

Effekt av mestringstiltak for personer med kronisk nyresykdom

Kunnskapsoppsummering med kritisk vurdering



NK LMH 1/2024

Effekt av mestringstiltak for personer med kronisk nyresykdom. Kunnskapsoppsummering med kritisk vurdering

© Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) 2024

Utgitt: Mars 2024

ISBN: 978-82-92686-57-7

Forfattere: Marita Sporstøl Fønhus, Therese Kristine Dalsbø og Karl Fredrik Westermann

Antall sider: 75 (172 inkludert vedlegg og forside)

Siteres som:

Fønhus MS, Dalsbø TK, Westermann KF. Effekt av mestringstiltak for personer med kronisk nyresykdom. Kunnskapsoppsummering med kritisk vurdering. NK LMH 1/2024

Du laste ned den systematiske kunnskapsoppsummeringen [HER](http://www.mestring.no) (www.mestring.no).

NK LMH er en nasjonal kompetansetjeneste som bidrar til at lærings- og mestringsevne i hele landet holder god kvalitet og er kunnskapsbasert, slik at personer som lever med helseutfordringer og deres nærstående 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 **Facebook:** facebook.com/mestringno

Publisert mars 2024.

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 sykdom eller andre helseutfordringer.

Denne systematiske kunnskapsoppsummeringen er et resultat av arbeid og samarbeid utført av en prosjektgruppe bestående av to forskere og en medforsker med brukererfaring.

Kronisk nyresykdom har i større grad blitt et folkehelseproblem og gitt den store utbredelsen i Norge og på verdensbasis, har vi ved NK LMH undersøkt:

- hvilken effekt mestringstiltak har på hvordan man fungerer i hverdagen og mestrer livet med de helseutfordringene dette medfører
- hva slags offentlig helseinformasjon som er tilgjengelig om kronisk nyresykdom for pasienter, brukere og pårørende
- hvilke helhetlige nasjonale kunnskapsbaserte retningslinjer og veiledere personer som jobber i helse- og omsorgstjenestene har å jobbe etter for å kunne behandle og følge opp personer med kronisk nyresykdom

Denne systematiske kunnskapsoppsummeringen er et bidrag for å styrke kunnskapsbasert praksis og velinformerte beslutninger gjennom forskningsbasert kunnskap om effekt av mestringstiltak og brukerbasert kunnskap. Gjennom brukerbasert kunnskap får vi mer innsyn i, og dypere forståelse for, hva det vil si å leve med og å håndtere livet med kronisk nyresykdom. Vi har også satt søkelys på hvilke nasjonale føringer og anbefalinger helse- og omsorgstjenesten har for å kunne behandle og følge opp personer med kronisk nyresykdom på en helhetlig måte.

Målgrupper for rapporten er fagpersoner og brukerrepresentanter som driver lærings- og mestringsvirksomhet, brukere og pårørende i helse- og omsorgstjenestene, forskere med interesse for fagområdet læring og mestring, fagpersoner og ledere i helseforvaltningen og helse- og omsorgstjenesten samt personer som jobber hos helsemyndighetene.

Vi takker for god støtte og konstruktive innspill fra Kari Hvinden, Ann Britt Sandvin Olsson og Anita Røyneberg Alvheim. Vi vil også takke vår kommunikasjonsrådgiver ved NK LMH, Cecilia Sønstebø, for kommentarer og innspill. Rapporten er en del av vårt pågående arbeid med å oppsummere forskning som er relevant for læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten.

Oslo, 11. mars 2024

Siw Bratli
Leder, NK LMH

Marita Sporstøl Fønhus
Prosjektleder/seniorforsker, NK LMH

Innholdsfortegnelse

Forord.....	1
Sammendrag.....	4
English summary	5
Formål	6
Bakgrunn	6
<i>Kronisk nyresykdom.....</i>	<i>6</i>
<i>Brukererfaring</i>	<i>7</i>
<i>Læring og mestring.....</i>	<i>7</i>
<i>Kunnskapsbaserte lærings- og mestringstilbud tjenester</i>	<i>8</i>
Metode.....	10
<i>Effekt av mestringstiltak.....</i>	<i>10</i>
<i>Helseinformasjon til pasienter, brukere og pårørende</i>	<i>16</i>
<i>Anbefalinger og føringer for praksis</i>	<i>17</i>
<i>Presentasjon og kommunikasjon av kunnskapsoppsummeringen</i>	<i>18</i>
<i>Oppdateringsplaner for kunnskapsoppsummeringen.....</i>	<i>18</i>
Resultater	19
<i>Vurdering av effekt av mestringstiltak.....</i>	<i>19</i>
<i>Helseinformasjon til pasienter, brukere og pårørende</i>	<i>59</i>
<i>Anbefalinger og føringer for praksis</i>	<i>62</i>
Diskusjon	62
<i>Systematisk oversikt om effekt av mestringstiltak.....</i>	<i>63</i>
<i>Helseinformasjon til pasienter, brukere og pårørende</i>	<i>67</i>
<i>Anbefalinger og føringer for praksis</i>	<i>68</i>
<i>Mulige svakheter i arbeidet.....</i>	<i>69</i>
<i>Avvik fra protokoll</i>	<i>70</i>
Referanser	71
Vedlegg.....	76
<i>Metode</i>	<i>76</i>
<i>Resultater</i>	<i>80</i>

Sammendrag

[<< Tilbake til innhold](#)

Vi har undersøkt effekter av mestringstiltak som vektlegger håndtering eller mestring av livet for personer med kronisk nyresykdom. To forskere og en medforsker med brukererfaring har laget denne systematiske kunnskapsoppsummeringen for å styrke kunnskapsbasert praksis og velinformerte beslutninger.

Effekter av mestringstiltak

Vi har søkt etter, samlet, oppsummert og kritisk vurdert internasjonale studier som har undersøkt effekter av mestringstiltak for personer med kronisk nyresykdom. Mestringstiltakene var strukturerte, brukte mestringsstrategier, varte mellom fire til 26 uker, hadde minst ett ukentlig fysisk møte og var hovedsakelig ledet eller fasilitert av fagpersoner. Mestringstiltakene ble gitt i en spesialisert setting som sykehus, medisinsk senter eller klinikk. Mestringstiltakene ble sammenlignet med ingen tiltak eller vanlig oppfølging. Vi søkte etter studier fram til august 2023 og fant 25 internasjonale studier som oppfylte kriteriene våre.

Resultatene viser at mestringstiltak:

- trolig øker eller bedrer **egenmestring** og **mestringstro** på kort sikt
- trolig demper eller reduserer **depresjonssymptomer**, **angstsymptomer** og **stress** på kort sikt
- trolig øker eller bedrer **sosial fungering** på kort sikt
- kanskje øker eller bedrer **livskvalitet** på kort sikt
- har usikker effekt på **rollefungering**, **fysisk fungering**, **fysiske symptomer**, **vaner** og **atferd**

Personer med brukererfaring ble involvert i selve gjennomføringen av mestringstiltaket i fem av 25 studier. Ingen av studiene hadde brukermedvirkning i utvikling, planlegging og evaluering av mestringstiltaket eller i planlegging og utførelse av selve forskningsstudiene.

At noen utfall har usikker effekt (rollefungering, fysisk fungering, fysiske symptomer som smerter og utmattelse og vaner eller atferd) kan i hovedsak skyldes at få studier undersøkte dette. Disse utfallene ble imidlertid høyest rangert fra et brukerperspektiv i arbeidet med kunnskapsoppsummeringen. Hvorvidt det er sammenheng mellom studienes fravær av brukermedvirkning og deres manglende rapportering på utfall som er viktige fra et brukerperspektiv, bør undersøkes nærmere.

Helseinformasjon til pasienter, brukere og pårørende

Helsenorge, helseforvaltningens informasjonskanal til den norske befolkningen, har en egen informasjonsside om kronisk nyresykdom. Vi har undersøkt hva innholdet består i og hvilke fremgangsmåter som er brukt. Vi har ikke nok informasjon til å kunne konkludere om hvordan innholdet har blitt utformet. Selve innholdet er for generelt og mangler, slik vi vurderer det, en del informasjon. Informasjonssiden vil mest sannsynlig framstå som mer nyttig og helhetlig om informasjon om sykdommen (årsaker, sykdomsforløp, symptomer, forebygging, behandling, prognose og forekomst) og rettigheter blir mer utfyllende. I tillegg bør informasjon om bruker- og pårørendeorganisasjoner, informasjon om psykisk helse og hvor man kan få støtte og hjelp og informasjon om kunnskapsbaserte nasjonale faglige retningslinjer være tilgjengelig.

Anbefalinger og føringer for praksis

Vi søkte etter kunnskapsbaserte nasjonale retningslinjer og veiledere for helhetlig behandling og oppfølging av personer med kronisk nyresykdom. Vi fant ingen norske retningslinjer eller veiledere. Imidlertid fant vi en britisk kunnskapsbasert retningslinje fra 2021 om behandling og oppfølging av personer med kronisk nyresykdom.

English summary

[<< Tilbake til innhold](#)

We have examined the effects of self-management interventions that promote coping or empowerment among people with chronic kidney disease. Two researchers and a co-researcher with user experience have produced this systematic review to strengthen evidence-based practice and well-informed decisions.

What are the effects of self-management interventions?

We have searched for, collected, summarised, and critically appraised international studies that have investigated the effects of self-management interventions for people with chronic kidney disease. The self-management interventions were structured, used coping strategies, lasted between four and 26 weeks, had at least one weekly physical meeting and were mainly led or facilitated by health professionals. The self-management interventions were compared with no intervention or usual care. We searched for studies until August 2023 and found 25 international studies that met our criteria.

The results show that self-management interventions:

- probably increase or improve **self-management/self-care** and **self-efficacy** in the short term
- probably reduce **depression symptoms**, **anxiety symptoms** and **stress** in the short term
- probably enhance or improve **social functioning** in the short term
- may enhance or improve **quality of life** in the short term
- have uncertain effects on **role functioning**, **physical functioning**, **physical symptoms**, **habits and behaviour**

People with user experience were involved in the delivery of the self-management intervention in five out of 25 studies. None of the studies had user involvement in the development, planning and evaluation of the intervention or in the planning and carrying out the research studies.

The fact that some outcomes have an uncertain effect (role functioning, physical functioning, physical symptoms such as pain and fatigue and habits or behaviour) can mainly be because few studies investigated this. However, these outcomes were ranked highest from a user perspective in the work on this systematic review. Whether there is a connection between the studies' absence of user involvement and their failure to report on outcomes that are important from a user perspective should be investigated further.

Health information for patients, users, and carers

Helsenorge, the Norwegian health authorities' information channel for the Norwegian population, has its own information page on chronic kidney disease. We have examined the content and how it has been generated. We do not have enough information to be able to conclude about how it has been generated. The content is somewhat overarching and lacks, according to our assessment, some information. The information page will most likely appear more useful and comprehensive if information about the disease (causes, course of the disease, symptoms, prevention, treatment, prognosis, and prevalence) and rights is more comprehensive. In addition, information about user and carer organisations, information about mental health and where to get support and help, and information about evidence based national guidelines should be available.

Recommendations and guidelines for practice

We searched for comprehensive evidence-based national guidelines and guidance on treatment and management of people with chronic kidney disease. We found no Norwegian guidelines or guidance. However, we found a British evidence-based guideline from 2021 about treatment and management of people with chronic kidney disease.

Formål

[<< Tilbake til innhold](#)

Vi ved NK LMH ønsket å lage en systematisk kunnskapsoppsummering som gir svar på:

- hvilken effekt mestringstiltak har på hvordan man fungerer i hverdagen og mestrer livet med de helseutfordringene dette medfører blant personer med kronisk nyresykdom
- hva slags offentlig helseinformasjon som er tilgjengelig om kronisk nyresykdom for pasienter, brukere og pårørende
- hvilke nasjonale kunnskapsbaserte retningslinjer eller veiledere personer som jobber i helse- og omsorgstjenestene har å jobbe etter for å kunne behandle og følge opp personer med kronisk nyresykdom på en helhetlig måte

Bakgrunn

[<< Tilbake til innhold](#)

Kronisk nyresykdom

Kronisk nyresykdom betyr at nyrene fungerer dårligere enn normalt og/eller har en skade. Over 10 prosent av jordens befolkning har kronisk nyresykdom [1]. Ifølge informasjon fra Store medisinske leksikon [2] har over 10 prosent av Norges befolkning også kronisk nyresykdom, og forekomsten øker med økende alder. Det kan være flere årsaker til at man får kronisk nyresykdom. De vanligste årsakene er høyt blodtrykk og diabetes. Kronisk nyresykdom er delt inn i fem stadier [2]:

- stadium 1 hvor nyrefunksjonen er normal, men det er tegn til nyreskade
- stadium 2 hvor nyrefunksjonen er lett redusert og tegn til nyreskade
- stadium 3 hvor nyrefunksjonen er moderat redusert
- stadium 4 hvor nyrefunksjonen er alvorlig redusert
- stadium 5 hvor man har nyresvikt (nyresvikt i endestadiet)

Personer med kronisk nyresykdom stadium 1–3 har sjelden opplagte symptomer. Når nyresykdommen først gir symptomer og plager, er ofte nyrefunksjonen alvorlig redusert. Ved alvorlig redusert nyrefunksjon eller nyresvikt, kan det oppstå uremi [2]. Da klarer ikke kroppen å kvitte seg med avfallsstoffer. De viktigste symptomene og tegnene på uremi er redusert appetitt, vekttap, hudkløe og redusert overskudd [2].

Tidlig diagnose, god behandling av årsaken til sykdommen og god blodtrykksbehandling kan bremse utviklingen og utsette tiden til man trenger dialyse [2].

Ved siden av medisinsk behandling og oppfølging i helsetjenesten, skal livet med sykdom og helseutfordring leves og mestres. Både sykdommen, helseutfordringen og behandlingen av den kan for eksempel føre til økt stress, frykt og sorg. Dette kan igjen gi ytterligere helseutfordringer da man ikke lenger håndterer verken den medisinske behandlingen eller hverdagslivet slik man ønsker.

Hvordan kan vi legge til rette for at personer med sykdommer og helseutfordringer har mulighet til å fungere så godt som mulig i hverdagen og ha god livskvalitet? Det er her mestringstiltakene kommer inn. Mestringstiltak har som mål å gi støtte til læring og mestring gjennom å bidra til at man i større grad blir bevisst egne holdninger og ressurser og tilegner seg relevant kunnskap og ferdigheter. Disse tiltakene fokuserer mye på hvordan man har det og hvordan man fungerer i livet [3].

Brukererfaring

For å synliggjøre brukerperspektivet i møte med helsetjenesten oppsummeres her kort historien til en person som har levd med kronisk nyresykdom i mange år.

Min historie

Da jeg fikk diagnosen kronisk nyresykdom stadium 3 i 1998, trodde jeg at jeg fikk den informasjonen jeg hadde behov for. Det viste seg å ikke stemme helt. Jeg ble pasient i spesialisthelsetjenesten med svært god medisinsk oppfølging av leger på sykehuset, men informasjon om alt det rundt manglet. Jeg fikk for eksempel ikke tilbud om å delta på lærings- og mestringskurs med hovedfokus på å fungere og mestre hverdagen med sykdom og helseutfordringer. Ved tidlig og god informasjon og støtte til å håndtere situasjonen og sykdommen kunne jeg hatt bedre helse som pasient med kronisk nyresykdom. Først når jeg nærmet meg behov for dialysebehandling, fikk jeg tilbud om et dialyseforberedende kurs, Nyreskolen. Nyreskolen forbereder deg som pasient og pårørende på å gjennomgå dialysebehandling. På kurset fikk jeg informasjon og kunnskap om hvordan nyrene fungerer ved nyresvikt, ulike behandlinger som hemodialyse, peritonealdialyse og transplantasjon. I kurset delte blant annet pasienter sine erfaringer, og vi fikk informasjon om rettigheter, kosthold og informasjon om Landsforeningen for Nyrepasienter og Transplanterte, som er en pasientorganisasjon. Informasjon om kosthold ble gitt som foredrag. Vi fikk ingen informasjon om fysisk aktivitet da. I dag får du informasjon om fysisk aktivitet på Nyreskolen.

Læring og mestring

God helse og et godt liv handler om mer enn fravær av sykdom. Det handler om å håndtere hverdagen også når helseutfordringer oppstår og vedvarer. Lærings- og mestringsvirksomheten er etablert for å være til støtte i slike situasjoner. Læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten skal være en integrert del av alle helse- og omsorgstjenester, fra helsefremming og forebygging til rehabilitering og palliativ omsorg (figur 1). Læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten er en pedagogisk virksomhet med mål om styrket helsekompetanse, mestring og økt livskvalitet for brukere, pasienter og pårørende [3]. Virksomheten foregår på ulike arenaer i spesialisthelsetjenesten, i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i frivilligheten [3].

Figur 1. Læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten



Figuren er hentet fra NK LMH (mestring.no) og tilpasset med tekst og fargeendring.

Et lærings- og mestringstilbud er en konkret og avgrenset læringsaktivitet som varierer med hensyn til målgruppe, rammer, mål, innhold og arbeidsmetoder. Målgruppen er personer (brukere, pasienter og/eller pårørende) i alle aldre som har eller skal forebygge helseutfordringer. Rammene for tilbudene varierer både med hensyn til omfang (tid), kompetanse og økonomiske ressurser. Målet med lærings- og mestringstilbudene avhenger av rammer og målgruppe og kan variere fra å ha tilstrekkelig informasjon om et anliggende til å kunne håndtere eller mestre komplekse helseutfordringer i en hjemmesituasjon. Arbeidsform og metoder i ulike lærings- og mestringstilbud avhenger av målgruppen og målet med tilbudet. Videre er det flere måter å gjennomføre tilbudene på, som fysiske oppmøter, digitale møter eller en kombinasjon av disse. Tilbudene kan gis én-til-én (individuell), i grupper eller som en kombinasjon av disse [3].

Pasient- og brukerrettighetsloven sier at pasienter og brukere har krav på å få den informasjonen som er nødvendig for å få innsikt i egen helsetilstand (§ 3-2) [4]. Informasjonen skal være tilpasset den enkeltes behov og forutsetninger (§3-5) [4]. Lærings- og mestringstilbud er viktige bidrag for å sikre den oppfølgingen som helse- og omsorgstjenesten er forpliktet til både gjennom spesialisthelsetjenesteloven (§ 3-8) [5] og helse- og omsorgstjenesteloven (§ 3-2 og § 3-6) [6]. Tjenestetilbudene skal, så langt som mulig, utformes i samarbeid med de som mottar tjenestene (§ 3-1) [4], og helsepersonell har plikt til å legge til rette for at medvirkning skjer (§ 9-3) [6].

Kunnskapsbaserte lærings- og mestringstilbud tjenester

Læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten, med helsefremming og forebygging som grunnelementer, er et komplekst og bredt praksis- og forskningsfelt som stadig er i utvikling. Det krever at fagpersoner har et godt overblikk, bred faglig og helsepedagogisk kompetanse, gode kommunikasjons- og samarbeidsevner samt evne til å jobbe på tvers.

Hvordan kan vi sikre at lærings- og mestringstjenestene og tilbudene er gode, virkningsfulle og trygge? Kunnskapsbasert praksis innebærer at fagutøvere bruker ulike kunnskapskilder. Hovedmålet er å kontinuerlig bedre kvaliteten på tjenestene våre. Definisjonen på kunnskapsbasert praksis er å ta faglige

avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon [7]. Det finnes læringsverktøy og framgangsmåte fritt tilgjengelig fra Helsebiblioteket om [kunnskapsbasert praksis](#) [8]. Et godt utgangspunkt for å ta velinformerte beslutninger og å bygge opp under kunnskapsbasert praksis er å starte med den forskningsbaserte kunnskapen. For å tilegne seg forskningsbasert kunnskap, er systematiske kunnskapsoppsummeringer (også kalt systematiske oversikter) en viktig kilde.

I systematiske oversikter samler man inn, sorterer, oppsummerer og kritisk vurderer forskningen på en systematisk og transparent måte. Kompleksiteten i fagfeltet, tjenestene, tilbudene og settingene er utfordrende, samtidig som praksisutøverne og de som skal benytte seg av tilbudene er mangfoldig. Denne bredden og variasjonen gjør det utfordrende å samle forskning som favner hele feltet. Det er ofte nødvendig å avgrense forskningsspørsmålene i kunnskapsoppsummeringer for å kunne konkludere med tall og gi tolkninger som er pålitelige og forståelige. En samling med kunnskapsoppsummeringer med gjennomtenkte og avgrensede spørsmål danner et godt grunnlag for den forskningsbaserte kunnskapen. Å likeverdig vekte den forskningsbaserte kunnskapen, den erfaringsbaserte kunnskapen hos fagfolk og tjenesteutøvere og den erfaringen brukere av tjenester har, danner et veldig godt utgangspunkt for å ta velinformerte beslutninger. I tillegg til dette er konteksten også viktig å ta hensyn til før en beslutning skal fattes. Konteksten kan for eksempel være økonomiske begrensninger, geografiske hensyn, lover, prinsipper eller etikk.

Vårt bidrag til den forskningsbaserte kunnskapen er en «rask respons» systematisk kunnskapsoppsummering hvor vi har samlet internasjonal forskning som har undersøkt effekten av mestringsstiltak for personer med kronisk nyresykdom. Brukererfaringer rundt det å ha kronisk nyresykdom er med i denne kunnskapsoppsummeringen. Vi har også vurdert offentlig helseinformasjon om kronisk nyresykdom til pasienter, brukere og pårørende. Videre har vi undersøkt hva slags anbefalinger og føringer praksis har for å helhetlig behandle og følge opp personer med kronisk nyresykdom.

Dette arbeidet ble utført av en prosjektgruppe bestående av to forskere og en medforsker med brukererfaring knyttet til å leve med kronisk nyresykdom. Denne systematiske kunnskapsoppsummeringen har som hensikt å undersøke:

- hva effekten av mestringstiltak er for personer med kronisk nyresvikt
- kort skildre brukererfaring i et livsløpsperspektiv
- helseinformasjon om kronisk nyresykdom til pasienter, brukere og pårørende
- hvilke anbefalinger og føringer praksis har

Denne systematiske kunnskapsoppsummeringen har et «rask respons»-format. Det vil si at fra protokollen er registrert, bør det gå maksimalt 120 virkedager (innenfor seks måneder) til kunnskapsoppsummeringen er publisert.

Oppsettet til denne systematiske kunnskapsoppsummeringen samt teksten i bakgrunn og metode er, med små justeringer, likt det som ble utviklet for kunnskapsoppsummeringen om effekt av organiserte oppfølgingstiltak fra 2022 [9]. Dette er en mal som vi følger for denne typen kunnskapsoppsummeringer.

Effekt av mestringstiltak

Inklusjonskriterier (hva vi ønsket å undersøke)

Vi publiserte en [protokoll](#) i august 2023 som beskriver hvordan denne systematiske kunnskapsoppsummeringen skulle utføres. For å vurdere effekt av mestringstiltak, har vi fulgt metoden til systematiske oversikter. Systematiske oversikter er den fremste måten å lage systematiske kunnskapsoppsummeringer på. Man bruker systematiske og eksplisitte metoder for å identifisere, velge ut, analysere og kritisk vurdere relevant forskning.

Populasjon

Alle (uansett alder og sykdomsstadium) med kronisk nyresykdom.

Tiltak (intervensjon)

Mestringstiltak:

- som har et «å leve med»-perspektiv. Det vil si at mestringstiltaket hovedsakelig skal være rettet mot å fungere så godt som mulig i hverdagen og å mestre livet med helseutfordringer
- som består av flere komponenter eller elementer
- gitt ansikt til ansikt, enten fysisk eller digitalt, eller en kombinasjon av disse
- med en varighet på minimum tre dager, fordelt over lengre tid eller som et sammenhengende intensivt opplegg
- gitt i gruppe eller individuelt, eller en kombinasjon av disse

Sammenligning

Sammenligningen (kontrollgruppene) skulle bestå i ingen tiltak eller vanlig oppfølging.

Utfall

Utfall er valgt og sortert i henhold til et anerkjent rammeverk for klassifisering av utfall [10]. Da mestringstiltakene vi ønsket å undersøke skulle være generiske, ga det liten mening å undersøke effekt på utfallsmål for fysisk sykdom (for eksempel langtidsblodsukker og albumin) eller som indirekte brukes til å vurdere fysisk helsetilstand (for eksempel vekt, kondisjon og blodtrykk). Den relativt korte lengden, intensiteten og hyppigheten av tiltakene tilsier også at det vil være lite sannsynlig å finne klinisk betydningsfulle forskjeller rett etter tiltakene er avsluttet.

Det vi ønsket å sette søkelys på, er utfall som er viktige for **hvordan man har det og fungerer i hverdagen** og **hvordan man mestrer livet med sykdom og helseutfordringer**. De fleste av hovedutfallene har dermed falt inn under kjerneområdet **livspåvirkning** (på engelsk «life impact») [10]. Følgende utfall var av interesse (prioritert rekkefølge fra et brukerperspektiv):

- Rollefungering
- Fysisk fungering
- Fysiske symptomer, kun smerter og utmattelse
- Følelsesmessig fungering
- Vaner eller atferd med hensyn til fysisk aktivitet, kosthold og søvn
- Livskvalitet
- Sosial fungering

Rollefungering

Vi har alle ulike roller vi skal fylle gjennom livet. Det kan for eksempel være å gå på skole, delta i arbeidslivet og ta vare på familien vår. Rollefungering i denne sammenhengen er først og fremst delt opp i fysisk og følelsesmessig rollefungering. Fysisk rollefungering går på om du rent fysisk opplever eller føler at du klarer å fylle rollen(e) du har. Følelsesmessig rollefungering handler om at du følelsesmessig vurderer deg i stand til å fylle rollen(e). I spørreskjemaer som skal si noe om rollefunksjonen, kan det for eksempel stilles spørsmål rundt arbeidsstatus, familiestatus og om man opplever eller føler man er i stand til å fylle sine roller der. Dodd og medarbeidere [10] har skrevet litt om rollefungering og hvor i et rammeverksperspektiv for utfallsrapportering dette hører hjemme.

Fysisk fungering

Fysisk fungering kan i korte trekk sies å være en persons evne til å kunne utføre fysiske aktiviteter som er viktige for å fungere i dagliglivet og å kunne ha et godt liv. Vi har ikke lyktes med å finne en bred, veletablert og allmenn akseptert definisjon av fysisk funksjon. Det vi ønsker, er at termen «fysisk funksjon» skal være bred og gi rom for tolkning. Dette vil bidra til at vi ikke mister gode beskrivelser eller eksempler på hva termen kan bety og inneholde. Det viktigste er at man så godt det lar seg gjøre beskriver hva man ser for seg at ligger i termen for hver gang man bruker den og gjerne underbygger med gode eksempler.

Fysisk fungering eller funksjon kan måles objektivt ved å bruke ulike fysiske tester. Det er en mer medisinsk måte å tolke termen på og er veldig nyttig i et rent behandlings- eller rehabiliteringsforløp. For vårt formål og vår tolkning av fysisk funksjon, er egenvurdert fysisk funksjon det som best kan beskrive fysisk funksjon slik vi søker svar. Da kommer det bedre fram hva personen det angår selv mener og føler rundt sin fysiske funksjonsevne.

Det er utviklet utallige spørreskjemaer for å måle egenvurdert fysisk fungering. Noen er diagnosespesifikke, mens andre er mer generiske. Noen går i dybden og har mange spørsmål, mens

andre kan bestå av noen få spørsmål. Noen er veletablerte og validerte mens andre ikke. Det er med andre ord mye variasjon, men alle spørreskjemaene har samme formål: Å få avklart hvordan personen det angår vurderer sin egen fysiske fungering.

Et lite knippe eksempler på fysiske aktiviteter som kan inngå som en del av dagliglivet er å kunne forflytte seg eller gå, komme seg ut av senga, gå på toalettet, kle på seg, vaske seg, lage mat, spise og drikke, stelle i hagen, handle i butikken og egenmestring/egenomsorg (på engelsk «self-management»). Dodd og medarbeidere [10] har skrevet litt om fysisk fungering og hvor i et rammeverksperspektiv for utfallsrapportering dette hører hjemme.

Fysiske symptomer

Fysiske symptomer som er vanlige og plagsomme for mange, uavhengig av diagnose eller tilstand, er smerter og utmattelse (fatigue). Selvrapportert grad av disse to fysiske symptomene er spesielt interessant å fange opp for vårt formål.

Følelsesmessig fungering

Følelsesmessig fungering kan bety så mangt og er en sekkebetegnelse for en stor gruppe utfall som er viktige når vi skal si noe om hvordan man har det og tar det. Evne til å håndtere situasjonen, bekymringer, frustrasjon, selvtillit, oppfatninger om kropp og utseende, psykologisk status, stigma, mening og formål, tilfredshet med livet, selvfølelse og mestringstro er noe av det som typisk beskriver hvordan man fungerer følelsesmessig. Vi har valgt å legge vekt på:

- mestringstro, empowerment og pasientaktivering
- psykiske helseutfordringer, som generell psykisk belastning, stress, depresjonssymptomer, angstsymptomer og eventuelle diagnoser som inkluderer disse to

Dodd og medarbeidere [10] har skrevet litt om følelsesmessig fungering og hvor i et rammeverksperspektiv for utfallsrapportering dette hører hjemme.

Vaner og atferd

Fysisk aktivitet, sammen med kosthold og søvn, er viktig for hvordan vi har det og er relativt lett målbare. Eksempel på hva som måles kan være hvor ofte og hvor lenge man er i fysisk aktivitet per dag, hvor ofte man spiser frukt og grønnsaker og hvor lenge man sover sammenhengende gjennom natten. Fysisk aktivitet, som er et utfall som ofte rapporteres i helsefremmende og forebyggende forskning, kan være basert på selvrapportering eller måling ved hjelp av objektive parametere som skritteller.

Livskvalitet

Livskvalitet vil for de fleste forbindes med å si noe om hvor bra man har det og hvor tilfreds man er med livet. Livskvalitet måles oftest gjennom spørreskjemaer som på en eller annen måte fanger opp hvordan man har det i livet. Livskvalitet er tett knyttet opp mot alle overstående utfall (fysisk fungering, sosial fungering, rollefungering, følelsesmessig fungering, kognitiv fungering) og vil gjensidig påvirke hverandre. Dermed kan man se på livskvalitet som en mer generell vurdering av hvordan man synes man har det alt i alt. Dodd og medarbeidere [10] har skrevet litt om livskvalitet og hvor i et rammeverksperspektiv for utfallsrapportering dette hører hjemme.

Sosial fungering

Sosial fungering kan i korte trekk beskrives som evner eller ferdigheter til å sosialisere og kommunisere med andre mennesker og delta i samfunnet. Det omhandler samspill med andre og at disse evnene, holdningene og atferden utvikles gjennom hele livet. Sosial fungering måles oftest ved hjelp av spørreskjemaer slik at de gjenspeiler egenopplevd sosial fungering. Også her finnes mange varianter av skjemaer, men de har som oftest nokså like formål og spør ofte etter det samme. Dodd og

medarbeidere [10] har skrevet litt om sosial fungering og hvor i et rammeverksperspektiv for utfallsrapportering dette hører hjemme.

Setting

Alle helse- og omsorgstjenestestettinger.

Studiedesign

Randomiserte kontrollerte studier (RCT'er).

Publikasjon

Vi inkluderte kun studier som var publisert i tidsskrift.

Språk

Engelsk, svensk, dansk og norsk.

Se [eksklusjonskriteriene i metodedelen i vedlegget](#) (side 76).

Søk etter studier

Vi søkte etter randomiserte kontrollerte studier (RCT'er) i [Cochrane CENTRAL \(Trials\)](#). Vi jobbet med å utarbeide søket rett i forkant av at protokollen ble publisert i august. Søket for dette arbeidet ble utført 21. august 2023. Se [søkestrategien i metodedelen i vedlegget](#) (side 77).

Vi søkte også etter referanser til mulige relevante studier i nylig publiserte Cochrane-oversikter (usystematiske søk) og gikk gjennom referanselistene til inkluderte studier for å se om vi hadde gått glipp av relevante studier i vår søkestrategi.

Utvelgelse av studier

Én person screenet alle referansene fra søkene og ekskluderte de studiene som helt opplagt ikke var relevante ut ifra inklusjons- og eksklusjonskriteriene. De gjenværende referansene ble screenet av to personer og vurdert som relevant eller ikke. Det ble ikke behov for å involvere en tredjeperson da det ikke oppstod uenigheter om hvilke studier som var relevante.

Uthenting av data

Én person hentet ut all relevant informasjon fra hver studie ved hjelp av et dataekstraksjonsskjema og den andre så igjennom og dobbeltsjekket. Vi hentet ut informasjon om metode, populasjon, tiltak, sammenligning, relevante rapporterte utfall, setting og tall (data) om effekt for relevante utfall. I tillegg hentet vi ut informasjon om brukermedvirkning, i forskningen og i selve tiltaket.

Vurdering av hver studies metodiske kvalitet

Vi vurderte hver enkelt studies metodiske kvalitet. Det betyr at vi har vurdert hvor stor risiko det er for systematiske skjevheter (på engelsk «risk of bias») i hver studie. Studier som er godt planlagt,

gjennomført og rapportert vurderes ofte til å ha høy kvalitet og dermed lav risiko for systematiske skjevheter.

To personer vurderte, uavhengig av hverandre, hver studies metodiske kvalitet ved hjelp av tilpassede eldre kriterier for vurdering av systematiske skjevheter (på engelsk «risk of bias») [11]:

- «**Random sequence generation (selection bias)**» - handler om hvordan fordelingen av deltakere har foregått.
- «**Allocation concealment (selection bias)**» - handler om hvorvidt deltakere og andre involverte i studien kan ha hatt kjennskap til hvem som ble fordelt i hvilken gruppe på et tidlig stadium.
- «**Blinding of participants and personnel (performance bias)**» - handler om hvorvidt deltakere og personer som gir tiltaket eller sammenligningen som testes vet om hvilken gruppe de tilhører.
- «**Blinding of outcome assessment (detection bias)**» - handler om hvorvidt de som skal tallfeste og kvalitetssikre resultatene vet om hvilken gruppe de deltakerne de rapporterer resultater på tilhører.
- «**Incomplete outcome data (attrition bias)**» - handler om hvorvidt det mangler målinger på ulike utfall, om det er mange frafall fra studien eller om dette ikke er beskrevet.
- «**Selective reporting (reporting bias)**» - handler om hvorvidt studien rapporterer på alt den har sagt og den bør rapportere på.
- «**Other bias**» - handler om hvorvidt det er andre forhold ved studien du har plukket opp som kan øke risikoen for systematiske skjevheter.

For mer detaljerte beskrivelser om risiko for systematiske skjevheter (på engelsk «risk of bias», se [vurdering av metodisk kvalitet i metod delen i vedlegget](#) (side 78).

Analysér og sammenstilling av resultatene

Én person hentet ut effektestimater for relevante utfall fra hver inkludert studie mens en annen person dobbeltsjekket arbeidet.

Sammenstilling av resultatene i metaanalyser

Programvaren RevMan [12] ble brukt for å slå sammen effektestimater der hvor det var mulig. Vi ekskluderte studier som ikke oppga nok informasjon eller presenterte tallene ufullstendig (for eksempel som viste en figur uten å oppgi tall). Årsaken var at ufullstendige tall ikke kunne brukes inn i programvaren (gjennomsnitt og standardavvik). Én person la relevante tall fra hver studie inn i programvaren, og en annen dobbeltsjekket.

Kontinuerlige tall (tall på skala)

Der hvor vi lagde metaanalyser av studier som rapporterte kontinuerlige tall, brukte vi i RevMan-programmet [12] med invers varians (på engelsk «inverse variance») som statistisk metode og tilfeldige effekter (på engelsk «random effects») som analysemodell [13]. Vi brukte standardisert gjennomsnittsforskjell (på engelsk «standardised mean differences», SMD) som effektmål. Grunnen til at vi valgte SMD som effektmål framfor gjennomsnittsforskjell (på engelsk «mean difference», MD) der vi kunne slå sammen studier, var at mange av de samme utfallene som var rapportert i studiene ble målt ved hjelp av ulike skalaer og instrumenter [14]. For utfall der bare én studie rapporterte effektestimater, ble derimot gjennomsnittsforskjell (på engelsk «mean differences», MD) brukt for å presentere effektestimater [14].

Så langt det lot seg gjøre, slo vi sammen resultater fra ulike skalaer som har målt det samme utfallsmålet i metaanalyser. Dette gjorde det mulig å foreta en slags generalisering av effekter for et bredt spekter av instrumenter og skalaer brukt på det samme utfallet. SMD på rundt 0,2 ble vurdert til å

gjenspeile en liten klinisk viktig forskjell, SMD rundt 0,5 til en moderat klinisk viktig forskjell og rundt 0,8 eller høyere en stor klinisk viktig forskjell [15].

Når en skala der lavere verdi betyr bedre status ble kombinert med en skala der høyere verdi betyr bedre status, multipliserte vi én av dem med -1 for å kunne gi effektestimatet samme retning [14].

Dikotome tall (hele tall som teller hendelser eller personer)

Det ble ikke laget metaanalyser av dikotome tall da ingen av utfallene var rapportert dikotomt, men dersom det hadde vært mulig å kombinere flere studier som ser på samme utfall til en metaanalyse, ville vi ha brukt Mantel-Haenszel som statistisk metode, tilfeldige effekter (på engelsk «random effects») som analysemodell og relativ risiko (på engelsk «risk ratio») (RR) som effektmål i RevMan-programmet [12].

Omregninger og justeringer

Da vi forventet en overvekt av relativt små studier for dette forskningsfeltet, mener vi det er viktig å gjøre analyser både på totalskår og endringsskår som kan verifisere retningen på resultatene. Vi presenterer kun effektestimater basert på totalskår i resultatdelen, men har i tillegg laget metaanalyser av effektestimater basert på endringsskår. Dette gjorde vi for utfall med minimum fem studier (med resultater presentert i vedlegget). Dette gjorde vi for å teste hvorvidt effektestimatene basert på totalskår reflekteres i effektestimatene basert på endringsskår. I arbeidet med å lage metaanalyser med endringsskår, rapporterte ikke alle studiene effektestimatene basert på endringsskår. Der dette manglet, regnet vi oss fram til gjennomsnittlig forskjell innad i hver gruppe og tilhørende standardavvik. Det gjorde vi ved å følge Cochrane Handbook (jf.kap. 6.5.2.8) [14] som i korte trekk anbefaler å bruke:

$$SD_{\text{change}} = \sqrt{SD_{\text{baseline}}^2 + SD_{\text{final}}^2 - (2 \times \text{coefficient } r \times SD_{\text{baseline}} \times SD_{\text{final}})}$$

Vi valgte at $r=0,8$ (anbefalt område er 0,6 til 0,8).

Tillit til det samlede resultatet (GRADE)

Vi har valgt å bruke GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) [16] til å vurdere tillit til resultatet. GRADE er et verktøy som er lett å ta i bruk, følger en internasjonal standard, er strukturert, transparent, omfattende samt har et etisk fokus.

Når vi oppsummerer studier og presenterer et resultat, er det viktig å si noe om hvor mye tillit vi kan ha til resultatet. Det handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten. GRADE er et system vi bruker for å kunne bedømme tilliten til resultatet [16]. I GRADE vurderer vi blant annet:

- om studiene er godt gjennomført (på engelsk «risk of bias»)
- om det er samsvar mellom studienes resultat (konsistens)
- om det er direkte sammenlignbart til det formålet og under de forhold svaret skal brukes i (overførbarhet eller direktehet)
- om resultatene er presise og om nok data ligger bak (presisjon)
- om resultatene er rapportert på en tilfredsstillende måte (rapporteringsskjevheter)

Se [GRADE-vurderinger i metodedelen i vedlegget](#) (side 79) for mer detaljert beskrivelse av disse GRADE-kriteriene.

GRADE-tabeller

Vi brukte programvaren GRADEpro [17] til å vurdere tillit til det samlede resultatet (effektestimatet) for sju forhåndsplukkede kategorier av utfallsmål:

1. Rollefunktering
2. Fysisk fungering
3. Fysiske symptomer
4. Følelsesmessig fungering
5. Vaner/atferd
6. Livskvalitet
7. Sosial fungering

Hvert utfall er kritisk vurdert med GRADE og framstilt i tabeller i resultatdelen, både i forenklede tabeller (kort oppsummert) og mer detaljerte tabeller (GRADE Summary of findings-tabeller). Disse tabellene presenterer både tallresultatet og hvor stor tillit vi har vurdert å kunne ha til resultatet. Med andre ord har vi vurdert hvor sikre vi kan være på at tallet vi får presentert gjenspeiler virkeligheten. Tilliten deles inn i fire kategorier:

- **Stor tillit** – betyr at resultatet (effektestimatet) anses som rimelig sikkert og at det ligger tett opp mot virkeligheten (den sanne effekt)
- **Moderat tillit** - betyr at resultatet (effektestimatet) anses som nokså sikkert og at det ligger nokså tett opp mot virkeligheten (den sanne effekt)
- **Liten tillit** - betyr at resultatet (effektestimatet) anses å være noe usikkert og at det er vanskelig å vite om det ligger tett opp mot virkeligheten (den sanne effekt)
- **Svært liten tillit** - betyr at resultatet (effektestimatet) anses som svært usikkert og at det er umulig å vite hvor tett denne effekten ligger opp mot virkeligheten (den sanne effekt)

Helseinformasjon til pasienter, brukere og pårørende

Vurdering av offentlig helseinformasjon

På [Helsenorge.no](https://helsenorge.no) skal du finne kvalitetssikret og oppdatert informasjon om helse, livsstil, sykdom, behandling og rettigheter [18]. Denne helseinformasjonen skal være levert og kvalitetssikret av offentlige helseaktører. Norsk helsenett er produkteier og har redaktøransvaret og Helsedirektoratet har utgiveransvaret for informasjonsinnholdet på Helsenorge [18].

Vi søkte etter informasjonen som ligger tilgjengelig på Helsenorge om kronisk nyresykdom ved å søke på «kronisk nyresykdom» i søkefeltet (31.11.2023). Deretter (29.01.2024) vurderte vi hvordan denne informasjonen hadde blitt utformet etter Helsenorages egne retningslinjer for kvalitet [19] basert på følgende fem hovedkriterier:

1. Innholdet er relevant og brukerorientert
2. Innholdet er tilgjengelig
3. Innholdet er kunnskapsbasert
4. Innholdet er etterprøvbart
5. Innholdet er oppdatert

I tillegg vurderte vi innholdet av helseinformasjonen etter egne forhåndsdefinerte kriterier (se [protokoll](#)) (19.01.2024):

1. Framgår det at det har vært brukermedvirkning i utforming av informasjonen?
2. Framgår alle aktuelle forebyggende-, behandlings-, og oppfølgingsalternativer?
3. Framgår det informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud?
4. Framgår det hvor mange som er rammet i Norge?
5. Framgår prognosen?
6. Framgår det hvilke plikter og ansvar pasienter og pårørende selv har?
7. Er aktuelle bruker- og pårørendeorganisasjoner listet opp?
8. Er aktuelle nasjonale faglige retningslinjer eller veiledere listet opp?
9. Finnes det samvalgsverkøy?

For å få et inntrykk av hvor tilgjengelig helseinformasjon på Helsenorge er for personer som søker etter informasjon på nettet på dette temaet, har vi gjort søk i Google (inkognito) (18.01.2024) med følgende termer: «kronisk nyresykdom», «kronisk nyresvikt», «nyresykdom», «nyresvikt», «nyreskade», «nyre», «dialyse» og «nyretransplantasjon». Vi listet opp Helsenorges plassering på de 10 første søketreffene, samt hvilken innholdsleverandør som var nummer én på listen for hvert søk.

Brukermedvirkning

En person med brukererfaring har beskrevet sine erfaringer og refleksjoner rundt det å ha kronisk nyresykdom. I arbeidet med den systematiske oversikten om effekt av mestringstiltak har brukerperspektivet i form av dialog og konstruktive innspill stått sentralt i å utforme protokollen, prioritere rekkefølgen av utfallsmålene, og konkretisere og reflektere rundt av hva funnene betyr. Offentlig helseinformasjon om kronisk nyresykdom for pasienter, brukere og pårørende ble også vurdert fra et brukerperspektiv.

Anbefalinger og føringer for praksis

Vi søkte etter kunnskapsbaserte nasjonale retningslinjer og veiledere utgitt av Helsedirektoratet for å kartlegge hva slags anbefalinger og føringer de som jobber i helse- og omsorgstjenestene for denne pasient- og pårørendegruppen skal kjenne til og praktisere etter. Kunnskapsbaserte retningslinjer og veiledere med helhetlig behandling og oppfølging var relevante å undersøke. For å få informasjon og beskrivelser om hva en nasjonal faglig retningslinje er, hva den skal inneholde og hvordan dette arbeidet skal utføres, hentet vi informasjon fra *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer* utgitt av Helsedirektoratet [20]. I veilederens kapittel 1.5 [20] står det beskrevet at:

«Kunnskapsbaserte faglige retningslinjer inneholder systematisk utarbeidede råd og anbefalinger knyttet til forebygging, diagnostikk, behandling og/eller oppfølging av pasient-, bruker- eller diagnosegrupper innenfor helse- og omsorgstjenestene. Rådene og anbefalingene som gis, skal bygge på kunnskapsbasert praksis. De skal være konkrete og hjelpe ledere, helsepersonell og pasienter til å ta gode beslutninger samt bidra til å redusere uønsket variasjon og fremme god kvalitet i helse- og omsorgstjenestene.»

For å operasjonalisere dette, har veilederen mange tydelige kriterier og krav, hvorav kritisk vurdering av forskningsbasert kunnskap (kvaliteten på dokumentasjonen) er ett av mange kriterier som skal oppfylles.

Vi hadde på forhånd definert at kunnskapsbaserte nasjonale retningslinjer og veiledere om behandling og oppfølging av personer med kronisk nyresykdom med kritisk vurdering av kunnskapsgrunnlaget med

GRADE (se kapittel 3 i [20]) ville bli vurdert. Videre ville den eventuelle bruken av GRADE bli vurdert i henhold til internasjonale minimumskriterier utviklet av GRADE Guidance Group [21].

I tillegg gjorde vi et søk i Google (inkognito) med søketermene «kidney disease» (18.01.2024) for å finne kunnskapsbaserte retningslinjer fra andre lands helseforvaltning, og da først og fremst land som kan være sammenlignbare med det norske helsesystemet. Dersom vi fant noen blant de 10 første søketreffene, skulle vi kun løfte fram de retningslinjene som har tydelige og tilgjengelige metodebeskrivelser, med medvirkning og involvering av brukere og tilbydere av helse- og omsorgstjenestene. Aktuelle retningslinjer måtte også være nylig oppdaterte (senest 2020).

Presentasjon og kommunikasjon av kunnskapsoppsummeringen

For å gjøre funnene fra denne systematiske kunnskapsoppsummeringen lett tilgjengelig og forståelig for et bredt publikum, har vi publisert en [kortversjon](#) og [en omtale i Sykepleien forskning](#) samtidig med at denne kunnskapsoppsummeringen i sin helhet ble publisert på www.mestring.no. Å kommunisere fag og forskning på en god og forståelig måte er en viktig samfunnsplikt. Arbeidet avsluttes dermed ikke etter å ha publisert en kunnskapsoppsummering alene. Vi vil også legge ut forenklet og forkortet informasjon på våre nettsider og i sosiale medier.

Det er flere måter å lage kortversjoner av lange kunnskapsoppsummeringer på. Vår systematiske kunnskapsoppsummering følger metoden til en systematisk oversikt og følger dermed prinsippene etablert av Cochrane [22]. [Cochrane Norway](#) har gjennom mange år utviklet en norsk mal, «Kort oppsummert» [23], for hvordan man kommuniserer kunnskapsoppsummeringer på en god måte og i tråd med overnevnte Cochrane-arbeid. Vi har brukt denne malen som utgangspunkt for en kortversjon og kommunikasjonsprodukt av denne systematiske kunnskapsoppsummeringen.

Målet er at funnene fra kunnskapsoppsummeringen skal kunne brukes som utgangspunkt til å fremme **kunnskapsbasert praksis** og å ta **trygge og velinformerte beslutninger** blant:

- personer og deres pårørende som er, eller kan bli, framtidige brukere av tiltakene
- personer som organiserer og tilbyr tiltakene
- personer som prioriterer i tjenestene
- personer som prioriterer på nasjonalt nivå

Oppdateringsplaner for kunnskapsoppsummeringen

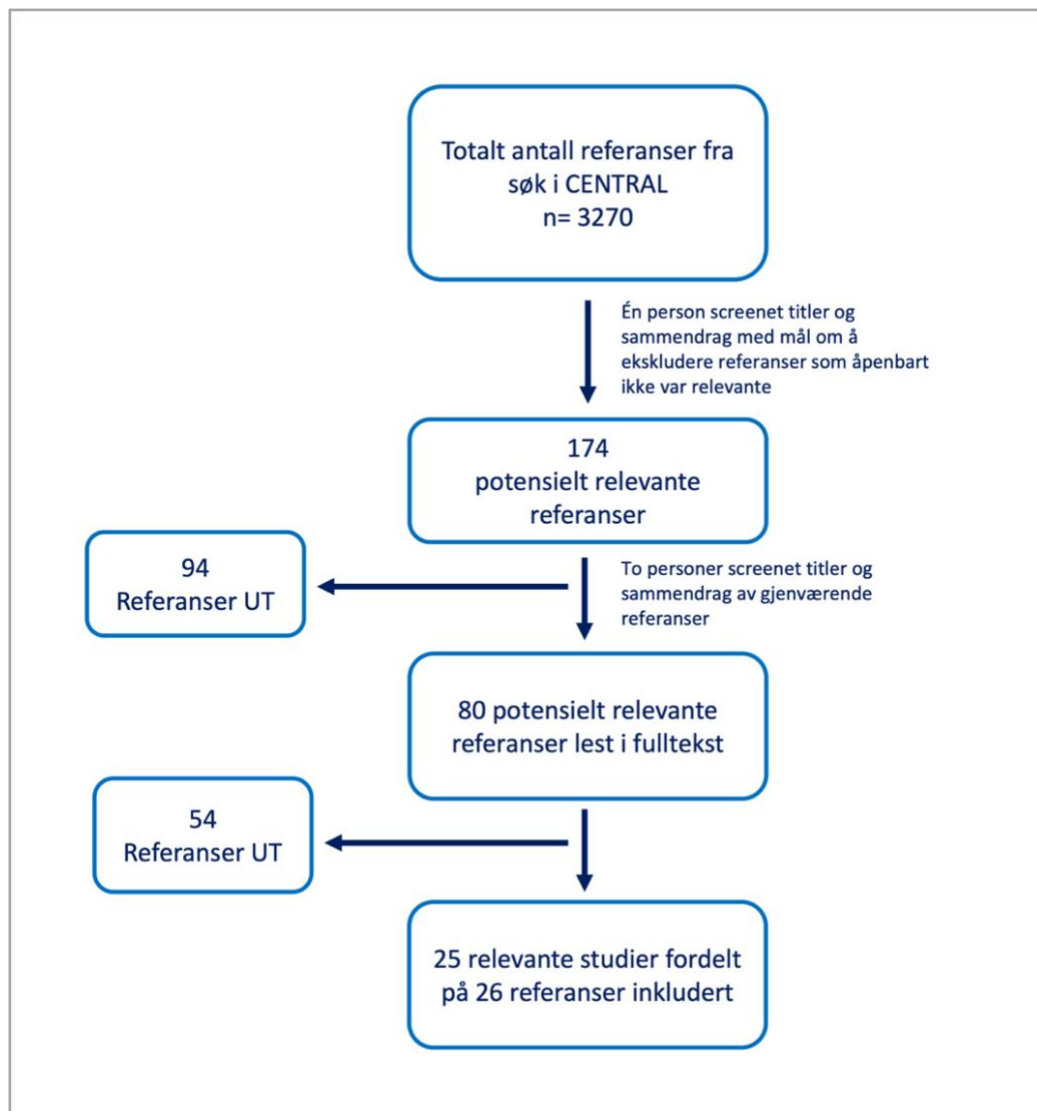
Systematiske kunnskapsoppsummeringer blir ofte utdaterte etter noen år dersom forskningsfeltet har mye aktivitet. Helsefremming, forebygging og oppfølging i form av mestringstiltak er et forskningsfelt i vekst. Vi forventer at det i de neste årene vil komme flere relevante studier som kan bidra til å styrke den kunnskapsbaserte forskningen. Vi ser det derfor som hensiktsmessig å gjøre oppdateringssøk hvert femte år for å se om eventuell ny forskning ser ut til å kunne endre konklusjonene.

Vurdering av effekt av mestringstiltak

Resultat fra søk etter studier

Litteratursøket ga til sammen 3270 treff (se figur 2) etter dublettkontroll. Etter første runde med screening, ble 174 referanser dobbeltsjekket for relevans. Av disse 174 referansene ble 80 innhentet i fulltekst for ytterligere avklaring om inklusjon. Av disse 80 referansene ble 25 studier fordelt på 26 publikasjoner [24-49], inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen. Resterende 54 referanser ble ekskludert. Se liste over [ekskluderte studier i resultatdelen i vedlegget](#) (side 80) med eksklusjonsårsak og egen referanseliste.

Figur 2. Flytskjema



Karakteristika ved studiene

Studienes metoder

Vi inkluderte 25 randomiserte kontrollerte studier (RCT) fordelt på 26 publiserte artikler [24-49] (se tabell 1). Én studie er publisert som to artikler [27, 28] og er med i denne kunnskapsoppsummeringen da de to artiklene rapporterer på ulike, men relevante utfall fra én og samme studie.

Tabell 1. Studiekarakteristika

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall ¹	Land
Amirkhani 2019 [24]	Personer med kronisk nyresvikt i endestadiet	Resilienstrening	Vanlig oppfølging	Føl-fung (4), L-kval (1)	Iran
Bahraseman 2021 [25]	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Stressmestring	Vanlig oppfølging	Føl-fung (2)	Iran
Chen 2021 [26]	Personer med kronisk nyresykdom	Likepersonstøtte	Vanlig oppfølging	Fys-fung (1), Sos-fung (1)	Kina
Eardley 2014/2018 [27, 28]	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Problemløsning	Vanlig oppfølging	Føl-fung (1), L-kval (2)	USA
Espahbodi 2015 [29]	Personer med nyresvikt	Psykoedukasjon	Ingen tiltak	Føl-fung (3)	Iran
Hsiao 2016 [30]	Personer med transplantert nyre	Mestringstiltak	Vanlig oppfølging	Fys-fung (1), Føl-fung (1)	Taiwan
Irajpour 2018 [31]	Personer med nyresvikt	Likepersonstøtte	Vanlig oppfølging	Føl-fung (3)	Iran
Jenkins 2021 [32]	Personer med kronisk nyresvikt i stadium 4-5	Psykososialt tiltak	Vanlig oppfølging	Føl-fung (3), Sos-fung (1), L-kval (1)	Australia
Lerma 2017 [33]	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Kognitivt atferdstiltak	Vanlig oppfølging	Føl-fung (2), L-kval (3), Sos-fung (1)	Mexico
Liao 2020 [34]	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Pasientopplæring	Vanlig oppfølging	Føl-fung (2), L-kval (2)	Kina
Lii 2007 [35]	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Psykososialt tiltak	Vanlig oppfølging	Føl-fung (2), L-kval (2)	Taiwan
Lin 2021 [36]	Personer med kronisk nyresykdom i stadium 1-3a	Helseveiledning	Vanlig oppfølging	Fys-fung (1), Føl-fung (2), L-kval (1)	Taiwan
Moattari 2012 [37]	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Mestringstiltak	Vanlig oppfølging	Føl-fung (2), L-kval (3), Sos-fung (1)	Iran
Nikoogoftar & Shahini 2021 [38]	Personer med transplantert nyre	Resilienstrening	Vanlig oppfølging	Føl-fung (2), Sos-fung (1)	Iran
Poorgholami 2015 [39]	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Stressmestring	Vanlig oppfølging	Føl-fung (1)	Iran
Poorgholami 2016 [40]	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Pasientopplæring	Vanlig oppfølging	L-kval (3), Sos-fung (1)	Iran
Rodrigue 2011 [41]	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Livskvalitetstiltak	Vanlig oppfølging	Føl-fung (3), L-kval (3), Sos-fung (1)	USA
Shahnavazi 2018 [42]	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Pasientopplæring	Vanlig oppfølging	Fys-fung (1), Rol-fung (3), Sos-fung (1), L-kval (1), Fys-sym (3)	Iran
Shirazian 2023 [43]	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Kognitivt atferdstiltak	Vanlig oppfølging	Føl-fung (1), L-kval (1)	USA
Soltannezhad 2013 [44]	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Mestringstiltak	Vanlig oppfølging	Føl-fung (2)	Iran
Tsay & Hung 2004 [45]	Personer med nyresvikt i sluttstadiet	Mestringstiltak	Vanlig oppfølging	Føl-fung (3)	Taiwan
Tsay 2005 [46]	Personer med nyresykdom i endestadiet	Mestringstiltak	Vanlig oppfølging	Føl-fung (2), L-kval (1)	Taiwan
Vicdan & Karabacak 2016 [47]	Personer med nyresvikt	Pasientopplæring	Ingen tiltak	Fys-fung (1), Føl-fung (2), Sos-fung (1)	Tyrkia
Wu 2018 [48]	Personer med kronisk nyresykdom i stadium 3b-5	Mestringstiltak	Vanlig oppfølging	Fys-fung (1), Føl-fung (3)	Taiwan
Zhianfar 2020 [49]	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Pasientopplæring	Vanlig oppfølging	Føl-fung (1), Sos-fung (1), L-kval (1)	Iran

Fys-fung: fysisk fungering, **Føl-fung:** følelsesmessig fungering, **Fys-sym:** fysiske symptomer, **Sos-fung:** sosial fungering, **Rol-fung:** rollefungering, **L-kval:** livskvalitet. ¹Antall utfall i hver utfallskategori er oppgitt i parentes.

I alle studiene ble randomiseringen utført på individnivå og sju av 25 studier var å anse som kvasirandomiserte studier (qRCT) [25, 31, 38-40, 42, 49]. Ti av 25 studier oppgir å ha publisert en protokoll for studien [24, 25, 30, 32, 37, 39, 42-44, 49] og fem av 25 studier oppgir å ha en protokoll uten å ha rapportert referanse med tilgang til den [31, 33, 35, 45, 46] og 10 av 25 studier oppgir ingen informasjon om dette [26-29, 34, 36, 38, 40, 41, 47, 48].

De fleste studiene var relativt små hvorav 21 av 25 studier hadde færre enn 100 personer med i studien [24-29, 31-33, 35, 37-47, 49] og fire av 25 studier hadde mellom 100 og 200 personer med i studien [30, 34, 36, 48]. I 23 av 25 studier [24, 25, 27-40, 42-49] ble to grupper (armer) sammenlignet og i to av 25 studier [26, 41] ble tre grupper (armer) sammenlignet. I studiene hvor tre grupper ble sammenlignet, inkluderte vi den armen som representerte mestringstiltak best. Tre av 25 studier [36, 41, 43] oppgir å ha brukt «i den hensikt å behandle» (engelsk «intention-to-treat» (ITT)) analysemodell.

Populasjonene

Deltakerne i studiene var personer med kronisk nyresykdom eller nyresvikt. I 16 av 25 studier [24, 25, 27, 28, 33-35, 37, 39-46, 49] er det oppgitt at deltakerne var personer som hadde kronisk nyresykdom i endestadiet (stadium 5), i én av 25 studier i stadium 1-3a [36], i én av 25 studier stadium 3b-5 [48] og én av 25 studier stadium 4-5 [32]. I fire av 25 studier ble ikke stadium eller alvorlighetsgrad av kronisk nyresykdom oppgitt [26, 29, 31, 47], men alle personene i disse studiene fikk dialysebehandling. De fleste studiene (19 av 25 studier) omhandler personer som fikk dialysebehandling [24-29, 31-35, 37, 39, 40, 42, 43, 45-47, 49] (se tabell 2).

Tabell 2. Populasjonene – kronisk nyresykdomsstadium

Studie	Stadium 1	Stadium 2	Stadium 3	Stadium 4	Stadium 5/ endestadiet	Transplantert ¹
Amirkhani 2019 [24]						
Bahrasevan 2021 [25]						
Chen 2021 [26]						
Eardley 2014/2018 [27, 28]						
Espahbodi 2015 [29]						
Hsiao 2016 [30]						
Irajpour 2018 [31]						
Jenkins 2021 [32]						
Lerma 2017 [33]						
Liao 2020 [34]						
Lii 2007 [35]						
Lin 2021 [36]						
Moattari 2012 [37]						
Nikoogoftar & Shahini 2021 [38]						
Poorgholami 2015 [39]						
Poorgholami 2016 [40]						
Rodrigue 2011 [41]						
Shahnavazi 2018 [42]						
Shirazian 2023 [43]						
Soltannezhad 2013 [44]						
Tsay & Hung 2004 [45]						
Tsay 2005 [46]						
Vicdan & Karabacak 2016 [47]						
Wu 2018 [48]						
Zhianfar 2020 [49]						

¹Venter på, eller har gjennomgått, nyretransplantasjon

I studiene som omhandlet personer som fikk dialysebehandling var type dialyse hemodialyse i 16 av 19 studier [24, 25, 27-29, 31, 33, 35, 37, 39, 40, 42, 43, 45-47, 49], posedialyse (peritonealdialyse) i to av 19 studier [26, 34] og én av 19 studier både om ingen dialyse, posedialyse og hemodialyse [32].

Ingen av studiene oppgir å ha inkludert barn eller ungdommer. Alder på personene som deltok i studiene var i gjennomsnitt fra 35-49 år i 10 av 25 studier [25, 30, 33, 37-42, 44], 50-65 år i 11 av 25 studier [24, 26, 29, 32, 34, 36, 43, 45-47, 49] og over 65 år i to av 25 studier [27, 28, 48]. Alder til deltakerne er ikke oppgitt i to av 25 studier [31, 35]. Kjønnfordelingen var noenlunde likt fordelt, men med en ørliten overvekt av menn i rundt halvparten av studiene [24, 26-28, 30, 32, 34, 36, 37, 41, 42, 47, 48]. Se [dataauthenticingsskjemaene i resultatdelen i vedlegget](#) (side 85) for hver studies populasjon (deltakere) presentert i mer detalj.

Tiltakene og sammenligningene

Tiltakene

Mestringstiltakene er omtalt med ulike termer (se tabell 3). Vi har gjort en grovinndeling etter termene som er brukt for tiltakene i studiene. Seks av 25 studier undersøkte **mestringstiltak** [30, 37, 44-46, 48], fem av 25 studier **pasientopplæring** [34, 40, 42, 47, 49], to av 25 studier **stressmestring** [25, 39], to av 25 studier **resilienstrening** [24, 38], to av 25 studier **psykososialt tiltak** [32, 35], to av 25 studier **kognitivt atferdstiltak** [33, 43], to av 25 studier **likepersonstøtte** [26, 31], én av 25 studier **problemløsning** [27, 28], én av 25 studier **livskvalitetstiltak** [41], én av 25 studier **helseveiledning** [36] og én av 25 studier **psykoedukasjon** [29].

Tabell 3. Tiltakene – praktisk informasjon om tiltakene

Studie	Tiltak	Antall	Hyppighet	Varighet	Gruppe	Individ
Amirkhani 2019 [24]	Resilienstrening	12 á 90 min	?	< 12 uker	Ja	Nei
Bahraseman 2021 [25]	Stressmestring	8 á 90 min	2 per uke	4 uker	Ja	Nei
Chen 2021 [26]	Likepersonstøtte	12 á 180 min	Annenhver uke	24 uker	Ja	Nei
Eardley 2014/2018 [27, 28]	Problemløsning	6 á 60 min	Ukentlig	6 uker	Nei	Ja
Espahbodi 2015 [29]	Psykoedukasjon	3 á 60 min	Annenhver dag	6 uker	?	?
Hsiao 2016 [30]	Mestringstiltak	6 á 120 min	Annenhver uke	12 uker	Ja	Nei
Irajpour 2018 [31]	Likepersonstøtte	16 á 120 min	2 per uke	8 uker	Ja	Nei
Jenkins 2021 [32]	Psykososialt	9 á 60 min + 1	Ukentlig	2/5 mnd.	Nei	Ja
Lerma 2017 [33]	Kognitivt atferdstiltak	5 á 180 min	Ukentlig	5 uker	Ja	Nei
Liao 2020 [34]	Pasientopplæring	?	?	>3 mnd.	?	?
Lii 2007 [35]	Psykososialt	8 á 120 min	Ukentlig	8 uker	Ja	Nei
Lin 2021 [36]	Helseveiledning	4 á 60 min. + 2	Ukentlig	6 uker	Nei	Ja
Moattari 2012 [37]	Mestringstiltak	6 á 120 min	Ukentlig	6 uker	Ja	Ja
Nikoogoftar & Shahini 2021 [38]	Resilienstrening	12 á 45 min	?	?	Ja	Nei
Poorgholami 2015 [39]	Stressmestring	5 á 60 min	?	8 uker	Ja	Nei
Poorgholami 2016 [40]	Pasientopplæring	7 á 60 min	Annenhver uke	3 mnd.	Ja	Ja
Rodrigue 2011 [41]	Livskvalitetsterapi	8 á 50 min	Ukentlig	2 mnd.	Nei	Ja
Shahnavazi 2018 [42]	Pasientopplæring	12 á 30 min	2 per uke	6 uker	Ja	Nei
Shirazian 2023 [43]	Kognitivt atferdstiltak	8 á 30 min	?	12 uker	Nei	Ja
Soltannezhad 2013 [44]	Mestringstiltak	4 á 30 min	?	?	Ja	Ja
Tsay & Hung 2004 [45]	Mestringstiltak	12 á ? min	3 per uke	4 uker	Nei	Ja
Tsay 2005 [46]	Mestringstiltak	8 á 120 min	Ukentlig	8 uker	Ja	Nei
Vicdan & Karabacak 2016 [47]	Pasientopplæring	5 á ?	Ukentlig	6 uker	Nei	Ja
Wu 2018 [48]	Mestringstiltak	4 á 100 min	Ukentlig	1 mnd.	Ja	Nei
Zhianfar 2020 [49]	Resilienstrening	8 á 90 min	?	8 uker	Ja	Nei
? = ikke oppgitt						

Tiltakene ble gitt i gruppe i 15 av 25 studier [24-26, 30, 31, 33, 35, 37-40, 42, 46, 48, 49], individuelt i sju av 25 studier [27, 28, 32, 36, 41, 43, 45, 47] og en kombinasjon av gruppe og individuelt i tre av 25

studier [37, 40, 44]. Formatet er ikke oppgitt i to av 25 studier [29, 34], men antakeligvis var formatet i disse to studiene både gruppe og individuelt.

Hyppigheten av mestringstiltakene var én gang i uka i 10 av 25 studier [27, 28, 32, 33, 35-37, 41, 46-48], to til tre ganger i uka i fem av 25 studier [25, 29, 42, 45] og annenhver uke i tre av 25 studier [26, 30, 40]. Sju av 25 studier oppgir ikke hvor ofte tiltaket ble gitt i løpet av studieperioden [24, 34, 38, 39, 43, 44, 49]. Varigheten på mestringstiltakene var fire til seks uker i 10 av 25 studier [25, 27-29, 33, 36, 37, 42, 45, 47, 48], åtte uker i seks av 25 studier [31, 35, 39, 41, 46, 49], cirka 12 uker i fire av 25 studier [24, 30, 40, 43], tre til seks måneder i tre av 25 studier [26, 32, 34] og ikke oppgitt i to av 25 studier [38, 44] (se tabell 3).

Hvem som tilbød eller organiserte mestringstiltakene varierte (se tabell 4). Tiltakene ble levert og/eller organisert av sykepleier i sju av 25 studier [25, 34-37, 42, 45], av forsker i seks av 25 studier [30, 39, 40, 44, 47, 48], av sosialarbeider i to av 25 studier [27, 28, 44], av likeperson i én av 25 studier [31], av psykolog i én av 25 studier [24], av psykiater i én av 25 studier [49], av en person med «klinisk master» i én av 25 studier [38], av terapeut i én av 25 studier [33], av likeperson og forsker i én av 25 studier [26], psykolog og sosialarbeider i én av 25 studier [41], av sykepleier og psykolog i én av 25 studier [32], av sykepleier og psykoterapeut i én av 25 studier [46] og er ikke oppgitt i én av 25 studier [29]. Tolv av 25 studier oppgir at tilbyder av tiltaket har fått en form for opplæring i forkant av tiltaket [26-29, 31-34, 36, 42, 43, 47, 49].

Tabell 4. Tiltakene – hvem som tilbyr eller organiserer tiltakene

Studie	Tiltak	Tilbyder	Opplæring av tilbyder	Medvirkere ¹
Amirkhani 2019 [24]	Resilienstrening	Psykolog	?	Ja
Bahraseman 2021 [25]	Stressmestring	Sykepleier	?	?
Chen 2021 [26]	Likepersonstøtte	Likeperson + forsker	Ja	Ja
Eardley 2014/2018 [27, 28]	Problemløsning	Sosialarbeider	Ja	?
Espahbodi 2015 [29]	Psykoedukasjon	?	Ja	?
Hsiao 2016 [30]	Mestringstiltak	Forsker	?	Ja
Irajpour 2018 [31]	Likepersonstøtte	Likeperson	Ja	Ja
Jenkins 2021 [32]	Psykososialt	Sykepleier / psykolog	Ja	?
Lerma 2017 [33]	Kognitivt atferdstiltak	Terapeut	Ja	?
Liao 2020 [34]	Pasientopplæring	Sykepleier	Ja	?
Lii 2007 [35]	Psykososialt	Sykepleier	?	?
Lin 2021 [36]	Helseveiledning	Sykepleier	Ja	?
Moattari 2012 [37]	Mestringstiltak	Sykepleier	?	
Nikoogoftar & Shahini 2021 [38]	Resilienstrening	«Klinisk master»	?	?
Poorgholami 2015 [39]	Stressmestring	Forsker	?	?
Poorgholami 2016 [40]	Pasientopplæring	Forsker	?	?
Rodrigue 2011 [41]	Livskvalitetsterapi	Psykolog + sosialarbeider	?	?
Shahnavazi 2018 [42]	Pasientopplæring	Sykepleier	Ja	?
Shirazian 2023 [43]	Kognitivt atferdstiltak	Sosialarbeider	Ja	?
Soltannezhad 2013 [44]	Mestringstiltak	Forsker	?	?
Tsay & Hung 2004 [45]	Mestringstiltak	Sykepleier	?	?
Tsay 2005 [46]	Mestringstiltak	Sykepleier + psykoterapeut	?	?
Vicdan & Karabacak 2016 [47]	Pasientopplæring	Forsker	Ja	?
Wu 2018 [48]	Mestringstiltak	Forskere	?	?
Zhianfar 2020 [49]	Resilienstrening	Psykiater	Ja	Ja

¹ Brukermedvirkning i levering eller gjennomføring av tiltaket
 ? = Ikke oppgitt

Kun fem av 25 studier oppgir å ha brukermedvirkning i utførelse av tiltaket [24, 26, 30, 31, 49] (se tabell 4). Brukermedvirkning, bortsett fra i utførelsen av selve tiltaket, var ikke oppgitt å ha vært en del av

utvikling, planlegging eller evaluering av tiltaket. Planlegging og utførelse av forskningsstudiene var heller ikke oppgitt å ha foregått med, eller i samarbeid med, personer med brukererfaring.

Innholdet i mestringstiltakene ble grovinn delt (se tabell 5). I 10 av 25 studier var tiltaket oppgitt å være teoribasert [25-28, 33, 35, 36, 44-47]. Det ble gitt generell informasjon om, gitt introduksjon til eller arrangert forberedelser til deltakerne som skulle delta i mestringstiltaket i åtte av 25 studier [24-29, 35, 38, 40]. Arbeidsstrategier eller verktøy som at deltakerne satte seg mål ble i 13 av 25 studier rapportert å være en del av mestringstiltaket [24, 27, 28, 30, 35-38, 41-43, 45, 47, 48]. Konkrete verktøy som å lage handlingsplaner, var oppgitt å være en del av mestringstiltaket i 11 av 25 studier [25-28, 33, 35, 36, 44, 45] (se tabell 5). Alle studiene benyttet én eller flere mestringsstrategier. Hver studies mestringsstrategier er nøyere beskrevet i [dataauthenticingsskjemaene i resultatdelen i vedlegget](#) (fra side 85).

Tabell 5. Tiltakene – innholdet (teori, komponenter, elementer eller strategier)

Studie	Tiltak	Teoribasert	Informasjon/ forberedelse	Målsetting	Handlings- planer	Mestrings- strategier
Amirkhani 2019 [24]	Resilienstrening					
Bahraseman 2021 [25]	Stressmestring					
Chen 2021 [26]	Likepersonstøtte					
Eardley 2014/2018 [27, 28]	Problemløsning					
Espahbodi 2015 [29]	Psykoedukasjon					
Hsiao 2016 [30]	Mestringstiltak					
Irajpour 2018 [31]	Likepersonstøtte					
Jenkins 2021 [32]	Psykososialt					
Lerma 2017 [33]	Kognitivt atferdstiltak					
Liao 2020 [34]	Pasientopplæring					
Lii 2007 [35]	Psykososialt					
Lin 2021 [36]	Helseveiledning					
Moattari 2012 [37]	Mestringstiltak					
Nikoogofar & Shahini 2021 [38]	Resilienstrening					
Poorgholami 2015 [39]	Stressmestring					
Poorgholami 2016 [40]	Pasientopplæring					
Rodrigue 2011 [41]	Livskvalitetsterapi					
Shahnavazi 2018 [42]	Pasientopplæring					
Shirazian 2023 [43]	Kognitivt atferdstiltak					
Soltannezhad 2013 [44]	Mestringstiltak					
Tsay & Hung 2004 [45]	Mestringstiltak					
Tsay 2005 [46]	Mestringstiltak					
Vicdan & Karabacak 2016 [47]	Pasientopplæring					
Wu 2018 [48]	Mestringstiltak					
Zhianfar 2020 [49]	Pasientopplæring					

Vi grovinn delte mestringstiltakene etter hvordan de ble tilpasset og praktisk gjennomført (se tabell 6). Alle studiene hadde en eller annen form for undervisning, veiledning eller rådgivning som trolig var enveisrettet (fra tiltaksyter til tiltaksmottaker) og brukte en kombinasjon av ulike metoder og tilnærminger i den praktiske gjennomføringen av tiltakene.

I 19 av 25 studier var mestringstiltaket i større eller mindre grad individtilpasset [24, 27, 28, 30-34, 36, 37, 39-48]. I 18 av 25 studier var sosial støtte mer eller mindre integrert i mestringstiltaket [24-26, 30, 31, 33, 35, 37-42, 44-46, 48, 49]. I de resterende sju av 25 studiene [27-29, 32, 34, 36, 43, 47] er det ikke mulig å vurdere om sosial støtte inngikk som en del av mestringstiltaket da tiltakene var individbaserte og denne informasjonen ikke var oppgitt.

I 11 av 25 studier var mestringstiltaket gjennomført med ulik mengde aktiviteter eller øvelser for de som deltok [24, 25, 27, 28, 30, 33, 35-37, 42, 43, 46]. I 14 av 25 studier er erfaringsutveksling en større eller mindre del av den praktiske gjennomføringen [24-26, 30, 31, 33, 35, 37, 38, 40, 42, 46, 48, 49]. I 10 av 25 studier fikk deltakerne også informasjonsmateriell [33, 37, 39, 43-49].

I [dataauthentingsskemaene i resultatdelen i vedlegget](#) (fra side 85) er hver studies mestringstiltak presentert mer detaljert.

Tabell 6. Tiltakene – gjennomføringen (aktiviteter, metode eller praksis)

Studie	Tiltak	Individ-tilpasset	Sosial støtte	Aktiviteter/øvelser	Under-Visning ¹	Erfarings-utveksling	Info-materiell
Amirkhani 2019 [24]	Resilienstrening						
Bahraseman 2021 [25]	Stressmestring						
Chen 2021 [26]	Likepersonstøtte						
Eardley 2014/2018 [27, 28]	Problemløsning						
Espahbodi 2015 [29]	Psykoedukasjon						
Hsiao 2016 [30]	Mestringstiltak						
Irajpour 2018 [31]	Likepersonstøtte						
Jenkins 2021 [32]	Psykososialt						
Lerma 2017 [33]	Kognitivt atferdstiltak						
Liao 2020 [34]	Pasientopplæring						
Lii 2007 [35]	Psykososialt						
Lin 2021 [36]	Helseveiledning						
Moattari 2012 [37]	Mestringstiltak						
Nikoogofar & Shahini 2021 [38]	Resilienstrening						
Poorgholami 2015 [39]	Stressmestring						
Poorgholami 2016 [40]	Pasientopplæring						
Rodrigue 2011 [41]	Livskvalitetsterapi						
Shahnavazi 2018 [42]	Pasientopplæring						
Shirazian 2023 [43]	Kognitivt atferdstiltak						
Soltannezhad 2013 [44]	Mestringstiltak						
Tsay & Hung 2004 [45]	Mestringstiltak						
Tsay 2005 [46]	Mestringstiltak						
Vicdan & Karabacak 2016 [47]	Pasientopplæring						
Wu 2018 [48]	Mestringstiltak						
Zhianfar 2020 [49]	Pasientopplæring						
¹ Undervisning inkluderer her også veiledning eller rådgivning							

Sammenligningene

Personene som var i sammenligningsgruppene fikk vanlig oppfølging i 17 av 25 studier [25-28, 31, 32, 34-37, 39-42, 44-46, 48], ingen tiltak i fire av 25 studier [24, 29, 33, 47] og placebo i én av 25 studier [43]. I tre av 25 studier er sammenligningen kun oppgitt som kontrollgruppe eller sammenligningsgruppe uten videre beskrivelse [30, 38, 49]. I to av 25 studier fikk deltakerne i sammenligningsgruppen tiltaket etter at studieperioden var avsluttet, såkalt venteliste [24, 33]. Se [dataauthentingsskemaene i resultatdelen i vedlegget](#) (fra side 85) for mer detaljer.

Utfallene

Rollefungering

Én av 25 studier rapporterer effekt i kategorien rollefungering [42] hvorav følelsesmessig rollefungering, fysisk rollefungering og arbeidsstatus ble rapportert. Rollefungering ble målt ved bruk av ulike spørreskjemaer, se [dataauthentingsskemaene i resultatdelen i vedlegget](#) (fra side 85) for mer detaljer.

Fysisk fungering

Seks av 25 studier rapporterer effekt i kategorien fysisk fungering [26, 30, 36, 42, 47, 48] hvorav én studie rapporterer ren fysisk fungering [42] og fem på egenmestring («self-management») [26, 30, 36, 47, 48]. Fysisk fungering ble målt ved bruk av ulike spørreskjemaer, se [dataauthentingsskjemaene i resultatdelen i vedlegget](#) (fra side 85) for mer detaljer.

Fysiske symptomer

Én av 25 studier rapporterer effekt i kategorien fysiske symptomer [42] hvorav smerter og utmattelse var utfallsmålene for denne kategorien. Fysiske symptomer ble målt ved bruk av ulike spørreskjemaer, se [dataauthentingsskjemaene i resultatdelen i vedlegget](#) (fra side 85) for mer detaljer.

Følelsesmessig fungering

Tjuetre av 25 studier rapporterer effekt i kategorien følelsesmessig fungering [24, 25, 27-38, 40-49] hvorav følgende fordeling på spesifikke utfallsmål:

- Mestringstro («self-efficacy») i 10 av 23 studier [25, 32, 35-38, 44, 45, 47, 48]
- Empowerment i tre av 23 studier [30, 38, 45]
- Patient activation i én av 23 studier [36]
- Depresjonssymptomer i 13 av 23 studier [24, 27-29, 31-35, 43, 45, 46, 48, 49]
- Angstsymptomer i sju av 23 studier [24, 29, 31-34, 48]
- Stress i seks av 25 studier [24, 25, 31, 37, 44, 46]
- Håp i én av 23 studier [40]
- Psykisk belastning (generell) i fire av 23 studier [24, 29, 41, 47]

Følelsesmessig fungering ble målt ved bruk av ulike spørreskjemaer, se [dataauthentingsskjemaene i resultatdelen i vedlegget](#) (fra side 85) for mer detaljer.

Vaner/atferd

Én av 25 studier rapporterer effekt i kategorien vaner/atferd [42] hvorav søvn var det eneste utfallsmålet for denne kategorien. Se [dataauthentingsskjemaene i resultatdelen i vedlegget](#) (fra side 85) for mer detaljer om måleinstrumenter for dette utfallet.

Livskvalitet

Fjorten av 25 studier rapporterer effekt i kategorien livskvalitet [24, 27, 28, 32-37, 39, 41-43, 46, 49] hvorav følgende fordeling på spesifikke utfallsmål:

- Generell livskvalitet i 9 av 14 studier [24, 32, 33, 36, 37, 39, 41, 42, 49]
- Psykisk livskvalitet i 9 av 14 studier [27, 28, 33-35, 37, 39, 41, 43, 46]
- Fysisk livskvalitet i 9 av 14 studier [27, 28, 33-35, 37, 39, 41, 43, 46]

Livskvalitet ble målt ved bruk av ulike spørreskjemaer, se [dataauthentingsskjemaene i resultatdelen i vedlegget](#) (fra side 85) for mer detaljer.

Sosial fungering

Ni av 25 studier rapporterer effekt i kategorien sosial fungering [26, 32, 33, 37-39, 42, 47, 49]. Sosial fungering ble målt ved bruk av ulike spørreskjemaer, se [dataauthentingsskjemaene i resultatdelen i vedlegget](#) (fra side 85) for mer detaljer.

Settingene og land

Settingen studiene ble utført i tilsvarte spesialisthelsetjenesten i 24 av 25 studier [24-29, 31-49]. Én av 25 studier oppgir å ha rekruttert personer fra «klinikker» [30]. Det er dermed noe usikkert om sistnevnte tilsvarende spesialist- eller kommunehelsetjenesten. Settingen i spesialisthelsetjenesten ble videre omtalt som nyreavdelinger på sykehus, nyre- eller dialyseklinikker eller nyre- eller dialysesentre.

Studiene var utført i Australia i én av 25 studier [32], Iran i 11 av 25 studier [24, 25, 29, 31, 37-40, 42, 44, 49], Kina i to av 25 studier [26, 34], Mexico i én av 25 studier [33], Taiwan seks av 25 studier [30, 35, 36, 45, 46, 48], Tyrkia én av 25 studier [47] og USA tre av 25 studier [27, 28, 41, 43] (se tabell 1).

Alle karakteristika er kort oppsummert og presentert i en [PICOS-tabell i resultatdelen i vedlegget](#) (side 167)

Publikasjonene

Studiene er publisert mellom år 2004 og 2023 hvorav ni av 25 studier [24-26, 32, 34, 36, 38, 43, 49] er publisert de siste fem årene (2019-2023). Seksten av 25 studier [24-26, 29-31, 34, 36-41, 43, 44, 49] er publisert i tidsskrift som er fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser enten gjennom [Helsebiblioteket](#) eller gjennom tidsskrifter med åpen tilgang (på engelsk «open access»).

Risiko for systematiske skjevheter

Hver studies risiko for systematiske skjevheter (på engelsk «risk of bias») ble vurdert. Kvaliteten på studiene varierte en del og er oppsummert i figur 3. Vurderingene er grundigere beskrevet i [dataauthentingsskjemaene i resultatdelen i vedlegget](#) (fra side 85) for mer detaljer.

Figur 3. Risiko for systematiske skjevheter (studienes kvalitet)

	A	B	C	D	E	F	G
Amirkhani 2021 [24]	●	●	●	●	●	●	●
Bahraseman 2021 [25]	●	●	●	●	●	●	●
Chen 2021 [26]	●	●	●	●	●	●	●
Erdley 2014/2018 [27, 28]	●	●	●	●	●	●	●
Espahbodi 2015 [29]	●	●	●	●	●	●	●
Hsiao 2016 [30]	●	●	●	●	●	●	●
Irjapour 2018 [31]	●	●	●	●	●	●	●
Jenkins 2021 [32]	●	●	●	●	●	●	●
Lerma 2017 [33]	●	●	●	●	●	●	●
Liao 2020 [34]	●	●	●	●	●	●	●
Lii 2007 [35]	●	●	●	●	●	●	●
Lin 2021 [36]	●	●	●	●	●	●	●
Moattari 2012 [37]	●	●	●	●	●	●	●
Nikoogoftar & Shahini 2021 [38]	●	●	●	●	●	●	●
Poorgholami 2015 [39]	●	●	●	●	●	●	●
Poorgholami 2016 [40]	●	●	●	●	●	●	●
Rodrigue 2011 [41]	●	●	●	●	●	●	●
Shahnavazi 2018 [42]	●	●	●	●	●	●	●
Shirazian 2023 [43]	●	●	●	●	●	●	●
Soltannezhad 2013 [44]	●	●	●	●	●	●	●
Tsay & Hung 2004 [45]	●	●	●	●	●	●	●
Tsay 2005 [46]	●	●	●	●	●	●	●
Vicdan & Karabacak 2016 [47]	●	●	●	●	●	●	●
Wu 2018 [48]	●	●	●	●	●	●	●
Zhianfar 2020 [49]	●	●	●	●	●	●	●

Rød= høy risiko, gul= uklar risiko, grønn= lav risiko

A: Selection bias (randomisation), B: Selection bias (allocation), C: performance bias (blinding), D: Detection bias (blinding), E: Attrition bias (incomplete data), F: Reporting bias (selective reporting), G: Other biases

Tillit til det samlede resultatet

Vi har vurdert hvor stor tillit vi kan ha til hvert utfall. Denne vurderingen er beskrevet for hvert utfall i resultatdelen (se hvert resultats «GRADE Summary of findings table»). Tillit til resultatet er også presentert i en sammenhengende [GRADE-tabell i resultatdelen i vedlegget](#) (side 160).

Analyser for å måle effekt

For hver utfallskategori har vi presentert resultatene i metaanalyser der hvor to eller flere studier rapporterer utfallet. Effektestimatene som presenteres er basert på totalskår i hver gruppe. Vi har i tillegg laget metaanalyser med endringsskår for de utfallene som hadde flere enn fem studier for å visualisere retningen på effekten og om størrelsen er noenlunde lik for effektestimatene som sammenlignes innen hvert utfall. Se [effektestimater av endringsskår i resultatdelen i vedlegget](#) (side 162) for figurer med metaanalyser (Forrest plots) med effektestimat basert på endringsskår. Se medfølgende tillit til resultatet presentert i en [GRADE-tabell i resultatdelen i vedlegget](#) (side 166).

Effekt av mestringstiltak

Effekt på rollefungering

Vi har alle ulike roller vi skal fylle gjennom livet. Det kan for eksempel være å gå på skole, delta i arbeidslivet og ta vare på familien vår. Rollefungering i denne sammenhengen er først og fremst delt opp i fysisk og følelsesmessig rollefungering.

Kort oppsummert

Hos personer med kronisk nyresykdom viser resultatene (se tabell 7) at:

- effekten av mestringstiltak på **følelsesmessig rollefungering** på kort sikt er usikker da vi har svært liten tillit til resultatet (kun én liten studie rapporterer dette). Effekten på lengre sikt er ukjent da ingen studier undersøkte dette
- effekten av mestringstiltak på **fysisk rollefungering** på kort sikt er usikker da vi har svært liten tillit til resultatet (kun én liten studie rapporterer dette). Effekten på lengre sikt er ukjent da ingen studier undersøkte dette
- effekten av mestringstiltak på **arbeidsstatus** på kort sikt er usikker da vi har svært liten tillit til resultatet (kun én liten studie rapporterer dette). Effekten på lengre sikt er ukjent da ingen studier undersøkte dette

Tabell 7. Rollefungeringsutfall. Kort oppsummert effekt med kritisk vurdering

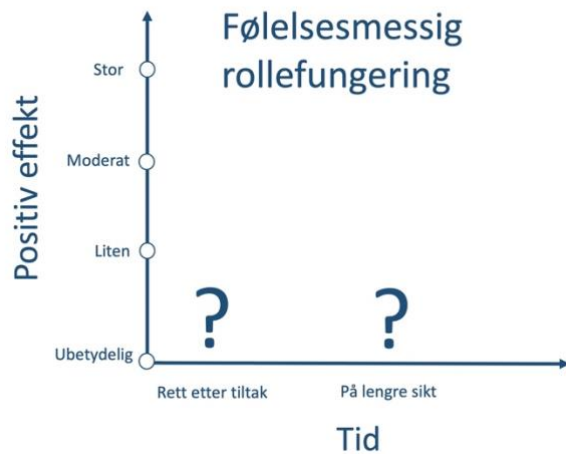
Hva skjer?	Hvor stor forskjell?	Tillit til resultatet ¹	Tallene bak
Følelsesmessig rollefungering Vi er usikre på effekten av mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak hos personer med kronisk nyresykdom på dette utfallet fordi vi har svært liten tillit til resultatet	?	+○○○ Svært liten	Vi rapporterer ikke tall vi har svært liten tillit til
Fysisk rollefungering Vi er usikre på effekten av mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak hos personer med kronisk nyresykdom på dette utfallet fordi vi har svært liten tillit til resultatet	?	+○○○ Svært liten	Vi rapporterer ikke tall vi har svært liten tillit til
Arbeidsstatus Vi er usikre på effekten av mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak hos personer med kronisk nyresykdom på dette utfallet fordi vi har svært liten tillit til resultatet	?	+○○○ Svært liten	Vi rapporterer ikke tall vi har svært liten tillit til

¹ Tilliten til resultatet handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten.

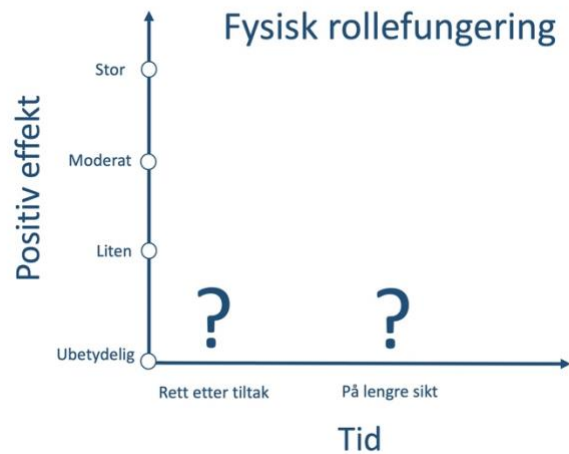
Vi er usikre på hva effekten av mestringstiltak er på følelsesmessig rollefungering, fysisk rollefungering og arbeidsstatus rett etter tiltaket hos personer med kronisk nyresykdom (svært liten tillit til resultatet). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på lengre sikt. De oppsummerte resultatene er også illustrert i figur 4.

Figur 4. Effekt av mestringstiltak på utfall i kategorien rollefungering

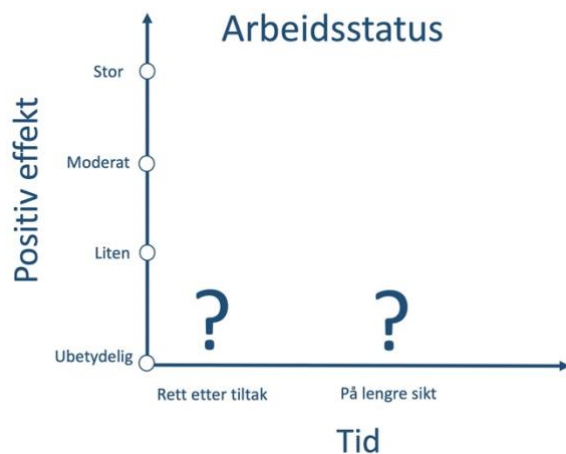
A



B



C



Tallene bak

Følelsesmessig rollefungering

Rett etter tiltakene

Én studie med til sammen 43 personer [42] undersøkte effekt av mestringstiltak på følelsesmessig rollefungering rett etter tiltakene var avsluttet. Analysen viser at effekten av mestringstiltak **rett etter tiltakene er avsluttet** er:

MD (95% CI) = 6,78 (-5,16 til +18,72) — liten klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Analysen viser en gjennomsnittsforskjell (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 6,78 (-5,16 til +18,72) rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning eller bedring i følelsesmessig rollefungering. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en liten klinisk

viktig forskjell på en 0-100 skala som ble brukt i studien. Tilliten til dette resultatet er derimot svært liten, og det betyr at vi ikke kan si noe sikkert om hvor nær denne effekten ligger opp mot virkeligheten.

På lengre sikt

Ingen av studiene rapporterer på følelsesmessig rollefungering på lengre sikt. Vi vet dermed ikke noe om effekten en stund etter at man har deltatt på mestringstiltak.

Fysisk rollefungering

Rett etter tiltaket

Én studie med til sammen 43 personer [42] undersøkte effekt av mestringstiltak på fysisk rollefungering rett etter tiltaket var avsluttet. Analysen viser at effekten av mestringstiltak **rett etter tiltaket er avsluttet** er:

MD (95% CI) = 8,51 (0,25 til 16,77) — liten klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Analysen viser en gjennomsnittsforskjell (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 8,51 (0,25 til 16,77) rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning eller bedring i fysisk rollefungering. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en liten klinisk viktig forskjell på en 0-100 skala som ble brukt i studien. Tilliten til dette resultatet er derimot svært liten, og det betyr at vi ikke kan si noe sikkert om hvor nær denne effekten ligger opp mot virkeligheten.

På lengre sikt

Ingen av studiene rapporterer på fysisk rollefungering på lengre sikt. Vi vet dermed ikke noe om effekten en stund etter at man har deltatt på mestringstiltak.

Arbeid

Rett etter tiltaket

Én studie med til sammen 43 personer [42] undersøkte effekt av mestringstiltak på arbeidsstatus rett etter tiltaket var avsluttet. Analysen viser at effekten av mestringstiltak **rett etter tiltaket er avsluttet** er:

MD (95% CI) = 1,19 (-16,73 til +19,11) — ubetydelig klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Analysen viser en gjennomsnittsforskjell (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 1,19 (-16,73 til +19,11) rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning eller bedring i arbeidsstatus. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en ubetydelig klinisk viktig forskjell på en 0-100 skala som ble brukt i studien. Tilliten til dette resultatet er derimot svært liten, og det betyr at vi ikke kan si noe sikkert om hvor nær denne effekten ligger opp mot virkeligheten.

På lengre sikt

Ingen av studiene rapporterer på fysisk rollefungering på lengre sikt. Vi vet dermed ikke noe om effekten en stund etter at man har deltatt på mestringstiltak.

Kritisk vurdering

Når vi oppsummerer studier og presenterer et resultat, er det viktig å si noe om hvor mye tillit vi kan ha til dette. Det handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten. Her oppsummeres våre vurderinger av hvor stor tillit vi kan ha til effektestimatet for hvert utfall om rollefungering. Der hvor tilliten er annet enn stor, er grunn til justering av tilliten forklart i teksten under tabellen.

Tabell 8. «GRADE Summary of findings table» for rollefungering

Mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging for personer med kronisk nyresykdom

Patient or population: personer med kronisk nyresykdom

Setting: alle helsesettinger

Intervention: mestringstiltak

Comparison: vanlig oppfølging

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with vanlig oppfølging	Risk with mestringstiltak				
Psykisk rollefungering Scale from: 0 to 100	The mean psykisk rollefungering was 22.42	mean 6.78 higher (5.16 lower to 18.72 higher)	-	43 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^{a,b,c}	We are uncertain about the effect.
Fysisk rollefungering Scale from: 0 to 100	The mean fysisk rollefungering was 45.45	mean 8.51 higher (0.25 higher to 16.77 higher)	-	43 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^{a,b}	We are uncertain about the effect.
Arbeidsstatus Scale from: 0 to 100	The mean arbeidsstatus was 25	mean 1.19 higher (16.73 lower to 19.11 higher)	-	43 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^{a,b,c}	We are uncertain about the effect.

*The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the **relative effect** of the intervention (and its 95% CI). **CI:** confidence interval; **MD:** mean difference; **SMD:** standardised mean difference

Explanations

a. Downgraded -1 for potentially high risk of selection bias (random sequence generation and allocation concealment), performance bias, and detection bias

b. Downgraded -2 for quite few participants (n<150)

c. Downgraded -1 for broad 95%CI that crosses the line of "no effect" with a margin that is clinically significant

Effekt på fysisk fungering

Fysisk fungering kan i korte trekk sies å være en persons evne til å kunne utføre fysiske aktiviteter som er viktige for å fungere i dagliglivet.

Kort oppsummert

Hos personer med kronisk nyresykdom viser resultatene at (se tabell 9):

- effekten på **fysisk fungering** på kort sikt er usikker da vi har svært liten tillit til resultatet (kun én liten studie rapporterer dette). Effekten på lengre sikt er ukjent da ingen studier undersøkte dette
- **egenmestring** øker eller forbedres trolig betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Effekten på lengre sikt er ukjent da ingen studier undersøkte dette

Tabell 9. Fysisk fungeringsutfall. Kort oppsummert effekt med kritisk vurdering

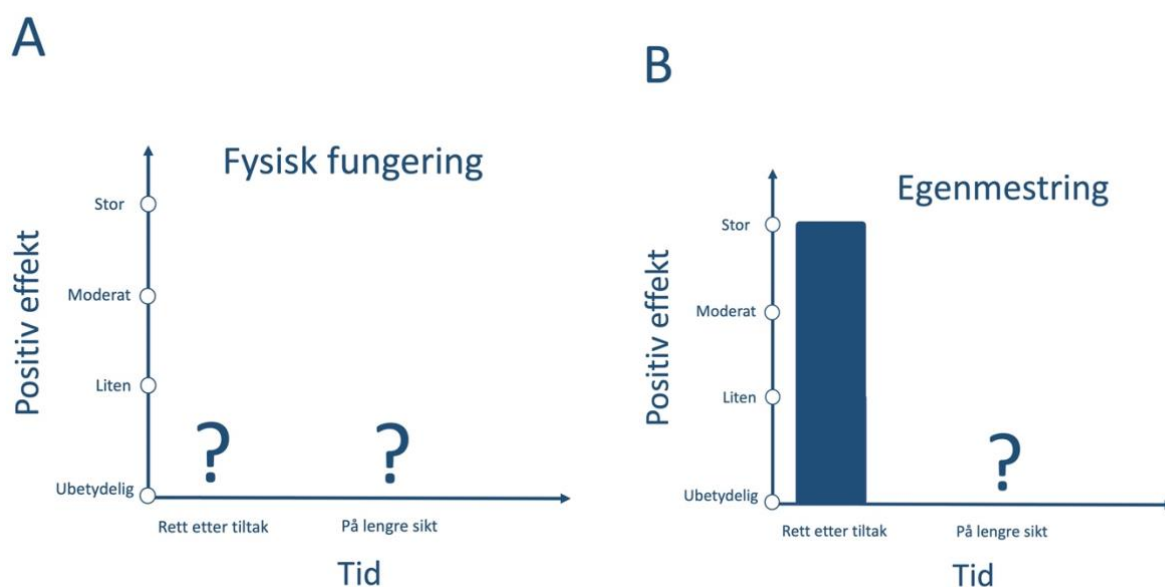
Hva skjer?	Hvor stor forskjell?	Tillit til resultatet ¹	Tallene bak
Fysisk fungering Vi er usikre på effekten av mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak hos personer med kronisk nyresykdom på dette utfallet fordi vi har svært liten tillit til resultatet	?	⊕○○○ Svært liten	Vi rapporterer ikke tall vi har svært liten tillit til
Egenmestring Egenmestringen øker trolig betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak hos personer med kronisk nyresykdom	▲▲▲ Stor	⊕⊕⊕○ Moderat	1,05 SMD ² bedre fysisk fungering (0,53 til 1,57)*

* Tallene i parentes viser feilmarginen (95 % konfidensintervall) – et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfeldigheter. ¹ Tilliten til resultatet handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten. ² Standardized Mean Difference (standardisert gjennomsnittsforskjell). SMD er brukt fordi primærstudiene har målt utfallene på ulike måter. Når vi forenkler tolkningen av SMD er ~0,2 «liten effekt», ~0,5 «moderat effekt» og ~0,8 «stor effekt».

Vi er usikre på hva effekten av mestringstiltak er på fysisk fungering hos personer med kronisk nyresykdom er på kort sikt da vi har svært liten tillit til resultatet (kun én liten studie rapporterer dette). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på lengre sikt.

Mestringstiltak øker eller bedrer trolig egenmestring betydelig hos personer med kronisk nyresykdom og denne økningen viser en stor klinisk viktig forskjell (moderat tillit til resultatet). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på egenmestring på lengre sikt. De oppsummerte resultatene er også illustrert i figur 5.

Figur 5. Effekt av mestringstiltak på utfall i kategorien fysisk fungering



Tallene bak

Fysisk fungering

Rett etter tiltaket

Én studie med til sammen 43 personer [42] undersøkte effekt av mestringstiltak på fysisk fungering rett etter tiltaket var avsluttet. Analysen viser at effekten av mestringstiltak **rett etter tiltaket er avsluttet** er:

MD (95% CI) = -1,79 (-16,82 til +13,24) — ubetydelig klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Analysen viser en gjennomsnittsforskjell (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være -1,79 (-16,82 til +13,24) rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon eller forverring i fysisk fungering. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en ubetydelig klinisk viktig forskjell på en 0-100 skala som ble brukt i studien. Tilliten til dette resultatet er derimot svært liten, og det betyr at vi ikke kan si noe sikkert om hvor nær denne effekten ligger opp mot virkeligheten.

På lengre sikt

Ingen av studiene rapporterer på fysisk fungering på lengre sikt. Vi vet dermed ikke noe om effekten en stund etter at man har deltatt på mestringstiltak.

Egenmestring

Rett etter tiltaket

Fem studier med til sammen 491 personer [26, 30, 36, 47, 48] undersøkte effekt av mestringstiltak på egenmestring («self-management») rett etter tiltaket var avsluttet. Metaanalysen viser at effekten av mestringstiltak **rett etter tiltaket er avsluttet** er:

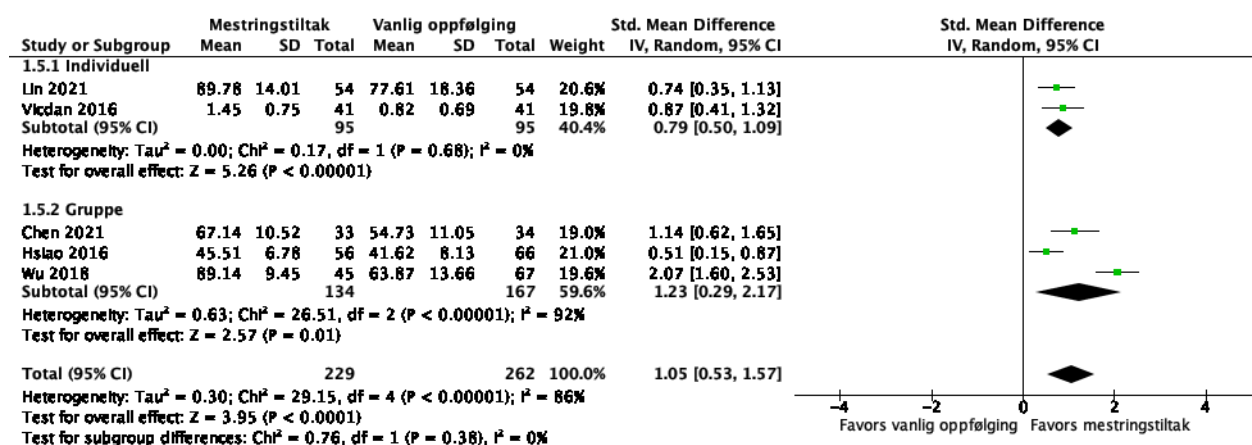
SMD (95% CI) = 1,05 (0,53 til 1,57) — stor klinisk viktig forskjell — moderat tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 1,05 (0,53 til 1,57) rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser dette effektestimatet en økning eller bedring i egenmestring. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en stor klinisk viktig forskjell. Tilliten til dette resultatet er moderat, og det betyr at vi er nokså sikre på at denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

På lengre sikt

Ingen av studiene rapporterer på egenmestring på lengre sikt. Vi vet dermed ikke noe om effekten en stund etter at man har deltatt på mestringstiltak.

Figur 6. Metaanalyse (forrest plot) på egenmestring



Kritisk vurdering

Når vi oppsummerer studier og presenterer et resultat, er det viktig å si noe om hvor mye tillit vi kan ha til dette. Det handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten. Her oppsummeres våre vurderinger av hvor stor tillit vi kan ha til effektestimatet for hvert utfall om fysisk fungering. Der hvor tilliten er annet enn stor, blir grunn til justeringen av tilliten forklart i teksten under tabellen.

Tabell 10. «GRADE Summary of findings table» for fysisk fungering

Mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging for personer med kronisk nyresykdom

Patient or population: personer med kronisk nyresykdom

Setting: alle helsetilstander

Intervention: mestringstiltak

Comparison: vanlig oppfølging

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with vanlig oppfølging	Risk with mestringstiltak				
Fysisk fungering Scale from: 0 to 100	The mean fysisk fungering was 77.5	MD 1.79 lower (16.82 lower to 13.24 higher)	-	43 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^{a,b,c}	We are uncertain about the effect.
Egenmestring	-	SMD 1.05 SD higher (0.53 higher to 1.57 higher)	-	491 (5 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^d	Mestringstiltak probably results in a large increase in egenmestring.

*The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the **relative effect** of the intervention (and its 95% CI). **CI:** confidence interval; **MD:** mean difference; **SMD:** standardised mean difference

Explanations

- Downgraded -1 for potentially high risk of selection bias (random sequence generation and allocation concealment), performance bias, and detection bias
- Downgraded -2 for quite few participants ($n < 150$)
- Downgraded -1 for broad 95%CI that crosses the line of "no effect" with a margin that is clinically significant
- Downgraded -1 for high heterogeneity ($> 85\%$)

Effekt på fysiske symptomer

Fysiske symptomer som er vanlige og plagsomme for mange, uavhengig av diagnose eller tilstand, er smerter og utmattelse.

Kort oppsummert

Hos personer med kronisk nyresykdom viser resultatene at (tabell 11):

- effekten på **smerter** på kort sikt er usikker da vi har svært liten tillit til resultatet (kun én liten studie rapporterer dette). Effekten på lengre sikt er ukjent da ingen studier undersøkte dette
- effekten på **utmattelse** på kort sikt er usikker da vi har svært liten tillit til resultatet (kun én liten studie rapporterer dette). Effekten på lengre sikt er ukjent da ingen studier undersøkte dette

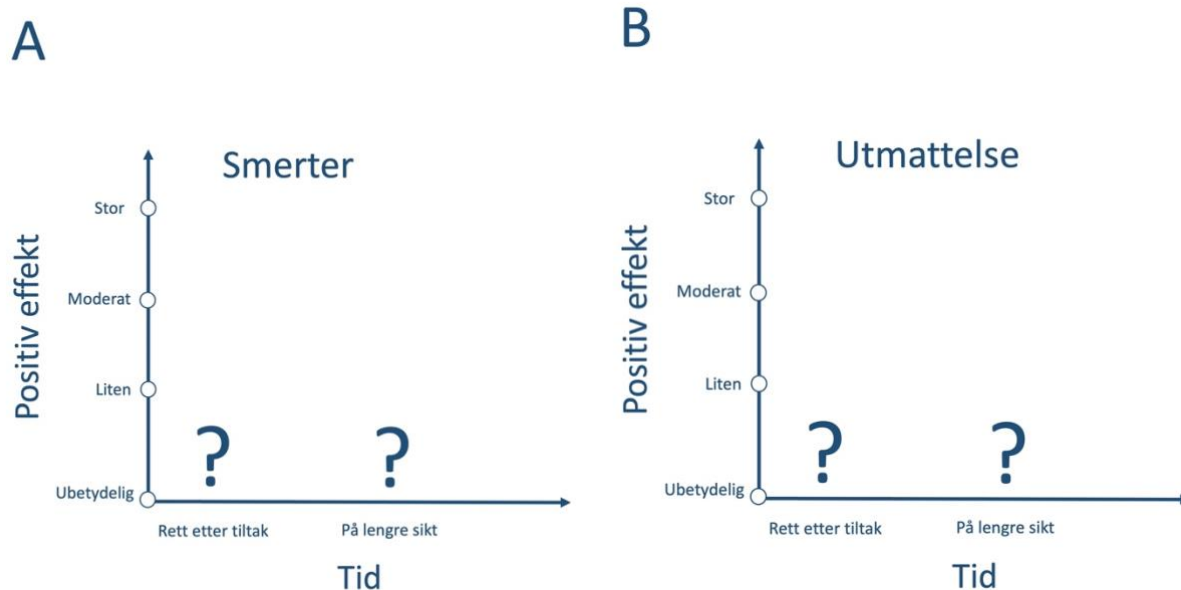
Tabell 11. Fysiske symptomer. Kort oppsummert effekt med kritisk vurdering

Hva skjer?	Hvor stor forskjell?	Tillit til resultatet ¹	Tallene bak
Smerter Vi er usikre på effekten av mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak hos personer med kronisk nyresykdom på dette utfallet fordi vi har svært liten tillit til resultatet	?	⊕○○○ Svært liten	Vi rapporterer ikke tall vi har svært liten tillit til
Utmattelse Vi er usikre på effekten av mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak hos personer med kronisk nyresykdom på dette utfallet fordi vi har svært liten tillit til resultatet	?	⊕○○○ Svært liten	Vi rapporterer ikke tall vi har svært liten tillit til

¹ Tilliten til resultatet handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten.

Vi er usikre på hva effekten av mestringstiltak er på smerter og utmattelse rett etter tiltaket hos personer med kronisk nyresykdom er på kort sikt da vi har svært liten tillit til resultatet (kun én liten studie rapporterer dette). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på lengre sikt. De oppsummerte resultatene er også illustrert i figur 7.

Figur 7. Effekt av mestringstiltak på utfall i kategorien fysiske symptomer (smerter og utmattelse)



Tallene bak

Smerter

Rett etter tiltaket

Én studie med til sammen 43 personer [42] undersøkte effekt av mestringstiltak på smerter rett etter tiltaket var avsluttet. Analysen viser at effekten av mestringstiltak **rett etter tiltaket er avsluttet** er:

MD (95% CI) = -7,41 (-17,92 til +3,10) — liten klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Analysen viser en gjennomsnittsforskjell (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være -7,41 (-17,92 til +3,10) rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon i smerter. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en liten klinisk viktig forskjell på en 0-100 skala som ble brukt i studien. Tilliten til dette resultatet er derimot svært liten, og det betyr at vi ikke kan si noe sikkert om hvor nær denne effekten ligger opp mot virkeligheten.

På lengre sikt

Ingen av studiene rapporterer på smerter på lengre sikt. Vi vet dermed ikke noe om effekten en stund etter at man har deltatt på mestringstiltak.

Utmattelse

Rett etter tiltaket

Én studie med til sammen 43 personer [42] undersøkte effekt av mestringstiltak på utmattelse rett etter tiltaket var avsluttet. Analysen viser at effekten av mestringstiltak **rett etter tiltaket er avsluttet** er:

MD (95% CI) = -14,55 (-22,42 til -6,68) — moderat klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Analysen viser en gjennomsnittsforskjell (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være -14,55 (-22,42 til -6,68) rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon i utmattelse. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en moderat klinisk viktig forskjell på en 0-100 skala som ble brukt i studien. Tilliten til dette resultatet er derimot svært liten, og det betyr at vi ikke kan si noe sikkert om hvor nær denne effekten ligger opp mot virkeligheten.

På lengre sikt

Ingen av studiene rapporterer på utmattelse på lengre sikt. Vi vet dermed ikke noe om effekten en stund etter at man har deltatt på mestringstiltak.

Kritisk vurdering

Når vi oppsummerer studier og presenterer et resultat, er det viktig å si noe om hvor mye tillit vi kan ha til dette. Det handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten. Her oppsummeres våre vurderinger av hvor stor tillit vi kan ha til effektestimatet for hvert utfall om fysiske symptomer. Der hvor tilliten er annet enn stor, er grunn til justering av tilliten forklart i teksten under tabellen.

Tabell 12. «GRADE Summary of findings table» for fysiske symptomer (smerter og utmattelse)

Mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging for personer med kronisk nyresykdom

Patient or population: personer med kronisk nyresykdom

Setting: alle helsesettinger

Intervention: mestringstiltak

Comparison: vanlig oppfølging

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with vanlig oppfølging	Risk with mestringstiltak				
Smerter Scale from: 0 to 100	The mean smerter was 55.55	MD 7.41 lower (17.92 lower to 3.1 higher)	-	43 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^{a,b}	We are uncertain about the effect.
Utmattelse Scale from: 0 to 100	The mean utmattelse was - 32.68	MD 14.55 lower (22.42 lower to 6.68 lower)	-	43 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^{a,b}	We are uncertain about the effect.

*The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the **relative effect** of the intervention (and its 95% CI). **CI:** confidence interval; **MD:** mean difference; **SMD:** standardised mean difference

Explanations

a. Downgraded -1 for potentially high risk of selection bias (random sequence generation and allocation concealment), performance bias, and detection bias

b. Downgraded -2 for quite few participants (n<150)

Effekt på følelsesmessig fungering

Følelsesmessig fungering kan bety så mangt og er en sekkebetegnelse for en stor gruppe utfall som er viktige når vi skal si noe om hvordan man har det og håndterer hverdagen og livet.

Kort oppsummert

Hos personer med kronisk nyresykdom viser resultatene at (tabell 13):

- **mestringstroen** trolig øker betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Det er usikker effekt på lengre sikt da vi har svært liten tillit til resultatet (kun én liten studie rapporterer dette)
- **empowerment** kanskje øker litt etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Effekten på lengre sikt er ukjent da ingen studier undersøkte dette
- **pasientaktivering** kanskje øker betydelig etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Effekten på lengre sikt er ukjent da ingen studier undersøkte dette
- **depresjonssymptomer** reduseres trolig betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Det er usikker effekt på lengre sikt da vi har svært liten tillit til resultatet (kun én liten studie rapporterer dette)
- **angstsymptomer** reduseres trolig betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Det er usikker effekt på lengre sikt da vi har svært liten tillit til resultatet (kun én liten studie rapporterer dette)
- **stress** reduseres trolig betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Effekten på lengre sikt er ukjent da ingen studier undersøkte dette
- effekten på **håp** på kort sikt er usikker da vi har svært liten tillit til resultatet (kun én liten studie rapporterer dette). Effekten på lengre sikt er ukjent da ingen studier undersøkte dette
- **generell psykisk belastning** kanskje reduseres betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Effekten på lengre sikt er ukjent da ingen studier undersøkte dette

Tabell 13. Følelsesmessig fungering. Kort oppsummert effekt med kritisk vurdering

Hva skjer?	Hvor stor forskjell?	Tillit til resultatet ¹	Tallene bak
Mestringstro Mestringstroen øker trolig betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Stor	 Moderat	1,18 SMD ² høyere mestringstro (0,69 til 1,67)*
Empowerment Empowerment øker kanskje betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Moderat	 Liten	0,46 SMD ² mer empowerment (-0,05 til 0,97)*
Pasientaktivering Pasientaktivering økes kanskje betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Moderat	 Liten	10,29 MD ³ høyere pasientaktivering på en 0-100 skala (4,53 til 16,05)*
Depresjonssymptomer Depresjonssymptomer reduseres trolig betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Moderat	 Moderat	0,48 SMD ² mindre depresjonssymptomer (-0,69 til -0,27)
Angstsymptomer Angstsymptomer reduseres trolig betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Moderat	 Moderat	0,56 SMD ² mindre angstsymptomer (-0,90 til -0,22)*
Stress Stress reduseres trolig betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Stor	 Moderat	1,06 SMD ² mindre stress (-1,55 til -0,22)*
Håp Vi er usikre på effekten av mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak hos personer med kronisk nyresykdom på dette utfallet fordi vi har svært liten tillit til resultatet	?	 Svært liten	Vi rapporterer ikke tall vi har svært liten tillit til
Generell psykisk belastning Generell psykisk belastning reduseres kanskje betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Stor	 Liten	0,94 SMD ² mindre psykisk belastning (-1,59 til -0,30)*

* Tallene i parentes viser feilmarginen (95 % konfidensintervall) – et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfældigheter. ¹Tilliten til resultatet handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten. ² Standardized Mean Difference (standardisert gjennomsnittsforskjell). SMD er brukt fordi primærstudiene har målt utfallene på ulike måter. Når vi forenkler tolkningen av SMD er ~0,2 «liten effekt», ~0,5 «moderat effekt» og ~0,8 «stor effekt». ³ Mean Difference (gjennomsnittsforskjell). Tolkningen av effekten avhenger av størrelsen på skalaen som brukes.

Mestringstiltak øker trolig mestringstroen hos personer med kronisk nyresykdom og denne økningen gjenspeiler en stor klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (moderat tillit til resultatet). Det er usikker effekt på lengre sikt da vi har svært liten tillit til resultatet (kun én liten studie rapporterer dette).

Mestringstiltak øker kanskje empowerment og pasientaktivering hos personer med kronisk nyresykdom og denne reduksjonen gjenspeiler en moderat klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (liten tillit til resultatet). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på lengre sikt.

Mestringstiltak reduserer eller demper trolig depresjonssymptomer hos personer med kronisk nyresykdom og denne reduksjonen gjenspeiler en moderat klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (moderat tillit til resultatet). Det er usikker effekt på lengre sikt da vi har svært liten tillit til resultatet (kun én liten studie rapporterer dette).

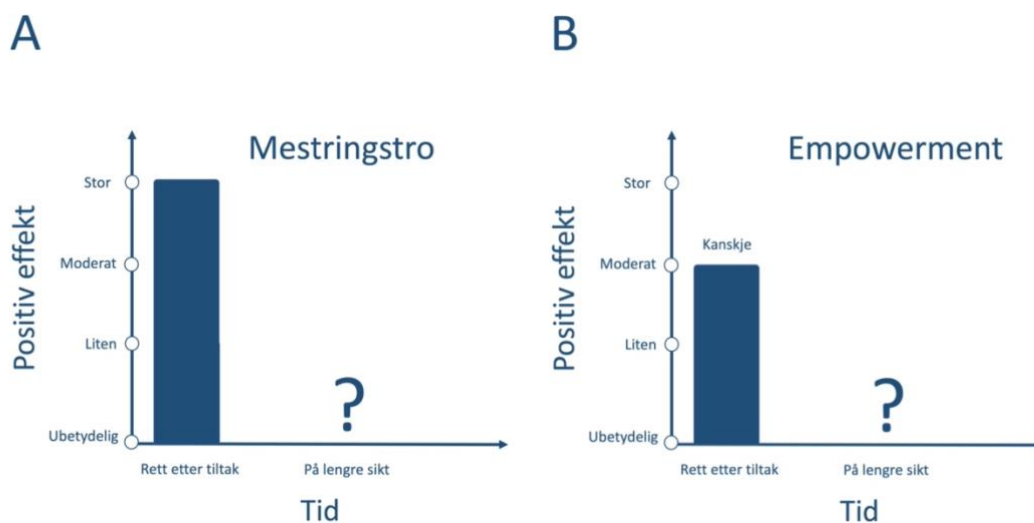
Mestringstiltak reduserer eller demper trolig angstsymptomer hos personer med kronisk nyresykdom og denne reduksjonen gjenspeiler en moderat klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (moderat tillit til resultatet). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på lengre sikt.

Mestringstiltak reduserer eller demper trolig stress hos personer med kronisk nyresykdom og denne reduksjonen gjenspeiler en stor klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (moderat tillit til resultatet). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på lengre sikt.

Vi er usikre på hva effekten av mestringstiltak er på håp hos personer med kronisk nyresykdom på kort sikt da vi har svært liten tillit til resultatet (kun én liten studie rapporterer dette). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på lengre sikt.

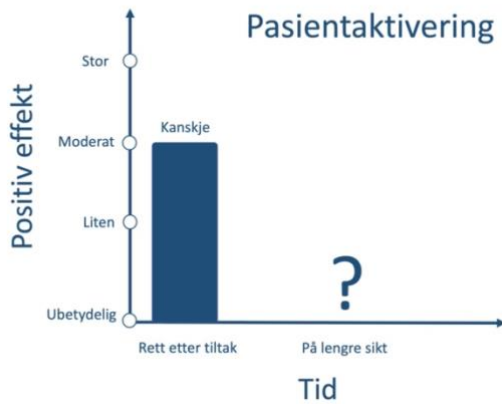
Forskningen som ligger til grunn, viser at mestringstiltak kanskje reduserer generell psykisk belastning hos personer med kronisk nyresykdom og at denne reduksjonen gjenspeiler en stor klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (liten tillit til resultatet). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på lengre sikt. De oppsummerte resultatene er også illustrert i figur 8.

Figur 8. Effekt av mestringstiltak på utfall i kategorien følelsesmessig fungering

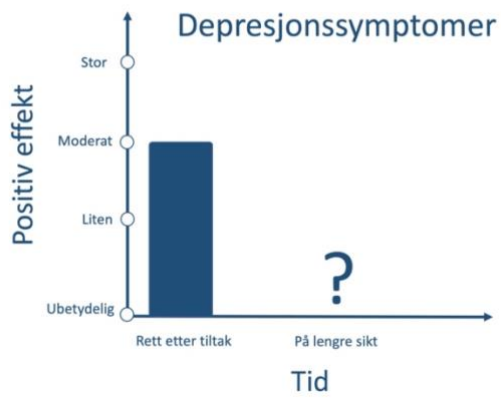


Fortsettelse figur 8. Effekt av mestringstiltak på utfall i kategorien følelsesmessig fungering

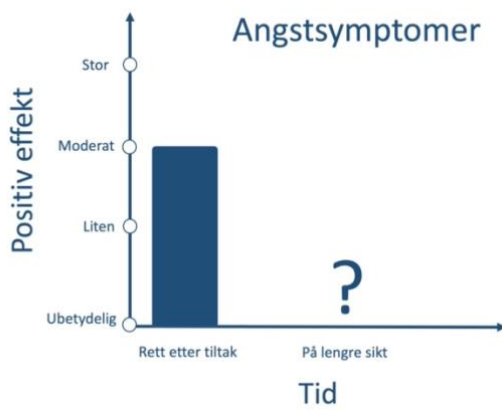
C



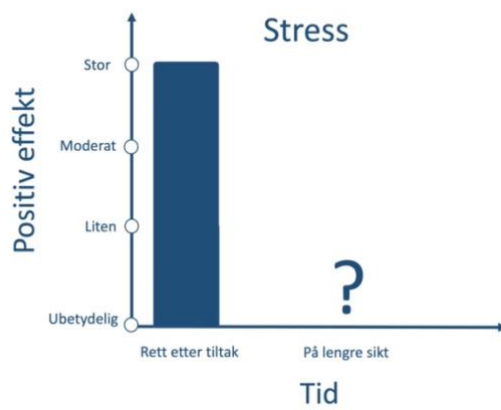
D



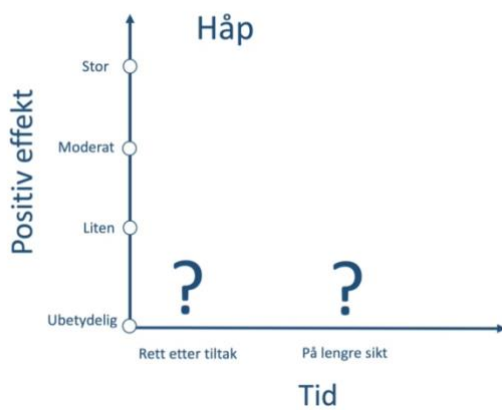
E



F



G



H



Tallene bak

Mestringstro

Rett etter tiltaket

Ti studier [25, 32, 35-38, 44, 45, 47, 48] med til sammen 620 personer undersøkte effekt av mestringstiltak på mestringstro rett etter tiltaket var avsluttet. Metaanalysen viser at effekten av mestringstiltak **rett etter tiltaket er avsluttet** er:

SMD (95% CI) = 1,18 (0,69 til 1,67) — stor klinisk viktig forskjell — moderat tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 1,18 (0,69 til 1,67) rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning i mestringstroen. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en stor klinisk viktig forskjell. Tilliten til dette resultatet er moderat, og det betyr at vi er nokså sikre på at denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

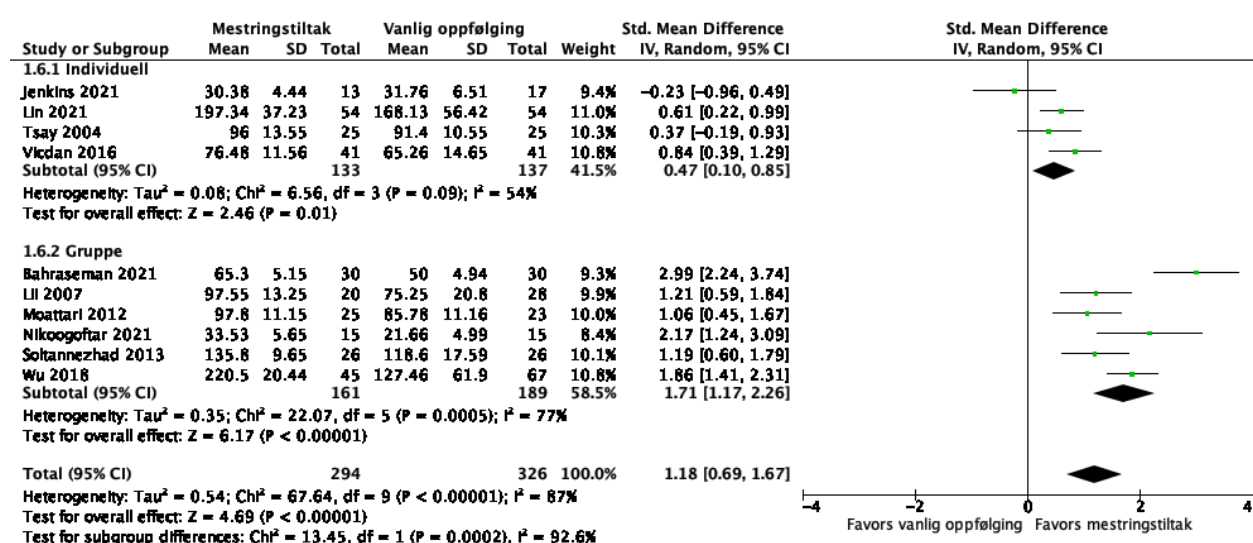
På lengre sikt

Én studie [32] med 30 personer rapporterer effekten av mestringstiltak på mestringstro **på sikt** (seks måneder etter tiltaket ble avsluttet):

MD (95% CI) = -0,16 (-3,00 til +2,68) — ubetydelig klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

På sikt (seks måneder etter tiltaket er avsluttet) er gjennomsnittsforskjellen (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) -0,16 (-3,00 til +2,68). Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon i mestringstro. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en ubetydelig klinisk viktig forskjell på en skala fra 0-40 som ble brukt for å måle dette utfallet. Tilliten til dette resultatet er derimot svært liten, og det betyr at vi ikke kan si noe sikkert om hvor nær denne effekten ligger opp mot virkeligheten.

Figur 9. Metaanalyse (forrest plot) på mestringstro



Empowerment (egenkraftmobilisering)

Rett etter tiltaket

Tre studier [30, 38, 45] med til sammen 202 personer undersøkte effekt av mestringstiltak på empowerment (egenkraftmobilisering) rett etter tiltaket var avsluttet. Metaanalysen viser at effekten av mestringstiltak **rett etter tiltaket er avsluttet** er:

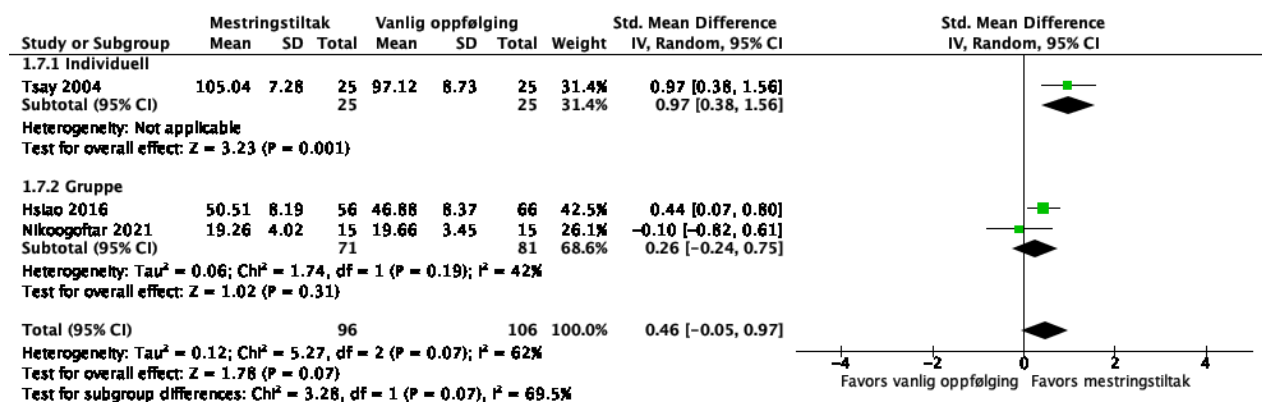
SMD (95% CI) = 0,46 (-0,05 til +0,97) — moderat klinisk viktig forskjell — liten tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,46 (-0,05 til +0,97) rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser dette effektestimatet en økning eller bedring i empowerment. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en moderat klinisk viktig forskjell. Tilliten til dette resultatet er liten, og det betyr at vi er noe usikre på om denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

På lengre sikt

Ingen av studiene rapporterer på empowerment på lengre sikt. Vi vet dermed ikke noe om effekten en stund etter at man har deltatt på mestringstiltak.

Figur 10. Metaanalyse (forrest plot) på empowerment (egenkraftmobilisering)



Pasientaktivering

Rett etter tiltaket

Én studie [36] med 108 personer undersøkte effekt av mestringstiltak på pasientaktivering rett etter tiltaket var avsluttet. Analysen viser at effekten av mestringstiltak **rett etter tiltaket er avsluttet** er:

MD (95% CI) = 10,29 (4,53 til 16,05) — moderat klinisk viktig forskjell — liten tillit

Analysen viser en gjennomsnittsforskjell (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 10,29 (4,53 til 16,05) rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser dette effektestimatet en økning eller bedring i pasientaktivering. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en moderat klinisk viktig forskjell. Tilliten til dette resultatet er liten, og det betyr at vi er noe usikre på om denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

På lengre sikt

Ingen av studiene rapporterer på pasientaktivering på lengre sikt. Vi vet dermed ikke noe om effekten en stund etter at man har deltatt på mestringstiltak.

Depresjonssymptomer

Rett etter tiltaket

Tretten studier [24, 27-29, 31-35, 43, 45, 46, 48, 49] med til sammen 779 personer undersøkte effekt av mestringstiltak på depresjonssymptomer rett etter tiltaket var avsluttet. Metaanalysen viser at effekten av mestringstiltak **rett etter tiltaket er avsluttet** er:

SMD (95% CI) = -0,48 (0,69 til 0,27) — moderat klinisk viktig forskjell — moderat tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være -0,48 (0,69 til 0,27) rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon i depresjonssymptomer. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en moderat klinisk viktig forskjell. Tilliten til dette resultatet er moderat, og det betyr at vi er nokså sikre på at denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

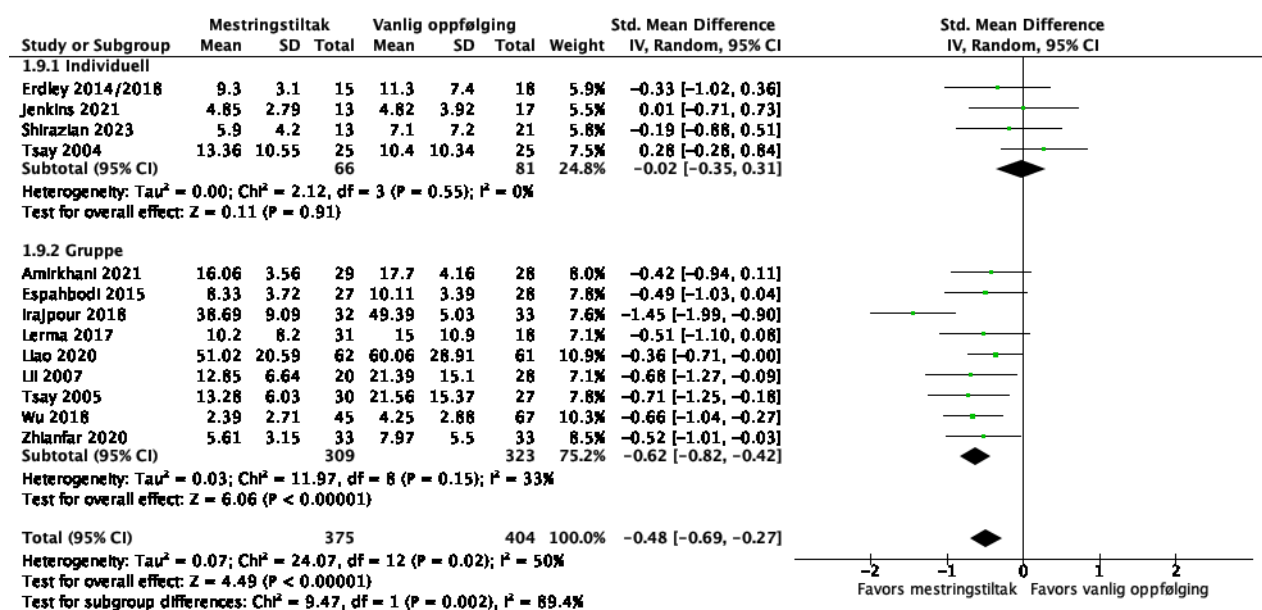
På lengre sikt

Én studie [32] med 30 personer rapporterer effekten av mestringstiltak på depresjonssymptomer **på sikt** (seks måneder etter tiltaket ble avsluttet):

MD (95% CI) = -1,84 (-0,69 til -0,03) — liten klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Seks måneder etter tiltaket er avsluttet er gjennomsnittsforskjellen (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) -1,84 (-3,71 til +0,03). Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon i depresjonssymptomer. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en liten klinisk viktig forskjell på en skala fra 0-21 som ble brukt for å måle dette utfallet. Tilliten til dette resultatet er derimot svært liten, og det betyr at vi ikke kan si noe sikkert om hvor nær denne effekten ligger opp mot virkeligheten.

Figur 11. Metaanalyse (forrest plot) på depresjonssymptomer



Angstsymptomer

Rett etter tiltaket

Sju studier [24, 29, 31-34, 48] med til sammen 491 personer undersøkte effekt av mestringstiltak på angstsymptomer rett etter tiltaket var avsluttet. Metaanalysen viser at effekten av mestringstiltak **rett etter tiltaket er avsluttet** er:

SMD (95% CI) = -0.56 (-0,90 til -0,22) — moderat klinisk viktig forskjell — moderat tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være -0.56 (-0,90 til -0,22) rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon i angstsymptomer. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en moderat klinisk viktig forskjell. Tilliten til dette resultatet er moderat, og det betyr at vi er nokså sikre på at denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

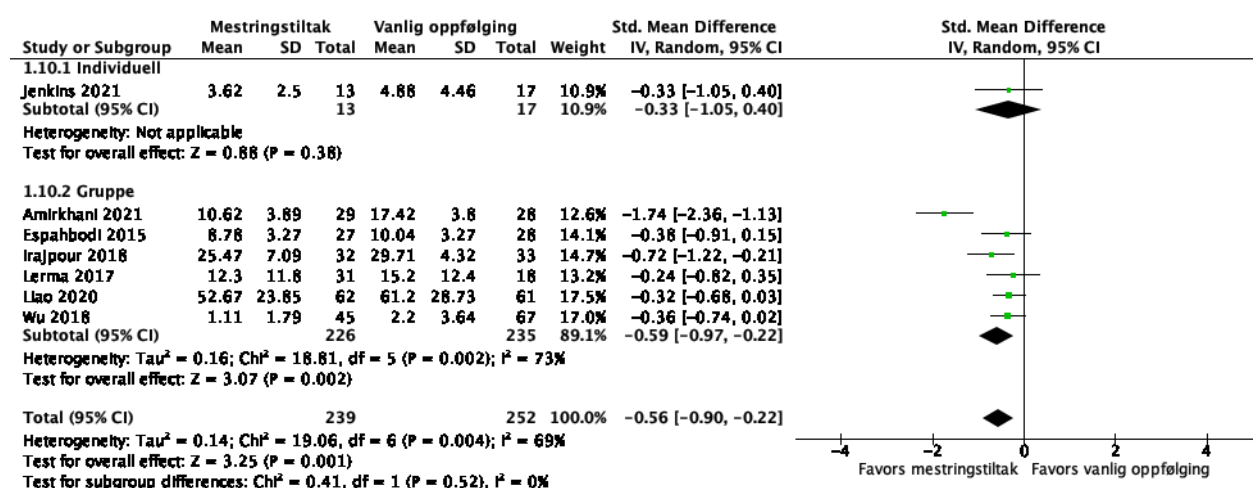
På lengre sikt

Én studie [32] med 30 personer rapporterer effekten av mestringstiltak på depresjonssymptomer **på sikt** (seks måneder etter tiltaket ble avsluttet):

MD (95% CI) = -0,38 (-2,54 til 1,78) — ubetydelig klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Seks måneder etter tiltaket er avsluttet er gjennomsnittsforskjellen (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være -0,38 (-2,54 til 1,78). Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon i angstsymptomer. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en ubetydelig klinisk viktig forskjell på en skala fra 0-21 som ble brukt for å måle dette utfallet. Tilliten til dette resultatet er derimot svært liten, og det betyr at vi ikke kan si noe sikkert om hvor nær denne effekten ligger opp mot virkeligheten.

Figur 12. Metaanalyse (forrest plot) på angstsymptomer



Stress

Rett etter tiltaket

Seks studier [24, 25, 31, 37, 44, 46] med til sammen 339 personer undersøkte effekt av mestringstiltak på stress rett etter tiltaket var avsluttet. Metaanalysen viser at effekten av mestringstiltak **rett etter tiltaket er avsluttet** er:

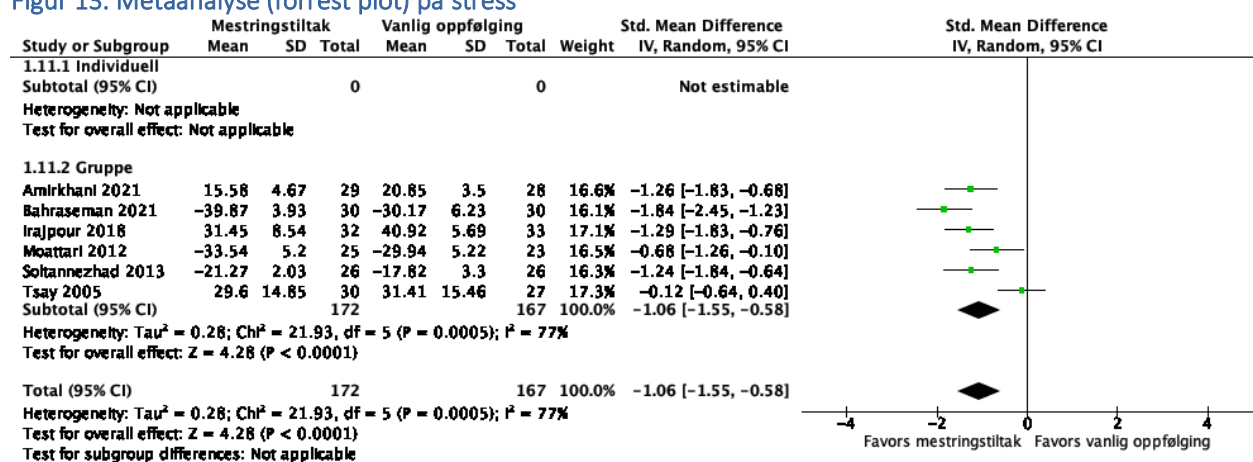
SMD (95% CI) = -1,06 (-1,55 til -0,58) — stor klinisk viktig forskjell — moderat tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være -1,06 (-1,55 til -0,58) rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon i stress. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en stor klinisk viktig forskjell. Tilliten til dette resultatet er moderat, og det betyr at vi er nokså sikre på at denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

På lengre sikt

Ingen av studiene rapporterer på stress på lengre sikt. Effekten på dette utfallet er dermed usikker en stund etter at man har deltatt på mestringstiltak.

Figur 13. Metaanalyse (forrest plot) på stress



Håp

På kort sikt

Én studie [39] med 50 personer undersøkte effekt av mestringstiltak på håp rett etter tiltaket var avsluttet. Analysen viser at effekten av mestringstiltak **rett etter tiltaket er avsluttet** er:

MD (95% CI) = 79,8 (74,45 til 85,15) — stor klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Analysen viser en gjennomsnittsforskjellen (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 79,8 (74,45 til 85,15). Rent tallmessig viser effektestimatet en økning i håp. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en stor klinisk viktig forskjell på en skala fra 48-240 poeng som ble brukt for å måle dette utfallet. Tilliten til dette resultatet er derimot svært liten, og det betyr at vi ikke kan si noe sikkert om hvor nær denne effekten ligger opp mot virkeligheten.

På lengre sikt

Ingen av studiene rapporterer på håp på lengre sikt. Effekten på dette utfallet er dermed usikker en stund etter at man har deltatt på mestringstiltak.

Generell psykisk belastning

Rett etter tiltaket

Fire studier [24, 29, 41, 47] med til sammen 236 personer undersøkte effekt av mestringstiltak på psykisk belastning rett etter tiltaket var avsluttet. Metaanalysen viser at effekten av mestringstiltak **rett etter tiltaket er avsluttet** er:

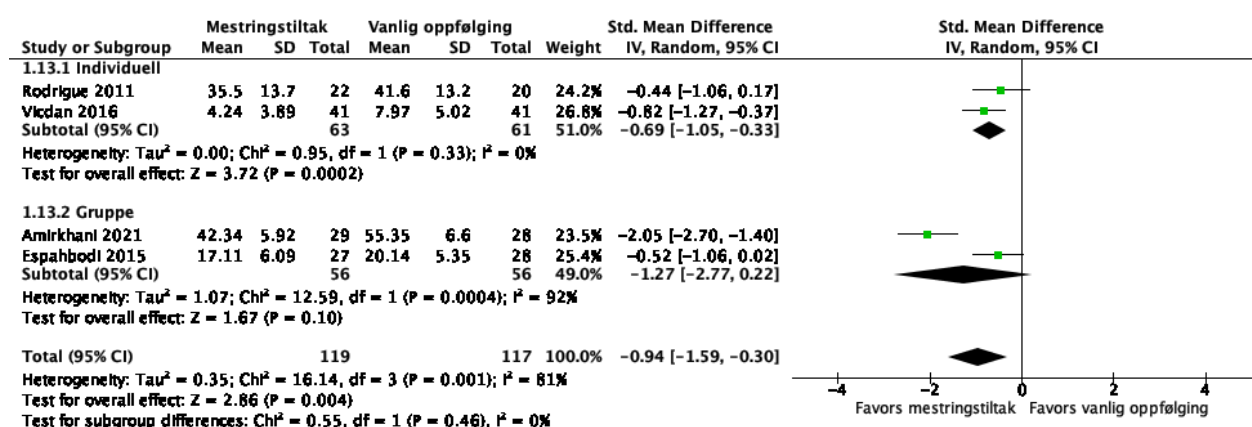
SMD (95% CI) = -0,94 (-1,59 til -0,30) — stor klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være -0,94 (-1,59 til -0,30) rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon i psykisk belastning. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en stor klinisk viktig forskjell. Tilliten til dette resultatet er liten, og det betyr at vi er noe usikre på om denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

På lengre sikt

Ingen av studiene rapporterer på psykisk belastning på lengre sikt. Effekten på dette utfallet er dermed usikker en stund etter at man har deltatt på mestringstiltak.

Figur 14. Metaanalyse (forrest plot) på psykisk belastning



Kritisk vurdering

Når vi oppsummerer studier og presenterer et resultat, er det viktig å si noe om hvor mye tillit vi kan ha til dette. Det handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten. Her oppsummeres våre vurderinger av hvor stor tillit vi kan ha til effektestimatet for hvert utfall om følelsesmessig fungering. Der hvor tilliten er annet enn stor, er grunn til justering av tilliten forklart i teksten under tabellen.

Tabell 14. «GRADE Summary of findings table» for følelsesmessig fungering

Mestringstiltak compared to vanlig oppfølging for personer med kronisk nyresykdom

Patient or population: personer med kronisk nyresykdom

Setting: alle helsesettinger

Intervention: mestringstiltak

Comparison: vanlig oppfølging

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	Nº of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with vanlig oppfølging	Risk with mestringstiltak				
Mestringstro	-	SMD 1.18 SD higher (0.69 higher to 1.67 higher)	-	620 (10 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^b	Mestringstiltak probably results in a large increase in mestringstro.
Empowerment	-	SMD 0.46 SD higher (0.05 lower to 0.97 higher)	-	202 (3 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	Mestringstiltak may increase empowerment.
Pasientaktivering Scale from: 0 to 100	The mean pasientaktivering was 61.69 SD	MD 10.29 SD higher (4.53 higher to 16.05 higher)	-	108 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^d	Mestringstiltak may increase pasientaktivering slightly.
Depresjonssymptomer	-	SMD 0.48 SD lower (0.69 lower to 0.27 lower)	-	779 (13 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^e	Mestringstiltak probably reduces depresjonssymptomer.
Angstsymptomer	-	SMD 0.56 SD lower (0.9 lower to 0.22 lower)	-	491 (7 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^e	Mestringstiltak probably reduces angstsymptomer.
Stress	-	SMD 1.06 SD lower (1.55 lower to 0.58 lower)	-	339 (6 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	Mestringstiltak may result in a large reduction in stress.
Håp Scale from: 48 to 240	The mean håp was 91.16 SD	MD 79.8 higher (74.45 higher to 85.15 higher)	-	50 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^{d,f}	We are uncertain about the effect.
Generell psykisk belastning	-	SMD 0.94 SD lower (1.59 lower to 0.3 lower)	-	236 (4 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,e}	Mestringstiltak may result in a large reduction in generell psykisk belastning.

*The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the **relative effect** of the intervention (and its 95% CI). **CI:** confidence interval; **MD:** mean difference; **SMD:** standardised mean difference

Explanations

- a. Downgraded -1 for potentially high risk of selection bias (random sequence generation and allocation concealment), performance bias, and detection bias
- b. Downgraded -1 for high heterogeneity (>85%)
- c. Downgraded -1 for few participants (n<400)
- d. Downgraded -2 for quite few participants (n<150)
- e. Downgraded -1 for potentially high risk of selection bias (allocation concealment), performance bias, detection bias, and attrition bias
- f. Downgraded -2 for high risk of selection bias (random sequence generation and allocation concealment), performance bias, and detection and potentially high risk of attrition bias and other biases

Effekt på vaner og atferd

Fysisk aktivitet, sammen med kosthold og søvn, er utrolig viktig for hvordan vi har det og er relativt lett målbare. Man måler for eksempel hvor ofte og hvor lenge man er i fysisk aktivitet, hvor mye frukt og grønnsaker man spiser og hvor mange timer søvn sammenhengende man får.

Kort oppsummert

Hos personer med kronisk nyresykdom viser resultatene at (tabell 15):

- effekten på **fysisk aktivitet** er ukjent på kort og lang sikt da ingen studier undersøkte dette
- effekten på **kostholdsvaner** er ukjent på kort og lang sikt da ingen studier undersøkte dette

- effekten på **søvnvaner** på kort sikt er usikker da tilliten til resultatet er svært liten. Effekten på lengre sikt er ukjent da ingen studier undersøkte dette

Tabell 15. Vaner og atferd. Kort oppsummert effekt med kritisk vurdering

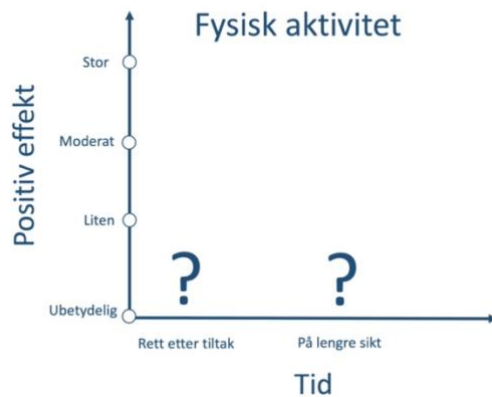
Hva skjer?	Hvor stor er forskjellen?	Tillit til resultatet ¹	Tallene bak
Fysisk aktivitet Vi vet ikke hva effekten av mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak hos personer med kronisk nyresykdom på dette utfallet da ingen studier undersøkte dette	Ingen studier	Ingen studier	Ingen studier
Kosthold Vi vet ikke hva effekten av mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak hos personer med kronisk nyresykdom på dette utfallet da ingen studier undersøkte dette	Ingen studier	Ingen studier	Ingen studier
Søvn Vi er usikre på effekten av mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak hos personer med kronisk nyresykdom på dette utfallet fordi vi har svært liten tillit til resultatet	?	 Svært liten	Vi rapporterer ikke tall vi har svært liten tillit til

¹ Tilliten til resultatet handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten.

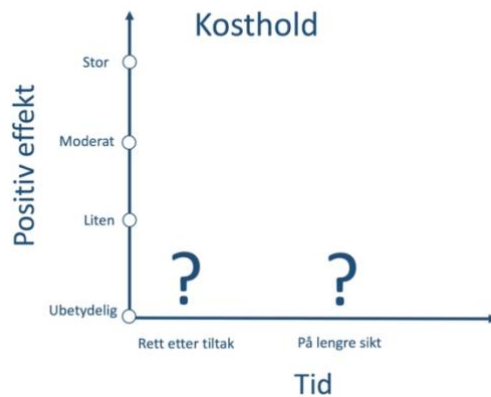
Vi vet ikke hva effekten av mestringstiltak er på fysisk aktivitet og kosthold hos personer med kronisk nyresykdom rett etter tiltaket og på lengre sikt (ingen studier funnet). Vi er usikre på hva effekten av mestringstiltak er på søvn hos personer med kronisk nyresykdom rett etter tiltaket og på lengre sikt (svært liten tillit til resultatet). De oppsummerte resultatene er også illustrert i figur 15.

Figur 15. Effekt av mestringstiltak på vaner og atferd

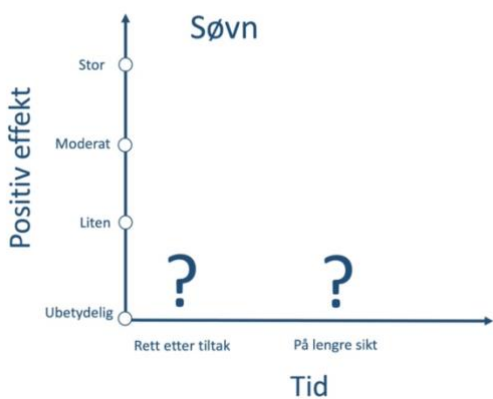
A



B



C



Tallene bak

Fysisk aktivitet

Vi fant ingen studier som undersøkte fysisk aktivitet. Effekten på dette utfallet er dermed usikker.

Kostholdsvaner

Vi fant ingen studier som undersøkte kostholdsvaner. Effekten på dette utfallet er dermed usikker.

Søvn

Rett etter tiltaket

Én studie med til sammen 43 personer [42] undersøkte effekt av mestringstiltak på søvn rett etter tiltaket var avsluttet. Analysen viser at effekten av mestringstiltak **rett etter tiltaket er avsluttet** er:

MD (95% CI) = 7,58 (-0,07 til + 15,23) — liten klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Analysen viser en gjennomsnittsforskjell (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 7,58 (-0,07 til + 15,23) rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning eller bedring i følelsesmessig rolleføring. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en liten klinisk

viktig forskjell på en 0-100 skala som ble brukt i studien. Tilliten til dette resultatet er derimot svært liten, og det betyr at vi ikke kan si noe sikkert om hvor nær denne effekten ligger opp mot virkeligheten.

På lengre sikt

Ingen av studiene rapporterer på søvn på lengre sikt. Vi vet dermed ikke noe om effekten en stund etter at man har deltatt på mestringstiltak.

Kritisk vurdering

Når vi oppsummerer studier og presenterer et resultat, er det viktig å si noe om hvor mye tillit vi kan ha til dette. Det handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten. Her oppsummeres våre vurderinger av hvor stor tillit vi kan ha til effektestimatet for hvert utfall om vaner og atferd. Der hvor tilliten er annet enn stor, er grunn til justering av tilliten forklart i teksten under tabellen.

Tabell 16. «GRADE Summary of findings table» for vaner og atferd

Mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging for personer med kronisk nyresykdom						
Patient or population: personer med kronisk nyresykdom Setting: alle helsesettinger Intervention: mestringstiltak Comparison: vanlig oppfølging						
Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with vanlig oppfølging	Risk with mestringstiltak				
Fysisk aktivitet - not reported	-	-	-	-	-	No studies found.
Kosthold - not reported	-	-	-	-	-	No studies found.
Søvn Scale from: 0 to 100	The mean søvn was 48.48	MD 7.58 higher (0.07 lower to 15.23 higher)	-	43 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^{a,b}	We are uncertain about the effect.
*The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the relative effect of the intervention (and its 95% CI). CI: confidence interval; MD: mean difference; SMD: standardised mean difference						
Explanations a. Downgraded -1 for potentially high risk of selection bias (random sequence generation and allocation concealment), performance bias, and detection bias b. Downgraded -2 for quite few participants (n<150)						

Effekt på livskvalitet

Livskvalitet vil for mange forbindes med å ha det bra og å være tilfreds med livet.

Kort oppsummert

Hos personer med kronisk nyresykdom viser resultatene at (se tabell 17):

- **livskvaliteten** kanskje øker eller bedres betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Det er usikker effekt på lengre sikt da vi har svært liten tillit til resultatet (kun én liten studie rapporterer dette)
- **psykisk livskvalitet** trolig øker eller bedres litt rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Effekten på lengre sikt er ukjent da ingen studier undersøkte dette
- **fysisk livskvalitet** kanskje øker eller bedres betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Effekten på lengre sikt er ukjent da ingen studier undersøkte dette

Tabell 17. Livskvalitet. Kort oppsummert effekt med kritisk vurdering

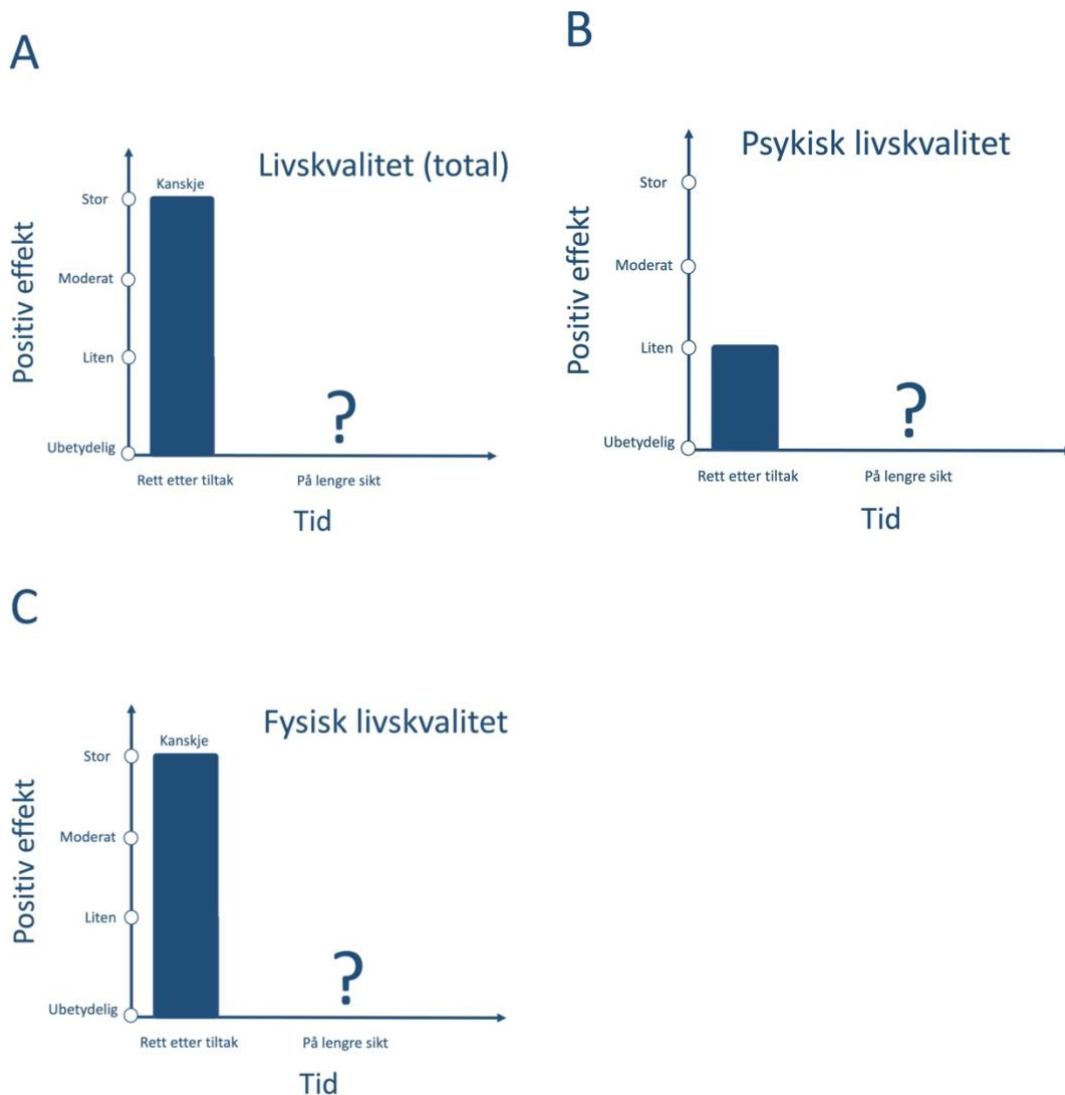
Hva skjer?	Hvor stor forskjell?	Tillit til resultatet ¹	Tallene bak
Livskvalitet Livskvaliteten øker eller bedres kanskje betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Stor	 Liten	1,02 SMD ² bedre livskvalitet (0,38 til 1,67)*
Livskvalitet – psykisk komponent Psykisk livskvalitet øker eller bedres trolig litt rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Liten	 Moderat	0,36 SMD ² bedre psykisk livskvalitet (0,17 til 0,54)*
Livskvalitet – fysisk komponent Fysisk livskvalitet øker eller bedres kanskje betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Stor	 Liten	0,85 SMD ² bedre fysisk livskvalitet (0,24 til 1,46)*
* Tallene i parentes viser feilmarginen (95 % konfidensintervall) – et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfeldigheter. ¹ Tilliten til resultatet handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten. ² Standardized Mean Difference (standardisert gjennomsnittsforskjell). SMD er brukt fordi primærstudiene har målt utfallene på ulike måter. Når vi forenkler tolkningen av SMD er ~0,2 «liten effekt», ~0,5 «moderat effekt» og ~0,8 «stor effekt».			

Forskningen som ligger til grunn, viser at mestringstiltak kanskje øker eller bedrer livskvaliteten hos personer med kronisk nyresykdom og at denne økningen gjenspeiler en stor klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (liten tillit til resultatet). Det er usikker effekt på lengre sikt da vi har svært liten tillit til resultatet (kun én liten studie rapporterer dette).

Mestringstiltak har trolig en liten, men klinisk viktig effekt på den psykiske delen av livskvaliteten (psykisk komponent) hos personer med kronisk nyresykdom rett etter tiltaket er avsluttet (moderat tillit). Effekten på lengre sikt er usikker da ingen studier undersøkte dette.

Mestringstiltak øker eller bedrer kanskje den fysiske delen av livskvaliteten hos personer med kronisk nyresykdom, og denne økningen gjenspeiler en stor klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (liten tillit til resultatet). Effekten på lengre sikt er usikker da ingen studier undersøkte dette. De oppsummerte resultatene er også illustrert i figur 16.

Figur 16. Effekt av mestringstiltak på livskvalitet



Tallene bak

Livskvalitet

Rett etter tiltaket

Ni studier [24, 32, 33, 36, 37, 40-42, 49] med til sammen 483 personer rapporterer effekten av mestringstiltak på livskvalitet rett etter tiltaket er avsluttet. Metaanalysen viser at effekten av mestringstiltak **rett etter tiltaket er avsluttet** er:

SMD (95% CI) = 1,02 (0,38 til 1,67) — stor klinisk viktig forskjell — liten tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 1,02 (0,38 til 1,67) rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning i livskvalitet. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en stor klinisk viktig forskjell. Tilliten til dette resultatet er liten, og det betyr at vi er noe usikre på om denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

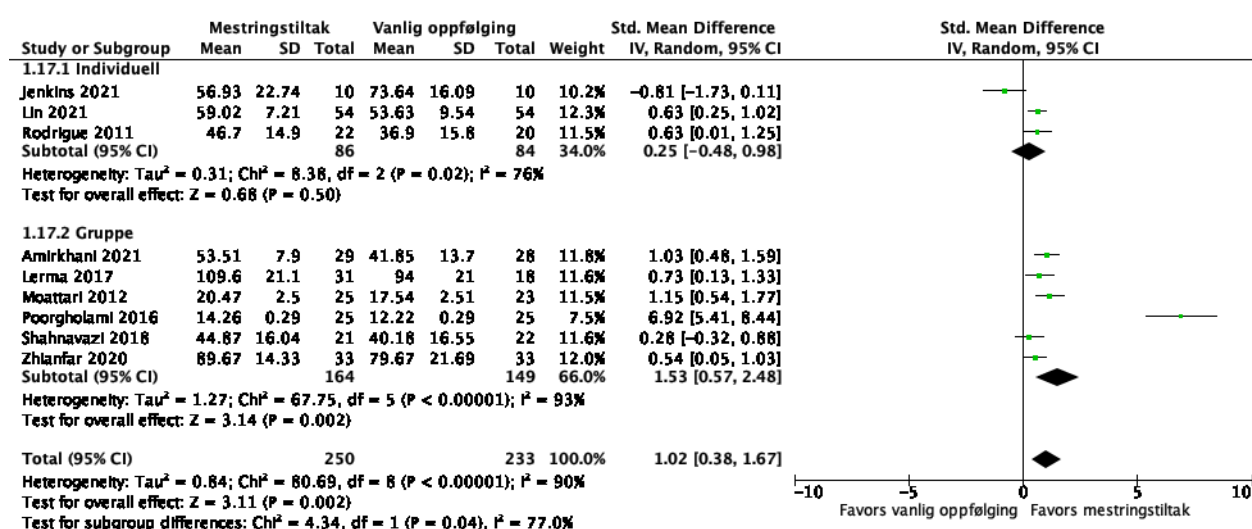
På lengre sikt

En studie [32] med 30 personer rapporterer effekten av mestringstiltak på livskvalitet **på sikt** (seks måneder etter tiltaket ble avsluttet):

MD (95% CI) = -11,94 (-24,90 til +1,02) — moderat klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Seks måneder etter tiltaket er avsluttet er gjennomsnittsforskjellen (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) -11,94 (-24,90 til +1,02). Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon eller forverring i livskvalitet. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en moderat klinisk viktig forskjell på en skala fra 0-100 som ble brukt for å måle dette utfallet. Tilliten til dette resultatet er derimot svært liten, og det betyr at vi ikke kan si noe sikkert om hvor nær denne effekten ligger opp mot virkeligheten.

Figur 17. Metaanalyse (forrest plot) på livskvalitet (total)



Livskvalitet, psykisk komponent

Rett etter tiltaket

Åtte studier [27, 28, 33-35, 37, 40, 41, 46] med til sammen 450 personer rapporterer effekten av mestringstiltak på psykisk livskvalitet rett etter tiltaket er avsluttet. Metaanalysen viser at effekten av mestringstiltak **rett etter tiltaket er avsluttet** er:

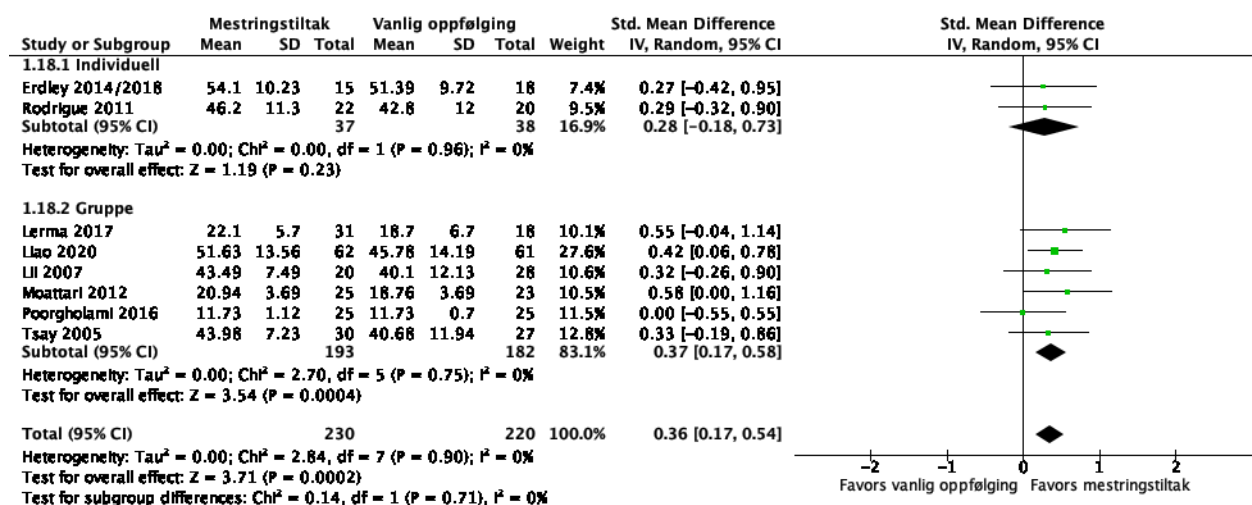
SMD (95% CI) = 0,36 (0,17 til 0,54) — liten klinisk viktig forskjell — moderat tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,36 (0,17 til 0,54) rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet økning eller bedring i psykisk livskvalitet. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en liten klinisk viktig forskjell. Tilliten til dette resultatet er moderat, og det betyr at vi er nokså sikre på at denne effekten ligger opp mot virkeligheten.

På lengre sikt

Ingen av studiene rapporterer på psykisk livskvalitet på lengre sikt. Vi vet dermed ikke noe om effekten en stund etter at man har deltatt på mestringstiltak.

Figur 18. Metaanalyse (forrest plot) på livskvalitet – psykisk komponent



Livskvalitet, fysisk komponent

Rett etter tiltaket

Ni studier [27, 28, 33-35, 37, 40, 41, 43, 46] med til sammen 484 personer rapporterer effekten av mestringstiltak på fysisk livskvalitet rett **etter tiltaket er avsluttet**:

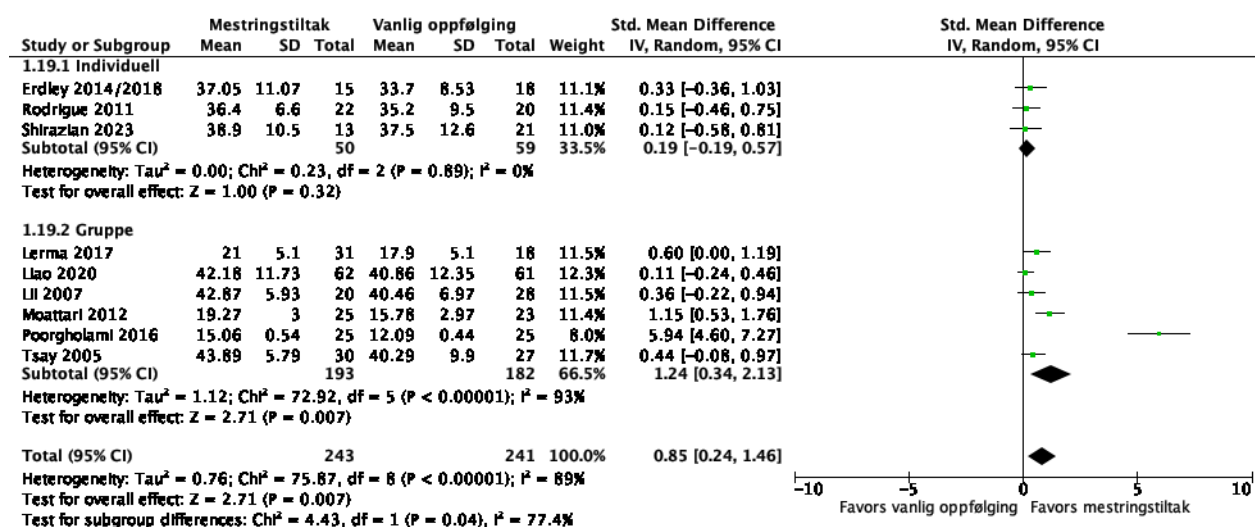
SMD (95% CI) = 0,85 (0,24 til 1,46) — stor klinisk viktig forskjell — liten tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,85 (0,24 til 1,46) rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning i fysisk livskvalitet. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en stor klinisk viktig forskjell. Tilliten til dette resultatet er liten, og det betyr at vi er noe usikre på om denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

På lengre sikt

Ingen av studiene rapporterer på fysisk livskvalitet på lengre sikt. Vi vet dermed ikke noe om effekten en stund etter at man har deltatt på mestringstiltak.

Figur 19. Metaanalyse (forrest plot) på livskvalitet – fysisk komponent



Kritisk vurdering

Når vi oppsummerer studier og presenterer et resultat, er det viktig å si noe om hvor mye tillit vi kan ha til dette. Det handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten. Her oppsummeres våre vurderinger av hvor stor tillit vi kan ha til effektestimater for hvert utfall om livskvalitet. Der hvor tilliten er annet enn stor, er grunn til justering av tilliten forklart i teksten under tabellen.

Tabell 18. «GRADE Summary of findings table» for livskvalitet

Mestringstiltak sammenlignet med oppfølging for personer med kronisk nyresykdom						
Patient or population: personer med kronisk nyresykdom						
Setting: alle helsesetter						
Intervention: mestringstiltak						
Comparison: vanlig oppfølging						
Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with vanlig oppfølging	Risk with mestringstiltak				
Generell livskvalitet	-	SMD 1.02 SD higher (0.38 higher to 1.67 higher)	-	483 (9 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	Mestringstiltak may result in a large increase in generell livskvalitet.
Psykisk livskvalitet	-	SMD 0.36 SD higher (0.17 higher to 0.54 higher)	-	450 (8 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	Mestringstiltak probably increases psykisk livskvalitet slightly.
Fysisk livskvalitet	-	SMD 0.85 SD higher (0.24 higher to 1.46 higher)	-	484 (9 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^b	Mestringstiltak may result in a large increase in fysisk livskvalitet.

*The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the **relative effect** of the intervention (and its 95% CI). **CI**: confidence interval; **MD**: mean difference; **SMD**: standardised mean difference

Explanations

a. Downgraded -1 for potentially high risk of selection bias (random sequence generation and allocation concealment), performance bias, and detection bias

b. Downgraded -1 for high heterogeneity (>85%)

Effekt på sosial fungering

Sosial fungering kan i korte trekk beskrives som evne eller ferdigheter til å sosialisere og kommunisere med andre mennesker og å delta i samfunnet.

Kort oppsummert

Hos personer med kronisk nyresykdom viser resultatene at (tabell 19):

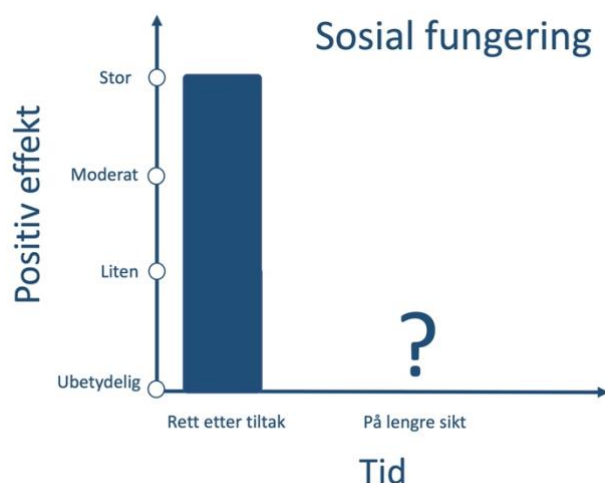
- **sosial fungering** øker eller bedres trolig betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Det er usikker effekt på lengre sikt da vi har svært liten tillit til resultatet (kun én liten studie rapporterer dette).

Tabell 19. Sosial fungering. Kort oppsummert effekt med kritisk vurdering

Hva skjer?	Hvor stor forskjell?	Tillit til resultatet ¹	Tallene bak
Sosial fungering (rett etter tiltak er avsluttet) Sosial fungering øker trolig betydelig rett etter å ha deltatt på mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Stor	 Moderat	1,03 SMD ² bedre sosial fungering (0,51 til +1,55)*
* Tallene i parentes viser feilmarginen (95 % konfidensintervall) – et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfeldigheter. ¹ Tilliten til resultatet handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten. ² Standardized Mean Difference (standardisert gjennomsnittsforskjell). SMD er brukt fordi primærstudiene har målt utfallene på ulike måter. Når vi forenkler tolkningen av SMD er ~0,2 «liten effekt», ~0,5 «moderat effekt» og ~0,8 «stor effekt». ³ Mean Difference (gjennomsnittsforskjell). Tolkningen av effekten avhenger av størrelsen på skalaen som brukes.			

Forskningen som ligger til grunn, viser at mestringstiltak trolig øker eller bedrer sosial fungering hos personer med kronisk nyresykdom og at denne økningen gjenspeiler en stor klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (moderat tillit til resultatet). Det er usikker effekt på lengre sikt da vi har svært liten tillit til resultatet (kun én liten studie rapporterer dette). De oppsummerte resultatene er også illustrert i figur 20.

Figur 20. Effekt av mestringstiltak på sosial fungering



Tallene bak

Rett etter tiltaket

Ni studier [26, 32, 33, 37, 38, 40, 42, 47, 49] med til sammen 465 personer undersøkte effekt av mestringstiltak på sosial fungering rett etter tiltaket var avsluttet. Metaanalysen viser at effekten av mestringstiltak **rett etter tiltaket er avsluttet** er:

SMD (95% CI) = 1,03 (0,51 til 1,55) — stor klinisk viktig forskjell — moderat tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 1,03 (0,51 til 1,55) rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning eller bedring i sosial fungering. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en stor klinisk viktig forskjell. Tilliten til dette resultatet er moderat, og det betyr at vi er nokså sikre på at denne effekten ligger opp mot virkeligheten.

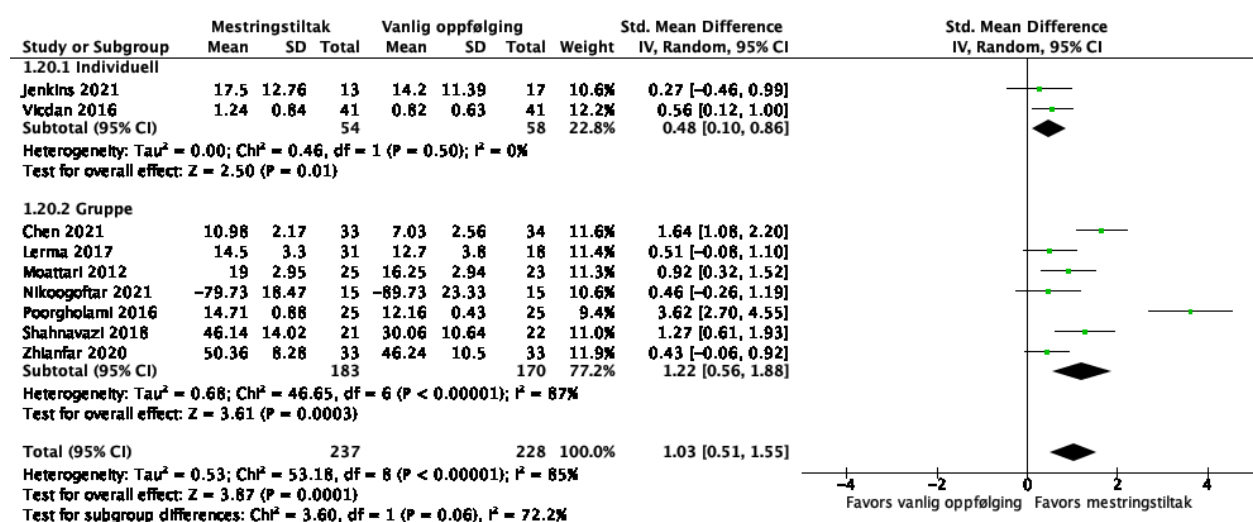
På lengre sikt

Én studie [32] med 30 personer rapporterer effekten av mestringstiltak på sosial fungering **etter 6 måneder**:

MD (95% CI) = 2,19 (-5,68 til +10,06) — liten klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Tre til seks måneder etter tiltaket er avsluttet er gjennomsnittsforskjellen (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) 2,19 (-5,68 til +10,06). Rent tallmessig viser effektestimatet en økning eller forbedring i sosial fungering. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en liten klinisk viktig forskjell på en skala fra 0-40 som ble brukt for å måle dette utfallet. Tilliten til dette resultatet er derimot svært liten, og det betyr at vi ikke kan si noe sikkert om hvor nær denne effekten ligger opp mot virkeligheten.

Figur 21. Metaanalyse (forrest plot) på sosial fungering



Kritisk vurdering

Når vi oppsummerer studier og presenterer et resultat, er det viktig å si noe om hvor mye tillit vi kan ha til dette. Det handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten. Her oppsummeres våre vurderinger av hvor stor tillit vi kan ha til effektestimatet for utfall om sosial fungering. Der hvor tilliten er annet enn stor, er grunn til justering av tilliten forklart i teksten under tabellen.

Tabell 19. «GRADE Summary of findings table» for sosial fungering

Mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging for personer med kronisk nyresykdom						
Patient or population: personer med kronisk nyresykdom Setting: alle helsesettinger Intervention: mestringstiltak Comparison: vanlig oppfølging						
Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	Nº of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with vanlig oppfølging	Risk with mestringstiltak				
Sosial fungering	-	SMD 1.03 SD higher (0.51 higher to 1.55 higher)	-	465 (9 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	Mestringstiltak probably results in a large increase in sosial fungering.
*The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the relative effect of the intervention (and its 95% CI). CI: confidence interval; MD: mean difference; SMD: standardised mean difference						
Explanations a. Downgraded -1 for potentially high risk of selection bias (random sequence generation and allocation concealment), performance bias, and detection bias						

Helseinformasjon til pasienter, brukere og pårørende

Gjennom den offentlige helseforvaltningskanalen [Helsenorge.no](https://helsenorge.no) skal man finne kvalitetssikret og oppdatert informasjon om helse, livsstil, sykdom, behandling og rettigheter [18]. Denne helseinformasjonen skal være levert og kvalitetssikret av offentlige helseaktører. Innholdet skal kvalitetssikres gjennom Helsenorges retningslinjer for kvalitet [19].

Vurdering av utformingen av helseinformasjonen

Per januar 2024 er informasjonen på Helsenorge om [kronisk nyresykdom](#) [50] ikke mulig å vurdere om har fulgt Helsenorges retningslinjer for kvalitet [19] da det ikke er oppgitt nok informasjon om hvordan innholdet har blitt utformet. Se [vurderingen i resultatdelen vedlegget](#) (side 169) for mer detaljer.

Vurdering av innholdet i helseinformasjonen

I tillegg til å undersøke innholdet i henhold til Helsenorges retningslinjer for kvalitet [19], undersøkte vi hvorvidt informasjonen på Helsenorges informasjonsside om [kronisk nyresykdom](#) [50] oppfylte våre forhåndsdefinerte kriterier for hva en slik helseinformasjonsside til pasienter, brukere og pårørende bør inneholde (se tabell 20).

Tabell 20. Vurdering av innholdet i helseinformasjonen

Kriterium	Vurdering
1. Framgår det at det har vært brukermedvirkning i utforming av informasjonen?	Ikke oppgitt
2. Framgår alle aktuelle forebyggende-, behandlings- og oppfølgingsalternativer?	Delvis oppgitt
3. Framgår det informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud?	Ikke oppgitt
4. Framgår det hvor mange som er rammet i Norge?	Ikke oppgitt
5. Framgår prognosen?	Delvis oppgitt
6. Framgår det hvilke plikter og ansvar pasienter og pårørende selv har?	Ikke oppgitt
7. Er aktuelle bruker- og pårørendeorganisasjoner listet opp?	Ikke oppgitt
8. Er aktuelle nasjonale faglige retningslinjer eller veiledere listet opp?	Ikke oppgitt
9. Finnes det samvalgsverktøy?	Oppgitt

Basert på våre egne forhåndsdefinerte kriterier for hva en helseinformasjonsside til pasienter, brukere og pårørende bør inneholde, er informasjonssiden om [kronisk nyresykdom](#) på Helsenorge [50] per januar 2024 for generelt og mangelfull. Informasjon om sykdommen (årsaker, sykdomsforløp, symptomer, forebygging, behandling, prognose og forekomst) og rettigheter er for generell og bør være noe mer utfyllende. Det mangler informasjon om bruker- og pårørendeorganisasjoner, informasjon om psykisk helse og hvor man kan få støtte og hjelp og informasjon om kunnskapsbaserte nasjonale faglige retningslinjer. Dette bør, slik vi vurderer det, være tilgjengelig fra en offentlig helseinformasjonsside som denne. Se [vurderingene i resultatdelen i vedlegget](#) (side 171) for mer detaljer.

Vurdering av innholdet i helseinformasjonen fra et brukerperspektiv

For å kunne utforme og lage helseinformasjon som er relevant, kvalitetssikret, oppdatert og forståelig for de som skal bruke informasjonen, er det viktig å få et innblikk i hvem målgruppen er og hva som er viktig for akkurat dem. Ved å få denne innsikten, står man bedre rustet til å utforme helseinformasjon som kan bidra til å fremme helsekompetanse. Her følger en brukers beskrivelse av sine informasjonsbehov og en vurdering av offentlig tilgjengelig helseinformasjon basert på disse behovene.

Mitt informasjonsbehov

Informasjon som er skreddersydd både til meg som har kronisk nyresykdom, men også til mine nærmeste, er viktig. Det gjelder informasjon om fysisk helse, psykisk helse, mental trening og seksuell helse. Når man får en diagnose som kronisk nyresykdom, er det viktig å få informasjon og tydelige avklaringer på hva jeg selv kan gjøre og hva helsetjenesten sitt ansvar er. I dag ser jeg at det er mitt ansvar å gjøre det jeg kan for å holde helsa så bra som mulig. Det tenkte jeg ikke på i 1998 da jeg fikk diagnosen. Mitt ansvarsområde som pasient er å forebygge eller bremse videre sykdomsutvikling ved å holde min fysiske og psykiske helse så god som mulig og å unngå å utvikle andre sykdommer som ofte kan oppstå som en konsekvens, for eksempel hjerte- og karsykdommer. Det er også ofte underliggende sykdom og helserisiko som kan føre til at man får kronisk nyresykdom, eksempelvis diabetes eller høyt blodtrykk, som også skal behandles og følges opp samtidig. Så da blir det viktig å gi god informasjon til riktig tid. God og kunnskapsbasert informasjon om **hva** man selv kan gjøre **når** i sykdomsforløpet og god informasjon om **hvordan** du gjør endringer i livet ditt og **hvor** man kan henvende seg for å få støtte og hjelp, er helt avgjørende.

Ved siden av god informasjon helt fra start, ønsker jeg å leve livet så normalt som mulig med de rollene jeg har. Man kan ofte ha flere roller samtidig som er viktige å opprettholde så godt som mulig, for

eksempel å være partner, forelder, venn og arbeidstaker. God informasjon både til meg som har sykdommen, men også til de personene som har de viktigste og næreste rollene i mitt liv er også utrolig viktig. For eksempel om hvordan kan jeg snakke med mine barn og min partner om sykdommen og hvordan kan jeg ha en god og åpen dialog med arbeidsgiver dersom jeg er i arbeid og ønsker å være det så lenge som mulig? Hvor kan disse personene finne god og tilpasset informasjon om det jeg går igjennom og hvordan de kan bidra eller støtte meg? Og, ikke minst, hvor kan de søke støtte og hjelp?

For noen vil det å leve med kronisk nyresykdom omfatte enorme omveltninger som kan gi følelsesmessige reaksjoner som sorg, sinne, stress, angst, depresjon og sosial isolasjon. Det kan være ekstra vanskelig og belastende å gjøre en god jobb med å forebygge videre sykdomsutvikling gjennom egeninnsats og å følge medisinsk behandling på en god måte når man ikke fungerer følelsesmessig eller sosialt. Det er derfor utrolig viktig å få god informasjon og god støtte for å fremme god psykisk helse og mestring. God helhetlig informasjon som tar for seg mer enn bare medisinsk behandling er derfor helt avgjørende for å oppnå de beste resultatene for den enkelte, men også for samfunnet.

Vurdering av helseinformasjonen fra et brukerperspektiv

Informasjonssiden om [kronisk nyresykdom](#) på Helsenorge [50] ble også gjennomgått fra et brukerståsted. Helhetlig helseinformasjon er ofte et stort umøtt behov. Det er ønskelig med mer informasjon enn den som er tilgjengelig på Helsenorges informasjonsside om [kronisk nyresykdom](#) [50] i dag. Fra et brukerperspektiv bør en helseinformasjonsside om en kronisk sykdom eller helseutfordring ha informasjon om:

1. pasient-, bruker- og pårørendeorganisasjoner
2. hva sykdommen er (årsaker, sykdomsforløp, prognose og forekomst)
3. om hvordan man kan bremse sykdommen (medisiner, kosthold og trening)
4. om vanlige symptomer eller plager som søvnvansker, smerter og utmattelse
5. om stress og psykiske reaksjoner
6. om rettigheter
7. om det å håndtere og å mestre sykdommen og livet
8. informasjon rundt arbeidsliv
9. informasjon eller ressurser til pårørende (spesielt til barn som pårørende)
10. hva som er pasienter og pårørendes ansvar og hva som er helsetjenestens ansvar

Fra et brukerperspektiv mangler informasjonssiden om [kronisk nyresykdom](#) på Helsenorge [50] informasjon om punkt 1, 4, 5, 7, 8, 9 og 10. Informasjonen tilgjengelig på informasjonssiden rundt punkt 2, 3 og 6 er ikke utfyllende og helhetlig nok slik den framstår i dag (januar 2024). Helhetlig, kvalitetssikret og oppdatert informasjon om kronisk nyresykdom via Helsenorge vil mest sannsynlig kunne øke tilgjengeligheten til informasjon for flere og kanskje bidra til bedre helsekompetanse.

Vurdering av tilgjengelighet av innholdet

For å få et inntrykk av hvor tilgjengelig Helsenorges informasjonsside om [kronisk nyresykdom](#) [50] er for personer som søker på nettet på dette temaet, søkte vi i Google (inkognito) i januar 2024 og fant at Helsenorge var godt representert i søker treffene, men at det kan være behov for ytterligere søkemotoroptimalisering for noen av søketermene, eksempelvis termen «dialyse». Se resultatene av [søket i Google i resultatdelen i vedlegget](#) (side 171) for mer informasjon.

Anbefalinger og føringer for praksis

Vi søkte etter kunnskapsbaserte nasjonale retningslinjer og veiledere utgitt av Helsedirektoratet for å kartlegge hva slags føringer og anbefalinger fagpersoner i helse- og omsorgstjenestene skal kjenne til og praktisere etter for å behandle og følge opp pasienter med kronisk nyresykdom og deres pårørende.

Per januar 2024 fant vi ingen kunnskapsbaserte nasjonale retningslinjer eller veiledere om helhetlig behandling og oppfølging av personer med kronisk nyresykdom. Vi fant kun én retningslinje for diabetes fra 2016 [51]. Vi gjennomgikk ikke denne retningslinjen da kronisk nyresykdom kun er sporadisk tematisert i kapittel 8.

Vi undersøkte om det fantes kunnskapsbaserte retningslinjer for helhetlig behandling og oppfølging av personer med kronisk nyresykdom fra andre land med sammenlignbare helsesystemer. Vi fant den britiske retningslinjen «*Chronic kidney disease: assessment and management*» publisert i 2021 [52]. Retningslinjen er utformet i henhold til anerkjente metoder og prosesser for kunnskapsbaserte retningslinjer [53]. Denne retningslinjen er utformet gjennom en tydelig beskrevet metode og prosess som krever samarbeid mellom forskere, fagfolk og personer med brukererfaring. Informasjonen i retningslinjen er lett tilgjengelig og har et tydelig og gjennomskiktig beslutningsgrunnlag bak anbefalingene med referanser.

Av spesiell interesse for lærings- og mestringsfeltet har denne retningslinjen om behandling og oppfølging av personer med kronisk nyresykdom også anbefalinger om informasjon og opplæring til personer med kronisk nyresykdom i kapittel 1.4 [52]. Forenklet kan anbefalingene i kapittel 1.4 [52] oppsummeres:

- Informasjon og opplæring skal skreddersys til alvorlighetsgraden, årsaken, medfølgende komplikasjoner og risikoen for forverring av kronisk nyresykdom.
- Utvikling av informasjon og opplæring skal involvere brukerne.
- Pasienter, brukere og pårørende skal gis informasjon av høy kvalitet eller pasientopplærings- eller mestringstiltak som er tilpasset alvorlighetsgraden av sykdommen og gi nok tid til å forstå og ta velinformerte beslutninger og valg om behandling.
- Fagpersoner i helsetjenesten som gir informasjon og opplæring skal ha spesialisert kunnskap innen kronisk nyresykdom og nødvendig kunnskap i å legge til rette for læring.
- Det skal tilbys støtte for psykisk håndtering og mestring av livet med kronisk nyresykdom.
- Det skal gis råd og oppmuntring til livsstilsendringer, spesielt med å gi kostholdsråd.
- Personer med kronisk nyresykdom og deres pårørende skal støttes i egenmestring eller egenomsorg gjennom informasjon, beslutningsstøtte og tilgang til egne medisinske data.

Systematisk oversikt om effekt av mestringstiltak

Hva resultatene viser

Denne systematiske kunnskapsoppsummeringen har undersøkt effekten av mestringstiltak på hvordan man håndterer og mestrer livet med kronisk nyresykdom. Resultatene viser at mestringstiltak trolig er nyttig for personer med kronisk nyresykdom. Denne nytten er synlig i form av økt egenmestring, mestringstro, psykisk livskvalitet og sosial fungering. Samtidig ser vi trolig en reduksjon i stress, angst- og depresjonssymptomer. Dette er i tråd med hensikten med lærings- og mestringstilbud [3]. Disse resultatene sammenfaller godt med resultatene fra andre systematiske oversikter [54-58] hvor de har undersøkt tiltak som tilsvarer eller ligner på mestringstiltak.

Mestringstiltak fører trolig til en stor klinisk relevant økning i egenmestring (moderat tillit til resultatet). Denne store positive effekten er også gjenspeilet i to systematiske oversikter som undersøkte effekten av pasientaktiveringstiltak [56] og helsekompetansefremmende tiltak [55]. De hadde henholdsvis stor tillit [56] og liten tillit [55] til disse resultatene.

Mestringstiltak fører trolig til en stor klinisk relevant økning i mestringstro (moderat tillit til resultatet). Denne store positive effekten er også funnet i en systematisk oversikt [58] som undersøkte effekten av mestringstiltak (med større variasjon i innhold og format), men de har ikke vurdert tilliten til resultatet. To systematiske oversikter som undersøkte effekten av henholdsvis pasientaktiveringstiltak [56] og helsekompetansefremmende tiltak [55] fant en moderat klinisk relevant økning i mestringstro. Tilliten til effekten på mestringstro er moderat i den ene systematiske oversikten [56] og liten i den andre [55].

Mestringstiltak fører trolig til en moderat klinisk relevant reduksjon i depresjonssymptomer (moderat tillit til resultatet). Denne moderate positive effekten er også gjenspeilet i en systematisk oversikt [58] som undersøkte effekten av mestringstiltak (med større variasjon i innhold og format), men de har ikke vurdert tilliten til resultatet. To systematiske oversikter [54, 57], som begge undersøkte effekten av psykososiale tiltak, fant en stor klinisk relevant reduksjon i depresjonssymptomer, men tilliten til resultatet er liten.

Mestringstiltak fører trolig til en moderat klinisk relevant reduksjon i angstsymptomer (moderat tillit til resultatet). Denne moderate positive effekten er også funnet i en systematisk oversikt [58] som undersøkte effekten av mestringstiltak (med større variasjon i innhold og format), men de har ikke vurdert tilliten til resultatet. En annen systematisk oversikt [54], som undersøkte effekten av psykososiale tiltak, fant en stor klinisk relevant reduksjon i depresjonssymptomer, men tilliten til resultatet er liten.

Mestringstiltak fører trolig til en liten klinisk relevant økning i psykisk livskvalitet (moderat tillit til resultatet). En systematisk oversikt [58] som undersøkte effekten av mestringstiltak (med større variasjon i innhold og format) fant moderat klinisk relevant økning, men de har ikke vurdert tilliten til resultatet. En annen systematisk oversikt [56], som undersøkte effekten av pasientaktiveringstiltak, fant en liten klinisk relevant økning i psykisk livskvalitet, med liten tillit til resultatet.

Mestringstiltak fører trolig til en stor klinisk relevant økning i sosial fungering i form av sosial støtte (moderat tillit til resultatet). Vi fant ingen systematiske oversikter som presenterer effektestimater for effekten av lignende tiltak som mestringstiltakene undersøkt her for akkurat dette utfallet. Vår systematiske kunnskapsoppsummering er dermed et viktig bidrag til eksisterende oppsummert forskning om effekt av mestringstiltak på sosial fungering.

Mestringstiltak fører kanskje til en stor klinisk relevant økning i generell livskvalitet (liten tillit til resultatet). To systematiske oversikter har tilsvarende funn om effekten av psykososiale tiltak [54, 57] hvor effekten også er av stor klinisk relevant betydning med henholdsvis moderat tillit [54] og liten tillit [57] til dette resultatet. I en annen systematisk oversikt, som ikke har kritisk vurdert resultatet, fant de at mestringstiltak (med større variasjon i innhold og format) gir en moderat klinisk relevant økning i livskvaliteten [58]. En systematisk oversikt som undersøkte effekten av helsekompetansefremmende tiltak [55] fant derimot ingen effekt på livskvalitet (uten å presentere effektestimatet). Mestringstiltak fører kanskje til en liten, men klinisk relevant økning i fysisk livskvalitet (liten tillit til resultatet). Denne effekten på fysisk livskvalitet er nesten identisk med funnene i to systematiske oversikter som undersøkte effekten av psykososiale tiltak [56] og mestringstiltak (med større variasjon i innhold og format) [58]. Den ene systematiske oversikten hadde liten tillit til resultatet [56] mens den andre ikke hadde vurdert tilliten til resultatet [58].

Det er usikker effekt på rollefungering, fysisk fungering, fysiske symptomer som smerter og utmattelse og vaner eller atferd (som kosthold, fysisk aktivitet og søvn). Effekten er usikker enten fordi tilliten til resultatet er svært liten, eller at det ikke finnes noen studier som undersøker effekt på disse utfallene. Merk at det er disse utfallene som er høyest prioritert fra et brukerperspektiv. Dette kan tolkes som at det er et gap mellom hva som kan oppleves som viktig av en person med kronisk nyresykdom og hva forskningen prioriterer å undersøke effekt på. Hvorvidt det er sammenheng mellom studienes fravær av brukermedvirkning og deres manglende rapportering på utfall som er viktige fra et brukerperspektiv, bør undersøkes nærmere. Konklusjonen er følgelig at det trengs mer forskning i form av studier som tallfester effekten av mestringstiltak på rollefungering, fysisk fungering, fysiske symptomer og vaner eller atferd.

Hvilken effekt mestringstiltak kan ha på lengre sikt, vet vi for lite om til å kunne komme med en konklusjon. For få studier holdt på lenge nok til at vi kunne vurdere hva effekten var etter flere måneder eller år. Det er behov for flere studier som måler effekten en god stund etter at mestringstiltaket er ferdig.

Da alle studiene var utført i en spesialisert helsetjenestesetting og over to tredjedeler av studiene omhandlet personer med kronisk nyresykdom i endestadiet [24, 25, 27, 28, 32-35, 37, 39-46, 48, 49] kan det tyde på at kronisk nyresykdom hittil ikke har blitt prioritert eller fulgt opp på en helhetlig måte i tidlige stadier av sykdommen.

Vi fant ingen studier som undersøkte effekten av mestringstiltak hos barn og unge med kronisk nyresykdom. Som hos voksne med kronisk nyresykdom [59], har barn og unge også ulike psykososiale behov som er viktige å adressere og imøtekomme [60]. Barn og unge opplever at flere av deres behov for støtte ikke alltid blir møtt i møte med tjenestene.

En tredjedel av de inkluderte forskningsstudiene er publisert de siste fem årene (2019-2023) [24-26, 32, 34, 36, 38, 43, 49]. Likevel oppgir ingen av studiene å ha samarbeidet med personer med brukererfaring i planlegging og/eller gjennomføring av forskningen. Norske myndigheter og institusjoner har over tid oppfordret eller krevd brukermedvirkning i forskning. For eksempel har den nasjonale helse- og forskningsstrategien HelseOmsorg21 oppfordret til brukermedvirkning i alle faser av anvendt og klinisk helse- og omsorgsforskning [61]. Om vi hadde fanget opp noen norske eller skandinaviske studier,

kunne vi ha vurdert om den økte satsningen på brukermedvirkning fra myndighetenes side er gjenspeilet i forskningspraksisen.

Det er svært ønskelig med flere og større studier som undersøker effekt av mestringstiltak for personer med kronisk nyresykdom i alle stadier av sykdommen, i alle aldre og i flere helsesettinger enn i spesialisthelsetjenesten. I tillegg hadde det vært ønskelig med flere studier i denne kunnskapsoppsummeringen som er utført i et helsesystem som er mer likt det norske. Videre ønsker vi at flere studier undersøker mestringstiltak slik vi har definert det og måler effekt i utfall som sier noe om livspåvirkning i form av håndtering og mestring av livet med sykdom eller andre helseutfordringer.

Det er i tillegg verdt å merke seg at metaanalysene på egenmestring, mestringstro, depresjonssymptomer, angstsymptomer, stress, generell livskvalitet, psykisk livskvalitet, fysisk livskvalitet og sosial fungering basert på totalskår er bekreftet i metaanalyser basert på endringsskår. I tillegg til å bekrefte retningen av effektene, viser disse metaanalysene at størrelsen på effekten gjennomgående kan være noe større enn det vi rapporterer. Dette tolkes dithen at resultatene presentert her er de mest beskjedne og at det dermed ikke er umulig å se for seg at effektene av mestringstiltak kan være større enn de effektene tallfestet i denne systematiske kunnskapsoppsummeringen.

Betydning av resultatene for praksis

Mestringstiltak for personer med kronisk nyresykdom ser ut til å ha en helsefremmende effekt på kort sikt. Dette er til tross for at innhold, ledelse eller fasilitering av mestringstiltaket varierte. De fleste mestringstiltak ble gjennomført og/eller fasilitert av sykepleiere. De ledet tiltaket alene eller i samarbeid med annen fagperson, for eksempel en psykolog. I noen studier var det forskere som stod for eller fasiliterte mestringstiltaket. I nesten halvparten av studiene hadde den som ledet mestringstiltaket fått en form for opplæring på forhånd. Denne opplæringen var imidlertid sjeldent beskrevet godt nok til å informere hva som kreves av dem som skal planlegge og gjennomføre mestringstiltak.

Settingen var utelukkende i spesialisthelsetjenesten, og det gjenspeiler hvor personer med kronisk nyresykdom stort sett får ulike tilbud og tiltak i Norge i dag. Vi ser imidlertid ingen grunn til at personer med kronisk nyresykdom ikke også kan følges opp gjennom lærings- og mestringstilbud i kommunehelsetjenesten. Med hovedmål om fungering og mestring i hverdagen og livet er hovedmålene dermed i stor grad diagnoseovergripende og kan tilbys ved behov og ikke altfor sent i sykdomsforløpet. Kommunale tilbud vil kunne bidra til å styrke tilbudene for personer med nyresykdom på landsbasis og burde tilbys så tidlig som mulig og med så lav terskel som mulig. Ved å prioritere å følge opp personer med kronisk nyresykdom i tidligere stadier av sykdommen på en systematisk måte gjennom kommunehelsetjenesten, er det grunn til å tro at dette forebyggende og helsefremmende arbeidet vil kunne gi gode avkastninger for den enkelte og for samfunnet.

Mestringstiltakene ble gitt i gruppe eller som en kombinasjon av gruppe og individuelt i et flertall av studiene og som individuelt tiltak i et fåtall av studiene. Det er derfor sannsynlig at effektestimaterne og dermed resultatene og konklusjonene mest reflekterer mestringstiltak gitt i en gruppesetting. Dette støtter trolig ytterligere opp om at det kan tilbys god mestringsstøtte i form av diagnoseovergripende kommunale tilbud for personer med kronisk nyresykdom, spesielt i et forebyggende og helsefremmende perspektiv.

Lærings- og mestringsfeltet er hele tiden i utvikling, samtidig som det er preget av mange fagfelt og fagpersoner med ulike tilnærminger og teoriforankringer. Det er et komplekst felt med stor variasjon i forståelse av termer og begreper. Det gjør det utfordrende å skulle forsøke å tolke hva som er hva blant

ulike komponenter eller elementer i et mestringstiltak. Følgelig er mestringstiltak også komplekse og lar seg vanskelig dele inn i logiske underkomponenter eller elementer. Vi har likevel forsøkt oss på en forsiktig grovinndeling (se tabell 5 og 6). Denne inndelingen er imidlertid kun ment som bakgrunn for videre utforskning. Vi håper like fullt at vårt forslag kan være til nytte for personer i praksis som ønsker å sette i gang eller videreutvikle eksisterende mestringstiltak.

Når det gjelder brukermedvirkning i forskning, hadde kun et fåtall studier medvirkning av personer med erfaring med kronisk nyresykdom i selve utførelsen av tiltaket. Vi fant ingen studier som rapporterte å ha involvert personer med brukererfaring i utvikling, planlegging og/eller evaluering av tiltaket. Vi rapporterer her på brukermedvirkning med ønske om å tallfeste forekomsten og fordi vi håper å bidra til større søkelys på medvirkning som forutsetning for å lage brukervennlige, tilgjengelige og relevante mestringstiltak for de som skal delta.

Til slutt har vi merket vi oss ved at nesten halvparten av studiene som er inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen er fra Iran. Hvorfor er dette landet overrepresentert i forskningen om hvordan håndtere og mestre livet med kronisk nyresykdom? Det viser seg at Iran er noe overrepresentert i statistikken fordi landet har en forekomst av kronisk nyresykdom på 15,1 prosent [62] sammenlignet med rundt 10 prosent på verdensbasis [1]. Det er ønskelig med flere studier fra helsesettinger som er mer like de norske for å kunne være så sikre som mulig på at funnene er direkte overførbare.

Om lag en tredjedel av alle studiene vi fant er utenfor åpen tilgang (på engelsk "open access") som betyr at de færreste har tilgang til dem. Noen få kan ha tilganger gjennom institusjonene de jobber i, eksempelvis gjennom universitetsbibliotek eller helseforetak. For de fleste pasienter, brukere og pårørende, og kanskje også helsepersonell, vil det ikke være mulig å få tak i studiene med mindre man betaler for tilgangen og bestiller dem. Systematiske kunnskapsoppsummeringer, som denne, spiller derfor en viktig rolle for å bedre tilgangen til hele kunnskapsgrunnlaget gjennom detaljerte dataauthentingsskjemaer, strukturerte og kvalitetsvurderte sammenstillinger og resultater.

Betydning av resultatene i et brukerperspektiv

Resultatene av kunnskapsoppsummeringen ble vurdert av en person med erfaring fra å leve med kronisk nyresykdom. Her følger personens korte oppsummering av betydningen av forskningen.

Funnene i denne systematiske kunnskapsoppsummeringen gjenspeiler en del av min opplevelse av hvor viktig lærings- og mestringskurs er for personer med kronisk nyresykdom i et «å leve med»-perspektiv. Effekten av mestringstiltak ser lovende ut for flere utfall som sier noe hvordan man har det og «hvordan man tar det». Å styrke mestringstroen og egenmestringen har jeg selv erfart er meget viktig for å klare å få til endringer i både hvordan jeg tenker, føler og handler. At resultatene fra denne kunnskapsoppsummeringen gir så gode og oppløftende resultater for akkurat dette, overrasker meg derfor ikke. Følelsesmessig fungering, som sier noe om hvordan man har det, påvirkes også positivt i form av å få mindre eller færre symptomer på depresjon, angst og stress. Det er usikkert hvilken effekt mestringstiltak har på rollefungering, fysisk fungering, fysiske symptomer som smerter og utmattelse samt vaner og atferd (som kosthold, søvn og fysisk aktivitet). Disse utfallene var de jeg rangerte som de viktigste for meg. Kan det være fordi studiene ikke hadde noen vesentlig grad av brukermedvirkning? Faktisk oppga ingen av studiene å ha brukermedvirkning i selve forskningen, og det er spesielt overraskende gitt at så mange av studiene var publisert de siste årene.

Helseinformasjon til pasienter, brukere og pårørende

Vi gjorde en enkel gjennomgang av helseinformasjonen om kronisk nyresykdom via den offentlige helseforvaltningskanalen Helsenorge. Denne helseinformasjonen ble undersøkt ut ifra Helsenorges egne retningslinjer for kvalitet [19], våre forhåndsdefinerte kriterier for hva en slik helseinformasjonsside til pasienter, brukere og pårørende bør inneholde (se [protokoll](#)) og vurdering av innholdet fra et brukerperspektiv.

Selv om Helsenorge har egne retningslinjer for kvalitet [19] som innholdsleverandører skal følge med tanke på utforming av innholdet, var det ikke mulig å vurdere om kriteriene er oppfylt for Helsenorges informasjonsside om [kronisk nyresykdom](#) [50]. Vi har forsøkt å vurdere om kriteriene er oppfylt, men fant ikke utfyllende nok informasjon om hvordan arbeidet med innholdet var utført fra innholdsleverandøren til å kunne gjøre en grundig vurdering. Helsenorges retningslinjer for kvalitet [19] vurderes som gode og løfter fram kunnskapsbasert praksis og etterrettelighet som skal sikre at den informasjonen som gis til brukere, pasienter og pårørende gjennom Helsenorge er god, balansert, oppdatert og kvalitetssikret. Dersom vi skal gi konstruktive tilbakemeldinger på forbedringsmuligheter for Helsenorges retningslinjer for kvalitet [19], er det ønskelig å få operasjonalisert eller eksemplifisert tydelig nok kriteriene til å kunne gi en objektiv vurdering og dermed kunne etterprøves. Da vil kriteriene trolig oppleves som noe mindre generelle og vil være mindre utsatt for subjektive tolkninger. Å samle gode eksempler på ulike helseinformasjonssider som oppfyller alle kriteriene i Helsenorges retningslinjer for kvalitet [19] vil vi foreslå som et nyttig og inspirerende verktøy for innholdsleverandører å jobbe etter. I tillegg er det helt nødvendig at framgangsmåten og kvalitetssikringsarbeidet foretatt av innholdsleverandører tilgjengeliggjøres direkte fra innholdssiden. En tydelig beskrivelse av hvordan informasjonen er innhentet, brukertilpasset og kvalitetssikret og hvem som er fagansvarlig og kan kontaktes om innholdet bør fremkomme direkte.

God informasjonstilgjengelighet er en av mange forutsetninger for å sikre tilfredsstillende helsekompetanse blant befolkningen. Grunnleggende helseinformasjon bør derfor være tilgjengelig på flere språk. Helsenorges informasjonsside om [kronisk nyresykdom](#) [50] er per januar 2024 tilgjengelig på kun norsk (bokmål).

I tillegg til Helsenorges retningslinjer for kvalitet [19], vurderte vi innholdet på Helsenorges informasjonsside om [kronisk nyresykdom](#) [50] etter egne forhåndsdefinerte kriterier for hva en slik helseinformasjonsside til pasienter, brukere og pårørende bør inneholde. Vår vurdering er at en del informasjon mangler eller er ufullstendig. Informasjon om brukermedvirkning i utforming av innholdet, informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringskurs (pasientopplæring), informasjon om plikter og ansvar pasienter selv har, informasjon om aktuelle bruker- og pårørendeorganisasjoner og informasjon om kunnskapsbaserte nasjonale faglige retningslinjer og veiledere er blant informasjonen som mangler per januar 2024. I tillegg er informasjonen noe ufullstendig eller for generell rundt forekomst, prognose og forebygging. Informasjon rundt forebygging er for generell og informasjon om psykiske helseutfordringer som kan oppstå mangler. Vi oppfordrer til å ta inn denne type informasjon i neste oppdatering av Helsenorges retningslinjer for kvalitet [19].

Fra et brukerperspektiv er Helsenorges informasjonsside om [kronisk nyresykdom](#) [50] ikke omfattende nok til å dekke viktige informasjonsbehov. Informasjon mangler blant annet om bruker- og pårørendeorganisasjoner, hva som er pasienter og pårørendes ansvar, om arbeidsliv, om søvnvansker, stress og psykiske reaksjoner. Det burde vært mer utfyllende informasjon rundt sykdommen (årsaker, sykdomsforløp, prognose og forekomst), om hvordan man kan bremse sykdommen (medisiner, kosthold, trening) og om rettigheter.

Alt i alt vurderer vi innholdet på informasjonssiden om [kronisk nyresykdom](#) på Helsenorge [50] til å være for generell. Informasjonssiden kan bli mer nyttig og helhetlig med videre utvikling og tilpassing av innholdet. Det mangler noe informasjon vi anser å være viktig for å kunne fungere som en helhetlig informasjonsside om kronisk nyresykdom til pasienter, brukere og pårørende. Vi vil imidlertid trekke fram at vi oppfatter språket som relativt lettlest, lenkene til andres informasjon fungerer og det ser ut til at det er en logisk og strukturert oppdeling av innholdet på informasjonen.

Anbefalinger og føringer for praksis

Per januar 2024 fant vi ingen nasjonale kunnskapsbaserte retningslinjer eller veiledere om helhetlig behandling og oppfølging av personer med kronisk nyresykdom. Gitt den store utbredelsen av kronisk nyresykdom i Norge (10 prosent) og at sykdommen gjerne oppdages sent [2], er det desto viktigere med god informasjon om hvordan man kan forebygge, oppdage, behandle og følge opp kronisk nyresykdom. Forebygging og behandling av kronisk nyresykdom har også vært et prioritert innsatsområde hos helsemyndighetene og helseforvaltningen i lang tid. I 2011 publiserte Helsedirektoratet *Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom* [63]. Denne handlingsplanen ble utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet i 2011 og erkjenner kronisk nyresykdom som en nasjonal utfordring og vektlegger forebygging. Ifølge kapittel 10 [63] skal Helsedirektoratet iverksette handlingsplanen gjennom en rekke virkemidler; rådgivning ovenfor Helse- og omsorgsdepartementet, rådgivning ovenfor aktører i helsetjenesten, utarbeidelse av nasjonale faglige retningslinjer og veiledere, utvikling av kvalitetssystemer, informasjonskampanjer, kompetansebygging/erfaringsutveksling og oppfølging av resultater. Hvorvidt aktiviteter og resultater forpliktet gjennom denne handlingsplanen er oppfylt for alle virkemidlene skissert, har vi ikke vurdert. Det vi imidlertid har observert, er at prioriterte områder for Helsedirektoratets gjennomføring spesifisert i kapittel 10.3.2 [63] hvor nasjonale faglige retningslinjer og nasjonale veiledere skal produseres, ikke er oppfylt.

Våre funn om at det forskes lite på effekten av mestringstiltak hos personer med kronisk nyresykdom i tidligere stadier av sykdommen, og dermed også i en kommunal helsetjenesteesetting, kan ha flere forklaringer. En systematisk oversikt av kvalitative studier [64] fant at barrierer for å identifisere og følge opp personer med kronisk nyresykdom i kommunehelsetjenesten var mangel på tid, redsel for å gi en diagnose og misnøye med retningslinjer for kronisk nyresykdom. Misnøyen rundt retningslinjer skyldtes mangel på dem, at de ikke føltes anvendbare nok eller at de ikke var kunnskapsbaserte.

Vi undersøkte om det fantes kunnskapsbaserte retningslinjer for helhetlig behandling og oppfølging av personer med kronisk nyresykdom fra andre land med sammenlignbare helsesystemer. Vi fant den britiske retningslinjen «*Chronic kidney disease: assessment and management*» publisert i 2021 [52]. Retningslinjen er utformet i henhold til anerkjente metoder og prosesser for kunnskapsbaserte retningslinjer [53]. Denne retningslinjen er utformet gjennom en tydelig beskrevet prosess som krever samarbeid mellom forskere, fagfolk og personer med brukererfaring. Informasjonen i retningslinjen er lett tilgjengelig og har et tydelig og gjennomslutningsgrunnlag bak anbefalingene med referanser.

I den britiske retningslinjen om behandling og oppfølging av personer med kronisk nyresykdom [52] er det anbefalinger om informasjon og opplæring til personer med kronisk nyresykdom i kapittel 1.4 som er særlig relevant for lærings- og mestringsvirksomheten. Anbefalingene starter med at informasjon og opplæring skal skreddersys til alvorlighetsgraden, årsaken, medfølgende komplikasjoner og risikoen for forverring av kronisk nyresykdom. Videre presiseres det at utvikling av informasjon og opplæring skal involvere brukerne, det skal gis informasjon av høy kvalitet eller pasientopplærings- eller

mestringstiltak som er tilpasset alvorlighetsgraden av sykdommen og gi nok tid til å forstå og ta velinformerte beslutninger og valg om behandling. Det poengteres videre at fagpersoner i helsetjenesten som gir informasjon og opplæring skal ha spesialisert kunnskap innen kronisk nyresykdom og nødvendig kunnskap i å legge til rette for læring. Ved siden av inngående faglig kunnskap om behandling og oppfølging av en viss type sykdom eller helseutfordring, er det altså viktig at fagfolk som møter pasienter har helsepedagogisk kompetanse. Videre i anbefalingene i den britiske retningslinjen står det at de skal tilbys støtte for psykisk håndtering og mestring av livet med kronisk nyresykdom. Den siste anbefalingen i kapittel 1.4 i retningslinjen [52] presiserer at det skal tilbys støtte til å mestre eller håndtere de psykososiale aspektene med å leve med kronisk nyresykdom. Dette er helt i tråd med hva pasientopplæring, frisklivs- og mestringskurs bør tilby til alle som ønsker.

Det er utfordrende for en allerede presset helse- og omsorgstjeneste å gi god og helhetlig informasjon til, og oppfølging av, personer med kronisk nyresykdom dersom viktige strukturer og føringer som skal støtte tjenestene ikke er tilstrekkelig på plass. Til tross for varslet satsning fra helsemyndighetene allerede fra 2011 der ulike konkrete tiltak ble lagt fram, ser det allikevel ut til at tiltak som kommer pasienter, brukere og pårørende til gode, uteblir. Ett av flere konkrete tiltak helseforvaltningen forpliktet seg til, var å produsere nasjonale retningslinjer for forebygging og behandling av personer med kronisk nyresykdom innen en periode på fem år (fram til 2015) [63]. Uten gode, tydelige og kunnskapsbaserte føringer og anbefalinger, kan helse- og omsorgstjenestenes utgangspunkt for god, tilgjengelig og likeverdig oppfølging av personer med kronisk nyresykdom bli begrenset.

Hvordan kan vi sikre at fagpersoner i helse- og omsorgstjenestene har tilgang til den samme oppdaterte og kvalitetssikrede informasjonen om hvordan behandle og følge opp personer med kronisk nyresykdom når det ikke finnes helhetlige kunnskapsbaserte retningslinjer eller veiledere for denne store pasientgruppen? En mulig løsning, som er tids- og ressursbesparende, er å bruke andre lands gode kunnskapsbaserte retningslinjer og videreutvikle og tilpasse disse til norske forhold med fag- og brukermedvirkning. Da unngår man også unødvendig dobbeltarbeid i en meget tid- og ressurskrevende forskningsbasert del av arbeidet. På sikt vil trolig det beste være å ha et nært og aktivt samarbeid om felles retningslinjer på tvers av land med relativt like helsesystemer for en rekke sykdommer og helseutfordringer.

Mulige svakheter i arbeidet

Svakheter med den systematiske oversikten

Store variasjoner i term- og begrepsbruk i dette forsknings- og praksisfeltet har gjort søk etter relevante studier noe utfordrende. Vi søkte bredt for å sikre oss at de fleste av de termene vi kjenner til kom med, og dette førte til noe merarbeid i form av flere referanser. Det ble gjort en avveining med hensyn til ressurser og tid. I tillegg ble første screeningsrunde av referanser utført av kun én person, og det er dermed en sjanse for å ha gått glipp av noen relevante studier i denne delen av prosessen.

Hva sammenligningsgruppene bestod i er ikke alltid like godt beskrevet i studiene, og vanlig eller standard oppfølging kan variere en del fra land til land og i tid. Det er mulig at sammenligningsgruppen, som i grove trekk er beskrevet til å være vanlig oppfølging eller ingen tiltak, kan ha varierte mer enn antatt. Dette vil naturligvis gjelde tiltakene som undersøkes også. Mestringstiltak kan inkludere alt fra et relativt enkelt tiltak som gjentas jevnlig til et mer komplekst tiltak. Det kan dermed hende at for mange ulike frukter har blitt puttet i fruktskålen som var ment å kun skulle inneholde pærer og epler.

En annen mulig svakhet er knyttet til analysene. Vi har brukt standardiserte gjennomsnittsforskjeller og utgjør dermed en ekstra utregning som kan gi feilkilder. Siden vi gjennomgående la sammen studier

som bruker forskjellige spørreskjemaer eller instrumenter til å måle det samme utfallet forventet vi naturlig nok mer variasjon i tallene (heterogenitet) i analysene. At vi forventet relativt høy grad av heterogenitet i tallene, kan ha gjort oss mindre kritiske i GRADE-vurderinger som gjelder nettopp dette. Vi har konsekvent ikke trukket ned for overførbarhet i GRADE med tanke på settinger og kulturer da vi ikke har nok informasjon til å vurdere dette gitt tids- og ressursbruk. Arbeidet har ikke blitt eksternt fagfellevurdert grunnet hurtig-formatet og kan dermed utgjøre en potensiell svakhet.

Svakheter i vurderingen av helseinformasjonen

Arbeidet med å objektivt vurdere Helsenorges informasjonsside om [kronisk nyresykdom](#) [50] er kun basert på Helsenorges egne retningslinjer for kvalitet [19] og våre forhåndsdefinerte kriterier for hva en slik helseinformasjonsside til pasienter, brukere og pårørende bør inneholde (se [protokoll](#)). Vi har ikke undersøkt om det eksisterer internasjonale standarder for hva helseinformasjon til pasienter, brukere og pårørende skal, og ikke skal, inneholde. Vi kan dermed ha gått glipp av viktig informasjon og vurderinger og i verste fall gjort feilvurderinger i henhold til disse. Vi har ikke undersøkt originalkilden til helseinformasjonen på Helsenorge om kronisk nyresykdom i tilstrekkelig grad da det ville gitt betydelig merarbeid og dermed ligge utenfor rammene av dette «rask respons»-formatet. Brukerperspektivet representerer én persons erfaringer og vurderinger og gjenspeiler dermed ikke alle personer med nyresykdom sine perspektiver, behov og vurderinger. Fagpersonperspektivet mangler og gjør at vurderingene av helseinformasjonen kan ha foregått i mangel på viktige perspektiver, synspunkter og erfaringer.

Svakheter i vurderingen av anbefalinger og føringer for praksis

Arbeidet med å identifisere nasjonale kunnskapsbaserte retningslinjer ble utført med enkle søk på Helsedirektoratets nettside. Vi søkte ikke etter anbefalinger eller føringer utenfor helseforvaltningen. Vi kunne muligens ha funnet andre faglige føringer eller rettesnorer for praksis i andre kanaler. Vi søkte ikke etter prosedyrer heller. Fagpersonperspektivet mangler og kan potensielt resultere i at vurderingene av anbefalinger og føringer for praksis kan være noe mangelfulle og ikke fanget opp hva for eksempel helsetjenestene selv har produsert av føringer og prosedyrer.

Avvik fra protokoll

Vi har brukt noe mer ressurser og tid enn planlagt, men det er rundt 15-20 prosent mer enn hva vi forventet og planla for og har dermed ikke fått for store konsekvenser. Vi ønsket og forsøkte å involvere en fagperson fra praksis, men det ble ikke gjennomført. Vi har dermed ikke involvering av fagperson med praksiserfaring fra å behandle og følge opp personer med kronisk nyresykdom. Vi har imidlertid fått tilbakemelding på innholdet i denne kunnskapsoppsummeringen av fagpersoner med praksiserfaring fra tilstøtende fagfelt.

1. Kovesdy, C.P., *Epidemiology of chronic kidney disease: an update 2022*. Kidney Int Suppl (2011), 2022. **12**(1): p. 7-11.
2. Waldum-Grevbo, B., *Kronisk nyresykdom i Store medisinske leksikon på snl.no*. 2022. Available from: https://sml.snl.no/kronisk_nyresykdom (accessed January 11, 2024).
3. NK LMH, *Hva er læring og mestring*. 2018. Available from: <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/> (Accessed December 13, 2023).
4. Pasient- og brukerrettighetsloven, (1999). *Lov om pasient- og brukerrettigheter (LOV-1999-07-02-63)* Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1999-07-02-63>
5. Spesialisthelsetjenesteloven, (2001). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (LOV-1999-07-02-61)* Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>.
6. Helse- og omsorgstjenesteloven, (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (LOV-2011-06-24-30)* Lovdata. <https://lovdata.no/lov/2011-06-24-30>.
7. Nortvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholdt, B., Reinart, L.M., *Å arbeide og undervise kunnskapsbasert: en arbeidsbok for sykepleiere*. Oslo: Norsk Sykepleierforbund; 2007.
8. Helsebiblioteket, *Kunnskapsbasert praksis (sist oppdatert 2021)*. Available from: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#> (Accessed 2023).
9. Fønhus, M.S. and Dalsbø, T.K., *Effekt av organiserte oppfølgingstiltak tilsvarende frisklivstiltak. Kunnskapsoppsummering med kritisk vurdering*. NK LMH 4/2022. Available from: <https://mestring.no/wp-content/uploads/2022/12/2022-Effekt-av-organiserte-oppfolgingstiltak.pdf> (Accessed June 1, 2023).
10. Dodd, S., Clarke, M., Becker, L., Mavergames, C., Fish, R., Williamson, P.R., *A taxonomy has been developed for outcomes in medical research to help improve knowledge discovery*. J Clin Epidemiol, 2018. **96**: p. 84-92.
11. Higgins, J.P., et al., *The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials*. BMJ, 2011. **343**: p. d5928.
12. Review Manager 5, (RevMan 5) [computer program]. Version 5.4. Copenhagen: The Cochrane Collaboration, 2020.
13. Deeks, J.J., Higgins, J.P.T., Altman, D.G., (editors), *Chapter 10: Analysing data and undertaking meta-analyses*. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.4 (Updated August 2023). Available from: www.training.cochrane.org/handbook (Accessed January 24, 2024).
14. Higgins, J.P.T., Li, T., Deeks, J.J., (editors), *Chapter 6: Choosing effect measures and computing estimates of effect*. In: Higgins JPT, Thomas J, Chandler J, Cumpston M, Li T, Page MJ, Welch VA (editors). Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.4 (Updated August 2023). Available from: www.training.cochrane.org/handbook (Accessed January 24, 2024).
15. Cohen, J., *Statistical Power Analysis in the Behavioral Sciences*. 1988, 2nd edition ed. Hillsdale (NJ): Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

16. Schünemann, H., Brožek, J., Guyatt, G., Oxman, A., (editors), *GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013. The GRADE Working Group.* 2023. Available from: www.guidelinedevelopment.org/handbook (Accessed August 11, 2023).
17. GRADEpro GDT: *GRADEpro Guideline Development Tool [Software]*. McMaster University and Evidence Prime, 2024. Available from: www.grade-pro.org (Accessed June 1, 2023).
18. Norsk helsenett, *Om Helsenorge. [Internett]*. Oslo: Direktoratet for e-helse; oppdatert fredag 12. mai 2023 [henta måndag 22. januar 2024]. Tilgjengeleg frå: <https://www.helsenorge.no/nn/om-helsenorge-no/>.
19. Norsk helsenett, *Retningslinjer for kvalitet. [Internett]*. Oslo: Direktoratet for e-helse; oppdatert tirsdag 3. mars 2020 [hentet mandag 22. januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/redaksjon/retningslinjer-for-kvalitet/>.
20. Helsedirektoratet, *Veiledere for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer.* 10/2012. Helsedirektoratet Available from : [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veiledere%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf/_/attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veiledere%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20\(fullversjon\).pdf](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer/Veiledere%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf/_/attachment/inline/efa406d5-9fe5-4ff5-9a8c-3f0e143c55c8:2cc6aceb8963dcfec76bc036a10402f12729b8ad/Veiledere%20for%20utvikling%20av%20kunnskapsbaserte%20retningslinjer%20(fullversjon).pdf) (Accessed January 22, 2024).
21. Schunemann, H.J., et al., *The development methods of official GRADE articles and requirements for claiming the use of GRADE - A statement by the GRADE guidance group.* J Clin Epidemiol, 2023. **159**: p. 79-84.
22. Glenton, C., Rosenbaum, S., Fønhus, M.S., *Checklist and Guidance for disseminating findings from Cochrane intervention reviews.* Cochrane. 2019. Available from: <https://training.cochrane.org/online-learning/knowledge-translation/how-sharecochrane-evidence/dissemination-essentials-checklist> (Accessed June 9, 2023).
23. Fønhus, M.S., Dalsbø, T.K., Glenton, C., *“Kort oppsummert” – framgangsmåte.* Cochrane Norway. 2019: Available from: <https://www.cochrane.no/nb/ressurser/bruk-og-formidling-av-systematiske-oversikter/kort-oppsummert/fremgangsmetode-og-mal> (Accessed June 1, 2023).
24. Amirkhani, M., Shokrpour, N., Bazrafcan, L., Modreki, A., Sheidai, S., *The effect of resilience training on stress, anxiety, depression, and quality of life of hemodialysis patients: a randomized controlled clinical trial.* Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences, 2021. **15**(2).
25. Bahraseman, Z.G., Shahrabaki, P.M., Nouhi, E., *The impact of stress management training on stress-related coping strategies and self-efficacy in hemodialysis patients: a randomized controlled clinical trial.* BMC psychology, 2021. **9**(1): p. 177.
26. Chen, X., Hua, L., Zhang, C., Xu, Z., Cao, X., Cai, Y., *Effect of peer support on improving self-management ability in peritoneal dialysis patients-a randomized controlled trial.* Annals of palliative medicine, 2021. **10**(3): p. 3028-3038.
27. Erdley, S.D., Gellis, Z.D., Bogner, H.A., Kass, D.S., Green, J.A., Perkins, R.M., *Problem-solving therapy to improve depression scores among older hemodialysis patients: a pilot randomized trial.* Clinical nephrology, 2014. **82**(1): p. 26-33.
28. Erdley-Kass, S.D., Kass, D.S., Gellis, Z.D., Bogner, H.A., Berger, A., Perkins, R.M., *Using Problem-solving Therapy to Improve Problem-solving Orientation, Problem-solving Skills*

- and Quality of Life in Older Hemodialysis Patients*. Clinical gerontologist, 2018. **41**(5): p. 424-437.
29. Espahbodi, F., Hosseini, H., Mirzade, M.M., Shafaat, A.B., *Effect of psycho education on depression and anxiety symptoms in patients on hemodialysis*. Iranian journal of psychiatry and behavioral sciences, 2015. **9**(1): p. 1-5.
 30. Hsiao, C.Y., Lin, L.W., Su, Y.W., Yeh, S.H., Lee, L.N., Tsai, F.M., *The Effects of an Empowerment Intervention on Renal Transplant Recipients: a Randomized Controlled Trial*. Journal of nursing research, 2016. **24**(3): p. 201-210.
 31. Irajpour, A., Hashemi, M.S., Abazari, P., Shahidi, S., Fayazi, M., *The effects of peer support on depression, anxiety, and stress among patients receiving hemodialysis*. Iranian Red Crescent medical journal, 2018. **20**.
 32. Jenkins, Z.M., et al., *A psychosocial intervention for individuals with advanced chronic kidney disease: a feasibility randomized controlled trial*. Nephrology (Carlton, Vic.), 2021. **26**(5): p. 442-453.
 33. Lerma, A., Perez-Grovas, H., Bermudez, L., Peralta-Pedrero, M.L., Robles-García, R., Lerma, C., *Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients*. Psychology and psychotherapy, 2017. **90**(1): p. 105-123.
 34. Liao, B., Zhao, L., Peng, Y., Chen, J., Chen, W., Wang, X., *Effect of comprehensive nursing intervention on negative emotion, quality of life and renal function of hemodialysis patients*. International journal of clinical and experimental medicine, 2020. **13**(2): p. 949-957.
 35. Lii, Y.C., Tsay, S.L., Wang, T.J., *Group intervention to improve quality of life in haemodialysis patients*. Journal of clinical nursing, 2007. **16**(11C): p. 268-275.
 36. Lin, M.Y., Cheng, S.F., Hou, W.H., Lin, P.C., Chen, C.M., Tsai, P.S., *Mechanisms and Effects of Health Coaching in Patients With Early-Stage Chronic Kidney Disease: a Randomized Controlled Trial*. Journal of nursing scholarship : an official publication of sigma theta tau international honor society of nursing, 2021. **53**(2): p. 154-160.
 37. Moattari, M., Ebrahimi, M., Sharifi, N., Rouzbeh, J., *The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial*. Health and quality of life outcomes, 2012. **10**: p. 115.
 38. Nikoogoftar, M. and Shahini, Z., *The effects of resilience training on self-efficacy, empowerment, and social adjustment of renal transplant patients*. Journal of nursing & midwifery sciences, 2021. **8**(3): p. 137-144.
 39. Poorgholami, F., Abdollahifard, S., Zamani, M., Kargar Jahromi, M., Badiyepeyma Jahromi, Z., *The Effect of Stress Management Training on Hope in Hemodialysis Patients*. Global journal of health science, 2015. **8**(7): p. 165-171.
 40. Poorgholami, F., Jahromi, M.K., Kalani, N., Parniyan, R., *The influence of educational interventions based on the continuous care model on the quality of life of hemodialysis patients*. Biosciences biotechnology research asia, 2016. **13**(1): p. 441-448.
 41. Rodrigue, J.R., Mandelbrot, D.A., Pavlakis, M., *A psychological intervention to improve quality of life and reduce psychological distress in adults awaiting kidney transplantation*. Nephrology, dialysis, transplantation, 2011. **26**(2): p. 709-715.
 42. Shahnavaizi, M., Parsa-Yekta, Z., Yekaninejad, M.S., Amaniyan, S., Griffiths, P., Vaismoradi, M., *The effect of the emotional intelligence education programme on quality of life in haemodialysis patients*. Applied nursing research, 2018. **39**: p. 18-25.

43. Shirazian, S., Smaldone, A.M., Jacobson, A.M., Fazzari, M.J., Weinger, K., *Improving quality of life and self-care for patients on hemodialysis using cognitive behavioral strategies: a randomized controlled pilot trial*. PloS one, 2023. **18**(5): p. e0285156.
44. Soltannezhad, F., Farsi, Z., Jabari Moroei, M., *The effect of educating health promotion strategies on self-care self-efficacy in patients undergoing kidney transplantation: a double blind randomized trial*. Nursing and midwifery studies, 2013. **2**(4): p. 64-70.
45. Tsay, S.L. and Hung, L.O., *Empowerment of patients with end-stage renal disease--a randomized controlled trial*. International journal of nursing studies, 2004. **41**(1): p. 59-65.
46. Tsay, S.L., Lee, Y.C., Lee, Y.C., *Effects of an adaptation training programme for patients with end-stage renal disease*. Journal of advanced nursing, 2005. **50**(1): p. 39-46.
47. Vicdan, A.K. and Karabacak, B.G., *Effect of Treatment Education Based on the Roy Adaptation Model on Adjustment of Hemodialysis Patients*. Clinical nurse specialist: the journal for advanced nursing practice, 2016. **30**(4): p. E1.
48. Wu, S.F.V., Lee, M.C., Hsieh, N.C., Lu, K.C., Tseng, H.L., Lin, L.J., *Effectiveness of an innovative self-management intervention on the physiology, psychology, and management of patients with pre-end-stage renal disease in Taiwan: a randomized, controlled trial*. Japan journal of nursing science, 2018. **15**(4): p. 272-284.
49. Zhianfar, L., Nadrian, H., Jafarabadi, M.A., Espahbodi, F., Shaghaghi, A., *Effectiveness of a multifaceted educational intervention to enhance therapeutic regimen adherence and quality of life amongst iranian hemodialysis patients: a randomized controlled trial (MEITRA study)*. Journal of multidisciplinary healthcare, 2020. **13**: p. 361-372.
50. Helsebiblioteket/BMJ, *Kronisk nyresykdom. [Internett]*. Oslo: Direktoratet for e-helse; oppdatert tirsdag 31. august 2021 [hentet fredag 19. januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/sykdom/nyrer-og-urinveier/nyresykdom-kronisk/>.
51. Helsedirektoratet (2016), *Nasjonal faglig retningslinje for diabetes [nettdokument]*. Oslo: Helsedirektoratet (siste faglige endring 30. juni 2023, lest 30. januar 2024). Tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/diabetes>.
52. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), *Chronic kidney disease: assessment and management*. NICE guideline [NG203] 2021 (Last updated 24 November 2021). Available from: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng203> (Accessed January 18 2024).
53. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), *Developing NICE guidelines: the manual*. NICE process and methods 2014 (last updated 17 January 2024). Available from: <https://www.nice.org.uk/process/pmg20/chapter/introduction> (Accessed January 30 2024).
54. Barello, S., et al., *The effect of psychosocial interventions on depression, anxiety, and quality of life in hemodialysis patients: a systematic review and a meta-analysis*. International urology and nephrology, 2023. **55**(4): p. 897-912.
55. Campbell, Z.C., Dawson, J.K., Kirkendall, S.M., McCaffery, K.J., Jansen, J., Campbell, K.L., Lee, V.W., Webster, A.C., *Interventions for improving health literacy in people with chronic kidney disease*. The Cochrane database of systematic reviews, 2022. **12**(12): p. CD012026.
56. Lunardi, L.E., Hill, K., Xu, Q., Le Leu, R., Bennett, P.N., *The effectiveness of patient activation interventions in adults with chronic kidney disease: A systematic review and meta-analysis*. Worldviews on evidence-based nursing, 2023. **20**(3): p. 238-258.

57. Yang, H., Qi, L., Pei, D., *Effect of psychosocial interventions for depression in adults with chronic kidney disease: a systematic review and meta-analysis*. BMC nephrology, 2024. **25**(1): p. 17.
58. Moreels, T., et al., *Self-Management Interventions for Facilitating Life Participation for Persons with Kidney Failure: A Systematic Review*. Clinical journal of the American Society of Nephrology : CJASN, 2023.
59. Seery, C. and Buchanan, S., *The psychosocial needs of patients who have chronic kidney disease without kidney replacement therapy: a thematic synthesis of seven qualitative studies*. Journal of nephrology, 2022.
60. Paterson, C., Turner, M., Hooper, M.E., Ladbroke, E., Macauley, L., McKie, A., *Identifying experiences of supportive care of children and young people affected by kidney failure: A qualitative systematic review*. Journal of renal care, 2023.
61. Helse- og omsorgsdepartementet, (2019) *HelseOmsorg21-strategien*. (siste oppdatering 22. mars 2023, lest 13. februar 2024). Tilgjengelig fra <https://www.helseomsorg21.no/Om-HelseOmsorg21/strategien/>.
62. Bouya, S., Balouchi, A., Rafiemanesh, H., Hesaraki, M., *Prevalence of Chronic Kidney Disease in Iranian General Population: A Meta-Analysis and Systematic Review*. Ther Apher Dial, 2018. **22**(6): p. 594-599.
63. Helsedirektoratet, (2011). *Handlingsplan for forebygging og behandling av kronisk nyresykdom (2011-2015)*. Oslo: Helsedirektoratet. Tilgjengelig fra https://www.nephro.no/foreningsnytt/Handlingsplan_forebygging_behandling_kronisk_nyresykdom.pdf (Hentet ut 2. Feb 2024).
64. Neale, E.P., Middleton, J., Lambert, K., *Barriers and enablers to detection and management of chronic kidney disease in primary healthcare: a systematic review*. BMC nephrology, 2020. **21**(1): p. 83.

Metode

Eksklusjonskriterier

Populasjon

Personer som ikke har kronisk nyresykdom.

Intervensjon (tiltak)

Mestringstiltak som var mer rettet mot medisinsk behandling og oppfølging for å stagnere eller kontrollere fysisk sykdomsutvikling ble utelukket i denne omgang. Andre eksempler er tiltak som var rene informasjonstiltak, som pasientinformasjon («patient information» på engelsk) eller pasientopplæring/pasientundervisning («patient education» på engelsk) uten framtrede elementer av «å leve med» som del av opplegget eller som hovedsakelig var basert på enveiskommunikasjon. Tiltak som brukte én enkelt strategi eller metode alene, som f.eks. «teach-back», «action plans», motiverende intervju, «mindfulness» og pusteteknikker, ble ikke inkludert. Tiltak som hadde som formål å få personer til å følge et visst regime (kosthold, trening, ta medisiner, vurdere levende donor osv.) var ikke relevant å ta med.

Sammenligning

Andre typer sammenligningstiltak som bestod av mer enn vanlig oppfølging, ble ikke inkludert. Eksempler på slike tiltak kunne være et annet mestringstiltak, rådgivning, veiledning og lignende. Sammenligninger med andre former for levering av tiltakene, som fysisk oppmøte versus digital oppfølging, ble heller ikke inkludert.

Utfall

Med unntak av smerter og utmattelse (fatigue) ble ikke fysiske symptomer, fysiologiske, biokjemiske eller kliniske utfall inkludert.

Søk etter studier

Søkestrategi for Cochrane CENTRAL

Følgende søkestrategi ble brukt i Cochrane CENTRAL:

- #1 MeSH descriptor: [Self Care] explode all trees
- #2 MeSH descriptor: [Self-Management] explode all trees
- #3 MeSH descriptor: [Patient Participation] explode all trees
- #4 MeSH descriptor: [Peer Group] explode all trees
- #5 MeSH descriptor: [Self-Help Groups] explode all trees
- #6 MeSH descriptor: [Patient Education as Topic] explode all trees
- #7 MeSH descriptor: [Problem Solving] explode all trees
- #8 MeSH descriptor: [Cognitive Behavioral Therapy] explode all trees
- #9 MeSH descriptor: [Motivational Interviewing] explode all trees
- #10 MeSH descriptor: [Mindfulness] explode all trees
- #11 MeSH descriptor: [Adaptation, Psychological] explode all trees
- #12 MeSH descriptor: [Health Promotion] explode all trees
- #13 MeSH descriptor: [Empowerment] this term only
- #14 MeSH descriptor: [Emotional Adjustment] explode all trees
- #15 MeSH descriptor: [Psychosocial Support Systems] explode all trees
- #16 MeSH descriptor: [Resilience, Psychological] explode all trees
- #17 (("self-management") OR ("self management") OR ("disease management") OR ("patient education") OR ("health education") OR ("educational program") OR ("educational intervention") OR ("psycho-education") OR ("psychoeducation") OR ("psycho education") OR ("psycho-educational") OR ("psychoeducational") OR ("psycho educational") OR (psychosocial) OR ("group education") OR ("group intervention") OR ("group interventions") OR ("group-based") OR ("group based") OR ("group support") OR ("group supported") OR ("group format") OR (peer*) OR ("lay") OR ("lay-led") OR ("problem-solving") OR ("problem solving") OR ("goal-setting") OR ("goal setting") OR ("cognitive behavior") OR ("cognitive behaviour") OR ("cognitive-behavioral") OR ("cognitive-behavioural") OR ("cognitive behavioral") OR ("cognitive behavioural") OR ("behavioral cognitive") OR ("behavioural cognitive") OR ("behavioral change") OR ("behavioural change") OR ("mastery") OR ("motivational interview") OR ("motivational interviewing") OR ("mindfulness") OR (coaching) OR (mentor*) OR ("cope") OR ("coping") OR (multicomponent) OR ("multi-component") OR ("self-determination") OR ("self-regulation") OR ("emotional adjustment") OR ("emotional regulation") OR (empower*) OR (adaptation) OR (adaptive) OR ("patient activation") OR ("stress management") OR ("stress reduction") OR ("support program") OR ("support intervention") OR ("support strategy") OR ("support strategies") OR ("psychological support") OR ("emotional support") OR ("social support") OR (autonomy) OR (well-being) OR (wellbeing) OR (wellness) OR ("acceptance and commitment") OR ("self-efficacy") OR ("self efficacy") OR (resilience) OR (resiliency)):ti,ab,kw
- #18 #1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8 OR #9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15 OR #16 OR #17
- #19 MeSH descriptor: [Kidney] explode all trees
- #20 (("kidney disease") OR ("renal disease") OR ("kidney diseases") OR ("renal diseases") OR ("kidney failure") OR ("renal failure") OR (*dialysis) OR ("kidney transplant") OR ("kidney transplants") OR ("renal transplant") OR ("renal transplants") OR ("renal recipient") OR ("renal recipients") OR ("CKD")):ti,ab,kw
- #21 #19 OR #20
- #22 #18 AND #21 in Trials (Word variations have been searched)

Vurdering av hver studies metodiske kvalitet

Studier som er godt planlagt, gjennomført og rapportert vurderes ofte til å ha høy kvalitet og dermed lav risiko for systematiske skjevheter.

Hver studies metodiske kvalitet ble vurdert ved hjelp av tilpassede eldre kriterier for vurdering av systematiske skjevheter («risk of bias») [1]:

- **«Random sequence generation (selection bias)»** - handler om hvordan fordelingen av deltakere har foregått. Har det foregått en ekte tilfeldig fordeling av deltakere i de ulike gruppene? Dersom fordelingen ikke har foregått tilfeldig og objektivt, kan det oppstå risiko for skjevhet i resultatet. For eksempel kan alle i tiltaksgruppa være sykere enn de i sammenligningsgruppa og dermed ha større sannsynlighet for å få en ønsket effekt.
- **«Allocation concealment (selection bias)»** - handler om hvorvidt deltakere og andre involverte i studien kan ha hatt kjennskap til hvem som ble fordelt i hvilken gruppe på et tidlig stadium. Ble fordelingen til de ulike gruppene skult? Dersom fordelingen ikke har blitt holdt skult, kan for eksempel de som gir tiltaket og sammenligningen bevisst eller ubevisst ha påvirket resultatet
- **«Blinding of participants and personnel (performance bias)»** - handler om hvorvidt deltakere og personer som gir tiltaket eller sammenligningen som testes vet om hvilken gruppe de tilhører.
- **«Blinding of outcome assessment (detection bias)»** - handler om hvorvidt de som skal tallfeste og kvalitetssikre resultatene vet om hvilken gruppe de deltakerne de rapporterer resultater på tilhører. Dersom de som måler eller rapporterer resultater vet om deltakernes gruppetilhørighet, kan det oppstå en økt risiko for systematiske skjevheter.
- **«Incomplete outcome data (attrition bias)»** - handler om hvorvidt det mangler målinger på ulike utfall, om det er mange frafall fra studien eller om dette ikke er beskrevet. Dersom noen utfall hvor det er forventet ikke rapporteres på eller frafallet er unaturlig stort eller ubeskrevet, kan det oppstå en økt risiko for systematiske skjevheter.
- **«Selective reporting (reporting bias)»** - handler om hvorvidt studien rapporterer på alt den har sagt og den bør rapportere på. I mangel på spennende resultater, kan fokus rettes bort fra de viktige utfallene og heller mot såkalte surrogatutfall som er en indirekte måte å rapportere resultater på. Det kan også være at det brukes uventede måter å presentere tallene på. Her er det nyttig å se studien opp imot protokollen. Dersom rapportering på relevante utfall mangler og mange irrelevante utfall (surrogatutfall) rapporteres, kan det oppstå en økt risiko for systematiske skjevheter.
- **«Other bias»** - handler om hvorvidt det er andre forhold ved studien du har plukket opp som kan øke risikoen for systematiske skjevheter.

Referanser

1. Higgins, J.P., et al., *The Cochrane Collaboration's tool for assessing risk of bias in randomised trials*. BMJ, 2011. **343**: p. d5928.

GRADE-vurderinger (tillit til resultatet)

Vi vurderte tilliten til resultatet etter følgende GRADE-kriterier [1]:

- **Om studiene er godt gjennomført («risk of bias»).** Vi har vurdert hver enkelt studies metodiske kvalitet. Vi har vurdert hvor stor risiko det er for systematiske skjevheter («risk of bias») i hver inkludert studie. Man vurderer etter etablerte «risk of bias»-kriterier. I GRADE-systemet kan man trekke ned for «risk of bias» alt ettersom alvorlighetsgraden. Hver studies «risk of bias»-vurdering vises også i hver metaanalyse i resultatdelen.
- **Om det er samsvar mellom studienes resultat (konsistens).** Vi har vurdert om studienes resultater (effektestimater) er like nok til at det gir mening å slå dem sammen i en analyse. Hvis studiene samsvarer dårlig, enten fordi det er stor variasjon i hvor stort effektestimatet er eller at effektestimatet peker i vidt forskjellige retninger (at mange for eksempel har positiv effekt mens flere andre har negativ effekt), viser analysen ofte høy heterogenitet. Dersom det er vanskelig å forklare denne høye heterogeniteten, kan det være nødvendig å trekke ned tilliten for dette eller å vurdere å ikke slå sammen studiene. Man ser ofte etter forklaringer på om deltakerne i studiene og tiltakene, sammenligningene og utfallene var like nok til å svare på spørsmålet som stilles. Man kan dermed utforske heterogeniteten ved å lage subgruppeanalyser der man har mer «like» ting man legger sammen i analysene. I GRADE-systemet kan man trekke ned for høy heterogenitet alt ettersom alvorlighetsgraden.
- **Om resultatene er overførbare eller direkte nok.** Hvor like er egentlig deltakerne, tiltakene, sammenligningene og utfallsmålene? Det vi vil ha svar på her, er om det vi putter sammen i analysene er sammenlignbart til det formålet og under de forhold svaret skal brukes. Dersom vi kun vil ha epler og pærer i smoothien vi lager (som her blir analysen), må vi passe på at det ikke sniker seg inn en drue eller banan her og der også. Dermed går denne vurderingen ut på om vi har samlet studier som kan gi gode svar på spørsmålet vårt, gitt den bredden vi kan akseptere før vi tenker det blir for mye og komplekst. Det er ulike meninger om det er lurt å «lumpe» eller «splitte» når man gjør analyser. Denne vurderingen i GRADE gjør at vi må forholde oss til og reflektere omkring dette og utgjør dermed et ekstra forsikringssteg. I GRADE-systemet kan man trekke ned for lav sammenlignbarhet alt ettersom alvorlighetsgraden.
- **Om resultatene er presise og om nok data ligger bak (presisjon).** Har vi nok data? Er det mye usikkerhet i tallene? Vi må spørre oss om det er nok deltakere med og om det er nok hendelser til å kunne generalisere basert på det vi sitter med. Dersom kun én liten studie ligger til grunn for et effektestimat, er det stor sannsynlighet for at vi vurderer datagrunnlaget som litt tynt. Dette gjenspeiles også i at effektestimatet får et bredt konfidensintervall også. I GRADE-systemet kan man trekke ned for lav presisjon alt ettersom alvorlighetsgraden.
- **Om resultatene er rapportert på en tilfredsstillende måte (rapporteringsskjevheter).** Rapporteringsskjevhet går ut på om vi har grunn til å tro at vi har gått glipp av studier som kan være relevante, men som av en eller annen grunn ikke er publisert. Grunnen til dette er at det fra tidligere av var en tendens til at studier med interessante funn oftere ble publisert enn studier som viser ingen effekt eller negativ effekt. Dersom studiene er relativt nye, reduseres denne mistanken ofte da studier i forkant må beskrives (protokoll), og dermed forventes det en publisering av resultatet uavhengig av funn.

Referanser

1. Schünemann, H., Brożek, J., Guyatt, G., Oxman, A., (editors), *GRADE handbook for grading quality of evidence and strength of recommendations. Updated October 2013.* The GRADE Working Group. 2023. Available from: www.guidelinedevelopment.org/handbook (Accessed August 11, 2023).

Ekkluderte studier (n=54)

Studie	Hovedårsak for ekskludering
Abraham 2012 [1]	Metode (ikke RCT)
Aghakhani 2021 [2]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Alikari 2019 [3]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Afrasiabifar 2013 [4]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Bahmani 2015 [5]	Metode (for få deltakere i studien (n<30))
Biradar og Patil 2021 [6]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Cao 2023 [7]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Chen 2023 [8]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Chen 2011 [9]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Chow og Wong 2010 [10]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Chow 2006 [11]	Publikasjon (Ikke tidsskrift)
Cukor 2014 [12]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Daluee 2021 [13]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Duarte 2009 [14]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Ghaffari 2021 [15]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Ghahramani 2021 [16]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Griva 2018a [17]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Griva 2018b [18]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Hare 2014 [19]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Hsu og Huang 2019 [20]	Språk (kinesisk)
Hu 2022 [21]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Jadhav 2018 [22]	Metode (ikke RCT)
Joboshi og Oka 2017 [23]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Joboshi 2012 [24]	Språk (kinesisk)
Keivan 2023 [25]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Kim og You 2017 [26]	Språk (koreansk)
Kucuk og Isil 2009 [27]	Språk (tyrkisk)
Lashkari 2016 [28]	Språk (arabisk)
Latos 2022 [29]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Lee 2018 [30]	Metode (ikke RCT)
Li og Hu 2019 [31]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Liu 2016 [32]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Luo 2019 [33]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Mohamed 2014 [34]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Nguyen 2019 [35]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Pasyar 2020 [36]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Picariello 2021 [37]	Metode (for få deltakere i studien (n<30))
Salar 2018 [38]	Språk (arabisk)
Sarizadeh 2019 [39]	Språk (arabisk)
Sezer 2021 [40]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)

Studie	Hovedårsak for ekskludering
Shad 2018 [41]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Shareh 2022 [42]	Sammenligning (ikke i henhold til våre kriterier for sammenligning)
Siou-Hung 2015 [43]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Soleimani 2016 [44]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Thomas 2017 [45]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Tsai 2015 [46]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Urstad 2012 [47]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Uzdil 2022 [48]	Metode (ikke RCT)
Valsaraj 2016 [49]	Sammenligning (ikke i henhold til våre kriterier for sammenligning)
Vicdan 2020 [50]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Wong 2010 [51]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Wu 2016 [52]	Språk (kinesisk)
Wu 2022 [53]	Tiltak (ikke i henhold til våre kriterier for mestringstiltak)
Zuo 2022 [54]	Tilbaketrukket

Referanseliste ekskluderte studier

1. Abraham, S., et al., Assessment of quality of life in patients on hemodialysis and the impact of counseling. Saudi journal of kidney diseases and transplantation, 2012. 23(5): p. 953-957.
2. Aghakhani, N., et al., Self-Care Education Program as a New Pathway Toward Improving Quality of Life in Kidney Transplant Patients: a Single-Blind, Randomized, Controlled Trial. Experimental and clinical transplantation, 2021. 19(3): p. 224-230.
3. Alikari, V., et al., The impact of education on knowledge, adherence and quality of life among patients on haemodialysis. Quality of life research, 2019. 28(1): p. 73-83.
4. Afrasiabifar, A., Z. Karimi, and P. Hassani, Roy's adaptation model-based patient education for promoting the adaptation of hemodialysis patients. Iranian Red Crescent medical journal, 2013. 15(7): p. 566-572.
5. Bahmani, B., et al., The effectiveness of cognitive-existential group therapy on increasing hope and decreasing depression in women-treated with haemodialysis. Global journal of health science, 2015. 8(6): p. 219-225.
6. Biradar, S. and A. Patil, Effectiveness of guided imagery technique in reduction of stress level among chronic renal failure patients. Indian journal of forensic medicine and toxicology, 2021. 15(3): p. 4105-4111.
7. Cao, F., et al., Effect of Patient-Empowerment Interaction Model on Self-Management Ability of Peritoneal Dialysis Patients: a Randomized Controlled Trial. Patient preference and adherence, 2023. 17: p. 873-881.
8. Chen, H.C., et al., The effectiveness of a psychoeducational intervention on health outcomes of patients undergoing haemodialysis: a randomized controlled trial. International journal of nursing practice, 2023. 29(3): p. e13123.
9. Chen, S.H., et al., The impact of self-management support on the progression of chronic kidney disease--a prospective randomized controlled trial. Nephrology, dialysis, transplantation, 2011. 26(11): p. 3560-3566.

10. Chow, S.K. and F.K. Wong, Health-related quality of life in patients undergoing peritoneal dialysis: effects of a nurse-led case management programme. *Journal of advanced nursing*, 2010. 66(8): p. 1780-1792.
11. Chow, S.K.Y., The effects of a nurse-led case management programme on patients undergoing peritoneal dialysis: a randomized controlled trial. 2006(Hong Kong Polytechni): p. -371.
12. Cukor, D., et al., Psychosocial intervention improves depression, quality of life, and fluid adherence in hemodialysis. *Journal of the American Society of Nephrology : JASN*, 2014. 25(1): p. 196-206.
13. Daluee, A.K., et al., Effectiveness of ACT with and without Mindfulness plus Exercises on Spiritual Health in Hemodialysis. *Health, spirituality & medical ethics journal*, 2021. 8(3): p. 171-179.
14. Duarte, P.S., et al., Cognitive-behavioral group therapy is an effective treatment for major depression in hemodialysis patients. *Kidney international*, 2009. 76(4): p. 414-421.
15. Ghaffari, M., et al., The effectiveness of intervention based on the transactional model on improving coping efforts and stress moderators in hemodialysis patients in Tehran: a randomized controlled trial. *BMC nephrology*, 2021. 22(1): p. 377.
16. Ghahramani, N., et al., Effect of Peer Mentoring on Quality of Life among CKD Patients: Randomized Controlled Trial. *Kidney diseases (Basel, Switzerland)*, 2021. 7(4): p. 323-333.
17. Griva, K., et al., The effect of brief self-management intervention for hemodialysis patients (HED-SMART) on trajectories of depressive and anxious symptoms. *Journal of psychosomatic research*, 2018. 113: p. 37-44.
18. Griva, K., et al., Hemodialysis Self-management Intervention Randomized Trial (HED-SMART): a Practical Low-Intensity Intervention to Improve Adherence and Clinical Markers in Patients Receiving Hemodialysis. *American journal of kidney diseases*, 2018. 71(3): p. 371-381.
19. Hare, J., D. Clark-Carter, and M. Forshaw, A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness of a cognitive behavioural group approach to improve patient adherence to peritoneal dialysis fluid restrictions: a pilot study. *Nephrology, dialysis, transplantation*, 2014. 29(3): p. 555-564.
20. Hsu, S.Y. and H.S. Huang, Improving Depression, Hope, and Quality of Life in Dialysis Patients Using Health Promotion Education Groups. *Hu li za zhi [Journal of nursing]*, 2019. 66(4): p. 29-39.
21. Hu, Q., et al., Analysis of the Effectiveness of the Nurse-Led "outpatient-Ward-Home" Management Model in Chronic Kidney Patients. *Evidence-based complementary and alternative medicine*, 2022. 2022.
22. Jadhav, S.T., P. Lee, and C.V. D'Souza, Effectiveness of prehemodialysis preparatory program on improving coping among chronic kidney disease patients. *Saudi journal of kidney diseases and transplantation*, 2018. 29(6): p. 1342-1349.
23. Joboshi, H. and M. Oka, Effectiveness of an educational intervention (the Encourage Autonomous Self-Enrichment Program) in patients with chronic kidney disease: a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 2017. 67: p. 51-58.
24. Joboshi, H., et al., Effects of the EASE Program in Chronic Kidney Disease Education: a Randomized Controlled Trial to Evaluate Self-Management. *Journal of japan academy of nursing science*, 2012. 32(1): p. 21-29.

25. Keivan, S., et al., Role of self-management program based on 5A nursing model in quality of life among patients undergoing hemodialysis: a Randomized Clinical Trial. *BMC nephrology*, 2023. 24(1): p. 58.
26. Kim, S.H. and H.S. You, The Effects of an Empowerment Education Program for Kidney Transplantation Patients. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 2017. 47(4): p. 445-455.
27. Kucuk, L. and O. Isil, The effects of problem solving education on depression level and problem solving skills on dialysis patients. *Turkiye klinikleri journal of medical sciences*, 2009. 29(6): p. 1638-1649.
28. Lashkari, F., et al., The Effect of Collaborative Care model on the Fatigue in Patients Undergoing Maintenance Hemodialysis: a Randomized Clinical Trial. *Qom university of medical sciences journal*, 2016. 10(8): p. 26-28.
29. Latos, M., et al., Positive Psychology Intervention to Improve Recovery after Renal Transplantation: a Randomized Controlled Trial. *Journal of contemporary psychotherapy*, 2022. 52(1): p. 35-44.
30. Lee, S.J., An Empowerment Program to Improve Self-Management in Patients with Chronic Kidney Disease. *Korean j adult nurs*, 2018. 30(4): p. 426-436.
31. Li, L. and R. Hu, Evidence-based nursing improves unhealthy psychology and the quality of life and reduces the incidence of complications in hemodialysis patients. *International journal of clinical and experimental medicine*, 2019. 12(11): p. 12904-12911.
32. Liu, L., et al., Use of a knowledge-attitude-behaviour education programme for Chinese adults undergoing maintenance haemodialysis: randomized controlled trial. *Journal of international medical research*, 2016. 44(3): p. 557-568.
33. Luo, Y., et al., Effects of Multidisciplinary Team Care Based on 5E's Renal Rehabilitation for Peritoneal Dialysis Patients in Guangxi Zhuang Autonomous Region of China: a Randomized Controlled Trial. *Blood purification*, 2019. 48(2): p. 115-123.
34. Mohamed, S.A., The effectiveness of an educational intervention on fatigue in hemodialysis patients: a randomized controlled trial. *Journal of nursing and health science*, 2014. 3(4): p. 40-50.
35. Nguyen, N.T., C. Douglas, and A. Bonner, Effectiveness of self-management programme in people with chronic kidney disease: a pragmatic randomized controlled trial. *Journal of advanced nursing*, 2019. 75(3): p. 652-664.
36. Pasyar, N., M. Rambod, and M. Jowkar, The effect of peer support on hope among patients under hemodialysis. *International journal of nephrology and renovascular disease*, 2020. 13: p. 37-44.
37. Picariello, F., et al., Feasibility Trial of Cognitive Behavioral Therapy for Fatigue in Hemodialysis (BReF Intervention). *Journal of pain and symptom management*, 2021. 61(6): p. 1234-1246.e5.
38. Salar, A., et al., The effect of a family-centered empowerment model on quality of life in dialysis patients. *Payesh health monitor*, 2018. 17(2): p. 179-190.
39. Sarizadeh, M.S., et al., Effectiveness of acceptance and commitment therapy on subjective well-being among hemodialysis patients: a randomized clinical trial study. *Koomesh*, 2019. 21(1): p. 61-66.
40. Sezer, T.A., H. Çavuşoğlu, and A. Düzova, Self-management program for adolescents with chronic kidney disease: a randomized controlled trial. *Journal of renal care*, 2021. 47(3): p. 146-159.

41. Shad, F.S., et al., An Investigation Into the Impact of Orem's Self-Care Program on Life Satisfaction in Hemodialysis Patients: a Clinical Trial Study. *Medical-surgical nursing journal*, 2018. 7(4): p. 1-6.
42. Shareh, H., M. Hasheminik, and M. Jamalinik, Cognitive behavioural group therapy for insomnia (CBGT-I) in patients undergoing haemodialysis: a randomized clinical trial. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 2022. 50(6): p. 559-574.
43. Siou-Hung, T., et al., The Efficacy of a Nurse-Led Breathing Training Program in Reducing Depressive Symptoms in Patients on Hemodialysis: a Randomized Control led Trial. *AJN american journal of nursing*, 2015. 115(4): p. 24-33.
44. Soleimani, F., H. Motaarefi, and A. Hasanpour-Dehkordi, Effect of sleep hygiene education on sleep quality in hemodialysis patients. *Journal of clinical and diagnostic research*, 2016. 10(12): p. LC01-LC04.
45. Thomas, Z., et al., Brief Mindfulness Meditation for Depression and Anxiety Symptoms in Patients Undergoing Hemodialysis: a Pilot Feasibility Study. *Clinical journal of the American Society of Nephrology*, 2017. 12(12): p. 2008-2015.
46. Tsai, S.H., et al., CE: original research: the efficacy of a nurse-led breathing training program in reducing depressive symptoms in patients on hemodialysis: a randomized controlled trial. *American journal of nursing*, 2015. 115(4): p. 24-32; quiz 33, 42.
47. Urstad, K.H., et al., The effect of an educational intervention for renal recipients: a randomized controlled trial. *Clinical transplantation*, 2012. 26(3): p. E246-53.
48. Uzdil, N., Ö. Ceyhan, and N. Şimşek, The effect of salutogenesis-based care on the sense of coherence in peritoneal dialysis patients. *Journal of clinical nursing*, 2022. 31(1-2): p. 184-195.
49. Valsaraj, B.P., S.M. Bhat, and K.S. Latha, Cognitive behaviour therapy for anxiety and depression among people undergoing haemodialysis: a randomized control trial. *Journal of clinical and diagnostic research*, 2016. 10(8): p. VC06-VC10.
50. Vicdan, A.K., The Effect of Training Given to Hemodialysis Patients According to the Comfort Theory. *Clinical nurse specialist CNS*, 2020. 34(1): p. 30-37.
51. Wong, F.K., S.K. Chow, and T.M. Chan, Evaluation of a nurse-led disease management programme for chronic kidney disease: a randomized controlled trial. *International journal of nursing studies*, 2010. 47(3): p. 268-278.
52. Wu, D., Y. Hu, and W. Zhou, Influence of psychological and social support based on self efficacy theory on social participation of young and middle aged patients with peritoneal dialysis. *Chinese nursing research*, 2016. 30(10C): p. 3760-3764.
53. Wu, R., et al., Effect of Self-Determination Theory on Knowledge, Treatment Adherence, and Self-Management of Patients with Maintenance Hemodialysis. *Contrast media & molecular imaging*, 2022. 2022: p. 1416404.
54. Zuo, M., et al., The Effect of Nonpharmacological Integrated Care Protocols on Patients with Fatigue Undergoing Hemodialysis: a Randomized Controlled Trial. *Computational and mathematical methods in medicine*, 2022. 2022: p. 1047959.

Dataauthenting Amirkhani 2021

Tittel: "The Effect of Resilience Training on Stress, Anxiety, Depression, and Quality of Life of Hemodialysis Patients: A Randomized Controlled Clinical Trial"

Metode

Studie-design	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individ	Okt-des 2019	Ikke oppgitt	IRCT20200414047074N1

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Amirkhani 2019	Personer med kronisk nyresvikt i endestadiet	Resilienstrening	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 4 Livskvalitet 1	Nyreklinikk (sykehus) Iran

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kronisk nyresvikt i endestadiet som går i hemodialysebehandling.
Alder:	Tiltak: 62.03 ± 7.21 år. Sammenligning: 58.75 ± 7.70 år. (variasjon 38 til 70 år).
Kjønn:	Tiltak: 27,6 % kvinner. Sammenligning: 32,1 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: 37,9 % yrkesaktive. Sammenligning: 46,4 % yrkesaktive.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer med kronisk nyresykdom og nyresvikt i sluttstadiet som går til dialysebehandling. Beskrevet som end-stage renal disease (ESRD). ESRD ble definert som personer med mindre enn 10-15 % nyrefunksjon. Varighet av dialysebehandling: Under 3 år: 11/57. 3-6 år: 20/57. Over 6 år: 26/57.
Antall deltakere	Tiltak: 37 (29 ble analysert). Sammenligning: 36 (28 ble analysert).

Tiltak

Navn på tiltak:	Resilienstrening («resilience training»).
Teoretisk forankring	Ikke oppgitt.
Forberedelse/info rmasjon for tiltaket	Deltakerne og fasilitatorene blir kjent og formålet og rammeverket for tiltaket blir forklart. Regler og framgangsmåte i møtene presenteres. Definisjon av og forklaring av resiliens og faktorer som er viktige for å skape resiliens blir gjennomgått.
Målsetting	Deltakerne skal sette seg konkrete mål.
Handlingsplan	Deltakerne skal lage planer for å oppnå målene sine.
Mestringsstrategi er eller planer	• Problemløsning • Mestringstro (self-efficacy) • Fokus på kognitiv rekonstruering og modellering • Fokus på sosialt støtteapparat og kommunikasjon med andre

	Tanker og følelser er i stor grad hovedfokus
Sosial støtte	Gruppeformat og i tillegg et tema i innholdet av tiltaket.
Aktiviteter/øvelser	Gruppeoppgaver, praktiske oppgaver, rollespill, lekse/hjemmeoppgave. Workshop-format.
Undervisning	Undervisning i deler av opplegget, spørsmål og svar, oppsummering av forrige tema/sesjon. Film og PowerPoint en del brukt i undervisning.
Erfaringsutveksling	Gruppeformatet i tillegg til arbeidsmetoder som involverer gruppearbeid og gruppediskusjoner og erfaringsutveksling i gruppe.
Skriftlig materiell	Ikke oppgitt.
Individuelt tilpasset	Selv om tiltaket gis i gruppeformat, så bærer beskrivelsene preg av at mål og plan er tilpasset hvert individs behov og ønsker.
Gruppe	Gruppe (10 i hver gruppe).
Antall møter/ treff	12 møter (sesjoner) á 90 minutter.
Hyppighet av tiltak:	Ikke oppgitt.
Lengde på tiltak:	Ikke oppgitt, men mindre enn 3 mnd.
Tilbyder/arrangør	Psykolog (klinisk psykolog).
Opplæring av tilbyder	Ikke oppgitt, men et strukturert introduksjon av hvert møte med innhold er oppgitt.
Medvirkere	Likepersoner («peer») delte sine erfaringer. Likepersoner fikk opplæring i forkant.
Hvor tiltaket gis	På en nyrelinikk eller dialysesenter (sykehus).

Sammenligning

Sammenligning:	Ingen tiltak. Etter studieperioden fikk alle i sammenligningsgruppen (kontrollgruppen) tilbud om en 2-dagers workshop i resiliensstrening.
----------------	--

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)		
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	- Angstsymptomer - Stressymptomer - Depresjonssymptomer - Psykisk helse totalskår Alle målt med Depression, anxiety and stress 21 scale (DASS-21). Hver kategori med 7 spørsmål hver (0-21/28 poeng). Lavere skår indikerer bedre psykisk helse	Baseline og 1 uke etter kursslutt (trolig rundt 3 mnd., men uvisst)
Vaner/atferd		
Livskvalitet	Livskvalitet, generell Målt med Quality of Life Short Form med generisk SF-36 totalskår 0-100 poeng. Høyere skåringer indikerer bedre livskvalitet	Baseline og 1 uke etter kursslutt (trolig rundt 3 mnd., men uvisst)
Sosial fungering		
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Forskningsetisk komite på universitetet
------------------------------	--

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt at ingen organisasjoner finansiererte studien
-------------------------	---

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Ingen interessekonflikter
----------------------	---------------------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt
-----------------------------	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low	Computer-generated block randomization sequence
Allocation concealment (selection bias)	Unclear	No statement about concealment
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Unclear	No statement about blinding
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Unclear	No statement about blinding
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Low	No significant lack of outcome data De nevner selv at studien trengte 27 i hver gruppe for å oppnå statistisk styrke.
Selective reporting (reporting bias)	Low	No indication of reporting bias.
Other bias	Low	No indication of other risk of bias

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://brieflands.com/articles/ijpbs-104490.html> og er per 10. november 2023 fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Bahraseman 2021

Tittel: "The Effects of Peer Support on Depression, Anxiety, and Stress Among Patients Receiving Hemodialysis"

Metode

Studie-design	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
q-RCT	2	Individ	Des 2019-jan 2021	Ikke oppgitt	IRCT20160914029817N10 Retrospektiv registrering

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Bahraseman 2021	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Stressmestring	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 2	Dialysesenter (sykehus) Iran

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet som går i hemodialysebehandling.
Alder:	Tiltak: 46 ± 2 år. Sammenligning: 49,37 ± 1,9 år.
Kjønn:	Tiltak: 56,7 % kvinner. Sammenligning: 43,3 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: Ikke oppgitt. Sammenligning: Ikke oppgitt.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Kriterium for å bli med i studien var minimum 3 mnd. dialysebehandling. Ikke videre oppgitt hvor lenge deltakerne hadde gått i dialysebehandling.
Antall deltakere	Tiltak: 30. Sammenligning: 30.

Tiltak

Navn på tiltak:	Stressmestring.
Teoretisk forankring	Mestringstro (self-efficacy) av Bandura.
Forberedelse/ informasjon for tiltaket	Deltakerne og kursledere blir kjent og formålet for tiltaket blir forklart. Regler og framgangsmåte i møtene presenteres. Definisjon av og forklaring av stressmestring og faktorer som er viktige for å mestre stress gjennomgås.
Målsetting	Ikke oppgitt.
Handlingsplan	Ikke oppgitt.
Mestringsstrategi er eller planer	• Evaluering av stress • Coping styles (problem- og følelsesfokusert) • Tanker og følelser er i stor grad hovedfokus
Sosial støtte	Gruppeformat.
Aktiviteter/ øvelser	Gruppeoppgaver, lekse/hjemmeoppgave.
Undervisning	Undervisning stor del av opplegget, spørsmål og svar, oppsummering av forrige tema/sesjon.
Erfarings- utveksling	Gruppeformatet i tillegg til arbeidsmetoder som involverer gruppearbeid og gruppediskusjoner og erfaringsutveksling i gruppe.
Skriftlig materiell	Ikke oppgitt.
Individuelt tilpasset	Tiltaket gis i gruppeformat og er i større grad undervisningspreget og trolig ikke veldig individtilpasset.

Gruppe	Gruppe.
Antall møter/ treff	8 møter (sesjoner) á 90 minutter.
Hyppighet av tiltak:	2 ganger per uke.
Lengde på tiltak:	4 uker.
Tilbyder/ arrangør	Helsepersonell og sykepleiere.
Opplæring av tilbyder	Ikke oppgitt, men en strukturert introduksjon av hvert møte med innhold er oppgitt.
Medvirkere	Ikke oppgitt.
Hvor tiltaket gis	På en dialyseavdeling (sykehus).

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging (ikke videre beskrevet).
----------------	--

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)		
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	- Mestringstro (Self-efficacy) Målt med Sherer general self-efficacy GSES skårer fra 17 til 85 der høyere skåring indikerer bedre egenmestring - Stressmestring Målt med Coping strategy scale som skåres fra 0 til 96 der høyere skåringer indikerer bedre mestring	Baseline, rett etter tiltaket (totalt 1 mnd.) og 1 måned etter tiltaket (totalt 2 mnd.)
Vaner/atferd		
Livskvalitet		
Sosial fungering		
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Institutional review board.
------------------------------	--------------------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt at ingen organisasjoner finansiererte studien.
-------------------------	--

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Oppgitt. Ingen interessekonflikter.
----------------------	-------------------------------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt
-----------------------------	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Unclear	Block-randomization method
Allocation concealment (selection bias)	Unclear	Researcher used a convenience sampling method
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	No blinding of participants and personnel
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Low	Outcome assessor was blinded
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Low	2 or 5 out of 65 was lost to follow-up
Selective reporting (reporting bias)	Low	No indication of reporting bias even though retrospect trial protocol registration
Other bias	Low	No indication of other risk of bias

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-021-00678-4> og er per 10. november 2023 fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Chen 2021

Tittel: "Effect of peer support on improving self-management ability in peritoneal dialysis patients-a randomized controlled trial"

Metode

Studie-design	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	3 (2 er med her)	Individ	Jan 2019-?	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Chen 2021	Personer med kronisk nyresykdom	Likepersonstøtte	Vanlig oppfølging	Fysisk fungering 1 Sosial fungering 1	Dialysesenter (sykehus) Kina

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kronisk nyresykdom i peritoneal dialysebehandling.
Alder:	Tiltak: 52,41 ± 11,25 år. Sammenligning: 50,1 ± 10,75 år.
Kjønn:	Tiltak: 45,5 % kvinner. Sammenligning: 41,2 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: 36,4 % yrkesaktive. Sammenligning: 29,4 % yrkesaktive.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer med kronisk nyresykdom som går til peritoneal dialysebehandling. Ikke spesifisert videre. Gjennomsnittlig varighet på dialysen var rundt 33 mnd. og antall poser per dag var gjennomsnittlig 4 poser.
Antall deltakere	Tiltak: 35. Sammenligning: 35.

Tiltak

Navn på tiltak:	Likepersonstøtte.
Teoretisk forankring	Konseptanalyse om likepersoner (peer) (Dennis 2006).
Forberedelse/informasjon for tiltaket	Bli kjent med hverandre og å skape en behagelig og trygg atmosfære i gruppen. Informasjonsstøtte (praktisk informasjon og råd om sykdom og behandling samt kosthold og fysisk aktivitet).
Målsetting	Ikke oppgitt.
Handlingsplan	Ikke oppgitt.
Mestringsstrategier eller planer	• Selvtillit • Sosial støtte og kommunikasjon med helsepersonell • Følelser • Seksuell kunnskap
Sosial støtte	Gruppeformat.
Aktiviteter/øvelser	Ikke oppgitt.
Undervisning	Undervisning en liten del av opplegget.
Erfaringsutveksling	Gruppeformatet i tillegg til arbeidsmetoder som involverer gruppediskusjoner og erfaringsutveksling i gruppe.
Skriftlig materiell	Ikke oppgitt.

Individuelt tilpasset	Tiltaket gis i gruppeformat og er trolig ikke veldig individtilpasset.
Gruppe	Gruppe (10-15 personer).
Antall møter/ treff	12 møter (sesjoner) á 180 minutter.
Hyppighet av tiltak:	Annenhver uke.
Lengde på tiltak:	24 uker (6 mnd.).
Tilbyder/ arrangør	Likepersoner, men med fasilitatorer / støttepersonell i bakgrunnen er forskerne.
Opplæring av tilbyder	Ikke oppgitt hva slags opplæring fasilitatorene har, men likepersonene har opplæring.
Medvirkere	Likepersoner som leder gruppene. Opplæring for å bli likeperson på 5 dagers kurs á 1 time per gang.
Hvor tiltaket gis	På et dialysesenter.

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging ("The patients in the control group were regularly followed up once a month for 6 months: (I) general condition and physical examination; (II) inspection of PD catheter outlet; (III) blood, urine and PD fluid samples taken; (IV) external short tube was replaced every 6 months; (V) feedback of examination results; (VI) individualized health education."). Dette ble dermed også tilbudt alle deltakere uavhengig av allokering.
----------------	---

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)	Egenmestring/egenomsorg (self-management) Målt med egenutviklet Self-management scale (SMS) med 5 dimensjoner og 21 elementer med likert-skala med totalsum 0-84. Jo høyere jo bedre egenmestring.	Baseline, rett etter tiltaket (6 mnd.)
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)		
Vaner/atferd		
Livskvalitet		
Sosial fungering	Sosial støtte Målt med underkomponent i self-management spørreskjema om følelsesmessig fungering og sosial return målt som underkomponent i egenutviklet skala med 5 dimensjoner og 21 elementer med likert-skala med totalsum 0-84. Underkomponenten har 4 spørsmål og poengsum 0-12. Jo høyere jo bedre egenmestring.	Baseline, rett etter tiltaket (6 mnd.)
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Institutional review board.
------------------------------	--------------------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt at ingen organisasjoner finansiererte studien.
-------------------------	--

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Oppgitt. Ingen interessekonflikter.
----------------------	-------------------------------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Unclear	Block-randomization method
Allocation concealment (selection bias)	Unclear	Researcher used a convenience sampling method
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	No blinding of participants and personnel
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Low	Outcome assessor was blinded
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Low	2 or 5 out of 65 was lost to follow-up
Selective reporting (reporting bias)	Low	No indication of reporting bias even though retrospect trial protocol registration
Other bias	Low	No indication of other risk of bias

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://apm.amegroups.org/article/view/66111/html> og er per 10. november 2023 fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Eardley 2014 og 2018

Tittel: "Problem-solving therapy to improve depression scores among older hemodialysis patients: a pilot randomized trial" og "Using Problem-solving Therapy to Improve Problem-solving Orientation, Problem-solving Skills and Quality of Life in Older Hemodialysis Patients"

Metode

Studiedesign	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individ	Jan-feb 2012	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Eardley 2014/2018	Personer (eldre) med kronisk nyresykdom i endestadiet	Problemløsningsterapi	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 1 Livskvalitet 2	Dialyseklipp (Outpatient) USA

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer (eldre) med kronisk nyresykdom i endestadiet som går i hemodialysebehandling.
Alder:	Tiltak: 72,3 ± 5,6 år. Sammenligning: 75,3 ± 8,3 år.
Kjønn:	Tiltak: 33,3 % kvinner. Sammenligning: 38,9 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: Ikke oppgitt. Sammenligning: Ikke oppgitt.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet som går til hemodialysebehandling. Ikke spesifisert videre. Gjennomsnittlig varighet på dialysen var rundt 43 mnd.
Antall deltakere	Tiltak: 15. Sammenligning: 18.

Tiltak

Navn på tiltak:	Problemløsningsterapi.
Teoretisk forankring	SPS-rammeverk.
Forberedelse/ informasjon for tiltaket	Orienterer om og introdusere problemløsningsterapi. Gjennomgå årsaker, symptomer, medisiner og behandling for depresjon. Identifisere og definere stressende problemer, håndteringsresponsen.
Målsetting	Målsetting.
Handlingsplan	Handlingsplaner («action plans»). Lage realistiske og oppnåelige løsninger til problemer. Diskutere handlingsplaner og justere og monitorere.
Mestringsstrategier eller planer	• Problemløsningstiler • Brainstorme og identifisere løsninger • Evaluere og velge løsninger
Sosial støtte	Ikke oppgitt.
Aktiviteter/ øvelser	Gjøre hyggelige aktiviteter, hjemmelektur.
Undervisning	En slags type veiledning og coaching av tilbyder.
Erfarings- utveksling	Ikke oppgitt.
Skriftlig materiell	Ikke oppgitt.
Individuelt tilpasset	Tiltaket gis individuelt og er individtilpasset. Tiltaket gis under selve dialysen.

Gruppe	Nei.
Antall møter/ treff	6 møter á 60 minutter.
Hyppighet av tiltak:	Ukentlig.
Lengde på tiltak:	6 uker.
Tilbyder/ arrangør	Sosialarbeider.
Opplæring av tilbyder	Sosialarbeider med Master fikk opplæring i forkant av tiltaket og fulgte en manual. I tillegg fikk vedkomne pågående veiledning.
Medvirkere	Ikke oppgitt.
Hvor tiltaket gis	På et dialysesenter under selve dialysen («chair side»).

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging ("which consisted of routine visits from the unit's licensed social worker as requested by patients or their nephrologists. Patients in both groups received a formal social work assessment during the trial if they were scheduled for their routine 90-day, annual, or quarterly assessment as required by the Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS).").
----------------	--

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)		
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	Depresjonssymptomer Målt med Beck Depression Inventory (BDI) totalskår 0-63 (lavere skår indikerer bedre psykisk helse) og en kortversjon kalt Patient health questionnaire-9 (PHQ-9). Sistnevnte er ikke med i analysene da utfallsmålet er det samme.	Baseline og rett etter tiltaket (6 uker).
Vaner/atferd		
Livskvalitet	- Livskvalitet, psykisk komponent - Livskvalitet, fysisk komponent Målt med Kidney Disease Quality of Life (KDQOL) som skåres fra 0 til 100 der høyere skåringer indikerer bedre livskvalitet.	Baseline og ved slutten av tiltaket (6 uker).
Sosial fungering		
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Institutional review board.
------------------------------	--------------------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. Ingen finansiering.
-------------------------	------------------------------

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Oppgitt. Ingen interessekonflikter.
----------------------	-------------------------------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low	computer generated random numbers
Allocation concealment (selection bias)	Low	Could not foresee allocation
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	"This was an unblinded study"
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	High	"This was an unblinded study"
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Low	2 was lost to follow up in the intervention group
Selective reporting (reporting bias)	Low	No indication of reporting bias
Other bias	Low	No indication of other risk of bias

Merknader/notater

Artikkelen er publisert

Erdley 2014: <https://www.dustri.com/article-response-page.html?artId=11413&doi=10.5414%2FCN108196> og er per 13. november 2023 **ikke** fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Erdley-Kass 2018: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/07317115.2017.1371819> og er per 13. november 2023 **ikke** fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Espahbodi 2015

Title: "Effect of Psycho Education on Depression and Anxiety Symptoms in Patients on Hemodialysis"

Metode

Studie-design	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analyse-metode	Protokoll
RCT	2	Individ	2009	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Espahbodi 2015	Personer med nyresvikt	Psykoedukasjon	Ingen tiltak	Følelsesmessig fungering 3	Dialysesenter (sykehus) Iran

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med nyresvikt i hemodialysebehandling.
Alder:	Tiltak: 49,14 ± 14,54 år Sammenligning: 52,29 ± 15,58 år
Kjønn:	Tiltak: 51,8 % kvinner Sammenligning: 50 % kvinner
Yrkesaktiv:	Tiltak: ikke oppgitt Sammenligning: ikke oppgitt
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer med kronisk nyresykdom i hemodialysebehandling. Ikke videre beskrevet.
Antall deltakere	Tiltak: 30 (27 ble analysert) Sammenligning: 30 (28 ble analysert)

Tiltak

Navn på tiltak:	Psykoedukasjon
Teoretisk forankring	Ikke oppgitt.
Forberedelse/ informasjon for tiltaket	Det ble gitt informasjon/opplæring innen anatomi, fysiologi, behandlingsregimer og dialysebehandling.
Målsetting	Ikke oppgitt.
Handlingsplan	Ikke oppgitt.
Mestringsstrategier eller planer	• Stresshåndtering • Problemløsning • Adaptive responser • Muskelavslapning
Sosial støtte	Ikke oppgitt
Aktiviteter/ øvelser	Ikke oppgitt
Undervisning	Opplæring og informasjon.
Erfarings- utveksling	Ikke oppgitt.
Informasjons- materiell	Ikke oppgitt.
Individuelt tilpasset	Ikke oppgitt og ikke mulig å tolke da det ikke er gitt informasjon om tiltaket er individ- eller gruppebasert.

Gruppe	Ikke oppgitt, men tolkes til å være gruppebasert da de oppgir formatet å være «educational sessions».
Antall møter/ treff	3 møter á 60 minutter.
Hyppighet av tiltak:	Annenhver dag
Lengde på tiltak:	6 uker
Tilbyder/ arrangør	Ikke oppgitt
Opplæring av tilbyder	Ikke oppgitt, men nevner at de følger en protokoll
Medvirkere	Ikke oppgitt
Hvor tiltaket gis	På et dialysesenter dager før dialysen.

Sammenligning

Sammenligning:	Ingen tiltak. Ikke nærmere beskrevet enn at deltakerne ikke fikk psykoedukasjon
----------------	---

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)		
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	• Angst • Depresjon • Psykisk helse total Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) med totalskår 0-21 ble brukt til å måle depresjon, angst og total	Baseline og 1 mnd. etter tiltaket var ferdig.
Vaner/atferd		
Livskvalitet		
Sosial fungering		
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. University Ethics Committee.
------------------------------	---------------------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. Universitetsfinansiering.
-------------------------	------------------------------------

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Oppgitt. Ingen interessekonflikter
----------------------	------------------------------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt
-----------------------------	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	High	"Eligible patients (n = 60) were selected randomly from dialysis center of Imam Khomeini Hospital in Sari. The patients were divided into two groups by a random allocation after being somewhat matched according to intervening factors such as age, gender, marital status, education level, duration of dialysis and number of dialysis per week. Therefore, there were 30 patients in the dialysis group with psycho education and the rest were in the dialysis group without psycho education (control group)"
Allocation concealment (selection bias)	High	See comment above
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	No indication of blinding and outcomes are self-reported
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	High	No indication of blinding and outcomes are self-reported
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	High	Two patients were excluded from the dialysis group with psycho education. This happened due to a change in dialysis schedules. Besides, one patient was excluded from this group because of having a new stressor during the study. Similarly, in control group (the dialysis group without psycho education) two patients were excluded one due to changes in dialysis schedule and another due to having a new stressor.
Selective reporting (reporting bias)	Low	All outcomes are reported
Other bias	High	This is a very poorly reported trial and indicates the possibility that the trial was not adequately planned, executed and reported.

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4525450/> og er per 17. november 2023 fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Hsiao 2016

Tittel: "The Effects of an Empowerment Intervention on Renal Transplant Recipients: A Randomized Controlled Trial"

Metode

Studie-design	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individ	Jan 2015-des 2018	Ikke oppgitt	ACTRN12615000810516

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Hsiao 2016	Personer med transplantert nyre	Mestringstiltak	Vanlig oppfølging	Fysisk fungering 1 Følelsesmessig fungering 1	Klinikker (outpatient) Taiwan

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer som er nyretransplantert.
Alder:	Tiltak: 48,57 ± 8,97 år. Sammenligning: 45,91 ± 8,41 år.
Kjønn:	Tiltak: 44,6 % kvinner. Sammenligning: 45,5 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: 46,4 % yrkesaktive. Sammenligning: 54,5 % yrkesaktive.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer nyretransplantert i løpet av de siste 20 årene. Gjennomsnittlig 64-65 mnd. siden transplantasjonen.
Antall deltakere	Tiltak: 62 (56 analysert) Sammenligning: 68 (66 analysert)

Tiltak

Navn på tiltak:	Mestringstiltak kalt empowermenttiltak.
Teoretisk forankring	Guidelines for facilitating a patient empowerment program (Pibernik-Okanovic 2004).
Forberedelse for tiltaket	Ikke oppgitt.
Målsetting	Målsetting (individtilpasset).
Handlingsplan	Handlingsplaner.
Mestringsstrategier eller planer	• Problemløsning • Stressmestring • Oppsøke støtte • Motivasjon • Følelser
Sosial støtte	Gruppeformat og i tillegg fokus på å søke sosial støtte.
Aktiviteter/øvelser	Gruppeaktiviteter.
Undervisning	Undervisning.
Erfaringsutveksling	Gruppediskusjoner og erfaringsutveksling.
Skriftlig materiell	Ikke oppgitt.
Individuelt tilpasset	Ja.
Gruppe	Gruppe.

Antall møter/ treff	6 á 120 min.
Hyppighet av tiltak:	Annenhver uke.
Lengde på tiltak:	12 uker.
Tilbyder/ arrangør	Forskere.
Opplæring av tilbyder	Ikke oppgitt.
Medvirkere	Ja, delvis. Oppfordret til at gruppedeltakere ledet møter etter hvert.
Hvor tiltaket gis	Medisinske sentre.

Sammenligning

Sammenligning:	«Comparison group» uten videre beskrivelse. Det antas derfor at det er ingen tiltak/vanlig oppfølging.
----------------	--

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)	Egenmestring/egenomsorg Målt med Self-care behavior scale med 14 spørsmål med totalskår 0 til 56 der høyere skåring indikerer bedre egenmestring.	Baseline og 4 uker etter tiltaket er ferdig (16 uker totalt).
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	Empowerment Målt med Empowerment scale med 17 spørsmål med totalskår 0 til 68 der høyere skåring indikerer bedre empowerment.	Baseline og 4 uker etter tiltaket er ferdig (16 uker totalt).
Vaner/atferd		
Livskvalitet		
Sosial fungering		
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Institutional review board.
------------------------------	--------------------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. Forskningsmidler fra sykehuset.
-------------------------	--

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Ikke oppgitt.
----------------------	---------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low	Flip of a coin
Allocation concealment (selection bias)	Low	Could not foresee allocation
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	No blinding of participants and personnel
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Unclear	No reporting of how outcome was assessed
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Low	6 in intervention group and 2 in control group was lost to follow-up
Selective reporting (reporting bias)	Low	No indication of reporting bias
Other bias	Low	No indication of other risk of bias

Merknader/notater

Artikkelen er publisert https://journals.lww.com/jnr-tna/Fulltext/2016/09000/The_Effects_of_an_Empowerment_Intervention_on.4.aspx og er per 22. november 2023 fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Irajpour 2018

Tittel: "The Effects of Peer Support on Depression, Anxiety, and Stress Among Patients Receiving Hemodialysis"

Metode

Studiedesign	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
q-RCT	2	Individ	2017	Ikke oppgitt	Oppgitt uten referanse

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Irajpour 2018	Personer med nyresvikt	Likepersonstøtte	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 3	Dialysesenter (sykehus) Iran

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med nyresvikt som går i hemodialysebehandling.
Alder:	Tiltak: Ikke oppgitt. Sammenligning: Ikke oppgitt.
Kjønn:	Tiltak: Ikke oppgitt. Sammenligning: Ikke oppgitt.
Yrkesaktiv:	Tiltak: 12,5 % yrkesaktive. Sammenligning: 21,2 % yrkesaktive.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Kriterium for å bli med i studien var minimum 3 mnd. dialysebehandling. Ikke videre oppgitt hvor lenge deltakerne hadde gått i dialysebehandling.
Antall deltakere	Tiltak: 38 (32 analysert). Sammenligning: 38 (33 analysert).

Tiltak

Navn på tiltak:	Likepersonstøtte.
Teoretisk forankring	Ikke oppgitt.
Forberedelse/ informasjon for tiltaket	Ikke oppgitt.
Målsetting	Ikke oppgitt.
Handlingsplan	Ikke oppgitt.
Mestringsstrategier eller planer	- Coping strategies - Addressing problems
Sosial støtte	Gruppeformat .
Aktiviteter/ øvelser	Ikke oppgitt.
Undervisning	«Peer education».
Erfarings- utveksling	Gruppeformatet i tillegg til arbeidsmetoder som involverer gruppediskusjoner og erfaringsutveksling i gruppe.
Skriftlig materiell	Ikke oppgitt.
Individuelt tilpasset	Tiltaket gis i gruppeformat, men ble beskrevet til å ha et individuelt fokus på hver deltakers behov.
Gruppe	Gruppe.
Antall møter/ treff	16 møter (sesjoner) á 120 minutter.

Hyppighet av tiltak:	2 ganger per uke.
Lengde på tiltak:	8 uker.
Tilbyder/arrangør	Likeperson (peer mentor).
Opplæring av tilbyder	“All mentors needed to complete eight 1.5-hour training sessions prior to being matched with a mentee.” “The staff was assisted with the development of the training content. Isfahan social workers, dietitians, nephrologist, psychologist, and nurses reviewed the counseling training curriculum and provided feedback.”
Medvirkere	Likepersoner (peers).
Hvor tiltaket gis	På en dialyseavdeling.

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging (ikke videre beskrevet enn at de ikke fikk noe annet tiltak enn vanlig oppfølging).
----------------	---

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)		
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	• Depresjon • Angst • Stress Målt med 42-item Depression Anxiety Stress Scale (DASS-42). Hver kategori med 14 spørsmål hver 0-42/56 poeng). Jo lavere skår, jo mindre psykisk belastning	Baseline, rett etter tiltaket (totalt 8 uker)
Vaner/atferd		
Livskvalitet		
Sosial fungering		
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Ethics Committee of Isfahan Medical Sciences University.
------------------------------	---

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. Isfahan Medical Sciences University grant.
-------------------------	---

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Oppgitt. Ingen interessekonflikter.
----------------------	-------------------------------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	High	Odd, or even days as sequence generation
Allocation concealment (selection bias)	Low	Allocation to the even of odds days was done by a nurse external to the study
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	"Blinding was not applicable to this study"
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	High	"Blinding was not applicable to this study"
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	High	5 in the control group and 6 in the intervention group was excluded from the analysis
Selective reporting (reporting bias)	Low	All outcomes are reported
Other bias	Low	No indication of other bias

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://archive.ircmj.com/article/20/s1/ircmj-20-S1-66321.pdf> og er per 20. november 2023 fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Lerma 2017

Tittel: "Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients"

Metode

Studiedesign	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individ	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Oppgitt uten referanse

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Lerma 2017	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Kognitivt atferdstiltak	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 2 Livskvalitet 3 Sosial fungering 1	Dialysesenter (outpatient) Mexico

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet som går i hemodialysebehandling og som har milde til moderate angst og depresjonssymptomer.
Alder:	Tiltak: 41,8 ± 14,7 år. Sammenligning: 41,7 ± 15,1 år.
Kjønn:	Tiltak: 51,6 % kvinner. Sammenligning: 55,6 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: 74,2 % yrkesaktive. Sammenligning: 83,3 % yrkesaktive.
Sykdomsstadium/ behandlingsstadium:	Personer med kronisk nyresykdom i sluttstadiet som går til hemodialysebehandling. Beskrevet som end-stage renal disease (ESRD). Varighet av dialysebehandling: 12-13 måneder ± 9-10 mnd.
Antall deltakere	Tiltak: 38 (31 analysert). Sammenligning: 22 (18 analysert).

Tiltak

Navn på tiltak:	Kognitiv atferdstiltak
Teoretisk forankring	CBT (Rem 1998)
Forberedelse/informasjon for tiltaket	Ikke oppgitt.
Målsetting	Utvikle og sette egne mål.
Handlingsplan	Handlingsplan for atferdsendring.
Mestringsstrategier eller planer	• Atferdsmønstre • Kognitiv rekonstruering (tanker) • Avslapningsteknikker (pust og muskler)
Sosial støtte	Gruppeformat.
Aktiviteter/øvelser	Bruk av ideogrammer, hjemmelekse og øvelser.
Undervisning	Betydelig undervisning.
Erfaringsutveksling	Gruppediskusjoner og erfaringsutveksling.

Informasjonsmaterieell	Håndbok som var tilpasset ble gitt til deltakerne. «In the patients' handbook, each session contained a helpful summary of the topics that had been reviewed as well as of the corresponding self-completion forms for the week.».
Individuelt tilpasset	Ja, delvis.
Gruppe	Ja (3-6 pers. pr gruppe).
Antall møter/ treff	5 ganger á 180 min.
Hyppighet av tiltak:	Ukentlig.
Lengde på tiltak:	5 uker.
Tilbyder/arrangør	Terapeut «therapist» uten videre utdypning.
Opplæring av tilbyder	Egen håndbok «The therapists' handbook describes the organization of each session as follows (always in the same order): introduction, goals for the session, review of homework and self-completed forms, description and practical teaching of the specific technique, group discussion, explanation of homework, and session closure. For each homework assignment and technique, specific self-completed forms were designed to record each patient's compliance.»
Medvirkere	Ikke oppgitt.
Hvor tiltaket gis	På et dialysesenter (sykehus).

Sammenligning

Sammenligning:	Ingen tiltak/kontrollgruppe (venteliste). De beskriver: «Patients in the control group were on a waiting list for 9 weeks; after this period, the CBI was offered to these patients for ethical reasons, but this was not considered in the analysis as part of the intervention group.».
----------------	---

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)		
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	- Depresjonssymptomer Målt med Becks Depression Inventory 21 elementer (0-63 poeng) hvor høyere indikerer økt symptom på depresjon. - Angstsymptomer Målt med Beck Anxiety Inventory (BAI) 21 elementer (0-63 poeng) hvor høyere indikerer økt symptom på angst.	Baseline og etter tiltaket var ferdig (5 uker etter tiltaket startet).
Vaner/atferd		
Livskvalitet	- Livskvalitet, psykisk komponent - Livskvalitet, fysisk komponent - Generell livskvalitet Målt med QoL Profile in the Chronically Ill med 40 Likert-poeng spørsmål (0-4) med totalskår 0-160 der høye verdier er bedre enn lave verdier.	Baseline og etter tiltaket var ferdig (5 uker etter tiltaket startet).
Sosial fungering	Social well-being Målt som underkomponent i QoL Profile in the Chronically Ill med Likert-poeng spørsmål (0-4) der høye verdier er bedre enn lave verdier.	Baseline og etter tiltaket var ferdig (5 uker etter tiltaket startet).
Kognitiv fungering		

Helsestatus		
-------------	--	--

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. The Ethics and Research Committee of the National Institute of Cardiology 'Ignacio Chavez' approved the protocol and consent forms
------------------------------	---

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Ikke oppgitt.
-------------------------	---------------

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Ikke oppgitt.
----------------------	---------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Unclear	"patients were randomly assigned at the proportion of two patients in the intervention group for every patient in the control group".
Allocation concealment (selection bias)	Low	"The assignment to one of the groups (using random numbers) was concealed to the therapist, health-related staff, and administrative personnel."
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	"patients became aware of their experimental or control allocation because the waiting list group was informed of the wait period in line with ethical requirements."
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	High	Self-reported data
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	High	Loss to follow up was 7 in intervention group and 4 in control group.
Selective reporting (reporting bias)	Low	All outcomes are reported
Other bias	High	Sample size calculation of 20 per group was not met for the outcome measurements.

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27435635/> og er per 20. desember 2023 **ikke** fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Lerma 2017

Tittel: "Brief cognitive behavioural intervention for depression and anxiety symptoms improves quality of life in chronic haemodialysis patients"

Metode

Studiedesign	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individ	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Oppgitt uten referanse

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Lerma 2017	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Kognitivt atferdstiltak	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 2 Livskvalitet 3 Sosial fungering 1	Dialysesenter (outpatient) Mexico

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet som går i hemodialysebehandling og som har milde til moderate angst og depresjonssymptomer.
Alder:	Tiltak: 41,8 ± 14,7 år. Sammenligning: 41,7 ± 15,1 år.
Kjønn:	Tiltak: 51,6 % kvinner. Sammenligning: 55,6 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: 74,2 % yrkesaktive. Sammenligning: 83,3 % yrkesaktive.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer med kronisk nyresykdom i sluttstadiet som går til hemodialysebehandling. Beskrevet som end-stage renal disease (ESRD). Varighet av dialysebehandling: 12-13 måneder ± 9-10 mnd.
Antall deltakere	Tiltak: 38 (31 analysert). Sammenligning: 22 (18 analysert).

Tiltak

Navn på tiltak:	Kognitiv atferdstiltak
Teoretisk forankring	CBT (Rem 1998)
Forberedelse/info rmasjon for tiltaket	Ikke oppgitt.
Målsetting	Utvikle og sette egne mål.
Handlingsplan	Handlingsplan for atferdsendring.
Mestringsstrategi er eller planer	• Atferdsmønstre • Kognitiv rekonstruering (tanker) • Avslapningsteknikker (pust og muskler)
Sosial støtte	Gruppeformat.
Aktiviteter/ øvelser	Bruk av ideogrammer, hjemmelektse og øvelser.
Undervisning	Betydelig undervisning.
Erfarings- utveksling	Gruppediskusjoner og erfaringsutveksling.

Informasjonsmaterieell	Håndbok som var tilpasset ble gitt til deltakerne. «In the patients' handbook, each session contained a helpful summary of the topics that had been reviewed as well as of the corresponding self-completion forms for the week.».
Individuelt tilpasset	Ja, delvis.
Gruppe	Ja (3-6 pers. pr gruppe).
Antall møter/ treff	5 ganger á 180 min.
Hyppighet av tiltak:	Ukentlig.
Lengde på tiltak:	5 uker.
Tilbyder/ arrangør	Terapeut «therapist» uten videre utdypning.
Oppfølging av tilbyder	Egen håndbok «The therapists' handbook describes the organization of each session as follows (always in the same order): introduction, goals for the session, review of homework and self-completed forms, description and practical teaching of the specific technique, group discussion, explanation of homework, and session closure. For each homework assignment and technique, specific self-completed forms were designed to record each patient's compliance.»
Medvirkere	Ikke oppgitt.
Hvor tiltaket gis	På et dialysesenter (sykehus).

Sammenligning

Sammenligning:	Ingen tiltak/kontrollgruppe (venteliste). De beskriver: «Patients in the control group were on a waiting list for 9 weeks; after this period, the CBI was offered to these patients for ethical reasons, but this was not considered in the analysis as part of the intervention group.».
----------------	---

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)		
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	- Depresjonssymptomer Målt med Becks Depression Inventory 21 elementer (0-63 poeng) hvor høyere indikerer økt symptom på depresjon. - Angstsymptomer Målt med Beck Anxiety Inventory (BAI) 21 elementer (0-63 poeng) hvor høyere indikerer økt symptom på angst.	Baseline og etter tiltaket var ferdig (5 uker etter tiltaket startet).
Vaner/atferd		
Livskvalitet	- Livskvalitet, psykisk komponent - Livskvalitet, fysisk komponent - Generell livskvalitet Målt med QoL Profile in the Chronically Ill med 40 Likert-poeng spørsmål (0-4) med totalskår 0-160 der høye verdier er bedre enn lave verdier.	Baseline og etter tiltaket var ferdig (5 uker etter tiltaket startet).
Sosial fungering	Social well-being Målt som underkomponent i QoL Profile in the Chronically Ill med Likert-poeng spørsmål (0-4) der høye verdier er bedre enn lave verdier.	Baseline og etter tiltaket var ferdig (5 uker etter tiltaket startet).
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. The Ethics and Research Committee of the National Institute of Cardiology 'Ignacio Chavez' approved the protocol and consent forms
------------------------------	---

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Ikke oppgitt.
-------------------------	---------------

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Ikke oppgitt.
----------------------	---------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Unclear	"patients were randomly assigned at the proportion of two patients in the intervention group for every patient in the control group".
Allocation concealment (selection bias)	Low	"The assignment to one of the groups (using random numbers) was concealed to the therapist, health-related staff, and administrative personnel."
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	"patients became aware of their experimental or control allocation because the waiting list group was informed of the wait period in line with ethical requirements."
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	High	Self-reported data
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	High	Loss to follow up was 7 in intervention group and 4 in control group.
Selective reporting (reporting bias)	Low	All outcomes are reported
Other bias	High	Sample size calculation of 20 per group was not met for the outcome measurements.

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27435635/> og er per 20. desember 2023 **ikke** fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Liao 2020

Tittel: "Effect of comprehensive nursing intervention on negative emotion, quality of life and renal function of hemodialysis patients"

Metode

Studie-design	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individ	Jan-des 2017	Ikke oppgitt.	Ikke oppgitt.

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Liao 2020	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Pasientopplæring	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 2 Livskvalitet 2	Nyreavdeling (sykehus) Kina

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kronisk nyresvikt i endestadiet som er i peridialysebehandling.
Alder:	Tiltak: 52,87±10,46. Sammenligning: 55,29±12,68.
Kjønn:	Tiltak: 44,26 % kvinner. Sammenligning: 37,1 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: ikke oppgitt. Sammenligning: ikke oppgitt.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer med kronisk nyresykdom og nyresvikt i sluttstadiet som er i peridialysebehandling. Beskrevet som end-stage renal disease (ESRD). Varighet av dialysebehandling: 43,56 ±13,95 (tiltaksgruppen) og 47,26±15,36 (sammenligningsgruppen)
Antall deltakere	Tiltak: 64 (62 ble analysert). Sammenligning: 64 (61 ble analysert).

Tiltak

Navn på tiltak:	Pasientopplæring («comprehensive nursing intervention»)
Teoretisk forankring	Ikke oppgitt.
Forberedelse/info rmasjon for tiltaket	Ikke oppgitt.
Målsetting	Ikke oppgitt.
Handlingsplan	Ikke oppgitt.
Mestringsstrategi er eller planer	- Fokus på kognitiv rekonstruering og modellering - Avspenningsteknikker (muskulære) - Tanker og følelser er i stor grad hovedfokus
Sosial støtte	Ikke oppgitt
Aktiviteter/ øvelser	Ikke oppgitt
Undervisning	Undervisning i deler av opplegget (lectures) og rådgivning/veildening.
Erfarings- utveksling	Ikke oppgitt.
Informasjonsmat eriell	Ikke oppgitt.

Individuelt tilpasset	Ja, tilpasset hvert individs behov og ønsker.
Gruppe	Uklart, men deler av tiltaket var «lectures», så antakeligvis både gruppe og individ
Antall møter/ treff	Uklart rundt antall møter og varigheten av de
Hyppighet av tiltak:	Ikke oppgitt, men for «lectures» var det 1-2 ganger per uke
Lengde på tiltak:	Ikke oppgitt, men totalt med etteroppfølging mer enn 3 mnd.
Tilbyder/ arrangør	Sykepleiere
Opplæring av tilbyder	De som var involvert i kognitive atferdstiltak fikk opplæring (ikke videre beskrevet)
Medvirkere	Ikke oppgitt
Hvor tiltaket gis	På en nyreavdeling (sykehus).

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging med mer ("Both groups of patients received conventional nephrological treatment, including hemodialysis, active treatment of primary diseases, control of heart failure and infection, and maintenance of electrolyte balance. In addition, the conventional care group received conventional care interventions, including post-admission education, dialysis nursing, medication and nutritional guidance, and regular follow-ups after discharge.").
----------------	---

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)		
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	- Angstsymptomer Målt med Zung Self-rating Anxiety Scale (SAS). 20 spørsmål (totalskår 20-80). Lavere skår indikerer bedre psykisk helse - Depresjonssymptomer Målt med med Zung Self-rating Depression Scale (SDS). 20 spørsmål (totalskår 25-100). Lavere skår indikerer bedre psykisk helse	Baseline og etter kursslutt (trolig minst rundt 3 mnd., men uvisst)
Vaner/atferd		
Livskvalitet	Livskvalitet, generell Målt med Kidney Disease Quality of Life-36 (KDQOL-36) totalskår 0-100 poeng. Høyere skåringer indikerer bedre livskvalitet	Baseline og etter kursslutt (trolig minst rundt 3 mnd., men uvisst)
Sosial fungering		
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Ethics Committee of The Second Affiliated Hospital of Hainan Medical University.
------------------------------	---

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. the Standardized Promotion of Blood Purification Technology in County Hospitals of Hainan Province (ZDXM-2015085).
-------------------------	---

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Oppgitt. Ingen interessekonflikter
----------------------	------------------------------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt
-----------------------------	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low	“random number table”
Allocation concealment (selection bias)	Unclear	No reports of concealment
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	“lack of blind design”
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	High	“lack of blind design”
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Low	“During the intervention period, two patients were lost to follow up and one dropped out in the conventional care group; one patient was lost to follow up and one dropped out in the comprehensive nursing group”.
Selective reporting (reporting bias)	Low	All outcomes are reported
Other bias	Low	No indication of other risk of bias

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://e-century.us/files/ijcem/13/2/ijcem0101591.pdf> og er per 10. desember 2023 fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Lii 2007

Tittel: "Group intervention to improve quality of life in haemodialysis patients"

Metode

Studiedesign	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individ	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Oppgitt uten referanse

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Lii 2007	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Psykososialt tiltak	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 2 Livskvalitet 2	Dialyseklinikk (sykehus) Taiwan

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet som går i hemodialysebehandling.
Alder:	Tiltak: ikke oppgitt. Sammenligning: ikke oppgitt.
Kjønn:	Tiltak: 50 % kvinner. Sammenligning: 53,6 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: 50 % yrkesaktive. Sammenligning: 46,4 % yrkesaktive.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet i dialysebehandling. Dialysebehandling i gjennomsnittlig 48,9 måneder.
Antall deltakere	Tiltak: 30 (20 ved oppfølging). Sammenligning: 30 (28 ved oppfølging).

Tiltak

Navn på tiltak:	Psykososialt tiltak .
Teoretisk forankring	Self-efficacy teori Bandura og CBT-teori.
Forberedelse for tiltaket	Orienterer om og introdusere det psykososiale programmet. Informere om stress og dialyse, generell pasientopplæring.
Målsetting	Ikke oppgitt.
Handlingsplan	Ukentlige aktivitetsplaner for å monitorere egenmestring.
Mestringsstrategier eller planer	• Problemløsning • CBT • Avspenningsteknikker (relaxation) • Coping strategies • Stress management • Emotional management • Self-management
Sosial støtte	Gruppeformat.
Aktiviteter/øvelser	Hjemmelekse (monitorere egen situasjon, humør og tanker hjemme).
Undervisning	Modellering, verbal overbevisning og tolkning av symptomer.
Erfaringsutveksling	Observere hverandre.
Skriftlig materiell	Ikke oppgitt.

Individuelt tilpasset	Tiltaket gis i gruppe og hovedform er undervisning, så antageligvis i mindre grad individtilpasset.
Gruppe	Ja (10-15 personer per gruppe).
Antall møter/ treff	8 møter (sesjoner) á 120 minutter.
Hyppighet av tiltak:	Ukentlig.
Lengde på tiltak:	8 uker.
Tilbyder/ arrangør	Klinisk spesialsykepleier og nyresykepleier.
Opplæring av tilbyder	Sykepleierne hadde 10-12 års erfaring i dialysebehandling. Ikke oppgitt om de har fått opplæring i tiltaket som gis.
Medvirkere	Ikke oppgitt.
Hvor tiltaket gis	På en dialyseklinikk.

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging ("The comparison group received routine nursing care and a self-care booklet normally provided by the unit.")
----------------	---

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)		
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	- Depresjonssymptomer Målt med Becks Depression Inventory (BDI) totalskår 0-63. Lavere skår betyr mindre depresjonssymptomer - Mestringstro (self-efficacy) Målt med SUPPH (totalskår 29-145) der høyere skår betyr bedre mestringstro	Baseline og etter tiltaket (tot 8 uker)
Vaner/atferd		
Livskvalitet	- Livskvalitet, psykisk komponent - Livskvalitet, fysisk komponent Målt med SF-36 som går fra 0 til 100 der høyere skåring indikerer bedre livskvalitet	Baseline og etter tiltaket (tot 8 uker)
Sosial fungering		
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Ethics committees in the hospitals.
------------------------------	--

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Ikke oppgitt.
-------------------------	---------------

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Ikke oppgitt.
----------------------	---------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low	Concealed randomization procedure by a computer-generated list
Allocation concealment (selection bias)	Low	Investigators blind to block sequence
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	No blinding of participants and personnel
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Unclear	No information about blinding when collecting outcome data
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	High	10 participants in intervention group and 2 in control group was lost to follow-up
Selective reporting (reporting bias)	Low	No indication of reporting bias
Other bias	Low	No indication of other risk of bias

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2007.01963.x>
og er per 13. november 2023 **ikke** fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Lin 2021

Tittel: "Mechanisms and Effects of Health Coaching in Patients With Early-Stage Chronic Kidney Disease: A Randomized Controlled Trial"

Metode

Studie-design	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individ	Jun 2018-mar 2019	Intention-to-treat (ITT)	Ikke oppgitt

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Lin 2021	Personer med kronisk nyresykdom i stadium 1-3a	Helseveiledning	Vanlig oppfølging	Fysisk fungering 1 Følelsesmessig fungering 2 Livskvalitet 1	Nyreklinikk (outpatient) Taiwan

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kronisk nyresykdom i stadium 1-3a.
Alder:	Tiltak: 66,48 ± 10,55 år. Sammenligning: 62,31 ± 11,93 år.
Kjønn:	Tiltak: 38,9 % kvinner. Sammenligning: 27,8 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: 20,4 % yrkesaktive. Sammenligning: 25,9 % yrkesaktive.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer med kronisk nyresykdom i stadium 1-3a. Fordeling av stadier: 1: 13/108 2: 39/108 3a: 56/108
Antall deltakere	Tiltak: 54. Sammenligning: 54.

Tiltak

Navn på tiltak:	Helseveiledning «Coaching».
Teoretisk forankring	Self-efficacy Bandura.
Forberedelse for tiltaket	Ikke oppgitt.
Målsetting	Målsetting.
Handlingsplan	Handlingsplaner.
Mestringsstrategier eller planer	• Motiverende intervju • Helsecoaching • Tankemønstre • Identifisere risikofaktorer
Sosial støtte	Ikke oppgitt.
Aktiviteter/øvelser	Dagbok, loggføring, monitorering.
Undervisning	Spørsmål og svar, rådgivning, telefonoppfølging på handlingsplaner.
Erfaringsutveksling	Ikke oppgitt.
Skriftlig materiell	Brosjyre om egenmestring.

Individuelt tilpasset	Tiltaket gis individuelt.
Gruppe	Nei.
Antall møter/ treff	4 møter (sesjoner) á 60 min. + 2 telefonsamtaler á 15 min.
Hyppighet av tiltak:	Ukentlig.
Lengde på tiltak:	6 uker.
Tilbyder/ arrangør	Sykepleier.
Opplæring av tilbyder	Sykepleier med mastergrad og som har fått opplæring i helseveiledning (health coaching) for self-management av kronisk sykdom. Helsecoachen fulgte en manual.
Medvirkere	Ikke oppgitt.
Hvor tiltaket gis	På en dialyseklinikk (outpatient).

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging i et «pay for performance program» som alle deltakerne fikk.
----------------	--

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)	Egenmestring/egenomsorg Målt med CKD Self Management Instrument (CKD-SM) som er 29 spørsmål (totalskår 29-116) hvor høyere skår indikerer bedre egenmestring.	Baseline og rett etter tiltaket (6 uker)
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	- Mestringstro Målt med self-efficacy instrument CKD-SE med 25 spørsmål på en skala fra 0 til 10 der høyere verdi betyr høyere mestringstro - Pasientaktivering målt med Patient Activation Measure (PAM-13) der skåringer går fra 0 til 100 og høyere verdi indikerer høyere aktivering	Baseline og rett etter tiltaket (6 uker)
Vaner/atferd		
Livskvalitet	Livskvalitet, generell Målt med WHO QOL-BREF med 28 spørsmål (poengskår 0-100), der høy skåring indikerer bedre livskvalitet	Baseline og rett etter tiltaket (6 uker)
Sosial fungering		
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Institutional review board.
------------------------------	--------------------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Ikke oppgitt.
-------------------------	---------------

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Ikke oppgitt.
----------------------	---------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low	Random sequence by computer program
Allocation concealment (selection bias)	Low	Concealment in sequentially numbered opaque envelopes
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	No blinding of patients and personnel
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Low	Assessors collecting the outcome assessments were blinded
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Low	No attrition
Selective reporting (reporting bias)	Low	No indication of reporting bias. Supplementary material with additional information and analysis.
Other bias	Low	No indication of other risk of bias

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12623> og er per 23. november 2023 ikke fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Moattari 2012

Tittel: "The effect of empowerment on the self-efficacy, quality of life and clinical and laboratory indicators of patients treated with hemodialysis: a randomized controlled trial"

Metode

Studie-design	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individ	Nov 2009-feb 2010	Ikke oppgitt	IRCT138901172621N4

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Moattari 2012	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Mestringstiltak	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 2 Livskvalitet 3 Sosial fungering 1	Dialysesenter (sykehus) Iran

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet som går i hemodialysebehandling.
Alder:	Tiltak: 38,56 ± 11,4 år. Sammenligning: 37,3 ± 12,79 år.
Kjønn:	Tiltak: 40 % kvinner. Sammenligning: 31,4 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: Ikke oppgitt. Sammenligning: Ikke oppgitt.
Sykdomsstadium/ behandlingsstadium:	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet i hemodialysebehandling. Dialysebehandling i gjennomsnittlig 30,16 måneder.
Antall deltakere	Tiltak: 25. Sammenligning: 25 (23 analysert).

Tiltak

Navn på tiltak:	Mestringstiltak (empowermenttiltak).
Teoretisk forankring	Ikke oppgitt.
Forberedelse for tiltaket	Ikke oppgitt.
Målsetting	Målsetting .
Handlingsplan	Atferdsendringsplan.
Mestringsstrategier eller planer	• Problemløsning • Coping strategies • Stress management • Motivasjon • Avspenningsteknikker
Sosial støtte	Gruppeformat, familieinvolvering.
Aktiviteter/ øvelser	Rollespill.
Undervisning	Spørsmål og svar, rådgivning.
Erfaringsutveksling	Gruppediskusjoner og refleksjoner.
Skriftlig materiell	Ikke oppgitt.

Individuelt tilpasset	Tiltaket gis i gruppe og individuelt. Blir i tillegg fulgt opp via telefon. Dermed definert som individtilpasset.
Gruppe	Ja, både gruppe (10-13 per gruppe) og individuelt
Antall møter/ treff	6 møter (sesjoner) á 90-120 minutter hvorav fire individuelt og to i gruppe
Hyppighet av tiltak:	Ukentlig
Lengde på tiltak:	6 uker
Tilbyder/ arrangør	Psykiatrisk sykepleier
Opplæring av tilbyder	Utover vanlig fagbakgrunn er det ikke oppgitt spesiell opplæring for tiltaket.
Medvirkere	Ikke oppgitt.
Hvor tiltaket gis	På en dialyseklinikk

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging (ikke videre beskrevet).
----------------	--

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)		
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	- Mestringstro (self-efficacy) Målt med SUPPH (totalskår 29-145) der høyere skår betyr bedre mestringstro - Stress (stressreduksjon) Målt med delkomponent i SUPPH (total poengskår 10-50) der høyere skår betyr mindre stress. Skala reversert i analyse.	Rett etter tiltaket (6 uker) (ikke målt ved baseline).
Vaner/atferd		
Livskvalitet	- Livskvalitet, psykisk komponent - Livskvalitet, fysisk komponent - Livskvalitet, generell Målt med QoL Ferrans & Powers 1984 på en skala fra 0 til 30 der høyere skåring indikerer høyere livskvalitet.	Rett etter tiltaket (6 uker) (ikke målt ved baseline).
Sosial fungering	Sosial fungering Målt med QoL Ferrans & Powers 1984 underkomponent «Sosial og økonomisk komponent» på en skala fra 0 til 30 der høyere skåring indikerer høyere livskvalitet.	Rett etter tiltaket (6 uker) (ikke målt ved baseline).
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Institutional review board.
------------------------------	--------------------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Ikke oppgitt.
-------------------------	---------------

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Oppgitt. Ingen interessekonflikter.
----------------------	-------------------------------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Unclear	No information was provided
Allocation concealment (selection bias)	Unclear	No information was provided
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	No blinding of participants and personnel administering the intervention
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Unclear	No information was provided
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Low	2 participants in the control group was lost to follow-up
Selective reporting (reporting bias)	Low	No indication of reporting bias
Other bias	Low	No indication of other risk of bias

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22992449/> og er per 13. november 2023 fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Nikoogoftar & Shahini 2021

Tittel: "The effects of resilience training on self-efficacy, empowerment, and social adjustment of renal transplant patients"

Metode

Studiedesign	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
q-RCT	2	Individ	2020	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Nikoogoftar & Shahini 2021	Personer med transplantert nyre	Resilienstrening	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 2 Sosial fungering 1	Sykehus Iran

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med transplantert nyre.
Alder:	Tiltak: 34,8 år (SD ikke oppgitt). Sammenligning: 40,8 år (SD ikke oppgitt).
Kjønn:	Tiltak: Ikke oppgitt*. Sammenligning: Ikke oppgitt*. Tallet for begge gruppene samlet var 46,7 % kvinner (ukjent fordeling i gruppene).
Yrkesaktiv:	Tiltak: Ikke oppgitt. Sammenligning: Ikke oppgitt.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer nyretransplantert i 1998. 80% førstegangs transplantert 20% andregangs transplantert
Antall deltakere	Tiltak: 15. Sammenligning: 15.

Tiltak

Navn på tiltak:	Resilienstrening.
Teoretisk forankring	Self-efficacy Bandura
Forberedelse/ informasjon for tiltaket	Deltakerne og kursledere blir kjent og formålet for tiltaket blir forklart. Regler og framgangsmåte i møtene presenteres.
Målsetting	Målsetting.
Handlingsplan	Hvordan oppnå mål.
Mestringsstrategi er eller planer	- Decision-making - Problem solving - Mestre følelser - Styrke selvtillit - Bli bevisst egne evner - Kommunikasjon med andre
Sosial støtte	Gruppeformat.
Aktiviteter/ øvelser	Ikke oppgitt.
Undervisning	Mest sannsynlig et undervisningspreget format.
Erfarings- utveksling	Gruppeformat.

Skriftlig materiell	Ikke oppgitt.
Individuelt tilpasset	Tiltaket gis i gruppeformat og er i større grad undervisningspreget og trolig ikke veldig individtilpasset.
Gruppe	Gruppe .
Antall møter/ treff	12 møter (sesjoner) á 45 minutter.
Hyppighet av tiltak:	Ikke oppgitt.
Lengde på tiltak:	Ikke oppgitt.
Tilbyder/ arrangør	«Klinisk master».
Opplæring av tilbyder	Ikke oppgitt, men en strukturert introduksjon av hvert møte med innhold er oppgitt.
Medvirkere	Ikke oppgitt.
Hvor tiltaket gis	På sykehus.

Sammenligning

Sammenligning:	Ikke oppgitt, kun referert til som kontrollgruppe. Mest sannsynlig ingen tiltak/ vanlig oppfølging.
----------------	---

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)		
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	- Mestringstro (self-efficacy) Målt med GSE (totalskår 10-40) jo høyere skår, jo høyere mestringstro. - Empowerment Målt med Psychological Empowerment Questionnaire. 12 spørsmål og totalskår 12-84 poeng. Høyere skår betyr høyere psykologisk empowerment.	Baseline, etter tiltaket (ukjent når, sannsynligvis 12 uker).
Vaner/atferd		
Livskvalitet		
Sosial fungering	Sosial fungering (sosial tilpasning) Målt med Social Adjustment Scale (totalskår 52-260 poeng). Høy skår betyr dårligere sosial fungering. Negativt fortegn i analyser.	Baseline, etter tiltaket (ukjent når, sannsynligvis 12 uker).
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Payame Noor University Ethics Committee.
------------------------------	---

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt at ingen organisasjoner finansiererte studien.
-------------------------	--

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Oppgitt. Ingen interessekonflikter.
----------------------	-------------------------------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	High	Shahid Moddares hospital was intervention patients and Shohadaye Tajrish hospital was control group patients.
Allocation concealment (selection bias)	Unclear	No information about how patients was selected to different hospitals.
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Low	Only Shahid Modarres hospitalized patients were explained about the purpose.
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	High	Intervention group patients knew about the study and could be affected by it when self-reporting their outcomes.
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Unclear	No information about loss to follow up, or attrition.
Selective reporting (reporting bias)	Low	All outcomes are reported.
Other bias	High	This is a very poorly reported trial and many unclearities with respect to quasi-experimental, randomly selected, informed consent and possibility of leaving the study was only available in the intervention group. Baseline information is only reported to the entire sample so no judgement can be made if the groups are different other than on the outcomes measured pre- and post.

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://www.jnmsjournal.org/article.asp?issn=2345-5756;year=2021;volume=8;issue=3;spage=137;epage=144;aulast=Nikoogofar> og er per 20. november 2023 fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Poorgholami 2015

Tittel: "The Effect of Stress Management Training on Hope in Hemodialysis Patients"

Metode

Studie-design	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
q-RCT	2	Individ	Nov 2014-mar 2015	Ikke oppgitt	IRCT2014042617440N1 (ikke tilgjengelig)

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Poorgholami 2015	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Stressmestring	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 1	Dialyseavdeling (sykehus) Iran

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet som går i hemodialysebehandling.
Alder:	Tiltak: 46 ± 2 år. Sammenligning: 49,37 ± 1,9 år.
Kjønn:	Tiltak: 57% kvinner. Sammenligning: 42 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: 41 % yrkesaktive. Sammenligning: 46 % yrkesaktive.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet som går til dialysebehandling. Ikke spesifisert videre, men kriteriet for å bli med var å ha vært minimum 6 mnd. i dialysebehandling.
Antall deltakere	Tiltak: 25. Sammenligning: 25.

Tiltak

Navn på tiltak:	Stressmestring.
Teoretisk forankring	Ikke oppgitt.
Forberedelse for tiltaket	Ikke oppgitt.
Målsetting	Ikke oppgitt.
Handlingsplan	Ikke oppgitt.
Mestringsstrategier eller planer	- Stressmestring - Avslapningsteknikker (muskel)
Sosial støtte	Gruppeformat .
Aktiviteter/ øvelser	Ikke oppgitt.
Undervisning	Undervisning/opplæring er stor del av opplegget.
Erfarings- utveksling	Ikke oppgitt.
Informasjonsmaterieell	«Traing booklet» laget av forskerne ble delt ut til deltakerne. «in which explanations and advice were provided pertaining to the process of disease, the importance of hemodialysis, dietary regimen, limited liquid intake, daily weight control, physical activity, and control of vital signs, introduction to symptoms of underlying diseases, the importance of quitting smoking, stress management, and muscle relaxation.»

Individuelt tilpasset	Tiltaket gis i gruppeformat, men deltakerne kan ringe forskerne når som helst for hjelp/støtte, dermed delvis individuelttilpasset.
Gruppe	Gruppe (5-8 pers).
Antall møter/ treff	5 møter (sesjoner) á 60 min.
Hyppighet av tiltak:	Ca. 1 gang per uke/annenhver uke.
Lengde på tiltak:	8 uker.
Tilbyder/ arrangør	Forskere.
Opplæring av tilbyder/arrangør	Ikke oppgitt.
Medvirkere	Ikke oppgitt.
Hvor tiltaket gis	På en dialyseavdeling før dialysebehandling.

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging. Deltakerne fikk vanlig rutine oppfølging/trening uten tiltaket og informasjonsmateriellet gitt til tiltaksgruppen.
----------------	---

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)		
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	Håp Målt med Miller hope scale (1-5 poeng og 48 spørsmål med totalskår på maks 240 poeng). Høyere skår betyr høyere håp.	Baseline, rett etter tiltaket (3 mnd.).
Vaner/atferd		
Livskvalitet		
Sosial fungering		
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Ethics Committee of Shiraz University of Medical Sciences.
------------------------------	---

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Ikke oppgitt.
-------------------------	---------------

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Oppgitt. Ingen interessekonflikter.
----------------------	-------------------------------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	High	A quasi-randomised study “Case-control quasi-experimental study”. “Study participants were selected purposively and were then randomly divided into two groups using Random Allocation software.
Allocation concealment (selection bias)	High	Researcher used a convenience sampling method. No mention of concealment.
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	No mention of blinding of participants and personnel.
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	High	No mention of blinding.
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	High	No mention of losses to follow-up, attrition rates or other information.
Selective reporting (reporting bias)	Low	All outcomes are reported.
Other bias	Unclear	Poorly described method, so not possible to judge.

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://www.ccsenet.org/journal/index.php/qjhs/article/view/52679> og er per 20. november 2023 fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Poorgholami 2016

Tittel: "The Influence of Educational Interventions based on the Continuous Care Model on the Quality of Life of Hemodialysis Patients"

Metode

Studiedesign	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
q-RCT	2	Individ	Sept-des 2015	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Poorgholami 2016	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Pasientopplæring	Vanlig oppfølging	Livskvalitet 3 Sosial fungering 1	Dialyseavdeling (sykehus) Iran

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet som går i hemodialysebehandling.
Alder:	Tiltak: 46 ± 2 år. Sammenligning: 49,37 ± 1,9 år.
Kjønn:	Tiltak: 56,7 % kvinner. Sammenligning: 43,3 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: Ikke oppgitt. Sammenligning: Ikke oppgitt.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet som går til dialysebehandling. Ikke spesifisert videre, men kriteriet for å bli med var å ha vært minimum 6 mnd. i dialysebehandling.
Antall deltakere	Tiltak: 30. Sammenligning: 30.

Tiltak

Navn på tiltak:	Stressmestring.
Teoretisk forankring	Ikke oppgitt.
Forberedelse for tiltaket	Formålet for tiltaket blir forklart. Forventningsavklaring. Deltakerne blir stimulert til å identifisere sine problemer. De blir gjort oppmerksomme på hvor viktig oppfølging er framover.
Målsetting	Ikke oppgitt.
Handlingsplan	Ikke oppgitt.
Mestringsstrategier eller planer	• Identifisere problemer • Rådgivning • Håndtere problemer (cope)
Sosial støtte	Gruppeformat.
Aktiviteter/ øvelser	Ikke oppgitt.
Undervisning	Undervisning stor del av opplegget, spørsmål og svar.
Erfarings- utveksling	Gruppediskusjoner og erfaringsutveksling i gruppe.
Informasjonsmaterieell	Ikke oppgitt.
Individuelt tilpasset	Tiltaket gis i gruppeformat og individuelt, så mest sannsynlig individtilpasset.

Gruppe	Gruppe + individuelt.
Antall møter/ treff	7 møter (sesjoner) hvorav 3 var individuelle opplæringsmøter under dialysebehandling á 60 min (i tillegg ukentlige telefonoppfølging).
Hyppighet av tiltak:	Ca. 1 gang per uke/annenhver uke.
Lengde på tiltak:	3 mnd.
Tilbyder/ arrangør	Forskere.
Opplæring av tilbyder/arrangør	Ikke oppgitt.
Medvirkere	Ikke oppgitt.
Hvor tiltaket gis	På en dialyseavdeling (sykehus).

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging (ikke videre beskrevet).
----------------	--

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)		
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)		
Vaner/atferd		
Livskvalitet	- Livskvalitet, generell - Livskvalitet, psykisk komponent - Livskvalitet, fysisk komponent Målt med Ferrans & Powers Quality of Life Index Dialysis Version (1-6 poeng per spørsmål med totalskår 0-30 for alle delkomponenter og total. Høyere skår indikerer høyere livskvalitet	Baseline, rett etter tiltaket (3 mnd.)
Sosial fungering	Sosial fungering (Sosial-økonomisk komponent) målt med Ferrans & Powers Quality of Life Index Dialysis Version underkomponent med totalskår 0-30. Høyere skår indikerer høyere sos. fungering	Baseline, rett etter tiltaket (3 mnd.)
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Ethics committee of Jahrom University of Medical Sciences.
------------------------------	---

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Ikke oppgitt.
-------------------------	---------------

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Ikke oppgitt.
----------------------	---------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	High	No information about sequence generation
Allocation concealment (selection bias)	High	No information about how the allocation was concealed.
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	No blinding of participants and personnel
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	High	No blinding
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	High	"from each group, 1 of the subjects was excluded due to death, 2 were excluded due to kidney transplant, another 2 were further excluded due to unwillingness to participate further.
Selective reporting (reporting bias)	Unclear	Only quality of life is reported as outcome
Other bias	Unclear	This study is very poorly reported and uses phrases such as controlled clinical trial, and purposively sampling, as well as randomly allocated to control and intervention group.

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <http://dx.doi.org/10.13005/bbra/2052> og er per 13. november 2023 fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Rodrigue 2011

Tittel: "A psychological intervention to improve quality of life and reduce psychological distress in adults awaiting kidney transplantation"

Metode

Studie-design	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	3 (2 er med her)	Individ	Jan 2007-feb 2009	Intention-to-treat (ITT)	Ikke oppgitt

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Rodrigue 2011	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Livskvalitetstiltak (Støttetiltak er ikke med i vår analyse)	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 3 Livskvalitet 3 Sosial fungering 1	Medisinsk senter (Sykehus) USA

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet som venter på nyretransplantasjon.
Alder:	Tiltak: 38,56 ± 11,4 år. Sammenligning: 37,3 ± 12,79 år.
Kjønn:	Tiltak: 40 % kvinner. Sammenligning: 31,4 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: Ikke oppgitt. Sammenligning: Ikke oppgitt.
Sykdomsstadium/ behandlingsstadium:	Personer med kronisk nyresykdom i dialysebehandling. Dialysebehandling i gjennomsnittlig 30,16 måneder.
Antall deltakere	Tiltak: 25. Sammenligning: 25 (23 analysert).

Tiltak

Navn på tiltak:	Mestringstiltak (empowerment)
Teoretisk forankring	Ikke oppgitt.
Forberedelse for tiltaket	Ikke oppgitt.
Målsetting	Målsetting.
Handlingsplan	Atferdsendringsplan.
Mestringsstrategier eller planer	• Problemløsning • Forstå tanker og følelser • Kommunikasjon/forhold til andre
Sosial støtte	Samarbeid med tilbyder samt fokus på kommunikasjon med andre.
Aktiviteter/ øvelser	Ikke oppgitt.
Undervisning	Veiledning/rådgivning/samarbeid.
Erfaringsutveksling	Ikke oppgitt.
Skriftlig materiell	Ikke oppgitt.

Individuelt tilpasset	Tiltaket gis individuelt som rådgivning/veiledning og et samarbeid med hver enkelt. Dermed definert som individtilpasset.
Gruppe	Nei.
Antall møter/ treff	Ca. 8 møter á 60 minutter.
Hyppighet av tiltak:	Ukentlig.
Lengde på tiltak:	Opptil 2 mnd.
Tilbyder/ arrangør	Sosialarbeider og psykolog.
Opplæring av tilbyder	Therapists were Master's or PhD level social workers and psychologists with at least 2-year experience in transplantation who delivered only one of the interventions.
Medvirkere	Ikke oppgitt.
Hvor tiltaket gis	Medisinsk senter.

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging (ikke videre beskrevet) for personer på venteliste til transplantasjon.
----------------	---

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)		
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	• Psykisk helse (angst-depr) Målt med Hopkins Symptom Checklist (HSCL) med 25 spørsmål og 25-100 i totalskår. Lavere skår indikerer mindre psykisk belastning • Antall dager med dårlig psykisk helse i løpet av siste måned	Baseline, 1 uke etter tiltaket startet og etter tiltaket var ferdig (12 uker etter tiltaket startet og 1 mnd etter det endte).
Vaner/atferd		
Livskvalitet	• Livskvalitet, generell Målt med quality of Life Inventory (QOLI) med totalskår 1-77 poeng der høy skåring indikerer bedre livskvalitet. • Livskvalitet, psykisk komponent • Livskvalitet, fysisk komponent Målt med SF-36 der totalskår 0-100 hvor høyere skåring indikerer bedre livskvalitet/fungering.	Baseline, 1 uke etter tiltaket startet og etter tiltaket var ferdig (12 uker etter tiltaket startet og 1 mnd etter det endte).
Sosial fungering		
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Institutional review board.
------------------------------	--------------------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. Fra National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Disease.
-------------------------	---

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Oppgitt. Ingen interessekonflikter.
----------------------	-------------------------------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Unclear	No information was provided
Allocation concealment (selection bias)	Unclear	No information was provided
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	No blinding of participants and personnel who administered the intervention
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Low	Research assistant was blinded to intervention group when collecting outcome data
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Low	Imputation of missing data for 5 lost to follow up in intervention arm and 2 in each control arm. ITT was performed.
Selective reporting (reporting bias)	Low	No indication of selective reporting and all time points are accounted for.
Other bias	Low	No indication of other risk of bias

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://academic.oup.com/ndt/article/26/2/709/1889180?login=true> og er per 13. november 2023 fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Shahnnavazi 2018

Tittel: "The effect of the emotional intelligence education programme on quality of life in haemodialysis patients"

Metode

Studie-design	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
q-RCT	2	Individ	Jul 2014-jan 2015	Ikke oppgitt	IRCT2014112520082N1

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Shahnnavazi 2018	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Pasientopplæring	Vanlig oppfølging	Fysisk fungering 1 Rollefungering 3 Sosial fungering 1 Livskvalitet 1 Fysiske symptomer 3	Nyreavdeling (sykehus) Iran

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kronisk nyresvikt i endestadiet som går i hemodialysebehandling.
Alder:	Tiltak: hovedsakelig 30-39 år (90% av deltakerne var mellom 20-49 år). Sammenligning: hovedsakelig 30-39 år og 40-49 år (90% av deltakerne var mellom 20-49 år).
Kjønn:	Tiltak: 46,6 % kvinner. Sammenligning: 36,4 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: 0 % yrkesaktive. Sammenligning: 10 % yrkesaktive.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer med kronisk nyresykdom og nyresvikt i sluttstadiet som går til hemodialysebehandling. Beskrevet som end-stage renal disease (ESRD). Varighet av dialysebehandling: Under 2 år: 10/43 2-4 år: 13/43 5-7 år: 11/43 Over 7 år: 9/43
Antall deltakere	Tiltak: 23 (21 ble analysert). Sammenligning: 24 (22 ble analysert).

Tiltak

Navn på tiltak:	Pasientopplæring med fokus på emosjonell intelligens og ferdigheter i emosjonsregulering og mestring.
Teoretisk forankring	Ikke oppgitt.
Forberedelse/info rmasjon for tiltaket	Ikke oppgitt.
Målsetting	Ikke oppgitt.
Handlingsplan	Ikke oppgitt.
Mestringsstrategi er eller planer	- Selvbevissthet - Mestring - Empati - Mestre av forhold

	- Følelsesmessig kontroll - Styrker og svakheter
Sosial støtte	Gruppeformat.
Aktiviteter/øvelser	Trening på teknikker, øvelser og hjemmelektse.
Undervisning	Undervisning i større deler av opplegget, spørsmål og svar, oppsummering av forrige tema/sesjon. Film og PowerPoint en del brukt i undervisning.
Erfaringsutveksling	Gruppeformatet i tillegg til arbeidsmetoder som involverer gruppediskusjoner og erfaringsutveksling i gruppe.
Informasjonsmaterieell	Ikke oppgitt.
Individuelt tilpasset	Tiltaket gis i gruppeformat og det kommer ikke fram at det var individuelt tilpasset.
Gruppe	Gruppe (4 i hver gruppe).
Antall møter/ treff	12 møter (sesjoner) á 30 minutter.
Hyppighet av tiltak:	2 ganger per uke.
Lengde på tiltak:	6 uker.
Tilbyder/ arrangør	Sykepleier.
Opplæring av tilbyder	Sykepleier har fått opplæring i teknikker for å fremme emosjonell intelligens.
Medvirkere	Ikke oppgitt.
Hvor tiltaket gis	På en nyreavdeling på sykehus.

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging. Begge gruppene fikk undervisning om diett, drikke, aktiviteter, medikamentell behandling, rutine oppfølging, fistula, månedlige laboratorieprøver.
----------------	---

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering	- Fysisk rollefungering - Følelsesmessig rollefungering Kidney Disease Quality of Life-Short Form (KDQoL-SF36) questionnaire. Skår 0-100 hvor høyt er bra for positive elementer og dette er reversert for negative elementer - Arbeid (employment) Målt med KDQoL-SF36 underkomponent totalskår 0-100 poeng.	Baseline og 6 uker etter kursslutt og 12 uker etter kursslutt
Fysisk fungering (egenmestring)	Fysisk fungering Målt med KDQoL-SF36 underkomponent totalskår 0-100 poeng.	Baseline og 6 uker etter kursslutt og 12 uker etter kursslutt
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)	- Smerte - Utmattelse/mangel på vitalitet - Søvn Målt med KDQoL-SF36 underkomponent totalskår 0-100 poeng.	Baseline og 6 uker etter kursslutt og 12 uker etter kursslutt
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)		
Vaner/atferd		

Livskvalitet	Livskvalitet, generell Målt med KDQoL-SF36	Baseline og 6 uker etter kursslutt og 12 uker etter kursslutt
Sosial fungering	Sosial fungering Målt med KDQoL-SF36 underkomponent totalskår 0-100 poeng.	Baseline og 6 uker etter kursslutt og 12 uker etter kursslutt
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Forskingen var etisk vurdert og godkjent av universitet i Teheran.
------------------------------	---

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. Forskingen var finansiert av universitet i Teheran.
-------------------------	--

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Oppgitt. Ingen interessekonflikter.
----------------------	-------------------------------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	High	Quasi-randomized according to day
Allocation concealment (selection bias)	High	No concealment
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	No blinding of patients and personnel
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	High	No blinding of investigator
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Low	2 lost to follow-up in both groups
Selective reporting (reporting bias)	Low	No indication of reporting bias.
Other bias	Low	No indication of other risk of bias

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29422155/> og er per 20. november 2023 **ikke** fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Shirazian 2023

Tittel: "Improving quality of life and self-care for patients on hemodialysis using cognitive behavioral strategies: A randomized controlled pilot trial"

Metode

Studie-design	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individ	Ikke oppgitt	Intention-to-treat (ITT)	NCT03395366

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Shirazian 2023	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Kognitivt atferdstiltak	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 1 Livskvalitet 1	Medisinsk avdeling (sykehus) USA

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kronisk nyresykdom i sluttstadiet som går i hemodialysebehandling. Personene måtte ha skåret over en viss terskelverdi for depressive symptomer. Dermed i risiko for eller med depresjon.
Alder:	Tiltak: 55,8 ± 11,3 år. Sammenligning: 62,5 ± 15,5 år.
Kjønn:	Tiltak: 53,8 % kvinner. Sammenligning: 47,6 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: 30,8 % yrkesaktive. Sammenligning: 14,3 % yrkesaktive.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer med kronisk nyresykdom i sluttstadiet i hemodialysebehandling. Ikke oppgitt mer enn at deltakerne måtte ha gått til hemodialysebehandling i mer enn 3 mnd. ved starten av studien.
Antall deltakere	Tiltak: 22 (13 analysert). Sammenligning: 23 (21 analysert).

Tiltak

Navn på tiltak:	Kognitivt atferdstiltak («cognitive behavioural strategies»).
Teoretisk forankring	Ikke oppgitt.
Forberedelse for tiltaket	Ikke oppgitt.
Målsetting	Målsetting.
Handlingsplan	Handlingsplaner (behandlingplaner).
Mestringsstrategier eller planer	• Problemløsning • Coping strategier
Sosial støtte	Ikke oppgitt.
Aktiviteter/ øvelser	Logg-føring, hjemmelektse.
Undervisning	Undervisning.
Erfarings- utveksling	Ikke oppgitt.
Skriftlig materiell	Arbeidsark (worksheets) og stensiler (handouts).

Individuelt tilpasset	Ja, side-om-side.
Gruppe	Nei.
Antall møter/ treff	8 møter á 300 min
Hyppighet av tiltak:	Ikke oppgitt.
Lengde på tiltak:	12 uker .
Tilbyder/ arrangør	Sosialarbeidere.
Opplæring av tilbyder	6 timers opplæring in CB-strategier. I tillegg fulgte de et manuskript til de ulike møtene og instruksjoner om når og hvordan levere ut arbeidsark (worksheets) og stensiler (handouts) for hvert møte.
Medvirkere	Ikke oppgitt.
Hvor tiltaket gis	Hemodialyseavdeling på sykehus.

Sammenligning

Sammenligning:	Placebo med sesjoner uten samme innhold. Vanlig oppfølging med dialyse og undervisning. «The control group received the current care for low QOL scores as dictated by HD unit policy. This included social work review of QOL scores and use of a template to report scores and suggestions back to patients. The control group also received educational sessions and materials without embedded CB-strategies. The control intervention was originally delivered by a socialworker, however, she left the institution and the control sessions were subsequently delivered by either a study social worker, dialysis tech or research assistant that was not involved in the delivery of the study intervention. They received the same amount of contact (eight, 20–30 minute sessions) with investigators as the intervention group.»
----------------	--

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)		
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	Depresjonssymptomer Målt med PHQ-9 (totalskår 0-27 poeng). Jo høyere skår, jo mer depressive symptomer/ depresjon.	Baseline og etter tiltaket (16 uker)
Vaner/atferd		
Livskvalitet	- Livskvalitet, psykisk komponent* - Livskvalitet, fysisk komponent Målt med KDQOL-36 hvor høyere skår indikerer bedre livskvalitet. * Ikke med i analyser da tallene ikke kunne brukes.	Baseline og etter tiltaket (16 uker) .
Sosial fungering		
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Institutional review board.
------------------------------	--------------------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. Satellite's Norman S. Coplon Extramural Grant.
-------------------------	---

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Ikke oppgitt.
----------------------	---------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low	Computer program REDCap
Allocation concealment (selection bias)	Low	Statistician provided randomization
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Low (personnel) High (Patients)	Social workers that delivered the intervention was aware of the group allocation, but the patients was not explicitly aware
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Low	Self-reported outcomes
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	High	9 in intervention and 2 in control group was excluded because they did not receive the allocated intervention
Selective reporting (reporting bias)	Low	All outcomes are reported
Other bias	Low	No indication other bias

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0285156> og er per 22. november 2023 fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Soltannezhad 2013

Tittel: "The Effect of Educating Health Promotion Strategies on Self-Care Self-Efficacy in Patients Undergoing Kidney Transplantation: A Double Blind Randomized Trial"

Metode

Studiedesign	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individ	Mars-sept. 2012	Ikke oppgitt	IRCT2013063013816N1

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Soltannezhad 2013	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Mestringstiltak	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 2	Dialyseavdeling (sykehus) Iran

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet som skal få transplantert nyre.
Alder:	Tiltak: 38,12 ± 9,32 år. Sammenligning: 37,65 ± 10,3 år.
Kjønn:	Tiltak: 46,7 % kvinner. Sammenligning: 53,3 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: Ikke oppgitt. Sammenligning: Ikke oppgitt.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet som skal få transplantert nyre. Ikke spesifisert videre.
Antall deltakere	Tiltak: 30 (26 analysert). Sammenligning: 30 (26 analysert).

Tiltak

Navn på tiltak:	Mestringstiltak beskrevet som helsefremmende strategier.
Teoretisk forankring	Self-efficacy, Bandura.
Forberedelse for tiltaket	Ikke oppgitt.
Målsetting	Ikke oppgitt.
Handlingsplan	Ikke oppgitt.
Mestringsstrategier eller planer	- Stressmestring - Coping strategier
Sosial støtte	Gruppeformat.
Aktiviteter/øvelser	Ikke oppgitt.
Undervisning	Informasjon, rådgivning, veiledning (også om kosthold, trening, medisiner, komplikasjoner og egenmestring).
Erfaringsutveksling	Nei.
Informasjonsmaterieell	En brosjyre (booklet) ble gitt og mulighet til å ringe forsker for eventuelle spørsmål.
Individuelt tilpasset	Tiltaket gis individuelt pluss i gruppe, så individtilpasset.

Gruppe	Gruppe + individuelt.
Antall møter/ treff	4 møter á 30 minutter.
Hyppighet av tiltak:	Ikke oppgitt.
Lengde på tiltak:	Ikke oppgitt.
Tilbyder/ arrangør	Forsker.
Opplæring av tilbyder/arrangør	Ikke oppgitt.
Medvirkere	Ikke oppgitt.
Hvor tiltaket gis	På et sykehus.

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging ("The control group was trained according to the routine training protocol by the nurses of transplantation unit").
----------------	---

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)		
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	- Mestringstro (self-efficacy) Målt med SUPPH tilpasset versjon med 29 spørsmål og totalskår 31-155. Høyere skår indikerer høyere mestringstro. - Stress (stressreduksjon) Målt som underkomponent i SUPPH tilpasset versjon med 29 spørsmål og totalskår 31-155. Totalskår for denne underkomponenten er ukjent. Høyere skår indikerer mindre stress. (negativt fortegn i analysene.	Baseline, 1 mnd. etter tiltaket, 2 mnd. etter tiltaket.
Vaner/atferd		
Livskvalitet		
Sosial fungering		
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. The Research Council and the Research Ethics committee in the AJA University of Medical Sciences approved this study.
------------------------------	--

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. AJA University of Medical Sciences. Grant No: 59196.
-------------------------	---

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Ikke oppgitt.
----------------------	---------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Unclear	"Patients were randomly assigned into intervention and control groups"
Allocation concealment (selection bias)	Unclear	No mention of concealment
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Low	"The patients and analyzer "were blinded to group assignments into case and control".
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	High	"the assessor (F.S) was not blinded".
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Low	"four patients in the control group and four patients in the intervention group (one patient for death, two patients for rejection of transplantation, one patient due to major surgical complications, two patients for inaccessibility by the researcher, and two patients due to declining to do transplantation) were excluded from the study, and the research was finalized with 52 subjects"
Selective reporting (reporting bias)	Low	All outcomes are reported
Other bias	Low	No indication of other risk of bias

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4228901/> og er per 13. desember 2023 fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Tsay & Hung 2004

Tittel: "Empowerment of patients with end-stage renal disease – a randomized controlled trial"

Metode

Studie-design	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individ	9 måneder (årstall ikke oppgitt)	Ikke oppgitt	Oppgitt uten referanse

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Tsay & Hung 2004	Personer med nyresvikt i sluttstadiet	Mestringstiltak	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 3	Dialysesenter (sykehus) Taiwan

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kronisk nyresvikt i endestadiet som går i hemodialysebehandling.
Alder:	Tiltak: Ikke oppgitt. Sammenligning: Ikke oppgitt. Alder kun oppgitt samlet: 51.18 ± 9.75 år.
Kjønn:	Tiltak: 64 % kvinner. Sammenligning: 56 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: 68 % yrkesaktive. Sammenligning: 60 % yrkesaktive.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer med kronisk nyresykdom i sluttstadiet som går til hemodialysebehandling. Beskrevet som end-stage renal disease (ESRD). Gjennomsnittlig opplevd alvorlighetsgrad av nyresykdommen var moderat ($6,74 \pm 2,97$ på en 0-10 skala) Varighet av dialysebehandling: 52,56 mnd.
Antall deltakere	Tiltak: 25. Sammenligning: 25.

Tiltak

Navn på tiltak:	Mestringstiltak (empowerment-tiltak).
Teoretisk forankring	Arnold 1995.
Forberedelse/infor- masjon for tiltaket	Ikke oppgitt.
Målsetting	Utvikle og sette egne mål.
Handlingsplan	Handlingsplan for atferdsendring.
Mestringsstrategier eller planer	• Problemløsning • Stresshåndtering • mestring • motivasjon • sosial støtte • følelser
Sosial støtte	Det var et eget fokus på å søke sosial støtte. Ikke oppgitt hvorvidt de fikk det i selve tiltaket, men relativt sannsynlig.
Aktiviteter/ øvelser	Ikke oppgitt.
Undervisning	En-til-en rådgivning.
Erfarings-utveksling	Ikke oppgitt.

Informasjonsmaterie ell	Informasjonspakke ble gitt. Ikke videre beskrevet hva den inneholdt.
Individuelt tilpasset	Individuelt opplegg.
Gruppe	Nei.
Antall møter/ treff	12 ganger (ikke oppgitt hvor lenge hvert møte varte).
Hyppighet av tiltak:	3 ganger per uke.
Lengde på tiltak:	4 uker.
Tilbyder/ arrangør	Sykepleier (klinisk spesialsykepleier innen nyresykdommer).
Opplæring av tilbyder	Ikke oppgitt, men et strukturert introduksjon av hvert møte med innhold er oppgitt.
Medvirkere	Likepersoner («peer») delte sine erfaringer. Likepersoner fikk opplæring i forkant.
Hvor tiltaket gis	På en nyrelinikk eller dialysesenter (sykehus).

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging. De fikk informasjonspakken som tiltaksgruppen også fikk (pasientinformasjon). Utover dette, ingen videre beskrivelse.
----------------	--

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)		
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	- Mestringstro (self-efficacy) Målt med SUPPH 29 5-point ratings (totalskår 29-145) hvor høyere skår er større mestringstro - Empowerment Målt med Empowerment Scale som har 28 elementer med 3 subskalaer hvor høyere skår er høyere empowerment - Depresjon Målt med Becks Depression Inventory 21 elementer (0-63 poeng) hvor høyere er mer deprimert.	Baseline og rett etter tiltaket (6 uker etter tiltaket startet).
Vaner/atferd		
Livskvalitet		
Sosial fungering		
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Institutional review board.
------------------------------	--------------------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt Forskningsrådet i Taiwan.
-------------------------	-----------------------------------

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Ikke oppgitt.
----------------------	---------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Unclear	No information presented
Allocation concealment (selection bias)	Unclear	No information presented
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	No blinding of both participants and personnel
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Low	Research assistant collected data and was unaware of allocation
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Low	No missing data
Selective reporting (reporting bias)	Low	No indication of selective reporting
Other bias	Low	No indication of other risk of bias

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748903000956?via%3Dihub> og er per 20. november **ikke** 2023 fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Tsay 2005

Tittel: "Effects of an adaptation training programme for patients with end-stage renal disease"

Metode

Studiedesign	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individ	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Oppgitt uten referanse

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Tsay 2004	Personer med nyresykdom i endestadiet	Mestringstiltak	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 2 Livskvalitet 1	Dialysesenter (outpatient) Taiwan

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet som går i hemodialysebehandling.
Alder:	Tiltak: Ikke oppgitt. Sammenligning: Ikke oppgitt. Alder kun oppgitt samlet: 50,72 ± 14,10 år.
Kjønn:	Tiltak: 53,3 % kvinner. Sammenligning: 51,8 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: 56,6 % yrkesaktive. Sammenligning: 44,4 % yrkesaktive.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer med kronisk nyresykdom i sluttstadiet som går til hemodialysebehandling. Beskrevet som end-stage renal disease (ESRD). Varighet av dialysebehandling: 52,37 ± 42,5 mnd.
Antall deltakere	Tiltak: 33 (30 analysert). Sammenligning: 33 (27 analysert).

Tiltak

Navn på tiltak:	Mestringstiltak som skal fremme coping med sykdomsrelatert stress kalt «Adaptation training programme»
Teoretisk forankring	Transaksjonell teori om stress og coping (Lazarus & Folkman 1984) og CBT (Beck 1993).
Forberedelse/informasjon for tiltaket	Ikke oppgitt.
Målsetting	Utvikle og sette egne mål.
Handlingsplan	Handlingsplan for atferdsendring.
Mestringsstrategier eller planer	• Problemløsning • Stresshåndtering • Coping strategier • Følelser • Avslapningsteknikker • Musikkterapi • Mental imaginary
Sosial støtte	Gruppeformat pluss fokus på å søke støtte.

Aktiviteter/ øvelser	Rollespill, øvelser, hjemmelekse og dagbøker.
Undervisning	Betydelig undervisning.
Erfarings- utveksling	Gruppediskusjoner og erfaringsutveksling.
Informasjonsmat eriell	Informasjonspakke ble gitt. Ikke videre beskrevet hva den inneholdt.
Individuelt tilpasset	Ja, gjennom monitorering og basert på deltakernes behov og responser.
Gruppe	Ja (11 pers pr gruppe).
Antall møter/ treff	8 ganger á 120 min.
Hyppighet av tiltak:	Ukentlig.
Lengde på tiltak:	8 uker.
Tilbyder/ arrangør	Sykepleier (klinisk spesialsykepleier innen nyresykdommer) og psykoterapeut.
Opplæring av tilbyder	Ikke oppgitt.
Medvirkere	Ikke oppgitt.
Hvor tiltaket gis	På et dialysesenter (sykehus).

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging. De fikk informasjonspakken som tiltaksgruppen også fikk (pasientinformasjon). Utover dette, ingen videre beskrivelse.
----------------	--

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)		
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	- Stressymptomer Målt med hemodialysis stressor scale (HSS) som går fra 0 til 116 der høyere skåring indikerer mer stress. - Depresjonssymptomer Målt med Becks Depression Inventory 21 elementer (0-63 poeng) hvor høyere er mer depriment.	Baseline og etter tiltaket var ferdig (3 mnd. etter tiltaket startet).
Vaner/atferd		
Livskvalitet	- Livskvalitet, psykisk komponent - Livskvalitet, fysisk komponent Målt med medical Outcome Study Short Form-36 som går fra 0 til 100 der høye verdier er bedre enn lave verdier.	Baseline og etter tiltaket var ferdig (3 mnd. etter tiltaket startet).
Sosial fungering		
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Institutional review board.
------------------------------	--------------------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt Forskningsrådet i Taiwan.
-------------------------	-----------------------------------

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Ikke oppgitt.
----------------------	---------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Unclear	No information presented
Allocation concealment (selection bias)	Unclear	No information presented
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	No blinding of both participants and personnel
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Low	Research assistant collected data and was unaware of allocation
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	High	6/33 in control group and 3/33 in intervention group was withdrawn
Selective reporting (reporting bias)	Low	No indication of selective reporting
Other bias	Low	No indication of other risk of bias

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2004.03347.x>
og er per 20. november 2023 **ikke** fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Vicdan & Karabacak 2016

Tittel: "Effect of Treatment Education Based on the Roy Adaptation Model on Adjustment of Hemodialysis Patients"

Metode

Studie-design	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analyse-metode	Protokoll
RCT	2	Individ	Juli-des 2012	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Vicdan & Karabacak 2016	Personer med nyresvikt	Pasientopplæring	Ingen tiltak	Følelsesmessig fungering 2 Sosial fungering 1 Fysisk fungering 1	Dialysesenter (sykehus) Tyrkia

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med nyresvikt i hemodialysebehandling.
Alder:	Tiltak: 20/41 var mellom 46 til 64 år og 19/41 65 år eller eldre. Kun 2/82 var mellom 31-45 år Sammenligning: 22/41 var mellom 46 til 64 år og 16/41 65 år eller eldre. Kun 3/82 var mellom 31-45 år
Kjønn:	Tiltak: 43,9 % kvinner Sammenligning: 36,6 % kvinner
Yrkesaktiv:	Tiltak: ikke oppgitt Sammenligning: ikke oppgitt
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer med kronisk nyresykdom i hemodialysebehandling. Ikke videre beskrevet. Til dialysebehandling i 0-2 år: 37/82 3-5 år: 19/82 6-8 år: 14/82 Over 9 år: 12/82
Antall deltakere	Tiltak: 41 Sammenligning: 41

Tiltak

Navn på tiltak:	Pasientopplæring
Teoretisk forankring	Roy's Adaption Model (nursing model)
Forberedelse/ informasjon for tiltaket	Ikke oppgitt.
Målsetting	Sette personlige mål for å «leve med».
Handlingsplan	Ikke oppgitt.
Mestringsstrategi er eller planer	• Self-concept og self-esteem • Stressmestring • Avspenningsteknikker • Rollefungering. Planlegge livet og være selvstendig, ta opp hobbyer og sette egne mål • Felleskap og samarbeid og kommunikasjon
Sosial støtte	Ikke oppgitt.
Aktiviteter/ øvelser	Ikke oppgitt.

Undervisning	Opplæring, informasjon og veiledning (Det ble gitt informasjon/opplæring om nyrenes roller, om behandlingsregimer, dialysebehandling, kosthold, aktiviteter, hvile og beskyttelse).
Erfarings-utveksling	Ikke oppgitt.
Informasjons-materiell	Deltakerne fikk en brosjyre kalt "Living With Hemodialysis".
Individuelt tilpasset	Ja, individbasert veiledning, informasjon og opplæring.
Gruppe	Nei.
Antall møter/ treff	5 møter med ukjent tidsbruk per gang.
Hyppighet av tiltak:	Ukentlig.
Lengde på tiltak:	Ca. 6 uker.
Tilbyder/ arrangør	Forsker.
Opplæring av tilbyder	Følger en opplæringsmanual.
Medvirkere	Ikke oppgitt.
Hvor tiltaket gis	På et dialysesenter under dialysen.

Sammenligning

Sammenligning:	Ingen tiltak («Because all the individuals were treated at the same center, the training process of the experimental group was activated after the data of the control group had been collected in contemplation of the fact that the training that would be given to the experimental group might affect the individuals in the control group.»).
----------------	--

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)	Egenmestring/egenomsorg Målt med Functional Performance Inventory (FPI) delkomponent "Body care" består av 32 spørsmål og totalskår 0-3 hvor høyere indikerer bedre funksjon.	Baseline og rett etter tiltaket var ferdig (6 uker).
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	- Psykisk helse total Psychosocial Adjustment to Illness Scale (PAIS) med 46 spørsmål og totalskår 0-138. Underkomponent «psychosocial distress» ble brukt (ukjent totalskår) hvor lavere skår indikerer bedre psykososial tilpasning. - Mestringstro Målt med Coopersmith Self-esteem Inventory med 25 spørsmål og totalskår 0-100 hvor høyere skår indikerer bedre selvtillit.	Baseline og rett etter tiltaket var ferdig (6 uker).
Vaner/atferd		
Livskvalitet		
Sosial fungering	Sosial fungering Målt med Functional Performance Inventory (FPI) delkomponent "Social interaction Family and Friends" består av 32 spørsmål og totalskår 0-3 hvor høyere indikerer bedre funksjon.	Baseline og rett etter tiltaket var ferdig (6 uker).

Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. University Ethics Committee.
------------------------------	---------------------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Ikke oppgitt.
-------------------------	---------------

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Oppgitt. Ingen interessekonflikter
----------------------	------------------------------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt..
-----------------------------	----------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Unclear	The experimental and control groups were formed by selecting individuals according to age, gender, level of education, and year of diagnosis via the simple random sampling method.
Allocation concealment (selection bias)	Unclear	No reports of concealment.
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	No indication of blinding and outcome assessment was done by self-reports.
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	High	No indication of blinding and outcome assessment was done by self-reports.
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Low	All outcome data is presented.
Selective reporting (reporting bias)	Low	All outcomes are reported.
Other bias	High	The methodological aspects of the planning, conducting and reporting is so poorly executed that there is reason to suspect that there are fundamental flaws that could bias the results in this trial.

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27309790/> og er per 19. desember 2023 **ikke** fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Wu 2018

Tittel: "Effectiveness of an innovative self-management intervention on the physiology, psychology, and management of patients with pre-end-stage renal disease in Taiwan: A randomized, controlled trial"

Metode

Studiedesign	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individ	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Wu 2018	Personer med kronisk nyresykdom i stadium 3b-5	Mestringstiltak	Vanlig oppfølging	Fysisk fungering 1 Følelsesmessig fungering 3	Nyreklinikk (sykehus) Taiwan

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kronisk nyresykdom i stadium 3b-5.
Alder:	Tiltak: 67,82 ± 9,43 år. Sammenligning: 71,73 ± 12,68 år.
Kjønn:	Tiltak: 31,1 % kvinner. Sammenligning: 43,3 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: 24,4 % yrkesaktive. Sammenligning: 17,9 % yrkesaktive.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer med kronisk nyresykdom i stadium 3b-5 hvorav: 3b: 55/112 4: 37/112 5: 27/112
Antall deltakere	Tiltak: 45. Sammenligning: 67.

Tiltak

Navn på tiltak:	Mestringstiltak (self-management).
Teoretisk forankring	Ikke oppgitt.
Forberedelse for tiltaket	Ikke oppgitt.
Målsetting	Målsetting.
Handlingsplan	Ikke oppgitt.
Mestringsstrategier eller planer	• Mestringstro (self-efficacy) og empowerment • Problemløsning • Selvtillit
Sosial støtte	Gruppeformat.
Aktiviteter/øvelser	Ikke oppgitt.
Undervisning	Video.
Erfaringsutveksling	Gruppediskusjoner og erfaringsutveksling.
Skriftlig materiell	Informasjonsmanual.
Individuelt tilpasset	Tiltaket gis i gruppe, men målsettingen er individuelt tilpasset.
Gruppe	Ja (10-15 pers.).
Antall møter/ treff	4 møter (sesjoner) á 100 min.

Hyppighet av tiltak:	Ukentlig.
Lengde på tiltak:	1 mnd.
Tilbyder/arrangør	Forskere.
Opplæring av tilbyder	Ikke oppgitt.
Medvirkere	Ikke oppgitt.
Hvor tiltaket gis	På en nyrelinikk.

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging. «Routine care in the current study was defined as routine blood tests every 3 months for patients with pre-ESRD, as well as traditional health education that was provided by nurses or case managers who offered health guidance for 5–10 min during each visit, according to their patient's individual blood test results.»
----------------	---

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)	Egenmestring/egenomsorg Målt med CKD Self Management Instrument (CKD-SM) som er 29 spørsmål (totalskår 29-116) hvor høyere skår indikerer bedre egenmestring.	Baseline og etter 3 mnd. (ca 2 mnd etter tiltaket sluttet)
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	- Mestringstro (self-efficacy) Målt med self-efficacy instrument CKD 25 spørsmål på en skala fra 0 til 250 der høyere verdi betyr høyere mestringstro - Angstsymptomer - Depresjonssymptomer Målt med HADS med 14 spørsmål, skåring fra 0 til 21 der høyere skåringer indikerer mer angst og depresjon	Baseline og etter 3 mnd. (ca. 2 mnd. etter tiltaket sluttet)
Vaner/atferd		
Livskvalitet		
Sosial fungering		
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Institutional review board.
------------------------------	--------------------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. Ministry of Science and Technology.
-------------------------	--

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Oppgitt. Ingen interessekonflikter.
----------------------	-------------------------------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Low	Random number table
Allocation concealment (selection bias)	Unclear	No description of concealment
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	No blinding of patients and personnel
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Low	Mentioned single-blinded, but not directly specified, but assumed to be the outcome assessors
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	High	20 % lost in both groups, leaving the control group underpowered
Selective reporting (reporting bias)	Low	No indication of reporting bias.
Other bias	Low	No indication of other risk of bias

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jins.12198> og er per 22. november 2023 **ikke** fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Dataauthenting Zhianfar 2020

Tittel: "Effectiveness of a Multifaceted Educational Intervention to Enhance Therapeutic Regimen Adherence and Quality of Life Amongst Iranian Hemodialysis Patients: A Randomized Controlled Trial (MEITRA Study)"

Metode

Studie-design	Antall grupper	Randomisering	Studieperiode	Analyse-metode	Protokoll
q-RCT	2	Individ	Sept 2018 - ?	Ikke oppgitt	IRCT20171213037859N1

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting/Land
Zhianfar 2020	Personer med kronisk nyresykdom i endestadiet	Pasientopplæring	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 1 Sosial fungering 1 Livskvalitet 1	Nyreavdeling (outpatient) Iran

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kronisk nyresvikt i endestadiet som går i hemodialysebehandling.
Alder:	Tiltak: ca. halvparten 40-60 år og andre halvpart over 60 år. 2/70 under 40 år Sammenligning: ca. halvparten 40-60 år og andre halvpart over 60 år. 5/70 under 40 år.
Kjønn:	Tiltak: 57,1 % kvinner. Sammenligning: 51,4 % kvinner.
Yrkesaktiv:	Tiltak: ikke oppgitt. Sammenligning: ikke oppgitt.
Sykdomsstadium/ behandlings- stadium:	Personer med kronisk nyresykdom og nyresvikt i sluttstadiet som går til hemodialysebehandling. Beskrevet som end-stage renal disease (ESRD). Varighet av dialysebehandling: Under 1 år: 15/70 1-5 år: 37/70 Over 5 år: 18/70
Antall deltakere	Tiltak: 35 (33 ble analysert). Sammenligning: 35 (33 ble analysert).

Tiltak

Navn på tiltak:	Pasientopplæring i form av et komplekst tiltak (multimodal) med CBT og likepersonstøtte.
Teoretisk forankring	Ikke oppgitt.
Forberedelse/infor masjon for tiltaket	Ikke oppgitt.
Målsetting	Ikke oppgitt.
Handlingsplan	Ikke oppgitt.
Mestringsstrategier eller planer	• CBT • Støtte
Sosial støtte	Gruppeformat og et fokus på støtte, samt likeperson som ringer.
Aktiviteter/ øvelser	Ikke oppgitt.
Undervisning	Video, undervisning, opplæring.
Erfarings-utveksling	Gruppeformat, men ikke beskrevet noe om gruppediskusjoner eller erfaringsutveksling i gruppen, men en likeperson tilbyr telefonoppfølging.
Informasjonsmateri ell	Informasjonshefter ble delt ut til pasienter og pårørende.
Individuelt tilpasset	Tiltaket gis i gruppeformat og det kommer ikke fram at det var individuelt tilpasset.
Gruppe	Gruppe.

Antall møter/ treff	8 møter (sesjoner) á 90 minutter.
Hyppighet av tiltak:	Ikke oppgitt, men sannsynligvis ukentlig.
Lengde på tiltak:	8 uker.
Tilbyder/ arrangør	Psykiater.
Opplæring av tilbyder	Ikke oppgitt, men psykiatere har kompetanse innen CBT.
Medvirkere	Telefonbasert støtte av likepersoner.
Hvor tiltaket gis	På en nyreavdeling på sykehus i forbindelse med dialysebehandling.

Sammenligning

Sammenligning:	Kontrollgruppe. Ingen beskrivelser annet enn «control group».
----------------	---

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Rollefungering		
Fysisk fungering (egenmestring)		
Fysiske symptomer (smerter og utmattelse)		
Følelsesmessig fungering (angst/depresjon/mestring/mestringstro)	Depresjonssymptomer Målt med Beck Depression Inventory (BDI-SF) short form som er et 13 elements spørreskjema med totalskår 0-39 hvor høyere skår indikerer mer depresjon.	Baseline og 1 mnd. etter tiltaket startet og etter tiltaket var ferdig (3 mnd. etter tiltaket startet)
Vaner/atferd		
Livskvalitet	Livskvalitet, generell Målt med WHOQOL-SF som består av 26 elementer og totalskår 26-130 hvor høyere poengsum indikerer bedre livskvalitet	Baseline og 1 mnd. etter tiltaket startet og etter tiltaket var ferdig (3 mnd. etter tiltaket startet)
Sosial fungering	Sosial fungering (sosial støtte) Målt med Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), som består av 12 elementer med totalskår 12-60 poeng hvor høy skår indikerer større opplevd sosial støtte.	Baseline og 1 mnd. etter tiltaket startet og etter tiltaket var ferdig (3 mnd. etter tiltaket startet)
Kognitiv fungering		
Helsestatus		

Etisk vurdering av studie

Etisk godkjenning av studie:	Oppgitt. Forskingen var etisk vurdert og godkjent av universitet i Tabriz.
------------------------------	--

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. Forskingen var finansiert av universitet i Tabriz.
-------------------------	---

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Oppgitt. Ingen interessekonflikter.
----------------------	-------------------------------------

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i studie:	Ikke oppgitt.
-----------------------------	---------------

Risk of bias

Type of bias	Risk low, unclear, high	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	High	Quasi-randomized
Allocation concealment (selection bias)	High	No concealment
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	High	No blinding of patients and personnel
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	High	No blinding of investigator
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Low	2 lost to follow-up in both groups
Selective reporting (reporting bias)	Low	No indication of reporting bias.
Other bias	Low	No indication of other risk of bias

Merknader/notater

Artikkelen er publisert <https://www.dovepress.com/effectiveness-of-a-multifaceted-educational-intervention-to-enhance-th-peer-reviewed-fulltext-article-JMDH> og er per 20. november 2023 fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser.

Tillit til hovedresultatene (GRADE) << Tilbake til innhold

Mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging for personer med kronisk nyresykdom

Patient or population: personer med kronisk nyresykdom

Setting: alle helsetilstander

Intervention: mestringstiltak

Comparison: vanlig oppfølging

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with vanlig oppfølging	Risk with mestringstiltak				
Psykisk rollefungering Scale from: 0 to 100	The mean psykisk rollefungering was 22.42	mean 6.78 higher (5.16 lower to 18.72 higher)	-	43 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^{a,b,c}	We are uncertain about the effect.
Fysisk rollefungering Scale from: 0 to 100	The mean fysisk rollefungering was 45.45	mean 8.51 higher (0.25 higher to 16.77 higher)	-	43 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^{a,b}	We are uncertain about the effect.
Arbeidsstatus Scale from: 0 to 100	The mean arbeidsstatus was 25	mean 1.19 higher (16.73 lower to 19.11 higher)	-	43 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^{a,b,c}	We are uncertain about the effect.
Fysisk fungering Scale from: 0 to 100	The mean fysisk fungering was 77.5	MD 1.79 lower (16.82 lower to 13.24 higher)	-	43 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^{a,b,c}	We are uncertain about the effect.
Egenmestring	-	SMD 1.05 SD higher (0.53 higher to 1.57 higher)	-	491 (5 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^d	Mestringstiltak probably results in a large increase in egenmestring.
Mestringstro	-	SMD 1.18 SD higher (0.69 higher to 1.67 higher)	-	620 (10 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^d	Mestringstiltak probably results in a large increase in mestringstro.
Empowerment	-	SMD 0.46 SD higher (0.05 lower to 0.97 higher)	-	202 (3 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,e}	Mestringstiltak may increase empowerment.
Pasientaktivering Scale from: 0 to 100	The mean pasientaktivering was 61.69 SD	MD 10.29 SD higher (4.53 higher to 16.05 higher)	-	108 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^b	Mestringstiltak may increase pasientaktivering slightly.
Depresjonssymptomer	-	SMD 0.48 SD lower (0.69 lower to 0.27 lower)	-	779 (13 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^f	Mestringstiltak probably reduces depresjonssymptomer.
Angstsymptomer	-	SMD 0.56 SD lower (0.9 lower to 0.22 lower)	-	491 (7 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^f	Mestringstiltak probably reduces angstsymptomer.
Stress	-	SMD 1.06 SD lower (1.55 lower to 0.58 lower)	-	339 (6 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,e}	Mestringstiltak may result in a large reduction in stress.
Håp Scale from: 48 to 240	The mean håp was 91.16	MD 79.8 higher (74.45 higher to 85.15 higher)	-	50 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^{b,g}	We are uncertain about the effect.
Generell psykisk belastning	-	SMD 0.94 SD lower (1.59 lower to 0.3 lower)	-	236 (4 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{e,f}	Mestringstiltak may result in a large reduction in generell psykisk belastning.
Smerter Scale from: 0 to 100	The mean smerter was 55.55	MD 7.41 lower (17.92 lower to 3.1 higher)	-	43 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^{a,b}	We are uncertain about the effect.

Mestringstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging for personer med kronisk nyresykdom

Patient or population: personer med kronisk nyresykdom

Setting: alle helsesetter

Intervention: mestringstiltak

Comparison: vanlig oppfølging

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with vanlig oppfølging	Risk with mestringstiltak				
Utmattelse Scale from: 0 to 100	The mean utmattelse was -32.68	MD 14.55 lower (22.42 lower to 6.68 lower)	-	43 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^{a,b}	We are uncertain about the effect.
Fysisk aktivitet - not reported	-	-	-	-	-	No studies found.
Kosthold - not reported	-	-	-	-	-	No studies found.
Søvn Scale from: 0 to 100	The mean søvn was 48.48	MD 7.58 higher (0.07 lower to 15.23 higher)	-	43 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^{a,b}	We are uncertain about the effect.
Generell livskvalitet	-	SMD 1.02 SD higher (0.38 higher to 1.67 higher)	-	483 (9 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}	Mestringstiltak may result in a large increase in generell livskvalitet.
Psykisk livskvalitet	-	SMD 0.36 SD higher (0.17 higher to 0.54 higher)	-	450 (8 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	Mestringstiltak probably increases psykisk livskvalitet slightly.
Fysisk livskvalitet	-	SMD 0.85 SD higher (0.24 higher to 1.46 higher)	-	484 (9 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^d	Mestringstiltak may result in a large increase in fysisk livskvalitet.
Sosial fungering	-	SMD 1.03 SD higher (0.51 higher to 1.55 higher)	-	465 (9 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	Mestringstiltak probably results in a large increase in sosial fungering.

*The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the **relative effect** of the intervention (and its 95% CI).

CI: confidence interval; MD: mean difference; SMD: standardised mean difference

GRADE Working Group grades of evidence

High certainty: we are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.

Moderate certainty: we are moderately confident in the effect estimate: the true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.

Low certainty: our confidence in the effect estimate is limited: the true effect may be substantially different from the estimate of the effect.

Very low certainty: we have very little confidence in the effect estimate: the true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.

Explanations

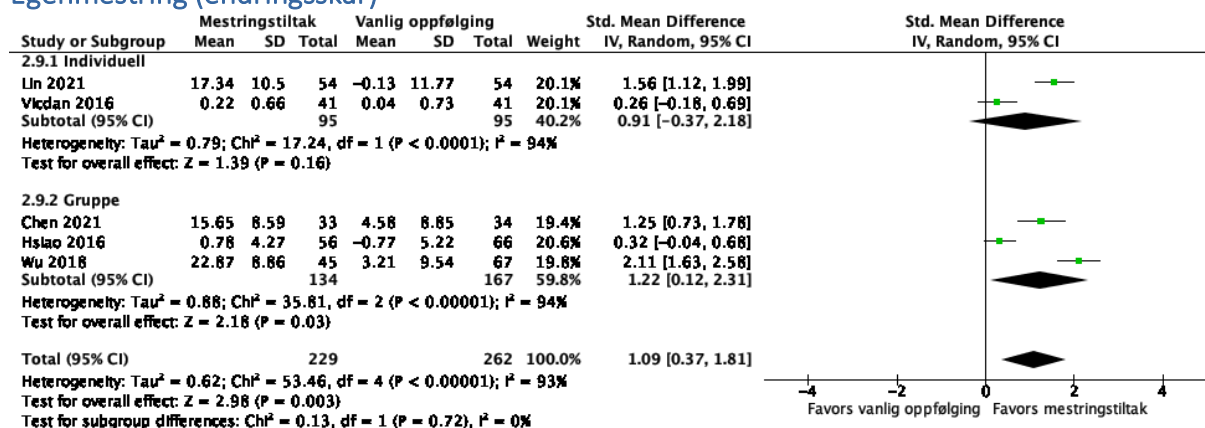
- a. Downgraded -1 for potentially high risk of selection bias (random sequence generation and allocation concealment), performance bias, and detection bias
- b. Downgraded -2 for quite few participants (n<150)
- c. Downgraded -1 for broad 95%CI that crosses the line of "no effect" with a margin that is clinically significant
- d. Downgraded -1 for high heterogeneity (>85%)
- e. Downgraded -1 for few participants (n<400)
- f. Downgraded -1 for potentially high risk of selection bias (allocation concealment), performance bias, detection bias, and attrition bias
- g. Downgraded -2 for high risk of selection bias (random sequence generation and allocation concealment), performance bias, and detection and potentially high risk of attrition bias and other biases

Effektestimater av endringsskår

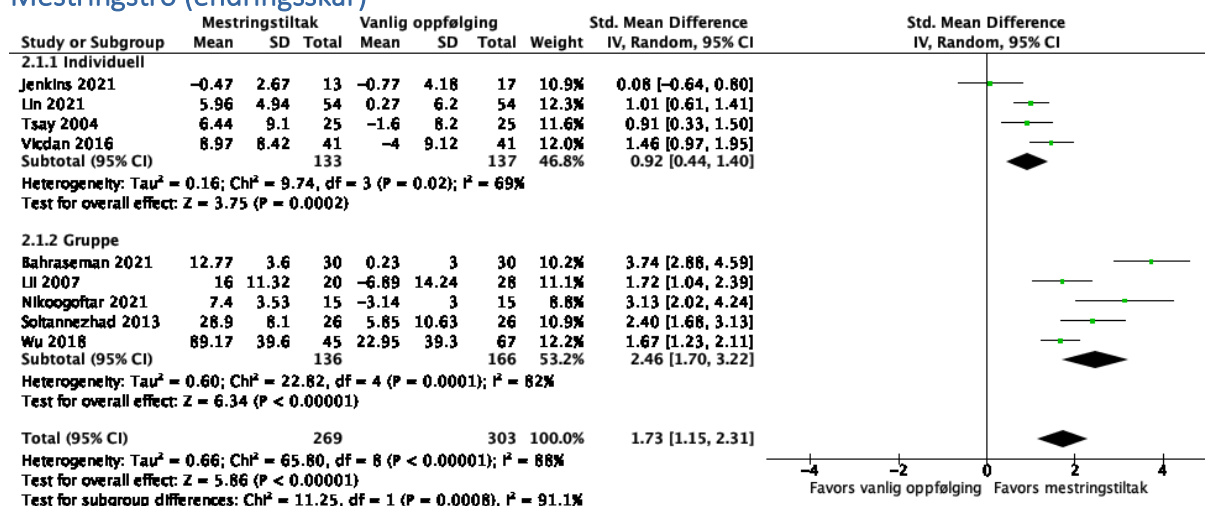
[<< Tilbake til innhold](#)

Metaanalyser

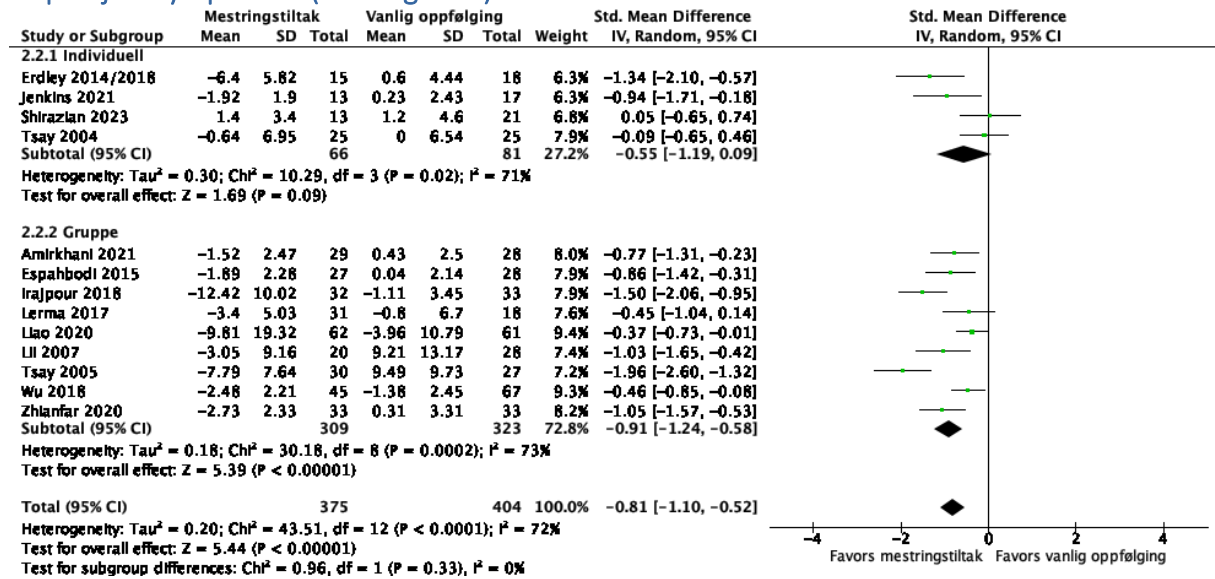
Egenmestring (endringsskår)



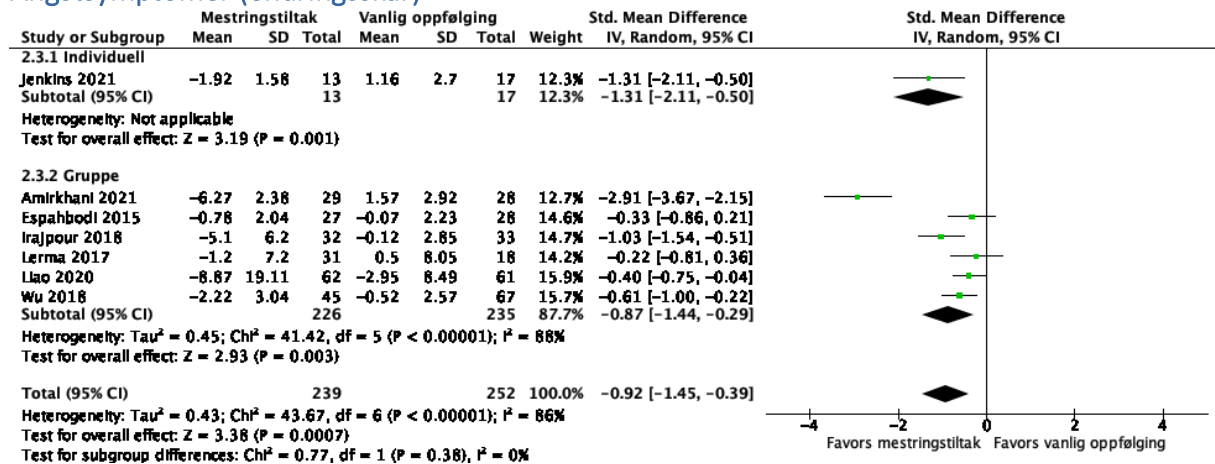
Mestringstro (endringsskår)



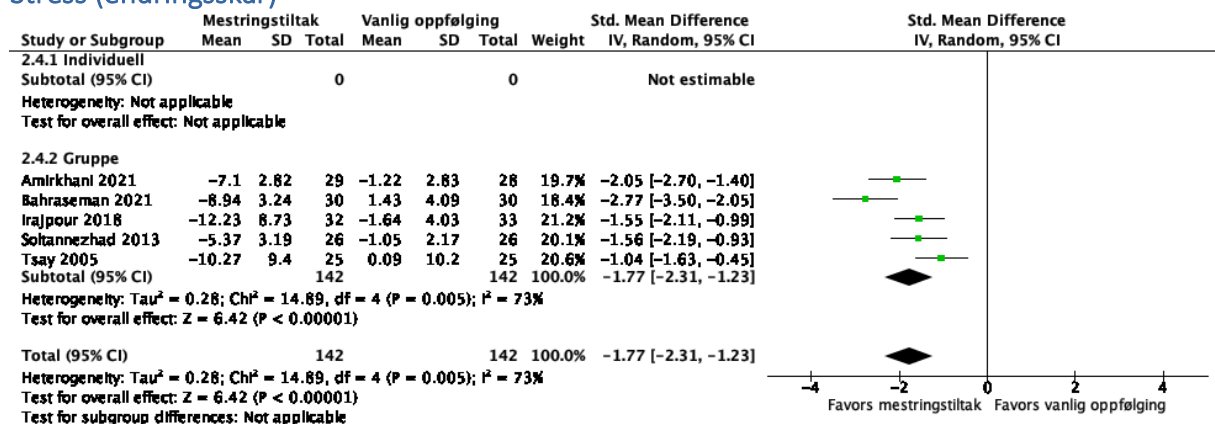
Depresjonssymptomer (endringsskår)



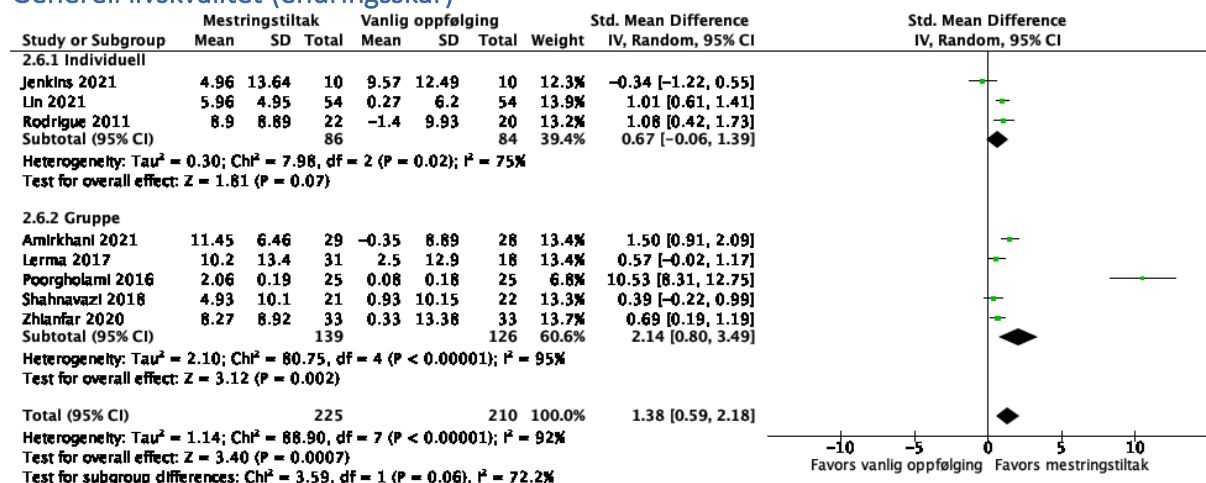
Angstsymptomer (endringsskår)



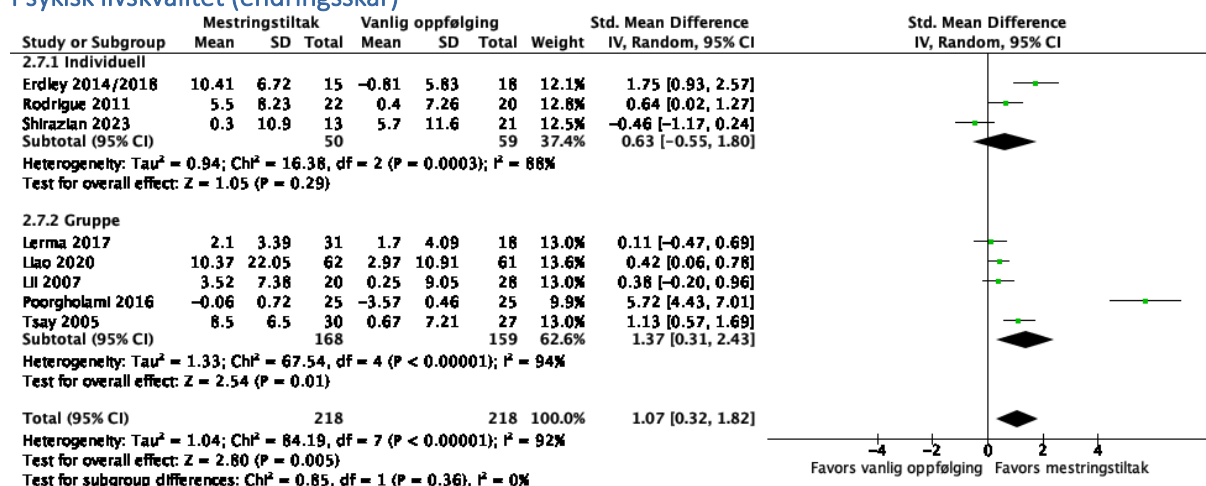
Stress (endringsskår)



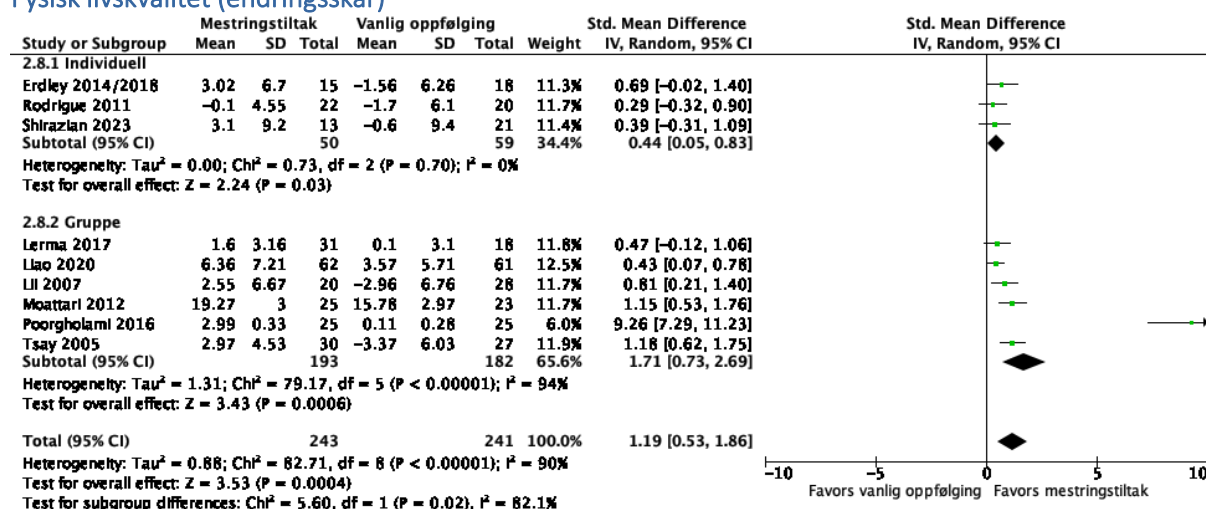
Generell livskvalitet (endringsskår)



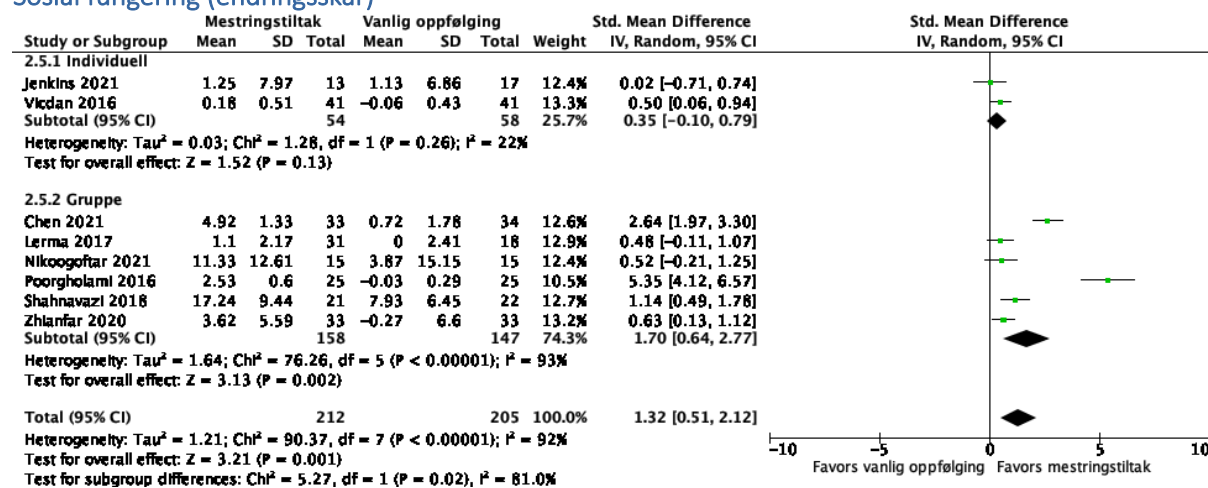
Psykisk livskvalitet (endringsskår)



Fysisk livskvalitet (endringsskår)



Sosial fungering (endringsskår)



Tillit til resultatet (GRADE) for endringsskår

Summary of findings:

Mestringstiltak compared to vanlig oppfølging for personer med kronisk nyresykdom

Patient or population: personer med kronisk nyresykdom

Setting: alle helseetninger

Intervention: mestringstiltak

Comparison: vanlig oppfølging

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)	Comments
	Risk with vanlig oppfølging	Risk with mestringstiltak				
Egenmestring	-	SMD 1.09 SD higher (0.37 higher to 1.81 higher)	-	491 (5 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^b	Mestringstiltak probably results in a large increase in egenmestring.
Mestringstro	-	SMD 1.73 SD higher (1.15 higher to 2.31 higher)	-	572 (9 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	Mestringstiltak may result in a large increase in mestringstro.
Depresjonssymptomer	-	SMD 0.81 SD lower (1.1 lower to 0.52 lower)	-	779 (13 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a	Mestringstiltak probably results in a large reduction in depresjonssymptomer.
Angstsymptomer	-	SMD 0.92 SD lower (1.45 lower to 0.39 lower)	-	491 (7 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	Mestringstiltak may result in a large reduction in angstsymptomer.
Stress	-	SMD 1.77 SD lower (2.31 lower to 1.23 lower)	-	284 (5 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}	Mestringstiltak may result in a large reduction in stress.
Generell livskvalitet	-	SMD 1.38 SD higher (0.59 higher to 2.18 higher)	-	435 (8 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	Mestringstiltak may result in a large increase in generell livskvalitet.
Psykisk livskvalitet	-	SMD 1.07 SD higher (0.32 higher to 1.82 higher)	-	436 (8 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	Mestringstiltak may result in a large increase in psykisk livskvalitet.
Fysisk livskvalitet	-	SMD 1.19 SD higher (0.53 higher to 1.86 higher)	-	484 (8 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{b,d}	Mestringstiltak may result in a large increase in fysisk livskvalitet.
Sosial fungering	-	SMD 1.7 SD higher (0.64 higher to 2.77 higher)	-	417 (8 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}	Mestringstiltak may result in a large increase in sosial fungering.

*The risk in the intervention group (and its 95% confidence interval) is based on the assumed risk in the comparison group and the **relative effect** of the intervention (and its 95% CI).

CI: confidence interval; MD: mean difference; SMD: standardised mean difference

GRADE Working Group grades of evidence

High certainty: we are very confident that the true effect lies close to that of the estimate of the effect.

Moderate certainty: we are moderately confident in the effect estimate: the true effect is likely to be close to the estimate of the effect, but there is a possibility that it is substantially different.

Low certainty: our confidence in the effect estimate is limited: the true effect may be substantially different from the estimate of the effect.

Very low certainty: we have very little confidence in the effect estimate: the true effect is likely to be substantially different from the estimate of effect.

Explanations

a. Downgraded -1 for potentially high risk of selection bias (random sequence generation and allocation concealment), performance bias, and detection bias

b. Downgraded -1 for high heterogeneity (>85%)

c. Downgraded -1 for few participants (n<400)

d. Downgraded -1 for potentially high risk of selection bias (allocation concealment), performance bias, detection bias, and attrition bias

PICOS-tabell

[<< Tilbake til innhold](#)

Samlet informasjon om hva vi lette etter og hva vi fant organisert inn i PICOS (fra engelsk «population, intervention, comparison, outcomes and setting»).

PICOS	Hva ble lett etter?	Hva ble funnet?
Populasjon	Personer med kronisk nyresykdom eller nyresvikt uansett alder og sykdomsstadium	Det ble inkludert 25 studier om personer med kronisk nyresykdom eller nyresvikt. I 16 studier er det oppgitt at deltakerne er personer som har kronisk nyresykdom i endestadiet (stadium 5), stadium 1-3a, stadium 3b-5 og stadium 4-5 i én studie hver. Fire studier oppga ikke stadium eller alvorlighetsgrad. De fleste studiene (19 av 25 studier) omhandler personer som fikk dialysebehandling (hovedsakelig hemodialyse). Ingen av studiene omhandlet barn eller ungdom. Alder på personene som deltok i studiene var i gjennomsnitt fra 35-49 år i 10 studier, 50-65 år i 11 studier og over 65 år i to studier. To studier oppgir ikke alder. Kjønnfordelingen er noenlunde likt fordelt.
Tiltak	Mestringstiltak	Seks studier undersøkte mestringstiltak, fem pasientopplæring, to stressmestring, to likepersonstøtte, to resiliensstrening, to psykososialt tiltak, to kognitivt atferdstiltak, samt én hver om problemløsning, livskvalitetstiltak, helseveiledning og psykoedukasjon. Tiltakene ble gitt i gruppe i 15 studier, individuelt i sju og en kombinasjon av disse i tre studier. To studier oppgir ikke formatet. Hyppigheten av mestringstiltakene var én gang i uka i 10 studier, to til tre ganger i uka i fem studier og annenhver uke i tre studier. Sju studier oppgir ikke hvor ofte tiltaket ble gitt. Varigheten på mestringstiltakene var fire til seks uker i 10 studier, åtte uker i seks studier, ca. 12 uker i fire studier, tre til seks måneder i tre studier og ble ikke oppgitt i to studier. Tiltakene ble levert og/eller organisert hovedsakelig av sykepleier i sju studier, av forsker i seks studier, av sosialarbeider i to studier, samt én studie hver av likeperson, psykolog, psykiater, en person med «klinisk master», terapeut, likeperson og forsker, psykolog og sosialarbeider, sykepleier og psykolog, sykepleier og psykoterapeut. Én studie har ikke oppgitt dette. Tolv studier oppgir å ha gitt en form for opplæring til tilbyder av tiltaket. Kun fem studier oppgir å ha brukermedvirkning i utførelse av tiltaket. Ti studier hadde teoribasert mestringstiltak. Det ble gitt generell informasjon om, gitt introduksjon til eller arrangert forberedelser til deltakerne som skulle delta i mestringstiltaket i åtte studier. Arbeidsstrategier eller verktøy som at deltakerne satte seg mål ble i 13 studier rapportert å være en del av mestringstiltaket. Konkrete verktøy som å lage handlingsplaner var oppgitt å være en del av mestringstiltaket i 11 studier. Alle studiene hadde en eller annen form for undervisning, veiledning eller rådgivning som trolig var enveisrettet (fra tiltaksyter til tiltaksmottaker) og brukte en kombinasjon av ulike metoder og tilnærminger i den praktiske gjennomføringen av tiltakene. I 19 studier var mestringstiltaket i større eller mindre grad individtilpasset. I 18 studier var sosial støtte mer eller mindre integrert i mestringstiltaket. I de resterende sju studiene oppgis ikke hvorvidt sosial støtte inngikk som en del av mestringstiltaket. I 11 studier var mestringstiltaket gjennomført med aktiviteter eller øvelser og i 14 studier

PICOS	Hva ble lett etter?	Hva ble funnet?
		erfaringsutveksling. I 10 studier fikk deltakerne også informasjonsmateriell.
Sammenligning	Sammenligningen (kontrollgruppene) skulle bestå i ingen tiltak eller vanlig oppfølging.	Personene som var i sammenligningsgruppene fikk vanlig oppfølging i 17 studier, ingen tiltak i fire studier og placebo i én studie. I tre studier var sammenligningen kun oppgitt som kontrollgruppe eller sammenligningsgruppe uten videre beskrivelse. I to studier fikk deltakerne i sammenligningsgruppen tiltaket etter at studieperioden var avsluttet, såkalt venteliste.
Utfall	• Rollefunktering • Fysisk fungering • Fysiske symptomer • Følelsesmessig fungering • Vaner/atferd • Livskvalitet • Sosial fungering	Følgende utfall ble rapportert: • én av 25 studier i kategorien rollefungering • seks av 25 studier i kategorien fysisk fungering • én av 25 studier i kategorien fysiske symptomer • 23 av 25 studier i kategorien følelsesmessig fungering • én av 25 studier i kategorien vaner/atferd • 14 av 25 studier i kategorien livskvalitet • 9 av 25 studier i kategorien sosial fungering
Setting	Helse- og omsorgstjenesten.	Settingen studiene ble utført i tilsvarte spesialisthelsetjenesten i 24 studier. Studiene var utført i Australia i én av 25 studier, Iran i 11 av 25 studier, Kina i to av 25 studier, Mexico i én av 25 studier, Taiwan i 6 av 25 studier, Tyrkia i én av 25 studier og USA i tre av 25 studier.

Helseinformasjon til pasienter, brukere og pårørende

[<< Tilbake til innhold](#)

Vurdering av utforming av innhold

Vurdering av hvordan innholdet på Helsenorge om kronisk nyresykdom [1] har blitt utformet etter retningslinjer for kvalitet [2]. Vurdert 29. januar 2024

Kriterium	Vurdering	Notater
Innholdet er relevant og brukerorientert		
1. Innholdet baserer seg på brukerbehov.	Uklart	Det er ikke mulig å vurdere om innholdet baserer seg på norske brukere sine behov da det mangler informasjon til å vurdere dette.
2. Innholdet er i tråd med målene for Helsenorge.	Uklart	Det er ikke mulig å vurdere om innholdet er i tråd med målene for Helsenorge da målene har endret seg fra innholdet ble levert til nye mål ble justert. Det er ingen tydelig og klar operasjonalisering av hvordan man skal kunne vurdere målene som oppnådd eller ikke (som f.eks. kvalitetsindikatorer eller tydelige mål/utfall).
3. Innholdet er tilpasset målgruppen og deres forutsetninger.	Uklart	Det er ikke mulig å vurdere om innholdet baserer seg på norske brukere sine behov da det mangler informasjon til å vurdere dette.
4. Innholdet forvaltes, utvikles og suppleres etter brukersentrert utviklingsmetodikk.	Uklart	Det er ikke mulig å vurdere om innholdet baserer seg på norske brukere sine behov da det mangler informasjon til å vurdere dette. Det presiseres ikke hvilken brukerbasert utviklingsmetodikk det skal vurderes ut ifra.
Innholdet er tilgjengelig		
1. Innholdet er forståelig og lett å lese.	Uklart	Det er ikke mulig å vurdere om innholdet er forståelig og lett å lese da det mangler informasjon til å vurdere om det har foregått en brukertest eller brukerinvolvering på den norske målgruppen.
2. Innholdet er prioritert (det viktigste først).	Uklart	Det er ikke mulig å vurdere om innholdet er prioritert da det mangler informasjon til å vurdere dette.
3. Innholdet skal bruke ord som folk flest bruker når de søker etter informasjon om temaet.	Uklart	Det er ikke mulig å vurdere om innholdet bruker ord som folk flest bruker da det mangler informasjon til å vurdere dette.
4. Innholdet er i henhold til krav for universell utforming.	Ikke vurdert	Da innholdsleverandørene til Helsenorge primært er offentlige aktører tar vi for gitt at innholdet er i henhold til krav om universell utforming for norske lesere. Vi tar også for gitt at det har blitt vurdert av redaktør og utgiver før publisering. Det er Digitaliseringsdirektoratet som fører tilsyn.
Innholdet er kunnskapsbasert		
1. Medisinsk innhold skal være basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap eller erfaringsbasert kunnskap.	Uklart	Det er ikke mulig å vurdere om innholdet er basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap eller erfaringsbasert kunnskap da det mangler informasjon til å vurdere dette.
2. Rettighetsinnhold skal være basert på lov, forskrift og retningslinjer.	Delvis oppfylt	Rettigheter på den spesifikke nettsiden Helsenorge har om kronisk nyresykdom som vi undersøker her presenterer per 19. januar 2024 ikke grunnleggende rettigheter eller henviser til egen Helsenorge-nettside hvor rettigheter er samlet og presentert og rett til å klage . Det er kun presentert rettigheter i forbindelse med dialyse i utlandet hvor innhold er levert av HELFO.

Kriterium	Vurdering	Notater
3. Der det ikke er faglig konsensus, skal dette synliggjøres for brukerne.	Uklart	Det er ikke mulig å vurdere om det er faglig uenighet rundt behandling og oppfølging da det mangler informasjon til å vurdere dette.
4. Alt innhold har en navngitt faglig ansvarlig med kompetanse på fagområdet.	Ikke oppfylt	Det er ikke oppgitt en person (eller fagmiljø) med faglig kompetanse på fagområdet som står som ansvarlig.
Innholdet er etterprøvbart		
1. Lokal redaktør skal vises tydelig på artiklene.	Oppfylt	Dersom en artikkel betyr informasjonen på Helsenorge-nettside, så er kriteriet oppfylt (nederst på nettsiden står det oppgitt hvem innholdsleverandør er (lokal redaktør)).
2. Kunnskapsgrunnlaget som er benyttet, skal oppgis.	Uklart	Det er ikke mulig å vurdere kunnskapsgrunnlaget da det mangler informasjon til å vurdere dette.
3. Der det gis anbefalinger om behandling, skal påstander om effekt dokumenteres med lenker til publiserte studier eller kliniske rettingslinjer.	Ikke oppfylt	For påstander om behandling og oppfølging finnes det ikke direkte lenker eller referanser til påstandene.
4. Alt innhold skal merkes tydelig med når det sist er faglig oppdatert.	Oppfylt	Det står nederst på nettsiden.
5. Retningslinjer for kvalitet og arbeidsflyt ligger åpent tilgjengelig for brukerne.	Ikke oppgitt	Hvis vi forstår dette riktig, så skal lokal redaktør ha lagt ved dette eller lenket til dette fra Helsenorge, men denne informasjonen er ikke tilgjengelig.
6. Det er lett å komme i kontakt med redaksjonen med spørsmål og tilbakemelding om innholdet.	Ikke vurdert	Chat-funksjon er tilgjengelig på nettsiden om kronisk nyresykdom på Helsenorge, men ikke testet. Kontaktinformasjon til innholdsleverandør tilgjengelig via deres hjemmeside med telefonnummer og e-post, men ikke testet.
7. Alle lokale redaktører må oppgi finansielle kilder.	Oppfylt	Ikke oppgitt på Helsenorges «kronisk nyresykdom» nettside eller på nettsiden om samarbeidspartnere . Vi må inn på lokal redaktørs egen nettside for å finne informasjon om dette.
Innholdet er oppdatert		
Innhold skal sjekkes av den faglig ansvarlige minst hvert tredje år.	Ikke vurdert	Ikke vurdert da oppdateringshistorikk ikke ligger tilgjengelig fra nettsiden og fagansvarlig person ikke er oppnevnt.
Innholdet skal oppdateres før det er gått tre år om nødvendig. For eksempel ved regelverksendringer, ny kunnskap, nye råd, ny veileder eller ny retningslinje på området.	Ikke vurdert	Ikke vurdert.

Referanser

1. Helsebiblioteket/BMJ, *Kronisk nyresykdom*. [Internett]. Oslo: Direktoratet for e-helse; oppdatert tirsdag 31. august 2021 [hentet fredag 19. januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/sykdom/nyrer-og-urinveier/nyresykdom-kronisk/>.
2. Norsk helsenett, *Retningslinjer for kvalitet*. [Internett]. Oslo: Direktoratet for e-helse; oppdatert tirsdag 3. mars 2020 [hentet mandag 22. januar 2024]. Tilgjengelig fra: <https://www.helsenorge.no/redaksjon/retningslinjer-for-kvalitet/>.

Vurdering av innhold

Kriterier for kvalitetssikring av innholdet av helseinformasjon til pasienter, brukere og pårørende
Vurdert 19. januar 2024

NK LMHS kriterier for kvalitetssikring		
1. Fremgår det at det har vært brukermedvirkning i utforming av informasjonen?	Ikke oppgitt	
2. Fremgår alle aktuelle forebyggende-, behandlings-, og oppfølgingsalternativer?	Delvis oppgitt	Informasjonen er for generell om sekundærforebygging i form av kosthold og fysisk aktivitet. Det mangler informasjon om psykiske helseutfordringer som kan medfølge og forebygging og oppfølging av disse. Det mangler informasjon om hvor man kan henvende seg.
3. Fremgår det informasjon om frisklivs-, lærings- og mestringstilbud?	Ikke oppgitt	
4. Fremgår det hvor mange som er rammet i Norge?	Ikke oppgitt	
5. Fremgår prognosen?	Delvis oppgitt	Informasjonen er for generell. Kunne vært noe mer spesifikt og utfyllende.
6. Fremgår det hvilke plikter og ansvar pasienter og pårørende selv har?	Ikke oppgitt	
7. Er aktuelle bruker- og pårørendeorganisasjoner listet opp?	Ikke oppgitt	
8. Er aktuelle nasjonale faglige retningslinjer og/eller veiledere listet opp?	Ikke oppgitt	
9. Finnes det samvalgsverktøy?	Oppgitt	Samhandlingsverktøy er oppgitt og direkte linket til en annen Helsenorge-side.

Google-søk

Søk med noen utvalgte termer relatert til kronisk nyresykdom på Google

Søk utført 26.januar 2024

Søketerm (m/totaltreff)	Plassering av Helsenorge i topp 10 treff	Leverandør på trefflistens nr. 1
«kronisk nyresykdom» (omtrent 37 800 treff)	Nr. 2 Helsenorge (Kronisk nyresykdom)	Norsk Helseinformatikk (NHI) (Kronisk nyresykdom)
«kronisk nyresvikt» (omtrent 54 900 treff)	Nr. 2 Helsenorge (Kronisk nyresykdom)	Norsk Helseinformatikk (NHI) (Kronisk nyresvikt)
«nyresykdom» (omtrent 82 700 treff)	Nr. 10 Helsenorge (Velg riktig behandling for kronisk nyresykdom i endestadiet)	Store norske leksikon (Nyresykdommer)
«nyresvikt» (omtrent 182 000 treff)	Nr. 4 Helsenorge (Akutt nyreskade - akutt nyresvikt) Nr. 5 Helsenorge (Kronisk nyresykdom)	Store norske leksikon (Nyresvikt)
«nyreskade» (omtrent 34 900 treff)	Nr. 1 Helsenorge (Akutt nyreskade - akutt nyresvikt)	Nr. 1 Helsenorge (Akutt nyreskade - akutt nyresvikt)
«nyre» (omtrent 2 400 000 treff)	Nr. 6 Helsenorge (Nyrer og urinveier)	Store norske leksikon (Nyrene)
«dialyse» (omtrent 16 200 000 treff)	Ikke på topp 10-listen	Norsk Helseinformatikk (NHI) (Dialyse)
«nyretransplantasjon» (omtrent 17 000 treff)	Ikke på topp 10-listen	Store norske leksikon (Nyretransplantasjon)