston 2013	Kombinert tilbud (kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon)	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Lök 2017	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Martin- Carrasco 2014	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Passoni 2014	Kombinert tilbud (kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja

Paun 2015	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Nei
Pihet 2018	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Blandede metoder	Ja
Ponce 2018	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Rodriquez 2013	Psykologisk basert (kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Santos 2013	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Nei
Savundranayagam 2014	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Sousa 2020	Psykoedukasjon	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja/nei
Terraciano 2020	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Vasquez 2016	Kombinert tilbud (psykoedukasjon, kognitiv adferdsterapi og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Wawrziczy 2019	Kombinert tilbud (kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon)	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja/nei
Yoo 2019	Kombinert tilbud (psykoedukasjon, kognitiv atferdsterapi sosial støtte)	Gruppe-, og individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Yoon 2020	Empowerment tilbud	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja

Vi ser av tabellen at flertallet, altså 18 av 32 studier, finner positive effekter. Av disse 18 er det 10 randomiserte kontrollerte studier, altså studier med et bedre grunnlag for å si at endringer hos deltakere skyldes tilbuddet de har deltatt på og ikke andre faktorer. 12 studier finner at tilbud ikke har effekt, mens to studier finner både effekt og manglende effekt.

Grunnen er enten at forskerne har brukt to ulike mål på byrde og belastning og funnet effekt på det ene målet og ikke på det andre, eller at man finner positive effekter på enkelte dimensjoner på ett og samme mål.

Videre ser at vi at positive effekter avdekkes i studier av ulike typer tilbud, enten det er snakk om psykoedukasjon, psykologisk baserte tilbud eller kombinerte tilbud eller individbaserte og gruppebaserte tilbud.

I Tabell 6 nedenfor beskrives studier som har sett om deltakelse i lærings- og mestringstilbud reduserer byrden og belastningen for pårørende til personer med ulike former for *psykiske lidelser eller helseutfordringer*.

Tabell 6: Type tilbud, forskningsdesign og effekt av deltakelse på tilbud for målgruppe (*pårørende til personer med psykiske helseutfordringer*) og utfall (*byrde og belastning*)

<b>Studie</b>	<b>Komponenter</b>	<b>Individuelt/gruppebasert</b>	<b>Forskningsdesign</b>	<b>Effekt</b>
Amaresha 2018	Psykoedukasjon	Individuelt	Randomisert kontrollert studie	Nei
Chiu 2011	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Gharavi 2018	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Gleeson 2020	Kombinert tilbud (kognitiv afferdsterapi og psykoedukasjon)	Individuell	Randomisert kontrollert studie	Ja
Gonzalez 2019	Kombinert tilbud (psykoedukasjon, kognitiv afferdsterapi og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Grenyer 2018	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja/nei
Hubbard 2016	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Katsuki 2011	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell	Ja
Kolostoumpis 2015	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv afferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontroller studie	Ja
Linacre	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv afferdsterapi)	Gruppebaserte	Blandede metoder	Ja
Martin-Carrasco 2016	Kombinert tilbud (psykoedukasjon, kognitiv afferdsterapi og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Melamed 2013	Sosialt støttetilbud	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Navidian	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontroller studie	Ja
Rowaert 2018	Kombinert tilbud (kognitiv afferdsterapi og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Nei
Sharif 2012	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Shiraishi 2019	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Stephens 2011	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja

Tabeleao 2018	Psykoedukasjon	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Tanriverdi 2012	Psykoedukasjon	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja

Fra denne tabellen ser vi at av 19 studier totalt, er det 14 som finner positive effekter mens fire finner manglende effekt (en studie finner både positiv og manglende effekt). Syv av de 14 er kvasi-eksperimentelle studier, 6 er randomiserte kontrollerte studier og én brukte blandede metoder (mixed-method). Mens andelen studier som finner positive effekter er større sammenlignet med studier av forrige målgruppe (pårørende til personer med demens/Alzheimer), er det i dette tilfellet færre studier, og de fleste som finner positive effekter er kvasi-eksperimentelle studier. I slike studier er som nevnt grunnlaget for å påvise effekter svakere enn ved randomiserte kontrollerte studier. Men også for denne målgruppen finner studier positive resultater for ulike typer tilbud som psykoedukasjon, psykologisk baserte tilbud, sosiale støttetilbud eller kombinerte tilbud, samt for individbaserte og gruppebaserte tilbud.

I Tabell 7 nedenfor gir vi en oversikt over studier av tilbud til andre grupper pårørende. Fordi disse utgjør færre studier, har vi slått de sammen i samme tabell. I Tabell 7 spesifiserer vi målgruppen for tilbuddet i en egen kolonne.

Tabell 7: Type tilbud, forskningsdesign og effekt av deltagelse på tilbud for målgruppe (*andre målgrupper*) og utfall (*byrde, stress og belastning*)

Studie	Målgruppe	Komponenter	Individuelt/gruppebasert	Forskningsdesign	Effekt
Demiris 2019	Palliativ	Psykologisk basert (kognitiv atferdsterapi)	Individuelt	Randomisert kontrollert studie	Ja
Holm 2017	Palliativ	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Holm 2016	Palliativ	Kombinert tilbud (psykoedukasjon, kognitiv adferdsterapi og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Cheng 2018	Hjerneslag/skade	Kombinert tilbud (kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon)	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Fortune 2016	Hjerneslag/skade	Kombinert (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppe-, og individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
King 2012	Hjerneslag/skade	Problemløsnings-orientert tilbud	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Gonzalez 2019	Funksjons-nedsettelse	Kombinert tilbud (psykoedukasjon, kognitiv adferdsterapi og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Lunsky 2017	Funksjons-Nedsettelse	Mindfulness	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Nei

Peturs-dottir 2019	Kreft	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Savund-ranay 2014	Flere diagnoser	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell	Ja/nei

### 2.1.5.2 Oppsummering

I det foregående har vi gjennomgått studier som har undersøkt effekt av deltakelse i lærings- og mestringstilbud for pårørendes opplevelse av byrde og belastning. Dette gjelder 61 studier, altså over halvparten av de 104 studiene vi har undersøkt. Det betyr at vi har mest kunnskap om effekter på dette utfallet, spesielt for pårørende til personer med demens eller Alzheimer og psykiske helseutfordringer.

Flertallet studier av byrde og belastning (antall: 35) viser positive effekter av deltakelse etter avsluttet tilbud og over tid, og de fleste av disse er også RCT-studier (antall: 22). Selv om vi likevel må vurdere resultatene med en viss varsomhet, er det overordnet sett et positivt bilde som tegnes av disse studiene.

Av de 35 studiene som finner positive resultater finner vi både gruppebaserte og individuelle tilbud. Blant disse er det også tilbud til pårørende til personer med en rekke ulike helseutfordringer, som demens, psykiske helseutfordringer og hjerneslag/skade. Positive effekter finner vi også for flere ulike typer tilbud, både psykoedukative tilbud, psykologisk baserte tilbud, sosiale støttetilbud og kombinerte tilbud. Tilbudene varierer dessuten med tanke på varighet, frekvens og intensitet. Effekter er funnet for tilbud som er gjennomført ukentlig, annen hver uke eller over flere sammenhengende dager.

Resultatene tyder på at det ikke bare er én type tilbud som gir positiv effekt for bestemte grupper av pårørende. Derimot ser det ut til at et mangfold av tilbud kan ha positiv innvirkning på byrden og belastningene for pårørende til personer med flere ulike typer helseutfordringer. I Vedlegg 5 kan man få en oversikt over variasjonen i tilbud som er studert, inklusive informasjon om varighet, intensitet og omfang og om hvem som har vært kursledere.

### 2.1.5.3 Bidrar tilbud til bedre psykisk helse blant pårørende?

Så langt har vi oppsummert hva studier sier om effekt av deltakelse på tilbud for byrde og belastninger når det gjelder ulike grupper av pårørende. I det følgende ser vi på studier som har undersøkt om deltakelse på tilbud bidrar til bedre psykisk helse blant ulike grupper pårørende (se Vedlegg 4 for en oversikt over hvilke spørreskjema studiene har brukt for å måle psykisk helse).

I Tabell 8 kan dere lese hvilke komponenter disse tilbudene er baserte på, hvorvidt det er individuelle eller gruppebaserte tilbud (typer tilbud), hvilke forskningsdesign studiene har brukt og om de finner effekt av eller sammenheng mellom deltagelse på tilbud og pårørendes psykiske helse.

Tabell 8: Typer tilbud, forskningsdesign og effekt av deltagelse på tilbud for målgruppe (*pårørende til personer med demens/Alzheimer*) og utfall (*psykisk helse*)

<b>Studie</b>	<b>Komponenter</b>	<b>Individuelt/gruppebasert</b>	<b>Forskningsdesign</b>	<b>Effekt</b>
Aboulafia 2014	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Nei
Ali 2015	Psykologisk basert (kognitiv atferdsterapi)	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Nei
Alves 2016	Psykoedukasjon	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Au 2010	Kombinert tilbud (kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Cheng 2019	Kombinert tilbud (kognitiv adferdsterapi og psykoedukasjon)	Gruppebasert	Randomisert kontroller studie	Nei
Cheng 2016	Psykologisk basert (kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Cheng 2017	Psykologisk basert (kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Chu 2011	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
De Rotrou 2011	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Donorfio 2010	Sosialt støttetilbud	Gruppebasert	Tverrsnittstudie	Ja
Gaugler 2015	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Gonyea 2014	Psykologisk basert tilbud (kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Gossink 2018	Kombinert tilbud (psykoedukasjon, kognitiv adferdsterapi og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Hatch 2014	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja/nei
Kurz 2010	Psykoedukasjon	Gruppe og individbasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Losada 2011	Psykologisk basert (kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Leone 2014	Kombinert tilbud (kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Limñana-Gras 2016	Kombinert tilbud (kognitiv	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Nei

	(atferdsterapi og psykoedukasjon)			
Livingston 2013	Kombinert tilbud (kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon)	Individbasert	Randomisert kontroller studie	Ja
Livingston 2020	Kombinert tilbud (kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon)	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Ott 2010	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Pan 2019	Psykologisk basert (kognitiv atferdsterapi)	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Passoni 2014	Kombinert tilbud (kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja/nei
Paun 2015	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Nei
Pihet 2018	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Blandede metoder	Ja
Rodrigues 2013	Psykologisk basert (kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Santos 2013	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja/nei
Terraciano	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Vasquez 2016	Kombinert tilbud (Kombinert tilbud (psykoedukasjon, kognitiv adferdsterapi og sosial støtte))	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Wang 2012	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Werner 2020	Sosialt støttetilbud	Gruppe-, og individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Yoo 2019	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi)	Gruppe-, og individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja/nei

Også her ser vi at flesteparten av studiene finner positive effekter, det vil si 20 av 32 studier. I dette tilfellet er majoriteten av de 20 studiene randomiserte kontrollerte studier, det vil si 13 i antall (fire studier fant både positiv og manglende effekt i samme studien). Fem studier hadde et kvazi-eksperimentelt design. Positive effekter ble funnet i studier av ulike typer tilbud, det vil si psykoedukasjon, psykologisk baserte tilbud, sosiale støttetilbud, kombinerte tilbud eller tilbud som var individbasert, gruppebasert eller begge deler.

I Tabell 9 nedenfor beskrives studier som har sett om deltakelse på lærings- og mestringstilbud bidrar til bedre psykisk helse for pårørende til personer med ulike former for *psykiske helseutfordringer*.

Tabell 9: Type tilbud, forskningsdesign og effekt av deltagelse på tilbud for målgruppe (*pårørende til personer med psykiske helseutfordringer*) og utfall (*psykisk helse*)

<b>Studie</b>	<b>Komponenter</b>	<b>Individuelt/gruppebasert</b>	<b>Forskningsdesign</b>	<b>Effekt</b>
Amaresha 2018	Psykoedukasjon	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Behrouian 2020	Psykologisk basert (kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Chiu 2011	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Gleeson 2010	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi)	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Grenyer 2018	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Hubbard 2016	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Katsuki 2011	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Marcos 2018	Psykoedukasjon	Gruppebaert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Martin-Carrasco 2016	Kombinert tilbud (psykoedukasjon, kognitiv atferdsterapi og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Sadath 2016	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Nei
Shiraishi 2019	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Stephens 2011	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell	Ja
Zhou 2020	Psykologisk basert (kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei

Av 13 studier som har undersøkt om deltagelse på tilbud bidrar til bedre psykisk helse for denne målgruppen finner åtte positive effekter og fem manglende effekter. Blant de syv førstnevnte var fire randomiserte kontrollerte studier og fire brukte kvazi-eksperimentelt design for pårørende til personer med ulike former for psykiske helseutfordringer. Selv om flere finner positive enn manglende effekter, er det her snakk om nokså få studier, noe som betyr at man må vurdere resultatene med større grad av varsomhet. Men også i dette tilfellet finner studier positive effekter på tvers av ulike former for lærings- og mestringstilbud.

Andre studier har undersøkt effekter på psykisk helse for pårørende til personer med andre helseutfordringer (se Tabell 10). På grunn av et lavt antall studier av slår vi her sammen studier av øvrige målgrupper.

Tabell 10: Type tilbud, forskningsdesign og effekt av deltagelse på tilbud for målgruppe (*andre målgrupper*) og utfall (*psykisk helse*)

Studie	Målgruppe	Komponenter	Individuelt/gruppebasert	Forskningsdesign	Effekt
Boele 2013	Kreft	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Mahendran 2017	Kreft	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi)	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Nei
Pailier 2015	Kreft	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Petursdottir 2019	Kreft	Kombinert tilbud (kognitiv adferdsterapi og sosial støtte)	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Cheng 2018	Hjerneslag/skade	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi)	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Fortune 2016	Hjerneslag/skade	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppe-, og individbasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
King 2012	Hjerneslag/skade	Problemløsningsorientert tilbud	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Demiris 2019	Palliativ	Psykologisk basert (kognitiv atferdsterapi)	Individuelt	Randomisert kontrollert studie	Ja
Holm 2017	Palliativ	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Holm 2016	Palliativ	Kombinert tilbud (psykoedukasjon, kognitiv adferdsterapi og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Gonzalez 2019	Funksjons-Nedsettelse	Kombinert tilbud (psykoedukasjon, kognitiv atferdsterapi og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja/nei
Lunksy 2017	Funksjons-nedsettelse	Mindfulness	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Wei 2012	Funksjons-nedsettelse	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Ågren 2015	Hjerte/skade	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei

#### 2.1.5.4 Oppsummering

I det foregående har vi systematisert studier som har undersøkt effekt av deltagelse på lærings- og mestringstilbud for pårørendes psykiske helse. Dette gjelder 59 studier, altså over halvparten av de 104 studiene vi har oppsummert. Sammen med studier av byrde og belastning finnes altså en god del kunnskap om effekter på pårørendes psykiske helse samlet

sett, men det er færre studier av effekter på psykisk helse for ulike målgrupper sammenlignet med studier av effekter av tilbud på byrde og belastning.

Flertallet studier av psykisk helse (antall: 32) viser positive effekter av deltagelse etter avsluttet tilbud og over tid, og de fleste av disse er også RCT-studier (antall: 18). Selv om majoriteten av studier som viser positive effekter er RCT studier, er det nokså få studier av tilbud for ulike grupper pårørende. Vi finner flest studier av tilbud rettet mot pårørende til personer med demens/Alzheimer.

Av de studier som finner positive resultater finner vi også her gruppebaserte og individuelle tilbud samt psykoedukative tilbud, psykologisk baserte tilbud, sosiale støttetilbud og kombinerte tilbud. Også disse tilbudene varierer dessuten med tanke på varighet, frekvens og intensitet. Effekter er funnet for tilbud som er gjennomført ukentlig, annen hver uke eller over flere sammenhengende dager.

I likhet med studier av effekter på pårørendes byrde og belastning tyder foreliggende resultater på at det ikke bare er én type tilbud som gir positiv effekt for bestemte grupper av pårørende. Et mangfold av tilbud kan ha positiv innvirkning på den psykiske helsen for pårørende til personer med flere ulike typer helseutfordringer. I Vedlegg 5 kan man få en oversikt over variasjon i tilbud som er studert.

#### 2.1.5.5 Bidrar tilbud til økt velvære og livskvalitet blant pårørende?

Hittil har vi beskrevet hva studier sier om effekt av deltagelse på byrde og belastninger og psykisk helse for ulike grupper av pårørende. I det følgende ser vi på studier som har undersøkt om deltagelse på tilbud bidrar til bedre velvære og økt livskvalitet blant pårørende.

Vi ser også her først på tilbud til pårørende til personer med demens/Alzheimer. I Tabell 11 kan dere lese hvilke komponenter disse tilbudene er baserte på, hvorvidt det er individuelle eller gruppebaserte tilbud (typer tilbud), hvilke forskningsdesign studiene har brukt og om de finner effekt av eller sammenheng mellom deltagelse på tilbud og pårørendes velvære og livskvalitet. For de som er interesserte i å se hvilke spørreskjemaer kursledere har brukt for å måle endringer i velvære og livskvalitet, kan se nærmere på Vedlegg 4.

Tabell 11: Typer tilbud, forskningsdesign og effekt av deltagelse på tilbud for målgruppe (*pårørende til personer med demens/Alzheimer*) og utfall (*velvære og livskvalitet*)

Studie	Komponenter	Individuelt/gruppebasert	Forskningsdesign	Effekt
Alves 2016	Psykoedukasjon	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Nei
Bökberg 2019	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja/nei
Cheng 2019	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Cheng 2016	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Cheng 2017	Psykologisk basert (psykoedukasjon)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei

	(og kognitiv atferdsterapi)			
Gaugler 2015	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Kurz 2010	Psykoedukasjon	Gruppe-, og individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Livingston 2013	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi)	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Martin-Carrasco 2014	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Ott 2010	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Individbasert	Kvazi- eksperimentell studie	Ja
Rodriquez 2013	Psykologisk basert (kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Santos 2013	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Kvazi- eksperimentell studie	Nei
Savundranayagam 2014	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi- eksperimentell studie	Nei
Terraciano 2020	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Wang 2012	Sosialt støttetilbud	Gruppebasert	Kvazi- eksperimentell studie	Ja
Wawrziczy 2019	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi)	Individbasert	Kvazi- eksperimentell studie	Nei
Yoon 2020	Kombinert tilbud (empowerment og sosial støtte)	Individbasert	Kvazi- eksperimentell studie	Ja

Et mindretall studier, altså syv av 17 studier, finner at tilbud har positiv effekt på velvære og livskvalitet blant påørende til personer med demens/Alzheimer. Blant disse er fire RCT-studier og tre kvazi-eksperimentelle studier. Ni finner manglende effekter; fem RCT-studier og 4 kvazi-eksperimentelle studier. Blant begge grupper studier finner vi ulike typer tilbud og både individbaserte og gruppebaserte tilbud.

Studier har også sett om deltakelse bidrar til mer velvære og økt livskvalitet blant påørende til personer med psykiske helseutfordringer og andre helseutfordringer. Disse studiene får du en oversikt over i Tabell 12. På grunn av et lavt antall studier av slår vi her sammen studier av øvrige målgrupper.

Tabell 12: Type tilbud, forskningsdesign og effekt av deltagelse på tilbud for målgruppe (*andre målgrupper*) og utfall (*velvære og livskvalitet*)

Studie	Målgruppe	Komponenter	Individuelt/gruppebasert	Forskningsdesign	Effekt
Boele 2013	Kreft	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Mahendran 2017	Kreft	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi)	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Pailier 2015	Kreft	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Younis	Kreft	Psykoedukasjon	Gruppe-, og individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Holm 2017	Palliativ	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Holm 2016	Palliativ	Kombinert tilbud (psykoedukasjon, kognitiv adferdsterapi og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Hudson 2012	Palliativ	Psykoedukasjon	Gruppe-, og individbasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Gex-Fabry 2015	Psykiske lidelser	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Kryss-seksjonell design	Ja
Linacre	Psykiske lidelser	Kombinert (psykoedukasjon og mindfulness)	Gruppebasert	Blandede metoder	Nei
Marcos 2018	Psykiske lidelser	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Rowaert 2018	Psykiske lidelser	Kombinert tilbud (kognitiv atferdsterapi og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell design	Ja/nei
King 2012	Hjerne/skade	Problemløsnings-orientert tilbud	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Ågren 2015	Hjerte/skade	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Gonzalez 2019	Funksjons-nedsettelse	Kombinert tilbud (psyko-edukasjon, kognitiv adferdsterapi og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja/nei
Lunsky mfl. 2017	Funksjons-nedsettelser	Mindfulness	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Nei

#### 2.1.5.6 Oppsummering

I det foregående har vi gjennomgått studier som har undersøkt effekt av deltagelse på lærings- og mestringstilbud for pårørendes velvære og livskvalitet. Dette gjelder 32 studier, altså omrent en tredjedel av de 104 studiene vi har oppsummert i rapporten. Selv om vi finner studier som påviser effekt av tilbud på velvære og livskvalitet, er kunnskapsgrunnlaget

svakere sammenlignet med foregående studier. Det skyldes at det her er snakk om færre studier samlet sett, det er få studier av tilbud for ulike grupper pårørende (også her finner vi flest studier av tilbud rettet mot pårørende til personer med demens/Alzheimer) og fordi et mindretall rapporterer om positiv effekt av tilbud for dette utfallet. I Vedlegg 5 kan man få en oversikt over variasjon i tilbud som er studert.

#### 2.1.5.7 Gir tilbud økt mestring blant pårørende?

Studier av deltagelse på lærings- og mestringstilbud til pårørende har også undersøkt effekt på pårørendes opplevelse av mestring.

Vi ser også her først på tilbud til pårørende til personer med demens/Alzheimer. I Tabell 13 kan man lese hvilke komponenter disse tilbudene er baserte på, hvorvidt det er individuelle eller gruppebaserte tilbud (typer tilbud), hvilke forskningsdesign studiene har brukt og om de finner effekt av eller sammenheng mellom deltagelse på tilbud og pårørendes opplevelse av mestring. For de som er interesserte i å se hvilke spørreskjemaer kursledere har brukt for å måle endringer i mestring, kan se nærmere på vedlegg 4.

Tabell 13: Typer tilbud, forskningsdesign og effekt av deltagelse på tilbud for målgruppe (*pårørende til personer med demens/Alzheimer*) og utfall (*mestring*)

Studie	Komponenter	Individuelt/gruppebasert	Forskningsdesign	Effekt
Au 2010	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Cheng 2017	Psykologisk basert (kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Cheng 2016	Kombinert tilbud (kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Chiu 2015	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Ducharme 2011	Psykoedukasjon	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Gonyea 2014	Psykologisk basert (kognitiv atferdstilbud)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Kouri 2011	Psykoedukasjon	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Llangue 2015	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Livingston 2013	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi)	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Nei

Ott 2010	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Pan 2019	Psykologisk basert (kognitiv atferdsterapi)	Individbasert	Randomisert kontroller studie	Ja
Pihet 2018	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Blandede metoder	Ja
Terraciano 2020	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Wawrziczy 2019	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi)	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Nei
Yoon 2020	Kombinert (empowerment og sosial støtte)	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja

15 studier har undersøkt effekt av tilbud på pårørendes opplevelse av mestring av hverdagen som pårørende. 13 av disse fant positive effekter, hvorav åtte studier anvendte et RCT-design, fire kvazi-eksperimentelt design og én brukte blandede metoder. Bare to studier fant manglende effekt. Andelen studier som finner positive effekter er med andre ord høy, samtidig som det her er snakk om relativt få studier. Studier finner positive resultater for ulike typer tilbud som psykoedukasjon, psykologisk baserte tilbud, sosiale støttetilbud eller kombinerte tilbud, samt for individbaserte og gruppebaserte tilbud.

I tabell 14 nedenfor gir vi en oversikt over studier av tilbud til andre grupper pårørende. Fordi disse utgjør færre studier, har vi slått de sammen i samme tabell. I Tabell 14 spesifiserer vi målgruppen for tilbuddet i en egen kolonne.

Tabell 14: Type tilbud, forskningsdesign og effekt av deltagelse på tilbud for målgruppe (*pårørende til personer med andre helseutfordringer*) og utfall (*mestring*)

Studie	Målgruppe	Type tilbud	Gruppebasert/individuelt	Forskningsdesign	Effekt
Abedi 2020	Psykisk lidelse	Problemløsning	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja/nei
Chiu 2011	Psykisk lidelse	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Gharavi 2018	Psykisk lidelse	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Grenyer 2018	Psykisk lidelse	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Hubbard 2016	Psykisk lidelse	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Marcos 2018	Psykisk lidelse	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Rowaert 2018	Psykisk lidelse	Kombinert tilbud (kognitiv atferdsterapi og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja/nei
Sampogna 2018	Psykisk lidelse	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja

Zhou 2020	Psykisk lidelse	Psykologisk basert (kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Jafari 2020	Multippel sklerose	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og empowerment)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Boele 2013	Kreft	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Cheng 2018	Hjerneslag/skade	Kombinert tilbud (kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon)	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Demiris 2019	Palliativ	Psykologisk basert (kognitiv atferdsterapi)	Individuelt	Randomisert kontrollert studie	Ja
King 2012	Hjerne/skade	Problemløsnings-orientert tilbud	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Lunsky 2017	Funksjonsnedsettelse (autisme)	Mindfulness	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Nei

#### 2.1.5.8. Oppsummering

30 av 104 studier, altså rundt en tredjedel av studiene vi har oppsummert, har undersøkt effekt av deltagelse på lærings- og mestringstilbud for pårørende opplevelse av mestring. De fleste studiene har undersøkt tilbud til pårørende til personer som har demens/Alzheimer, 15 studier i antall, mens et mindre antall studier har undersøkt andre målgrupper pårørende (jf. tabell 12). Også for mestring som utfall finner flesteparten positive effekter av deltagelse; 24 studier fant positive effekter (hvorav 16 var randomiserte kontrollerte studier), fire fant manglende effekter og to studier fant både positiv og manglende effekt.

Av de studier som finner positiv effekt finner vi gruppebaserte og individuelle tilbud samt psykoedukative tilbud, psykologisk baserte tilbud, sosiale støttetilbud og kombinerte tilbud. Tilbudene varierer dessuten med tanke på varighet, frekvens og intensitet. Det kan tyde på at det ikke bare er én type tilbud som gir positiv effekt for bestemte grupper av pårørende. Et mangfold av tilbud kan ha positiv innvirkning på opplevelsen av mestring for pårørende til personer med flere ulike typer helseutfordringer. I Vedlegg 5 kan man få en oversikt over variasjon i tilbud som er studert.

#### 2.1.5.9 Bidrar tilbud til økt kunnskap blant pårørende?

Studier av effekter av deltagelse på lærings- og mestringstilbud til pårørende har også undersøkt effekt på pårørendes tilegnelse av kunnskap om helseutfordringer til den de er pårørende til.

I Tabell 15 kan dere lese hvilke komponenter disse tilbudene er baserte på, hvorvidt det er individuelle eller gruppebaserte tilbud (typer tilbud), hvilke forskningsdesign studiene har brukt og om de finner effekt av eller sammenheng mellom deltagelse på tilbud og pårørendes tilegnelse av kunnskap. For de som er interesserte i å se hvilke spørreskjemaer kursledere har brukt for å måle endringer i kunnskap før og etter deltagelse på tilbud, kan se nærmere på Vedlegg 4.

På grunn av et lavt antall studier av effekter på kunnskap slår vi sammen studier av tilbud til samtlige målgrupper (se tabell 15).

Tabell 15: Typer tilbud, forskningsdesign og effekt av deltagelse på tilbud for målgruppe (*alle målgrupper*) og utfall (*kunnskap*)

<b>Studie</b>	<b>Målgruppe</b>	<b>Komponent</b>	<b>Individ/gruppe</b>	<b>Forskningsdesign</b>	<b>Effekt</b>
Chiu 2015	Demens/Alzheimer	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
De Rotrou 2011	Demens/Alzheimer	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Ducharme 2011	Demens/Alzheimer	Psykoedukasjon	Individbasert	Randmisert kontrollert studie	Ja
Gossink 2018	Demens/Alzheimer	Kombinert tilbud (psykoedukasjon, kognitiv atferdsterapi og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Kouri 2011	Demens/Alzheimer	Psykoedukasjon	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Llangue 2015	Demens/Alzheimer	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Paun 2015	Demens/Alzheimer	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Amaresha 2018	Psykisk lidelse	Psykoedukasjon	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Day 2017	Psykisk lidelse	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Dominiquez 2017	Psykisk lidelse	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Hubbard 2016	Psykisk lidelse	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Kolostoumpis 2015	Psykisk lidelse	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Petrakis 2014	Psykisk lidelse	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja/nei
Holm 2017	Palliativ	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Holm 2016	Palliativ	Kombinert tilbud (psykoedukasjon,	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei

		kognitiv adferdsterapi og sosial støtte)			
Hudson 2012	Palliativ	Psykoedukasjon	Gruppe-, og individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja/nei
Cheng 2018	Hjerneslag/skade	Kombinert tilbud (kognitiv atferdsterapi og psyko- edukasjon)	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
King 2012	Hjerneslag/skade	Problemløsning- orientert tilbud	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Jafari 2020	Multipel sklerose	Kombinert tilbud (psyko- edukasjon og empowerment)	Gruppebasert	Kvazi- eksperimentell studie	Ja

## 2.1.6. Oppsummering

I det foregående har vi beskrevet 19 studier som har undersøkt effekt av deltagelse på lærings- og mestringstilbud for pårørendes kunnskap om helseutfordringene til den de er nærtstående til. 15 studier fant positiv effekt, to fant manglende effekt og to fant både positiv og manglende effekt. Selv om andelen studier som finner positive effekter er høye, er det i dette tilfellet et lite antall studier, og antall studier for de ulike målgruppene er lav. Som i forskningen på andre utfall beskrevet over, er det flest studier av tilbud til pårørende eller nærtstående til personer med demens/Alzheimer (syv studier) og psykiske lidelser (seks studier). I likhet med andre studier over viser både psykoedukative og andre typer tilbud, samt gruppebaserte og individbaserte tilbud, positive effekter på pårørendes kunnskap. I Vedlegg 5 kan man få en oversikt over variasjon i tilbud som er studert.

### 2.1.6.1 Andre utfall

Studier av effekter av deltagelse på lærings- og mestringstilbud til pårørende har også undersøkt effekt på andre utfall.

I tabell 16 kan dere lese hvilke komponenter disse tilbudene er baserte på, hvorvidt det er individuelle eller gruppebaserte tilbud (typer tilbud), hvilke forskningsdesign studiene har brukt og om de finner effekt av eller sammenheng mellom deltagelse på tilbud og andre utfall. For de som er interesserte i å se hvilke spørreskjemaer kursledere har brukt for å måle endringer før og etter deltagelse på tilbud, kan se nærmere på Vedlegg 4.

På grunn av et lavt antall studier av effekter på andre utfall slår vi sammen studier av tilbud til samtlige utfall og målgrupper (se tabell 16).

Tabell 16: Typer tilbud, forskningsdesign og effekt av deltagelse på tilbud for målgruppe (*alle målgrupper*) og utfall (*andre utfall*)

Studie	Mål- gruppe	Utfall	Komponenter	Individuelt/gruppebasert	Forsknings - design	Effekt
Cheng 2018	Hjerneslag /skade	Familie- fung.	Kombinert tilbud (kognitiv atferdsterapi og psyko- edukasjon)	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja

Domi ni- quez 2017	Psykisk lidelse	Familie-fung.	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Duch - arme 2011	Demens/ Alzheimer	Familie-fung.	Psykoedukasjon	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Fort-une 2016	Hjerneslag/ skade	Familie-fung	Kombinert (psyko-edukasjon og sosial støtte)	Gruppe-, og individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Gren-yer 2019	Psykisk lidelse	Familie-fung.	Kombinert tilbud (psyko-edukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Kats-uki 2011	Psykisk lidelse	Familie-fung.	Kombinert tilbud (psyko-edukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
King 2012	Hjerne/ Skade	Familie-fung.	Problemløsnings-orientert tilbud	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Shirai shi 2019	Psykisk lidelse	Familie-fung.	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Vagha rseyye din 2018	Psykisk lidelse	Familie-fung.	Sosialt støttetilbud	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Zhou 2020	Psykisk lidelse	Familie-fung.	Psykologisk basert (kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Cheng 2018	Hjerneslag/ skade	Sosial støtte	Kombinert tilbud (kognitiv atferdsterapi og psyko-edukasjon)	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Ja
Ducha rme 2011	Demens/Alzheimer	Sosial støtte	Psykoedukasjon	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Gaug- ler 205	Demens/Alzheimer	Sosial støtte	Kombinert tilbud (psyko-edukasjon og sosial støtte)	Individbasert	Randomisert kontrollert	Ikke rapportert
Peturs dottir	Kreft	Sosial støtte	Kombinert tilbud (psyko-edukasjon og sosial støtte)	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Sadath 2016	Psykisk liste	Sosial støtte	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Nei
Wang 2012	Demens/Alzheimer	Sosial støtte	Kombinert tilbud (psyko-edukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperientell studie	Ikke rapportert
Wei 2012	Funksjons-nedsettelse	Sosial støtte	Kombinert tilbud (psykoedukasjon)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja

			n og sosial støtte)			
Ott 2010	Demens/Alzheimer	Sorg	Psykoedukasjon	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Nei
Paun 2015	Demens/Alzheimer	Sorg	Kombinert tilbud (psykoedukasjon og sosial støtte)	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja/nei
Yoon 2020	Demens/Alzheimer	Sorg	Empowerment tilbud	Individbasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ikke rapportert
Kurz 2010	Demens/Alzheimer	Helseøkonomi	Psykoedukasjon	Gruppe-, og individbasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Livingston 2020	Demens/Alzheimer	Helseøkonomi	Kombinert tilbud (kognitiv atferdsterapi og psykoedukasjon)	Individbasert	Randomisert kontrollert studie	Nei
Redlich 2010	Psykisk lidelse	Håp	Psykoedukasjon	Gruppebasert	Kvazi-eksperimentell studie	Ja
Zhou 2020	Demens/Alzheimer	Håp	Psykologisk basert (kognitiv atferdsterapi)	Gruppebasert	Randomisert kontrollert studie	Ja

#### 2.1.6.2. Oppsummering

23 studier har undersøkt effekt av deltagelse på andre utfall; 10 på familiefungering (hvorvidt konflikter med den man er pårørende til er redusert for eksempel) hvor fem finner positive effekter og fem manglende effekter. Av syv studier om sosial støtte som utfall finner tre positive effekter, to manglende effekter og to studier har ikke rapportert. Videre finner én studie manglende effekt på sorg blant pårørende, én finner både positiv og manglende effekt og én har ikke rapportert resultater på utfallet. Ingen av de to studiene om helseøkonomisk effekt (antall reinnleggelse for eksempel) og to studier fant positiv effekt av deltagelse på pårørendes håp for fremtiden.

#### 2.2 Kvalitative studier

Åtte studier har brukt et kvalitatittiv design. Som nevnt tidligere er ikke hensikten med kvalitative studier å måle effekter eller å tallfeste omfang og utbredelse av et fenomen, men å få kunnskap om individers handlinger, erfaringer og oppfatninger av et fenomen (Leseth og Tellmann 2014). De kvalitative studiene brukte semi-strukturerte intervju, fokusgrupper eller åpne spørsmål på spørreskjemaer.

Studiene har undersøkt gruppebaserte tilbud til pårørende til personer med kreft (to i antall), demens/Alzheimer (to i antall) og psykiske helseutfordringer (tre i antall) og palliativ omsorg (antall: 1). Av de åtte studiene handler tre om psykoedukative tilbud, tre om kombinerte tilbud og to om sosiale støttetilbud, av ulik lengde og omfang.

Tabell 17 gir en oversikt over målgruppe og type tilbud. Etter tabellen oppsummerer vi de viktigste resultatene med tanke på hva deltakerne opplevde som hjelpsomt, nyttig og utfordrende ved å delta i tilbud.

Tabell 17: Målgruppe og type tilbud i kvalitative studier

<b>Studie</b>	<b>Målgruppe</b>	<b>Komponenter</b>	<b>Individuelt/gruppe</b>
Petrakis 2014	Psykiske helseutfordringer	Kombinert tilbud	Gruppebasert
Petrakis 2017	Psykiske helseutfordringer	Kombinert tilbud	Gruppebasert
Riley 2011	Psykiske helseutfordringer	Psykoedukasjon	Gruppebasert
Arnaert 2010	Kreft	Sosialt støttetilbud	Gruppebasert
Ohlsson 2012	Kreft	Psykoedukasjon	Gruppebasert
Johannessen 2015	Demens/Alzheimer	Kombinert tilbud	Gruppebasert
Lee 2013	Demens/Alzheimer	Psykoedukasjon	Gruppebasert
Henriksson 2011	Palliativ omsorg	Sosialt støttetilbud	Gruppebasert

## 2.2.1 Resultater

På grunn av et lavt antall kvalitative studier har vi gjort en tematisk analyse (Braun og Clarke 2006) av resultatene fra studiene på tvers av målgrupper og typer tilbud. Resultatene viser tre hovedtemaer og tilhørende undertemaer (se Vedlegg 1 for mer om analysemetoden vi har brukt).

## 2.2.2 Positivt å treffen andre deltagere

Det første hovedtemaet som gikk igjen i studiene handlet om det positive i det å få treffen andre deltagere. Et sentralt moment som blir fremhevet er følelsen av et fellesskap med andre deltagere gjennom å dele erfaringer, være åpne om egne tanker og følelser, gjensidig støtte og opplevelsen av å være “i samme båt”. Å møte andre i samme situasjon ga en anledning til å kunne ventilere og å føle seg hørt. Følgende sitat fra en som deltok på et psykoedukativt gruppetilbud for pårørende til personer med kreft studie eksemplifiserer dette:

I found it really good to meet and talk to other next of kin who are in the same situation. I thought it was good to hear that it was not only me, that other people are going through the same thing (Ohlsson 2012: 5).

## 2.2.3. Utbytte av deltagelse

Det andre hovedtemaet beskriver utbytte av deltagelse på lærings- og mestringstilbud. Et undertema her er den kunnskapen pårørende tilegner seg om diagnosen eller sykdommen til sin nærmiljø. Pårørende rapporterer om å få en bedre forståelse av sykdommen og hva det innebærer å leve med en langvarig helseutfordring, samt en bedre forståelse av familiesituasjonen. Deltakere rapporterer også om en forbedret mestringsevne i pårørenderollen, eksempelvis å kunne utfordre og endre negative tankemønstre (undertema nummer to).

Et tredje undertema handler om hvordan tilbuddet innvirket på deltakernes personlige og sosiale identitet. Flere opplevde at tilbuddet bidro til mindre skam og stigma, en mer positiv selvforståelse, en dypere livsinnnsikt og en visshet om at de ikke er alene. Som det står i en studie (Petrakis mfl. 2014) av et tilbud til pårørende til personer som lever med psykose:

Attending the group enabled carers to feel less isolated and alone in their situations, with comments including “knowing that you are not alone” (Petrakis et al. 2014: 106).

#### 2.3.4 Forbedringsforslag

Det tredje hovedtemaet i de kvalitative studiene omhandler forbedringsforslag. Selv om de fleste formidlet positive erfaringer og utbytte av tilbudene, understreket de viktigheten av at kursledere i større grad tar hensyn til pårørendes situasjon og behov, eksempelvis behov knyttet til hvor pasienter er i sykdomsforløpet og hvilken relasjon de har til en syk ektefelle eller familiemedlem.

Andre pårørende understreket viktigheten av å lære konkrete og praktiske verktøy for mestring av pårørenderollen, det å ha mer egnede kurslokaler, behov for tilbud som går over lengre tid og behov for oppfølging etter at tilbuddet er avsluttet. Som en deltaker i en studie uttrykte det:

I do not know whether I have anyone to contact now, something that perhaps many of us might miss, because the contact in the municipality is not there anymore  
(Johannessen 2015: 95)

#### 2.3.5 Oppsummering

Oppsummert indikerer de åtte kvalitative studiene at pårørende har hatt positive opplevelser og utbytte av å delta i tilbud for pårørende. Pårørende opplevde det som positivt å treffe andre pårørende, blant annet på grunn av følelsen av fellesskap gjennom å dele erfaringer og gjensidig støtte. De rapporterer om å ha tilegnet seg kunnskap om diagnosen eller sykdommen til sin nærmiljø og om en forbedret mestringsevne i pårørenderollen. Flere opplevde dessuten at tilbuddet bidro til mindre skam og stigma, en mer positiv selvforståelse, en dypere livsinnssikt og en visshet om at de ikke er alene. Til sist understreket deltakerne viktigheten av at kursledere i større grad tar hensyn til pårørendes situasjon og behov i planlegging og gjennomføring av tilbud.

## Sammenfatning, kunnskapshull og konklusjon

### 3.1. Utfall

I denne rapporten har vi hentet ut informasjon fra 104 studier av lærings- og mestringstilbud til voksne pårørende. Vi undersøkte først hvilke *utfall* som er undersøkt i forskningslitteraturen. Resultatene viser at byrde og belastning og psykisk helse er de utfallene som flest studier har undersøkt og som vi da har mest kunnskap om, etterfulgt av velvære og livskvalitet, mestring og kunnskap. Det er slående at bare to studier har undersøkt helseøkonomiske effekter. Dette samsvarer med funn fra tidligere kunnskapsoppsummeringer (Guets mfl. 2020). Det virker dessuten å være et underskudd av studier som har sett på effekter av deltagelse på tilbud på sosial støtte, sorg og håp. Her trengs mer forskning, utviklingsarbeid og utprøving i praksisfeltet for å få mer kunnskap om i hvilken grad deltagelse på tilbud har innvirkning på disse utfallsområdene.

### 3.2. Diagnose/skade

Når det gjelder *diagnose eller skade*, handler de fleste studiene vi har oppsummert om pårørende til personer som har demens og/eller Alzheimer og psykiske helseutfordringer. Dette utgjorde 79 studier av i alt 104, hvilket indikerer at det foreligger mest kunnskap om disse målgruppene. Et mindretall var rettet mot pårørende til personer med andre diagnoser eller helseutfordringer. Som andre har påpekt, er det uheldig at vi har lite forskningsbasert kunnskap om utfordringer som pårørende til andre pasientgrupper har, og hvordan man kan legge til rette for læring og mestring for disse, eksempelvis for pårørende til personer med funksjonsnedsettelse eller sjeldne diagnoser (Farhall mfl. 2020). Flere studier av andre målgrupper som vi har oppsummert finner positive effekter av tilbud, hvilket tilsier at utprøving og testing av tilbud til pårørende til personer med andre helseutfordringer kan oppfordres.

### 3.3. Typer tilbud

Når det gjelder *typer lærings- og mestringstilbud*, er det psykoedukative tilbud som flest studier har undersøkt, hele 47 i antall. De konkrete tilbudene som studiene har undersøkt varierer når det gjelder innhold, oppbygging og varighet, men retter seg som regel mot å tilrettelegge for at pårørende skal tilegne seg kunnskap om helseutfordringene til den de er pårørende til og hvordan de kan mestre det å være pårørende på en bedre måte. Av studiene vi har oppsummert i denne rapporten er kunnskapen om effekt og utbytte av slike tilbud mest omfattende. Flesteparten av studiene av psykoedukative tilbud rapporterer også om positiv effekt, men også andre typer tilbud viser slike effekter, blant annet psykologisk baserte tilbud, sosiale støttetilbud eller ulike varianter av kombinerte tilbud. Vi fant også en noe inkonsistent bruk av begreper og termer på tilbud til pårørende og hvilke komponenter eller elementer man mener inngår i ulike tilbud.

### 3.4 Forskningsdesign

Vi har også hentet ut informasjon om *forskningsdesign* på studiene. Som nevnt tidligere, er studienes forskningsdesign viktig å kjenne til i vurderinger av grunnlaget studiene har for å påvise positive effekter av deltagelse på tilbud. Av 104 inkluderte studier var det 49 randomiserte kontrollerte studier eller RCT-studier. Slike studier regnes som det forskningsdesignet som er best egnet til å kunne vurdere om en intervasjon har effekt eller ikke. Kvasi-eksperimentelle studier er også høyst relevante studier for å gi kunnskap om effekt av tilbud. 42 studier brukte kvasi-eksperimentelle design. Slike studier kan indikere om tilbud har effekt eller ikke, men har et svakere grunnlag for å kunne si noe om årsak-

virkningsforhold. Av 91 (RCT-studier pluss studier med kvasi-eksperimentelle design) av 104 inkluderte studier har brukt eksperimentelle design antyder likevel at forskningen på tilbud til voksne pårørende generelt er relativt godt utviklet. Samtidig er det behov for mer kvalitative studier innen feltet.

### 3.5 Effekt og utbytte

Størstedelen av denne rapporten har beskrevet hvilken *effekt og utbytte* deltakelse på tilbud har for voksne pårørende og hvordan dette varierer dette utfra type tilbud, målgruppe og utfall. Flest studier, 61 i antall, har undersøkt effekt av deltakelse på lærings- og mestringstilbud for pårørendes opplevelse av byrde og belastning, spesielt for pårørende til personer med demens eller Alzheimer og psykiske helseutfordringer. Flertallet studier av byrde og belastning (antall: 35) viser som nevnt positive effekter av deltakelse etter avsluttet tilbud og over tid, og de fleste av disse er også RCT-studier (antall: 22). 55 studier har undersøkt effekt av deltakelse i lærings- og mestringstilbud for pårørendes psykiske helse. Sammen med studier av byrde og belastning foreligger en god del kunnskap om effekter på pårørendes psykiske helse samlet sett, men det er færre studier av effekter på psykisk helse for ulike målgrupper sammenlignet med studier av effekter av tilbud på byrde og belastning.

Vi har sett at det er en del færre studier som har undersøkt effekt av tilbud på mestring, velvære, livskvalitet og kunnskap. For samtlige av disse utfallene er det dessuten relativt få studier av tilbud til ulike målgrupper pårørende, slik at kunnskapen om dette er mer begrenset. Tendensen her er også at tilbud til pårørende til personer med demens/Alzheimer og delvis psykiske lidelser er mest studert. Samtidig, med unntak av velvære og livskvalitet, finner majoriteten av studiene (omtrent 80%), samlet sett, positive effekter og utbytte for pårørendes opplevelse av mestring og kunnskap. Analysen av resultatene fra de kvalitative studiene underbygger og utdypet disse funnene. Blant annet beskriver de hvordan deltakere opplever selve intervensjonen og peker på viktige dimensjoner ved tilbud, som betydningen av å kunne dele hverandres kunnskaper og erfaringer samt opplevelsen av være i “samme båt”. Selv om antallet studier er lavt, kan resultatene karakteriseres som lovende med tanke på utprøving og testing av tilbud til pårørende med mål om økt mestring, kunnskap eller helsekompetanse.

Resultatene tyder videre på at det ikke bare er én type tilbud som gir positiv effekt for bestemte grupper av pårørende. Derimot ser det ut til at et mangfold av tilbud kan ha positiv innvirkning på flere ulike utfall og det for pårørende til personer med flere ulike typer helseutfordringer. For eksempel ble positive effekter funnet for både individuelle og gruppebaserte tilbud, tilbud med ulik varighet og intensitet og tilbud ledet av assistenter, studenter, fagpersoner og/eller erfarne brukere eller pårørende. Oppsummeringen gir ikke et grunnlag for å konkludere at bestemte typer tilbud oftere gir positive effekter sammenlignet med andre typer av intervensjoner. Dette er også i samsvar med tidligere forskning (Elvish mfl. 2013).

### 3.6 Kunnskapshull

Gjennomgangen av forskning viser at til tross for å være et relativt utviklet forskningsfelt, er det det flere kunnskapshull. Det trengs for det første en økt forskningsinnsats på effekt av tilbud på flere utfall, spesielt på helseøkonomiske effekter, sosial støtte, sorg og håp. Det foreligger dessuten relativt liten kunnskap om tilbud til pårørende til personer med andre diagnoser eller helseutfordringer sammenlignet med demens/Alzheimer og psykiske helseutfordringer. Det er også behov for flere randomiserte kontrollerte studier for å styrke kunnskapsgrunnlaget om effekten av tilbud eller intervensjoner. I tillegg trengs flere

metaanalyser av litteraturen for med større grad av sikkerhet å kunne uttale seg om effekten av tilbud.

Videre er det behov for en avklaring av innholdet i ulike begreper og termer for tilbud til pårørende. Resultatene viste en inkonsistens mellom betegnelser på tilbud og beskrivelser av innholdet i tilbudene. Våre inkluderte studier fremviser stor variasjon i hvilken grad og i hvilket format informasjon om intervensionen beskrives. En klargjøring av begreper og termer innen feltet og en utvikling av et felles rammeverk for intervensionsbeskrivelser kan forbedre klassifikasjon av studier og intervensioner samt forbedre kunnskapsoppsummeringer av forskning på effekt og utbytte av tilbud for pårørende.

Vi trenger også mer kunnskap om hvilke aspekter eller faktorer ved et tilbud som oftest gir effekt og utbytte. Det var ikke mulig å peke på enkeltfaktorer som er assosiert med positive effekter i de kvantitative studiene. I tillegg til RCT-studier er det behov for prosess-evalueringstudier av tilbud eller intervensioner. Prosessevalueringer eller gjennomførbarhetsstudier anses som en viktig del av intervensionsforskningen fordi de blant annet kan fremskaffe kunnskap om hvordan intervensioner oppfattes og blir gjennomført. Flere gjennomførbarhetsstudier har for eksempel funnet at kursledere kan ha ulik forståelse av hva en intervension krever, hvordan de blir iverksatt og hva slags kompetanse som er nødvendig (Clarke mfl. 2013). Svært få studier inkluderte prosessevaluering som kunne gitt oss kunnskap om faktorer som bidrar til effekt av intervension. Dette synes å være en generell tendens i forskningslitteraturen.

I hvilken grad deltakere oppfatter et tilbud som passende, tilfredsstillende og aktuelt («acceptability») er også underrapportert i de inkluderte kvantitative studiene. Et flertall av studier som undersøker endring av velvære og livskvalitet finner som nevnt manglende effekter. Data om hva som hemmer og fremmer aksept kan være mulige forklaringer på disse funnene. Fra de kvalitative studiene vi har beskrevet fremkom det for eksempel at tilbudene ikke alltid i tilstrekkelig grad ivaretok pårørendes ulike behov eller tok tilstrekkelig hensyn til relasjonen mellom den pårørende og personen med helseutfordring. Flere kvalitative studier av kommunikasjon og samhandling mellom kursledere og pårørende kan også gi viktig kunnskap. Tidligere forskning tyder på at samhandlingen mellom kursledere og pårørende og pårørende seg imellom har betydning både for det sosiale fellesskapet, for aktiv deltagelse og engasjement og for effekt og utbytte (Cameron mfl. 2020). Det kan skaffe til veie kunnskap om hvilke prosesser eller mekanismer som er viktige for effekten av ulike typer tilbud til ulike grupper av pårørende i ulike settinger. Slike mekanismer kan bidra til å belyse hvorfor ulike typer tilbud har effekt på tvers av type tilbud, utfall og målgruppe.

### 3.7 Konklusjon

De fleste studiene vi har oppsummert i denne rapporten indikerer positiv effekt og utbytte for pårørende. Det er imidlertid behov for mer forskning. Vi håper en oversikt over forskningen på feltet kan stimulere til videre forskning, utvikling og evaluering av lærings- og mestringstilbud til pårørende i helse- og omsorgstjenesten.

## Referanser

Andersen, J. (2017). «Mixed methods»-design i helseforskning. *Sykepleien*, 105(64738), e-64738. <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2017.64738>

Arksey, H., & O'Malley, L. (2005). Scoping studies: Towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1). <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2). <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>

Cameron, J. E., Voth, J., Jaglal, S. B., Guilcher, S. J. T., Hawker, G., & Salbach, N. M. (2018). “In this together”: Social identification predicts health outcomes (via self-efficacy) in a chronic disease self-management program. *Social Science and Medicine*, 208, 172–179. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.007>

Clarke, D. J., Godfrey, M., Hawkins, R., Sadler, E., Harding, G., Forster, A., McKeitt, C., Dickerson, J., & Farrin, A. (2013). Implementing a training intervention to support caregivers after stroke: A process evaluation examining the initiation and embedding of programme change. *Implementation Science*, 8(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-8-96>

Elvish, R., Lever, S.-J., Johnstone, J., Cawley, R., & Keady, J. (2013). Psychological interventions for carers of people with dementia: A systematic review of quantitative and qualitative evidence. *Counselling and Psychotherapy Research*, 13(2). <https://doi.org/10.1080/14733145.2012.739632>

Farhall, J., Cugnetto, M. L., Mathews, S., Ratcliff, K., Farnan, S., Higgins, K., & Constantine, E. (2020). Outcomes and change processes of an established family education program for carers of adults diagnosed with a serious mental health condition. *Psychological Medicine*, 50(7), 1099–1109. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000965>

Drageseth, S., & Ellingsen, S. (2009). Forståelse av kvantitativ helseforskning - en introduksjon og oversikt. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 5(2).

Guets, W., Al-Janabi, H., & Perrier, L. (2020). Cost–Utility Analyses of Interventions for Informal Carers: A Systematic and Critical Review. *PharmacoEconomics*, 38(4). <https://doi.org/10.1007/s40273-019-00874-6>

HDIR. (2017). Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten.

HOD. (1999). Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.

HOD. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

Johannessen, A. mfl. (2010). Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode (4. utgave). *Abstrakt Forlag*.

Leseth, A. B., & Tellman, S. M. (2014). Hvordan lese kvalitativ forskning. *Cappelen Damm Akademisk*.

Parker, D., Mills, S., & Abbey, J. (2008). Effectiveness of interventions that assist caregivers to support people with dementia living in the community: A systematic review. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 6(2). <https://doi.org/10.1111/j.1744-1609.2008.00090.x>

## Vedlegg 1: Metode

For å kunne gjøre en bred kartlegging har vi gjort en scoping review. Scoping review har som mål å “*map rapidly the key concepts underpinning a research area and the main sources and types of evidence available and can be undertaken as a stand-alone project in their own right, especially where an area is complex or has not been reviewed comprehensively before*” [15: 194]. Scoping reviews har ofte en åpen tematisk tilnærming, inkluderer ofte kvalitative og kvantitative studier og påpeker kunnskapshull. I tråd med tidligere review-studier ved NLMH har vi brukt rammeverket utviklet av Arksey og O’Malley (2005) som beskriver fem faser av en scoping review:

I fase 1 utformet forskningsgruppen forskningsspørsmålene. Forskningsgruppen består av fem forskere (AV, US, IJB, FH og DB), én pårørende og leder av en brukerorganisasjon og et pårørendesenter (IH) samt tre med profesjonsutdanningsbakgrunn innen helsepedagogikk/utdanningsforskning og psykologi (KB, KF and KTS). Gjennom dialog ble vi enige om hvilke studier vi ville inkludere:

- Populasjon: pårørende til personer som lever med langvarige helseutfordringer 18+
- Intervensjon: lærings- og messtringstilbud (individuelle tilbud og gruppertilbud) ledet av fagpersoner/helsepersonell og/eller personer med brukererfaring
- Sammenligning: standard tilbud, andre intervensioner eller ingen sammenligning
- Utfall: helsemessige, sosiale, psykologiske, helseøkonomiske og/eller atferdsmessige utfall eller utfallsmål

Vi ble også enige om å inkludere studier med ulike forskningsdesign, altså studier med kvantitative, kvalitative og mixed method design, i tillegg til pilotstudier.

I fase 2 ble alle relevante studier identifisert. Systematiske databasesøk ble gjort for perioden januar 2010 til oktober 2020. Databasene vi søkte i var MEDLINE, EMBASE, PsychINFO, AMED, CINAHL, SweMed+ and ERIC. For hver database brukte vi en rekke ord og termer relevante for tema, enten alene eller i kombinasjon med andre. Følgende er ikke uttømmende:

- Deltaker: caregiver, next of kin, significant other, family, family caregiver, family member, parents, informal caregiver, sibling
- Intervensjon: patient education, self-management programme/education/individual, psychoeducation, cognitive-behavioural therapy, motivational interview, patient engagement, counselling, self-help groups, support, psychosocial care

Et viktig inklusjonskriterium var at studiene undersøkte effekter og/eller utbytte av å delta på et pårørendetilbud og at de var fagfellevurderte engelskspråklige artikler. Kronisk sykdom eller langvarige helseutfordringer innbefattet somatisk sykdom, skade, fysisk og/eller psykisk utviklingshemning eller funksjonsnedsettelse og rusavhengighet. I denne gjennomgangen ble ikke digitale intervensioner inkludert. Studier av intervensioner hvor både pasienter og pårørende utgjorde målgruppen og deltok i samme tilbud ble også ekskludert, fordi siktemålet vårt er forskning på tilbud som utelukkende har pårørende som målgruppe. Hele forskningsgruppen var involvert i diskusjon av søkestrategien.

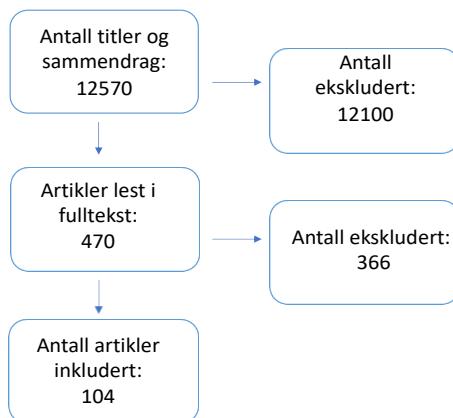
I fase 3 ble relevante studier inkludert. Søkene resulterte i totalt 12 570 artikler. Av disse ble 12 110 ekskludert da de ikke tilfredsstilte inklusjonskriteriene. Totalt 470 studier ble lastet ned i fulltekst. Samtlige artikler ble evaluert parallelt av førsteforfatter og sisteforfatter eller

av minst én medforfatter. Gjennom dialog mellom forfattere kom vi til enighet om hvilke artikler som skulle inkluderes og ekskluderes. Etter å ha ekskludert 366 studier sto vi igjen med 104 totalt.

I *fase 4* ble data om studiene mål, design, måleinstrument, utfall, informasjon om type intervasjon, kursledere, struktur, innhold og varighet, samt effekt og utbytte oppsummert og beskrevet i en matrise (se vedlegg 5).

I *fase 5* ble informasjon fra studiene kategorisert, oppsummert og fremstilt i en resultatdel. Resultatene som omhandler effekt og utbytte av deltagelse ble så sammenlignet. I tillegg har vi gjort en tematisk innholdsanalyse av resultatene fra de inkluderte kvalitative studiene.

### Flyt diagram:



### Metodebegrensninger ved scoping review

I tråd med scoping review metoden har vi ikke vurdert kvaliteten på studiene som er inkludert. Dette kan sies å utgjøre en begrensning ved vår studie, samtidig som hensikten vår er å gi en bred kartlegging av tilgjengelig forskningslitteratur og påpeke kunnskapshull. Av samme grunn har vi ikke gjort en metaanalyse for å kalkulere grad av effekt av intervasjonene. Vi har ikke gjort en vurdering av risikoen for bias i inklusjon av studier da få anser dette som en obligatorisk del av en scoping review [19]. For å redusere risiko for bias har likevel minst to medforfattere vurdert sammendrag og artikler i full tekst uavhengig av hverandre. På tross av at vi har brukt en rekke ord og termer i databasesøk for å identifisere flest mulig studier, er ikke søketermene uttømmende. Noen studier kan derfor være utelatt.

### Kvalitativ analyse

En tematisk (Braun og Clarke 2006) analyse av åtte kvalitative studier og kvalitative data fra studier med blandede metoder (mixed methods) ble gjennomført av første og andre forfatter. Analysen besto i at førsteforfatter i første omgang samlet sammen resultatene fra alle studiene og identifiserte foreløpige temaer, samt forslag til foreløpige tema. I dialog mellom første og andreforfatter kom man til en enighet om hva som utgjør hovedtema og undertema. Både hovedtema og undertema ble så validert av hele forskningsgruppen.

## Vedlegg 2: Alle inkluderte studier (alfabetisk rekkefølge)

Abedi Z, Alavi M, Ghazavi Z, Visentin D, Cleary M. Improving Coping Styles in Family Caregivers of Psychiatric Inpatients Using Planned Behavior Problem-Solving Training. *J Nurs Res.* 2020 Feb;28(1):e70. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000320>

Aboulafia-Brakha T, Suchecki D, Gouveia-Paulino F, Nitrini R, Ptak R. Cognitive-behavioural group therapy improves a psychophysiological marker of stress in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health* 2014;18. <https://doi.org/10.1080/13607863.2014.880406>.

Ali, S. Bokharey, IZ. Efficacy of Cognitive Behavior Therapy among Caregivers of Dementia: An Outcome Study. *Pakistan Journal of Psychological Research* 2015; 30. <https://www.pjprnip.edu.pk/index.php/pjpr/issue/view/59>

Alves S, Teixeira L, Azevedo MJ, Duarte M, Paúl C. Effectiveness of a psychoeducational programme for informal caregivers of older adults. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2016;30:65–73. <https://doi.org/10.1111/scs.12222>.

Amaresha AC, Kalmady SV, Joseph B, Agarwal SM, Narayanaswamy JC, Venkatasubramanian G, et al. Short term effects of brief need based psychoeducation on knowledge, self-stigma, and burden among siblings of persons with schizophrenia: A prospective controlled trial. *Asian Journal of Psychiatry* 2018;32:59–66. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.030>.

Arango-Lasprilla JC, Panyavin I, Merchán EJH, Perrin PB, Arroyo-Anlló EM, Snipes DJ, et al. Evaluation of a group cognitive-behavioral dementia caregiver intervention in Latin America. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias* 2014;29:548–55. <https://doi.org/10.1177/1533317514523668>.

Arnaert A, Gabos T, Ballenas V, Rutledge RDH. Contributions of a Retreat Weekend to the Healing and Coping of Cancer Patients' Relatives. *Qualitative Health Research* 2010;20:197–208. <https://doi.org/10.1177/1049732309352855>.

Au A, Li S, Lee K, Leung P, Pan PC, Thompson L, et al. The Coping with Caregiving Group Program for Chinese caregivers of patients with Alzheimer's disease in Hong Kong. *Patient Education and Counseling* 2010;78:256–60. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.06.005>.

Boele FW, Hoeben W, Hilverda K, Lenting J, Calis A-L, Sizoo EM, et al. Enhancing quality of life and mastery of informal caregivers of high-grade glioma patients: a randomized controlled trial. *Journal of Neuro-Oncology* 2013;111. <https://doi.org/10.1007/s11060-012-1012-3>.

Behrouian M, Ramezani T, Dehghan M, Sabahi A, Ebrahimnejad Zarandi B. The Effect of Emotion Regulation Training on Stress, Anxiety, and Depression in Family Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Community Mental Health Journal* 2020;56:1095–102. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00574-y>.

Bökberg C, Behm L, Ahlström G. Next of kin's quality of life before and after implementation of a knowledge-based palliative care intervention in nursing homes. *Quality of Life Research* 2019;28:3293–301. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02268-9>.

Cheng ST, Chan WC, Lam LCW. Long-Term Outcomes of the Benefit-Finding Group Intervention for Alzheimer Family Caregivers: A Cluster-Randomized Double-Blind Controlled Trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2019;27:984–94. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.03.013>.

Cheng HY, Chair SY, Chau JPC. Effectiveness of a strength-oriented psychoeducation on caregiving competence, problem-solving abilities, psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies* 2018;87:84–93. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.005>.

Cheng S-T, Mak EPM, Fung HH, Kwok T, Lee DTF, Lam LCW. Benefit-finding and effect on caregiver depression: A double-blind randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2017;85. <https://doi.org/10.1037/ccp0000176>.

Cheng S-T, Fung HH, Chan WC, Lam LCW. Short-Term Effects of a Gain-Focused Reappraisal Intervention for Dementia Caregivers: A Double-Blind Cluster-Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2016;24. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.04.012>.

Chiu M, Pauley T, Wesson V, Pushpakumar D, Sadavoy J. Evaluation of a problem-solving (PS) techniques-based intervention for informal carers of patients with dementia receiving in-home care. *International Psychogeriatrics* 2015;27:937–48. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002798>.

Chiu MYL, Wei GFW, Lee S, Choovanichvong S, Wong FHT. Empowering caregivers: Impact analysis of FamilyLink Education Programme (FLEP) in Hong Kong, Taipei and Bangkok. *International Journal of Social Psychiatry* 2011;59:28–39. <https://doi.org/10.1177/0020764011423171>.

Chu H, Yang C-Y, Liao Y-H, Chang L-I, Chen C-H, Lin C-C, et al. The Effects of a Support Group on Dementia Caregivers' Burden and Depression. *Journal of Aging and Health* 2011;23. <https://doi.org/10.1177/0898264310381522>.

Day K, Starbuck R, Petrakis M. Family group interventions in an early psychosis program: A re-evaluation of practice after 10 years of service delivery. *International Journal of Social Psychiatry* 2017;63. <https://doi.org/10.1177/0020764017710301>.

Demiris G, Oliver DP, Washington K, Pike K. A Problem-Solving Intervention for Hospice Family Caregivers: A Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Geriatrics Society* 2019. <https://doi.org/10.1111/jgs.15894>.

de Rotrou J, Cantegrel I, Fauconau V, Wenisch E, Chausson C, Jegou D, et al. Do patients diagnosed with Alzheimer's disease benefit from a psycho-educational programme for family caregivers? A randomised controlled study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2011;26. <https://doi.org/10.1002/gps.2611>.

Domínguez-Martínez T, Rascon-Gasca ML, Alcántara-Chabelas H, García-Silberman S, Casanova-Rodas L, Lopez-Jimenez JL. Effects of Family-to-Family Psychoeducation Among Relatives of Patients With Severe Mental Disorders in Mexico City. *Psychiatric Services* 2017;68. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500457>.

Donorfio LKM, Vetter R, Vracevic M. Effects of Three Caregiver Interventions: Support, Educational Literature, and Creative Movement. *Journal of Women & Aging* 2010;22. <https://doi.org/10.1080/08952840903489094>.

Ducharme FC, Levesque LL, Lachance LM, Kergoat M-J, Legault AJ, Beaudet LM, et al. “Learning to Become a Family Caregiver” Efficacy of an Intervention Program for Caregivers Following Diagnosis of Dementia in a Relative. *The Gerontologist* 2011;51. <https://doi.org/10.1093/geront/gnr014>.

Fortune DG, Rogan CR, Richards HL. A structured multicomponent group programme for carers of people with acquired brain injury: Effects on perceived criticism, strain, and psychological distress. *British Journal of Health Psychology* 2016;21. <https://doi.org/10.1111/bjhp.12159>.

Gaugler JE, Reese M, Mittelman MS. Effects of the Minnesota Adaptation of the NYU Caregiver Intervention on Primary Subjective Stress of Adult Child Caregivers of Persons With Dementia. *The Gerontologist* 2016;56. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu125>.

Gaugler JE, Reese M, Mittelman MS. Effects of the Minnesota Adaptation of the NYU Caregiver Intervention on Depressive Symptoms and Quality of Life for Adult Child Caregivers of Persons with Dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2015;23. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2015.06.007>.

Gex-Fabry M, Cuénoud S, Stauffer-Corminboeuf M-J, Aillon N, Perroud N, Aubry J-M. Group Psychoeducation for Relatives of Persons With Bipolar Disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease* 2015;203. <https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000355>.

Gharavi Y, Stringer B, Hoogendoorn A, Boogaarts J, van Raaij B, van Meijel B. Evaluation of an interaction-skills training for reducing the burden of family caregivers of patients with severe mental illness: a pre-posttest design. *BMC Psychiatry* 2018;18. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1669-z>.

Gleeson JFM, Cotton SM, Alvarez-Jimenez M, Wade D, Crisp K, Newman B, et al. Family Outcomes From a Randomized Control Trial of Relapse Prevention Therapy in First-Episode Psychosis. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2010;71. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04672yel>

Gonyea JG, López LM, Velásquez EH. The Effectiveness of a Culturally Sensitive Cognitive Behavioral Group Intervention for Latino Alzheimer’s Caregivers. *The Gerontologist* 2016;56. <https://doi.org/10.1093/geront/gnu045>.

González-Fraile E, Domínguez-Panchón AI, Berzosa P, Costas-González AB, Garrido-Jimenez I, Rufino-Ventura D, et al. Efficacy of a psychoeducational intervention in caregivers of people with intellectual disabilities: A randomized controlled trial (EDUCA-IV trial). *Research in Developmental Disabilities* 2019;94. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103458>.

Gossink F, Pijnenburg Y, Scheltens P, Pera A, Kleverwal R, Korten N, et al. An intervention programme for caregivers of dementia patients with frontal behavioural changes: an explorative study with controlled effect on sense of competence. *Psychogeriatrics* 2018;18:451–9. <https://doi.org/10.1111/psych.12351>.

Grenyer BFS, Bailey RC, Lewis KL, Matthias M, Garrett T, Bickerton A. A randomized controlled trial of group psychoeducation for carers of persons with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders* 2018;33:214–28. [https://doi.org/10.1521/pedi\\_2018\\_32\\_340](https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_340).

Hatch DJ, DeHart WB, Norton MC. Subjective stressors moderate effectiveness of a multi-component, multi-site intervention on caregiver depression and burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2014;29. <https://doi.org/10.1002/gps.4019>.

Henriksson A, Benzein E, Ternestedt BM, Andershed B. Meeting needs of family members of persons with life-threatening illness: a support group program during ongoing palliative care. *Palliative & Supportive Care* 2011;9:263–71. <https://doi.org/10.1017/S1478951511000216>.

Holm M, Årestedt K, Carlander I, Wengström Y, Öhlen J, Alvariza A. Characteristics of the Family Caregivers Who Did Not Benefit From a Successful Psychoeducational Group Intervention During Palliative Cancer Care. *Cancer Nursing* 2017;40. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000351>.

Holm M, Årestedt K, Carlander I, Fürst C-J, Wengström Y, Öhlen J, et al. Short-term and long-term effects of a psycho-educational group intervention for family caregivers in palliative home care - results from a randomized control trial. *Psycho-Oncology* 2016;25. <https://doi.org/10.1002/pon.4004>.

Hubbard AA, McEvoy PM, Smith L, Kane RT. Brief group psychoeducation for caregivers of individuals with bipolar disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders* 2016;200. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.013>.

Hudson PL, Trauer T, Lobb E, Zordan R, Williams A, Quinn K, et al. Supporting family caregivers of hospitalised palliative care patients: A psychoeducational group intervention. *BMJ Supportive and Palliative Care* 2012;2:115–20. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000131>.

Jafari Y, Tehrani H, Esmaily H, Shariati M, Vahedian-shahroodi M. Family-centred empowerment program for health literacy and self-efficacy in family caregivers of patients with multiple sclerosis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2020;34:956–63. <https://doi.org/10.1111/scs.12803>.

Johannessen A, Bruvik FK, Hauge S. Family carers' experiences of attending a multicomponent psychosocial intervention program for carers and persons with dementia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 2015;8:91–9. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S76093>

Katsuki F, Takeuchi H, Konishi M, Sasaki M, Murase Y, Naito A, et al. Pre-post changes in psychosocial functioning among relatives of patients with depressive disorders after Brief

Multifamily Psychoeducation: A pilot study. BMC Psychiatry 2011;11.  
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-56>.

King RB, Hartke RJ, Houle T, Lee J, Herring G, Alexander-Peterson BS, et al. A problem-solving early intervention for stroke caregivers: One year follow-up. Rehabilitation Nursing 2012;37:231–43. <https://doi.org/10.1002/rnj.039>.

Kolostoumpis D, Bergiannaki JD, Peppou LE, Louki E, Fousketaki S, Patelakis A, et al. Effectiveness of Relatives' Psychoeducation on Family Outcomes in Bipolar Disorder. International Journal of Mental Health 2015;44.  
<https://doi.org/10.1080/00207411.2015.1076292>.

Kouri K, Ducharme FC, Giroux F. A psycho-educational intervention focused on communication for caregivers of a family member in the early stage of Alzheimer's disease: Results of an experimental study. Dementia 2011;10.  
<https://doi.org/10.1177/1471301211408124>.

Küçükgüçlü Ö, Akpinar Söylemez B, Yener G, Işık AT. The effects of support groups on dementia caregivers: A mixed method study. Geriatric Nursing 2018;39:151–6.  
<https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.07.008>.

Kurz A, Wagenpfeil S, Hallauer J, Schneider-Schelte H, Jansen S. Evaluation of a brief educational program for dementia carers: The AENEAS Study. International Journal of Geriatric Psychiatry 2010;25. <https://doi.org/10.1002/gps.2428>.

Llanque SM, Enriquez M, Cheng A-L, Doty L, Brotto MA, Kelly PJ, et al. The Family Series Workshop. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 2015;30.  
<https://doi.org/10.1177/153317514568003>.

Lee Y, Yim NY. Korean American Dementia Family Caregivers' Experience of a Psychoeducational Support Group: Investigation of Role of Culture. Social Work with Groups 2013;36:13–26. <https://doi.org/10.1080/01609513.2012.724214>.

Leone D, Carragher N, Santalucia Y, Draper B, Thompson LW, Shanley C, et al. A Pilot of an Intervention Delivered to Chinese- and Spanish-Speaking Carers of People With Dementia in Australia. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias 2014;29.  
<https://doi.org/10.1177/153317513505130>.

Limiñana-Gras RM, Colodro-Conde L, Cuéllar-Flores I, Sánchez-López MP. Clinical efficacy of psychoeducational interventions with family caregivers. Educational Gerontology 2016;42. <https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1065685>.

Linacre S, Green J, Sharma V. A pilot study with adaptations to the Maudsley Method approach on workshops for carers of people with eating disorders. Mental Health Review Journal 2016;21:295–307. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-05-2016-0010>.

Livingston G, Manela M, O'Keeffe A, Rapaport P, Cooper C, Knapp M, et al. Clinical effectiveness of the START (STrAtegies for RelaTives) psychological intervention for family carers and the effects on the cost of care for people with dementia: 6-year follow-up of a

randomised controlled trial. British Journal of Psychiatry 2020;216:35–42. <https://doi.org/10.1192/bjp.2019.160>.

Livingston G, Barber J, Rapaport P, Knapp M, Griffin M, King D, et al. Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STrAtegies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomised controlled trial. BMJ 2013;347. <https://doi.org/10.1136/bmj.f6276>.

Losada A, Márquez-González M, Romero-Moreno R. Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. International Journal of Geriatric Psychiatry 2011. <https://doi.org/10.1002/gps.2648>.

Lunsky Y, P. Hastings R, Weiss JA, M. Palucka A, Hutton S, White K. Comparative Effects of Mindfulness and Support and Information Group Interventions for Parents of Adults with Autism Spectrum Disorder and Other Developmental Disabilities. Journal of Autism and Developmental Disorders 2017;47. <https://doi.org/10.1007/s10803-017-3099-z>.

Lök N, Bademli K. Pilot testing of the “First You Should Get Stronger” program among caregivers of older adults with dementia. Archives of Gerontology and Geriatrics 2017;68. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.09.006>.

Mahendran R, Lim HA, Tan JYS, Ng HY, Chua J, Lim SE, et al. Evaluation of a brief pilot psychoeducational support group intervention for family caregivers of cancer patients: A quasi-experimental mixed-methods study. Health and Quality of Life Outcomes 2017;15. <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0595-y>.

Marcos YQ, Sebastián MJQ, Herrera ME, Sanmartín R, Treasure J. Testing carer skill training programs in spanish carers of patients with eating disorders. Psicothema 2018;30:295–303. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.368>.

Martín-Carrasco M, Fernández-Catalina P, Domínguez-Panchón AI, Gonçalves-Pereira M, González-Fraile E, Muñoz-Hermoso P, et al. A randomized trial to assess the efficacy of a psychoeducational intervention on caregiver burden in schizophrenia. European Psychiatry 2016;33. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.003>.

Martín-Carrasco M, Domínguez-Panchón AI, González-Fraile E, Muñoz-Hermoso P, Ballesteros J. Effectiveness of a Psychoeducational Intervention Group Program in the Reduction of the Burden Experienced by Caregivers of Patients With Dementia. Alzheimer Disease & Associated Disorders 2014;28. <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000003>.

Melamed S, Gelkopf M. The Impact of a Dynamic Psychosocial Intervention Group for Caretakers of Individuals With Severe Mental Illness. Journal of Family Psychotherapy 2013;24. <https://doi.org/10.1080/08975353.2013.792708>.

Navidian A, Kermansaravi F, Rigi SN. The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. BMC Research Notes 2012;5. <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-399>.

Ohlsson-Nevo E, Andershed B, Nilsson UG, Anderzén-Carlsson A. Finding a wider horizon: Experiences of being a next-of-kin of a person suffering from colorectal cancer as told after having participated in a psychoeducational program. European Journal of Oncology Nursing 2013;17:324–30. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.09.001>.

Onwumere J, Glover N, Whittaker S, Rahim S, Chu Man L, James G, et al. Modifying illness beliefs in recent onset psychosis carers: Evaluating the impact of a cognitively focused brief group intervention in a routine service. Early Intervention in Psychiatry 2018;12. <https://doi.org/10.1111/eip.12430>.

Ott CH, Kelber ST, Blaylock M. “Easing the way” for spouse caregivers of individuals with dementia: A pilot feasibility study of a grief intervention. Research in Gerontological Nursing 2010;3:89–99. <https://doi.org/10.3928/19404921-20100302-01>.

Paillet ME, Johnson TM, Zevon MA, Kuszczak S, Griffiths E, Thompson J, et al. Acceptability, Feasibility, and Efficacy of a Supportive Group Intervention for Caregivers of Newly Diagnosed Leukemia Patients. Journal of Psychosocial Oncology 2015;33. <https://doi.org/10.1080/07347332.2014.992086>.

Pan, Y., & Chen, Ruyi. (2019). *The Effect of a Nurse-Led Cognitive Behavioral Protocol on Depressive Symptoms and Coping Strategies of Dementia Caregivers*. <http://journals.lww.com/jnr-twna>

Passoni S, Moroni L, Toraldo A, Mazzà MT, Bertolotti G, Vanacore N, et al. Cognitive Behavioral Group Intervention for Alzheimer Caregivers. Alzheimer Disease & Associated Disorders 2014; 28. <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000033>

Paun O, Farran CJ, Fogg L, Loukissa D, Thomas PE, Hoyem R. A Chronic Grief Intervention for Dementia Family Caregivers in Long-Term Care. Western Journal of Nursing Research 2015;37. <https://doi.org/10.1177/0193945914521040>.

Petrakis M, Laxton S. Intervening Early with Family Members during First-Episode Psychosis: An Evaluation of Mental Health Nursing Psychoeducation within an Inpatient Unit. Archives of Psychiatric Nursing 2017;31:48–54. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.015>.

Petrakis M, Bloom H, Oxley J. Family Perceptions of Benefits and Barriers to First Episode Psychosis Carer Group Participation. Social Work in Mental Health 2014;12:99–116. <https://doi.org/10.1080/15332985.2013.836587>.

Petrakis M, Oxley J, Bloom H. Carer psychoeducation in first-episode psychosis: Evaluation outcomes from a structured group programme. International Journal of Social Psychiatry 2013;59. <https://doi.org/10.1177/0020764012438476>.

Petursdottir AB, Svavarsdottir EK. The effectiveness of a strengths-oriented therapeutic conversation intervention on perceived support, well-being and burden among family caregivers in palliative home-care. Journal of Advanced Nursing 2019;75:3018–31. <https://doi.org/10.1111/jan.14089>.

Pihet, S., & Kipfer, S. (2018). Coping with dementia caregiving: a mixed-methods study on feasibility and benefits of a psycho-educative group program. *BMC Geriatrics*, 18(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0896-y>

Ponce CC, Ordóñez TN, Lima-Silva TB, Santos GD dos, Viola L de F, Nunes PV, et al. Effects of a psychoeducational intervention in family caregivers of people with Alzheimer's disease. *Dementia & Neuropsychologia* 2011;5. <https://doi.org/10.1590/S1980-57642011DN05030011>.

Redlich D, Hadas-Lidor N, Weiss P, Amirav I. Mediated Learning Experience Intervention Increases Hope of Family Members Coping with a Relative with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal* 2010;46. <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9234-3>.

Riley G, Gregory N, Bellinger J, Davies N, Mabbott G, Sabourin R. Carer's education groups for relatives with a first episode of psychosis: An evaluation of an eight-week education group. *Early Intervention in Psychiatry* 2011;5:57–63. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2010.00195.x>.

Rodríguez-Sánchez E, Patino-Alonso MC, Mora-Simón S, Gómez-Marcos MA, Pérez-Peñaanda A, Losada-Baltar A, et al. Effects of a Psychological Intervention in a Primary Health Care Center for Caregivers of Dependent Relatives: A Randomized Trial. *The Gerontologist* 2013;53. <https://doi.org/10.1093/geront/gns086>.

Rowaert S, Audenaert K, Lemmens G, Vandervelde S. Family Support Groups for Family Members of Mentally Ill Offenders: Family Expectations and Experiences. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2018;62. <https://doi.org/10.1177/0306624X18780943>.

Sadath A, Muralidhar D, Varambally S, Gangadhar BN. Does group intervention have benefits on expressed emotion and social support in carers of persons with first episode psychosis? *Social Work in Mental Health* 2016;15. <https://doi.org/10.1080/15332985.2016.1252826>.

Sampogna G, Luciano M, del Vecchio V, Malangone C, de Rosa C, Giallonardo V, et al. The effects of psychoeducational family intervention on coping strategies of relatives of patients with bipolar I disorder: results from a controlled, real-world, multicentric study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment* 2018;Volume 14. <https://doi.org/10.2147/NDT.S159277>.

Santos R, Fernanda Barroso De Sousa M, Arcoverde C, Cristina Nascimento Dourado M. Efficacy of a psychoeducational group with caregivers of patients with dementia. *Rev Psiq Cl.n.* 2013;40. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000400007>

Savundranayagam MY. Receiving while giving: The differential roles of receiving help and satisfaction with help on caregiver rewards among spouses and adult-children. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2014;29:41–8. <https://doi.org/10.1002/gps.3967>.

Savundranayagam MY, Montgomery RJ v., Kosloski K, Little TD. Impact of a psychoeducational program on three types of caregiver burden among spouses. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2011;26. <https://doi.org/10.1002/gps.2538>.

Sharif F, Shaygan M, Mani A. Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry* 2012;12. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-48>.

Shiraishi N, Watanabe N, Katsuki F, Sakaguchi H, Akechi T. Effectiveness of the Japanese standard family psychoeducation on the mental health of caregivers of young adults with schizophrenia: A randomised controlled trial. *BMC Psychiatry* 2019;19. <https://doi.org/10.1186/s12888-019-2252-y>.

Sousa L, Sequeira C, Ferré-Grau C, Graça L. 'Living Together With Dementia': preliminary results of a training programme for family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2020;35:86–95. <https://doi.org/10.1111/scs.12821>.

Stephens JR, Farhall J, Farnan S, Ratcliff KM. An Evaluation of Well Ways, a Family Education Programme for Carers of People with a Mental Illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry* 2011;45. <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.522170>.

Tabeleão V, Tomasi E, de Avila Quevedo L. A Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of a Psychoeducational Intervention on Family Caregivers of Patients with Mental Disorders. *Community Mental Health Journal* 2018;54:211–7. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0126-7>.

Tanrıverdi D, Ekinci M. The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. *International Journal of Nursing Practice* 2012;18. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02033.x>.

Terracciano A, Artese A, Yeh J, Edgerton L von, Granville L, Aschwanden D, et al. Effectiveness of Powerful Tools for Caregivers on Caregiver Burden and on Care Recipient Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association* 2020;21:1121-1127.e1. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.11.011>.

Vagharseyyedin SA, Zarei B, Esmaeili A, Gholami M. The Role of Peer Support Group in Subjective Well-Being of Wives of War Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Issues in Mental Health Nursing* 2018;39:998–1003. <https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1471760>.

Vázquez FL, Torres Á, Blanco V, Otero P, Díaz O, Ferraces MJ. Long-term Follow-up of a Randomized Clinical Trial Assessing the Efficacy of a Brief Cognitive-Behavioral Depression Prevention Intervention for Caregivers with Elevated Depressive Symptoms. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 2016;24. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.02.050>.

Wang L-Q, Chien W-T, Lee IYM. An experimental study on the effectiveness of a mutual support group for family caregivers of a relative with dementia in mainland China. *Contemporary Nurse* 2012;40. <https://doi.org/10.5172/conu.2012.40.2.210>.

Wawrzicznny E, Larochette C, Papo D, Constant E, Ducharme F, Kerfoot M-J, et al. A Customized Intervention for Dementia Caregivers: A Quasi-Experimental Design. *Journal of Aging and Health* 2019;31. <https://doi.org/10.1177/0898264318770056>.

Wei Y-S, Chu H, Chen C-H, Hsueh Y-J, Chang Y-S, Chang L-I, et al. Support groups for caregivers of intellectually disabled family members: effects on physical-psychological health and social support. *Journal of Clinical Nursing* 2012;21. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04006.x>.

Werner P, Clay OJ, Goldstein D, Kermel-Schifmann I, Herz MK, Epstein C, et al. Assessing an evidence-based intervention for spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease: results of a community implementation of the NYUCI in Israel. *Aging and Mental Health* 2020. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1774740>.

Yoo R, Yeom J, Kim GH, Park HK, Kang Y, Hwang J, et al. A multicenter, randomized clinical trial to assess the efficacy of a therapeutic intervention program for caregivers of people with dementia. *Journal of Clinical Neurology (Korea)* 2019;15:235–42. <https://doi.org/10.3988/jcn.2019.15.2.235>.

Yoon HK, Kim GS. An empowerment program for family caregivers of people with dementia. *Public Health Nursing* 2020;37:222–33. <https://doi.org/10.1111/phn.12690>.

Younis MK, Al-Rawashdeh A, Alnjadat RM. The effect of palliative care intervention program on the quality of life among Jordanian caregivers of cancer patients. *Home Health Care Services Quarterly* 2019;38:286–96. <https://doi.org/10.1080/01621424.2019.1661325>.

Zhou DHR, Chiu YLM, Lo TLW, Lo WFA, Wong SS, Luk KL, et al. Outside-in or Inside-out? A Randomized Controlled Trial of Two Empowerment Approaches for Family Caregivers of People with Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing* 2020;41:761–72. <https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1734992>.

Ågren S, Berg S, Svedjeholm R, Strömberg A. Psychoeducational support to post cardiac surgery heart failure patients and their partners—A randomised pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2015;31. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.04.005>.

## Vedlegg 3: Typer tilbud

### **Psykoedukative tilbud:**

Aboulafia-Brakha, T., Suchecki, D., Gouveia-Paulino, F., Nitrini, R., & Ptak, R. (2014). Cognitive-behavioural group therapy improves a psychophysiological marker of stress in caregivers of patients with Alzheimer's disease. *Aging & Mental Health, 18*(6).  
<https://doi.org/10.1080/13607863.2014.880406>

Alves, S., Teixeira, L., Azevedo, M. J., Duarte, M., & Paúl, C. (2016). Effectiveness of a psychoeducational programme for informal caregivers of older adults. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 30*(1), 65–73. <https://doi.org/10.1111/scs.12222>

Amaresha, A. C., Kalmady, S. V., Joseph, B., Agarwal, S. M., Narayanaswamy, J. C., Venkatasubramanian, G., Muralidhar, D., & Subbakrishna, D. K. (2018). Short term effects of brief need based psychoeducation on knowledge, self-stigma, and burden among siblings of persons with schizophrenia: A prospective controlled trial. *Asian Journal of Psychiatry, 32*, 59–66. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2017.11.030>

Bökberg, C., Behm, L., & Ahlström, G. (2019). Next of kin's quality of life before and after implementation of a knowledge-based palliative care intervention in nursing homes. *Quality of Life Research, 28*(12), 3293–3301. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02268-9>

Cheng, H. Y., Chair, S. Y., & Chau, J. P. C. (2018). Effectiveness of a strength-oriented psychoeducation on caregiving competence, problem-solving abilities, psychosocial outcomes and physical health among family caregiver of stroke survivors: A randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies, 87*, 84–93.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.07.005>

Chiu, M. Y. L., Wei, G. F. W., Lee, S., Choovanichvong, S., & Wong, F. H. T. (2013). Empowering caregivers: Impact analysis of FamilyLink Education Programme (FLEP) in Hong Kong, Taipei and Bangkok. *International Journal of Social Psychiatry, 59*(1), 28–39.  
<https://doi.org/10.1177/0020764011423171>

Day, K., Starbuck, R., & Petrakis, M. (2017). Family group interventions in an early psychosis program: A re-evaluation of practice after 10 years of service delivery. *International Journal of Social Psychiatry, 63*(5).  
<https://doi.org/10.1177/0020764017710301>

de Rotrou, J., Cantegreil, I., Faucounau, V., Wenisch, E., Chaussion, C., Jegou, D., Grabar, S., & Rigaud, A.-S. (2011). Do patients diagnosed with Alzheimer's disease benefit from a psycho-educational programme for family caregivers? A randomised controlled study. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 26*(8). <https://doi.org/10.1002/gps.2611>

Domínguez-Martinez, T., Rascon-Gasca, M. L., Alcántara-Chabelas, H., Garcia-Silberman, S., Casanova-Rodas, L., & Lopez-Jimenez, J. L. (2017). Effects of Family-to-Family Psychoeducation Among Relatives of Patients With Severe Mental Disorders in Mexico City. *Psychiatric Services, 68*(4). <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201500457>

Ducharme, F. C., Levesque, L. L., Lachance, L. M., Kergoat, M.-J., Legault, A. J., Beaudet, L. M., & Zarit, S. H. (2011). "Learning to Become a Family Caregiver" Efficacy of an Intervention Program for Caregivers Following Diagnosis of Dementia in a Relative. *The Gerontologist*, 51(4). <https://doi.org/10.1093/geront/gnr014>

Gex-Fabry, M., Cuénoud, S., Stauffer-Corminboeuf, M.-J., Aillon, N., Perroud, N., & Aubry, J.-M. (2015). Group Psychoeducation for Relatives of Persons With Bipolar Disorder. *Journal of Nervous & Mental Disease*, 203(9).  
<https://doi.org/10.1097/NMD.0000000000000355>

Gharavi, Y., Stringer, B., Hoogendoorn, A., Boogaarts, J., van Raaij, B., & van Meijel, B. (2018). Evaluation of an interaction-skills training for reducing the burden of family caregivers of patients with severe mental illness: a pre-posttest design. *BMC Psychiatry*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1669-z>

González-Fraile, E., Domínguez-Panchón, A. I., Berzosa, P., Costas-González, A. B., Garrido-Jimenez, I., Rufino-Ventura, D., López-Aparicio, J. I., & Martín-Carrasco, M. (2019). Efficacy of a psychoeducational intervention in caregivers of people with intellectual disabilities: A randomized controlled trial (EDUCA-IV trial). *Research in Developmental Disabilities*, 94. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103458>

Grenyer, B. F. S., Bailey, R. C., Lewis, K. L., Matthias, M., Garretty, T., & Bickerton, A. (2018). A randomized controlled trial of group psychoeducation for carers of persons with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 33(2), 214–228.  
[https://doi.org/10.1521/pedi\\_2018\\_32\\_340](https://doi.org/10.1521/pedi_2018_32_340)

Holm, M., Årestedt, K., Carlander, I., Wengström, Y., Öhlen, J., & Alvariza, A. (2017). Characteristics of the Family Caregivers Who Did Not Benefit From a Successful Psychoeducational Group Intervention During Palliative Cancer Care. *Cancer Nursing*, 40(1).  
<https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000000351>

Holm, M., Årestedt, K., Carlander, I., Fürst, C.-J., Wengström, Y., Öhlen, J., & Alvariza, A. (2016). Short-term and long-term effects of a psycho-educational group intervention for family caregivers in palliative home care - results from a randomized control trial. *Psycho-Oncology*, 25(7). <https://doi.org/10.1002/pon.4004>

Hubbard, A. A., McEvoy, P. M., Smith, L., & Kane, R. T. (2016). Brief group psychoeducation for caregivers of individuals with bipolar disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 200. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.04.013>

Hudson, P. L., Trauer, T., Lobb, E., Zordan, R., Williams, A., Quinn, K., Summers, M., & Thomas, K. (2012). Supporting family caregivers of hospitalised palliative care patients: A psychoeducational group intervention. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 2(2), 115–120.  
<https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2011-000131>

Katsuki, F., Takeuchi, H., Konishi, M., Sasaki, M., Murase, Y., Naito, A., Toyoda, H., Suzuki, M., Shiraishi, N., Kubota, Y., Yoshimatsu, Y., & Furukawa, T. A. (2011). Pre-post changes in psychosocial functioning among relatives of patients with depressive disorders after Brief Multifamily Psychoeducation: A pilot study. *BMC Psychiatry*, 11.  
<https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-56>

Kolostoumpis, D., Bergiannaki, J. D., Peppou, L. E., Louki, E., Fousketaki, S., Patelakis, A., & Economou, M. P. (2015). Effectiveness of Relatives' Psychoeducation on Family Outcomes in Bipolar Disorder. *International Journal of Mental Health*, 44(4).  
<https://doi.org/10.1080/00207411.2015.1076292>

Kouri, K., Ducharme, F. C., & Giroux, F. (2011). A psycho-educational intervention focused on communication for caregivers of a family member in the early stage of Alzheimer's disease: Results of an experimental study. *Dementia*, 10(3).  
<https://doi.org/10.1177/1471301211408124>

Kurz, A., Wagenpfeil, S., Hallauer, J., Schneider-Schelte, H., & Jansen, S. (2010). Evaluation of a brief educational program for dementia carers: The AENEAS Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(8). <https://doi.org/10.1002/gps.2428>

Llanque, S. M., Enriquez, M., Cheng, A.-L., Doty, L., Brotto, M. A., Kelly, P. J., Niedens, M., Caserta, M. S., & Savage, L. M. (2015). The Family Series Workshop. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias*, 30(6).  
<https://doi.org/10.1177/1533317514568003>

Lee, Y., & Yim, N. Y. (2013). Korean American Dementia Family Caregivers' Experience of a Psychoeducational Support Group: Investigation of Role of Culture. *Social Work with Groups*, 36(1), 13–26. <https://doi.org/10.1080/01609513.2012.724214>

Limíñana-Gras, R. M., Colodro-Conde, L., Cuéllar-Flores, I., & Sánchez-López, M. P. (2016). Clinical efficacy of psychoeducational interventions with family caregivers. *Educational Gerontology*, 42(1). <https://doi.org/10.1080/03601277.2015.1065685>

Livingston, G., Manela, M., O'Keeffe, A., Rapaport, P., Cooper, C., Knapp, M., King, D., Romeo, R., Walker, Z., Hoe, J., Mummery, C., & Barber, J. (2020). Clinical effectiveness of the START (STrAtegies for RelaTives) psychological intervention for family carers and the effects on the cost of care for people with dementia: 6-year follow-up of a randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 216(1), 35–42.  
<https://doi.org/10.1192/bjp.2019.160>

Livingston, G., Barber, J., Rapaport, P., Knapp, M., Griffin, M., King, D., Livingston, D., Mummery, C., Walker, Z., Hoe, J., Sampson, E. L., & Cooper, C. (2013). Clinical effectiveness of a manual based coping strategy programme (START, STTrAtegies for RelaTives) in promoting the mental health of carers of family members with dementia: pragmatic randomised controlled trial. *BMJ*, 347(oct25 2). <https://doi.org/10.1136/bmj.f6276>

Lök, N., & Bademli, K. (2017). Pilot testing of the "First You Should Get Stronger" program among caregivers of older adults with dementia. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 68. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2016.09.006>

Marcos, Y. Q., Sebastián, M. J. Q., Herrera, M. E., Sanmartín, R., & Treasure, J. (2018). Testing carer skill training programs in spanish carers of patients with eating disorders. *Psicothema*, 30(3), 295–303. <https://doi.org/10.7334/psicothema2017.368>

Martín-Carrasco, M., Fernández-Catalina, P., Domínguez-Panchón, A. I., Gonçalves-Pereira, M., González-Fraile, E., Muñoz-Hermoso, P., & Ballesteros, J. (2016). A randomized trial to

assess the efficacy of a psychoeducational intervention on caregiver burden in schizophrenia. *European Psychiatry*, 33(1). <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2016.01.003>

Martín-Carrasco, M., Domínguez-Panchón, A. I., González-Fraile, E., Muñoz-Hermoso, P., & Ballesteros, J. (2014). Effectiveness of a Psychoeducational Intervention Group Program in the Reduction of the Burden Experienced by Caregivers of Patients With Dementia. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 28(1). <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000003>

Navidian, A., Kermansaravi, F., & Rigi, S. N. (2012). The effectiveness of a group psycho-educational program on family caregiver burden of patients with mental disorders. *BMC Research Notes*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/1756-0500-5-399>

Ohlsson-Nevo, E., Andershed, B., Nilsson, U. G., & Anderzén-Carlsson, A. (2013). Finding a wider horizon: Experiences of being a next-of-kin of a person suffering from colorectal cancer as told after having participated in a psychoeducational program. *European Journal of Oncology Nursing*, 17(3), 324–330. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2012.09.001>

Petrakis, M., & Laxton, S. (2017). Intervening Early with Family Members during First-Episode Psychosis: An Evaluation of Mental Health Nursing Psychoeducation within an Inpatient Unit. *Archives of Psychiatric Nursing*, 31(1), 48–54. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2016.07.015>

Petrakis, M., Bloom, H., & Oxley, J. (2014). Family Perceptions of Benefits and Barriers to First Episode Psychosis Carer Group Participation. *Social Work in Mental Health*, 12(2), 99–116. <https://doi.org/10.1080/15332985.2013.836587>

Petrakis, M., Oxley, J., & Bloom, H. (2013). Carer psychoeducation in first-episode psychosis: Evaluation outcomes from a structured group programme. *International Journal of Social Psychiatry*, 59(4). <https://doi.org/10.1177/0020764012438476>

Pihet, S., & Kipfer, S. (2018). Coping with dementia caregiving: a mixed-methods study on feasibility and benefits of a psycho-educative group program. *BMC Geriatrics*, 18(1), 209. <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0896-y>

Ponce, C. C., Ordonez, T. N., Lima-Silva, T. B., Santos, G. D. dos, Viola, L. de F., Nunes, P. V., Forlenza, O. V., & Cachioni, M. (2011). Effects of a psychoeducational intervention in family caregivers of people with Alzheimer's disease. *Dementia & Neuropsychologia*, 5(3). <https://doi.org/10.1590/S1980-57642011DN05030011>

Redlich, D., Hadas-Lidor, N., Weiss, P., & Amirav, I. (2010). Mediated Learning Experience Intervention Increases Hope of Family Members Coping with a Relative with Severe Mental Illness. *Community Mental Health Journal*, 46(4). <https://doi.org/10.1007/s10597-009-9234-3>

Riley G, Gregory N, Bellinger J, Davies N, Mabbott G, Sabourin R. Carer's education groups for relatives with a first episode of psychosis: An evaluation of an eight-week education group. *Early Intervention in Psychiatry* 2011;5:57–63. <https://doi.org/10.1111/j.1751-7893.2010.00195.x>.

Sampogna, G., Luciano, M., del Vecchio, V., Malangone, C., de Rosa, C., Giallonardo, V., Borriello, G., Pocai, B., Savorani, M., Steardo Jr, L., Lampis, D., Veltro, F., Bartoli, F., Bardicchia, F., Moroni, A. M., Ciampini, G., Orlandi, E., Ferrari, S., Biondi, S., Fiorillo, A. (2018). The effects of psychoeducational family intervention on coping strategies of relatives of patients with bipolar I disorder: results from a controlled, real-world, multicentric study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, Volume 14*.  
<https://doi.org/10.2147/NDT.S159277>

Santos R, Fernanda Barroso De Sousa M, Arcoverde C, Cristina Nascimento Dourado M. Efficacy of a psychoeducational group with caregivers of patients with dementia. Rev Psiq Cl.n. 2013;40. <https://doi.org/10.1590/S0101-60832013000400007>

Savundranayagam, M. Y. (2014). Receiving while giving: The differential roles of receiving help and satisfaction with help on caregiver rewards among spouses and adult-children. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(1), 41–48.  
<https://doi.org/10.1002/gps.3967>

Savundranayagam, M. Y., Montgomery, R. J. v., Kosloski, K., & Little, T. D. (2011). Impact of a psychoeducational program on three types of caregiver burden among spouses. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(4).  
<https://doi.org/10.1002/gps.2538>

Sharif, F., Shaygan, M., & Mani, A. (2012). Effect of a psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patients with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatry*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-48>

Shiraishi, N., Watanabe, N., Katsuki, F., Sakaguchi, H., & Akechi, T. (2019). Effectiveness of the Japanese standard family psychoeducation on the mental health of caregivers of young adults with schizophrenia: A randomised controlled trial. *BMC Psychiatry*, 19(1).  
<https://doi.org/10.1186/s12888-019-2252-y>

Sousa L, Sequeira C, Ferré-Grau C, Graça L. ‘Living Together With Dementia’: preliminary results of a training programme for family caregivers. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2020;35:86–95. <https://doi.org/10.1111/scs.12821>.

Stephens, J. R., Farhall, J., Farnan, S., & Ratcliff, K. M. (2011). An Evaluation of Well Ways, a Family Education Programme for Carers of People with a Mental Illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(1). <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.522170>

Tabeleão, V., Tomasi, E., & de Avila Quevedo, L. (2018). A Randomized, Controlled Trial of the Effectiveness of a Psychoeducational Intervention on Family Caregivers of Patients with Mental Disorders. *Community Mental Health Journal*, 54(2), 211–217.  
<https://doi.org/10.1007/s10597-017-0126-7>

Tanrıverdi, D., & Ekinci, M. (2012). The effect psychoeducation intervention has on the caregiving burden of caregivers for schizophrenic patients in Turkey. *International Journal of Nursing Practice*, 18(3). <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2012.02033.x>

Terracciano, A., Artese, A., Yeh, J., Edgerton, L. von, Granville, L., Aschwanden, D., Luchetti, M., Glueckauf, R. L., Stephan, Y., Sutin, A. R., & Katz, P. (2020). Effectiveness of Powerful Tools for Caregivers on Caregiver Burden and on Care Recipient Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Randomized Controlled Trial. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(8), 1121-1127.e1.

<https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.11.011>

Younis, M. K., Al-Rawashdeh, A., & Alnjadat, R. M. (2019). The effect of palliative care intervention program on the quality of life among Jordanian caregivers of cancer patients. *Home Health Care Services Quarterly*, 38(4), 286–296.

<https://doi.org/10.1080/01621424.2019.1661325>

Ågren S, Berg S, Svedjeholm R, Strömberg A. Psychoeducational support to post cardiac surgery heart failure patients and their partners—A randomised pilot study. *Intensive and Critical Care Nursing* 2015;31. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2014.04.005>.

### **Psykologisk baserte tilbud:**

Ali, S. (2015). Efficacy of Cognitive Behavior Therapy among Caregivers of Dementia: An Outcome Study. In *Pakistan Journal of Psychological Research* (Vol. 30, Issue 2).

Arango-Lasprilla, J. C., Panyavin, I., Merchán, E. J. H., Perrin, P. B., Arroyo-Anlló, E. M., Snipes, D. J., & Arabia, J. (2014). Evaluation of a group cognitive-behavioral dementia caregiver intervention in Latin America. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 29(6), 548–555. <https://doi.org/10.1177/1533317514523668>

Behrouian, M., Ramezani, T., Dehghan, M., Sabahi, A., & Ebrahimnejad Zarandi, B. (2020). The Effect of Emotion Regulation Training on Stress, Anxiety, and Depression in Family Caregivers of Patients with Schizophrenia: A Randomized Controlled Trial. *Community Mental Health Journal*, 56(6), 1095–1102. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00574-y>

Cheng, S. T., Chan, W. C., & Lam, L. C. W. (2019). Long-Term Outcomes of the Benefit-Finding Group Intervention for Alzheimer Family Caregivers: A Cluster-Randomized Double-Blind Controlled Trial. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(9), 984–994. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.03.013>

Cheng, S.-T., Mak, E. P. M., Fung, H. H., Kwok, T., Lee, D. T. F., & Lam, L. C. W. (2017). Benefit-finding and effect on caregiver depression: A double-blind randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 85(5). <https://doi.org/10.1037/ccp0000176>

Cheng, S.-T., Fung, H. H., Chan, W. C., & Lam, L. C. W. (2016). Short-Term Effects of a Gain-Focused Reappraisal Intervention for Dementia Caregivers: A Double-Blind Cluster-Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(9). <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.04.012>

Gleeson, J. F. M., Cotton, S. M., Alvarez-Jimenez, M., Wade, D., Crisp, K., Newman, B., Spiliotacopoulos, D., & McGorry, P. D. (2010). Family Outcomes From a Randomized Control Trial of Relapse Prevention Therapy in First-Episode Psychosis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 71(04). <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04672yel>

Gonyea, J. G., López, L. M., & Velásquez, E. H. (2016). The Effectiveness of a Culturally Sensitive Cognitive Behavioral Group Intervention for Latino Alzheimer's Caregivers. *The Gerontologist*, 56(2). <https://doi.org/10.1093/geront/gnu045>

Leone, D., Carragher, N., Santalucia, Y., Draper, B., Thompson, L. W., Shanley, C., Mollina, A., Chen, L., Kyriazopoulos, H., & Thompson, D. G. (2014). A Pilot of an Intervention Delivered to Chinese- and Spanish-Speaking Carers of People With Dementia in Australia. *American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementiasr*, 29(1). <https://doi.org/10.1177/1533317513505130>

Losada, A., Márquez-González, M., & Romero-Moreno, R. (2011). Mechanisms of action of a psychological intervention for dementia caregivers: effects of behavioral activation and modification of dysfunctional thoughts. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. <https://doi.org/10.1002/gps.2648>

Onwumere, J., Glover, N., Whittaker, S., Rahim, S., Chu Man, L., James, G., Khan, S., Afsharzadegan, R., Seneviratne, S., Harvey, R., Georgiades, A., & Raune, D. (2018). Modifying illness beliefs in recent onset psychosis carers: Evaluating the impact of a cognitively focused brief group intervention in a routine service. *Early Intervention in Psychiatry*, 12(6). <https://doi.org/10.1111/eip.12430>

Pan, Y., & Chen, Ruyi. (2019). *The Effect of a Nurse-Led Cognitive Behavioral Protocol on Depressive Symptoms and Coping Strategies of Dementia Caregivers*. <http://journals.lww.com/jnr-twna>

Passoni S, Moroni L, Toraldo A, Mazzà MT, Bertolotti G, Vanacore N, et al. Cognitive Behavioral Group Intervention for Alzheimer Caregivers. *Alzheimer Disease & Associated Disorders* 2014; 28. <https://doi.org/10.1097/WAD.0000000000000033>

Petursdottir, A. B., & Svavarsdottir, E. K. (2019). The effectivness of a strengths-oriented therapeutic conversation intervention on perceived support, well-being and burden among family caregivers in palliative home-care. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 3018–3031. <https://doi.org/10.1111/jan.14089>

Rodriguez-Sánchez, E., Patino-Alonso, M. C., Mora-Simón, S., Gómez-Marcos, M. A., Pérez-Peñaanda, A., Losada-Baltar, A., & García-Ortiz, L. (2013). Effects of a Psychological Intervention in a Primary Health Care Center for Caregivers of Dependent Relatives: A Randomized Trial. *The Gerontologist*, 53(3). <https://doi.org/10.1093/geront/gns086>

Vázquez, F. L., Torres, Á., Blanco, V., Otero, P., Díaz, O., & Ferraces, M. J. (2016). Long-term Follow-up of a Randomized Clinical Trial Assessing the Efficacy of a Brief Cognitive-Behavioral Depression Prevention Intervention for Caregivers with Elevated Depressive Symptoms. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 24(6). <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2016.02.050>

## Sosiale støttetilbud:

Arnaert, A., Gabos, T., Ballenas, V., & Rutledge, R. D. H. (2010). Contributions of a Retreat Weekend to the Healing and Coping of Cancer Patients' Relatives. *Qualitative Health Research*, 20(2), 197–208. <https://doi.org/10.1177/1049732309352855>

Chu, H., Yang, C.-Y., Liao, Y.-H., Chang, L.-I., Chen, C.-H., Lin, C.-C., & Chou, K.-R. (2011). The Effects of a Support Group on Dementia Caregivers' Burden and Depression. *Journal of Aging and Health*, 23(2). <https://doi.org/10.1177/0898264310381522>

Donorfio, L. K. M., Vetter, R., & Vracevic, M. (2010). Effects of Three Caregiver Interventions: Support, Educational Literature, and Creative Movement. *Journal of Women & Aging*, 22(1). <https://doi.org/10.1080/08952840903489094>

Gossink, F., Pijnenburg, Y., Scheltens, P., Pera, A., Kleverwal, R., Korten, N., Stek, M., Dröes, R. M., & Dols, A. (2018). An intervention programme for caregivers of dementia patients with frontal behavioural changes: an explorative study with controlled effect on sense of competence. *Psychogeriatrics*, 18(6), 451–459. <https://doi.org/10.1111/psyg.12351>

Henriksson, A., Benzein, E., Ternestedt, B. M., & Andershed, B. (2011). Meeting needs of family members of persons with life-threatening illness: a support group program during ongoing palliative care. *Palliative & Supportive Care*, 9(3), 263–271. <https://doi.org/10.1017/S1478951511000216>

Küçükgüçlü, Ö., Akpinar Söylemez, B., Yener, G., & Işık, A. T. (2018). The effects of support groups on dementia caregivers: A mixed method study. *Geriatric Nursing*, 39(2), 151–156. <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.07.008>

Melamed, S., & Gelkopf, M. (2013). The Impact of a Dynamic Psychosocial Intervention Group for Caretakers of Individuals With Severe Mental Illness. *Journal of Family Psychotherapy*, 24(2). <https://doi.org/10.1080/08975353.2013.792708>

Pailleur, M. E., Johnson, T. M., Zevon, M. A., Kuszczak, S., Griffiths, E., Thompson, J., Wang, E. S., & Wetzler, M. (2015). Acceptability, Feasibility, and Efficacy of a Supportive Group Intervention for Caregivers of Newly Diagnosed Leukemia Patients. *Journal of Psychosocial Oncology*, 33(2). <https://doi.org/10.1080/07347332.2014.992086>

Paun, O., Farran, C. J., Fogg, L., Loukissa, D., Thomas, P. E., & Hoyem, R. (2015). A Chronic Grief Intervention for Dementia Family Caregivers in Long-Term Care. *Western Journal of Nursing Research*, 37(1). <https://doi.org/10.1177/0193945914521040>

Rowaert, S., Audenaert, K., Lemmens, G., & Vandevelde, S. (2018). Family Support Groups for Family Members of Mentally Ill Offenders: Family Expectations and Experiences. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62(15). <https://doi.org/10.1177/0306624X18780943>

Sadath, A., Muralidhar, D., Varambally, S., & Gangadhar, B. N. (2016). Does group intervention have benefits on expressed emotion and social support in carers of persons with

first episode psychosis? *Social Work in Mental Health*, 15(5).  
<https://doi.org/10.1080/15332985.2016.1252826>

Stephens, J. R., Farhall, J., Farnan, S., & Ratcliff, K. M. (2011). An Evaluation of Well Ways, a Family Education Programme for Carers of People with a Mental Illness. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(1). <https://doi.org/10.3109/00048674.2010.522170>

Vagharseyyedin, S. A., Zarei, B., Esmaeili, A., & Gholami, M. (2018). The Role of Peer Support Group in Subjective Well-Being of Wives of War Veterans with Post-Traumatic Stress Disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 39(12), 998–1003.  
<https://doi.org/10.1080/01612840.2018.1471760>

Wang, L.-Q., Chien, W.-T., & Lee, I. Y. M. (2012). An experimental study on the effectiveness of a mutual support group for family caregivers of a relative with dementia in mainland China. *Contemporary Nurse*, 40(2). <https://doi.org/10.5172/conu.2012.40.2.210>

Wei, Y.-S., Chu, H., Chen, C.-H., Hsueh, Y.-J., Chang, Y.-S., Chang, L.-I., & Chou, K.-R. (2012). Support groups for caregivers of intellectually disabled family members: effects on physical-psychological health and social support. *Journal of Clinical Nursing*, 21(11–12).  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2011.04006.x>

Werner, P., Clay, O. J., Goldstein, D., Kermel-Schifmann, I., Herz, M. K., Epstein, C., & Mittelman, M. S. (2020). Assessing an evidence-based intervention for spouse caregivers of persons with Alzheimer's disease: results of a community implementation of the NYUCI in Israel. *Aging and Mental Health*. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1774740>

### Kombinerte tilbud:

Au, A., Li, S., Lee, K., Leung, P., Pan, P. C., Thompson, L., & Gallagher-Thompson, D. (2010). The Coping with Caregiving Group Program for Chinese caregivers of patients with Alzheimer's disease in Hong Kong. *Patient Education and Counseling*, 78(2), 256–260.  
<https://doi.org/10.1016/j.pec.2009.06.005>

Boele, F. W., Hoeben, W., Hilverda, K., Lenting, J., Calis, A.-L., Sizoo, E. M., Collette, E. H., Heimans, J. J., Taphoorn, M. J. B., Reijneveld, J. C., & Klein, M. (2013). Enhancing quality of life and mastery of informal caregivers of high-grade glioma patients: a randomized controlled trial. *Journal of Neuro-Oncology*, 111(3). <https://doi.org/10.1007/s11060-012-1012-3>

Fortune, D. G., Rogan, C. R., & Richards, H. L. (2016). A structured multicomponent group programme for carers of people with acquired brain injury: Effects on perceived criticism, strain, and psychological distress. *British Journal of Health Psychology*, 21(1).  
<https://doi.org/10.1111/bjhp.12159>

Gaugler, J. E., Reese, M., & Mittelman, M. S. (2015). Effects of the Minnesota Adaptation of the NYU Caregiver Intervention on Depressive Symptoms and Quality of Life for Adult Child Caregivers of Persons with Dementia. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 23(11). <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2015.06.007>

Hatch, D. J., DeHart, W. B., & Norton, M. C. (2014). Subjective stressors moderate effectiveness of a multi-component, multi-site intervention on caregiver depression and burden. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(4). <https://doi.org/10.1002/gps.4019>

Johannessen, A., Bruvik, F. K., & Hauge, S. (2015). Family carers' experiences of attending a multicomponent psychosocial intervention program for carers and persons with dementia. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 8, 91–99. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S76093>

Linacre, S., Green, J., & Sharma, V. (2016). A pilot study with adaptations to the Maudsley Method approach on workshops for carers of people with eating disorders. *Mental Health Review Journal*, 21(4), 295–307. <https://doi.org/10.1108/MHRJ-05-2016-0010>

Mahendran, R., Lim, H. A., Tan, J. Y. S., Ng, H. Y., Chua, J., Lim, S. E., Kua, E. H., & Griva, K. (2017). Evaluation of a brief pilot psychoeducational support group intervention for family caregivers of cancer patients: A quasi-experimental mixed-methods study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12955-017-0595-y>

Ott, C. H., Kelber, S. T., & Blaylock, M. (2010). "Easing the way" for spouse caregivers of individuals with dementia: A pilot feasibility study of a grief intervention. *Research in Gerontological Nursing*, 3(2), 89–99. <https://doi.org/10.3928/19404921-20100302-01>

Wawrzicznny, E., Laroquette, C., Papo, D., Constant, E., Ducharme, F., Kerfoot, M. J., Pasquier, F., & Antoine, P. (2019). A Customized Intervention for Dementia Caregivers: A Quasi-Experimental Design. *Journal of Aging and Health*, 31(7), 1172–1195. <https://doi.org/10.1177/0898264318770056>

Yoo, R., Yeom, J., Kim, G. H., Park, H. K., Kang, Y., Hwang, J., Choi, S. H., Na, H. R., Cho, S. J., Yu, K. H., Kim, D. H., Lee, J. H., & Jeong, J. H. (2019). A multicenter, randomized clinical trial to assess the efficacy of a therapeutic intervention program for caregivers of people with dementia. *Journal of Clinical Neurology (Korea)*, 15(2), 235–242. <https://doi.org/10.3988/jcn.2019.15.2.235>

### **Problemløsnings-orienterte tilbud:**

Abedi Z, Alavi M, Ghazavi Z, Visentin D, Cleary M. Improving Coping Styles in Family Caregivers of Psychiatric Inpatients Using Planned Behavior Problem-Solving Training. *J Nurs Res*. 2020 Feb;28(1):e70. <https://doi.org/10.1097/jnr.0000000000000320>

Chiu, M., Pauley, T., Wesson, V., Pushpakumar, D., & Sadavoy, J. (2015). Evaluation of a problem-solving (PS) techniques-based intervention for informal carers of patients with dementia receiving in-home care. *International Psychogeriatrics*, 27(6), 937–948. <https://doi.org/10.1017/S1041610214002798>

Demiris, G., Oliver, D. P., Washington, K., & Pike, K. (2019). A Problem-Solving Intervention for Hospice Family Caregivers: A Randomized Clinical Trial. *Journal of the American Geriatrics Society*. <https://doi.org/10.1111/jgs.15894>

King, R. B., Hartke, R. J., Houle, T., Lee, J., Herring, G., Alexander-Peterson, B. S., & Raad, J. (2012). A problem-solving early intervention for stroke caregivers: One year follow-up. *Rehabilitation Nursing*, 37(5), 231–243. <https://doi.org/10.1002/rnj.039>

**Empowerment-tilbud:**

Jafari, Y., Tehrani, H., Esmaily, H., Shariati, M., & Vahedian-shahroodi, M. (2020). Family-centred empowerment program for health literacy and self-efficacy in family caregivers of patients with multiple sclerosis. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34(4), 956–963. <https://doi.org/10.1111/scs.12803>

Yoon, H. K., & Kim, G. S. (2020). An empowerment program for family caregivers of people with dementia. *Public Health Nursing*, 37(2), 222–233. <https://doi.org/10.1111/phn.12690>

Zhou, D. H. R., Chiu, Y. L. M., Lo, T. L. W., Lo, W. F. A., Wong, S. S., Luk, K. L., Leung, C. H. T., Yu, C. K., & Chang, Y. S. G. (2020). Outside-in or Inside-out? A Randomized Controlled Trial of Two Empowerment Approaches for Family Caregivers of People with Schizophrenia. *Issues in Mental Health Nursing*, 41(9), 761–772.

<https://doi.org/10.1080/01612840.2020.1734992>

**Mindfullness-tilbud:**

Lunsky, Y., P. Hastings, R., Weiss, J. A., M. Palucka, A., Hutton, S., & White, K. (2017). Comparative Effects of Mindfulness and Support and Information Group Interventions for Parents of Adults with Autism Spectrum Disorder and Other Developmental Disabilities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(6).

<https://doi.org/10.1007/s10803-017-3099-z>

## Vedlegg 4: Utfall og måleinstrument

### Utfall byrde og belastning:

Studie	Måleinstrument
Aboulafia mfl. 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zarit Burden Interview (ZBI)</li> <li>• Perceived Stress Scale</li> </ul>
Ali mfl. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Burden Assessment Scale (BAS)</li> </ul>
Alves mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Modified Caregiver Strain Index (CSI-M)</li> </ul>
Amaresha mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Burden Assessment Schedule</li> </ul>
Arrango-Lasprilla mfl. 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zarit Burden Interview (ZBI)</li> <li>• Perceived Stress Scale (PSS)</li> </ul>
Cheng mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pearlin´s 4-item measure of role overload</li> <li>• 22-item Zarit Burden Interview</li> </ul>
Cheng mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caregiver Strain Index</li> </ul>
Cheng mfl. 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zarit Burden Interview (ZBI)</li> </ul>
Cheng mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zarit Burden Interview (ZBI)</li> </ul>
Chiu mfl 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Family Experience Interview Schedule</li> <li>• Affective Response Module with Worry and Displeasure subscales</li> </ul>
Chu mfl. 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caregiver Burden Inventory (CBI)</li> </ul>
Chiu mfl. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perceived Stress Scale (PSS)</li> <li>• Zarit Burden Interview (ZBI)</li> </ul>
Demiris mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caregiver reaction assessment scale (CRA)</li> </ul>
de Rotrou mfl. 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zarit Burden Interview (ZBI)</li> </ul>
Fortune mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caregiver Strain Index (CSI)</li> </ul>
Gaugler mfl. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Measures of Subjective Stress</li> </ul>
Gaugler mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Care task measures</li> <li>• Role overload and role captivity measures</li> </ul>
Gharavi mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ)</li> </ul>
Gleeson mfl. 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experience of Caregiving Inventory (ECI)</li> </ul>
González mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zarit Burden Interview (ZBI)</li> </ul>
Gossink mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zarit Burden Interview (ZBI)</li> <li>• Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ)</li> </ul>
Grenyer mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Burden assessment score (BAS)</li> <li>• Dyadic adjustment scale-4 (DAS-4)</li> </ul>
Hatch mfl. 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zarit Burden Interview (ZBI)</li> </ul>
Holm mfl. 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caregiver Burden Scale (CBS)</li> </ul>
Holm mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caregiver Burden Scale (CBS)</li> </ul>

Hubbard mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>Burden assessment scale (BAS)</li> </ul>
Katsuki mfl. 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarit Burden Interview (ZBI)</li> </ul>
King mfl. 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>Appraisal of Caregiving Scale (SCS)</li> </ul>
Kolostoumis mfl. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>Family Burden Scale</li> </ul>
Küçükgüclü mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caregiver Burden Inventory</li> </ul>
Kurz mfl. 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>Time spent caregiving</li> </ul>
Llangque mfl. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caregiver Burden Inventory (CBI)</li> </ul>
Limiñana-Gras mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarit Burden Interview (ZBI)</li> </ul>
Livingston mfl. 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Zarit Caregiver Burden Scale</li> </ul>
Losada mfl. 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Frequency of leisure activities</li> </ul>
Lunsky mfl. 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caregiver burden 9-items subscale of the Revised Caregiving Appraisal Scale</li> </ul>
Lök mfl. 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Zarit Caregiver Burden Scale</li> </ul>
Martin-Carrasco mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarit Burden Interview (ZBI)</li> <li>Involvement Evaluation Questionnaire</li> </ul>
Martin-Carrasco mfl. 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarit Burden Interview (ZBI)</li> </ul>
Melamed mfl. 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>Burden Assessment Scale (BAS)</li> <li>The Experience of Caregiving Inventory (ECI)</li> </ul>
Navidian mfl. 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarit Burden Interview (ZBI)</li> </ul>
Passoni mfl. 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Caregiver Need Assessment (CNA)</li> </ul>
Paun mfl. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>Family Perception of Caregiving Role (FPCR)</li> </ul>
Petursdottir mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brief assessment scale for caregivers (BASC)</li> </ul>
Pihet mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarit Burden Interview</li> </ul>
Ponce mfl. 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caregiver Burden Scale</li> </ul>
Rodriques-Sanchez mfl. 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>Short Zarit Burden Interview</li> </ul>
Rowaert mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarit Burden Interview (ZBI-22)</li> </ul>
Santos mfl. 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarit Burden Interview (ZBI)</li> </ul>
Savundranayagam mfl. 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Montgomery burden measure</li> </ul>
Sharif mfl. 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>Family Burden Questionnaire</li> </ul>
Shiraishi mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarit Burden Questionnaire</li> </ul>
Sousa mfl. 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Scale of caregiver burden (SCB)</li> <li>The caregiver assessment of difficulties index (CADI)</li> </ul>
Stephens mfl. 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ)</li> </ul>
Tabeleao mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarit Burden Interview (ZBI)</li> </ul>
Tanriverdi mfl. 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarit Caregiver Burden Scale (ZBS)</li> </ul>
Terraciano mfl. 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarit Caregiver Burden Scale (ZBS)</li> </ul>
Vazquesz mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarit Burden Interview (ZBI)</li> </ul>
Wawrziczy mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preparedness for caregiving scale</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caregiver reaction assessment (CRA)</li> <li>• Dyadic adjustment scale (DAS)</li> <li>• Psychologist Distress index</li> </ul>
Yoo mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zarit Burden Interview (ZBI-K)</li> </ul>
Yoon mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caregiving appraisal scale</li> </ul>

### Utfall psykisk helse:

Studie	Måleinstrument
Aboulafia-Brakha mfl. 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beck Depression Inventory</li> <li>• State-Trait Anxiety Inventory</li> </ul>
Ali mfl. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)</li> <li>• State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2)</li> </ul>
Alves mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Short-Form Health Survey (SD-12v2)</li> <li>• General Health Questionnaire-12 (GHQ-12)</li> </ul>
Amaresha mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Affiliate Stigma Scale</li> <li>• Mini International Neuropsychiatric Interview</li> </ul>
Au mfl. 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</li> </ul>
Boele mfl. 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MOS subjective cognitive functioning scale</li> </ul>
Behrouian mfl. 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression, anxiety and stress scale (DASS-21)</li> </ul>
Cheng mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hamilton Depression Rating Scale</li> </ul>
Cheng mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10-item Center for Epidemiological Studies Depression</li> </ul>
Cheng mfl. 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hamilton Depression Rating Scale</li> </ul>
Cheng mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hamilton Depression Rating Scale</li> </ul>
Chiu mfl. 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rosenberg´s Self-Esteem Scale</li> <li>• CES-S scale (depression)</li> </ul>
Chu mfl. 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beck Depression Inventory-II (BDI-II)</li> </ul>
Demiris mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Generalized anxiety disorder 7-item (GAD-7)</li> </ul>
De Rotrou mfl. 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS)</li> </ul>
Donorfio mfl. 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assessment of levels of irritability, depression, anxiety, stress and concentration</li> </ul>

Fortune mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</li> </ul>
Gaugler mfl. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geriatric Depression Scale</li> </ul>
Gleeson mfl. 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>General Health Questionnaire (GHQ)</li> </ul>
Gonyea mfl. 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)</li> </ul>
González mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>Depression scale (CES-D)</li> <li>State-Trait Anxiety Inventory</li> </ul>
Gossink mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Perceived Stress Scale (PSS)</li> <li>The Center for Epidemiological Studies Depression scale (CESD)</li> </ul>
Grenyer mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mental health inventory-5 (MHI-5)</li> </ul>
Hatch mfl. 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>Center for Epidemiological Studies of Depression Scale (CES-D)</li> </ul>
Holm mfl. 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</li> </ul>
Holm mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</li> </ul>
Hubbard mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>Depression, anxiety, stress scale (DASS-21)</li> </ul>
Katsuki mfl. 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kessler Psychological Distress (K6) questionnaire</li> </ul>
King mfl. 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)</li> <li>Profile of Moods Scale short form</li> </ul>
Kurz mfl. 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>Montgomery-Aberg Depression Rating Scale (MADRS)</li> </ul>
Leone mfl. 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>Depression Anxiety and Stress Scale – short form (DASS-21)</li> </ul>
Limiñana-Gras mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>The 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12)</li> </ul>
Livingston mfl. 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</li> </ul>
Livingston mfl. 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Anxiety and Depression Scale – total score (HADS-T)</li> </ul>
Losada mfl. 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dysfunctional thoughts about caregiving questionnaire</li> <li>Center for epidemiological studies-depression scale (CES-D)</li> </ul>
Lunsky mfl. 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)</li> </ul>
Mahendran mfl. 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</li> </ul>
Marcos mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</li> </ul>
Martin-Carrasco mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)</li> </ul>

Ott mfl. 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20-item Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)</li> <li>• 20-item State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</li> </ul>
Pan mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10-item Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)</li> </ul>
Pailler mfl. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18)</li> </ul>
Passoni mfl. 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mini-Mental State Examination (MMSE)</li> <li>• The Anxiety and Depression Scale-Reduced Form (AD-R)</li> </ul>
Paun mfl. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20-item Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)</li> </ul>
Petursdottir mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Depression Anxiety Stress Scale (DASS)</li> </ul>
Pihet mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revised memory and behavioral problems (MBP) Checklist</li> <li>• Ilfield Psychiatric Symptoms Index</li> </ul>
Rodriquez-Sanchez mfl. 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• General Health Questionnaire (GHQ-12)</li> <li>• Dysfunctional Thoughts about Caregiving Questionnaire</li> </ul>
Sadath mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Family Questionnaire (FQ)</li> </ul>
Santos mfl. 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beck Depression Inventory (BDI)</li> <li>• Beck Anxiety Inventory (BAI)</li> </ul>
Shiraishi mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• State-trait Anxiety Inventory (STAI)</li> <li>• K6 (screening tool) for depressive and anxiety disorders</li> <li>• Link´s stigma scale (LSS)</li> <li>• Global assessment of functioning (GAF)</li> </ul>
Stephens mfl. 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>• General Health Questionnaire (GHQ-12)</li> </ul>
Terraciano mfl. 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Center for Epidemiological Studies Depression Scale (10-item)</li> </ul>
Vazquez mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Center for Epidemiological Studies Depression Scale</li> <li>• General Health Questionnaire (GHQ-28)</li> <li>• Automatic Thoughts Questionnaire-Negative (ATQ-N)</li> </ul>
Wang mfl. 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuropsychiatric Inventory-Caregiver Distress Scale (NPI-D)</li> </ul>
Wei mfl. 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Derogatis Symptoms Checklist-90-R (SCL-90-R)</li> </ul>
Werner mfl. 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriatric Depression Scale (GDS) short version</li> </ul>

Yoo mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geriatric depression scale (GDS)</li> <li>• Philadelphia geriatric center morale scale (PGCMC)</li> <li>• Caregiver-administered neuropsychiatric inventory (CGA-NPI)</li> <li>• The positive affect and negative affect schedule (PANAS)</li> <li>• Acceptance and action questionnaire-II (AAQ-II)</li> <li>• Self-compassion scale (SCS)</li> </ul>
Zhou mfl. 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mental health inventory</li> </ul>
Ågren mfl. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beck Depression Inventory (BDI-II)</li> <li>• Control Attitude Scale (CAS)</li> </ul>

### Utfall velvære og livskvalitet:

Studie	Måleinstrument
Alves mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Positive Aspects of Caregiving (PAC)</li> </ul>
Boele mfl. 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MOS 36-item short form health survey</li> </ul>
Bökberg mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• WHOQOL-BREF</li> </ul>
Cheng mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ryff's Psychological Well-being Scale</li> </ul>
Cheng mfl. 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ryff's Psychological Well-being Scale</li> <li>• Multidimensional Functional Assessment Questionnaire</li> </ul>
Cheng mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ryff's Psychological Well-being Scale</li> <li>• Multidimensional Functional Assessment Questionnaire</li> </ul>
Gaugler mfl. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cantril Ladder</li> </ul>
Gex-Fabry mfl. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Two questionnaires were developed for this study by experienced clinicians. The questions were selected to reflect the primary aims of the program</li> <li>• World Health Organization Quality of Life questionnaire (WHOQOL-BREF)</li> </ul>
Gonzalez mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• General Health Questionnaire (GHQ-28)</li> </ul>
Holm mfl. 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rewards for Caregiving Scale (RCS)</li> </ul>

Holm mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>Rewards for Caregiving Scale (RCS)</li> </ul>
Hudson mfl. 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>General Health Questionnaire</li> </ul>
King mfl. 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bakas Caregiving Outcomes Scale (BCOS)</li> </ul>
Kurz mfl. 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>Short Form Health Survey (SF-36)</li> </ul>
Linacre mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>The 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)</li> </ul>
Livingston mfl. 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>Health status questionnaire</li> </ul>
Lunsky mfl. 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>Self-Compassion Scale Short Form (SCS-SF)</li> </ul>
Mahendran mfl. 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caregiver QOL – Cancer (CQOLC) scale</li> </ul>
Marcos mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>General health questionnaire (GHQ-12)</li> </ul>
Martin-Carrasco mfl. 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>Short-Form Health Survey (SF-12)</li> </ul>
Ott mfl. 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>Positive State of Mind Instrument</li> </ul>
Pailler mfl. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Caregiver Quality of Life-Cancer</li> </ul>
Rodriquez-Sanchez mfl. 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>RUIZ and Baca's Questionnaire</li> </ul>
Rowaert mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>WHOQOL-BREF</li> </ul>
Santos mfl. 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assessment of QoL in Alzheimer's Disease Scale (QoL-AD)</li> </ul>
Savundranayagam mfl. 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>Positive views toward caregiving (three items)</li> </ul>
Terraciano mfl. 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Self-rated health and life satisfaction – single items</li> </ul>
Wang mfl. 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>World Health Organization Quality of Life Measure-Brief Version (WHOQOL-BREF)</li> </ul>
Wawrziczy mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instrumental activities of daily living (IADL)</li> <li>Self-rated health (SF)</li> </ul>
Yoon mfl 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Campbell subjective well-being scale</li> </ul>
Younis mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>Quality of life in life-threatening illness – family caregiver (QOLLTI-F)</li> </ul>
Ågren mfl. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>Short Form (SF-36)</li> </ul>

## Utfall mestrings:

Studie	Måleinstrument
Abedi mfl. 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coping Inventory for Stressful Situation (CISS). Persian version, 48-items</li> </ul>
Au mfl. 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revised scale for Caregiving Self-Efficacy</li> <li>Chinese Way of Coping Questionnaire</li> </ul>
Boele mfl. 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caregiver Mastery Scale</li> </ul>
Cheng mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problem Solving Inventory (PSI)</li> </ul>
Cheng mfl. 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy</li> </ul>
Cheng mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy</li> </ul>
Chiu mfl. 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pearlin´s Mastery Scale</li> <li>Family empowerment scale (FES)</li> </ul>
Chiu mfl. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coping Inventory for Stressful Situations (CISS short form, 21-items)</li> </ul>
Demiris mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>Problem Solving Inventory (PSI)</li> </ul>
Ducharme mfl. 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Self-Efficacy Scale</li> <li>Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy (RSCSE)</li> </ul>
Gharavi mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>Self-Efficacy Questionnaire (SEQ)</li> </ul>
Gonyea mfl. 2014	<ul style="list-style-type: none"> <li>Self-Efficacy Scale</li> <li>Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy (RSCSE)</li> </ul>
Grenyer mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>Family empowerment scale (FES)</li> </ul>
Hubbard mfl. 2016	<ul style="list-style-type: none"> <li>Bipolar disorder self-efficacy scale (study specific scale)</li> </ul>
Jafari mfl. 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>Self-Efficacy Questionnaire</li> </ul>
King mfl. 2012	<ul style="list-style-type: none"> <li>Social Problem Solving short form (SPSI-R)</li> </ul>
Kouri mfl. 2011	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caregiver Self-Efficacy Scale</li> </ul>
Llanque mfl. 2015	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Brief COPE scale</li> </ul>
Livingston mfl. 2013	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Brief COPE scale</li> </ul>
Lunsky mfl. 2017	<ul style="list-style-type: none"> <li>Family Empowerment Scale (FES) – 12 item subscale</li> </ul>
Marcos mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brief illness perception questionnaire (BIPQ)</li> </ul>
Ott mfl. 2010	<ul style="list-style-type: none"> <li>The General Self-Efficacy Scale</li> <li>The Brief COPE scale</li> </ul>
Pan mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>20-item simplified coping scale</li> </ul>
Pihet mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>Self-efficacy scale</li> </ul>
Rowaert mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resilience Scale (RS-nl 25)</li> </ul>

Sampogna mfl. 2018	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Family Coping Questionnaire (FCQ)</li> </ul>
Terraciano mfl. 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caregiving Self-Efficacy Scale</li> </ul>
Wawrziczy mfl. 2019	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Self-Efficacy Scale (15-items)</li> </ul>
Yoon mfl. 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Family Caregiver Self-Efficacy Scale</li> </ul>
Zhou mfl. 2020	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Family Coping Questionnaire</li> <li>• Pearlin Mastery Scale</li> <li>• Inner Resource Scale</li> </ul>

### Utfall kunnskap:

Studie	Måleinstrument
Amaresha mfl. 2018	The Knowledge about Schizophrenia Interview
Cheng mfl. 2018	Caregiving Competence Scale
Chiu mfl. 2015	Caregiving Competence Scale
Day mfl. 2017	Study-specific questionnaire
de Rotrou mfl. 2011	Sense of Competence Questionnaire (SCQ)
Dominiquez-Martinez mfl. 2017	Study-specific questionnaire
Ducharme mfl. 2011	Preparedness for Caregiving Scale Planning for Future Care Needs Scale
Gossink mfl. 2018	The Short Sense of Competence Questionnaire (SSCQ)
Holm mfl. 2017	Caregiver Competence Scale (CCS) Preparedness for Caregiving Scale (PCS)
Holm mfl. 2016	Caregiver Competence Scale (CCS) Preparedness for Caregiving Scale (PCS)
Hubbard mfl. 2016	Study-specific questionnaire
Hudson mfl. 2012	Caregiver Competence Scale (CCS) Preparedness for Caregiving Scale (PCS)
Jafari mfl. 2020	Test of functional health literacy in adults – TOFHLA
King mfl. 2012	Preparedness for Caregiving Scale (PCS)
Kolostoumpis mfl. 2015	Knowledge about Bipolar Disorder Questionnaire
Kouri mfl. 2011	Study-specific questionnaire
Llanque mfl. 2015	4-item Caregiving Competence Scale
Paun mfl. 2015	22-item Knowledge of Alzheimer's Test (KAT)
Petrakis mfl. 2014	Study-specific questionnaire

## Andre utfall:

Studie	Utfall	Måleinstrument
Cheng mfl. 2018	Familiefungering	<ul style="list-style-type: none"> <li>General Functioning subscale of the Family Assessment Device</li> </ul>
Dominiquez 2017	Familiefungering	<ul style="list-style-type: none"> <li>Family Questionnaire (FQ) (expressed emotions)</li> </ul>
Ducharme mfl. 2011	Familiefungering	<ul style="list-style-type: none"> <li>The Family Caregiver Conflict scale</li> </ul>
Fortune mfl. 2016	Familiefungering	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perceived Criticism Scale (PCS)</li> </ul>
Grenyer mfl. 2018	Familiefungering	<ul style="list-style-type: none"> <li>The family questionnaire (TFQ)</li> </ul>
Katsuki mfl. 2011	Familiefungering	<ul style="list-style-type: none"> <li>Dysfunction in the Ordinary Family Life Scale (DFL)</li> <li>Family Attitude Scale (FAS)</li> <li>Expressed Emotion</li> </ul>
King mfl. 2012	Familiefungering	<ul style="list-style-type: none"> <li>McMaster Family Assessment Device</li> </ul>
Shiraishi mfl. 2019	Familiefungering	<ul style="list-style-type: none"> <li>Family attitude scale (FAS)</li> </ul>
Vagharseyedin 2018	Familiefungering	<ul style="list-style-type: none"> <li>Family Adaption Scale</li> </ul>
Zhou mfl. 2020	Familiefungering	<ul style="list-style-type: none"> <li>Brief family relationship scale</li> <li>Experience of caregiving autonomy</li> </ul>
Cheng mfl. 2018	Sosial støtte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Six-item Social Support Questionnaire</li> </ul>
Ducharme mfl. 2011	Sosial støtte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Inventory of Socially Supportive Behaviors</li> </ul>
Gaugler mfl. 2015	Sosial støtte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stokes Social Network List</li> </ul>
Petursdottir mfl. 2019	Sosial støtte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Iceland family perceived support questionnaire (ICE-FPSQ)</li> </ul>
Sadath mfl. 2016	Sosial støtte	<ul style="list-style-type: none"> <li>Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)</li> </ul>

Wang mfl. 2012	Sosial støtte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Family Support Services Index (FSSI)</li> </ul>
Wei mfl. 2012	Sosial støtte	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB)</li> </ul>
Ott mfl. 2010	Sorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• MMCGI-SF</li> </ul>
Paun mfl. 2015	Sorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 50-item MM-CGI (Caregiver chronic grief)</li> </ul>
Yoon mfl. 2020	Sorg	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hogan grief reaction checklist</li> </ul>
Kurz mfl. 2010	Helseøkonomi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resource Utilization in Dementia, short form (RUD-light)</li> </ul>
Livingston mfl. 2020	Helseøkonomi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The client service receipt inventory (CSRI)</li> </ul>
Redlich mfl. 2010	Håp	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hope Scale (Snyder)</li> </ul>
Zhou mfl. 2020	Håp	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herth hope index</li> </ul>

## Vedlegg 5: Matrise (alle studier)

First Author Year Country	Participants	Study Design	Caregiver self-management intervention	Caregiver Outcomes	Effect and benefit
<b>Abedi 2020 Iran</b>	Caregivers of psychiatric inpatients	RCT (pre- and posttest, and after 1 months)  (N=36)	<i>Intervention:</i> Problem-solving training program  <i>Facilitator:</i> Nurses and other health professionals  <i>Structure &amp; content:</i> Group-based intervention consisting of educational instruction, feedback, and group discussion  <i>Duration.</i> Two 60-minutes sessions per week over 4 weeks (8 sessions)  Control group: Standard care (weekly classes held by the hospitals on caring for psychiatric patients)  (N=36)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Coping inventory for stressful situations (CISS). Persian version, 48-items</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Immediately after the intervention the intervention group scored significantly higher on task-oriented coping style than the control group, but no significant differences were detected for emotion or avoidance-oriented coping style</li> <li>At 1-month follow up, the intervention group earned significantly higher scores for task-oriented and emotion-oriented coping styles</li> <li>No improvement in avoidance-oriented coping style at the postintervention or follow-up were detected</li> </ul>
<b>Aboulafia-Brakha 2014 Switzerland</b>	Caregivers of persons with Alzheimer's disease	Semi-randomized study (two interventions pre- and post-measures)  Intervention I (EDUC):  (N=18)	<i>Intervention 1:</i> Psychoeducation Group Programme (EDUC)  <i>Facilitator:</i> Therapist  <i>Structure &amp; content:</i> Information on cognitive and behavioral symptoms of the disease as well as advice on how to deal with them  <i>Duration:</i> Eight weekly sessions, 1h per session  <i>Intervention 2:</i> Cognitive Behavioral Group Therapy (CBT)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Salivary cortisol</li> <li>Perceived Stress Scale</li> <li>Zarit Burden Interview</li> <li>Beck Depression Inventory</li> <li>State-Trait Anxiety Inventory</li> <li>Portable Functional Assessment Questionnaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Overall decrease of cortisol secretion in the Cognitive Behavioral Group Therapy group</li> <li>Both groups reported a reduction of neuropsychiatric symptoms of their relative after intervention</li> </ul>

<b>Ali 2015 Pakistan</b>	Caregivers of persons with dementia	Pre- and post- assessment (N=8)	<i>Intervention:</i> Cognitive Behavior Therapy intervention  <i>Facilitator:</i> Psychologist  <i>Structure &amp; content:</i> Individually based intervention targeting behavior, clinical interview, psychoeducation, cognitive restructuring, relaxation training and coping skills, anger management, assertiveness training  <i>Duration:</i> Eight weekly group-sessions, 1.5h per session.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behave-AD</li> </ul>	
<b>Alves 2016 Portugal</b>	Informal caregivers of older adults	Pre- and posttest (follow-up at 3, 6 and 12 months)  (N=60)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational program (“Caring at home”)  <i>Facilitator:</i> Psychologist and professional expert in relevant topic (e.g., nurse, occupational therapist)  <i>Structure &amp; content:</i> Included sessions on relevant topics about aging and caregiving. Every session was a combination of information and psychological support  <i>Duration:</i> Seven weekly sessions, 2h per sessions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Burden Assessment Scale (BAS)</li> <li>• General Health Questionnaire-28 (GHQ-28)</li> <li>• State-Trait Anger Expression Inventory-2 (STAXI-2)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The results indicated that the intervention significantly reduced caregiver’s perceived subjective and objective burden, anger, and significantly improved physical and mental health</li> </ul>

<b>Amaresha 2018</b> <b>India</b>	Siblings of people with schizophrenia (N=40)	Prospective controlled trial (baseline, 1 and 3 months after intervention) (N=40)  Control group: Standard care (N=40)	<i>Intervention:</i> Brief need-based psychoeducation  <i>Facilitator:</i> Mental health professionals  <i>Structure &amp; content:</i> The intervention aimed to provide information about schizophrenia, to ensure drug compliance, information on management and engagement, to address expressed emotion and prevention of relapse, to educate about the healthy lifestyle and coping, support and knowledge  <i>Duration:</i> 60-90 minutes sessions bimonthly or monthly for out-patient participants, and on a daily basis for in-patient participants (4-6 sessions with direct contact and 2-4 telephonic sessions)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clinical profile (assessment of level of involvement)</li> <li>• Mini International Neuropsychiatric Interview</li> <li>• The Knowledge about Schizophrenia Interview</li> <li>• Affiliate stigma Scale (self-stigma scale)</li> <li>• Burden Assessment Schedule</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The findings suggest that brief need-based psychoeducation may increase knowledge about the illness and reduce self-stigma</li> <li>• No main or interaction effects of group and time were observed on burden</li> </ul>
<b>Arango- Lasprilla 2014</b> <b>USA</b>	Caregivers of persons with dementia (N=39)	RCT (pre- and posttest, and after 3 months)  Control group: educational program of equal duration with information of dementia minus coping skill  (N=30)	<i>Intervention:</i> Cognitive-behavioral intervention program  <i>Facilitator:</i> Mental health professionals  <i>Structure &amp; content:</i> The intervention introduces group participants with a variety of coping strategies for managing negative feelings such as relaxation, identification of challenging thoughts and positive self-statements. Includes practice of coping skills. Adapted to the caregivers of individuals with dementia from Columbia, Latin America  <i>Duration:</i> Eight weekly sessions, 2h per session	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9)</li> <li>• Zarit Burden Interview (ZBI)</li> <li>• Satisfaction with life scale (SWLS)</li> <li>• Perceived Stress Scale (PSS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The intervention group showed higher satisfaction with life and lower depression and burden after 3 months follow-ups</li> <li>• No effect of the condition on participants' stress levels</li> </ul>

<b>Arnaert 2010</b>	Relatives of persons with cancer	Qualitative study (4 weeks after intervention)  (N=8)	<p><i>Intervention:</i> A support group healing retreat program (“Skills for Healing Retreat Weekend”)</p> <p><i>Facilitator:</i> Oncologist, mind-body medicine specialist, nurse, social worker and spiritual care provider</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> Included didactic sessions on how to navigate the medical system, on nutrition and alternative therapy, coping skills like relaxation and yoga and supportive expressive support group therapy. Frequent opportunities for participants to share their stories with others. Combined lectures and activities adjusted to the needs of participants</p> <p><i>Duration:</i> 2.5 days weekend</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Experiences from the intervention</li> <li>Perceptions of the concept of healing</li> <li>What they had learned from attending the intervention</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Benefits during the retreat included an experience of emotional openness vise vie other participants, relief from sharing thoughts and feelings with others, mutual support amongst participants and a sense of community</li> <li>Benefits beyond the retreat included emotional and spiritual healing and acquiring strategies for coping in their roles as caregivers</li> </ul>
<b>Au 2010</b>	Caregivers of persons with Alzheimer disease	RCT (baseline and after intervention)  (N=13)	<p><i>Intervention:</i> A CBT based psychoeducational program (“Coping with Caregiving”)</p> <p><i>Facilitator:</i> Clinical psychologists in training</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> Primarily based on a CBT model, sessions focused on skill-building, psychoeducational approach for reducing caregivers’ psychological distress through learning and practicing specific cognitive and behavioral skills. Information on local services and hospice care was added to fit the local context</p> <p><i>Duration:</i> 13 weekly two-hour sessions</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</li> <li>Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy</li> <li>Chinese Way of Coping Questionnaire</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Caregivers completed the program demonstrated a significant increase in their self-efficacy for controlling their up thoughts and handling disruptive behaviors of the care recipients</li> <li>They also reported a significant increase in the use of both problem-focused and emotion-focused coping strategies</li> </ul>
<b>Boele 2013</b>	Caregivers of persons with high-grade glioma	RCT (baseline, every two months and thereafter until eight months)  (N=31)	<p><i>Intervention:</i> Psychoeducation and Cognitive Behavioral Therapy</p> <p><i>Facilitator:</i> Psychologist</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> Aimed to empower caregivers by providing knowledge of disease-specific symptoms and the resulting everyday problems, as well as offering cognitive behavioral therapy to</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>MOS 36-item short-form health survey</li> <li>Caregiver Mastery Scale</li> <li>MOS subjective cognitive functioning scale</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>The intervention helped caregivers in maintaining a stable level of health-related quality of life and improved feelings of mastery over an eight-month period</li> <li>Caregivers can benefit from a psychological intervention as it is a helpful tool in maintaining a stable</li> </ul>

			Control group: Standard care (N=25)	increase their ability to cope with the demands of managing and providing care to the patient  <i>Duration:</i> Six one-hour sessions every other week	• Brain Cancer Module	level of mental functioning and caregiver mastery
<b>Behrouian 2020 Iran</b>	Caregivers of persons with schizophrenia	RCT (baseline, one month after the intervention)  (N=35)	Intervention: Emotion regulation training  <i>Facilitator:</i> Psychologist  <i>Structure &amp; content:</i> Lecture, questioning and answering method and booklet on emotion regulation training, awareness of positive emotions and their types, perception of negative emotions, acceptance of positive feelings, how to recognize negative emotions, reappraising emotions and instruments of positive emotions, presentation of negative emotions and summary  <i>Duration:</i> 8 90-min sessions over 8 weeks	• Depression, anxiety and stress scale (DASS-21)	• Stress, anxiety and depression scores reduced significantly in the intervention group compared to the control group	
<b>Bökberg 2019 Sweden</b>	Caregivers of older persons (palliative care)	Quasi-experimental study (baseline and after the intervention)  (N=90)	<i>Intervention:</i> Educational palliative care intervention  <i>Facilitator:</i> Nurses  <i>Structure and content:</i> Seminars consisting of five themes: the palliative approach and dignified care, next of kin, existence and dying, symptom relief and collaborative care  <i>Duration:</i> Every 4-5 weeks for 6 months, each seminar lasted approximately 2 h.  (N=105)	• WHOQOL-BREF	• Small statistical changes were detected regarding caregivers QoL in favor of the intervention	

<b>Cheng 2019 China</b>	Caregivers of people with Alzheimer	RCT (Cluster-randomized trial (baseline and after 2, 6 and 12 months after intervention) (N=42)	<i>Intervention:</i> Group-benefit therapeutic intervention (BFT)  <i>Facilitator:</i> Research assistants with undergraduate degree in psychology or related field trained and supervised by a clinical psychologist  <i>Structure &amp; content:</i> Skills training for positive reappraisal and benefit-finding using videos, hypothetical scenarios. Personal stories, group sharing and inter-subgroup contest  <i>Duration:</i> Once a week for eight consecutive weeks, lasting 1.5-2 h each time	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hamilton Depression Rating Scale</li> <li>• Pearlin's 4-item measure of role overload</li> <li>• 22-item Zarit Burden Interview</li> <li>• Ryff's Psychological Well-being Scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No effect was found for depressive symptoms</li> <li>• Moderate effect was found for global burden at the two follow-ups</li> <li>• For psychological well-being there was an increase in the BFT group at 4 months but not at 6 and 10 months</li> <li>• No effect on role overload was found</li> </ul>
<b>Cheng 2018 China</b>	Caregivers of persons with stroke	RCT (baseline, post-intervention and three months after intervention) (N=64)	<i>Intervention:</i> Strength-oriented psychoeducational program  <i>Facilitator:</i> Experienced nurse in general and psychiatric health conditions  <i>Structure &amp; content:</i> Aimed to improve caregiver knowledge and caregiving skills (affective experiencing, which guides the caregivers towards a positive emotional response to daily stress, behavioral regulation and cognitive mastery)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caregiving Competence Scale</li> <li>• Problem Solving Inventory</li> <li>• 10-item Center for Epidemiological Studies Depression</li> <li>• Caregiving Strain Index</li> <li>• Six-item Social Support Questionnaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The intervention group demonstrated significantly greater improvements throughout the study in terms of caregiving competence, problem-solving coping abilities and social support satisfaction</li> <li>• This group also displayed greater improvements in terms of family functioning at one-month post-intervention, and lower level of burden at three months post-intervention</li> </ul>

			<i>Duration:</i> Two structured individual face-to-face stroke education sessions; and six biweekly telephone problem-solving skills training sessions	<ul style="list-style-type: none"> <li>General Functioning subscale of the Family Assessment Device</li> <li>The Chinese SF-12 v2</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>There was no significant effect on enabling stroke survivors to remain in their home</li> <li>Post-hoc analysis showed a significant and indirect effect of problem-solving coping abilities, which suggested its mediating effect on caregiving competence of stroke caregivers</li> </ul>
<b>Cheng 2017 China</b>	Caregivers of persons with Alzheimer's disease (N=103)	RCT (baseline and after intervention) (N=64)	<p><i>Intervention:</i> A gain focused reappraisal intervention (BF), CBT-based</p> <p><i>Facilitator:</i> Research assistants with undergraduate degree in psychology</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> Participants received information on dementia, communication skills, stress management, coping strategies, skills for helping with ADS, creating appropriate home environment, community resources goals for future improvement and carried out practical home-based activities. Opportunities for sharing experiences and positive reappraisal were provided</p> <p><i>Duration:</i> Four biweekly sessions of three-hours each over a 2-month period</p> <p>Control 1 (SIM-PE): Same duration and content, but with lectures as the primary mode of delivery</p> <p>Control 2 (STD-PE): Same duration and content but without practical training in positive reappraisal skills</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hamilton Depression Rating Scale</li> <li>Zarit Burden Interview</li> <li>Ryff's Psychological Well-being Scale</li> <li>Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy</li> <li>Positive gains: qualitative question: describe your gains</li> <li>Neuropsychiatry Inventory</li> <li>Multidimensional Functional Assessment Questionnaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Intervention group reported lower levels of depressive symptoms after treatment than control groups</li> <li>Intervention group reported less role overload when compared to controls</li> <li>Self-efficacy in controlling up thoughts was a mediator for some of the treatment effects</li> </ul>

<b>Cheng 2016 China</b>	Caregivers of persons with dementia	Cluster- randomized trial (baseline and after intervention)  (N=42)	<i>Intervention:</i> A gain focused reappraisal intervention (BF), CBT-based  <i>Facilitator:</i> Research assistants with undergraduate degree in psychology  <i>Structure &amp; content:</i> Participants received information on dementia, communication skills, stress management, coping strategies, skills for helping with ADS, creating appropriate home environment, community resources goals for future improvement and carried out practical home-based activities. Opportunities for sharing experiences and positive reappraisal were provided  <i>Duration:</i> 8-weekly sessions of 2h each  Control 1 (SIM-PE): Same duration and content, but with lectures as the primary mode of delivery  Control 2 (STD-PE): Same duration and content but without practical training in positive reappraisal skills	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hamilton Depression Rating Scale</li> <li>• Zarit Burden Interview</li> <li>• Ryff's Psychological Well-being Scale</li> <li>• Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy</li> <li>• Positive gains: qualitative question: describe your gains</li> <li>• Neuropsychiatry Inventory</li> <li>• Multidimensional Functional Assessment Questionnaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benefit-finding (BF) treatment effects on all outcomes when compared with simplified psychoeducation and effects on depressive symptoms and Zarit burden when compared with standard psychoeducation</li> <li>• Finding positive gains reduces depressive symptoms and burden and promotes psychological well-being primarily through enhancing self-efficacy in controlling up thoughts</li> </ul>
<b>Chiu 2015 Canada</b>	Caregiver of people with dementia	RCT (baseline, post- intervention)  (N=28)	<i>Intervention:</i> A problem-solving techniques-based intervention group (CBT)  <i>Facilitator:</i> Community health care providers  <i>Structure &amp; content:</i> Individual face-to-face intervention in clients' homes involving eight step-by-step sequential processes including explanation of treatment, clarification and definition of problems, choice of achievable goals, generating alternative solutions, examining pros and cons of solutions, selection of referred solution, developing and carrying out a plan to implement solution and evaluate the progress	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coping inventory for stressful situations (CISS short form, 21 item-measure)</li> <li>• Self-mastery scale</li> <li>• Caregiving competence scale</li> <li>• Perceived stress scale</li> <li>• Zarit Burden interviews</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participants in the intervention groups demonstrated a significant reduction in negative emotion-oriented coping and an increase in task-oriented coping. No such changes were detected in the control group</li> <li>• A positive effect was found with regards to self-perceived competence and sense of mastery. No such changes were detected for the control group</li> <li>• Subjects assigned to the intervention group demonstrated a significant decrease in burden and reduction in</li> </ul>

---

			<i>Duration:</i> 3 1-h sessions over the course of 3-4 weeks		stress from baseline to post-intervention, while the control group demonstrated no such changes
<b>Chiu 2013 Asian cities</b>	Caregivers of persons with severe mental illness (SMI)	Pre-post design (baseline, after intervention and six months follow up)  (N=109)	<i>Intervention:</i> Peer-led family education program (FamilyLink Education programme, FLEP)  <i>Facilitator:</i> Information not provided  <i>Structure &amp; content:</i> empowerment-oriented group education directed at knowledge acquisition, self-efficacy, family coping and advocacy awareness  <i>Duration:</i> Eight weekly group sessions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Family Experience Interview Schedule Affective Response Module with Worry and Displeasure subscales</li> <li>• CES-D scale</li> <li>• Rosenberg's Self-Esteem Scale</li> <li>• Pearlin's Mastery Scale</li> <li>• FES scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychological health (stress, depression, intra-psychic strain) of participants significantly improved after the intervention and at six-months follow up</li> <li>• Empowerment scores improved after intervention and six-months follow up</li> </ul>
<b>Chu 2011 Taiwan</b>	Caregivers of persons with dementia	Pre- and posttest, and after 1 month  (N=30)	<i>Intervention:</i> Support group intervention  <i>Facilitator:</i> Group leaders with training in group counseling and support group work  <i>Structure &amp; content:</i> Psychoeducation, skills training, and emotional support (share experiences, emotions and feelings about caregiving, care receivers' reactions and common behavior problems of dementia patients, caregivers need to take care of themselves and do positive things, information about availability of caregiver resources and financial issues)  <i>Duration:</i> 12-weekly sessions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Beck Depression Inventory-II (BDI-II)</li> <li>• Caregiver Burden Inventory (CBI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The depression level of participants in the intervention group was significantly decreased after intervention and at 1-month follow-up</li> <li>• There was no significant difference in caregiver's burden after the support group intervention and 1-month follow-up</li> </ul>

---

<b>Day 2017</b>	Caregivers and friends of persons with early psychosis	Pre- and post-intervention, with additional qualitative items  (N=17)	<i>Intervention:</i> Psychoeducation group program (“Journey to Recover”)  <i>Facilitator:</i> Health professionals  <i>Structure &amp; content:</i> Psychoeducation and support (intervention poorly described)  <i>Duration:</i> 5 weekly sessions, 2h per session	<ul style="list-style-type: none"> <li>Questionnaire about: Understanding of psychosis and recovery, knowledge of medication, relapse prevention, understanding of links between substance use and psychosis</li> <li>Additional qualitative items were used to determine other knowledge, benefits and any critical feedback</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The intervention result in highly significant improvements in family members' understanding of psychosis, recovery, medications, relapse prevention and substance comorbidities</li> </ul>
<b>Demiris 2019</b>	Caregivers of persons in end-of-life care settings	RCT (baseline, post-intervention and 40 days follow up)  (N=171)  (N=172)  Standard care  (N=171)  Videoconference	<i>Intervention:</i> A problem-solving intervention  <i>Facilitator:</i> Psychologist and social worker  <i>Structure &amp; content:</i> Involved fire steps or topics in three sessions. The topics were: adopting a positive attitude, defining the problem, creating alternatives, predicting consequences and trying a solution  <i>Duration:</i> 3 sessions, 45 min each approximately. Timing tailored to individual caregiver schedule	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caregiver quality of life index-revised (CQLI-R)</li> <li>Generalized anxiety disorder 7-item (GAD-7)</li> <li>Problem-solving inventory (PSI)</li> <li>Caregiver reaction assessment scale (CRA)</li> <li>Exit interviews</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compared with AC, postintervention caregivers in the face-to-face intervention had reduced anxiety and social, financial and physical QOL. Effect sizes from preintervention to follow up were moderate to large.</li> <li>Exit interviews suggest the intervention helped participants navigate challenges, reflect on solutions and combat isolation</li> <li>Participants from the VC group felt they would not have benefited more had they interacted with the interventionist in person and some (16%) preferred videoconferencing because of busy schedule</li> </ul>

<b>de Rotrou 2011 France</b>	Family caregivers of persons with Alzheimer's disease	RCT (baseline, 3-months and 6-month follow-up)  (N=79 patient-caregiver dyads)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational program  <i>Facilitator:</i> Psychologist group leader and other health professionals  <i>Structure &amp; content:</i> Education, problem-solving techniques and emotion-centered coping strategies, management of patient's behavior, communication skills, crisis management, resource information and practical advice. The sessions were schematized in a structured step-by-step way: information, debriefing, ecological stimulation  <i>Duration:</i> 12 structured sessions of 2 hour once a week	<ul style="list-style-type: none"> <li>Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS)</li> <li>Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI)</li> <li>Sense of Competence Questionnaire (SCQ)</li> <li>Perception of disease understanding, ability of coping, their care-recipient's interest in daily activities and his/her ability to deal with difficulties</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Significant improvement in disease understanding after 3 and 6 months</li> <li>Significant improvements in ability to cope with care-recipients' disease after 6 months</li> </ul>
<b>Domínguez-Martínez 2017 Mexico</b>	Relatives of persons with severe mental disorders	Pre- and post-measures  (N=230)	<i>Intervention:</i> Family education program ("Family-to-Family Education program", FTF)  <i>Facilitator:</i> Peer-led (family members of persons with mental disorder)  <i>Structure &amp; content:</i> Aimed to improve both coping strategies and communication skills between family members. Includes classes on the disease, skills training and processing difficult emotions  <i>Duration:</i> 12 weekly sessions, 3h per session	<ul style="list-style-type: none"> <li>General questionnaire designed specific for this study (subjective knowledge about mental illness)</li> <li>Family Questionnaire (FQ) (expressed emotions)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The findings showed that the intervention influenced the reduction of negative emotional attitudes and improved the understanding of the disorder among almost all the relatives who completed the course, regardless of their sex or age</li> </ul>
<b>Donofrio 2010 USA</b>	Female caregivers of frail mothers	Repeated cross-sectional study of three interventions	<i>Intervention:</i> A caregiver support group (SG), a literature intervention (LG) and a creative movement group (MG)	<ul style="list-style-type: none"> <li>A weekly assessment of levels of irritability, depression, anxiety,</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SG had higher average scores for the five mental health variables</li> <li>Overall mental health scores were 1.72 for LG and 3.41 for SG (MG was not compared because of</li> </ul>

			<i>Facilitator:</i> Trained group facilitator (SG), researchers (LG) and improvisation-movement facilitator (MG)	stress and concentration	recruitment difficulties). The study suggest that SG had the most positive effect on caregivers' mental health
	SG (N=6)		<i>Structure &amp; content:</i> All interventions provided advice on self-care, need identification and stress-relief techniques but used different formats and activities. SG	• End-of-program evaluation of intervention	
	LG (N=6)				
	MG (N=4)				
			<i>Duration:</i> SG met 1.5 hours once a week for 9 weeks, LG-participants received advice every week for 8 weeks, and MG met 1 hour each week for 9 weeks		
<b>Ducharme 2011 Canada</b>	Family caregivers of persons with dementia	RCT, baseline, end of program and 3 months later  (N=62)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational program ("Learning to become a family caregiver")  <i>Facilitator:</i> Nurse clinicians  <i>Structure &amp; content:</i> Individual program to facilitate the transition to the caregiver role after diagnostic disclosure of Alzheimer disease. Topics included perceptions of the care situation, coping strategies for dealing with difficulties and averting psychological distress, how to communicate and enjoy time with the relative, how to use one's strengths and experiences in order to take care of the relative, how to get family and friends to help, knowledge of services and how to ask for them, and planning for the future  <i>Duration:</i> Seven 90-minutes individual sessions once a week for 7 weeks	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Self-efficacy scale</li> <li>• Preparedness for Caregiving scale</li> <li>• Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy</li> <li>• Planning for Future Care Needs scale</li> <li>• Caregivers' Assessment of Managing Index</li> <li>• Inventory of Socially Supportive Behaviors</li> <li>• The Family Caregiver Conflict scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caregivers in the intervention group reported being more confident in dealing with the caregiving situation, felt better prepared to provide care and showed greater self-efficacy upon completion of the program and 3 months later, compared with caregivers in the control group</li> <li>• Upon program completion and 3 months later caregivers in the intervention group demonstrated better planning for future needs and had better knowledge of services. They also made greater use of problem-solving and reframing coping strategies than the control group</li> <li>• Differences in stress-management strategies, frequency of support from social network and family conflicts between groups were not significant</li> </ul>

<b>Fortune</b> <b>2016</b> <b>Ireland</b>	Caregivers of people with acquired brain injury (N=113)	Pre- and post measures and 3-month follow-up (N=75)  Control group: waiting list, (N=38)	<p><i>Intervention:</i> Structured multicomponent caregiver support program</p> <p><i>Facilitator:</i> Team of psychologists, social workers, occupational therapists, occupational therapists, speech and language therapists service managers</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> The intervention aimed to reduce stress, strain and emotional distress. Topics addressed were introduction to acquired brain injury, impacts on the family, to live with health challenges, health promotion and well-being of caregivers, communication challenges, emotional and behavioral difficulties, cognitive difficulties, children and acquired brain injury</p> <p><i>Duration:</i> Six half-day core group modules plus three elective modules that participants could choose to engage in (tailored to their particular needs)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Functional Independence Measure/Functional Assessment Measure (FIM/FAM)</li> <li>• Caregiver Strain Index (CSI)</li> <li>• Perceived Criticism Scale (PCS)</li> <li>• Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The program showed beneficial effects in terms of reducing caregiver stress and strain and perception of criticism</li> <li>• The program did not significantly affect psychological distress in caregivers</li> </ul>
<b>Gaugler</b> <b>2016</b> <b>USA</b>	Caregivers of persons with dementia	RCT (baseline, 8, 12 and 18 months after the intervention) (N=54)  Control group: Standard care, called every fourth month  N=53	<p><i>Intervention:</i> Counselling and support intervention “New Your University Caregiver Intervention”, NYUCI-AC</p> <p><i>Facilitator:</i> Psychotherapists</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> A multi-component intervention including individual and family counseling, support group participation, and ad hoc counseling. Tailored to individual needs, the intervention provides education and psychosocial support to improve emotional and physical well-being</p> <p><i>Duration:</i> Six individual and family sessions (caregiver and other family members)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Care task measures</li> <li>• OARS (self-rated physical health)</li> <li>• Stokes Social Network List</li> <li>• RMBPC (patient behavior problems)</li> <li>• Role overload and role captivity measures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Significant linear decline in negative reactions to disruptive behavior compared to the control group, as measured after 8, 12 and 18 months</li> <li>• Greater decrease in overall negative reaction compared to control group over a 12-month period</li> <li>• No effect on frequency of behavior problems, role overload or role captivity</li> </ul>

<b>Gaugler 2015</b> <b>USA</b>	Adult child caregivers of persons with dementia	RCT (assessment at baseline, every fourth and sixth month during the first year, follow up after 2- 3.79 years)  N=54	<i>Intervention:</i> Counselling and support intervention “New York University Caregiver Intervention”, NYUCI-AC  <i>Facilitator:</i> Psychotherapists  <i>Structure &amp; content:</i> A multi-component intervention including individual and family counseling, support group participation, and ad hoc counseling. Tailored to individual needs, the intervention provides education and psychosocial support to improve emotional and physical well-being  <i>Duration:</i> Six individual and family sessions (caregiver and other family members)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Global Deterioration Scale (dementia severity)</li> <li>• Revised Memory and Behavior Problems Checklist (RMBPC)</li> <li>• Measures of Subjective Stress</li> <li>• Stokes Social Network List</li> <li>• Geriatric Depression Scale</li> <li>• Cantril ladder (quality of life)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Results show decreases in symptoms of depression indicating withdrawal, apathy, and lack of vigor and increases in perception of overall quality of life over a 3-year period in comparison to control caregivers</li> </ul>
<b>Gex-Fabry 2015</b> <b>Switzerland</b>	Relatives of persons with bipolar disorder	Cross-sectional study, assessment after intervention  (N=26)	<i>Intervention:</i> A group psychoeducational intervention  <i>Facilitator:</i> Nurses  <i>Structure &amp; content:</i> Every session involved two parts: first they were given the opportunity to share experiences, difficulties and progress. Facilitators supported participants in finding problem-solving strategies. The second part was devoted to psychoeducation  <i>Duration:</i> 14-weekly 2-hour sessions, followed by two additional sessions about three months later	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Two questionnaires were developed for this study by experiences clinicians. The questions were selected to reflect the primary aims of the program</li> <li>• World Health Organization Quality of Life questionnaire (WHOQOL-BREF)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A majority (80%) of relatives acknowledged benefits with respect to easier detection of the early warning signs of relapse, improved quality of time, feeling more involved, and engaging in higher quality caregiving activities</li> <li>• This study highlights the importance of communication enhancement in group psychoeducation for relatives</li> </ul>

<b>Gharavi 2018</b>	Family caregivers of patients with mental illness	Pre- and postmeasures (baseline, after intervention and three months after intervention)  (N=75)	<p><i>Intervention:</i> Interaction-Skills Training program (MAT-training)</p> <p><i>Facilitator:</i> Certified MAT-trainers and professionals from different disciplines with personal experiences of caring of family member with a severe mental illness</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> The purpose is to provide family caregivers with various interaction skills that can support them in their caregiving role. Comprised roleplay, psychoeducation, homework to practice skills and discussions</p> <p><i>Duration:</i> Seven three-hour sessions over a 10-week period</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Self-Efficacy Questionnaire (SEQ)</li> <li>• Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ)</li> <li>• Program-evaluation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Level of self-efficacy increased</li> <li>• Level of burden decreased</li> <li>• Higher self-efficacy was not associated with decreased burden</li> </ul>
<b>Gleeson 2010</b>	Family members of persons with first episode psychosis	RCT, baseline and assessments over 2.5 years  (N=32)	<p><i>Intervention:</i> CBT-based family intervention (Relapse prevention therapy, RPT)</p> <p><i>Facilitator:</i> Family therapist</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> A combined individual and family intervention informed by cognitive-behavioral family therapy for schizophrenia. The sessions focused on assessment and engagement, assessment of family communication, burden and coping, psychoeducation regarding relapse risk, review of early warning signs, documentation of a relapse prevention plan and composed communication skills training and problem solving</p> <p><i>Duration:</i> Not reported</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Experience of Caregiving Inventory (ECI)</li> <li>• Family Questionnaire (FQ)</li> <li>• Camberwell Family Interview (CFI)</li> <li>• General Health Questionnaire (GHQ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• There were significant group effects for aspects of the appraisal of caregiving, including negative symptoms, positive personal experiences, and total positive score on the Experience of Caregiving Inventory</li> <li>• Time effects were evident for emotional overinvolvement and for aspects of the appraisal of caregiving</li> <li>• There were no significant effects for psychological distress</li> </ul>
<b>Gonyea 2016</b>	Caregivers of persons with Alzheimer's disease	RCT (baseline, post-group, and three months follow-up)  (N=33)	<p><i>Intervention:</i> Culturally sensitive cognitive behavioral group intervention</p> <p><i>Facilitator:</i> Therapist group leader</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> Interactive didactic group sessions aimed to support families' needs and ability to manage the disease's neuropsychiatric symptoms and improve caregiver well-being.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Neuropsychiatric Inventory-Severity scale (NPI-S)</li> <li>• Neuropsychiatric Inventory-Distress (NPI-D)</li> <li>• Center for Epidemiological</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participants in the intervention reported lower neuropsychiatric symptoms in their relative, less caregiver distress about neuropsychiatric symptoms, a greater sense of caregiver self-efficacy, and less depressive symptoms over time</li> </ul>

	Control group: psychoeducation (N=34)	Included home assignments, sharing of experiences and training in problem-solving to behavior change tailored to the concern of each caregiver.  Caregivers were also offered guidance in better ways to manage distress.  <i>Duration:</i> Five weekly 90-minute group sessions, followed by telephone coaching at 3, 6, 9- and 12-week post-group	Studies Depression Scale (CES-D) <ul style="list-style-type: none"> <li>Revised Scale for Caregiving Self-Efficacy (RSCSE)</li> <li>State Anxiety Inventory-State (STAI-S)</li> </ul>	
<b>González 2019 Spain</b>	Caregivers of people with intellectual disabilities	RCT (baseline, after 4 and 8 months)  (N=96)	<i>Intervention:</i> Psychoeducation intervention program  <i>Facilitator:</i> Mental health professionals  <i>Structure &amp; content:</i> A psychoeducational program containing information about the clinical course of the ID and training in cognitive and behavioral skills (caregiving abilities, communication skills, ability to seek and enjoy pleasant events, seek support and relaxations). The program applied cognitive-behavioral techniques focusing on identifying and challenging negative beliefs and developing new style to deal with demands  <i>Duration:</i> 12 weekly group sessions lasting 90-120 min each	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarit Burden Interview (ZBI)</li> <li>General Health Questionnaire (GHQ-28)</li> <li>Depression scale (CES-D)</li> <li>State-Trait Anxiety Inventory (STAI)</li> <li>Degree of satisfaction questionnaire</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>No differences were found between the two groups with regards to ZBI at 4 or 8 months</li> <li>For the GHQ-28 a significant effect was found favoring PIP concerning somatic symptoms, anxiety and insomnia at 4 and 8 months, but not for depression</li> <li>No differences were found for CES-D or STAI-State scale</li> <li>Satisfaction measures indicated that the intervention improved caregivers understanding of some difficult situations, the link between thoughts and emotions and the importance of self-care</li> </ul>
<b>Gossink 2018 Netherland</b>	Caregivers of dementia patients	RCT (baseline and after intervention)  Pilot  (N=15)	<i>Intervention:</i> A support program  <i>Facilitator:</i> Psychiatric nurse and psychologist  <i>Structure &amp; content:</i> The programme consisted of psychoeducation, social support and behavioral cognitive therapy The five sessions had a fixed schedule and a specific theme: introduction of the frontal lobe syndrome, disinhibition, apathy, compulsive behavior and integrating the first four themes. Delivered through an exchange of experiences, social support and interactive presentations	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarit Caregiver Burden Interview (ZBI)</li> <li>Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ)</li> <li>The Short Sense of Competence Questionnaire (SSCQ)</li> <li>The Perceived Stress Scale (PSS)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>An increased sense of competence was found in the intervention group</li> <li>Burden, perceived stress and depressive symptoms decreased but the difference between the groups was not significant</li> </ul>

	(N=15)		<i>Duration:</i> 5 sessions over 6 months	
<b>Grenyer 2018</b> <b>Australia</b>	Caregivers of people with borderline personality disorder	RCT (baseline, after intervention and after 12 months)  (N=33)	<i>Intervention:</i> Psychoeducation group intervention  <i>Facilitator:</i> Information not provided  <i>Structure &amp; content:</i> Manualized psychoeducation approach regarding personality disorders, safety planning and self-care, groups sessions on implementation of relationship model and attendant skills and strategies. Options for support and sharing experiences between group member and experiential exercises were facilitated  <i>Duration:</i> 16 hours over 10 weeks	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Center for Epidemiologic Studies Depression scale (CESD)</li> <li>• Burden assessment scale (BAS)</li> <li>• Dyadic adjustment scale-4 (DAS-4)</li> <li>• Family empowerment scale (FES)</li> <li>• Mental health inventory-5 (MHI-5)</li> <li>• The family questionnaire (TFQ)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• After the intervention caregivers in the intervention group experienced greater improvement compared to the waitlist group with regards to scores on the DAS, TFQ and FES but not on the MHI-5 or BAS</li> <li>• At 12-month follow up there were no significant changes in scores on the DAS and TFQ, but positive changes were detected for MHI-5 and BAS scores</li> </ul>
<b>Hatch 2014</b> <b>USA</b>	Caregivers of persons with dementia	RCT (baseline and after intervention)  (N=323)	<i>Intervention:</i> A multi-component intervention for dementia caregivers (Resources for Enhancing Alzheimer's Caregiver Health (REACH II))  <i>Facilitator:</i> Multi-professional team  <i>Structure &amp; content:</i> The intervention aimed to reduce caregiver depression and burden. Sessions consisted of education about Alzheimer's disease, role play, problem solving, skills training, and stress management techniques, adapted to the needs of each individual  <i>Duration:</i> 12 sessions (nine home sessions and three half-hour telephone sessions) and 5 structured support group sessions via telephone, spaced over 6 months	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Center for Epidemiological Studies of Depression Scale (CES-D)</li> <li>• Zarit Burden Interview</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• The intervention was associated with lower depression and burden after intervention among those with higher depression and burden at baseline, but no among those with lower depression and burden at baseline</li> </ul>

<b>Henriksson 2011 Sweden</b>	Family members of persons with life-threatening illness	Qualitative study (after intervention) Pilot  (N=29)	<i>Intervention:</i> A support group program during ongoing palliative care  <i>Facilitator:</i> Multi-professional team with nurses as group leaders  <i>Structure &amp; content:</i> The program aimed to offer family members a chance to meet others who were in similar situations, obtain information, and discuss matters with professionals  <i>Duration:</i> Six 1.5-hour sessions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participants were asked to describe their experiences relating to each of the topics covered in the group meetings, what was more valuable, less valuable and whether there were any missing topics</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The content reflected everyday life</li> <li>The structure offered an opportunity to establish relationships</li> <li>An open approach contributed to a warm atmosphere</li> </ul>
<b>Holm 2017 Sweden</b>	Family caregivers of persons in palliative care	RCT (before and after intervention)  (N=148)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational group intervention  <i>Facilitator:</i> Health professionals (physician, nurse and social worker/priest)  <i>Structure &amp; content:</i> Aimed to improve preparedness for caregiving. The intervention was based on the principal needs of family caregivers in palliative care to be “knowing”, “being” and “doing”. Main topics were palliative care and symptom management, daily life, and practical nursing care, emotional reactions, and grief  <i>Duration:</i> Three two-hour sessions	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preparedness for Caregiving Scale (PCS)</li> <li>Caregiver Competence Scale (CCS)</li> <li>Rewards for Caregiving Scale (RCS)</li> <li>Caregiver Burden Scale (CBS)</li> <li>Health Index (HI)</li> <li>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</li> <li>Multiple Scale of Perceived Social Support (MSPSS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caregivers who did not benefit from the intervention had significantly higher ratings of their preparedness and competence for caregiving and their health at baseline compared with the group who benefited</li> <li>The participants who did not benefit had also lower levels of environmental burden and a trend toward fewer symptoms of depression</li> <li>Family caregivers who did not benefit from the intervention tended to be less vulnerable at baseline. The potential to improve their ratings was smaller than for the group who did benefit</li> </ul>
<b>Holm 2016 Sweden</b>	Family caregivers of persons in palliative care	RCT (baseline, upon completion and two months afterwards)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational group intervention  <i>Facilitator:</i> Health professionals (physician, nurse and social worker/priest)  <i>Structure &amp; content:</i> Aimed to improve preparedness for caregiving. The intervention was based on the principal needs of family caregivers	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preparedness for Caregiving Scale (PCS)</li> <li>Caregiver Competence Scale (CCS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The intervention group had significantly increased their preparedness for caregiving in both short-term and long-term follow-up compared with the control group</li> <li>The intervention group also reported significantly increased competence</li> </ul>

	(N=148)	in palliative care to be “knowing”, “being” and “doing”. Main topics: palliative care and symptom management, daily life and practical nursing care, emotional reactions and grief	• Rewards for Caregiving Scale (RCS)	for caregiving in short-term but not long
	Control group: standard care (N=122)	<i>Duration:</i> Three two-hour sessions	• Caregiver Burden Scale (CBS) • Health Index (HI) • Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)	• No effects were found on rewards for caregiving, caregiver burden, health, anxiety, or depression
<b>Hubbard 2016 Australia</b>	Caregivers of persons with bipolar disorder (N=18)	<i>Intervention:</i> Brief group psychoeducation intervention  <i>Facilitator:</i> Psychologists  <i>Structure &amp; content:</i> Content was adapted from the health service’s bipolar disorder program and A Guide for Caregivers of People with Bipolar Disorder. Topics in the psychoeducation sessions were symptoms, stress, warning signs, action plan, coping strategies, emotional reactions, rebuilding relationships and resources	• Depression, anxiety, stress scale (DASS21) • Burden assessment scale (BAS) • Knowledge of bipolar disorder scale (developed for this study) • Bipolar disorder self-efficacy scale (developed for this study)	• The intervention group had significantly reduction in caregiver burden, and increases in bipolar disorder knowledge and bipolar disorder self-efficacy • These improvements maintained or increased to follow-up • No significant change in depression, anxiety and stress scale
	Control group: waitlist condition (N=14)	<i>Duration:</i> Two 150-minutes group sessions over 2 weeks		
<b>Hudson 2012 Australia</b>	Family caregivers of persons in palliative care (N=126)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational group intervention  <i>Facilitator:</i> Health professionals  <i>Structure &amp; content:</i> Topics addressed in the intervention were palliative care, typical role of family caregivers, support services available to assist caregivers, preparing for the future and self-care strategies for caregivers. In addition to information, sessions included sharing experiences with other caregivers  <i>Duration:</i> 52 sessions were held in different units with 1-3 participants, each education session lasted 1.5 hour	• General Health Questionnaire (GHQ) • Family Inventory of Need • Preparedness for Caregiving Scale (PCS) • Caregiver Competence Scale (CCS)	• There were significant improvements in caregivers’ sense of preparedness and a significant reduction in unmet caregiver needs • There was no significant effect on psychological wellbeing and the improvement on competence fell short of statistical significance

<b>Jafari 2020</b>	Caregivers of people with multiple sclerosis	Quasi-experimental study (baseline, after intervention and 3 months after training)  (N=37)	<i>Intervention:</i> Family-centered empowerment program  <i>Facilitator:</i> Information not provided  <i>Structure &amp; content:</i> Lectures and, questions and answers, brainstorming, discussion groups, role playing as well as written material for independent study. Included four steps: general information about disease, complications, managing caregiver challenges, problem-solving to increase self-efficacy, training participation and evaluations  <i>Duration:</i> 1 month intervention in five sessions   (N=37)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Test of functional health literacy in adults-TOFHLA</li> <li>• Self-efficacy questionnaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Statistically significant pre-post changes were detected for health literacy and self-efficacy, after intervention and at three-month follow up</li> </ul>
<b>Johannes-sen 2015</b>	Family caregivers of persons with dementia	Qualitative study, after intervention  (N=20)	<i>Intervention:</i> A multicomponent psychosocial intervention program (“PSI Program for Home-Dwelling Persons with Dementia and Their Caregivers”)  <i>Facilitator:</i> Health professionals  <i>Structure &amp; content:</i> The program encompassed education, counseling, and group meetings. The caregivers were also introduced to cognitive techniques such as structured problem solving  <i>Duration:</i> Lasted for 18 months. Consisted of education either in community-based educational program (“school for caregivers”) or in two half-day educational seminars, five counselling sessions on 1 hour’s duration, and six group meetings with two follow-up group meetings	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interview guide contained questions such as: “How has it been to participate?”, “What kinds of experiences did you have after participating?” and “How did you experience the content of the intervention?”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benefit of the intervention program included the importance of the content in the intervention (led to enhanced understanding of the situation, improved coping in everyday life group, led to safety a feeling of being more prepared for the future), group organization (clear structure and agenda in group sessions) and social support</li> <li>• Missing content in the intervention program were a need for an extended content (focus more on guilt, loneliness, contact services, financial matters and rights) and a new group organization (have participants in the same situation, be offered intervention as early as possible and invite more than one family member)</li> </ul>

<b>Katsuki 2011 Japan</b>	Relatives of persons with depressive disorders	Pre- and post-measures (on the first and last session)  Pilot study  (N=38)	<i>Intervention:</i> Brief Multifamily Psychoeducation  <i>Facilitator:</i> Nurses and psychologists  <i>Structure &amp; content:</i> Sessions comprised lectures on causes, symptoms, treatment, resources, and guidelines. Supportive group therapy focused on problem-solving skills and sharing of experiences  <i>Duration:</i> Four sessions over six weeks, each session lasting approximately 2h  Control group: no	• K6 questionnaire • Expressed Emotion • Zarit Burden Interview (ZBI) • Dysfunction in the Ordinary Family Life Scale (DFL) • Family Attitude Scale (FAS)	• The emotional distress, caregiver burden and expressed emotions of the family all showed statistically significant improvements from baseline to after the family intervention  • The proportion of relatives scoring 9 or more on the K6, which indicates possible depressive or anxiety disorder, decreased from sixteen relatives at baseline, to only 3 relatives after the intervention
<b>King 2012 USA</b>	Caregivers of persons with stroke	RCT (baseline, post-intervention, and 6- and 12-months post-discharge)  (N=136)	<i>Intervention:</i> Problem-Solving Early Intervention, CBT-based  <i>Facilitator:</i> Nurses and clinical psychology doctoral students  <i>Structure &amp; content:</i> focus were emotional responses to problems and concerns. Manualized intervention: stress management, problem-solving, emotional-social impact of caregiving, depressive symptoms and prevention, self-care, family roles, and resources. Included training in problem-solving skills, coping with stress and emotional responses and home-assignments  <i>Duration:</i> 10-session intervention. Session 3 through 7 conducted by phone weekly, then biweekly (8-10)  Control group: Waitlist (five telephone sessions)  (N=119)	• Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) • Bakas Caregiving Outcomes Scale (BCOS) • Preparedness for Caregiving Scale (PCS) • Profile of Moods Scale short form • McMaster Family Assessment Device • Intervening Events Questionnaire (IEQ) • Appraisal of Caregiving Scale (ACS) • Social Problem-Solving short form (SPSI-R)	• Improved depression, life change and health in the intervention group  • Improvements faded by 6 months

<b>Kolostoumpis 2015 Greece</b>	Relatives of persons with bipolar disorder	RCT (baseline, completion of intervention, and six months follow-up)  (N=40)	<i>Intervention:</i> Family Group Psychoeducation  <i>Facilitator:</i> Psychiatrist and psychologist  <i>Structure &amp; content:</i> Sessions included information on illness, causes and triggers, symptoms, medication, identification, coping. They also consisted of group activities such as role-playing and communication skills training. Alleviation of relatives' negative feelings was targeted, such as anger, shame, or guilt in addition to skills training for effective coping  <i>Duration:</i> Seven structured two-hour sessions  <i>Control group:</i> Standard pharmacotherapy (N=40)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Knowledge about Bipolar Disorder Questionnaire</li> <li>Family Burden Scale</li> <li>General Health Questionnaire-12</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The family psychoeducation group was found to have greater knowledge about bipolar disorder than the control group upon completion of the intervention and at the six-month follow-up</li> <li>Participants in the intervention group was found to substantially alleviate burden when compared to the control group, in terms of overall scale score and subscale scores, after intervention and at the six-month</li> <li>Psychoeducation was also found to yield a beneficial effect on degree of psychological distress at both time points</li> </ul>
<b>Kouri 2011 Canada</b>	Family caregivers of persons with dementia (early stage of Alzheimer 's disease)	Pre- and post-measures (baseline, one week and six weeks after intervention)  (N=25)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational intervention  <i>Facilitator:</i> Health professionals  <i>Structure &amp; content:</i> Five thematic modules, each around specific communication-related subject areas that address communication difficulties associated with cognitive limitations related to concentration and attention, memory, orientation, judgment, reasoning, mood variability, emotions and visual spatial and executive functions. Four self-efficacy strengthening strategies were incorporated into the program  <i>Duration:</i> 5-weekly individual sessions of 90-120 minutes  <i>Control group:</i> Printed information flyer on memory and communication problems  (N=25)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caregiver Self-Efficacy Scale</li> <li>Revised Memory and Behaviour Problems Checklist (RMBPC)</li> <li>Knowledge measure</li> <li>Communication Skills Questionnaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Statistically significant effects were found on four dependent variables: caregiver knowledge, degree of disturbance related to communication difficulties, self-efficacy and skills</li> <li>No significant effects were observed in regard to the perceived presence of communication difficulties</li> </ul>

<b>Küçükgüclü 2018 Turkey</b>	Caregivers of persons with dementia	Mixed methods (pre- and post-measures and qualitative data)  (N=30)	<i>Intervention:</i> A support group intervention  <i>Facilitator:</i> Nursing researchers and attending physicians  <i>Structure &amp; content:</i> Sessions consisted of information, sharing and discussions of home care, medication management, patient communication, self-care, future needs, coping strategies as well as topics introduced by participants in situ  <i>Control group:</i> No  <i>Duration:</i> 10 sessions in two-week intervals, each session lasted 2h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caregiver Burden Inventory (CBI)</li> <li>• Focus group interviews about the caregiver's experiences in the support group</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A significant decrease in scores for total burden, social burden and emotional burden after intervention</li> <li>• Qualitative data suggested that the intervention led to an acceptance of the situation, improved their knowledge, communication and coping skills, made them better prepared for future challenges and facilitated social bonds</li> </ul>
<b>Kurz 2010 Germany</b>	Informal caregivers of persons with dementia	RCT (baseline, after intervention)  (N=156)	<i>Intervention:</i> Brief educational program  <i>Facilitator:</i> Psychologist and social workers  <i>Structure &amp; content:</i> The program focuses on information about Alzheimer's disease and is structured along the different stages of dementia severity, but allows flexibility in dealing and conversations on individual problems  <i>Control group:</i> standard counseling procedure  <i>Duration:</i> Seven bi-weekly group sessions of 90 minutes duration each, complemented by six bi-monthly refresher meetings, resulting in a total duration of approximately 15 months  (N=136)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montgomery-Asberg Depression Rating Scale (MADRS)</li> <li>• Short Form Health Survey (SF-36)</li> <li>• Resource Utilization in Dementia, short form (RUD-light)</li> <li>• Time spent caregiving</li> <li>• Participant Satisfaction Questionnaire (PSQ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participants valued program components which had a practical impact on their caring role.</li> <li>• The intervention achieved minor effects on the participants' psychological quality of life and did not reduce caregiver depression</li> <li>• The intervention was not associated with a lower rate of patient nursing home admissions</li> <li>• A subgroup analysis suggested that the intervention promoted the decision for nursing home placement in caregivers who were overburdened and not coping well when they entered the study</li> </ul>
<b>Llanque 2015 USA</b>	Caregivers of persons with Alzheimer and related dementias (ADRD)	Pre-post design (baseline and after intervention)  (N=35)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational intervention  <i>Facilitator:</i> Health professionals  <i>Structure &amp; content:</i> The curriculum comprised information and discussion of the management of daily living, cognitive reframing, activities for persons with Alzheimer, medication, dilemmas, decision-making and guilt.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Brief COPE scale</li> <li>• 4-item caregiving competence scale</li> <li>• Caregiver Burden Inventory (CBI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caregiving competence scores significantly improved</li> <li>• A marginal improvement in stress scores was detected from baseline to postintervention but it was not significant</li> </ul>

			<i>Duration:</i> 6 weekly sessions 1.5h per session		• Coping with humor and stress were significant predictors of caregiving competence
<b>Lee 2013 USA</b>	Family caregivers of persons with dementia	Qualitative study  (N=7)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational Groups for Family Caregivers (Korean American)  <i>Facilitator:</i> Social workers  <i>Structure &amp; content:</i> Aimed to develop caregivers active coping skills, increase social support and reduce stress. Educational component included information about dementia and caregiving, anger, management, coping skills and community resources. Support component consisted of discussions on the caregiving role, developing coping skills in a culturally competent way and emphasizing positive aspects of caregiving  <i>Duration:</i> Eight monthly sessions, each session lasted approximately 1h.	• Question concerning effectiveness of the group and cultural factors relating to the intervention	• Four main themes were identified: (1) importance of education about dementia, (2) social support from other Korean caregivers, (3) role of language and Korean culture, and (4) addressing the heterogeneity of caregivers' needs
<b>Leone 2014 Australia</b>	Caregivers of persons with dementia	Pre-post design (baseline, after intervention)  Pilot study  (N=22)	<i>Intervention:</i> A CBT-based group intervention  <i>Facilitator:</i> Bilingual health professionals  <i>Structure &amp; content:</i> Sessions included information and discussions about stress and well-being, patient behavior, positive thinking, relaxation techniques, family communication and future maintenance of coping behavior. Included home practice between all sessions  <i>Duration:</i> 7 sessions, each lasted 2h	• Depression Anxiety and Stress Scale – Short form (DASS-21)	• Significant improvements across depression and stress subscales were detected from pre- to postintervention  • After the intervention participants reported a reduction in stress levels, improved communication skills, knowledge of the disease, coping skills and increased empathy for care recipient

<b>Liminana-Gras 2016 Spain</b>	Caregivers of elderly dependent	Pre-post design (baseline, after intervention and 6 months follow up)  (N=69)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational treatment programs  <i>Facilitator:</i> Health professionals  <i>Structure &amp; content:</i> Face-to-face group sessions consisting of information and skills training. Focused on conflicting feelings, cognitive restructuring, pleasant activities, mourning and repair, assertive communication and self-esteem. Included home-tasks  <i>Control group:</i> Duration: 8 weekly sessions, each lasted 1,5h  Distant treatment using an exercise book  (N=21)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The health survey</li> <li>• The perceived satisfaction survey</li> <li>• The 12-Item General Health Questionnaire (GHQ-12)</li> <li>• Zarit Burden Interview</li> <li>• The Duke-UNC Questionnaire Functional Social Support-11 items</li> <li>• Barthel Index (functional capacity)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No significant differences between groups concerning symptomology or psychological distress (GHQ-12)</li> <li>• There were significant differences in psychological distress before and after treatment in the total group regardless of treatment modality</li> <li>• Psychological health, self-perceived care burden, smoking habits and satisfaction of work measured prior predicted change in psychological distress after the interventions</li> </ul>
<b>Linacre 2016 UK</b>	Caregivers of people with eating disorders	Mixed methods (pre- and post-measures and qualitative data)  Pilot study  (N=10)	<i>Intervention:</i> Multi-component skill-based workshops (“Empowering Families”)  <i>Facilitator:</i> Clinical psychologist, counsellor and caregivers who previously attended the workshops  <i>Structure &amp; content:</i> Contents of workshops included hopes and expectations, knowledge of ED, communication skills and practicing mindfulness. Also included homework  <i>Duration:</i> 7 weekly sessions  <i>Control group:</i> No	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caregiver Information Questionnaire (CIQ)</li> <li>• The 36-item Short-Form Health Survey (SF-36)</li> <li>• Experience of Caregiving Inventory (ECI)</li> <li>• Workshop evaluation questionnaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ECI scores pre and post workshops improved significantly</li> <li>• Changes in SF-36 scores pre and post workshop were not significant</li> <li>• The quantitative evaluation suggest that participants found the workshop highly useful (mean score 9,7 on a scale from 0-10)</li> <li>• Qualitative evaluation from open-ended questions suggests that social support (benefits of sharing experiences and not being alone), self-awareness (acknowledging self-care as important) and increased knowledge and skills were important outcomes</li> </ul>
<b>Livingston 2013 UK</b>	Caregivers of people	RCT (baseline, 4 and 8 months)	<i>Intervention:</i> A manual-based coping intervention (“STrAtegies for RelaTives programme”)  <i>Facilitator:</i> Supervised psychology graduates	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The hospital anxiety and depression scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mean total scores of hospital anxiety and depression were lower in the intervention group than in the control</li> </ul>

			<i>Structure &amp; content:</i> Individualized psychoeducation comprising information and discussion on subjects related to stress, emotional support, patient behavior, behavioral management techniques, acceptance, communication, pleasant activities, maintaining skills and future planning. Participants practiced skills at home using the manual and relaxation CDs.		
with dementia	after the intervention) (N=173)	Control group: Standard care (N=87)	<i>Duration:</i> 8 weekly sessions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Zarit Caregiver Burden Scale</li> <li>• The modified conflict tactic scale</li> <li>• Health status questionnaire</li> <li>• The brief COPE</li> </ul>	<p>group over the eight months evaluation period</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• There were not significant differences between the groups for overall quality of life</li> <li>• Significant differences were detected concerning average mental health scores in favor of the intervention group</li> <li>• Caregiver participants reported less abusive behavior towards care recipients, but differences were not significant</li> </ul>
<b>Livingston 2020 UK</b>	Caregivers of persons with dementia	RCT (baseline, after intervention and 6-year follow-up (N=173)	<i>Intervention:</i> A manual-based coping intervention (“STrAtegies for RelaTives programme) <i>Facilitator:</i> Supervised psychology graduates <i>Structure &amp; content:</i> Individualized psychoeducation comprising information and discussion on subjects related to stress, emotional support, patient behavior, behavioral management techniques, acceptance, communication, pleasant activities, maintaining skills and future planning. Participants practiced skills at home using the manual and relaxation CDs.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The hospital anxiety and depression scale – total score (HADS-T)</li> <li>• The client service receipt inventory (CSRI)</li> </ul>	<p>Over 72 months, compared with TAU, the intervention group had improved scores on HADS-T</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patient-related costs and caregiver-related costs were not significantly different between groups nor were group differences in time until care home</li> </ul>
<b>Losada 2011 Spain</b>	Caregivers of persons with dementia	RCT (baseline, after intervention) (N=88)	<i>Intervention:</i> Cognitive-behavioral intervention <i>Facilitator:</i> Psychologist and occupational therapist <i>Structure &amp; content:</i> Aimed at training caregivers to acknowledge, analyze and cope with thoughts regarding caregiving and increase their leisure activities. Cognitive barriers to self-help and doing pleasant activities were addressed and discussed	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dysfunctional thoughts about caregiving questionnaire</li> <li>• Frequency of leisure activities</li> <li>• Center for epidemiological</li> </ul>	<p>Significant intervention by time effects were found for depression, dysfunctional thoughts and frequency of leisure activities. Only significant effects were found for the intervention group</p>

			<i>Duration:</i> 12- weekly group sessions, each session lasted 1.5-2h	studies-depression scale (CES-D)
<b>Lunsky 2017 Canada</b>	Caregivers of adults with autism spectrum disorder and other disabilities	Quasi-experimental study (baseline and 2 and 3 months after the interventions)	<p><i>Intervention I:</i> A mindfulness intervention</p> <p><i>Facilitator:</i> Clinicians experienced in mindfulness-based interventions</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> Experiential learning of meditation techniques, reflections and homework focusing on reducing stress and improving well-being</p> <p><i>Duration:</i> 6 weekly sessions, 2h per sessions</p> <p><i>Intervention II:</i> Parent information and support group</p> <p><i>Facilitator:</i> Clinicians experienced in facilitating support and information groups</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> Educational presentations and group discussions of how to find and understand services, person directed planning, caregiver issues and crisis support</p> <p><i>Duration:</i> 6 weekly sessions, 2h per sessions</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression Anxiety Stress Scale (DASS-21)</li> <li>• Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ)</li> <li>• Bangor mindful Parenting Scale (BMPS)</li> <li>• Self-Compassion Scale Short Form (SCS-SF)</li> <li>• 12-item subscale from the 34-item Family Empowerment Scale (FES)</li> <li>• Caregiver burden 9-item subscale of the Revised Caregiving Appraisal Scales</li> <li>• Intervention group satisfaction measure</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A significant effect of group assignment on parent psychological distress was found in favor of the mindfulness intervention at time 2</li> <li>• No significant effect was found of group assignment in both interventions on FFMQ total score, BPMS scores or other patient measures at time 2</li> <li>• Total satisfaction scores were similar across the interventions. 66,7% (mindfulness) and 72,2% (support) agreed or strongly agreed to all 10 items of satisfaction.</li> </ul>
<b>Lök 2017 Turkey</b>	Caregivers of people with dementia	RCT (baseline and after intervention)  Pilot study  (N=20)	<p><i>Intervention:</i> Psychoeducation program</p> <p><i>Facilitator:</i> Health professionals</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> Comprised presentations and dialogues on knowledge of dementia, communication, daily routines, social support, engaging in healthy activities</p> <p><i>Duration:</i> 7 weekly sessions</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Zarit Caregiver Burden Scale</li> <li>• Healthy Lifestyle Behavior Scale II</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Significant pre-post differences were detected in the intervention group with regards to subdimensions of the health lifestyle behavior and burden score averages</li> <li>• No statistically significant differences were found in the control group with regards to the outcome measures</li> </ul>

			<b>Control group:</b> Standard care	
		(N=20)		
<b>Mahendran 2017 Singapore</b>	Caregivers of cancer patients	Quasi- experimental mixed methods (pre- and post- measures after intervention and qualitative data after intervention)  Pilot study	<i>Intervention:</i> Psychoeducational support group intervention (Caregivers of cancer Outpatients Psycho-Education support group therapy, COPE)  <i>Facilitator:</i> Clinical psychologist  <i>Structure &amp; content:</i> Aims at improving quality of life by combining psychoeducation, skill training and supporting therapy. The content of the sessions was tailored in response to the concerns of caregivers of oncology patients  <i>Duration:</i> 4 weekly sessions, 1h per session	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caregiver QOL – Cancer (CQOLC) scale</li> <li>• Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</li> <li>• Semi-structured interview with 20 participants</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Significant post-intervention improvements were identified in the intervention group regarding overall QOL, in particular perceived burden, but not with regard to disruptiveness, financial concern and positive adaptation</li> <li>• Interviews: Participations found the intervention helpful as it provided an opportunity to share knowledge and concerns</li> </ul>
		(N=56)	<b>Control group:</b> Waiting list	
		(N=41)		
<b>Marcos 2018 Spain</b>	Caregivers of people with eating disorders	Quasi- experimental study (baseline, after intervention and after 3 months)  (N=40)  Comparison group:	<i>Intervention:</i> Caregiver skill training program (CCSTW)  <i>Facilitator:</i> Psychologist  <i>Structure &amp; content:</i> Content consisted of a description of the model of caregiver strain and stress in ED and Maudsley maintenance model of ED, relationship patterns, listening strategies, practice in communication skills, role playing, problem solving skills and goal setting, evaluation, managing emotions, communication, coping and relationship skills	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The hospital anxiety and depression scale (HADS)</li> <li>• Level of expressed emotion (LEE)</li> <li>• General health questionnaire (GHQ-12)</li> <li>• Family questionnaire (FQ)</li> <li>• Brief illness perception questionnaire (BIPQ)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caregivers receiving both interventions showed an improvement in wellbeing indicating a benefit of the training</li> <li>• The course of burden, psychological distress, expressed emotion and illness perceptions was similar in the two groups</li> <li>• In patients whose caregivers had participated in CCSTW programme the levels of anxiety, depression and psychological distress decreased. There seem to be a secondary benefit</li> </ul>

		Psycho-education  (N=24)	<i>Duration:</i> 6 workshops over 3 months and a follow-up workshop. Each workshop lasted 2 hours		of the CCSTW on the wellbeing of patients
<b>Martin-Carrasco 2016 Spain</b>	Caregivers of persons with schizophrenia	RCT  (baseline, 4 and 8 months after baseline)  (N=109)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational intervention (EDUCA-III)  <i>Facilitator:</i> Psychologist and psychiatrist  <i>Structure &amp; content:</i> A cognitive-behavioral approach was used to provide caregivers with education, skills to manage troublesome behaviors, social support, cognitive strategies for reframing negative emotional responses, and strategies for enhancing healthy behaviors and managing stress  <i>Duration:</i> 12 weekly group sessions lasting 90-120 minutes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Center for Epidemiologic Studies Depression Scale</li> <li>• Zarit Burden Interview</li> <li>• General Health Questionnaire</li> <li>• Involvement Evaluation Questionnaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The caregiving burden reduction after intervention (both after 4 and 8 months) presents a moderate effect in favors of the intervention group</li> <li>• No significant decrease in the involvement evaluation scores after intervention</li> </ul>
<b>Martin-Carrasco 2014 Spain</b>	Caregivers of patients with dementia	RCT  (baseline, after intervention and after 4 months)  (N=115)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational intervention (EDUCA-II)  <i>Facilitator:</i> Psychologist and psychiatrist  <i>Structure &amp; content:</i> Group discussions comprising issues related to strain and well-being, changing behaviors, negative thinking, communication, future planning and pleasant activity planning  <i>Duration:</i> In addition to standard care the intervention group received 7 group sessions of 90-120 minutes each  (N=123)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Zarit Burden Interview</li> <li>• General Health Questionnaire</li> <li>• GHQ-28</li> <li>• Short-Form Health Survey (SF-12)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The study found no significant differences between groups as measured by ZBI, GHQ-28 or SF-12, Anxiety and insomnia significantly improved over time in the PIP arm (exception)</li> </ul>

<b>Melamed 2013</b> <b>Israel</b>	Caregivers of people with severe mental illness	Pre-post design (baseline and after intervention)  (N=33)	<i>Intervention:</i> Psychosocial oriented intervention  <i>Facilitator:</i> Social workers and art therapist  <i>Structure &amp; content:</i> Groups-sessions aimed to share experiences and improve peoples' coping skills. Sessions focused on issues such as personal needs, telling personal narratives, reducing stress, searching for meaning and developing hope for the future  <i>Control group:</i> Waiting list  <i>Duration:</i> 6 weekly sessions, 1.5h per session  (N=20)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Burden Assessment Scale (BAS)</li> <li>The Experience of Caregiving Inventory (ECI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compared to the control group caretaker burden decreased significantly</li> <li>Difficulty in coping with patient negative symptoms reduced significantly</li> <li>Rewarding experiences and relationship with the family member improved</li> <li>No differences were found for other dimensions of burden and caregiving experiences, such as caregiver distress or fear of stigma</li> </ul>
<b>Navidian 2012</b> <b>Iran</b>	Caregivers of patients with mental disorders	RCT (baseline, after intervention and 3 months post-intervention)  (N=20)	<i>Intervention:</i> A group psychoeducational program  <i>Facilitator:</i> Mental health nurse or psychiatrist  <i>Structure &amp; content:</i> The sessions conducted a need assessment and included lectures, other educational techniques and group discussions concerning knowledge of disorders, medication, communication management, stress management and relaxation. Coping skills and problem-solving strategies was also taught in a group format.  <i>Control group:</i> Standard care  (N=20)	<ul style="list-style-type: none"> <li>ZBI questionnaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Statistically significant differences were found between the intervention group vs the control group regarding burden scores of caregivers of patients with mood disorders and schizophrenia</li> <li>The decrease of burden in the intervention groups is significant compared with the control groups and remained low three month after the intervention</li> </ul>
<b>Ohlsson-Nevo 2013</b> <b>Sweden</b>	Next-of-kin of persons with colorectal cancer	Qualitative study  (N=18)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational program  <i>Facilitator:</i> Nurses  <i>Structure &amp; content:</i> Every session consisted of lectures and discussions. Topics were colorectal cancer, crisis, meaning of food, physical activity, music and relaxation, information from patient organization	<ul style="list-style-type: none"> <li>Focus groups about life experiences and benefits from participating in the program</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Benefits identified by participants included experiences of a personal growth through facing challenges and obtaining new insight or knowledge (of practical problems, treatment and post-operative recovery).</li> </ul>

			<i>Duration:</i> 7-weekly sessions, 2h per session		
<b>Onwumere 2018 UK</b>	Caregivers of persons with first time psychosis	Pre- and postmeasure (baseline and after intervention)  (N=68)	<i>Intervention:</i> Cognitive focused brief group intervention  <i>Facilitator:</i> Consultant psychiatrist and clinical psychologist  <i>Structure &amp; content:</i> Cognitively based intervention with sessions about how to improve understanding of psychotic conditions, caregiving experiences and their needs, different approaches to caregiving and targeting specific problems. Comprised peer-to-peer discussion, homework assignment  <i>Duration:</i> 3-weekly 2-h group workshops	<ul style="list-style-type: none"><li>• Adapted illness belief questionnaire</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Participants also reported feeling less lonely and able to form a better relationship with the patient.</li><li>• Despite some negative comments, participants described the program as a positive experience they would recommend to others</li></ul>
<b>Ott 2010 USA</b>	Caregivers of individuals with dementia	Pre-post design (baseline and after intervention and after 8 months)  Pilot study  (N=20)	<i>Intervention:</i> A multicomponent intervention  <i>Facilitator:</i> Researcher and professional counselor  <i>Structure &amp; content:</i> The magnitude, intensity, type and duration of the intervention was tailored to individual caregivers needs. Interventions included supportive grief counselling, family problem solving, emotional support, education, skill building and referral to community resources. The aim was to decrease level of grief by strengthening problem focused and emotional coping strategies.	<ul style="list-style-type: none"><li>• MMCGI-SF</li><li>• A 20-item Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)</li><li>• A 20-item State-Trait Anxiety Inventory (STAII)</li><li>• Positive State of Mind instrument</li><li>• The General Self-Efficacy Scale</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Group attendance was linked to positive improvements in caregiver baseline beliefs about the negative consequences of the illness for the patient and themselves, attributions of blame about the illness to the patient and themselves and their overall understanding about the illness</li><li>• Significant improvements in their understanding of the illness timeline and course, and confidence in dealing with difficulties were also identified</li><li>• No significant changes were observed in caregiver beliefs in about the amount of control they have over the illness</li></ul>

			<i>Duration:</i> Tailored to caregiver needs but lasted mostly between 1-2 hours	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Brief Cope (BC)</li> <li>• Program Acceptability (audio recorded)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• baseline level and depression scores increased</li> <li>• Dysfunctional coping strategies decreased, and emotion-focused and problem-focused strategies increased</li> <li>• Participants appreciated supportive grief counselling, emotional support, referral to community resources, education and skill building</li> </ul>
Pan 2019 China	Caregivers of people with dementia	RCT (baseline, after intervention and after 2 months)  (N=47)	<p><i>Intervention:</i> Cognitive behavioral intervention</p> <p><i>Facilitator:</i> Nurses</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> 5 modules focusing on caregivers' situation, caregivers' stressors, appraisals and coping strategies, cognitive training, coping behavioral training and relaxation</p> <p><i>Duration:</i> 5 monthly 60 minutes individual sessions</p> <p>Control group: 5 monthly short conversations about daily life and health</p> <p>(N=35)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 10-item center for epidemiologic studies of depression scale (CES-D 10)</li> <li>• 20-item simplified coping scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Results indicate significant differences in depressive symptoms and active coping between groups over time</li> <li>• T tests further supported a significant interventional effect on participants' depressive symptoms and active coping</li> </ul>
Pailler 2015 USA	Caregivers of newly diagnosed leukemia patients	Pre-post design  (baseline, at 2, 6 and 12 weeks follow up, T1-T4)  (N=28)	<p><i>Intervention:</i> Supportive group-based intervention</p> <p><i>Facilitator:</i> Health professionals</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> The intervention provides information and support to decrease caregivers distress and improve quality of life. It included a structured educational component and opportunities for discussion, sharing of experiences and networking</p> <p>Control group:</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Brief Symptom Inventory-18 (BSI-18)</li> <li>• The Caregiver Quality of Life-Cancer</li> <li>• Satisfaction surveys</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• There was no significant main effect of intervention status but a significant time by intervention status interaction effect was observed on reduction of distress over time amongst participants in the intervention group</li> <li>• Follow-up analysis showed no significant group differences at time 2 and 3 but at time 4.</li> </ul>

		Standard care and access to psychosocial support staff and resource information  (N=41)	<i>Facilitator:</i> Social worker and psychologist  <i>Duration:</i> A one-time session lasting 90 minutes		<ul style="list-style-type: none"> <li>• A significant main effect of intervention was found for caregiver QoL in the intervention group compared with the control group</li> <li>• There was significant improvement in quality of life over time amongst participants in the intervention group at time 3 and 4, but not in the control group</li> </ul>
<b>Passoni 2014 Italy</b>	Caregivers of patients with Alzheimer disease (AD)	Quasi-experimental design (baseline and 6 months follow up)  Intervention: (N=39)	<i>Intervention:</i> Group treatment intervention (CBT)  <i>Facilitator:</i> Psychologist and a cognitive-behavioral psychotherapist  <i>Structure &amp; content:</i> A manual-based psycho-educational approach was used addressing knowledge of dementia and care, patient behavior, caregiver needs and family support services. Included homework, group discussions, cognitive-behavioral techniques and practical tips  <i>Facilitator:</i> Psychologist and cognitive-behavioral psychotherapist  <i>Duration:</i> 6 2-h meetings every 15 days over 3 months	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mini-Mental State Examination (MMSE)</li> <li>• Instrumental Activities of Daily Living (IADL) and Activities of Daily Living (ADL)</li> <li>• The Anxiety and Depression Scale-Reduced Form (AD-R)</li> <li>• The Caregiver Need Assessment (CNA)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A significant time and treatment interaction were found for the CBT on the total CNA but differences between CBT and OM were not significant</li> <li>• GT caregivers were the only ones with a significant reduction in the anxiety level</li> </ul>
<b>Paun 2015 USA</b>	Caregivers of patients with dementia	Quasi-experimental design (baseline, post intervention and after 3 and 6 months)  Pilot study	<i>Intervention:</i> Group-based support program (The Chronic Grief Management Intervention, CGMI)  <i>Facilitator:</i> Health professionals  <i>Structure &amp; content:</i> Through information and dialogue the program addressed caregiver knowledge about late stage ADRD and ADRD care, communication skills, conflict resolution and grief management skills  <i>Duration:</i> 12 weekly programs, 1-1.5h per session	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 22-item Knowledge of Alzheimer's Test (KAT)</li> <li>• Family Perception of Caregiving Role (FPCR)</li> <li>• 50-item MM-CGI (Caregiver chronic grief)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The intervention did not improve overall chronic grief but had significant effects in the intervention group on components of grief, such as heartfelt sadness and longing, loss of relationship and guilt, at 3 and 6 months</li> <li>• Knowledge about end-stage ADRD and care increased in the intervention group</li> </ul>

		(N=34)			
		Control group: Two check-in calls at 1.5- and 4.5- months post- baseline		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 20-item version of the Center for Epidemiological Studies Depression Scale (CES-D)</li> <li>• Feasibility measures</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No significant effect was found in depression levels</li> <li>• Program satisfaction: Overall, caregivers in the intervention were highly satisfied with information learned in group discussions and with group facilitators sensitivity to their needs</li> </ul>
		(N=49)			
<b>Petrakis 2017 Australia</b>	Family members of people with first- episode psychosis	Qualitative study (telephone- interviews six months after intervention)	<p><i>Intervention:</i> Inpatient Caregiver Psychoeducation intervention</p> <p><i>Facilitator:</i> Nurse</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> Content comprised information, fact sheets, booklet, information DVD about psychosis, symptoms, stress, recovery, service system and caregiver support. Some individualization in the sessions.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questions on timeliness, correct people invited, sufficient time, useful information, support offered, family use of information, follow-up in community and improvement suggestions</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Important to family members in first navigating the psychotic experience and services were: sharing information, processing experiences and information, feelings of being unprepared for discharge, requesting the option of further psychoeducation later in the community, and heartfelt appreciation and gratitude for a timely and flexible opportunity to receive targeted information at the acute</li> </ul>
<b>Petrakis 2014 Australia</b>	Family members of people with first- episode psychosis	Qualitative study of stakeholders: caregivers	<p><i>Intervention:</i> Peer support and psychoeducation group</p> <p><i>Facilitator:</i> Occupational therapist and social worker</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> Sessions comprised presentations, group discussions and distribution of handouts to take home. Sessions were stand alone with topics decided by family members, such as “what is psychosis”, relapse prevention”, “community resources” and “looking after yourself”</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Questions focused on benefits and positive aspects of the intervention, barriers and limitations, appropriateness of information, suggested changes and logistics</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Benefits experienced by caregivers were feeling less isolated, feeling being part of a collective, opportunity to be heard, less stigma and shame, increased knowledge of mental illness and more skills in supporting patient recipient</li> </ul>
		Caregivers (N=10)			
		Managers (N=6)			
		Clinicians (N=2)			
			<i>Duration:</i> 6 monthly sessions, 2h per session		

<b>Petrakis 2014 Australia</b>	Family members of people with first-episode psychosis	Pre-post assessment (baseline and after intervention) (N=8)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational and support group <i>Facilitator:</i> Clinicians trained in family therapy <i>Structure &amp; content:</i> Group discussions on the topics “what is psychosis, recovering from psychosis, medications, relapse prevention and community resources <i>Duration:</i> 6 monthly sessions, 2h per session	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A four-point Likert scale questionnaire asking participants to indicate perceived level of knowledge and understanding</li> <li>• A significant increase was detected for three of six items. There was a significant increase in perceived understanding of what psychosis is, how a person recovers from psychosis, and ways to prevent relapse</li> </ul>
<b>Petursdottir 2019 Iceland</b>	Caregivers of people with final stage cancer	Pre-post design (baseline, after intervention and 2-4 weeks later) (N=48)	<i>Intervention:</i> Strengths-oriented therapeutic conversation intervention <i>Facilitator:</i> Nurses <i>Structure &amp; content:</i> Individual (tailored) conversation comprising two phases: assessment and intervention. Addresses cognitive, affective and behavioral domains of family functioning and focus on caregiver’s illness stories, strengths and resources for social support, acknowledge emotions, offer hope, encourage the expression of themselves. <i>Duration:</i> Two 60 min sessions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Iceland family perceived support questionnaire (ICE-FPSQ)</li> <li>• The depression anxiety stress scale (DASS)</li> <li>• Brief assessment scale for caregivers (BASC)</li> <li>• Family caregivers reported significantly higher emotional and cognitive support post-intervention and after 2-4 weeks</li> <li>• They also reported significantly reduced stress symptoms after 2-4 weeks and reduced caregiver burden post-intervention and after 2-4 weeks</li> </ul>
<b>Pihet 2018 Switzerland</b>	Caregiver of persons with dementia	Mixed methods (pre-and post-measures and qualitative data) (N=18)	<i>Intervention:</i> A psychoeducative group program (“Learning to feel better... and help better”) <i>Facilitator:</i> Nurses <i>Structure &amp; content:</i> Focus on the appraisal of stressful situations and coping strategies. The program used a combination of information provision, group discussions, work on personal stressful situations and exercises at home <i>Duration:</i> 15 weekly two-hour group sessions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zarit Burden Interview</li> <li>• Revised memory and behavioral problems (MBP) Checklist</li> <li>• Ilfeld Psychiatric Symptoms Index</li> <li>• Self-efficacy (Bandura)</li> <li>• Daily life measures of use of the strategies taught in the program</li> <li>• Good acceptance of the program and strong implication of the participants</li> <li>• Significant improvements in burden, psychological distress and self-efficacy</li> <li>• The qualitative results emphasized the benefits of a group format: participants felt understood by peers, could build new social bonds and experienced reduced social isolation</li> <li>• The daily life measures showed that participants were using more and more over time the strategies they learned, particularly reframing</li> </ul>

---

<b>Ponce 2011 Brazil</b>	Family caregivers of people with Alzheimer 's disease	Pre- and post measure (baseline and after intervention)  (N=17)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational group program  <i>Facilitator:</i> Multi-professional team  <i>Structure &amp; content:</i> The groups met in order to learn about the process of disease and different facts concerning care. The group represent a forum for mutual learning, fostering a support network to cope with the disease process and seeking improvements in the emotional welfare of caregivers.  <i>Duration:</i> Weekly meetings	<ul style="list-style-type: none"> <li>Postintervention reports on the experience in the program (usefulness of the strategies)</li> <li>Qualitative data on benefits of the program, negative aspects and the extent to which the program met the participants' expectations</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>After the psychoeducational intervention family caregivers felt less burdened by care compared to baseline data</li> </ul>
<b>Redlich 2010 Israel</b>	Family members of persons with severe mental illness	Pre- and post measure (baseline and six months after the program)  Pilot study  (N=71)	<i>Intervention:</i> A didactic course ("Keshet" program)  <i>Facilitator:</i> Professionally led  <i>Structure &amp; content:</i> Meetings addressed cognition and its relation to everyday functioning and training in communication skills from a meditative perspective. Included intentional sharing and accessibility to knowledge. Comprised lectures, workshops, group discussions, use of Meaningful Interactional Life Episodes (written by parents themselves), screening films and reading articles	<ul style="list-style-type: none"> <li>Caregiver Burden Scale</li> <li>Semi-directed interview with an instrument to collect sociodemographic data, and questions on relationships and role of caregiving</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>No differences in self-perception between the two groups</li> <li>Intervention group increased (significantly) their hope toward the ill person with a concomitant decrease in the gap between hope of family members in relation to themselves versus their hope toward the ill person</li> <li>The program may contribute to the increase of the families' hope in the</li> </ul>

---

			<i>Duration:</i> 15 biweekly group meetings (total 45 hours course)		recovery journey of the ill family member
<b>Riley 2011 UK</b>	Caregivers of relatives with a first episode of psychosis	Qualitative interview study (after intervention)  (N=12)	<i>Intervention:</i> Caregiver education course  <i>Facilitators:</i> Caregivers, health personnel and guest speakers  <i>Structure and content:</i> The group-based course provided support, information and opportunity for social networking. Sessions consisted of educational lessons and group-interactions on knowledge of psychosis, self-care, treatment, medication and service evaluation  <i>Duration:</i> 11 weekly sessions, 2h per session	<ul style="list-style-type: none"> <li>A focus group interview to evaluate the course</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>5 key themes and sub-categories were identified: the emotional impact of being a caregiver and how the group impacted on this, the wider impacts of mental illness within a family, roles and relationships, group design and arrangements and wider impacts of the education group.</li> <li>Post-intervention the participants reported increased ability to cope through gaining knowledge of psychosis, improving the quality of relationship with their relative, comfort in sharing stories in the group and feeling less isolated, becoming more aware and in control of their caring role leading to greater awareness of their relative's mental illness.</li> </ul>
<b>Rodriquez-Sanchez 2013 Spain</b>	Caregivers of persons with dementia or disability (dependent of care in the home)	RCT (baseline and after intervention)  (N=83)	<i>Intervention:</i> Cognitive-behavioral intervention  <i>Facilitator:</i> Psychologist, physician and nurse  <i>Structure &amp; content:</i> Cognitive-behavioral treatment for managing dysfunctional thoughts about caregiving and training in self-help techniques. Content of the sessions: stress model, self-care, knowledge of automatic thoughts, errors of thoughts, mood state, guilt, caregiver rights, how to ask for help  <i>Duration:</i> Eight 90-minutes sessions carried out over eight weeks	<ul style="list-style-type: none"> <li>General Health Questionnaire (GHQ-12)</li> <li>Dysfunctional thoughts about caregiving</li> <li>Quality of life (RUIZ and Baca's Questionnaire)</li> <li>Short Zarit Interview</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The intervention group showed significant reduction in GHQ score and dysfunctional thoughts about caregiving</li> <li>No significant changes in quality of life or burden between the groups</li> </ul>

<b>Rowaert 2018</b>	Family members of mentally ill offenders	Pre- and post-measure (baseline and after intervention)  (N=20)	<i>Intervention:</i> Family Support Group (FSG)  <i>Facilitator:</i> Two psychiatrists  <i>Structure &amp; content:</i> The aim of the FSG was to support the family in managing the implications of both psychiatric problems and internment. The sessions were structured with group discussion, break, and therapeutic reflection.  <i>Duration:</i> Four two-hour group sessions, approximately 120 in duration. The first three sessions were conducted fortnightly with the fourth session held one month following the third session	<ul style="list-style-type: none"> <li>WHO Quality Of Life (WHOQOL-BREF)</li> <li>Zarit Burden Interview (ZBI-22)</li> <li>Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)</li> <li>Resilience Scale (RS-nl 25)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The results indicated that participants experienced less self-blame, a decrease in loss of control over their lives, and improved emotional well-being</li> </ul>
<b>Sadath 2016</b>	Caregivers of patients with first episode psychosis	Quasi-experimental study (baseline, 1 and 3 months after intervention)  (N=31)	<i>Intervention:</i> Family group intervention  <i>Facilitators:</i> Trained psychiatric social worker  <i>Structure and content:</i> Peer/group learning discussions on knowledge of psychosis and illness management, emotional challenges, dealing with patient behavior, communication, and problem-solving techniques, improving mental health and strengthening social support.  <i>Duration:</i> 7 weekly sessions, 1-1.5h per session	<ul style="list-style-type: none"> <li>Family Questionnaire (FQ)</li> <li>Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>EE in both groups significantly reduced over the time period</li> <li>No differences detected in EE change in the intervention and TAU groups over the time period</li> <li>Social support improves significantly in both groups and there were no significant differences between the groups on the overall change in social support over the time period</li> </ul>
<b>Sampogna 2018</b>	Relatives of patients with bipolar I disorder	RCT (baseline, after intervention)  (N=72)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational family intervention (PFI)  <i>Facilitators:</i> Mental health professionals  <i>Structure and content:</i> Intervention consisted informative sessions, communication skill lessons and problem-solving lessons on coping strategies	<ul style="list-style-type: none"> <li>Family Coping Questionnaire (FCQ)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The intervention group endorsed more frequently a positive communication strategy compared with those in the TAU group</li> <li>The intervention group reported a higher endorsement of seeking for information, maintenance of social interests and patient's social</li> </ul>

	Standard care (TAU group) (N=67)	<i>Duration:</i> 3 times a month for 4-6 months, 1.5h per session. Site and frequency were adapted to family needs and professional workload		<ul style="list-style-type: none"> <li>involvement compared with the control group</li> <li>Relatives in the intervention group reported a significant reduction in collusion, resignation, avoidance and coercion compared with relatives from the TAU group</li> </ul>
<b>Santos 2013 Brazil</b>	Caregivers of patients with dementia	Pre-post design (baseline and after intervention)  (N=18)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational group support  <i>Facilitators:</i> Mental health professionals  <i>Structure and content.</i> Lectures, group discussion and sharing of experiences related to patient disease and the caregiver situation  <i>Duration:</i> Weekly sessions for 6 months, 1.5h per session	<ul style="list-style-type: none"> <li>Assessment of QoL in Alzheimer's Disease Scale (QoL-AD)</li> <li>Zarit Burden Interview (ZBI)</li> <li>Beck Depression Inventory (BDI)</li> <li>Beck Anxiety Inventory (BAI)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>The study found a decrease of caregiver depressive symptoms</li> <li>They were no significant differences between baseline measures and after intervention related to QoL, burden and anxiety</li> </ul>
<b>Savundrana yagam 2014 Canada</b>	Family members of people with Alzheimer 's	Pre- and post- measure (baseline and one week after the intervention)  (N=115)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational program ("Powerful Tools for Caregiving", PTC)  <i>Facilitators:</i> Mental health professionals  <i>Structure &amp; content:</i> Psychoeducational intervention that aims to enhance selfcare skills of family caregivers. A major focus is the importance of obtaining support from others to reduce caregiving stress and enhance self-care  <i>Duration:</i> Six sessions lasting 2.5 hours	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amount of help (single-item question)</li> <li>Satisfaction with help (single item question)</li> <li>Positive views toward caregiving (three items)</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>Increases in amount of help and satisfaction with help were significantly linked with increases in caregiver rewards for adult-children</li> <li>Only increases in satisfaction with help were significantly related to increases in caregiver rewards for spouses</li> <li>These group differences suggest that the quality of support is critical for spouses, whereas both quality and receiving extra help are useful for adult-child caregivers</li> </ul>

<b>Savundrana yagam 2011 USA</b>	Family caregivers of persons living with diverse diagnosis	Pre-post comparison group design (baseline and six weeks after intervention)  (N=115)	<i>Intervention:</i> A psychoeducational intervention (“Powerful Tools for Caregiving”)  <i>Facilitator:</i> Professional class leaders  <i>Structure &amp; content:</i> Sessions focused on challenges and self-care, stress management, communication skills training and dealing with difficult emotions and decision. It also included creating weekly action plans on practicing tools and skills taught in each session, sharing of plans with the group and receiving group feedback on the implementation of actions plans.  <i>Duration:</i> Six weekly sessions lasting 2.5 hours	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Montgomery burden measure</li> <li>• Caregiver health (single item)</li> <li>• Length of caregiving</li> <li>• Katz Index of Activities of Daily Living (ADL) scale</li> <li>• Instrumental Activities of Daily Living (IADL) scale</li> <li>• Problem Behavior (PB) scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caregivers in the intervention group reported less stress burden and less objective burden compared to caregivers from comparison group</li> <li>• There were no group differences in relationship burden</li> </ul>
<b>Sharif 2012 Iran</b>	Family members of persons with schizo-phrenia	RCT (baseline, after intervention and one month later)  (N=35)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational program  <i>Facilitator:</i> Psychiatric nurse or psychiatrist  <i>Structure &amp; content:</i> Goals of the sessions were to understand schizophrenia, to recognize the effect of medication and compliance, to orient caregivers of warning signs of relapse, to improve communication skills in the family, and skills for coping with some of the patients' symptoms. Comprised presentations, question-answer sequences, group discussion and practicing relaxation  <i>Duration:</i> 10 90-minutes sessions over five weeks (two sessions each week)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Family Burden questionnaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compared to the control group, the intervention group showed significantly reduced symptom severity and caregiver burden both immediately after intervention and one month later</li> </ul>

<b>Shiraishi 2019 Japan</b>	Caregivers of people with schizophrenia	RCT (baseline, after intervention and 1-month post-intervention)  (N=37)	<p><i>Intervention:</i> Japanese standard family psychoeducation intervention</p> <p><i>Facilitator:</i> Multi-disciplinary team of psychiatrist, clinical psychologist, nurses, occupational therapists and psychiatric social workers</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> Composed of treatment as usual, educational session/interactive lectures on diagnosis, prognosis, etiology, symptoms, treatment, communication skills and social resources. Also included a group session that drew on a problem-solving approach</p> <p><i>Duration:</i> 2 h session every 2 weeks over 8 weeks</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• State-trait anxiety inventory (STAI)</li> <li>• K6 (screening tool) for depressive and anxiety disorders</li> <li>• Link's stigma scale (LSS)</li> <li>• Global assessment of functioning (GAF)</li> <li>• Zarit burden interview</li> <li>• Family attitude scale (FAS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No statistical differences were detected between the groups regarding T-anxiety after 10 and 14 weeks</li> <li>• No differences were found between the groups in S-anxiety, K6, ZBI, FAS, LSS or GAF</li> </ul>
<b>Sousa 2020 Portugal</b>	Caregivers of people with dementia	RCT (baseline, after intervention and a 4 month-follow up)  Pilot study  (N=12)	<p><i>Intervention:</i> Psychoeducational training program</p> <p><i>Facilitator:</i> Mental health and psychiatry specialist nurses</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> Individual sessions on topics such as dementia, stages and symptoms, communication and behavior management, pharmacologic intervention, emotions, expectations and role demands, assistance, cognitive stimulation, coping and community resources. Group sessions aimed at sharing challenges, emotions, expectations and strategies. Methodologies included presentation, discussion, examples/demonstrations, skill training, exercises and movie displays</p> <p><i>Duration:</i> 7 weekly individual sessions with an average duration of 60 minutes each and two 90-minute group sessions with all caregivers</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scale of caregiver burden (SCB)</li> <li>• The caregiver assessment of difficulties index (CADI)</li> <li>• The caregiver assessment of satisfaction index (CASI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• An improvement in the overload and difficulties was confirmed</li> <li>• There was an improvement in coping/problem-solving strategies</li> <li>• In the follow up, results tended to revert towards those of the initial assessment</li> </ul>

<b>Stephens 2011</b>	Caregivers of people with a mental illness	Pre-post design (baseline, after intervention, 3- and 6-months follow-up)  (N=459)	<p><i>Intervention:</i> Group based family education program (“Well Ways”)</p> <p><i>Facilitator:</i> Trained volunteer caregivers</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> Through education the program focused on supporting caregivers in their role and in developing effective strategies for caring for their relatives and themselves. The program also aimed to alleviate negative care-giving consequences such as worrying about the person with a mental illness and tension within the relationship, and to improve caregivers’ psychological well-being</p> <p><i>Duration:</i> Eight 3-hour weekly group sessions</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ)</li> <li>General Health Questionnaire (GHQ-12)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Participants’ worrying, tension, urging and distress were significantly lower following completion of the program. The improvements were maintained at 3- and 6-month follow-up</li> <li>Caregivers of people with psychotic disorders reported significantly greater reduction in worrying than other caregivers</li> <li>Females reported significantly greater reductions in tension than did males</li> </ul>
<b>Tabeleao 2018</b>	Caregivers of people with mental disorder	RCT (baseline, after intervention)  (N=66)	<p><i>Intervention:</i> A psychoeducational intervention (individual)</p> <p><i>Facilitator:</i> Psychologists</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> Topics included information about the user’s disorder, emotional support, autonomy stimulation, how to handle patient mental health crisis and family emergency planning</p> <p><i>Duration:</i> 6 home visits</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarit burden interview scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The intervention group had a reduction of 4.8 points in ZBI score and in the control group, the reduction was 1.9 points, which was not significant</li> </ul>
<b>Tanrıverdi 2012</b>	Caregivers of people with schizophrenia	Pre-post design (baseline, after intervention and one-month follow-up)  (N=31)	<p><i>Intervention:</i> Psychoeducation program</p> <p><i>Facilitator:</i> Health professional</p> <p><i>Structure &amp; content:</i> Individually tailored psychoeducation was provided through verbal instruction and question-answer techniques. Topics included sharing experiences, concept of diagnosis, symptoms and treatment, social aspects, family support, communication, problem-solving strategies, burden of care and self-care, stress management and development of social relations</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarit Caregiver Burden Scale (ZBS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psychoeducation decreased burden of all caregivers in the study</li> <li>Psychoeducation contributed to their long-term health</li> </ul>

			<i>Duration:</i> Eight sessions that were 45-60 minutes (two sessions once a week)		
<b>Terraciano 2020 USA</b>	Caregivers of people with dementia	RCT (baseline, after intervention and 6 week follow up)  (N=37)	<i>Intervention:</i> Psychoeducational intervention  <i>Facilitator:</i> Trained certified leaders  <i>Structure &amp; content:</i> A manualized group program with the following main themes: taking care of one-self, identifying, and reducing personal stress, communicating feelings, needs and concerns, communicating in challenging situations, learning from emotions and mastering caregiving decisions  <i>Control group:</i> Delayed PTC intervention  <i>Duration:</i> 6 weekly classes, each lasting 2 h	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Zarit caregiver burden scale</li> <li>• Center for Epidemiologic studies-depression scale (10-item)</li> <li>• Caregiving self-efficacy scale</li> <li>• Self-rated health and life satisfaction – single items</li> <li>• Treatment satisfaction questionnaire</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• PTC reduced caregiver burden, depressive symptoms and increased self-efficacy</li> <li>• PTC was highly rated by participants</li> <li>• Found no significant changes on measures of care recipients' BPSD</li> </ul>
<b>Vagharsey edin 2018 Iran</b>	Wives of war veterans suffering from post- traumatic stress disorder (PTSD)	RCT (baseline, after intervention and one- month follow- up)  (N=40)	<i>Intervention:</i> Peer support groups on family adaption  <i>Facilitator:</i> Trained and supervised peer-group leader (wife of war veteran)  <i>Structure &amp; content:</i> Content of the sessions: sharing experiences, overview and nature of diagnosis, family communication skills, the effect of living with a family member with PTSD and strengths of family  <i>Control group:</i> Duration: 8-weekly sessions, 1.5-hour sessions	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Family Adaption Scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Family fit dimensions mean scores showed no significant increase, neither in the intervention group or in the control group over time</li> </ul>
<b>Vazquez 2016 Spain</b>	Caregivers of patients with dementia and other	RCT (baseline, after 12 months)	<i>Intervention:</i> Cognitive-behavioral intervention  <i>Facilitators:</i> Three psychologists  <i>Structure and content:</i> Comprised lectures, problem-solving technique training and homework related to knowledge of depression, training in	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CES-D (depressive symptoms)</li> <li>• General Health Questionnaire (GHQ-28)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The incidence of depression was significantly lower in the intervention group</li> <li>• Emotional distress decreased after the intervention and at 3-, 6-, and 12-</li> </ul>

		(N=88)	breathing control, managing thoughts and making social contact  <i>Duration:</i> 5 weekly sessions, 1.5h per sessions	• Zarit Burden Interview (ZBI) • Automatic Thoughts Questionnaire-Negative (ATQ-N)	month follow up where no significant differences were found for the control group  • Significant differences were found in average ZBI scores between the groups
<b>Wang 2012 China</b>	Family caregivers of a relative with dementia	Pre-post design (baseline and after intervention)  (N=39)	<i>Intervention:</i> Mutual support groups  <i>Facilitator:</i> Peer leaders with support from a psychiatric nurse  <i>Structure &amp; content:</i> The sessions consisted of information giving, sharing and discussion, psychological support, and problem solving  <i>Duration:</i> 12 1.5 hour bi-weekly group sessions	• Neuropsychiatric Inventory-Caregiver Distress Scale (NPI-D) • World Health Organization Quality of Life Measure-Brief Version (WHOQOL-BREF) • Family Support Services Index (FSSI)	• The participants in the intervention group reported significantly greater improvements in distress levels and quality of life than the control group  • There were only mild changes in the demands for mental health services in both groups at post-test
<b>Wei 2012 Taiwan</b>	Caregivers of persons with intellectual disabilities	Pre-post design (baseline, after intervention and one-month follow-up)  (N=39)	<i>Intervention:</i> Support group intervention  <i>Facilitators:</i> Professionally led  <i>Structure &amp; content:</i> Structured support groups with components that included providing information, problem solving, coping and support  <i>Duration:</i> Eight weekly 90-minutes group meetings	• Derogatis Symptoms Checklist-90-R (SCL-90-R) • Inventory of Socially Supportive Behaviors (ISSB)	• Physical-psychological health (somatic, depressive and anxiety symptoms) of participants in the experimental group was significantly improved after the intervention and four weeks follow-up  • After the intervention, the intervention group scored better than the control group on measures of social support (positive social interaction, emotional, informational and material social support). After four weeks follow-up the differences between the two groups persisted except for positive social interaction support

<b>Wawrziczy 2019</b> <b>France</b>	Caregivers of people with dementia	Quasi-experimental study (baseline and after intervention)  (N=51)	<i>Intervention:</i> Customized intervention (multi-component)  <i>Facilitator:</i> Therapists  <i>Structure &amp; content:</i> Combines intervention strategies psychoeducation, ACT and couple intervention) to adapt to individual needs and challenges. Covered the themes caregiver perception of the situation, coping strategies, use of strengths and experiences in PWD caregiving and help-seeking. Focused also on acceptance based on ACT and mindfulness as well as on the couple relationship  <i>Duration:</i> 7 weekly home sessions with an average duration of 1 hr 30 min	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instrumental activities of daily living (IADL)</li> <li>Self-rated health (SF)</li> <li>Self-efficacy scale (15-item)</li> <li>Preparedness for caregiving scale</li> <li>Caregiver reaction assessment (CRA)</li> <li>Dyadic adjustment scale (DAS)</li> <li>Psychologist Distress index</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Significant differences were detected for daily functioning, self-esteem, quality of family support and feeling of distress</li> <li>Linear increases were observed with regards to sense of preparedness and impact on daily routine</li> <li>No differences were found for self-efficacy, depression, impact on finances or self-rated health</li> <li>A preliminary efficacy was found for preventing caregiver distress</li> </ul>
<b>Werner 2020</b> <b>Israel</b>	Caregivers of people with Alzheimer disease	RCT (baseline, after intervention)  (N=54)	<i>Intervention:</i> A social support intervention  <i>Facilitator:</i> Health and social work professionals  <i>Structure &amp; content:</i> Improving social support is the unifying theme. Includes two individual sessions, four family counselling sessions with caregiver and selected family member, encouragement to take part in local support groups and ad hoc counseling. The focus is on diminishing negative aspects of family involvement with caregiving while enhancing positive supportive aspects  <i>Duration:</i> Individual sessions lasted 1 to 1.5 h each. Duration regarding other components not reported	<ul style="list-style-type: none"> <li>Geriatric depression scale (GDS) short version</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>The intervention was effective in reducing depressive symptoms as reported by caregivers compared to the control group</li> </ul>
<b>Yoo 2019</b> <b>Korea</b>	Caregivers of people with dementia	RCT (baseline, after intervention)  (N=19)	<i>Intervention:</i> Multi-component therapeutic intervention program (individual and group)  <i>Facilitator:</i> Physician and psychologist  <i>Structure &amp; content:</i> A multimodal intervention that includes education, psychological support and	<ul style="list-style-type: none"> <li>Zarit burden interview (ZBI-K)</li> <li>Geriatric depression scale (GDS)</li> <li>Philadelphia geriatric center</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Compared to the control group, the treatment group showed significant improvement in the primary outcome of the ZBI-K and GDS scores at postintervention</li> </ul>

<b>Yoon 2020 Korea</b>	Caregivers of people with dementia	Quasi- experimental study (baseline and posttest after 4-, 8-, and 12- weeks)  (N=35)	<i>Intervention:</i> An empowerment program (individual)  <i>Facilitator:</i> Nurses  <i>Structure &amp; content:</i> The primary content were the provision of information and education on dementia, caring, meaning of care and life, optimistic view on caring, recognize one's growth, seek new solutions, family resource utilization and strength and social support  <i>Duration:</i> 12 weekly sessions, lasting 60-90 min each	morale scale (PGCMC)  • Caregiver-administered neuropsychiatric inventory (CGA-NPI)  • The positive affect and negative affect schedule (PANAS)  • Acceptance and action questionnaire-II (AAQ-II)  • Self-compassion scale (SCS)	• There were no significant differences in the secondary outcome measures, including PGCMCS, CGA-NPI, PANAS, AAQ-II and SCS scores between pre- and postintervention
		Control group (1) Standard care  (N=40)	Control group (2) Booklet  (N=40)	• Caregiving appraisal scale  • Finding meaning through caregiving scale  • Family Caregiver self-efficacy scale  • Hogan grief reaction checklist  • Campbell subjective well-being scale	• The experimental group showed significant increased caregiving appraisal, caregiving attitude, self-efficacy and well-being after the program

<b>Younis 2019</b>	Caregivers of cancer patients	Pre-post study (baseline, post intervention)  (N=47) (workshop group)  (N=45) (home visit group)	<i>Intervention:</i> A multi-component palliative care intervention program  <i>Facilitator:</i> Information not provided  <i>Structure &amp; content:</i> Formal teaching carried out in an organized and structured environment in the form of a workshop (group 1). Home visits were conducted in the community to provide teaching and training for the caregivers (group 2).  <i>Duration:</i> Information not provided	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quality of life in life-threatening illness – family caregiver (QOLTTI-F)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Results showed a statistically significant effect on the quality-of-life domains</li> <li>• No significant effect was found between the pre- and post-intervention in the control group</li> </ul>
<b>Zhou 2020</b>	Caregivers of people with schizophrenia	RCT (baseline, post-intervention and 8 week follow up)  (N=34) (narrative group)  (N=29) (psycho-education)	<i>Intervention:</i> Narrative therapy group and psychoeducational intervention  <i>Facilitator:</i> Facilitator of narrative group not provided. Peer specialists of experienced caregivers facilitated psychoeducational group  <i>Structure &amp; content:</i> The narrative group consisted of eight sessions. Participants were encouraged to tell life stories and reauthor their stories, explore preferred life direction and successful caregiving experiences. The psychoeducational group focused on knowledge, emotional coping skills, communicative skills, illness management and advocacy awareness.  <i>Duration:</i> Both groups were conducted in eight weekly sessions with each session lasting 2 hours	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Brief family relationship scale</li> <li>• Experience of caregiving autonomy</li> <li>• Family coping questionnaire</li> <li>• Pearlin mastery scale</li> <li>• Inner resource scale</li> <li>• Herth hope index</li> <li>• Mental health inventory</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Caregivers in the psychoeducation group and the narrative group made significant improvement in terms of burden, family coping and functioning compared to the control group</li> <li>• The caregivers in the narrative group indicated more perceived inner resources and a higher level of perceived control and hope</li> </ul>
			(N=31)		

<b>Ågren 2015 Sweden</b>	Partners of post cardiac surgery heart failure patients	RCT (baseline at discharge, 3 and 12 months after discharge)	<i>Intervention:</i> A patient-partner psychoeducational support program  <i>Facilitators:</i> Health professionals (physician, nurse, and physiotherapist)  <i>Structure and content:</i> The program included face-to-face and telephone dialogues (using dialogues guides) on stress-related issues, questions, and concerns, how to improve the situation and further needs of education and support.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Short Form (SF-36)</li> <li>• Beck Depression Inventory (BDI-II)</li> <li>• Control Attitude Scale (CAS)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No significant differences were found between the intervention group and control group regarding dimensions of SF-36 after 3 and 12 months</li> <li>• Regarding symptoms of depression there were no significant differences between the groups, neither for patients nor partners</li> <li>• Patients in the intervention groups improved their perceived control significantly at 3 and 12 months, but among control patients and in both partner groups no significant changes were seen over time</li> </ul>
	Control group: Standard care	Pilot study  (N=25)	<i>Duration:</i> The intervention included 3 support sessions: 4-6 weeks (face-to-face), 10-12 weeks and 22-24 weeks after discharge (telephone consultation), 30-60 min per session.		