

NK LMH 4/2022

Effekt av organiserte oppfølgingstiltak tilsvarende frisklivstiltak

Kunnskapsoppsummering med kritisk vurdering

Effekt av organiserte oppfølgingstiltak tilsvarende frisklivstiltak. Kunnskapsoppsummering med kritisk vurdering

© Nasjonal Kompetansetjeneste for læring og mestring innen helse (NK LMH) 2022

Utgitt: Desember 2022

ISBN: 978-82-92686-51-5

Forfattere: Marita Sporstøl Fønhus og Therese Kristine Dalsbø

Siteres som:

Fønhus MS, Dalsbø TK. Effekt av organiserte oppfølgingstiltak tilsvarende frisklivstiltak. Kunnskapsoppsummering med kritisk vurdering. NK LMH 4/2022.

På www.mestring.no kan du laste ned [kunnskapsoppsummeringen](#).

NK LMH er en nasjonal kompetansetjeneste som bidrar til at lærings- og mestringsvirksomhet i hele landet holder god kvalitet og er kunnskapsbasert, slik at personer som lever med helseutfordringer og deres 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 desember 2023. Revidert mars 2023

Forord

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

I kommunene tilbys ulike lærings- og mestringstilbud for eksempel i lærings- og mestringssentre (LMS), frisklivssentraler, på helsestasjoner, i sykehjem og på fastlegekontorer. Det er mange arenaer og ulike former for organisering og samarbeid mellom aktørene i kommunen og på tvers av tjenestenivåene.

Frisklivssentralen er én av flere typer arenaer i kommunene som kan drive et helsefremmende og forebyggende arbeid. Mange kommuner har en frisklivssentral. Tilbudene er godt etablerte og en viktig del av det helsefremmende og forebyggende arbeidet i regi av lærings- og mestringsevnen i kommunene.

Gitt utbredelsen av frisklivstilbud som tilbys i kommunene, ønsket vi ved NK LMH å undersøke hvilken effekt slike type tiltak og tilbud har på utfall som er viktige for hvordan man fungerer i hverdagen og mestrer livet. Denne kunnskapsoppsummeringen er et viktig bidrag i å styrke den forskningsbaserte kunnskapen. Dette vil igjen kunne bidra til kunnskapsbasert praksis og velinformerte beslutninger for videreutvikling innen feltet.

Målgrupper for rapporten er fagpersoner og brukerrepresentanter som er tilknyttet lærings- og mestringsevne, brukere og pårørende av lærings- og mestringstjenestene, forskere med interesse for fagområdet læring og mestring, samt politikere og ledere i helse- og omsorgstjenesten.

Vi takker for god støtte og konstruktive innspill fra Kari Hvinden og Anita Røyneberg Alvheim. Vi vil også takke vår kommunikasjonsrådgiver ved NK LMH, Cecilia Sønsteby, 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, 8. desember 2022

Siw Bratli
Leder, NK LMH

Marita Sporstøl Fønhus
Prosjektleder/seniorforsker, NK LMH

Innholdsfortegnelse

Forord	2
Sammendrag	4
Formål	6
Bakgrunn	6
<i>Læring og mestring</i>	6
<i>Læring og mestring i kommunen</i>	7
Metode	10
<i>Inklusjonskriterier (hva vi ønsket å undersøke)</i>	10
<i>Eksklusjonskriterier (hva vi ikke ønsket å undersøke)</i>	14
<i>Søk etter studier</i>	15
<i>Utvelgelse av studier</i>	16
<i>Uthenting av data</i>	16
<i>Vurdering av hver studies metodiske kvalitet («risk of bias»)</i>	17
<i>Analyser og sammenstilling av resultatene</i>	18
<i>Tillit til det samlede resultatet (GRADE)</i>	19
<i>Presentasjon og kommunikasjon av resultatene</i>	21
<i>Oppdateringsplaner for kunnskapsoppsummeringen</i>	22
Resultater	23
<i>Resultat fra søk etter studier</i>	23
<i>Karakteristika ved studiene</i>	24
<i>Effekt av organiserte oppfølgingstiltak</i>	29
Diskusjon	78
<i>Tolkning av resultatene</i>	78
<i>Betydning for praksis</i>	79
<i>Potensielle svakheter i arbeidet med kunnskapsoppsummeringen</i>	82
Konklusjon	83
Referanser	84
Vedlegg 1. Ekskluderte studier	94
Vedlegg 2. Dataauthentingsskjemaer	98
Vedlegg 3. PICO-tabell	172

Vi har undersøkt effekten av helsefremmende og forebyggende tiltak som tilsvarer norske frisklivstiltak for personer med, eller med økt risiko for å utvikle, sykdom eller andre helseutfordringer. Tiltakene som ble undersøkt var organiserte oppfølgingstiltak som varte mellom 10 til 14 uker og hadde minst ett ukentlig fysisk oppmøte. De organiserte oppfølgingstiltakene ble gitt i en kommunal setting (lokalsamfunnet) med et strukturert opplegg. Disse ble sammenlignet med ingen tiltak eller vanlig oppfølging. Vi søkte etter studier opp til 2022 og fant 20 internasjonale studier som oppfylte kriteriene våre. I de fleste av disse studiene var tiltakene fysisk aktivitet i grupper med ulikt innhold og ulik hyppighet og varighet. Vi har samlet inn, oppsummert og kritisk vurdert internasjonale studier som har undersøkt effekten av organiserte oppfølgingstiltak som tilsvarer norske frisklivstiltak. Vi har oppsummert effekt på utfall som er knyttet til helse og mestring.

Resultatene viser at organiserte oppfølgingstiltak:

- fører til bedre **fysisk fungering** på kort sikt og har trolig ingen effekt på lengre sikt
- fører trolig til litt bedre **sosial fungering** på kort sikt og har usikker effekt på lengre sikt
- fører trolig til litt bedre **fysisk rollefungering** på kort sikt og har usikker effekt på lengre sikt
- fører trolig til betydelig økt **mestringstro** på kort sikt og har usikker effekt på lengre sikt
- fører til litt bedre **livskvalitet** på kort og lengre sikt
- fører trolig til litt økt **fysisk aktivitet** på kort sikt og har trolig ingen effekt på lengre sikt
- fører trolig til betydelig mindre **smerter** på kort og lengre sikt
- har usikker effekt på **fatigue** på kort sikt og fører til litt mindre **fatigue** på lengre sikt

Det er usikker effekt på egenomsorg, følelsesmessig rollefungering, arbeidsstatus og arbeidsevne, generell psykisk helse, depresjonssymptomer, angstsymptomer, tilfredshet, kognitiv fungering, generell helsestatus, kostholdsvaner og søvnvaner på kort og lengre sikt.

Organiserte oppfølgingstiltak tilsvarende norske frisklivstiltak ser ut til å ha en umiddelbar positiv effekt på utfall som sier noe om hvordan man fungerer i hverdagen og mestrer livet med helseutfordringer. Fysisk fungering, sosial fungering, fysisk rollefungering, mestringstro og livskvalitet er blant utfallene som bedres. Fysiske symptomer som smerter reduseres både på kort og lang sikt, mens en reduksjon i fatigue/utmattelse ses kun på lengre sikt. Det er usikker effekt på følelsesmessig rollefungering og følelsesmessige fungering som depresjonssymptomer og angstsymptomer på kort og lengre sikt.

Brukermedvirkning i utvikling, planlegging, gjennomføring og evaluering av de organiserte oppfølgingstiltakene ble ikke rapportert. To studier (norske) oppga imidlertid å ha involvert personer med brukererfaring i planlegging og utførelse av selve studien.

What are the effects of organised follow-up interventions?

We have examined the effect of health-promoting and preventive interventions that resemble the interventions typically provided in the community by primary healthcare professionals and the voluntary sector. In Norway these low-threshold community interventions are often provided by Healthy Life Centres. These organised follow-up interventions are aimed at promoting healthy living and coping for people with, or at increased risk of developing, disease, or other health challenges. We searched for studies up to the year 2022. We included 20 randomised controlled studies that tested the effects of organised follow-up interventions compared to no intervention or usual care. To be called organised follow-up interventions, the following criteria had to be met: had at least one weekly physical attendance, were provided in the local community, had a structured plan, and lasted between 10 to 14 weeks.

Most of the included studies tested the effects of physical activity interventions given in groups. The type of physical activity interventions varied. Some were solely physical activity while other combined physical activity with group discussions or health education. The frequencies and duration of the interventions also varied. We collected, summarised, and critically appraised the included studies and summarised the effect on outcomes related to health and coping.

The results show that organised follow-up interventions:

- lead to better physical functioning in the short term and probably has no effect in the long term
- probably lead to slightly better social functioning in the short term and have an uncertain effect in the long term
- probably lead to slightly better physical role functioning in the short term and have an uncertain effect in the long term
- probably lead to a considerable increase in self-efficacy in the short term and have an uncertain effect in the long term
- lead to a slightly better quality of life in the short and long term
- probably lead to slightly increased physical activity in the short term and probably have no effect in the long term
- probably lead to a considerable reduction in pain in the short and long term
- have an uncertain effect on fatigue in the short term and lead to slightly less fatigue in the long term

The effects on self-care, emotional role functioning, work status, and ability to work, general mental health, depression symptoms, anxiety symptoms, satisfaction, cognitive functioning, general health status, dietary habits, and sleeping habits, in the short and long term, are uncertain.

Organised follow-up interventions seem to have an immediate positive effect on outcomes that say something about how one functions in everyday life and copes with health challenges in life. Physical functioning, social functioning, physical role functioning, self-efficacy, and quality of life are among the outcomes that improve. Physical symptoms such as pain are reduced both in the short and long term, while a reduction in fatigue is only seen in the long term. The results show uncertain effects on emotional role functioning and emotional functioning, such as depressive symptoms and anxiety symptoms in the short and long term.

User involvement in the development, planning, implementation, and evaluation of the organised follow-up interventions, was not reported in any of the included studies. Two studies (from Norway) stated that they had involved people with user experience in the planning and conduction of the research process.

Formål

[<< Tilbake til innhold](#)

Vi ønsket å undersøke effekten av organiserte oppfølgingstiltak tilsvarende frisklivstiltak blant personer med, eller med økt risiko for å utvikle, sykdom eller andre helseutfordringer. Tiltak som hadde som formål å fremme psykisk og/eller fysisk helse gjennom å øke fysisk aktivitet og/eller bidra til gode kostvaner der folk bor (først og fremst i en kommunal setting) var av interesse.

Bakgrunn

[<< Tilbake til innhold](#)

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. Lærings- og mestringsevne 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. Virksomheten foregår på ulike arenaer i spesialisthelsetjenesten, i kommunal helse- og omsorgstjeneste og i frivilligheten [1].

Figur 1. Læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten



Figuren er hentet fra NK LMH (mestring.no) [1] 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. Målene kan for eksempel knyttes til endring av levevaner eller mestring av et behandlingsopplegg. 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 de to. Tilbudene kan gis én-til-én (individuelt), i grupper eller som en kombinasjon av de to [1].

Læring og mestring i kommunen

Folk bor og lever livene sine i kommunene. Ved å ha helsefremmende og forebyggende tilbud og tjenester godt forankret i kommunene sikrer vi at så mange som mulig får tilgang til dem. Videre er det kommunenes ansvar å sikre at tilbudene som gis er likeverdige og nyttige for de som mottar tilbudene, uavhengig av hvilken kommune de bor i. Læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten, med helsefremming og forebygging som grunnpilarer, er et komplekst og bredt praksis- og forskningsfelt i stadig utvikling. Det kreves at utøverne av tjenestene og tilbudene har 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 og sikkerheten på tjenestene våre. Kunnskapsbasert praksis er å ta faglige avgjørelser basert på systematisk innhentet forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og pasientens ønsker og behov i en gitt situasjon [2]. 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 oversikter (kunnskapsoppsummeringer) en god kilde.

I systematiske oversikter samler man inn, sorterer, oppsummerer og kritisk vurderer forskningen på en systematisk og transparent måte. Kompleksiteten i fagfeltet, tjenestene, tilbudene, settingene og personene som skal jobbe i feltet og som skal benytte seg av tilbudene og tjenestene, 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 med den erfaringsbaserte kunnskapen blant fagfolk og tjenesteutøvere samt den erfaringen brukere av tjenester har, danner et veldig godt utgangspunkt for å kunne 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 lover, regler eller etikk.

Helse- og omsorgstjenesteloven [3] pålegger kommunene å etablere forebyggende helse- og omsorgstjenester (jf. § 3-2). Kommunen skal ved ytelse av helse- og omsorgstjenester fremme helse og søke å forebygge sykdom, skade og sosiale problemer. Dette skal blant annet skje ved opplysning, råd og veiledning (§3-3).

Ifølge Folkehelseloven [4] skal kommunen fremme befolkningens helse, trivsel, gode sosiale og miljømessige forhold og bidra til å forebygge psykisk og somatisk sykdom, skade eller lidelse, bidra til utjevning av sosiale helseforskjeller og bidra til å beskytte befolkningen mot faktorer som kan ha negativ innvirkning på helsen (jf. §4). Kommunen skal gi informasjon, råd og veiledning om hva den enkelte selv og befolkningen kan gjøre for å fremme helse og forebygge sykdom (jf. §7).

Veilederen om rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator [5] er tydelig på at kommunene

har et klart ansvar for å organisere og tilby lærings- og mestringstilbud:

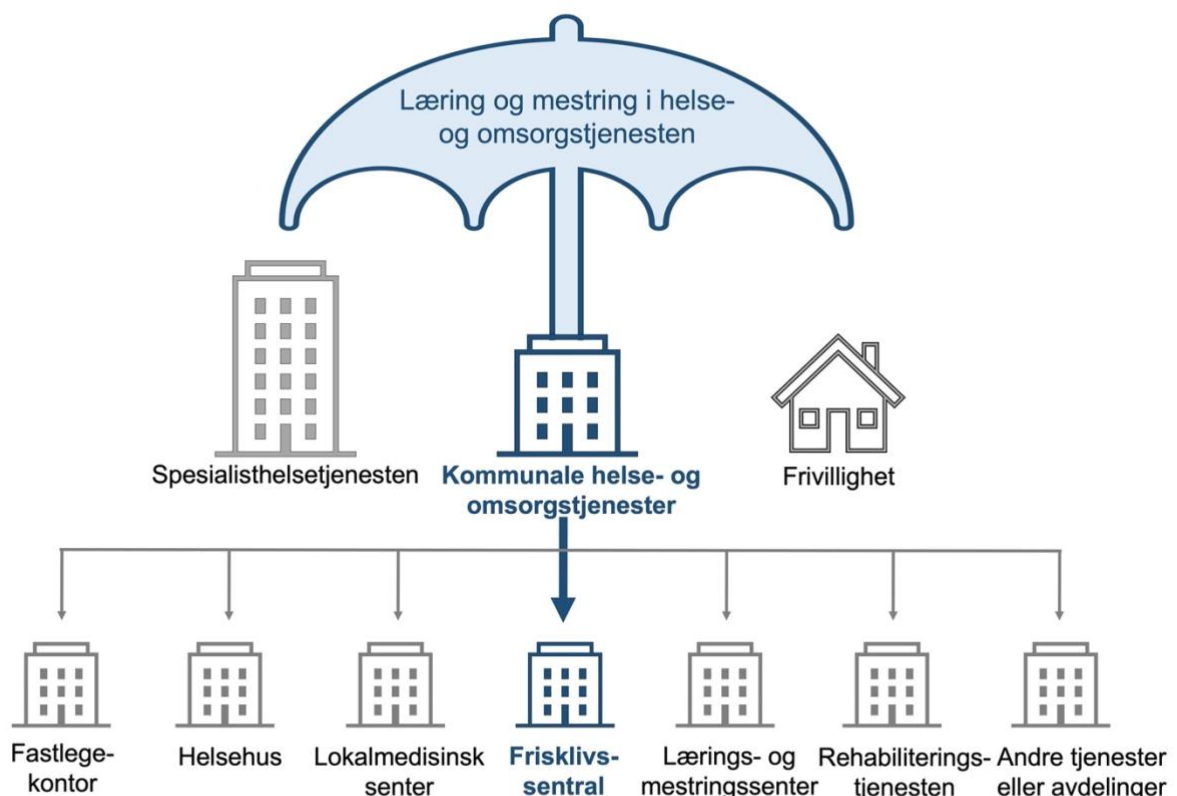
Tilrettelegging av strukturerte lærings- og mestringstilbud skal så langt det er mulig, og innen rammen av faglig forsvarlighet, gis i kommunene. Dette gjelder ikke individuelle tilbud som må skje tett integrert med den spesialiserte medisinske behandlingen. Tilbudet i kommunen bør styrkes.

Det er ulike måter å rigge lærings- og mestringsevne på, både strukturelt, administrativt, faglig, organisatorisk og geografisk. I kommunene tilbys ulike lærings- og mestringstilbud for eksempel i lærings- og mestringssentre (LMS), Frisklivssentraler, på helsestasjoner, i sykehjem og på fastlegekontorer. Det er mange arenaer og ulik organisering og samarbeid mellom arenaene i kommunen og på tvers av tjenestenivåene. Frivillige organisasjoner benytter ulike lokaliteter til egne tilbud, men samarbeider ofte med lokal helse- og omsorgstjeneste.

Lærings- og mestringstilbud i frisklivssentraler

Frisklivssentralen er én av flere typer arenaer i kommunene som kan drive et helsefremmende og forebyggende arbeid (figur 2). Frisklivssentralene har eksistert siden 1996 [6] (Modum kommune) og i 2019 hadde 262 kommuner (cirka 60 prosent av kommunene) en frisklivssentral [7].

Figur 2. Frisklivssentralene er én av flere arenaer for lærings- og mestringsevne



Figuren er en forenklet framstilling av frisklivssentralen som én av flere arenaer for læring og mestring i helse- og omsorgstjenesten i kommunen. Det er flere arenaer enn de nevnte og ulike kombinasjoner av de nevnte kan også utgjøre arenaer.

Frisklivssentralen beskrives som en helsefremmende og forebyggende kommunal helsetjeneste. Målgruppen til frisklivssentralen er personer med, eller med økt risiko for, sykdom eller andre

helseutfordringer. Tilbudet kan være aktuelt både som forebygging, for å begrense utvikling av sykdom og som del av et behandlings- eller rehabiliteringsforløp ved å støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer [8].

Frisklivssentraler skal fremme fysisk og psykisk helse og forebygge eller begrense utvikling av sykdom ved å:

- gi støtte til å endre levevaner og mestre helseutfordringer
- gi veiledning som retter oppmerksomheten mot friskressurser for helse og livskvalitet
- understøtte brukerens egen læringsprosess
- gi tilbud så tidlig som mulig ved økt risiko for sykdom
- gi hjelp til å finne frem til lokale tilbud og aktiviteter som passer for den enkelte bruker
- styrke innbyggernes kunnskap om levevaner og helse
- være en samarbeidspartner i kommunens folkehelsearbeid

Veileder for kommunale frisklivssentraler beskriver tilbudene ved frisklivssentralene som strukturerte og tilpassede tilbud [6]. Frisklivssentralens brukere får strukturert og tilpasset oppfølging med individuell og grupperettet veiledning, informasjon og aktiviteter. Tilbudet gis ofte for 12 uker av gangen og omfatter primært støtte til endring av levevaner som fysisk aktivitet, kosthold og tobakk. Frisklivssentralen kan i tillegg til dette basistilbudet gi veiledning og tilbud ved psykiske belastninger, søvnvansker og risikofyllt alkoholbruk. Videre er det lagt stor vekt på brukermedvirkning i veilederen. Frisklivssentralen skal sørge for at innbygger- og brukermedvirkning skal inngå i planlegging, utforming og gjennomføring av tilbud.

Seksti prosent av alle kommunene har en frisklivssentral [7]. Tilbudene er godt etablerte og en viktig del av det helsefremmende og forebyggende arbeidet i regi av lærings- og mestringsvirksomheten i kommunene. En styrking av den forskningsbaserte kunnskapen for disse tilbudene kan fremme premissene for at feltet utøver kunnskapsbasert praksis og at velinformerte beslutninger for videreutvikling av feltet styrkes.

Vårt bidrag til den forskningsbaserte kunnskapen er en kunnskapsoppsummering hvor vi har samlet internasjonal forskning som har undersøkt effekten av tiltak som kan sammenlignes med de norske frisklivstilbudene. Tiltakene som var av interesse måtte være organiserte, ha en viss struktur, hyppighet og varighet, og ble derfor kalt **organiserte oppfølgingstiltak**.

Inklusjonskriterier (hva vi ønsket å undersøke)

Vi publiserte en [protokoll](#) i april 2022 som beskriver hvordan denne hurtigoppsummeringen skulle utføres.

Populasjon

Voksne (18 år eller eldre) med, eller med økt risiko for å utvikle, sykdom eller andre helseutfordringer.

Tiltak (intervensjon)

Organiserte oppfølgingstiltak tilsvarende norske frisklivstiltak. Tiltakene måtte være med fysisk oppmøte og ha en varighet på mellom 10 til 14 uker, som tilsvarer en typisk reseptperiode i frisklivssentraler, og kunne gis individuelt, i gruppe, eller i en kombinasjon av disse. Hyppigheten av oppfølgingen/oppmøte måtte være minst én gang i uken. Tiltakene skulle ha som formål å fremme psykisk og/eller fysisk helse gjennom for eksempel å øke fysisk aktivitet og/eller bidra til gode kostvaner.

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 [9]. Da de organiserte oppfølgingstiltakene vi ønsket å undersøke skulle være generiske, så ga det liten mening å undersøke effekt på utfallsmål for fysisk sykdom (for eksempel langtidsblodsukker, kreftmarkører) eller som indirekte brukes til å vurdere fysisk helsetilstand (for eksempel vekt, kondisjon, blodtrykk og kolesterol). 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 helseutfordringer**. De fleste av våre hovedutfall har dermed falt inn under kjerneområdet **livspåvirkning** («life impact»).

Følgende utfall var av interesse:

- Fysisk fungering
- Sosial fungering
- Rollefungering
- Følelsesmessig fungering

- Kognitiv fungering
- Livskvalitet
- Helsestatus
- Vaner/atferd med hensyn til fysisk aktivitet, kosthold og søvn
- Fysiske symptomer, kun smerte og fatigue
- Brukermedvirkning

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 egenomsorg («self-management»). Dodd og medarbeidere [9] har skrevet litt om fysisk fungering 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 [9] har skrevet litt om sosial fungering og hvor i et rammeverksperspektiv for utfallsrapportering dette hører hjemme.

Rollefungering

Vi har alle ulike roller vi skal fylle gjennom livet. Det kan for eksempel være å gå på skole, jobbe 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 [9] har skrevet litt om rollefungering og hvor i et rammeverksperspektiv for utfallsrapportering dette hører hjemme.

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:

- generell psykisk helse
- de vanligste psykiske utfordringene, som depresjonssymptomer, angstsymptomer og eventuelle diagnoser som inkluderer disse to
- mestringstro
- tilfredshet/velvære

Dodd og medarbeidere [9] har skrevet litt om følelsesmessig fungering og hvor i et rammeverksperspektiv for utfallsrapportering dette hører hjemme.

Kognitiv fungering

Kognitiv fungering går i korte trekk ut på læring og forståelse. Det beskriver hvordan vi oppfatter, bearbeider og bruker informasjon. Hukommelse, problemløsning, logisk sans, språk og så videre blir ofte testet for å kunne si noe om vår kognitive fungering. Det inkluderer også utfall som måler læring av å delta på tiltakene. Dodd og medarbeidere [9] har skrevet litt om kognitiv fungering og hvor i et rammeverksperspektiv for utfallsrapportering dette hører hjemme.

Livskvalitet

Livskvalitet vil for de fleste forbindes med å ha det bra og å være tilfreds 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 [9] har skrevet litt om livskvalitet og hvor i et rammeverksperspektiv for utfallsrapportering dette hører hjemme.

Helsestatus

Helsestatus er her ment å være ens egen vurdering av helsen samlet sett, eller mer oppdelt som psykisk helsestatus og fysisk helsestatus. Dette er ment å være et overordnet utfall på samme måte som livskvalitet. Dodd og medarbeidere [9] har skrevet litt om helsestatus 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.

Fysiske symptomer

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

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er valgt som et eget utfall for å tallfeste om utforming og/eller gjennomføring av tiltakene har vært brukervennlige, tilgjengelige og ikke minst relevante for de som skal delta.

Brukermedvirkning på tjenestenivå innebærer at brukerrepresentanter samarbeider med fagpersoner om den praktiske utførelsen av tjenestene. Dette kan skje på ulike måter, for eksempel gjennom brukerundersøkelser som danner grunnlag for kvalitetsutvikling, fokusgrupper med innspill fra erfarne brukere eller i utviklingsprosjekter der fagpersoner og brukere deltar på lik linje [10].

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet hvor pasienter, brukere og pårørende skal involveres både i egen behandling og pleie samt i utforming av helse- og omsorgstjenesten. Helse- og omsorgstjenesteloven [3] er tydelig på at kommunen skal sørge for at representanter for pasienter og brukere blir hørt ved utformingen av kommunens helse- og omsorgstjeneste og at virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester omfattet av loven her, etablerer systemer for innhenting av pasienters og brukeres erfaringer og synspunkter (jf. § 3-10). Pasient- og brukerrettighetsloven [11] presiserer at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføring av helse- og omsorgstjenester og at tjenestetilbudet skal så langt som mulig utformes i samarbeid med pasient eller bruker (jf. § 3-1).

Medvirkning i utvikling og etablering av gruppetilbud innen læring og mestring er en form for medvirkning på tjenestenivå [10].

Setting

Folks nærområder eller lokalsamfunn (kommunal setting), både i og utenfor helse- og omsorgstjenesten.

Studiedesign

Randomiserte kontrollerte studier (RCT'er).

Publikasjon

Vi inkluderte kun studier som var publisert i tidsskrift.

Språk

Engelsk, svensk, dansk og norsk.

Eksklusjonskriterier (hva vi ikke ønsket å undersøke)

Populasjon

Generelle populasjoner som ikke har eller er i risiko for å utvikle sykdom eller helseutfordring ble ikke inkludert. Eksempler på dette kunne være «eldre», «kvinner», «menn». Barn og unge opp til 17 år ble ikke inkludert.

Intervensjon (tiltak)

Enkeltstående råd og/eller informasjon om helserisiko eller helsefremmende atferd ble ikke inkludert. Tilbud uten fysisk oppmøte som for eksempel tilbud om oppfølging via internett, telefon, apper, sms og skriftlig materiell ble heller ikke inkludert. Tiltak med oppfølging/oppmøte sjeldnere enn én gang i uka var ikke relevant.

Sammenligning

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

Utfall

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

Setting

Arenaer i primærhelsetjenesten som har en spesialisert eller spesialistfunksjon med tanke på diagnose var ikke aktuelle. Rehabiliteringstjenester som tilbyr et spesielt rehabiliteringsforløp, som rus og psykiatri og rene fysioterapi og ergoterapitjenester var heller ikke relevant å inkludere. Tiltak gitt på arbeidsplasser ble ekskludert. Tiltak gitt i regi av religiøse eller kulturelle gruppe ble heller ikke inkludert.

Studiedesign

Studier som ikke er randomiserte kontrollerte studier (RCT'er) ble ekskludert. Vi ekskluderte også RCT'er med et typisk «pilot»-, «feasability»- eller «implementeringsformål» da de ikke er like godt egnet til å besvare effektspørsmål.

Publikasjon

Vi inkluderte ikke protokoller eller konferansesammendrag.

Søk etter studier

Vi søkte etter randomiserte kontrollerte studier (RCTér) i [Cochrane CENTRAL \(Trials\)](#). Vi utførte først et prøvesøk i 10. februar 2022 som vi bygget videre på som hovedsøk og oppdaterte frem til 5. august 2022. Dermed er det utført ett relevant hovedsøk i forkant (10. februar 2022) av publikasjon av selve protokollen (24. april 2022). Dette hovedsøket ble oppdatert 5. august. Et tilleggssøk med andre søkestermer for å supplere hovedsøket ble utført 10. mai 2022 med oppdateringssøk 27. juni 2022.

Søkestrategi for hovedsøk

Date Run: 10/02/2022 and last updated 05/08/2022

ID	Search Hits
#1	MeSH descriptor Motor Activity explode all trees
#2	MeSH descriptor Exercise explode all trees
#3	MeSH descriptor Physical Exertion explode all trees
#4	MeSH descriptor Physical Fitness explode all trees
#5	(physical NEAR/2 activit*):ti,ab,kw
#6	("exercise referral" OR "exercise referrals" OR "exercise program" OR "exercise programs" OR "physical activity" OR "physical training" OR "physical exercise" OR "physical exercises" OR "exercise training" OR "exercise prescription" OR "exercise prescriptions" OR fitness):ti,ab,kw
#7	((exercise NEAR intervention*) OR (exercise NEAR program*) OR (physical NEAR intervention*) OR (physical NEAR program*)):ti,ab,kw
#8	(#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7)
#9	MeSH descriptor Nutritional Physiological Phenomena explode all trees
#10	MeSH descriptor Diet explode all trees
#11	(nutrition* OR diet* OR "healthy eating"):ti,ab,kw
#12	MeSH descriptor Feeding Behavior, this term only
#13	((lifest* NEAR interventi*) OR (lifest* NEAR program*) OR (lifest* NEAR change*)):ti,ab,kw
#14	(#9 OR #10 OR #11 OR #12 OR #13)
#15	MeSH descriptor Risk Factors explode all trees
#16	MeSH descriptor Life Style, this term only
#17	MeSH descriptor Sedentary Lifestyle, this term only
#18	MeSH descriptor Health Behavior, this term only
#19	MeSH descriptor Dangerous Behavior, this term only
#20	#15 OR #16 OR #17 OR #18 OR #19
#21	MeSH descriptor: [Health Promotion] explode all trees
#22	MeSH descriptor: [Primary Prevention] 1 tree(s) exploded
#23	("primary care" OR "primary healthcare" OR "primary health care" OR "community healthcare" OR "community care" OR "community health care" OR "community health center" OR "community health centre" OR "community health centers" OR "community-based" OR "community based" OR "community-dwelling" OR "community dwelling" OR "local healthcare" OR "local health care" OR "local health center" OR "local health centre" OR "local health centers" OR "healthy life centre" OR "healthy life center" OR "healthy life centers" OR "exercise referral centre" OR "exercise referral center" OR "exercise referral centers" OR "general practice" OR "primary practice" OR "family practice")
#24	(local* NEAR center) OR (local* NEAR healthcare) OR (local NEAR practice*) OR (community* NEAR centre*) OR (community* NEAR center*) OR (community* NEAR healthcare) OR (community* NEAR practice*) OR (municipal NEAR healthcare) OR (municipal NEAR center*) OR (municipal NEAR centre*) OR (county NEAR healthcare) OR (county NEAR center*) OR (county NEAR centre*)
#25	#8 OR #14 OR #20 OR #21 OR #22
#26	#23 OR #24
#27	#25 AND #26 in Trials (Word variations have been searched)

Søkestrategi for tilleggssøk

Date Run: 10/05/2022 and last updated 27/06/2022

ID	Search Hits
#1	("self-management" OR "self management" OR "patient education" OR "self-efficacy"):ti,ab
#2	MeSH descriptor: [Preventive Medicine] explode all trees
#3	MeSH descriptor: [Self-Management] explode all trees
#4	communit* OR local OR "primary care" OR "healthy life centre" OR "healthy life center" OR "healthy life centres" OR "healthy life centers" OR municip* OR county OR lay-led OR clinic OR clinics OR "exercise referral centre" OR "exercise referral center" OR "exercise referral centres" OR "exercise referral centers" OR "general practice" OR "primary practice" OR "family practice"
#5	#1 OR #2 OR #3
#6	(exercise* OR activity OR walk* OR danc* OR training* OR lifestyle*):ti,ab
#7	#4 AND #5 AND #6 in Trials

Usystematisk søk

I tillegg til å søke etter primærstudier (randomiserte kontrollerte studier) i [Cochrane CENTRAL \(Trials\)](#) søkte vi 28. april 2022 på en usystematisk måte etter Cochrane-oversikter publisert de to siste årene med relevant tematikk i [Cochrane Library](#) med søkeordene «exercise», «physical activity», «self-management» og «lifestyle». Dette var for å kunne identifisere mulig relevante randomiserte kontrollerte studier vi kan ha gått glipp av i de to andre søkene. I tillegg gikk vi igjennom alle referansene fra to velkjente systematiske oversikter av norske forskere, Samdal med medforfattere 2017 [12] og Denison med medforfattere 2012 [13].

Utvelgelse av studier

En 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

En 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.

Vurdering av hver studies metodiske kvalitet («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. 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 en forkortet og forenklet versjon av Cochrane Handbook [14] (jf. Kap. 8) sine kriterier for vurdering av systematiske skjevheter («risk of bias»):

- **«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.

Resultatet av hver studies vurderinger er beskrevet i [dataekstraksjonsskjemaene i vedlegget](#).

Analyser og sammenstilling av resultatene

Én person hentet ut effektestimatene og la inn i dataekstraksjonsskjemaet for relevante utfall fra hver inkludert studie og den andre personen dobbeltsjekket arbeidet.

Omregninger og justeringer

Finne standardavvik for endringer

Mange studier som rapporterer resultater fra skalaer, rapporterer ofte gjennomsnitt og standardavvik før og etter tiltak og fremstiller sjeldent disse resultatene som endring innad i hver gruppe. Dette er ikke et problem i seg selv hvis man skal sammenstille mange gode og store randomiserte kontrollerte studier der man er sikret at gruppene som skal sammenlignes er så like som mulig i utgangspunktet. Dessverre er det ofte en overvekt av relativt små studier, og i vårt arbeid var dette også tilfellet. Én av flere ulemper med små studier er at det kan framkomme viktige forskjeller i gruppene som skal sammenlignes allerede fra start. Det blir da, etter vårt syn, uheldig å framstille resultatene som totalskår etter tiltaket («post intervention»). Ved å oppsummere totalskår alene kan vi gå glipp av viktige forskjeller som har skjedd innad i hver gruppe. Vi har derfor valgt å rapportere endring innad i hver gruppe og å se disse to opp mot hverandre for å få med oss eventuelle forskjeller i effekt. Mange studier presenterer dessverre ikke endringstallene innad i hver gruppe. Der dette manglet, har vi regnet oss fram til gjennomsnittlig forskjell innad i hver gruppe og tilhørende standardavvik. Det gjorde vi ved å følge Cochrane Handbook [14] (jf. kap. 6) 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).

Finne standardavvik fra konfidensintervall

Studier som har rapportert gjennomsnitt med tilhørende konfidensintervall (95%CI) omregnet vi 95%CI til standardavvik (SD). Det gjorde vi ved å følge Cochrane Handbook [14] (jf. kap. 6) som i korte trekk anbefaler å bruke:

$$SE = \text{upper limit} - \text{lower limit} / 3.92, \text{ deretter finner vi } SD = SE * \sqrt{N}$$

Forskjellig retning på skalaer brukt

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.

Sammenstilling av resultatene i metaanalyser

Vi brukte programvaren Revman [15] for å slå sammen effektestimater der hvor det var mulig. Studier som ikke oppga nok informasjon eller presenterte tallene ufullstendig (som for eksempel kun i en figur uten å oppgi tall) og ikke kunne brukes inn i programvaren (gjennomsnitt og standardavvik) ble ekskludert. Én person la inn relevante tall fra ekstraksjonsskjemaene inn i programvaren, og den andre personen dobbeltsjekket.

Kontinuerlige tall (tall på skala)

Der hvor vi lagde metaanalyser av studier som rapporterte kontinuerlige tall, brukte vi «inverse variance» som statistisk metode, «random effects» som analysemodell og standardisert gjennomsnittsforskjell («standardised mean differences», SMD) som effektmål. Grunnen til at vi valgte SMD som effektmål framfor gjennomsnittsforskjell («mean difference», MD) der vi kunne slå sammen studier, var at mange av de samme utfallene rapportert i studiene ble målt ved hjelp av ulike skalaer og instrumenter. For utfall der bare én studie rapporterte effektestimat, ble derimot gjennomsnittsforskjell, MD, brukt for å presentere effektestimatet.

Vi slo sammen resultater fra ulike skalaer som har målt det samme utfallsmålet i metaanalyser i programvaren Revman [15] så langt det lot seg gjøre. Ved å slå sammen gjorde vi 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.

Dikotome tall (hele tall som teller hendelser eller personer)

Det ble ikke laget metaanalyser av dikotome tall, 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, «random effects» som analysemodell og «risk ratio» (RR) som effektmål.

Tillit til det samlede resultatet (GRADE)

Vi har valgt å bruke GRADE (Grading of Recommendations, Assessment, Development and Evaluations) [14] 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 [14]. I GRADE vurderer vi blant annet:

- om studiene er godt gjennomført («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 direktet)
- om resultatene er presise og om nok data ligger bak (presisjon)
- om resultatene er rapportert på en tilfredsstillende måte (rapporteringsskjevheter)

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. Disse kriteriene er beskrevet under [Vurdering av hver studies metodiske kvalitet \(«risk of bias»\)](#). Resultatet av hver enkelt studies «risk of bias»-vurdering ligger i [dataekstraksjonsskjemaene i vedlegget](#). I GRADE-systemet kan man trekke ned for «risk of bias» med -1, -2 eller -3 poeng, 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 med -1, -2 eller -3 poeng, 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 med -1, -2 eller -3 poeng, 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 med -1, -2 eller -3 poeng, 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.

Vi brukte programvaren GRADEpro [16] til å vurdere tillit til det samlede resultatet (effektestimatet) for alle de ni forhåndsplukkede utfallsmålene:

1. Fysisk fungering
2. Sosial fungering
3. Følelsesmessig fungering: psykologisk status (depresjon, angst, generell psykisk helsetilstand) og mestringstro
4. Kognitiv fungering
5. Livskvalitet
6. Helsestatus
7. Fysisk aktivitets-, kostholds- eller søvnvaner
8. Fysiske symptomer: generelle symptomer (smerte, fatigue (utmattelse))
9. Brukermedvirkning

Hvert utfall er kritisk vurdert med GRADE og framstilt i tabeller i resultatdelen, både i forenklete tabeller (kort oppsummert) og mer detaljerte tabeller (i Summary of findings-tabeller). Disse tabellene presenterer både tallresultatet og hvor stor tillit vi har vurdert å kunne ha til resultatet. Med andre ord så 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)

Presentasjon og kommunikasjon av resultatene

For å gjøre funnene fra denne kunnskapsoppsummeringen lett tilgjengelig og forståelig for et bredt publikum, har vi publisert en [kortversjon i Sykepleien forskning](#). Å kommunisere forskningsfunn på en god og forståelig måte er en viktig samfunnsplikt. Arbeidet avsluttes dermed ikke etter å ha publisert en kunnskapsoppsummering som er metodisk godt beskrevet.

Det er flere måter å lage kortversjoner av lange kunnskapsoppsummeringer på. Vårt arbeid er en systematisk oversikt, og vi følger prinsippene etablert av Cochrane [17]. [Cochrane Norge](#) har gjennom mange år utviklet en norsk mal, «Kort oppsummert» [18], for hvordan man kommuniserer oppsummert forskning på en god måte og i tråd med overnevnte Cochrane-arbeid. Vi har brukt «Kort oppsummert»-malen som utgangspunkt for en kortversjon og kommunikasjonsprodukt av denne rapporten.

Målet er at funnene fra kunnskapsoppsummeringen skal kunne brukes som utgangspunkt til 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

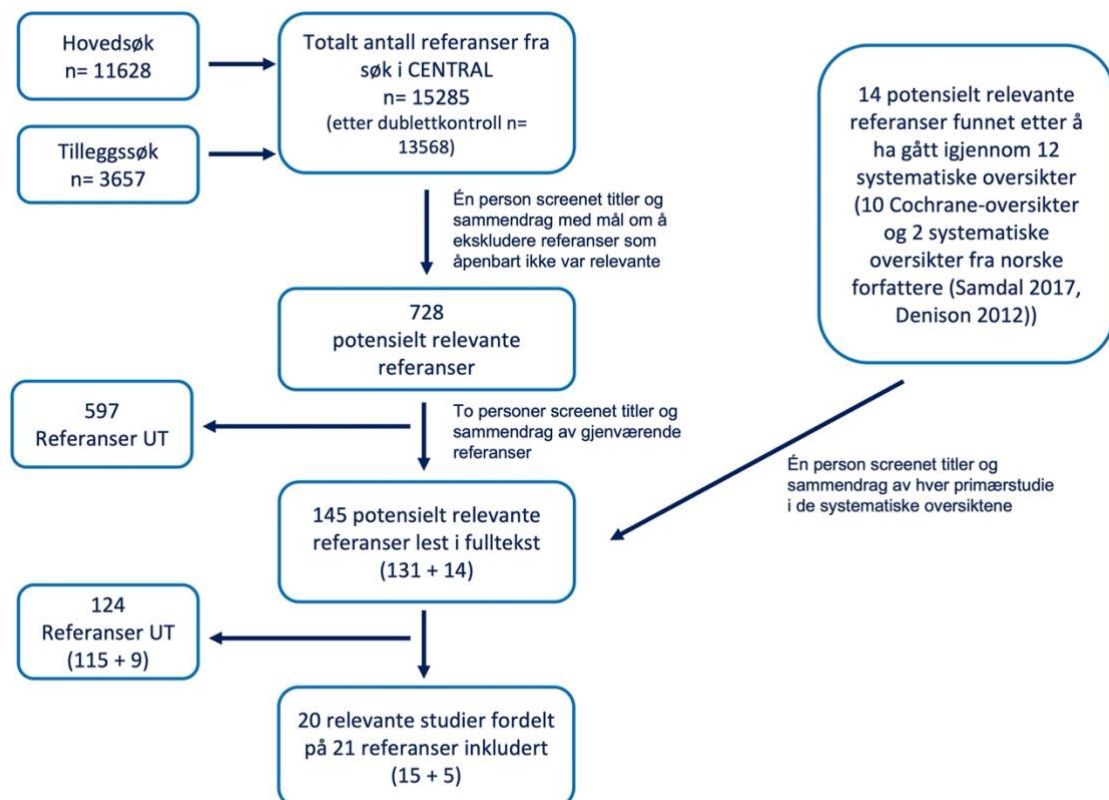
Oppsummert forskning som følger prinsippene i en systematisk oversikt, blir ofte utdatert etter noen år dersom forskningsfeltet har mye aktivitet. Helsefremming og forebygging i form av organisert oppfølging er et forskningsfelt i vekst. Vi forventer at det i de neste årene vil tilkomme flere relevante studier som kan bidra til å styrke den forskningsbaserte forskningen. Vi ser det derfor som hensiktsmessig å gjøre oppdateringssøk hvert tredje til fjerde år.

Resultat fra søk etter studier

Hovedsøket ga til sammen 11 628 treff og tilleggssøket ga 3657 treff (se figur 3). Det var 13 565 referanser å screene etter at dubletter var fjernet. Etter første runde med screening, ble 728 referanser dobbeltsjekket for relevans. Av disse 728 referansene, ble 131 pluss 14 studier identifisert gjennom relevante systematiske oversikter og innhentet i fulltekst for ytterligere avklaring om inklusjon (totalt 145 referanser). Av disse 145 referansene, ble 20 studier fordelt på 21 publikasjoner [19-39], inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen. Resterende 124 studiepublikasjoner ble ekskludert [40-163]. Liste over ekskluderte studier med eksklusjonsårsak ligger i [eksklusionslisten i vedlegget](#).

Av de 146 studiepublikasjonene (referansene) vi leste i fulltekst [19-163] ble 14 mulig relevante studier [20, 22, 24, 30, 37, 61, 87, 98, 99, 129, 148, 153, 158, 161] identifisert ved å gå igjennom 13 systematiske oversikter [12, 13, 164-173] funnet gjennom det usystematiske søket i [Cochrane Library](#).

Figur 3. Flytskjema



Karakteristika ved studiene

Studienes metoder

Vi inkluderte 20 randomiserte kontrollerte studier fordelt på 21 publiserte artikler (referanser) [19-39] (se tabell 1). Én studie er publisert som mer enn én artikkel og to av disse [33, 34] er med i denne kunnskapsoppsummeringen da de to publikasjonene rapporterer på ulike, men relevante utfall innen én og samme studie. Atten studier [19, 21, 22, 24-39] randomiserte deltakerne på individnivå, én studie [23] på klyngeivå og én studie [20] brukte en kombinasjon. Tretten studier [19-22, 24, 25, 27-29, 32-34, 36-39] oppga å ha publisert en protokoll for studien og fem studier [23, 26, 30, 31, 35] oppga ikke informasjon om dette i publikasjonen.

Ti studier hadde færre enn 100 personer med i studien [19, 22, 23, 25, 26, 29, 31, 35, 38, 39], åtte studier hadde mellom 100 og 200 personer med i studien [20, 24, 28, 32-34, 36, 37] og to studier hadde mellom 200 og 300 personer med i studien [21, 27].

Tretten studier [20, 21, 23, 24, 26, 29-31, 33-36, 38, 39] sammenlignet to grupper (armer) og sju studier [19, 22, 25, 27, 28, 32, 37] sammenlignet tre grupper (armer). I studiene hvor tre grupper ble sammenlignet, ble valg av gruppe (arm) som skulle med i analysene relativt greit valgt for fire av studiene [19, 22, 27, 32]. Det var imidlertid mer tilfeldig for de tre siste studiene [25, 28, 37] fordi tiltakene var relativt like og kunne ses som relevante tiltak (se [dataekstraksjonsskemaer i vedlegget](#) for informasjon om hvilke grupper (armer) som ikke ble med). Åtte studier [19, 20, 24, 27, 36-39] oppgir å ha brukt «intention-to-treat» (ITT) analysemodell og to studier [25, 26] «per-protocol» (PP) analysemodell.

To studier [20, 33, 34] fra Norge involverte personer med brukererfaring i planlegging og utførelse av studiene.

Tabell 1. Studiekarakteristika

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall*	Setting, land
Andersen 2015 [19]	Personer med smerte i rygg eller overkropp	Treningstiltak (tilpasset trening)	Vanlig oppfølging	- Rollefungering 2 av 2 - Fysiske symptomer 1 av 1	Kommunehelse-tjenesten (helsesenter), Danmark
Bringsvor 2018 [20]	Personer med kols	Mestringstiltak	Vanlig oppfølging	- Fysisk fungering 1 av 1 - Sosial fungering 1 av 1 - Følelsesmessig fungering 1 av 3 - Vaner/atferd 1 av 1	Lokalsamfunnet, Norge
Casañas 2012 [21]	Personer med depresjon	Psykoedukasjon	Vanlig oppfølging	- Følelsesmessig fungering 2 av 2 - Livskvalitet 1 av 1	Kommunehelse-tjenesten (legekontor), Spania
Cruz-Díaz 2017 [22]	Personer med ryggsmarter	Treningstiltak (pilates)	Ingen tiltak	- Fysisk fungering 1 av 1 - Fysiske symptomer 1 av 1	Lokalsamfunnet (helsesentre og universitet), Spania
Folta 2009 [23]	Lite aktive kvinner med overvekt eller fedme	Undervisnings- og treningstiltak	Ingen tiltak, venteliste	- Følelsesmessig fungering 1 av 1 - Vaner/atferd 2 av 2	Lokalsamfunnet, USA
Hall 2011 [24]	Personer med ryggsmarter	Treningstiltak (Tai chi)	Vanlig oppfølging, venteliste	- Fysisk fungering 2 av 4 - Fysiske symptomer 1 av 2	Lokalsamfunnet (Quay Spa), Australia
Halvarsson 2015 [25]	Personer (eldre) med beinskjørhet	Treningstiltak (balansetrening)	Ingen tiltak, venteliste	- Fysisk fungering 1 av 1 - Vaner/atferd 0 av 1	Lokalsamfunnet, Sverige
Hartman 2000 [26]	Personer med artrose	Treningstiltak (Tai chi)	Vanlig oppfølging	- Følelsesmessig fungering 2 av 2 - Fysiske symptomer 1 av 1	Lokalsamfunnet (helsesenter), USA
Harvie 2019 [27]	Kvinner med brystkreft	Kostholds- og treningstiltak	Skriftlig råd	- Livskvalitet 1 av 1 - Vaner/atferd 1 av 1 - Fysiske symptomer 1 av 1	Lokalsamfunnet, Storbritannia
Henriksson 2021 [28]	Personer med angst	Treningstiltak	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 4 av 4	Lokalsamfunnet (treningssenter), Sverige

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall*	Setting, land
Mardani 2021 [29]	Menn med prostatakreft	Treningstiltak	Vanlig oppfølging	- Fysisk fungering 1 av 1 - Sosial fungering 1 av 1 - Rollefungering 1 av 1 - Følelsesmessig fungering 1 av 1 - Kognitiv fungering 1 av 1 - Livskvalitet 1 av 1 - Fysiske symptomer 2 av 2	Lokalsamfunnet (lokal park), Iran
Muharram 2011 [30]	Voksne med kroniske korsryggsmerter	Treningstiltak (skyggeboksing)	Ingen tiltak, venteliste	- Livskvalitet 2 av 2 - Fysiske symptomer 1 av 1	Ortopedisk poliklinikk/ universitet, Kina
Park 2011 [31]	Personer (eldre) med høyt blodtrykk	Undervisnings- og treningstiltak	«Kontroll»	- Fysisk fungering 2 av 2 - Sosial fungering 1 av 1 - Rollefungering 2 av 2 - Følelsesmessig fungering 2 av 2 - Livskvalitet 0 av 2 - Helsestatus 1 av 1 - Vaner/atferd 1 av 1 - Fysiske symptomer 2 av 2	Lokalsamfunnet (eldresenter), Sør-Korea
Salvo 2022 [32]	Kvinner med overvekt	Kostholdstiltak	Vanlig oppfølging, venteliste	Følelsesmessig fungering 2 av 2	Kommunehelse-tjenesten (legekontor), Brasil
Samdal 2019/ 2022 [33, 34]	Personer med eller med økt risiko for sykdom	Treningstiltak**	Ingen tiltak, venteliste	Vaner/atferd 2 av 2	Kommunehelse-tjenesten, (frisklivssentraler), Norge
Sauch Valmaña 2009 [35]	Kvinner med fibromyalgi	Treningstiltak	Ingen tiltak	- Fysisk fungering 1 av 1 - Livskvalitet 2 av 2 - Smerte 1 av 1	Kommunehelse-tjenesten (primærhelseteam), Spania
Stanghelle 2020 [36]	Kvinner med benskjørhet	Treningstiltak	Vanlig oppfølging	- Fysisk fungering 1 av 2 - Sosial fungering 1 av 2 - Rollefungering 2 av 2 - Følelsesmessig fungering 1 av 2 - Livskvalitet 3 av 3 - Helsestatus 1 av 1 - Fysiske symptomer 2 av 3	Kommunehelse-tjenesten (fysioterapiklinikk og universitet), Norge
Teut 2016 [37]	Personer (eldre) med korsryggsmerter	Treningstiltak (Qigong)	Ingen tiltak, venteliste	- Fysisk fungering 1 av 2 - Sosial fungering 0 av 1 - Rollefungering 0 av 2 - Følelsesmessig fungering 1 av 3 - Livskvalitet 2 av 2 - Helsestatus 0 av 1 - Fysiske symptomer 1 av 4	Lokalsamfunnet (eldrehjem og universitet), Tyskland
Vahlberg 2017 [38]	Personer med slag	Kombinert trenings-tiltak og diskusjoner	Ingen tiltak	- Følelsesmessig fungering 2 av 2 - Livskvalitet 1 av 1 - Vaner/atferd 1 av 1	Lokalsamfunnet, Sverige
Young 2021 [39]	Personer med slag	Treningstiltak	Vanlig oppfølging, venteliste	Fysiske symptomer 2 av 2	Lokalsamfunnet (treningssenter), USA

* Relevante utfall i studiene, men alle disse er ikke nødvendigvis med i analysene fordi vi mangler informasjon eller utfallene overlapper. Vi oppgir hvor mange av de relevante utfallene fra hver studie som er med i våre analyser (f.eks. 2 av 2). ** Frivillig deltagelse på kostholdskurs i tillegg

Populasjonene

Deltakerne i studiene var personer med ryggsmerte [19, 22, 24, 30, 37], slag [38, 39], kreft [27, 29], overvekt [23, 32], kols [20], depresjon [21], angst [28], fibromyalgi [35], beinskjørhet [36] og artrose [26]. I én studie ble ikke personene som deltok i studien kategorisert etter diagnose eller helseutfordring, men studien inkluderte personer som hadde eller hadde økt risiko for å utvikle sykdom [33, 34]. Alder på personene som deltok i studiene var i gjennomsnitt fra 36-44 år i seks studier [19, 22, 24, 28, 30, 32], 50-58 år i fem studier [21, 23, 27, 35, 39] og 68-77 år i åtte studier [20, 25, 26, 29, 31, 36-38]. I én av studiene var alle menn [29], i to studier var det en overvekt av menn [20, 38], i fem studier en relativt jevn fordeling mellom kvinner og menn [19, 22, 30, 31, 39], i seks studier en overvekt av kvinner [21, 24, 26, 28, 33, 34, 37] og i seks studier så og si kun kvinner [23, 25, 27, 32, 35, 36]. I

[dataekstraksjonsskjemaer i vedlegget](#) er hver studies populasjon presentert mer detaljert.

Tiltakene og sammenligningene

Tiltakene

De organiserte oppfølgingstiltakene kan deles inn i underkategorier. Tolv studier undersøkte rene treningsstiltak (fysisk aktivitet og avspenningsøvelser) [19, 22, 24-26, 28-30, 35-37, 39], én studie mestringsstiltak [20], én studie psykoedukasjon [21], én studie kosthold [32], tre studier tiltak som kombinerte trening og undervisning/erfaringsutveksling [23, 31, 38] og to studier tiltak som kombinerte trening og kosthold [27, 33, 34].

Tiltakene ble gitt i gruppe i 19 studier [19-29, 31-39] mens det ikke er oppgitt i én studie [30]. Gruppene møttes én gang i uka i åtte studier [20, 21, 26, 27, 29, 31, 32, 37], to ganger i uka i sju studier [22-24, 33-36, 38], tre ganger i uka i fire studier [19, 25, 28, 39] og seks ganger i uka i én studie [30].

Tiltakene ble levert og/eller organisert hovedsakelig av fysioterapeuter i åtte studier [19, 22, 25, 28, 33-36, 38], av instruktører eller trenere i fem studier [23, 24, 26, 37, 39], av sykepleiere i to studier [21, 31], av forskere eller universitetsansatte i tre studier [29, 30, 32], av sykepleier og fysioterapeut i én studie [20] og av ernæringsfysiolog og trener/instruktør i én studie [27].

Varigheten på de organiserte oppfølgingstiltakene var ti uker i tre studier [19, 24, 32], 11 uker i én studie [20], 12 uker i 14 studier [21-23, 25-31, 33-36, 39] og tre måneder i to studier [37, 38].

Ingen av studiene har oppgitt om tiltakene som ble testet hadde blitt utviklet, planlagt eller utført med, eller i samarbeid med, personer med brukererfaring. To av studiene [20, 33, 34] oppga imidlertid å ha involvert personer med brukererfaring i planlegging og utførelse av studien uten videre utdypning av hvordan. I [dataekstraksjonsskjemaer i vedlegget](#) er hver studies populasjon presentert mer detaljert.

Sammenligningene

Personene som var i sammenligningsgruppene («kontrollgruppene») fikk i ti studier [19-21, 24, 26, 28, 29, 32, 36, 39] vanlig oppfølging, i åtte studier [22, 23, 25, 30, 33-35, 37, 38] ingen tiltak, i én studie skriftlige råd [27] og i én studie [31] var ikke sammenligningen beskrevet som noe mer enn en kontrollgruppe. Uavhengig av om det var ingen tiltak eller vanlig oppfølging fikk deltakerne i sammenligningsgruppen tilbud om å få tiltaket etter at studieperioden var avsluttet i åtte studier [23-25, 30, 32-34, 37, 39] (såkalt venteliste). Se [dataekstraksjonsskjemaer i vedlegget](#) for mer detaljer.

Utfallene

Fysisk fungering

Ni studier rapporterer på selvrapportert fysisk fungering [20, 22, 24, 25, 29, 31, 35-37]. Tre av disse studiene [24, 36, 37] rapporterer på flere utfallsmål for fysisk fungering enn de som er med i analysene for dette utfallet. Årsaken er enten mangel på rapportering av tall som kan brukes inn i analysene [37] eller overlapp i utfallene [24, 36]. Fysisk fungering er kategorisert som følgende utfallsmål:

- Fysisk fungering (alt i alt)
- Funksjonsnedsettelse («disability»)
- Egenomsorg («self-management»)

Fysisk fungering ble målt ved bruk av ulike spørreskjemaer, se [dataekstraksjonsskjemaer i vedlegget](#) for mer detaljer.

Sosial fungering

Fem studier rapporterer på sosial fungering [20, 29, 31, 36, 37]. To av disse studiene [36, 37] rapporterer på flere utfallsmål for sosial fungering enn de som er med i analysene for dette utfallet. Årsaken er enten mangel på rapportering av tall som kan brukes inn i analysene [37] eller overlapp i utfallene [36]. Sosial fungering er kategorisert som følgende utfallsmål:

- Sosial fungering

Sosial fungering ble målt ved bruk av ulike spørreskjemaer, se [dataekstraksjonsskjemaer i vedlegget](#) for mer detaljer.

Rollefungering

Fem studier rapporterer på rollefungering [19, 29, 31, 36, 37]. Én av disse studiene [37] rapporterer på flere utfallsmål for rollefungering enn de som er med i analysene for dette utfallet grunnet mangel på rapportering av tall som kan brukes inn i analysene. Rollefungering er kategorisert som følgende utfallsmål:

- Rollefungering (alt i alt)
- Psykisk rollefungering
- Fysisk rollefungering
- Arbeidsstatus
- Arbeidsevne

Rollefungering ble målt ved bruk av ulike spørreskjemaer, se [dataekstraksjonsskjemaer i vedlegget](#) for mer detaljer.

Følelsesmessig fungering

Ti studier rapporterer på følelsesmessig fungering [20, 21, 23, 26, 28, 29, 31, 36-38]. To av disse studiene [36, 37] rapporterer på flere utfallsmål for følelsesmessig fungering enn de som er med i analysene for dette utfallet. Årsaken er enten mangel på rapportering av tall som kan brukes inn i analysene [37] eller overlapp i utfallene [36]. Følelsesmessig fungering er kategorisert som følgende utfallsmål:

- Psykisk helse (generell)
- Depresjonssymptomer
- Angstsymptomer
- Mestringstro («self-efficacy»)
- Tilfredshet/velvære

Følelsesmessig fungering ble målt ved bruk av ulike spørreskjemaer, se [dataekstraksjonsskjemaer i vedlegget](#) for mer detaljer.

Kognitiv fungering

Én studie rapporterer på kognitiv fungering [29]. Se [dataekstraksjonsskjemaer i vedlegget](#) for mer detaljer.

Livskvalitet

Ni studier rapporterer på livskvalitet [21, 27, 29-31, 35-38]. Én av disse studiene [31] er ikke med i analysen for dette utfallet grunnet mangel på rapportering av tall som kan brukes inn i analysene. Livskvalitet er kategorisert som følgende utfallsmål:

- Livskvalitet (alt i alt)
- Livskvalitet, psykisk komponent
- Livskvalitet fysisk komponent

Livskvalitet ble målt ved bruk av ulike spørreskjemaer, se [dataekstraksjonsskjemaer i vedlegget](#) for mer detaljer.

Helsestatus

Tre studier rapporterer på helsestatus [31, 36, 37]. Én av disse studiene [37] er ikke med i analysen for dette utfallet grunnet mangel på rapportering av tall som kan brukes inn i analysene. Helsestatus er kategorisert som følgende utfallsmål:

- Generell helse (alt i alt)

Helsestatus ble målt ved bruk av ulike spørreskjemaer, se [dataekstraksjonsskjemaer i vedlegget](#) for mer detaljer.

Vaner/atferd

Sju studier rapporterer på vaner/atferd [20, 23, 25, 27, 31, 33, 34, 38]. Én av disse studiene [25] er ikke med i analysen for dette utfallet grunnet mangel på rapportering av tall som kan brukes inn i analysene. Vaner/atferd er kategorisert som følgende utfallsmål:

- Fysisk aktivitet
- Kostholdsvaner

Vaner/atferd ble målt ved bruk av ulike spørreskjemaer, se [dataekstraksjonsskjemaer i vedlegget](#) for mer detaljer.

Fysiske symptomer

Tolv studier rapporterer på fysiske symptomer som smerte eller fatigue [19, 22, 24, 26, 27, 29-31, 35-37, 39]. Tre av disse studiene [24, 36, 37] rapporterer på flere utfallsmål for fysiske symptomer enn de som er med i analysene for dette utfallet. Årsaken er enten mangel på rapportering av tall som kan brukes inn i analysene [37] eller overlapp i utfallene [24, 36, 37]. Fysiske symptomer er kategorisert som følgende utfallsmål:

- Smerter
- Fatigue/mangel på vitalitet (utmattelse)

Fysiske symptomer ble målt ved bruk av ulike spørreskjemaer, se [dataekstraksjonsskjemaer i vedlegget](#) for mer detaljer.

Settingene og land

Studiene var utført i Norge [20, 33, 34, 36], Sverige [25, 28, 38], Danmark [19], Storbritannia [27], Tyskland [37], Spania [21, 22, 35], Australia [24], USA [23, 26, 39], Brasil [32], Iran [29], Sør-Korea [31] og Kina [30]. Settingen studiene ble utført i tilsvarte alle en kommunal setting. I seks studier var det kommunehelsetjenesten [19, 21, 32-36], i 13 studier i lokalsamfunnet [20, 22-29, 31, 37-39], og i én studie i en ortopedisk poliklinikk [30]. Se [dataekstraksjonsskjemaer i vedlegget](#) for mer detaljer.

I en [PICO-tabell i vedlegget](#) er karakteristika oppsummert.

Publikasjonene

Studiene var publisert mellom år 2000 og 2022. Fjorten studier [19-21, 23, 24, 27-29, 32-36, 38, 39] ble publisert i tidsskrift som er fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser enten gjennom [Helsebiblioteket](#) eller gjennom tidsskrifter som er «open access» (åpen tilgang).

Effekt av organiserte oppfølgingstiltak

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 og å kunne ha et godt liv.

Kort oppsummert

Alt i alt viser resultatene at (se tabell 2):

- **fysisk fungering** øker eller bedres rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak ser man trolig ingen betydningsfull effekt på fysisk fungering sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak
- **egenomsorg** øker eller forbedres kanskje litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Vi er usikre på effekten på lengre sikt da det manglet studier om dette

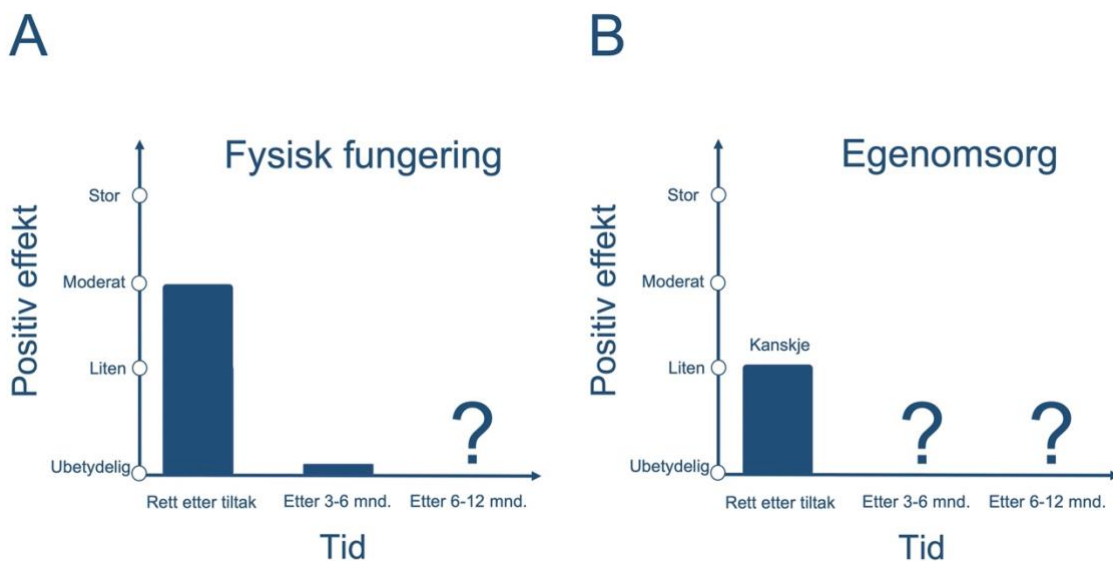
Tabell 2. Fysisk fungeringsutfall. Kort oppsummert effekt med kritisk vurdering

Hva skjer?	Hvor stor forskjell?	Tillit til resultatet ¹	Tallene bak
Fysisk fungering (rett etter tiltak er avsluttet) Fysisk fungering øker rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Moderat	 Stor	0,54 SMD ² bedre fysisk fungering (0,26 til 0,82)*
Fysisk fungering (etter 3-6 måneder) Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak ser man trolig ingen betydningsfull effekt på fysisk fungering sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Ubetydelig	 Moderat	0,13 SMD ² bedre fysisk fungering (-0,11 til +0,38)*
Egenomsorg (rett etter tiltak er avsluttet) Egenomsorg øker eller forbedres kanskje litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Liten	 Liten	0,27 SMD ² bedre egenomsorg (-0,04 til +0,58)*
* 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 organiserte oppfølgingstiltak øker fysisk fungering og at denne økningen gjenspeiler en moderat klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (stor tillit til resultatet). Denne effekten forsvinner trolig etter noen få måneder da effekten på dette tidspunktet er veldig liten og ikke klinisk viktig (moderat tillit til resultatet). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på fysisk fungering etter seks måneder eller lengre.

Organiserte oppfølgingstiltak øker eller bedrer kanskje egenomsorgen litt og denne økningen viser en liten, men klinisk viktig forskjell (liten tillit til resultatet). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på egenomsorg etter tre måneder eller lengre. De oppsummerte resultatene er også illustrert i figur 4.

Figur 4. Effekt av organiserte oppfølgingstiltak på utfall om fysisk fungering



Tallene bak

Fysisk fungering

Rett etter tiltakene

Åtte studier [22, 24, 25, 29, 31, 35-37] med til sammen 698 personer undersøkte effekt av organiserte oppfølgingstiltak på fysisk fungering rett etter tiltakene var avsluttet. Metaanalysen viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **rett etter tiltakene er avsluttet** er:

SMD (95% CI) = 0,54 (0,26 til 0,82) — moderat klinisk viktig forskjell — stor tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,54 (0,26 til 0,82) rett etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser dette effektestimatet en økning eller bedring i fysisk fungering. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en moderat klinisk viktig forskjell. Tilliten til dette resultatet er stor, og det betyr at vi er rimelig sikre på at denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

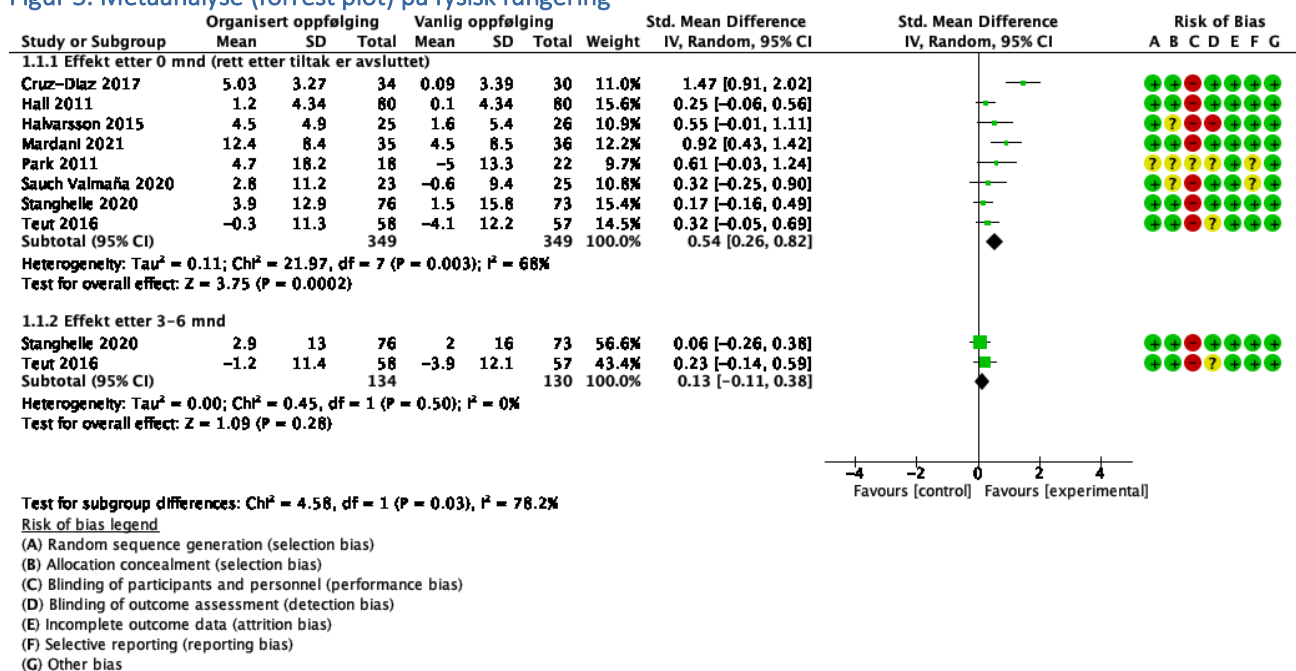
På lengre sikt

To studier [36, 37] med til sammen 264 personer undersøkte effekt av organiserte oppfølgingstiltak på fysisk fungering tre til seks måneder etter tiltakene var avsluttet. Metaanalysen viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **etter 3-6 måneder** er:

SMD (95% CI) = 0,13 (-0,11 til +0,38) — ubetydelig klinisk forskjell — moderat tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,13 (-0,11 til +0,38) tre til seks måneder etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning eller bedring i fysisk fungering. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en ubetydelig klinisk forskjell. Tilliten til dette resultatet er moderat, og det betyr at vi er nokså sikre på at denne effekten ligger opp mot virkeligheten.

Figur 5. Metaanalyse (forrest plot) på fysisk fungering



Egenomsorg

Rett etter tiltakene

To studier [20, 31] med til sammen 162 personer undersøkte effekt av organiserte oppfølgingstiltak på egenomsorg («self-management») rett etter tiltakene var avsluttet. Metaanalysene viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **rett etter tiltakene er avsluttet** er:

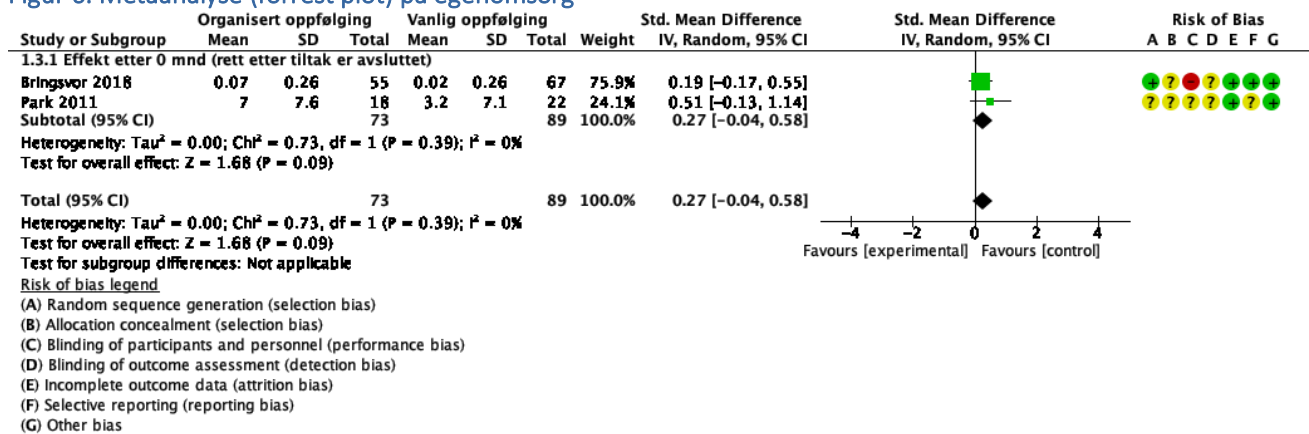
SMD (95% CI) = 0,27 (-0,04 til 0,58) — liten klinisk viktig forskjell — liten tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,27 (-0,04 til 0,58) rett etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser dette effektestimatet en økning eller bedring i egenomsorg. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en liten 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 egenomsorg på lengre sikt. Vi vet dermed ikke noe om effekten på egenomsorg en stund etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak.

Figur 6. Metaanalyse (forrest plot) på egenomsorg



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 3. «GRADE Summary of findings table» for fysisk fungering

Organisert oppfølging sammenlignet med vanlig oppfølging/ingen tiltak for bedre helse og mestring

Patient or population: Voksne (18 år eller eldre) med, eller med økt risiko for å utvikle, sykdom eller helseutfordring

Setting: Kommunehelsetjenesten eller tilsvarende nærområdetjenester

Intervention: Organisert oppfølging tilsvarende frisklivstilbud

Comparison: Vanlig oppfølging/ingen tiltak

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Risk with vanlig oppfølging/ingen tiltak	Risk with organisert oppfølging			
Fysisk fungering - Effekt rett etter tiltak er avsluttet	-	SMD 0.39 higher (0.2 higher to 0.58 higher)	-	634 (7 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ High
Fysisk fungering - Effekt etter 3-6 mnd.	-	SMD 0.13 higher (0.11 lower to 0.38 higher)	-	264 (2 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a
Egenomsorg - Effekt rett etter tiltak er avsluttet	-	SMD 0.27 higher (0.04 lower to 0.58 higher)	-	162 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}

*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; **SMD:** standardised mean difference

Explanations

a. -1 for few participants (fewer than 300-400)

b. -1 for unclear risk of bias in all studies

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.

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

Alt i alt viser resultatene at:

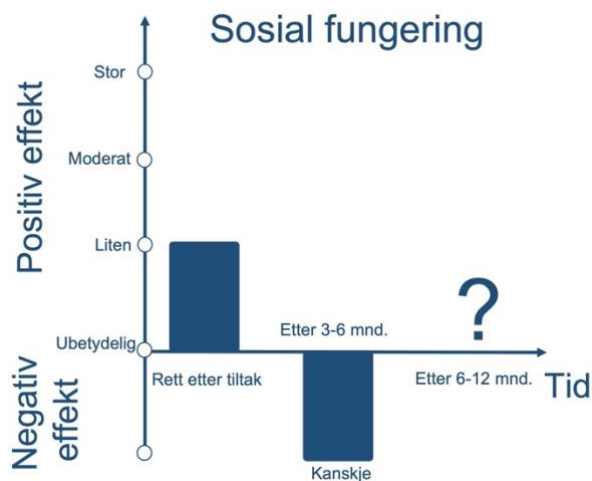
- **sosial fungering** øker eller bedres trolig litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak reduseres kanskje sosial fungering litt sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak

Tabell 4. 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 litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Liten	 Moderat	0,45 SMD ² bedre sosial fungering (-0,11 til +1,01)*
Sosial fungering (etter 3-6 måneder) Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak reduseres kanskje sosial fungering litt sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Liten	 Liten	-3,8 MD ³ mindre sosial fungering på en 0-100 skala (-8,13 til +0,53)*
* 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 organiserte oppfølgingstiltak trolig øker eller bedrer sosial fungering og at denne økningen gjenspeiler en liten, men klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (moderat tillit til resultatet). Denne effekten forsvinner trolig etter noen få måneder da effekten på dette tidspunktet er veldig liten og i negativ retning (liten tillit til resultatet). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på fysisk fungering etter seks måneder eller lengre. De oppsummerte resultatene er også illustrert i figur 7.

Figur 7. Effekt av organiserte oppfølgingstiltak på sosial fungering



Tallene bak

Rett etter tiltakene

Fire studier [20, 29, 31, 36] med til sammen 382 personer undersøkte effekt av organiserte oppfølgingstiltak på sosial fungering rett etter tiltakene var avsluttet. Metaanalysene viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **rett etter tiltakene er avsluttet** er:

SMD (95% CI) = 0,45 (-0,11 til 1,01) — liten klinisk viktig forskjell — moderat tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,45 (-0,11 til 1,01) rett etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning eller bedring i sosial fungering. Videre kan vi si at størrelsen på 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 tett opp mot virkeligheten.

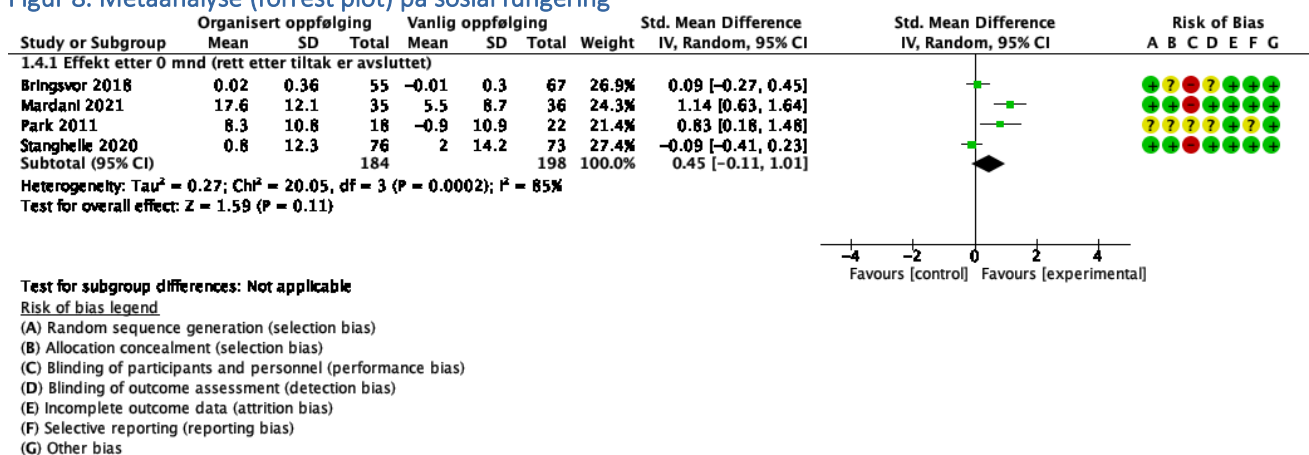
På lengre sikt

En studie [36] med 149 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på sosial fungering **etter 3-6 måneder**:

MD (95% CI) = -3,8 (-8,13 til 0,53) — liten klinisk viktig forskjell — liten tillit

Tre til seks måneder etter tiltakene er avsluttet er gjennomsnittsforskjellen (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) -3.8 (-8.13 til 0.53). Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon eller forverring i sosial fungering. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten muligens viser en liten klinisk viktig forskjell. Dette er fordi studien målte dette utfallet med en skala (SF-36 spørreskjema) som kan gi en totalskår på 0-100. I denne studien lå gjennomsnittsskårene i gruppene på 80-tallet, og det kan dermed være sannsynlig at en forskjell på -3,8 poeng mellom gruppene kan anses å være av en liten klinisk betydning. Tilliten til dette resultatet er liten, og det betyr at vi er noe usikre på om denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

Figur 8. 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 5. «GRADE Summary of findings table» for sosial fungering

Organisert oppfølging sammenlignet med vanlig oppfølging/ingen tiltak for bedre helse og mestring

Patient or population: Voksne (18 år eller eldre) med, eller med økt risiko for å utvikle, sykdom eller helseutfordring

Setting: Kommunehelsetjenesten eller tilsvarende nærområdetjenester

Intervention: Organisert oppfølging tilsvarende frisklivstilbud

Comparison: Vanlig oppfølging/ingen tiltak

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Risk with vanlig oppfølging/ingen tiltak	Risk with organisert oppfølging			
Sosial fungering - Effekt rett etter tiltak er avsluttet	-	SMD 0.45 higher (0.11 lower to 1.01 higher)	-	382 (4 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^b
Sosial fungering - Effekt etter 3-6 mnd	The mean sosial fungering was 0 SD -	MD 3.8 SD lower (8.13 lower to 0.53 higher)	-	149 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^a

*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; **RR:** risk ratio; **SMD:** standardised mean difference; **SD:** standard deviation

Explanations

a. -2 for few participants (fewer than 300-400) and only one study

b. -1 for unexplained high statistical heterogeneity

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.

Effekt på rollefungering

Vi har alle ulike roller vi skal fylle gjennom livet. Vi skal gå på skole, vi skal jobbe og vi skal kanskje stifte familie. Rollefungering i denne sammenhengen er først og fremst delt opp i fysisk og følelsesmessig rollefungering.

Kort oppsummert

Alt i alt viser resultatene at:

- effekten på **følelsesmessig rollefungering** på kort sikt er usikker da tilliten til resultatet er svært liten. Effekten på lengre sikt er også usikker da tilliten til resultatet er svært liten
- **fysisk rollefungering** økes eller bedres trolig litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak øker kanskje fysisk rollefungering litt sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak
- **arbeidsstatus** øker eller forbedres kanskje litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Effekten på lengre sikt er usikker da det ikke er noen studier på dette
- **arbeidsevne** øker eller forbedres kanskje litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Effekten på lengre sikt er usikker da det ikke er noen studier på dette

Tabell 6. Rollefungeringsutfall. Kort oppsummert effekt med kritisk vurdering

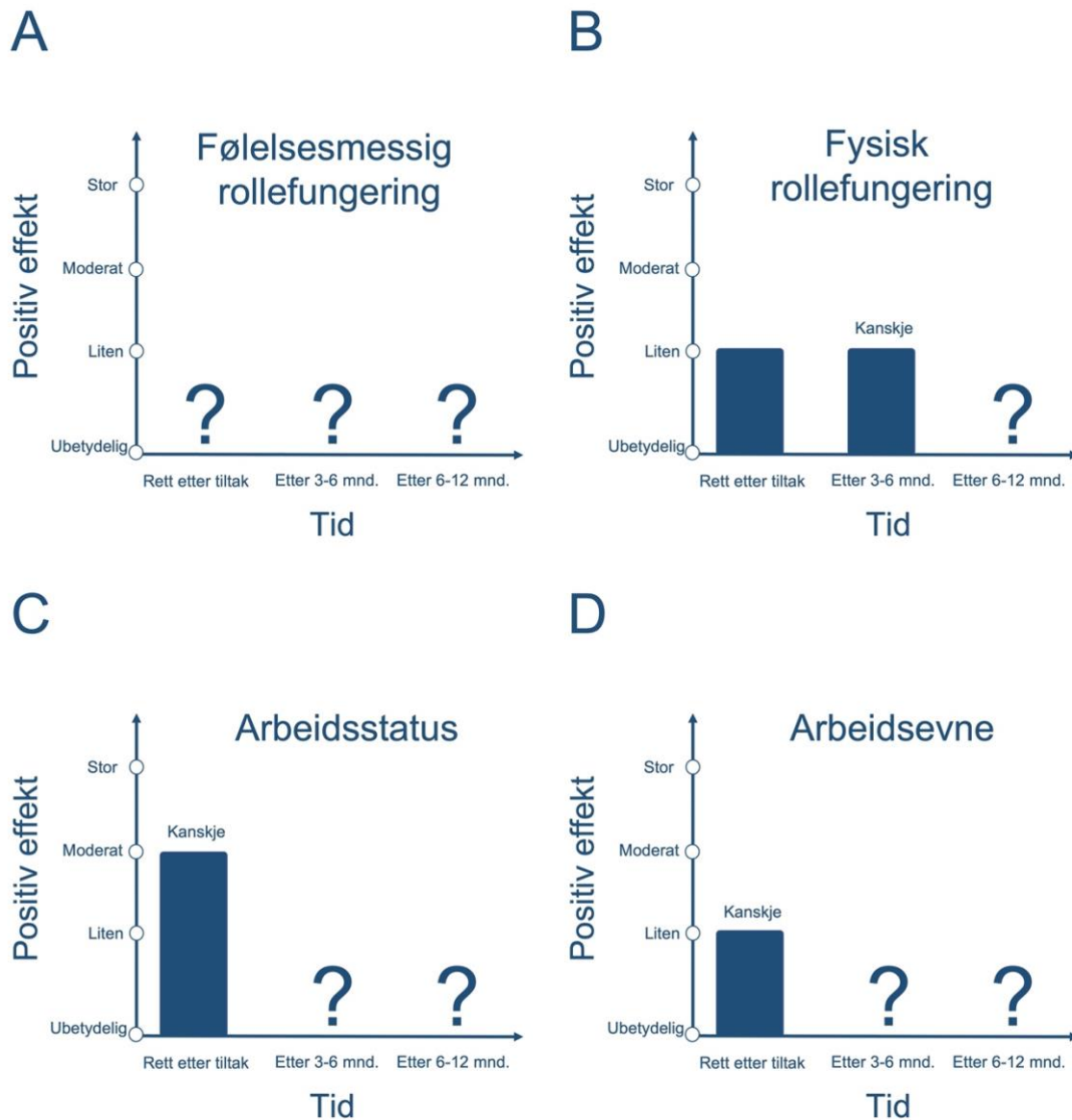
Hva skjer?	Hvor stor forskjell?	Tillit til resultatet ¹	Tallene bak
Følelsesmessig rollefungering (rett etter tiltak er avsluttet) Vi er usikre på effekten av organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak på dette utfallet fordi vi har svært liten tillit til resultatet	?	⊕○○○ Svært liten	Vi rapporterer ikke tall vi har svært liten tillit til
Følelsesmessig rollefungering (etter 3-6 måneder) Vi er usikre på effekten av organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak 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 (rett etter tiltak er avsluttet) Fysisk fungering øker trolig litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	▲▲▲ Liten	⊕⊕⊕○ Moderat	0,2 SMD ² bedre fysisk rollefungering (-0,08 til +0,49)*
Fysisk rollefungering (etter 3-6 måneder) Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak øker kanskje fysisk rollefungering litt sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	▲▲▲ Liten	⊕⊕○○ Liten	2,9 MD ³ bedre fysisk rollefungering på en 0-100 skala (-2,84 til +8,64)*
Arbeidsstatus (rett etter tiltak er avsluttet) Antall personer som er i arbeid øker kanskje rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	▲▲▲ Moderat	⊕⊕○○ Liten	Tiltak: 499 per 1000 er i jobb (311 til 807)* Kontroll: 362 per 1000 er i jobb
Arbeidsevne (rett etter tiltak er avsluttet) Arbeidsevnen øker kanskje litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	▲▲▲ Liten	⊕⊕○○ Liten	0,4 MD ³ bedre arbeidsevne på en 1-10 skala (-0,37 til +1,17)*
* 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.			

Vi er usikre på hva effekten av organiserte oppfølgingstiltak er på følelsesmessig rollefungering rett etter tiltakene og etter noen få måneder (svært liten tillit til resultatet). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på følelsesmessig rollefungering etter seks måneder eller lengre.

Organiserte oppfølgingstiltak øker eller bedrer trolig fysisk rollefungering litt og denne økningen gjenspeiler en liten, men klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (moderat tillit til resultatet). Denne effekten opprettholdes kanskje noen få måneder (liten tillit til resultatet). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på fysisk rollefungering etter seks måneder eller lengre.

Organiserte oppfølgingstiltak øker kanskje antall personer som er i arbeid og denne økningen viser en moderat klinisk viktig forskjell (liten tillit til resultatet). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på arbeidsstatus etter tre måneder eller lengre. Organiserte oppfølgingstiltak øker eller bedrer kanskje arbeidsevnen litt og denne økningen gjenspeiler en liten, men klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (liten tillit til resultatet). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på arbeidsevne etter tre måneder eller lengre. De oppsummerte resultatene er også illustrert i figur 9.

Figur 9. Effekt av organiserte oppfølgingstiltak på rollefungering



Tallene bak

Følelsesmessig rollefungering

Rett etter tiltakene

To studier [31, 36] med til sammen 189 personer undersøkte effekt av organiserte oppfølgingstiltak på følelsesmessig rollefungering rett etter tiltakene var avsluttet. Metaanalysen viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **rett etter tiltakene er avsluttet** er:

SMD (95% CI) = 0,41 (-0,38 til +1,21) — liten klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,41 [-0,38 til +1,21] rett etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning eller bedring i følelsesmessig fungering. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en liten klinisk viktig forskjell. 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.

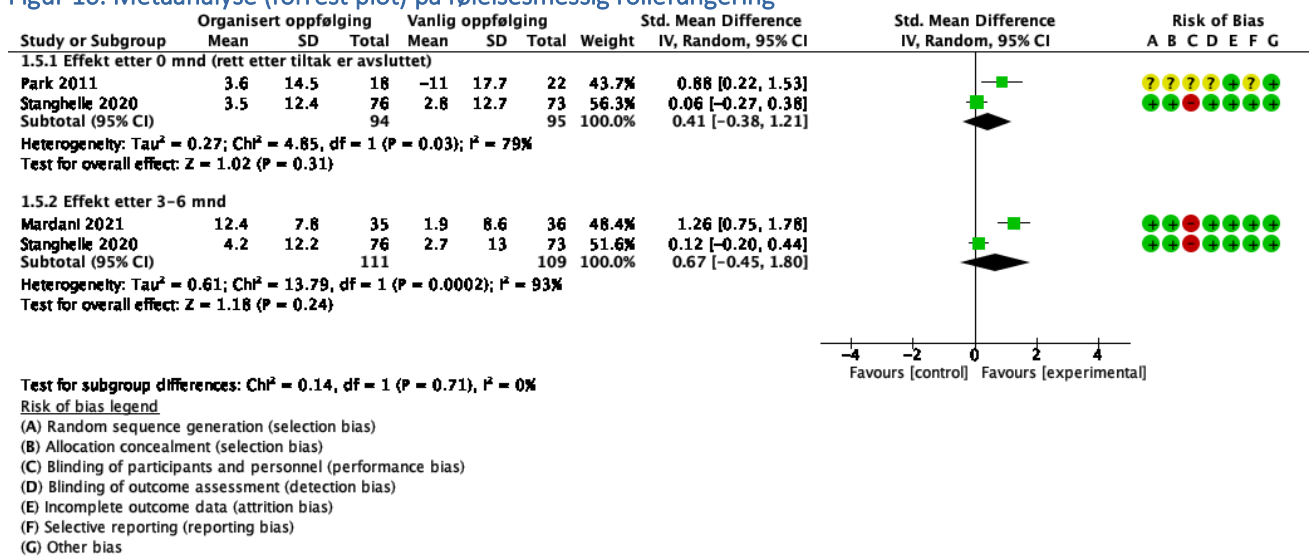
På lengre sikt

To studier [29, 36] med til sammen 220 personer undersøkte effekt av organiserte oppfølgingstiltak på følelsesmessig rollefungering tre til seks måneder etter tiltakene er avsluttet. Metaanalysen viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **etter 3-6 måneder** er:

SMD (95% CI) = 0,67 (-0,45 til +1,8) — moderat klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,67 (-0,45 til +1,8) tre til seks måneder etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning eller bedring i følelsesmessig fungering. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en moderat klinisk viktig forskjell. 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 10. Metaanalyse (forrest plot) på følelsesmessig rollefungering



Fysisk rollefungering

Rett etter tiltakene

To studier [31, 36] med til sammen 189 personer undersøkte effekt av organiserte oppfølgingstiltak på følelsesmessig rollefungering rett etter tiltakene var avsluttet. Metaanalysen viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **rett etter tiltakene er avsluttet** er:

SMD (95% CI) = 0,20 (-0,08 til +0,49) — liten klinisk viktig forskjell — moderat tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,20 (-0,08 til +0,49) rett etter tiltakene 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. Tilliten til dette resultatet er moderat, og det betyr at vi er nokså sikre på at denne effekten ligger opp mot virkeligheten.

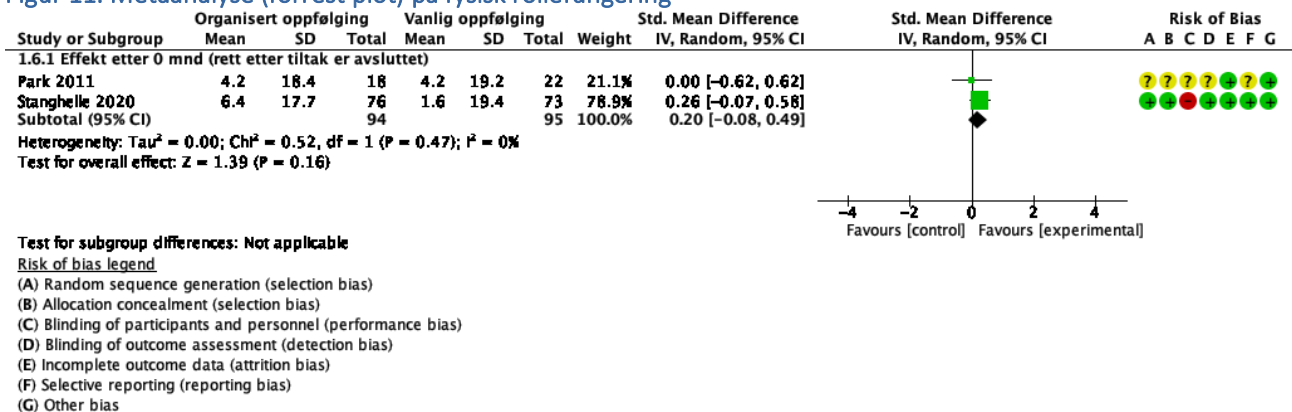
På lengre sikt

En studie [36] med 149 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på fysisk rollefungering **etter 3-6 måneder**:

MD (95% CI) = 2,9 (-2,84 til +8,64) — liten klinisk viktig forskjell — liten tillit

Tre til seks måneder etter tiltakene er avsluttet er gjennomsnittsforskjellen (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) 2,9 (-2,84 til +8,64). Rent tallmessig viser effektestimatet en økning eller bedring i fysisk rollefungering. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en liten klinisk viktig forskjell. Studien målte dette utfallet med en skala (SF-36 spørreskjema) som kan gi en totalskår på 0-100. I denne studien lå gjennomsnittsskårene i gruppene på 60-tallet, og det kan dermed være sannsynlig at en forskjell på 2,9 poeng mellom gruppene kan anses å ha en liten klinisk viktig betydning. Tilliten til dette resultatet er liten, og det betyr at vi er noe usikre på om denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

Figur 11. Metaanalyse (forrest plot) på fysisk rollefungering



Arbeid

Rett etter tiltakene

Arbeidsstatus

Én studie [19] med 93 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på hvor mange som er i jobb **rett etter tiltaket er avsluttet**:

Tiltak: **499 av 1000** personer i jobb (311 til 807)

----- — moderat klinisk viktig forskjell — liten tillit
 Kontroll: 362 av 1000 personer i jobb

Analysen viser med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) at 499 av 1000 personer er i jobb (311 til 807) blant de som deltar på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med 362 av 1000 blant de som får vanlig oppfølging rett etter tiltaket er avsluttet. Rent tallmessig viser dette en økning i antall personer som er i jobb. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en moderat klinisk viktig forskjell. Dette er fordi den absolutte effekten viser en økning på mer enn 100 per 1000 personer. Tilliten til dette resultatet er liten, og det betyr at vi er noe usikre på om denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

Arbeidsevne

Én studie [19] med 89 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på arbeidsevne **rett etter tiltaket er avsluttet**:

MD (95% CI) = 0,4 (-0,37 til +1,17) — liten klinisk viktig forskjell — liten tillit

Rett etter tiltaket er avsluttet er gjennomsnittsforskjellen (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) 0,4 (-0,37 til +1,17). Rent tallmessig viser effektestimatet en økning i arbeidsevnen. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en liten klinisk viktig forskjell. Dette er fordi studien målte dette utfallet med en skala som kan gi en totalskår på 0-10. I denne studien lå gjennomsnittsskårene i gruppene på mellom 2,5 og 3 poeng, og det kan dermed være en mulighet for at en forskjell på 0,4 poeng mellom gruppene kan anses å være av en liten klinisk viktig betydning. 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 arbeidsrelaterte utfall på lengre sikt. Vi vet dermed ikke noe om effekten på arbeid en stund etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak.

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 7. «GRADE Summary of findings table» for rollefungering

Organisert oppfølging sammenlignet med vanlig oppfølging/ingen tiltak for bedre helse og mestring

Patient or population: Voksne (18 år eller eldre) med, eller med økt risiko for å utvikle, sykdom eller helseutfordring

Setting: Kommunehelsetjenesten eller tilsvarende nærområdetjenester

Intervention: Organisert oppfølging tilsvarende frisklivstilbud

Comparison: Vanlig oppfølging/ingen tiltak

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Risk with vanlig oppfølging/ingen tiltak	Risk with organisert oppfølging			
Følelsesmessig rollefungering - Effekt rett etter tiltak er avsluttet	-	SMD 0.41 higher (0.38 lower to 1.21 higher)	-	189 (2 RCTs)	⊕○○○ Very low ^{a,b,c}
Følelsesmessig rollefungering - Effekt etter 3-6 mnd	-	SMD 0.67 higher (0.45 lower to 1.8 higher)	-	220 (2 RCTs)	⊕○○○ Very low ^{a,b,c}
Fysisk rollefungering - Effekt rett etter tiltak er avsluttet	-	SMD 0.2 higher (0.08 lower to 0.49 higher)	-	189 (2 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a
Fysisk rollefungering - Effekt etter 3-6 mnd	The mean fysisk rollefungering was 0 SD	MD 2.9 SD higher (2.84 lower to 8.64 higher)	-	149 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,d}
Arbeidsstatus - antall i jobb - Effekt rett etter tiltak er avsluttet	362 per 1 000	499 per 1 000 (311 to 807)	RR 1.38 (0.86 to 2.23)	93 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^e
Arbeidsevne - Effekt rett etter tiltak er avsluttet	The mean arbeidsevne was 0 SD	MD 0.4 SD higher (0.37 lower to 1.17 higher)	-	89 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^e

*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; **RR:** risk ratio; **SMD:** standardised mean difference; **SD:** standard deviation

Explanations

- a. -1 for few participants (fewer than 300-400)
- b. -1 for unexplained high heterogeneity
- c. -1 for broad 95% CI that crosses the "line of no effect" with about 0.2 SMD or more
- d. -1 for a broad 95% CI that crosses both side of the "line of no effect" substantially
- e. -2 for very few participants (fewer than 100)

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.

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 tar det.

Følelsesmessig fungering inkluderer her:

- generell psykisk helse
- de vanligste psykiske utfordringene, som depresjonssymptomer, angstsymptomer og eventuelt diagnoser av disse to
- mestringstro
- tilfredshet/velvære

Kort oppsummert

Alt i alt viser resultatene at vi er ganske usikre på effekten av organiserte oppfølgingstiltak på generell psykisk helse, depresjon, angst og tilfredshet da vi gjennomgående har liten eller svært liten tillit til resultatene. Det vi derimot kan si er at mestringstroen trolig øker betydelig rett etter tiltakene er avsluttet (moderat tillit).

Med en meget forsiktig tone og med mange forbehold om usikkerhet, så kan vi si at:

- **generell psykisk helse** kanskje bedres betydelig rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak ser man kanskje ingen betydningsfull effekt på psykisk helse sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak
- **depresjonssymptomer** reduseres kanskje litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak ser man trolig ingen betydningsfull effekt på depresjonssymptomer sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Seks til tolv måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak ser man kanskje ingen betydningsfull effekt på depresjonssymptomer sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak
- **andelen personer som blir kvitt eller opplever betydelig reduksjon i depresjonssymptomer** er kanskje betydelig større blant de som har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak øker kanskje andelen personer som blir kvitt eller opplever betydelig reduksjon i depresjonssymptomer sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Seks til tolv måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak ser man kanskje ingen betydningsfull effekt på andelen personer som blir kvitt eller opplever betydelig reduksjon i depresjonssymptomer sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak
- **angstsymptomer** reduseres kanskje litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak reduseres kanskje angstsymptomer sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak
- effekten på **andelen personer som blir kvitt eller opplever betydelig reduksjon i angstsymptomer** rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak er usikker. Effekten på lengre sikt er også usikker da det mangler studier om dette
- **mestringstroen** øker trolig betydelig rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak er effekten på mestringstro usikker sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Seks til tolv måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak er også effekten på mestringstro sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak usikker
- effekten på **tilfredshet/velvære** er usikker rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Effekten på lengre sikt er også usikker

Tabell 8. Følelsesmessig fungering. Kort oppsummert effekt med kritisk vurdering

Hva skjer?	Hvor stor forskjell?	Tillit til resultatet ¹	Tallene bak
Generell psykisk helse (rett etter tiltak er avsluttet) Psykisk helse bedres kanskje betydelig rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Moderat	 Liten	0,52 SMD ² bedre psykisk helse (-0,09 til +1,14)*
Generell psykisk helse (etter 3-6 mnd.) Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak ser man kanskje ingen betydningsfull effekt på psykisk helse sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Ubetydelig	 Liten	-0,8 MD ³ forverret psykisk helse en 0-100 skala (-3,52 til +1,92)*
Depresjonssymptomer (rett etter tiltak er avsluttet) Depresjonssymptomer reduseres kanskje litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Liten	 Liten	0,19 SMD ² mindre depresjonssymptomer (-0,67 til +1,14)*
Depresjonssymptomer (etter 3-6 mnd.) Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak ser man trolig ingen betydningsfull effekt på depresjonssymptomer sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Ubetydelig	 Moderat	0,04 SMD ² mer depresjonssymptomer (-0,23 til +0,31)*
Depresjonssymptomer (etter 6-12 mnd.) Seks til tolv måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak ser man kanskje ingen betydningsfull effekt på depresjonssymptomer sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Ubetydelig	 Liten	0,16 SMD ² mindre depresjonssymptomer (-0,57 til +0,26)*
Depresjon - bedring (rett etter tiltak er avsluttet) Andelen personer som blir kvitt eller opplever betydelig reduksjon i depresjonssymptomer er kanskje betydelig større blant de som har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Moderat	 Liten	Tiltak: 438 per 1000 opplever bedring (327 til 583)* Kontroll: 264 per 1000 opplever bedring
Depresjon - bedring (etter 3-6 mnd.) Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak øker kanskje andelen personer som blir kvitt eller opplever betydelig reduksjon i depresjonssymptomer sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Moderat	 Liten	Tiltak: 404 per 1000 opplever bedring (276 til 587)* Kontroll: 268 per 1000 opplever bedring
Depresjon - bedring (etter 6-12 mnd.) Seks til tolv måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak øker kanskje andelen personer som blir kvitt eller opplever betydelig reduksjon i depresjonssymptomer sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Moderat	 Liten	Tiltak: 404 per 1000 opplever bedring (276 til 587)* Kontroll: 268 per 1000 opplever bedring
Angstsymptomer (rett etter tiltak er avsluttet) Angstsymptomer reduseres kanskje litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Liten	 Liten	0,45 SMD ² mindre angstsymptomer (-0,81 til +0,09)*
Angstsymptomer (etter 3-6 mnd.) Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak reduseres kanskje angstsymptomer sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Liten	 Liten	-0,9 MD ³ mindre angstsymptomer på en 0-21 skala (-1,94 til +0,14)*

Hva skjer?	Hvor stor forskjell?	Tillit til resultatet ¹	Tallene bak
Angst - bedring (rett etter tiltak er avsluttet) Vi er usikre på effekten av organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak på dette utfallet fordi vi har svært liten tillit til resultatet	?	⊕○○○ Svært liten	Vi rapporterer ikke tall vi har svært liten tillit til
Mestringstro (rett etter tiltak er avsluttet) Mestringstroen øker trolig betydelig rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	▲▲▲ Moderat	⊕⊕⊕○ Moderat	0,56 SMD ² høyere mestringstro (-0,14 til +0,97)*
Mestringstro (etter 3-6 mnd.) Vi er usikre på effekten av organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak på dette utfallet fordi vi har svært liten tillit til resultatet	?	⊕○○○ Svært liten	Vi rapporterer ikke tall vi har svært liten tillit til
Mestringstro (etter 6-12 mnd.) Vi er usikre på effekten av organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak på dette utfallet fordi vi har svært liten tillit til resultatet	?	⊕○○○ Svært liten	Vi rapporterer ikke tall vi har svært liten tillit til
Tilfredshet/velvære (rett etter tiltak er avsluttet) Vi er usikre på effekten av organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak på dette utfallet fordi vi har svært liten tillit til resultatet	?	⊕○○○ Svært liten	Vi rapporterer ikke tall vi har svært liten tillit til
* 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 organiserte oppfølgingstiltak *kanskje* bedrer generell psykisk helse og at denne økningen gjenspeiler en betydelig klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (liten tillit til resultatet). Denne effekten forsvinner kanskje etter noen få måneder da effekten på dette tidspunktet er veldig liten og ikke klinisk viktig (liten tillit til resultatet). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på generell psykisk helse etter seks måneder eller lengre.

Organiserte oppfølgingstiltak reduserer eller demper kanskje depresjonssymptomer og denne reduksjonen gjenspeiler en liten, men klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (liten tillit til resultatet). Denne effekten forsvinner trolig etter noen få måneder da effekten på dette tidspunktet er veldig liten og ikke klinisk viktig (moderat tillit til resultatet). Etter seks måneder eller lengre, så er det kanskje heller ingen effekt på depresjonssymptomer (liten tillit til resultatet).

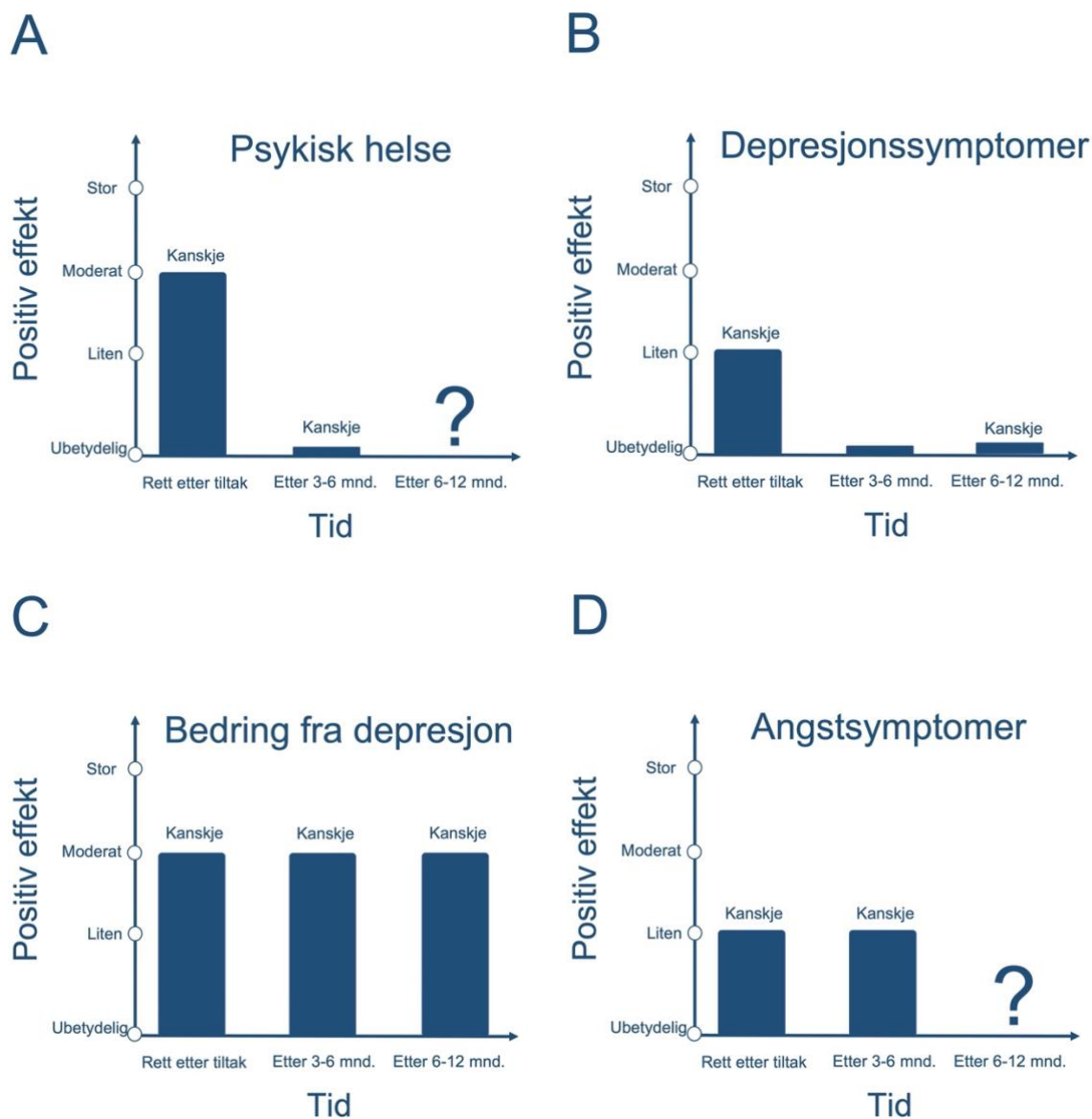
Organiserte oppfølgingstiltak øker kanskje antall personer som opplever bedring fra depresjon sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (liten tillit). Denne økningen er betydelig fordi over 20 prosent flere opplever bedring fra depresjon enn blant de som får vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Denne betydelige positive effekten kan kanskje vedvare på lengre sikt da denne effekten ble tallfestet både etter tre til seks måneder og seks til tolv måneder (liten tillit).

Organiserte oppfølgingstiltak reduserer eller demper kanskje angstsymptomer og denne reduksjonen gjenspeiler en liten, men klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (liten tillit til resultatet). Denne effekten opprettholdes kanskje i noen få måneder (liten tillit til resultatet). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på angst eller angstsymptomer etter seks måneder eller lengre. Effekten av organiserte oppfølgingstiltak på andelen som opplever bedring fra angst er usikker fordi tilliten til resultatet er svært liten.

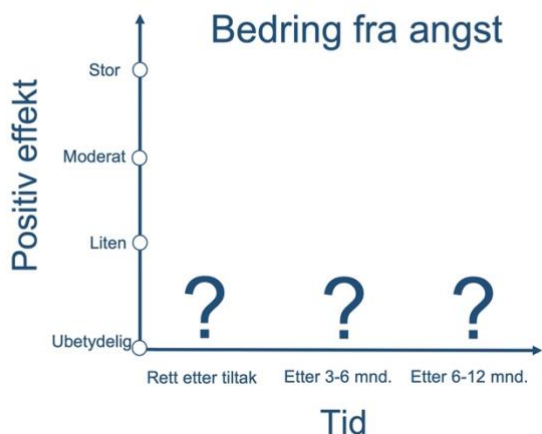
Organiserte oppfølgingstiltak øker trolig mestringstroen og denne økningen gjenspeiler en betydelig klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (moderat tillit til resultatet). Effekten av organiserte oppfølgingstiltak på mestringstro er usikker på lengre sikt da tilliten til resultatet er svært liten.

Effekten av organiserte oppfølgingstiltak på tilfredshet eller velvære er usikker fordi tilliten til resultatet er svært liten. Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på tilfredshet eller velvære etter tre måneder eller lengre. De oppsummerte resultatene er også illustrert i figur 12.

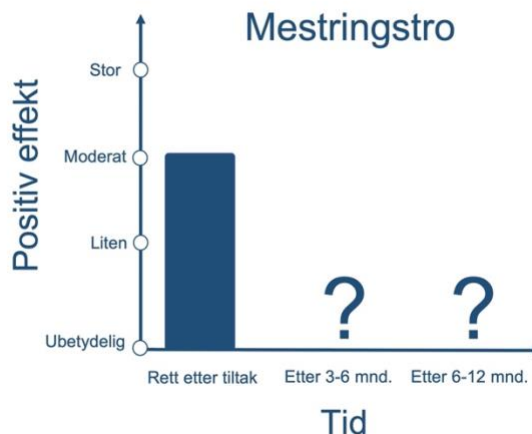
Figur 12. Effekt av organiserte oppfølgingstiltak på utfall om følelsesmessig fungering



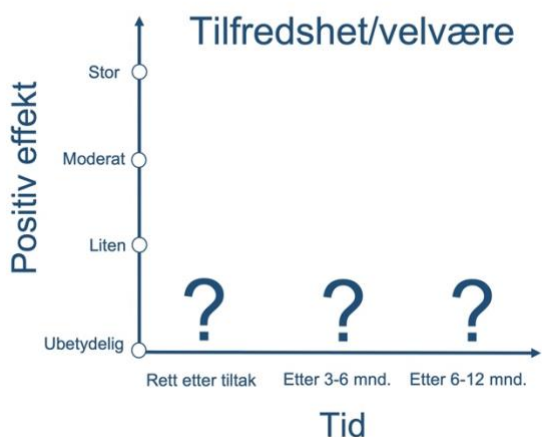
E



F



G



Tallene bak

Psykisk helse

Rett etter tiltakene

Tre studier [29, 31, 36] med til sammen 260 personer undersøkte effekt av organiserte oppfølgingstiltak på følelsesmessig rollefungering rett etter tiltakene var avsluttet. Metaanalysene viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **rett etter tiltakene er avsluttet** er:

SMD (95% CI) = 0,52 (-0,09 til +1,14) — moderat klinisk viktig forskjell — liten tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,52 (-0,09 til +1,14) rett etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en bedring i total psykisk helse. Videre kan vi si at størrelsen på 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.

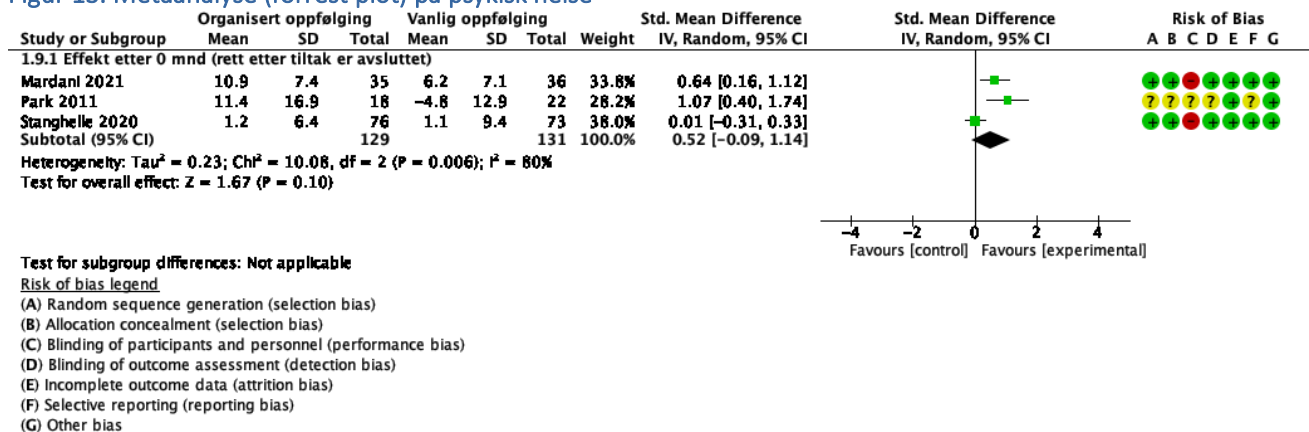
På lengre sikt

En studie [36] med 149 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på psykisk helse **etter 3-6 måneder**:

MD (95% CI) = -0,8 (-3,52 til +1,92) — liten klinisk viktig forskjell — liten tillit

Tre til seks måneder etter tiltakene er avsluttet er gjennomsnittsforskjellen (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) -0,8 (-3,52 til +1,92). Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon eller forverring i total psykisk helse. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en ubetydelig klinisk forskjell. Studien målte dette utfallet med en skala (SF-36 spørreskjema) som kan gi en totalskår på 0-100. I denne studien lå gjennomsnittsskårene i gruppene på 70-tallet, og det er dermed lite sannsynlig at en forskjell på -0,8 poeng mellom gruppene kan anses å være av klinisk betydning. Tilliten til dette resultatet er liten, og det betyr at vi er noe usikre på om denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

Figur 13. Metaanalyse (forrest plot) på psykisk helse



Depresjonssymptomer

Rett etter tiltakene

Fem studier [21, 28, 32, 37, 38] med til sammen 619 personer undersøkte effekt av organiserte oppfølgingstiltak på depresjonssymptomer rett etter tiltakene var avsluttet. Metaanalysene viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **rett etter tiltakene er avsluttet** er:

SMD (95% CI) = -0,19 (-0,67 til +0,29) — liten klinisk viktig forskjell — liten tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være -0,19 (-0,67 til +0,29) rett etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon i depresjonssymptomer. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en liten 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

Fire studier [21, 32, 37, 38] med til sammen 507 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på depresjonssymptomer etter tre til seks måneder etter tiltakene er avsluttet. Metaanalysene viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **etter 3-6 måneder** er:

SMD (95% CI) = 0,04 (-0,23 til +0,31) — ubetydelig klinisk forskjell — moderat tillit

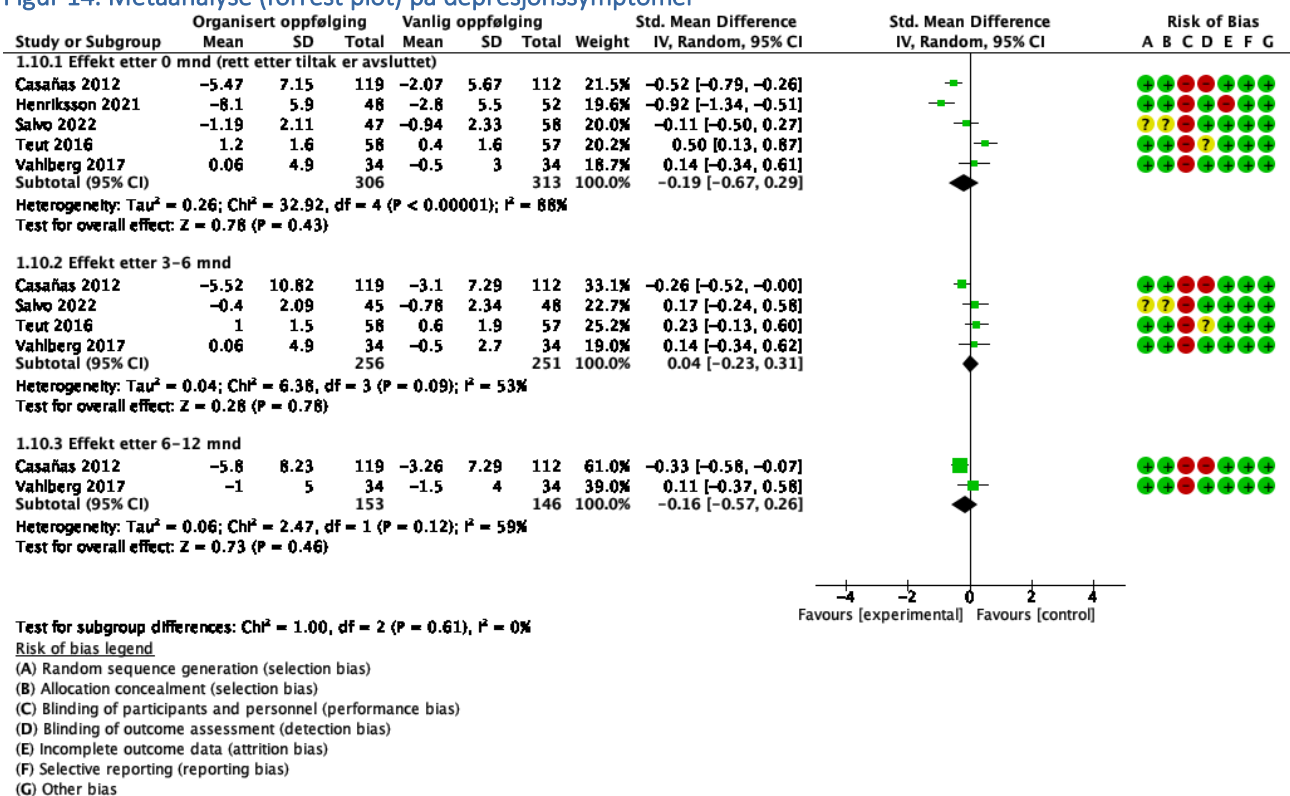
Tre til seks måneder etter tiltakene er avsluttet er den standardiserte gjennomsnittsforskjellen (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) -0,16 (-0,57 til +0,26,04 (-0,23 til +0,31). Rent tallmessig viser effekttestimatet en økning i depresjonssymptomer. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en ubetydelig klinisk forskjell. Tilliten til dette resultatet er moderat, og det betyr at vi er nokså sikre på at denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

To studier [21, 38] med til sammen 299 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på depresjonssymptomer etter seks til tolv måneder etter tiltakene er avsluttet. Metaanalysene viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **etter 6-12 måneder** er:

SMD (95% CI) = -0,16 (-0,57 til +0,26) — ubetydelig klinisk forskjell — liten tillit

Seks til tolv måneder etter tiltakene er avsluttet er gjennomsnittsforskjellen (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) -0,16 (-0,57 til +0,26). Rent tallmessig viser effekttestimatet en reduksjon i depresjonssymptomer. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en ubetydelig klinisk forskjell. Tilliten til dette resultatet er liten, og det betyr at vi er noe usikre på om denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

Figur 14. Metaanalyse (forrest plot) på depresjonssymptomer



Depresjon - bedring

Rett etter tiltakene

To studier [21, 28] med til sammen 299 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på hvor mange som opplever bedring fra depresjon rett etter tiltakene var avsluttet. Metaanalysene viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **rett etter tiltakene er avsluttet** er:

Tiltak: **438 av 1000** opplever bedring (327 til 583)

Kontroll: 264 av 1000 opplever bedring

— moderat klinisk viktig forskjell — liten tillit

Metaanalysen viser med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) at rett etter deltakelse på organiserte oppfølgingstiltak opplever 438 av 1000 personer en bedring fra depresjon (327 til 583) sammenlignet med 264 av 1000 blant de som får vanlig oppfølging. Rent tallmessig viser dette en økning i antall personer som opplever bedring fra depresjon. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en moderat klinisk viktig forskjell. Dette er fordi den absolutte effekten viser en økning på mer enn 100 per 1000 personer. 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

Én studie [21] med 231 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på bedring fra depresjon **etter 3-6 måneder**:

Tiltak: **404 av 1000** personer opplever bedring (276 til 587)

Kontroll: 268 av 1000 personer opplever bedring

— moderat klinisk viktig forskjell — liten tillit

Analysen viser med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) at tre til seks måneder etter deltakelse på organiserte oppfølgingstiltak opplever 404 av 1000 personer en bedring fra depresjon (276 til 587) sammenlignet med 268 av 1000 blant de som får vanlig oppfølging. Rent tallmessig viser dette en økning i antall personer som opplever bedring fra depresjon. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en moderat klinisk viktig forskjell. Dette er fordi den absolutte effekten viser en økning på mer enn 100 per 1000 personer. Tilliten til dette resultatet er liten, og det betyr at vi er noe usikre på om denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

Én studie [21] med 231 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak **etter 6-12 måneder**:

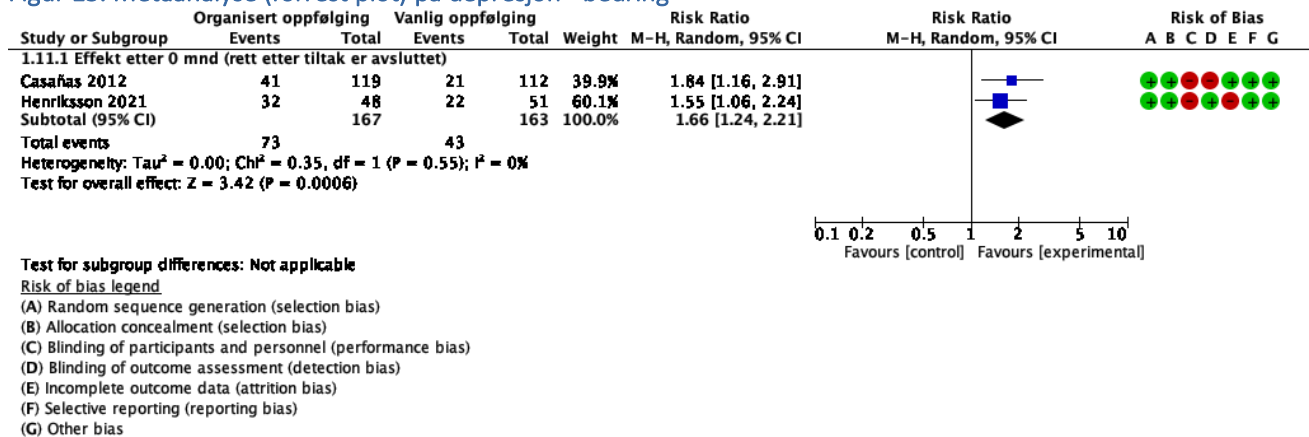
Tiltak: **404 av 1000** personer opplever bedring (276 til 587)

Kontroll: 268 av 1000 personer opplever bedring

— moderat klinisk viktig forskjell — liten tillit

Analysen viser med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) at seks til tolv måneder etter deltakelse på organiserte oppfølgingstiltak opplever 404 av 1000 personer en bedring fra depresjon (276 til 587) sammenlignet med 268 av 1000 blant de som får vanlig oppfølging. Rent tallmessig viser dette en økning i antall personer som opplever bedring fra depresjon. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en moderat klinisk viktig forskjell. Dette er fordi den absolutte effekten viser en økning på mer enn 100 per 1000 personer. Tilliten til dette resultatet er liten, og det betyr at vi er noe usikre på om denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

Figur 15. Metaanalyse (forrest plot) på depresjon - bedring



Angstsymptomer

Rett etter tiltakene

To studier [28, 32] med til sammen 205 personer undersøkte effekt av organiserte oppfølgingstiltak på angstsymptomer rett etter tiltakene var avsluttet. Metaanalysene viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **rett etter tiltakene er avsluttet** er:

SMD (95% CI) = -0,45 (-0,81 til 0,09) — liten klinisk viktig forskjell — liten tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være -0,45 (-0,81 til 0,09) rett etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon i angstsymptomer. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en liten 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.

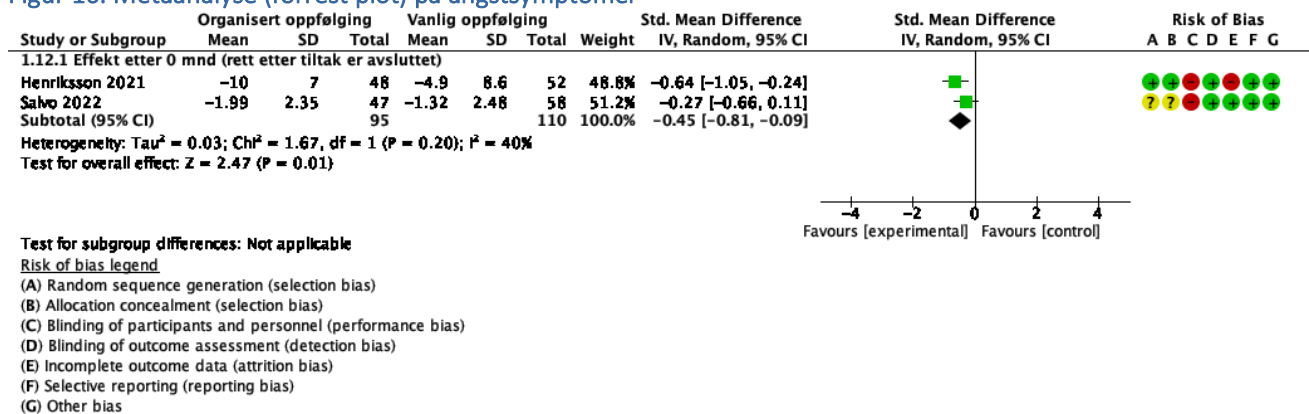
På lengre sikt

En studie [32] med 93 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak **etter 3-6 måneder**:

MD (95% CI) = -0,9 (-1,94 til +0,14) — ubetydelig klinisk forskjell — moderat tillit

Tre til seks måneder etter tiltakene er avsluttet er gjennomsnittsforskjellen (MD) med en sikkerhetsmargin på 95% (95% CI) -0,9 (-1,94 til +0,14). Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon i angstsymptomer. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en liten klinisk viktig forskjell. Studien målte dette utfallet med en skala (HADS-A spørreskjema) som kan gi en totalskår på 0-21. I denne studien lå gjennomsnittsskårene i gruppene på 8-tallet, og det er dermed sannsynlig at en forskjell på -0,9 poeng mellom gruppene kan anses å være av en liten klinisk viktig betydning. Tilliten til dette resultatet er liten, og det betyr at vi er noe usikre på om denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

Figur 16. Metaanalyse (forrest plot) på angstsymptomer



Angst – bedring

Rett etter tiltakene

En studie [28] med 98 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på hvor mange som opplever bedring fra angst **etter tiltaket er avsluttet**:

Tiltak: **773 av 1000** personer opplever bedring (557 til 1000)

----- moderat klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Kontroll: 480 av 1000 personer opplever bedring

Analysen viser med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) at rett etter deltakelse på organiserte oppfølgingstiltak opplever 773 av 1000 personer en bedring fra angst (557 til 1000) sammenlignet med 480 av 1000 blant de som får vanlig oppfølging. Rent tallmessig viser dette en økning i antall personer som opplever bedring fra angst. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en moderat klinisk viktig forskjell. Dette er fordi den absolutte effekten viser en økning på mer enn 100 per 1000 personer. 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 bedring fra angst på lengre sikt. Effekten på dette utfallet er dermed usikker en stund etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak.

Mestringstro

Rett etter tiltakene

Fire studier [23, 26, 31, 38] undersøkte effekt av organiserte oppfølgingstiltak på mestringstro rett etter tiltakene var avsluttet med til sammen 225 personer. Metaanalysene viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **rett etter tiltakene er avsluttet** er:

SMD (95% CI) = 0,56 (0,14 til 0,97) — moderat klinisk viktig forskjell — moderat tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,56 (0,14 til 0,97) rett etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning i mestringstro. 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

En studie [38] med 67 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak **etter 3-6 måneder**:

MD (95% CI) = -0,3 (-13,44 til +12,84) — ubetydelig klinisk forskjell — svært liten tillit

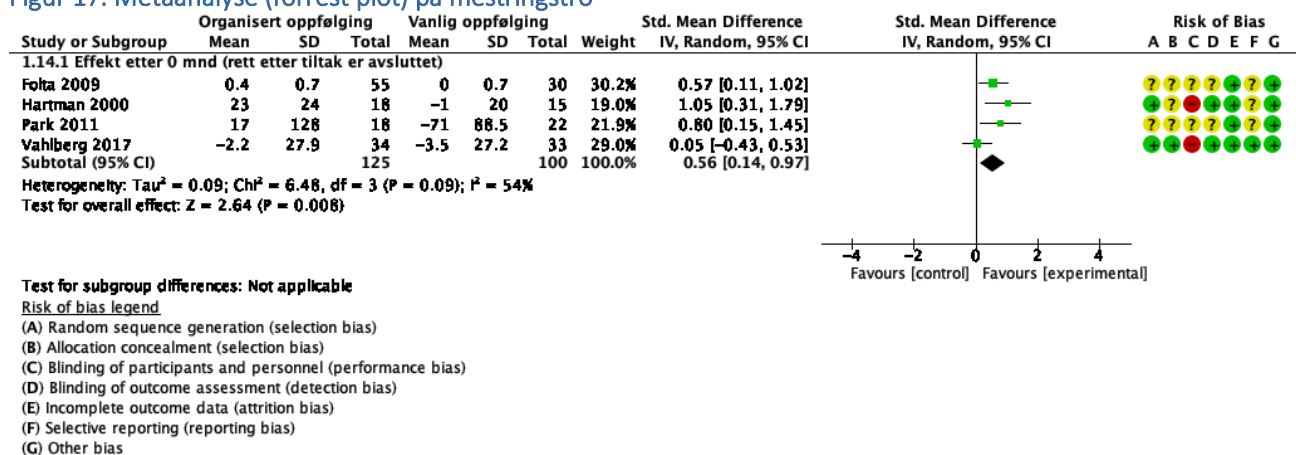
Tre til seks måneder etter tiltakene er avsluttet er gjennomsnittsforskjellen (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) -0,3 (-13,44 til +12,84). Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon i mestringstro. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en ubetydelig klinisk viktig forskjell. Studien målte dette utfallet med en skala (FES spørreskjema) som kan gi en totalskår på 0-130. I denne studien lå gjennomsnittsskårene i gruppene på 110-tallet, og det er dermed lite sannsynlig at en forskjell på -0,3 poeng mellom gruppene kan anses å være av klinisk betydning. 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.

En studie [38] med 67 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak **etter 6-12 måneder**:

MD (95% CI) = 8,9 (-6,03 til +23,83) — liten klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Seks til tolv måneder etter tiltakene er avsluttet er gjennomsnittsforskjellen (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) 8,9 (-6,03 til +23,83). Rent tallmessig viser effektestimatet en økning i mestringstro. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en liten klinisk viktig forskjell. Studien målte dette utfallet med en skala (FES spørreskjema) som kan gi en totalskår på 0-130. I denne studien lå gjennomsnittsskårene i gruppene på 110-tallet, og det er dermed sannsynlig at en forskjell på 8,9 poeng mellom gruppene kan anses å være av en liten klinisk viktig betydning. 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 mestringstro



Tilfredshet/velvære

Rett etter tiltakene

To studier [20, 26] undersøkte effekt av organiserte oppfølgingstiltak på tilfredshet/velvære rett etter tiltakene var avsluttet med til sammen 155 personer. Metaanalysene viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **rett etter tiltakene er avsluttet** er:

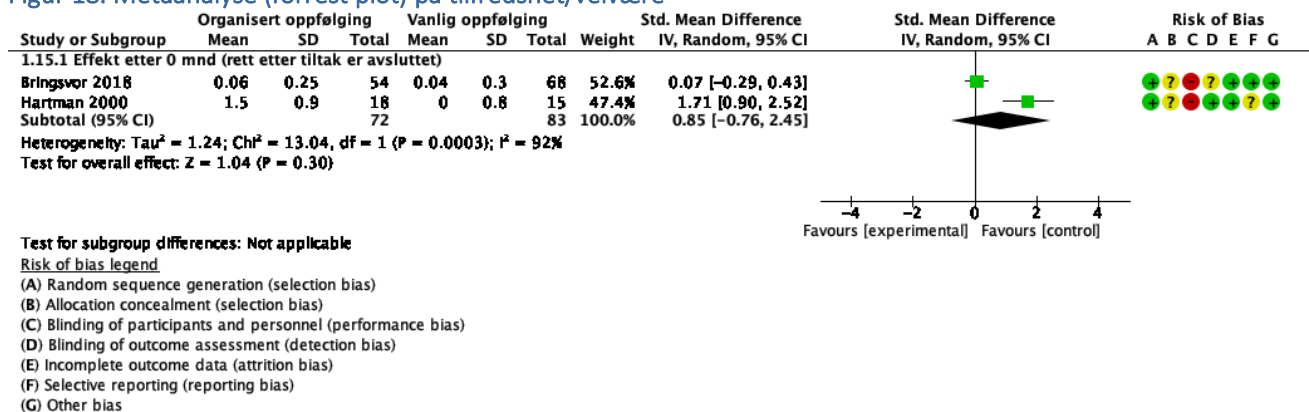
SMD (95% CI) = 0,85 (-0,76 til +2,45) — stor klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,85 (-0,76 til +2,45) rett etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning i tilfredshet/velvære. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en stor klinisk viktig forskjell. 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 tilfredshet/velvære på lengre sikt. Effekten på dette utfallet er dermed usikker en stund etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak.

Figur 18. Metaanalyse (forrest plot) på tilfredshet/velvære



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 9. «GRADE Summary of findings table» for følelsesmessig fungering

Organisert oppfølging sammenlignet med vanlig oppfølging/ingen tiltak for bedre helse og mestring

Patient or population: Voksne (18 år eller eldre) med, eller med økt risiko for å utvikle, sykdom eller helseutfordring

Setting: Kommunehelsetjenesten eller tilsvarende nærområdetjenester

Intervention: Organisert oppfølging tilsvarende frisklivstilbud

Comparison: Vanlig oppfølging/ingen tiltak

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Risk with vanlig oppfølging/ingen tiltak	Risk with organisert oppfølging			
Psykisk helse – Effekt rett etter tiltak er avsluttet	-	SMD 0.52 SD higher (0.09 lower to 1.14 higher)	-	260 (3 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}
Psykisk helse – Effekt etter 3-6 mnd.	The mean psykisk helse - Effekt etter 3-6 mnd was 0 SD	MD 0.8 SD lower (3.52 lower to 1.92 higher)	-	149 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}
Depresjonssymptomer – Effekt rett etter tiltak er avsluttet	-	SMD 0.19 lower (0.67 lower to 0.29 higher)	-	619 (5 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{b,c}
Depresjonssymptomer – Effekt etter 3-6 mnd.	-	SMD 0.04 higher (0.23 lower to 0.31 higher)	-	507 (4 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^c
Depresjonssymptomer – Effekt etter 6-12 mnd.	-	SMD 0.16 lower (0.57 lower to 0.26 higher)	-	299 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}
Bedring depresjon – Effekt rett etter tiltak er avsluttet	264 per 1 000	438 per 1 000 (327 to 583)	RR 1.66 (1.24 to 2.21)	330 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{f,g}
Bedring depresjon – Effekt etter 3-6 mnd.	268 per 1 000	404 per 1 000 (276 to 587)	RR 1.51 (1.03 to 2.19)	231 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{f,g}
Bedring depresjon – Effekt etter 6-12 mnd.	268 per 1 000	404 per 1 000 (276 to 587)	RR 1.51 (1.03 to 2.19)	231 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{f,g}
Angstsymptomer – Effekt rett etter tiltak er avsluttet	-	SMD 0.45 lower (0.81 lower to 0.09 lower)	-	205 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,f}
Angstsymptomer – Effekt etter 3-6 mnd.	The mean angstsymptomer - Effekt etter 3-6 mnd was 0 SD	MD 0.9 SD lower (1.94 lower to 0.14 higher)	-	93 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^e
Bedring angst – Effekt rett etter tiltak er avsluttet	480 per 1 000	773 per 1 000 (557 to 1 000)	RR 1.61 (1.16 to 2.23)	98 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^{e,f}
Mestringstro – Effekt rett etter tiltak er avsluttet	-	SMD 0.56 higher (0.14 higher to 0.97 higher)	-	225 (4 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a
Mestringstro – Effekt etter 3-6 mnd.	The mean mestringstro - Effekt etter 3-6 mnd was 0 SD	MD 0.3 SD lower (13.44 lower to 12.84 higher)	-	67 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^{d,e}
Mestringstro – Effekt etter 6-12 mnd.	The mean mestringstro - Effekt etter 6-12 mnd was 0 SD	MD 8.9 SD higher (6.03 lower to 23.83 higher)	-	67 (1 RCT)	⊕○○○ Very low ^e
Tilfredshet/velvære – Effekt rett etter tiltak er avsluttet	-	SMD 0.85 SD higher (0.76 lower to 2.45 higher)	-	155 (2 RCTs)	⊕○○○ Very low ^{a,b,h}

Organisert oppfølging sammenlignet med vanlig oppfølging/ingen tiltak for bedre helse og mestring

Patient or population: Voksne (18 år eller eldre) med, eller med økt risiko for å utvikle, sykdom eller helseutfordring

Setting: Kommunehelsetjenesten eller tilsvarende nærområdetjenester

Intervention: Organisert oppfølging tilsvarende frisklivstilbud

Comparison: Vanlig oppfølging/ingen tiltak

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Risk with vanlig oppfølging/ingen tiltak	Risk with organisert oppfølging			

*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; **RR:** risk ratio; **SMD:** standardised mean difference; **SD:** standard deviation

Explanations

- 1 for few participants (fewer than 350-400)
- 1 for unexplained high statistical heterogeneity
- 1 for broad 95% CI that crosses the "line of no effect" with about 0.2 SMD or more
- 1 for a broad 95%CI that crosses both side of the "line of no effect" substantially
- 2 for very few participants (fewer than 100)
- 1 for important risk of bias issues
- 1 for few events (fewer than 200-300)
- 2 for very broad 95% CI that crosses the "line of no effect" with about 0.5 SMD or more

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.

Effekt på kognitiv fungering

Kognitiv fungering går i korte trekk ut på læring og forståelse. Det beskriver hvordan vi oppfatter, bearbejder og bruker informasjon.

Kort oppsummert

Alt i alt viser resultatene at:

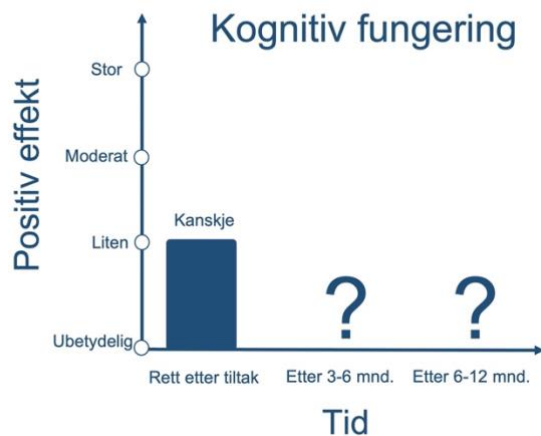
- Kognitiv fungering** øker kanskje litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Vi er usikre på effekten på lengre sikt da det mangler studier om dette

Tabell 10. Kognitiv fungering. Kort oppsummert effekt med kritisk vurdering

Hva skjer?	Hvor stor forskjell?	Tillit til resultatet ¹	Tallene bak
Kognitiv fungering (rett etter tiltak er avsluttet) Kognitiv fungering øker kanskje litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Liten	 Liten	3,8 MD ² økt kognitiv fungering på en 0-100 skala (-0,76 til +2,45)*
* 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 Mean Difference (gjennomsnittsforskjell). Tolkningen av effekten avhenger av størrelsen på skalaen som brukes.			

Forskningen som ligger til grunn, viser at organiserte oppfølgingstiltak kanskje øker eller bedrer kognitiv fungering litt og at denne økningen gjenspeiler en liten, men klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (liten tillit til resultatet). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på kognitiv fungering etter seks måneder eller lengre. De oppsummerte resultatene er også illustrert i figur 19.

Figur 19. Effekt av organiserte oppfølgingstiltak på kognitiv fungering



Tallene bak

Rett etter tiltakene

Én studie [29] med 71 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på kognitiv fungering rett **etter tiltaket er avsluttet**:

MD (95% CI) = 3,8 (-0,97 til +8,57) — liten klinisk viktig forskjell — liten tillit

Rett etter tiltaket er avsluttet er gjennomsnittsforskjellen (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) 3,8 (-0,97 til +8,57). Rent tallmessig viser effektestimatet en økning i kognitiv fungering. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en liten klinisk viktig forskjell. Dette er fordi studien målte dette utfallet med en skala (EQRTC QLQ-C30 spørreskjema) som kan gi en totalskår på 0-100. I denne studien lå gjennomsnittsskårene i gruppene på mellom 70 og 80 poeng, og det er dermed mulig at en forskjell på 3,8 poeng mellom gruppene kan anses å være av en liten klinisk viktig betydning. 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 kognitiv fungering på lengre sikt. Vi vet dermed ikke noe om effekten på dette utfallet en stund etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak.

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 kognitiv fungering. Der hvor tilliten er annet enn stor, er grunn til justering av tilliten forklart i teksten under tabellen.

Tabell 11. «GRADE Summary of findings table» for kognitiv fungering

Organisert oppfølging sammenlignet med vanlig oppfølging/ingen tiltak for bedre helse og mestring

Patient or population: Voksne (18 år eller eldre) med, eller med økt risiko for å utvikle, sykdom eller helseutfordring

Setting: Kommunehelsetjenesten eller tilsvarende nærområdetjenester

Intervention: Organisert oppfølging tilsvarende frisklivstilbud

Comparison: Vanlig oppfølging/ingen tiltak

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Risk with vanlig oppfølging/ingen tiltak	Risk with organisert oppfølging			
Kognitiv fungering - Effekt rett etter tiltak	The mean kognitiv fungering - rett etter tiltak was 0 SD	MD 3.8 SD higher (0.97 lower to 8.57 higher)	-	71 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^a

*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; **SD:** standard deviation

Explanations

a. -2 for very few participants (fewer than 100)

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.

Effekt på livskvalitet

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

Kort oppsummert

Alt i alt viser resultatene at:

- **livskvaliteten** øker eller bedres trolig litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak øker i livskvaliteten litt sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Seks til tolv måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak øker trolig i livskvaliteten litt sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak
- **psykisk livskvalitet** er uendret rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak ser man trolig ingen endring i psykisk livskvalitet sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak
- **fysisk livskvalitet** øker eller bedres litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak ser man trolig ingen endring i fysisk livskvalitet sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak

Tabell 12. Livskvalitet. Kort oppsummert effekt med kritisk vurdering

Hva skjer?	Hvor stor forskjell?	Tillit til resultatet ¹	Tallene bak
Livskvalitet (rett etter tiltak er avsluttet) Livskvaliteten øker eller bedres trolig litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammen-lignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Liten	 Moderat	0,29 SMD ² bedre livskvalitet (-0,02 til +0,61)*
Livskvalitet (etter 3-6 mnd.) Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak øker i livskvaliteten litt sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Liten	 Stor	0,18 SMD ² bedre livskvalitet (0 til 0,36)*
Livskvalitet (etter 6-12 mnd.) Seks til tolv måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak øker trolig i livskvaliteten litt sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Liten	 Moderat	0,26 SMD ² bedre livskvalitet (0,09 til 0,44)*
Livskvalitet – psykisk komponent (rett etter tiltak er avsluttet) Psykisk livskvalitet er uendret rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Ubetydelig	 Stor	0,0 SMD ² bedre psykisk livskvalitet (-0,19 til +0,18)*
Livskvalitet – psykisk komponent (etter 3-6 mnd.) Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak ser man trolig ingen endring i psykisk livskvalitet sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Ubetydelig	 Moderat	0,13 SMD ² verre psykisk livskvalitet (-0,37 til +0,12)*
Livskvalitet – fysisk komponent (rett etter tiltak er avsluttet) Fysisk livskvalitet øker eller bedres litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Liten	 Stor	0,22 SMD ² bedre fysisk livskvalitet (0,03 til 0,42)*
Livskvalitet – fysisk komponent (etter 3-6 mnd.) Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak ser man trolig ingen endring i fysisk livskvalitet sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Ubetydelig	 Moderat	0,14 SMD ² bedre fysisk livskvalitet (-0,1 til +0,39)*
* 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».			

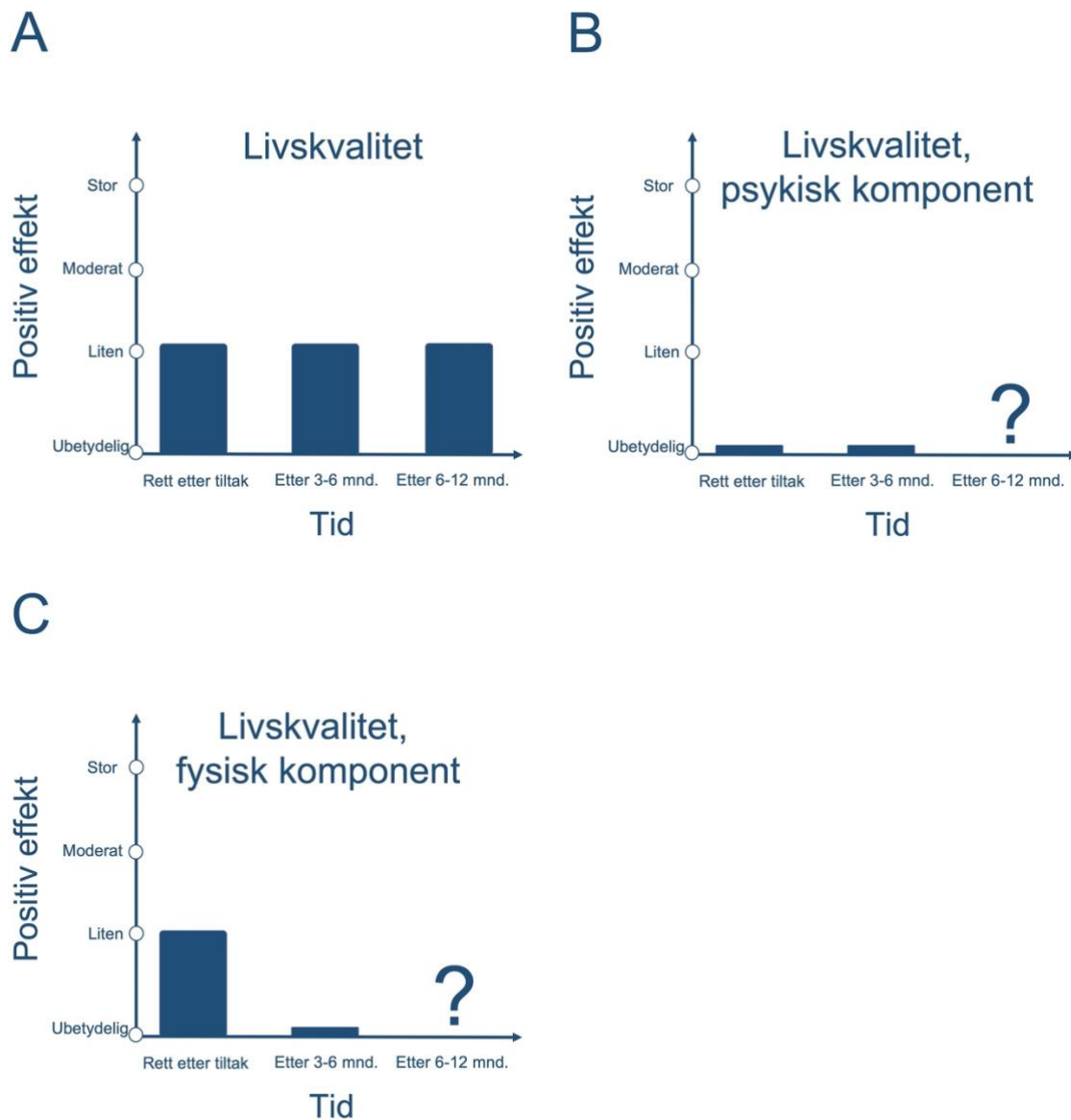
Forskningen som ligger til grunn, viser at organiserte oppfølgingstiltak trolig øker eller bedrer livskvaliteten og at denne økningen gjenspeiler en liten, men klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (moderat tillit til resultatet). Denne lille positive effekten opprettholdes på sikt, både opptil seks måneder (stor tillit) og 12 måneder (moderat tillit til resultatet).

Organiserte oppfølgingstiltak har ingen betydningsfull effekt på den psykiske delen av livskvaliteten (psykisk komponent) verken rett etter tiltakene er avsluttet (stor tillit) eller etter noen få måneder (moderat tillit). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på den psykiske delen av livskvaliteten etter seks måneder eller lengre.

Organiserte oppfølgingstiltak øker eller bedrer den fysiske delen av livskvaliteten, og denne økningen gjenspeiler en liten, men klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (stor tillit til resultatet). Denne effekten forsvinner kanskje etter noen få måneder da effekten på dette tidspunktet er veldig liten og ikke klinisk viktig (moderat tillit til resultatet). Vi fant ingen studier som

undersøkte effekten på fysisk livskvalitet etter seks måneder eller lengre. De oppsummerte resultatene er også illustrert i figur 20.

Figur 20. Effekt av organiserte oppfølgingstiltak på livskvalitet



Tallene bak

Livskvalitet

Rett etter tiltakene

Fire studier [21, 29, 36, 38] med til sammen 518 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på livskvalitet rett **etter tiltakene er avsluttet**:

SMD (95% CI) = 0,29 (-0,02 til +0,61) — liten klinisk viktig forskjell — moderat tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,29 (-0,02 til +0,61) rett etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning i 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 tett opp mot virkeligheten.

På lengre sikt

Fire studier [21, 27, 36, 38] med til sammen 699 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på livskvalitet tre til seks måneder etter tiltakene var avsluttet. Metaanalysen viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **etter 3-6 måneder** er:

SMD (95% CI) = 0,18 (0 til 0,36) — liten klinisk viktig forskjell — stor tillit

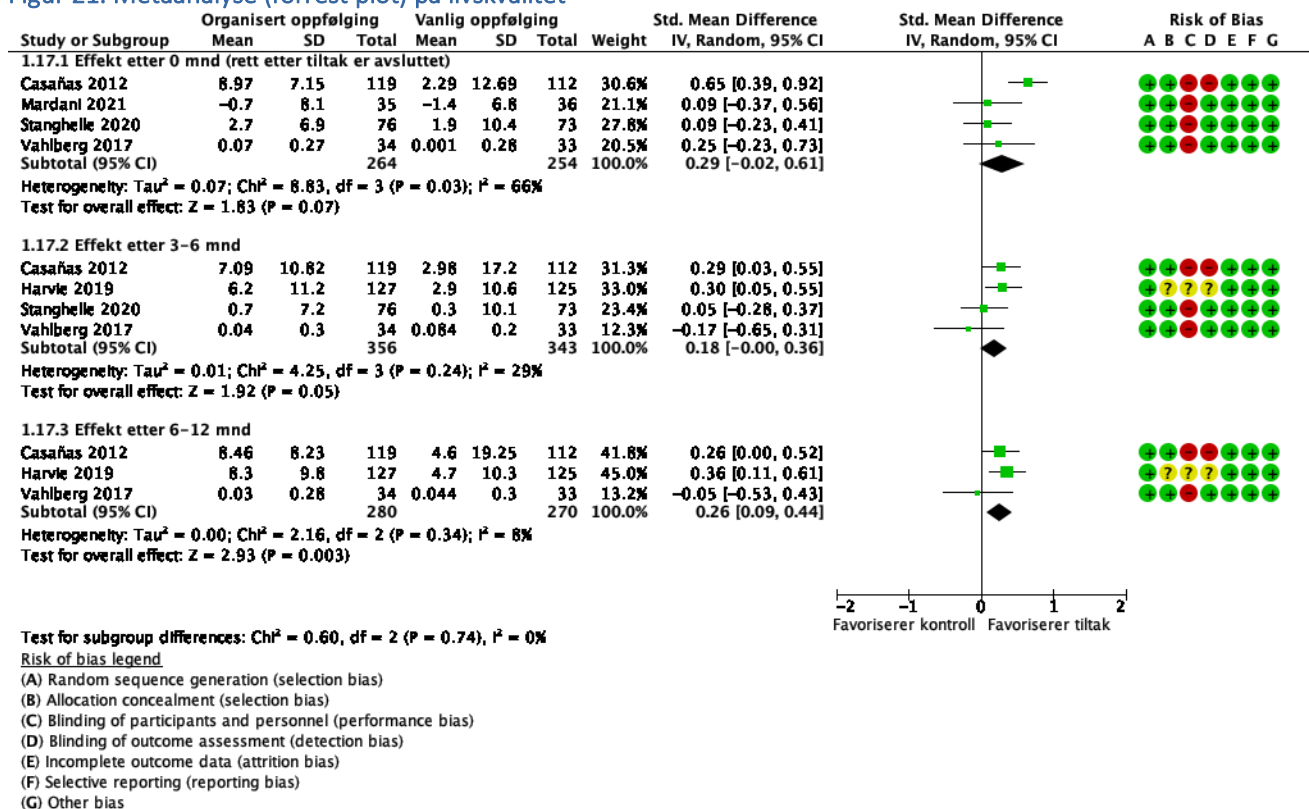
Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,18 (0 til 0,36) tre til seks måneder etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning i livskvalitet. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en liten klinisk viktig forskjell. Tilliten til dette resultatet er stor, og det betyr at vi er rimelig sikre på at denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

Tre studier [21, 27, 38] med til sammen 550 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på livskvalitet seks til tolv måneder etter tiltakene var avsluttet. Metaanalysen viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **etter 6-12 måneder** er:

SMD (95% CI) = 0,26 (0,09 til 0,44) — liten klinisk viktig forskjell — moderat tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,26 [0,09 til 0,44] seks til tolv måneder etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning i 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 tett opp mot virkeligheten.

Figur 21. Metaanalyse (forrest plot) på livskvalitet



Livskvalitet, psykisk komponent

Rett etter tiltakene

Fire studier [21, 29, 36, 38] med til sammen 518 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på psykisk livskvalitet rett **etter tiltakene er avsluttet** er:

SMD (95% CI) = 0 (-0,19 til +0,18) — ubetydelig klinisk forskjell — stor tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0 (-0,19 til +0,18) rett etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet ingen endring i psykisk livskvalitet og dermed en ingen klinisk viktig forskjell. Tilliten til dette resultatet er stor, og det betyr at vi er rimelig sikre på at denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

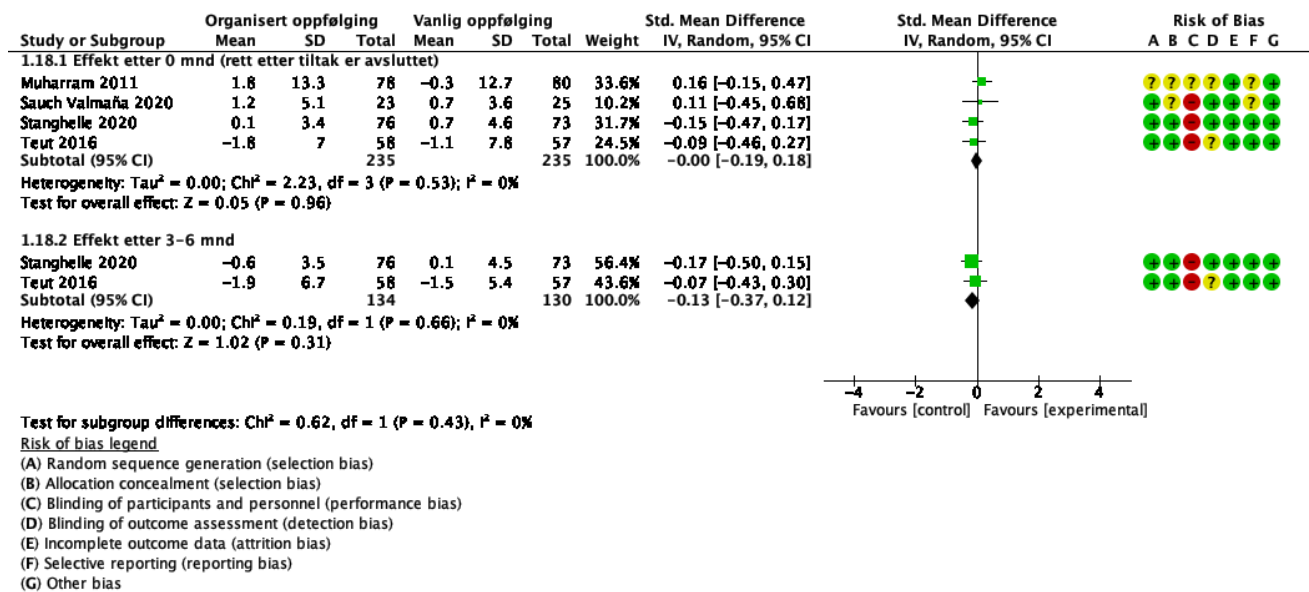
På lengre sikt

Fire studier [21, 27, 36, 38] med til sammen 699 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på psykisk livskvalitet tre til seks måneder etter tiltakene var avsluttet. Metaanalysen viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **etter 3-6 måneder** er:

SMD (95% CI) = -0,13 (-0,37 til +0,12) — ubetydelig klinisk forskjell — moderat tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være -0,13 (-0,37 til +0,12) tre til seks måneder etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon i psykisk livskvalitet. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en ubetydelig klinisk forskjell. Tilliten til dette resultatet er moderat, og det betyr at vi er nokså sikre på at denne effekten ligger opp mot virkeligheten.

Figur 22. Metaanalyse (forrest plot) på livskvalitet – psykisk komponent



Livskvalitet, fysisk komponent

Rett etter tiltakene

Fire studier [30, 35-37] med til sammen 470 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på fysisk livskvalitet rett **etter tiltakene er avsluttet**:

SMD (95% CI) = 0,22 (-0,03 til +0,42) — liten klinisk viktig forskjell — stor tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,22 (-0,03 til +0,42) rett etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning i fysisk livskvalitet. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en liten klinisk viktig forskjell. Tilliten til dette resultatet er stor, og det betyr at vi er rimelig sikre på at denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

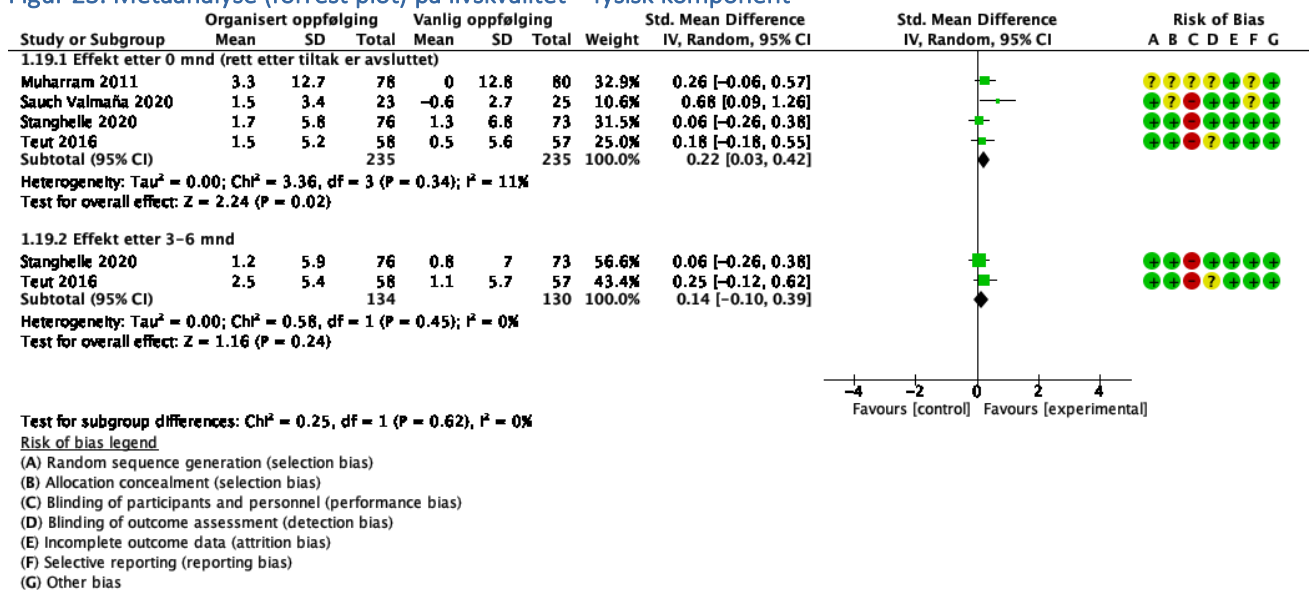
På lengre sikt

To studier [36, 37] med til sammen 264 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på fysisk livskvalitet tre til seks måneder etter tiltakene var avsluttet. Metaanalysen viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **etter 3-6 måneder** er:

SMD (95% CI) = 0,14 (-0,1 til +0,39) — liten klinisk viktig forskjell — moderat tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,14 (-0,1 til +0,39) tre til seks måneder etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning i fysisk livskvalitet. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en ubetydelig klinisk forskjell. Tilliten til dette resultatet er moderat, og det betyr at vi er nokså sikre på at denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

Figur 23. 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 effektestimatet for hvert utfall om livskvalitet. Der hvor tilliten er annet enn stor, er grunn til justering av tilliten forklart i teksten under tabellen.

Tabell 13. «GRADE Summary of findings table» for livskvalitet

Organisert oppfølging sammenlignet med vanlig oppfølging/ingen tiltak for bedre helse og mestring					
Patient or population: Voksne (18 år eller eldre) med, eller med økt risiko for å utvikle, sykdom eller helseutfordring					
Setting: Kommunehelsetjenesten eller tilsvarende nærområdetjenester					
Intervention: Organisert oppfølging tilsvarende frisklivstilbud					
Comparison: Vanlig oppfølging/ingen tiltak					
Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Risk with vanlig oppfølging/ingen tiltak	Risk with organisert oppfølging			
Livskvalitet - Effekt rett etter tiltak er avsluttet	-	SMD 0.29 higher (0.02 lower to 0.61 higher)	-	518 (4 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a
Livskvalitet - Effekt etter 3-6 mnd.	-	SMD 0.18 higher (0 to 0.36 higher)	-	699 (4 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ High
Livskvalitet - Effekt etter 6-12 mnd.	-	SMD 0.26 higher (0.09 higher to 0.44 higher)	-	550 (3 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^b
Livskvalitet, psykisk komponent - Effekt rett etter tiltak er avsluttet	-	SMD 0 (0.19 lower to 0.18 higher)	-	470 (4 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ High
Livskvalitet, psykisk komponent - Effekt etter 3-6 mnd.	-	SMD 0.13 lower (0.37 lower to 0.12 higher)	-	264 (2 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^c
Livskvalitet, fysisk komponent - Effekt rett etter tiltak er avsluttet	-	SMD 0.22 higher (0.03 higher to 0.42 higher)	-	470 (4 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ High

Organisert oppfølging sammenlignet med vanlig oppfølging/ingen tiltak for bedre helse og mestring

Patient or population: Voksne (18 år eller eldre) med, eller med økt risiko for å utvikle, sykdom eller helseutfordring

Setting: Kommunehelsetjenesten eller tilsvarende nærområdetjenester

Intervention: Organisert oppfølging tilsvarende frisklivstilbud

Comparison: Vanlig oppfølging/ingen tiltak

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Risk with vanlig oppfølging/ingen tiltak	Risk with organisert oppfølging			
Livskvalitet, fysisk komponent - Effekt etter 3-6 mnd.	-	SMD 0.14 higher (0.1 lower to 0.39 higher)	-	264 (2 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^c

*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; **RR:** risk ratio; **SMD:** standardised mean difference

Explanations

a. -1 for unexplained high statistical heterogeneity

b. -1 for important risk of bias issues

c. -1 for few participants (fewer than 350-400)

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.

Effekt på helsestatus

Helsestatus er her ment å være ens egen vurdering av helsen samlet sett eller mer oppdelt som psykisk helsestatus og fysisk helsestatus.

Når det gjelder helsestatusutfall så rapporterer vi på generell/total helsestatus.

Alt i alt

Alt i alt viser resultatene at:

- effekten på **helsestatus** er usikker rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Vi vet heller ikke effekten på lengre sikt

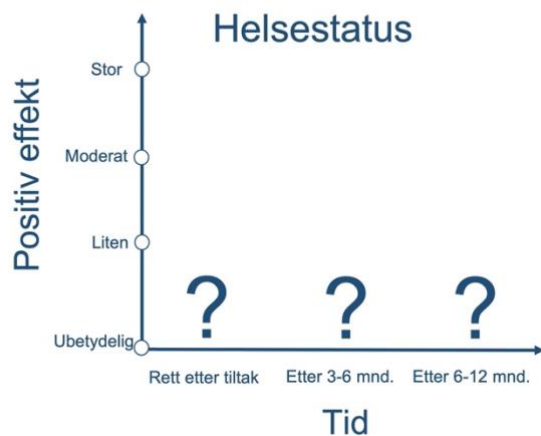
Tabell 14. Helsestatus. Kort oppsummert effekt med kritisk vurdering

Hva skjer?	Hvor stor forskjell?	Tillit til resultatet ¹	Tallene bak
Helsestatus (rett etter tiltak er avsluttet) Vi er usikre på effekten av organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak 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 til resultatet handler om hvor trygge vi kan være på at resultatet gjenspeiler virkeligheten.

Vi er usikre på effekten av organiserte oppfølgingstiltak på generell helsestatus fordi tilliten til resultatet er svært liten. Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på helsestatus etter tre måneder eller lengre. Effekten på dette utfallet er dermed usikker en stund etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak. De oppsummerte resultatene er også illustrert i figur 24.

Figur 24. Effekt av organiserte oppfølgingstiltak på helsestatus



Tallene bak

Rett etter tiltakene

To studier [31, 36] undersøkte effekt av organiserte oppfølgingstiltak på helsestatus rett etter tiltakene var avsluttet med til sammen 189 personer. Metaanalysene viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **rett etter tiltakene er avsluttet** er:

SMD (95% CI) = 0,73 (-1 til +2,46) — moderat klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,73 (-1 til +2,46) rett etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en bedring i helsestatus. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en moderat klinisk viktig forskjell. 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.

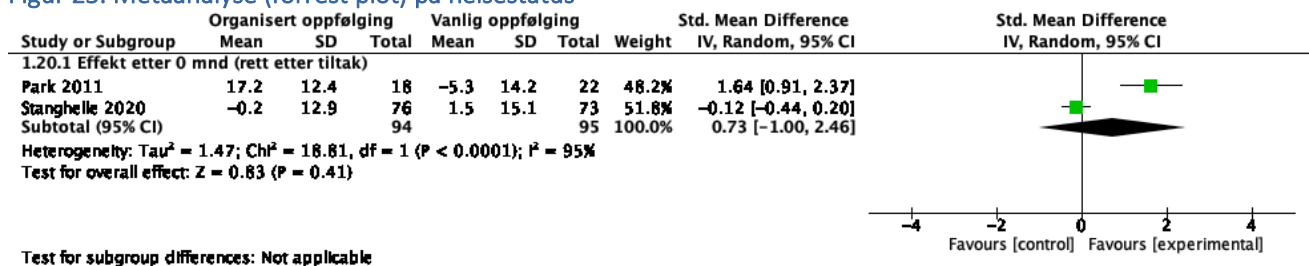
På lengre sikt

Én studie [36] med 149 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak **etter 3-6 måneder**:

MD (95% CI) = -0,1 (-4,69 til +4,49) — ubetydelig klinisk forskjell — svært liten tillit

Tre til seks måneder etter tiltakene er avsluttet er gjennomsnittsforskjellen (MD) med en sikkerhetsmargin på 95% (95% CI) -0,1 (-4,69 til +4,49). Rent tallmessig viser effektestimatet en forverring av helsestatus. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en ubetydelig klinisk viktig forskjell. Studien målte dette utfallet med en skala (SF-36 spørreskjema) som kan gi en totalskår på 0-100. I denne studien lå gjennomsnittsskårene i gruppene på 60-tallet, og det er dermed lite sannsynlig at en forskjell på -0,1 poeng mellom gruppene kan anses å være av klinisk betydning. Tilliten til dette resultatet er liten, og det betyr at vi er noe usikre på om denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

Figur 25. Metaanalyse (forrest plot) på helsestatus



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 helsestatus. Der hvor tilliten er annet enn stor, blir grunn til justeringen av tilliten forklart i teksten under tabellen.

Tabell 15. «GRADE Summary of findings table» for helsestatus

Organisert oppfølging sammenlignet med vanlig oppfølging/ingen tiltak for bedre helse og mestring

Patient or population: Voksne (18 år eller eldre) med, eller med økt risiko for å utvikle, sykdom eller helseutfordring

Setting: Kommunehelsetjenesten eller tilsvarende nærområdetjenester

Intervention: Organisert oppfølging tilsvarende frisklivstilbud

Comparison: Vanlig oppfølging/ingen tiltak

Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Risk with vanlig oppfølging/ingen tiltak	Risk with organisert oppfølging			
Helsestatus – Effekt rett etter tiltak er avsluttet	-	SMD 0.73 higher (1 lower to 2.46 higher)	-	189 (2 RCTs)	⊕○○○ Very low ^{a,b,d}
Helsestatus - Effekt etter 3-6 mnd.	The mean helsestatus - Effekt etter 3-6 mnd. was 0 SD	MD 0.1 SD lower (4.69 lower to 4.49 higher)	-	149 (1 RCT)	⊕⊕○○ Low ^{a,c}

*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; SD: standard deviation

Explanations

- a. -1 for few participants (fewer than 350-400)
- b. -1 for unexplained high statistical heterogeneity
- c. -1 for broad 95% CI that crosses the "line of no effect" with about 0.2 SMD or more
- d. -2 for very broad 95% CI that crosses the "line of no effect" with about 0.5 SMD or more

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.

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.

Alt i alt

Alt i alt viser resultatene at:

- **fysisk aktivitet** øker trolig litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak er det trolig ingen betydningsfull effekt på fysisk aktivitet sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Seks til tolv måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak er det kanskje ingen betydningsfull effekt på fysisk aktivitet sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak
- effekten på **kostholdsvaner** er usikker rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak er det kanskje ingen betydningsfull effekt på kostholdsvaner sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak. Effekten på lengre sikt (6-12 måneder) er usikker
- ingen studier rapporterte på **søvnvaner**

Tabell 16. Vaner og atferd. Kort oppsummert effekt med kritisk vurdering

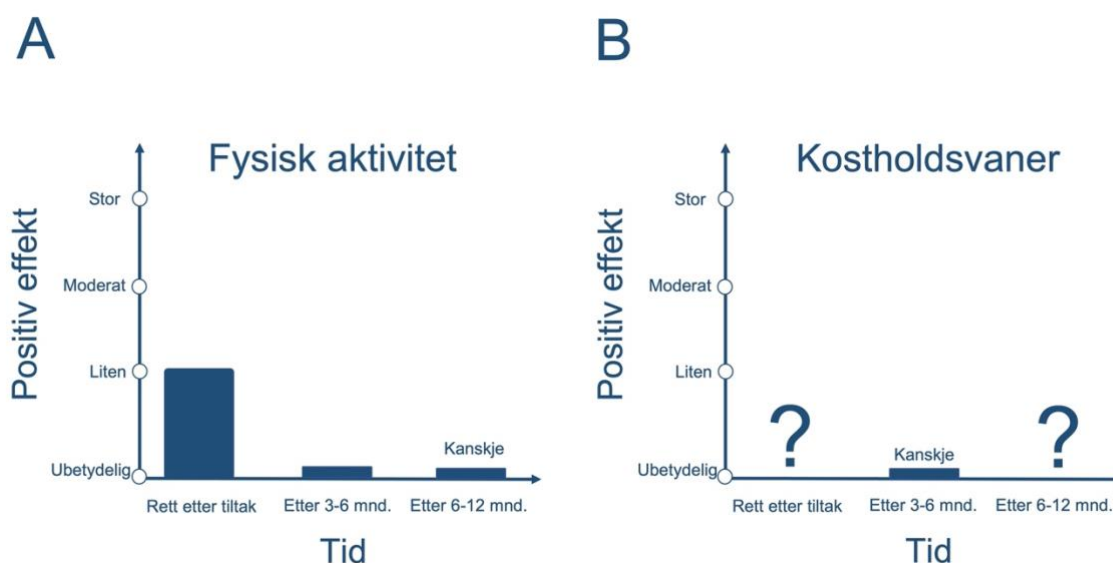
Hva skjer?	Hvor stor er forskjellen?	Tillit til resultatet ¹	Tallene bak
Fysisk aktivitet (rett etter tiltak er avsluttet) Fysisk aktivitet øker trolig litt rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Liten	 Moderat	0,35 SMD ² mer fysisk aktivitet (-0,04 til +0,74)*
Fysisk aktivitet (etter 3-6 mnd.) Seks til tolv måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak er det trolig ingen betydningsfull effekt på fysisk aktivitet sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Ubetydelig	 Moderat	0,09 SMD ² mindre fysisk aktivitet (-0,51 til +0,32)*
Fysisk aktivitet (etter 6-12 mnd.) Seks til tolv måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak er det kanskje ingen betydningsfull effekt på fysisk aktivitet sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Ubetydelig	 Liten	0,12 SMD ² mer fysisk aktivitet (-0,33 til +0,58)*
Kostholdsvaner (rett etter tiltaket er avsluttet) Vi er usikre på effekten av organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak på dette utfallet fordi vi har svært liten tillit til resultatet	?	 Svært liten	Vi rapporterer ikke tall vi har svært liten tillit til
Kostholdsvaner (etter 3-6 mnd.) Seks til tolv måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak er det kanskje ingen betydningsfull effekt på fysisk aktivitet sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Ubetydelig	 Liten	0,12 SMD ² mer fysisk aktivitet (-0,33 til +0,58)*
Søvnvaner Vi er usikre på effekten av organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak på dette utfallet da ingen studier undersøkte dette	Ingen studier	Ingen studier	Ingen studier

* 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 organiserte oppfølgingstiltak trolig øker fysisk aktivitet og at denne økningen gjenspeiler en liten, men klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (moderat tillit til resultatet). På lengre sikt (etter tre til tolv måneder) er effekten trolig ubetydelig (moderat til liten tillit til resultatet).

Vi er usikre på effekten av organiserte oppfølgingstiltak på kostholdsvaner på kort sikt fordi tilliten til resultatet er svært liten. Etter noen måneder (3-6 måneder etter tiltaket er avsluttet) er det kanskje ingen betydelig effekt på kostholdsvaner (liten tillit til resultatet). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på helsestatus etter seks måneder eller lengre. Effekten på dette utfallet er dermed usikker en stund etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak. De oppsummerte resultatene er også illustrert i figur 26.

Figur 26. Effekt av organiserte oppfølgingstiltak på fysisk aktivitet



Tallene bak

Rett etter tiltakene

Fire studier [20, 23, 31, 38] med til sammen 303 personer undersøkte effekt av organiserte oppfølgingstiltak på fysisk aktivitet rett etter tiltakene var avsluttet. Metaanalysene viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **rett etter tiltakene er avsluttet** er:

SMD (95% CI) = 0,35 (-0,04 til +0,74) — liten klinisk viktig forskjell — moderat tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,35 (-0,04 til +0,74) rett etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en økning i fysisk aktivitet. Videre kan vi si at størrelsen på 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 tett opp mot virkeligheten.

På lengre sikt

To studier [27, 38] med til sammen 319 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på fysisk aktivitet etter tre til seks måneder. Metaanalysene viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **etter 3-6 måneder** er:

SMD (95% CI) = -0,16 (-0,93 til +0,61) — ubetydelig klinisk forskjell — svært liten tillit

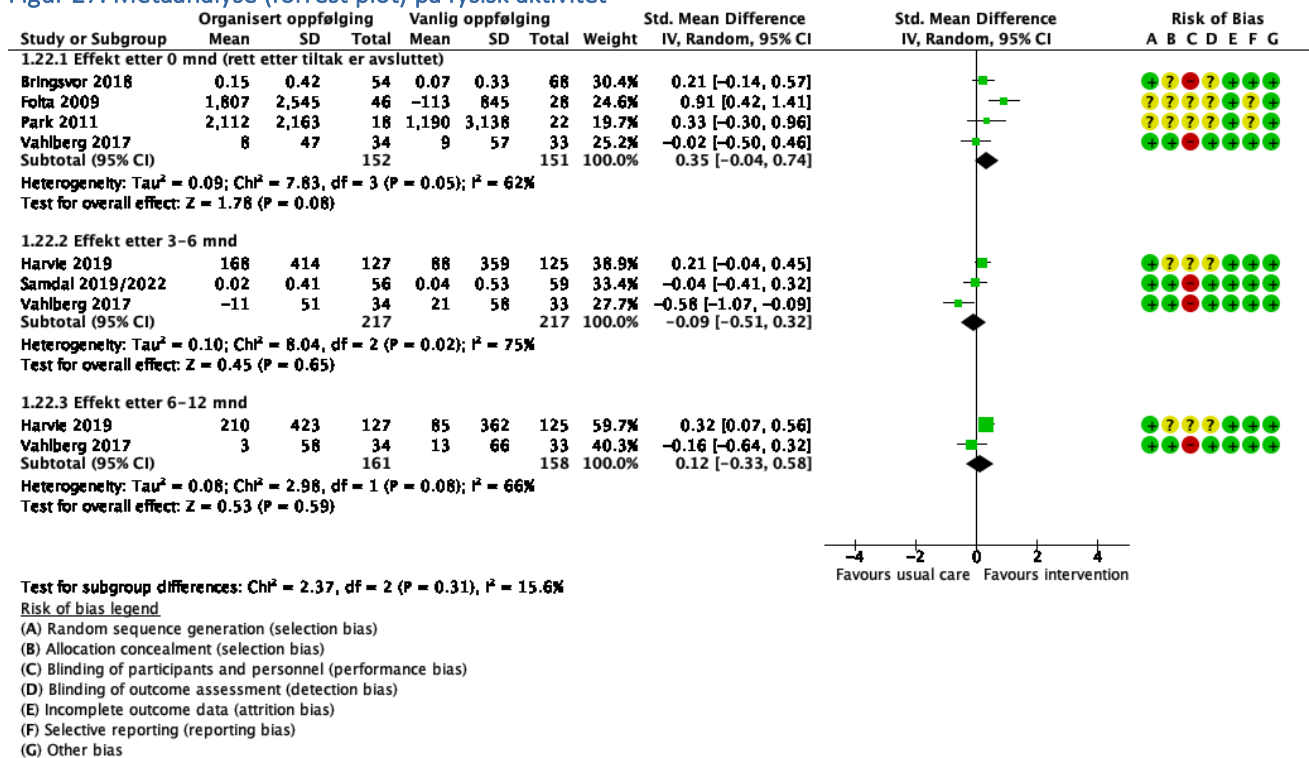
Tre til seks måneder etter tiltakene er avsluttet er den standardiserte gjennomsnittsforskjellen (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95% (95% CI) -0,16 (-0,93 til +0,61). Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon i fysisk aktivitet. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en ubetydelig klinisk viktig forskjell. 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.

To studier [27, 38] med til sammen 319 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på fysisk aktivitet etter seks til tolv måneder. Metaanalysene viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **etter 6-12 måneder** er:

SMD (95% CI) = 0,12 (-0,33 til +0,58) — ubetydelig klinisk forskjell — liten tillit

Seks til tolv måneder etter tiltakene er avsluttet er den standardiserte gjennomsnittsforskjellen (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95% (95% CI) 0,12 (-0,33 til +0,58). Rent tallmessig viser effektestimatet en økning av fysisk aktivitet. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en ubetydelig 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.

Figur 27. Metaanalyse (forrest plot) på fysisk aktivitet



Kostholdsvaner

Rett etter tiltakene

Én studie med 96 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak **rett etter tiltakene er avsluttet** er:

MD (95% CI) = 0,60 (-0,37 til +1,57) — liten klinisk viktig forskjell — svært liten tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være 0,60 (-0,37 til +1,57) rett etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en bedring i kostholdsvaner. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en liten, men klinisk viktig forskjell da 0,6 mer frukt-eller grønnsaksenheter per dag betyr en endring på mer enn 10 % av anbefalt inntak. 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

Én studie med 118 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak **etter 3-6 måneder**:

MD (95% CI) = 0,03 (-0,09 til +0,15) — ubetydelig klinisk forskjell — liten tillit

Tre til seks måneder etter tiltakene er avsluttet er gjennomsnittsforskjellen (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) -0,3 (-13,44 til +12,84). Rent tallmessig viser effektestimatet en forverring i kostholdsvaner. Videre kan vi si at størrelsen på effekten viser en ubetydelig klinisk viktig forskjell da 0,03 mindre frukt-eller grønnsaksenheter per dag betyr en endring på mindre enn 1 % av anbefalt inntak. Tilliten til dette resultatet er liten, og det betyr at vi er noe usikre på om denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

Søvnvaner

Vi fant ingen studier som undersøkte søvnvaner eller søvnkvalitet. Effekten på dette utfallet er dermed usikker.

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

Organisert oppfølging sammenlignet med vanlig oppfølging/ingen tiltak for bedre helse og mestring					
Patient or population: Voksne (18 år eller eldre) med, eller med økt risiko for å utvikle, sykdom eller helseutfordring Setting: Kommunehelsetjenesten eller tilsvarende nærområdetjenester Intervention: Organisert oppfølging tilsvarende frisklivstilbud Comparison: Vanlig oppfølging/ingen tiltak					
Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Risk with vanlig oppfølging/ingen tiltak	Risk with organisert oppfølging			
Fysisk aktivitet - Effekt rett etter tiltak er avsluttet	-	SMD 0.35 higher (0.04 lower to 0.74 higher)	-	303 (4 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ Moderate ^a
Fysisk aktivitet - Effekt etter 3-6 mnd.	-	SMD 0.09 lower (0.51 lower to 0.32 higher)	-	434 (3 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ Moderate ^c
Fysisk aktivitet - Effekt etter 6-12 mnd.	-	SMD 0.12 higher (0.33 lower to 0.58 higher)	-	319 (2 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ Low ^{a,c}
Kostholdsvaner - Effekt rett etter tiltak er avsluttet	The mean frukt- og grønntinntak was 0 SD	MD 0.6 SD higher (0.37 lower to 1.57 higher)	-	74 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊕ Very low ^{c,e,f}
Kostholdsvaner - Effekt etter 3-6 mnd.	The mean frukt- og grønntinntak was 0 SD	MD 0.03 SD lower (0.09 lower to 0,15 higher)	-	86 (1 RCT)	⊕⊕⊕⊕ Low ^e
Søvnvaner	-	-	-	No studies	-

*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. -1 for few participants (fewer than 350-400)
- b. -1 for unexplained high statistical heterogeneity
- c. -1 for broad 95% CI that crosses the "line of no effect" with about 0.2 SMD or more
- d. -2 for very broad 95% CI that crosses the "line of no effect" with about 0.5 SMD or more
- e. -2 for very few participants (fewer than 100)
- f. -1 for unclear risk of bias

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.

Effekt på fysiske symptomer

Fysiske symptomer som er veldig vanlige og plagsomme for mange, uavhengig av diagnose eller tilstand, er smerter og fatigue/mangel på vitalitet (utmattelse).

Alt i alt

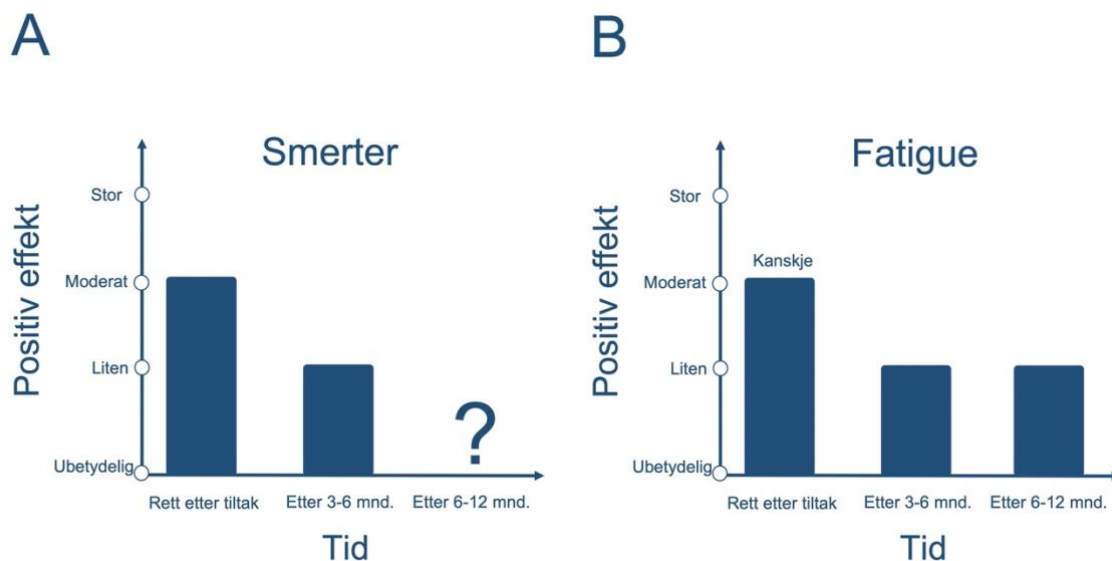
Tabell 18. Fysiske symptomer. Kort oppsummert effekt med kritisk vurdering

Hva skjer?	Hvor stor forskjell?	Tillit til resultatet ¹	Tallene bak
Smerter (rett etter tiltak er avsluttet) Smerter reduseres trolig betydelig rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Moderat	 Moderat	0,56 SMD ² mindre smerter (-0,96 til +0,15)*
Smerter (etter 3-6 mnd.) Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak reduseres trolig smerter litt sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Liten	 Moderat	0,29 SMD ² mindre smerter (-0,76 til +0,18)*
Fatigue/mangel på vitalitet (rett etter tiltak er avsluttet) Fatigue reduseres kanskje betydelig rett etter å ha deltatt på organiserte oppfølgingstiltak sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Moderat	 Liten	0,65 SMD ² mindre fatigue (-1,49 til +0,19)*
Fatigue/mangel på vitalitet (etter 3-6 mnd.) Tre til seks måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak reduseres fatigue litt sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Liten	 Stor	0,22 SMD ² mindre fatigue (-0,41 til -0,02)*
Fatigue/mangel på vitalitet (etter 6-12 mnd.) Seks til tolv måneder etter at man har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak reduseres trolig fatigue litt sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak	 Liten	 Moderat	4,3 MD ³ mindre fatigue på en 0-108 skala (-8,4 til -0,56)*
* Tallene i parentes viser feilmarginen (95 % konfidensintervall) – et mål på hvor usikkert resultatet er på grunn av tilfældigheter. ¹ Tilliten til resultatet 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 er en «liten effekt», ~0,5 er en «moderat effekt» og ~0,8 er en «stor effekt». ³ Mean Difference (gjennomsnittsforskjell). Tolkningen av effekten avhenger av størrelsen på skalaen som brukes.			

Forskningen som ligger til grunn, viser at organiserte oppfølgingstiltak trolig reduserer smerter og at denne reduksjonen gjenspeiler en betydelig klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (moderat tillit til resultatet). Denne effekten vedvarer trolig etter noen få måneder da effekten på dette tidspunktet er liten, men klinisk viktig (moderat tillit til resultatet). Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på smerter etter seks måneder eller lengre.

Organiserte oppfølgingstiltak reduserer kanskje fatigue/utmattelse og denne reduksjonen gjenspeiler en betydelig klinisk viktig forskjell sammenlignet med vanlig oppfølging eller ingen tiltak (liten tillit). Effekten etter noen måneder viser en reduksjon i fatigue/utmattelse og denne effekten er liten, men klinisk viktig (stor tillit). Denne lille positive effekten opprettholdes trolig også etter seks til tolv måneder (moderat tillit til resultatet). De oppsummerte resultatene er også illustrert i figur 28.

Figur 28. Effekt av organiserte oppfølgingstiltak på fysiske symptomer (smerter og fatigue)



Tallene bak

Smerter

Rett etter tiltakene

Elleve studier [19, 22, 24, 26, 29-31, 35-37, 39] med til sammen 963 personer undersøkte effekt av organiserte oppfølgingstiltak på smerter rett etter tiltakene var avsluttet. Metaanalysene viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **rett etter tiltakene er avsluttet** er:

SMD (95% CI) = -0,56 (-0,96 til +0,15) — moderat klinisk viktig forskjell — moderat tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være -0,56 (-0,96 til +0,15) rett etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon i smerter. 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 opp mot virkeligheten.

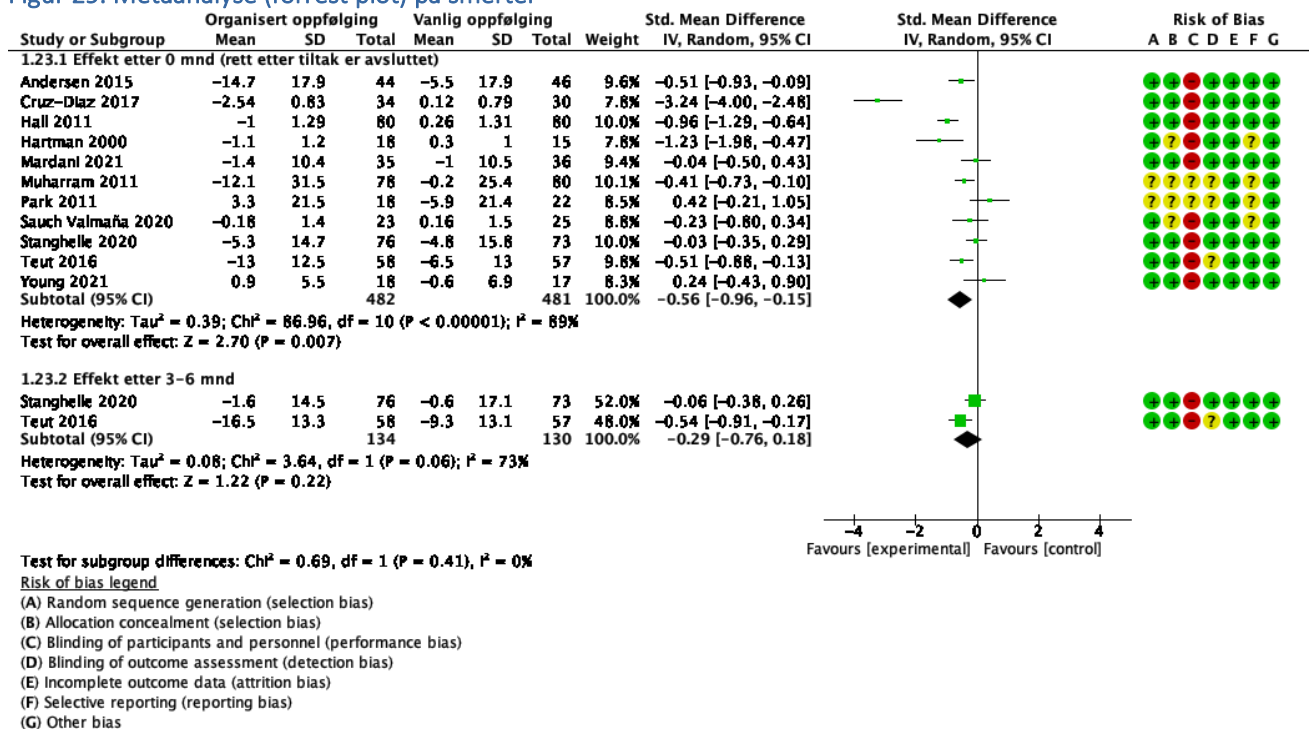
På lengre sikt

To studier [36, 37] med til sammen 264 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på smerter etter tre til seks måneder. Metaanalysene viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **etter 3-6 måneder** er:

SMD (95% CI) = -0,29 (-0,76 til +0,18) — liten klinisk viktig forskjell — liten tillit

Tre til seks måneder etter tiltakene er avsluttet er den standardiserte gjennomsnittsforskjellen (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95% (95% CI) -0,29 (-0,76 til +0,18). Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon i smerter. 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. Vi fant ingen studier som undersøkte effekten på smerter etter seks måneder eller lengre.

Figur 29. Metaanalyse (forrest plot) på smerter



Fatigue/utmattelse

Rett etter tiltakene

Fire studier [29, 31, 36, 39] med til sammen 295 personer undersøkte effekt av organiserte oppfølgingstiltak på fatigue rett etter tiltakene var avsluttet. Metaanalysene viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **rett etter tiltakene er avsluttet** er:

SMD (95% CI) = -0,65 (-1,49 til +0,19) — moderat klinisk viktig forskjell — liten tillit

Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være -0,65 (-1,49 til +0,19) rett etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon i fatigue. Videre kan vi si at størrelsen på 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

To studier [27, 36] med til sammen 401 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på fatigue etter tre til seks måneder. Metaanalysene viser at effekten av organiserte oppfølgingstiltak **etter 3-6 måneder** er:

SMD (95% CI) = -0,22 (-0,41 til -0,02) — liten klinisk viktig forskjell — stor tillit

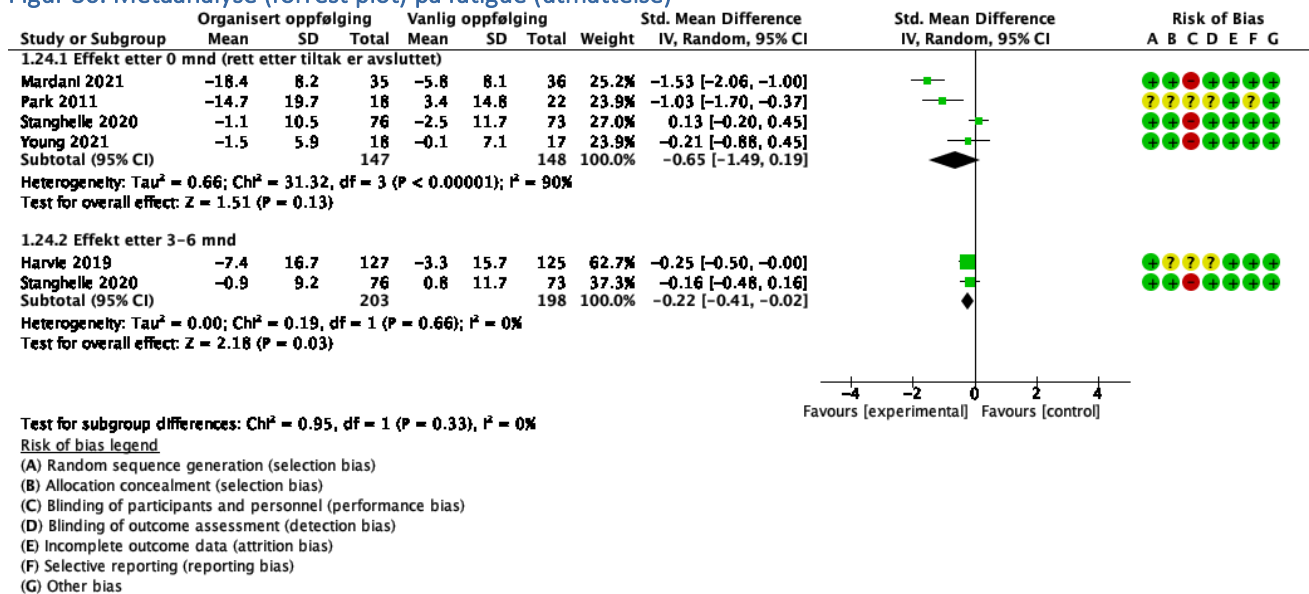
Metaanalysen viser en standardisert gjennomsnittsforskjell (SMD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) til å være -0,22 (-0,41 til -0,02) tre til seks måneder etter tiltakene er avsluttet. Rent tallmessig viser effektestimatet en reduksjon i fatigue. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en liten klinisk viktig forskjell. Tilliten til dette resultatet er stor, og det betyr at vi er rimelig sikre på at denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten.

En studie [27] med 252 personer rapporterer effekten av organiserte oppfølgingstiltak på fatigue **etter 6-12 måneder**:

MD (95% CI) = -4,3 (-8,4 til -0,56) — liten klinisk viktig forskjell — moderat tillit

Tre til seks måneder etter tiltakene er avsluttet er gjennomsnittsforskjellen (MD) med en sikkerhetsmargin på 95 % (95% CI) -4,3 (-8,4 til -0,56). Rent tallmessig viser effektestimatet en forverring av helsestatus. Videre kan vi si at størrelsen på denne effekten viser en ubetydelig klinisk viktig forskjell. Studien målte dette utfallet med en skala (FACT TOI spørreskjema) som kan gi en totalskår på 0-108. I denne studien lå gjennomsnittsskårene i gruppene på 80-tallet, og det er dermed sannsynlig at en forskjell på -4,3 poeng mellom gruppene kan anses å ha en liten klinisk viktig betydning. Tilliten til dette resultatet er moderat, og det betyr at vi er nokså sikre på at denne effekten ligger tett opp mot virkeligheten..

Figur 30. Metaanalyse (forrest plot) på fatigue (utmattelse)



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 19. «GRADE Summary of findings table» for fysiske symptomer (smerte og fatigue)

Organisert oppfølging sammenlignet med vanlig oppfølging/ingen tiltak for bedre helse og mestring					
Patient or population: Voksne (18 år eller eldre) med, eller med økt risiko for å utvikle, sykdom eller helseutfordring Setting: Kommunehelsetjenesten eller tilsvarende nærområdetjenester Intervention: Organisert oppfølging tilsvarende frisklivstilbud Comparison: Vanlig oppfølging/ingen tiltak					
Outcomes	Anticipated absolute effects* (95% CI)		Relative effect (95% CI)	No of participants (studies)	Certainty of the evidence (GRADE)
	Risk with vanlig oppfølging/ingen tiltak	Risk with organisert oppfølging			
Smerter - Effekt rett etter tiltak er avsluttet	-	SMD 0.56 lower (0.96 lower to 0.15 lower)	-	963 (11 RCTs)	⊕⊕⊕○ Moderate ^a
Smerter - Effekt etter 3-6 mnd.	-	SMD 0.29 lower (0.76 lower to 0.18 higher)	-	264 (2 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}
Fatigue/mangel på vitalitet - Effekt rett etter tiltak er avsluttet	-	SMD 0.65 lower (1.49 lower to 0.19 higher)	-	295 (4 RCTs)	⊕⊕○○ Low ^{a,b}
Fatigue/mangel på vitalitet - Effekt etter 3-6 mnd.	-	SMD 0.22 lower (0.41 lower to 0.02 lower)	-	401 (2 RCTs)	⊕⊕⊕⊕ High
Fatigue/mangel på vitalitet - Effekt etter 6-12 mnd	The mean fatigue/mangel på vitalitet - Effekt etter 6-12 mnd was 0 SD	MD 4.3 SD lower (8.4 lower to 0.56 lower)	-	252 (1 RCT)	⊕⊕⊕○ Moderate ^b
*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; SD: standard deviation Explanations a. -1 for unexplained high statistical heterogeneity b. -1 for few participants (fewer than 350-400)					
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.					

Brukermedvirkning

Brukermedvirkning ble valgt som et eget utfall for å tallfeste om utvikling, planlegging, gjennomføring og evaluering av de organiserte oppfølgings tiltakene har vært brukervennlige, tilgjengelige og relevante for de som skal delta. Ingen av studiene har beskrevet involvering av personer med brukererfaring i utvikling, planlegging, gjennomføring eller evaluering av selve tiltakene som ble testet.

Tolkning av resultatene

Resultatene i denne kunnskapsoppsummeringen gir noen svar om effekt på utfall som er viktige for fysisk helse og fungering på kort sikt. Resultater vi har moderat eller stor tillit til viser at organiserte oppfølgingstiltak tilsvarende norske frisklivstiltak er nyttige på kort sikt for personer med, eller med økt risiko for å utvikle, sykdom eller andre helseutfordringer. Denne nytten er særlig synlig i form av bedre fysisk funksjon, bedre sosial fungering, bedre fysisk rollefungering, økt mestringstro, bedre livskvalitet, mer fysisk aktivitet og mindre smerter. Dette er i tråd med hensikten med kommunale lærings- og mestringstilbud, inkludert frisklivstilbud.

Følelsesmessig fungering, som er en slags paraplybetegnelse på alt som har med hvordan vi følelsesmessig opplever å fungere, inkluderer alt fra for eksempel generell psykisk helse og velvære til mer diagnosespesifikke utfall som depresjon og angst. Effekten på følelsesmessig fungering viser seg derimot å være mye mer usikker enn for fysisk fungering og sosial fungering. Det skyldes at tilliten til resultatet for det meste er liten eller svært liten. Grunnen til at tilliten til resultatet er liten eller svært liten for disse utfallene skyldes blant annet at det er relativt få og små studier med sprikende resultater som har undersøkt dette. For å finne sikrere svar på hva slags effekt organiserte oppfølgingstiltak tilsvarende norske frisklivstiltak har på følelsesmessig fungering, trenger vi flere studier av god kvalitet. Alternativt vil mer komplekse tiltak, som kombinerer mer tradisjonelle fysiske treningstiltak med tiltak som er skreddersydd for å endre følelsesmessig fungering, forhåpentligvis kunne gi tydeligere svar.

For å kunne tilby helse- og omsorgstjenester som er brukervennlige og brukerorienterte, er det viktig å sikre at brukere og pårørende har tilstrekkelig god helsekompetanse. Gitt det stadig større fokusert på befolkningens helsekompetanse [174], så kan denne kunnskapsoppsummeringen dessverre ikke gi svar på dette. Ingen av studiene målte effekt av tiltakene på læring og forståelse i form av helsekompetanse, og det er dermed ikke mulig for oss å konkludere noe rundt om deltakerne av tiltakene fikk endret sin helsekompetanse.

På lengre sikt vet vi betydelig mindre for de fleste av utfallene da få av studiene holdt på lenge nok til å kunne vurdere hva effekten var etter flere måneder eller år. Det er behov for flere studier av god kvalitet som følger personer over tid og en god stund etter at de har deltatt på organiserte oppfølgingstiltak.

I tradisjonelle lærings- og mestringstilbud er brukermedvirkning viktig i utvikling, planlegging, gjennomføring og evaluering av tilbudene. Brukermedvirkning i selve tiltakene, som skal sikre at utvikling, planlegging, gjennomføring og evaluering av de organiserte oppfølgingstiltakene er brukervennlige, ble ikke rapportert i noen av studiene. Det er dermed vanskelig å vurdere om tiltakene har vært brukervennlige, tilgjengelige og ikke minst relevante for de som deltok. To av studiene [20, 33, 34] rapporterte, imidlertid, om at personer med brukerkompetanse bidro inn i planlegging og gjennomføring av studiene. Begge disse studiene ble utført i Norge.

I Norge er brukermedvirkning et viktig prinsipp. Dette gjenspeiles ved at dette er nedfelt i flere lover, blant annet i helse- og omsorgstjenesteloven [3] og i pasient- og brukerrettighetsloven [11]. Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og det er dermed ikke noe de som tilbyr helse- og omsorgstjenester kan velge å forholde seg til eller ikke. Brukere har rett til å medvirke, og tjenesteyter har plikt til å involvere brukeren.

Vi kjenner ikke til tilsvarende kunnskapsoppsummeringer som har undersøkt effekt av organiserte oppfølgingstiltak som varer mellom 10-14 uker for en bred og sammensatt gruppe mennesker i en kommunal setting med fokus på fungering og mestring, bortsett fra en norsk kunnskapsoppsummering fra 2012 [13]. Denne kunnskapsoppsummeringen er imidlertid over 10 år gammel. Konklusjonene i denne kunnskapsoppsummeringen er at henvisning til lokale treningstilbud med oppfølging trolig øker fysisk aktivitet i løpet av tiltaksperioden og på kort sikt (tre måneder etter avsluttet tiltaksperiode). Denne kunnskapsoversikten rapporterer noe om livskvalitet, men har ikke slått tallene sammen i en metaanalyse med kritisk vurdering av effekten. En annen kunnskapsoppsummering med norske forfattere [12] undersøkte effekten av tilbud som ligner på tilbud gitt ved frisklivssentraler og viser en liten positiv effekt på fysisk aktivitet og kostholdsvaner. Disse resultatene ble imidlertid ikke kritisk vurdert (GRADE) og varigheten samt innholdet på tiltakene og leveringsformatet varierte i betydelig grad. Tiltakene som ble undersøkt hadde dermed en betydelig større bredde enn hva vi søkte svar på i denne kunnskapsoppsummeringen.

Med tanke på det brede nedslagsfeltet frisklivstiltak har og på antall frisklivssentraler som eksisterer, finnes det få norske randomiserte kontrollerte studier som vurderer effekten av disse. Vi fant tre norske studier [20, 33, 34, 36] som oppfylte våre kriterier. Dette illustrerer et viktig poeng som er tilkjennegjort i NOU 2018:16 Det viktigste først [175]:

«Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skiller seg fra spesialisthelsetjenesten ved at det for mange tiltak som iverksettes mangler forskning og systematisk dokumentasjon av effekt. Beslutninger om hvem som skal få og hva man skal få tilbud om, fattes i mange tilfeller på usikkert grunnlag»

I 2019 ble 736 vitenskapelige publikasjoner relatert til kommunale helse- og omsorgstjenester publisert. Dette utgjør 8,9 % av vitenskapelige publikasjoner innen medisin og helsefag og 2,4 % av norske vitenskapelige publikasjoner alt i alt [176].

At vi fant kun tre norske studier og at fordelingen mellom land vi kan sammenligne oss med var jevn, kan også bety at tiltak som tilsvarer de norske frisklivstiltakene ikke er unike for Norge, men er helsefremmende og forebyggende tiltak som er relevante internasjonalt.

Betydning for praksis

Helsefremmende og forebyggende tiltak tilsvarende de norske frisklivstiltakene hvor personer med, eller med økt risiko for å utvikle, sykdom eller andre helseutfordringer møtes fysisk i grupper minst én gang i uka over en lengre periode (10 uker til tre måneder) ser ut til å ha en helsefremmende effekt, i hvert fall på kort sikt. Innholdet i de strukturerte oppfølgingstiltakene varierte en del, og det samme gjorde hvem som tilbød eller ledet tiltakene.

Tiltakene ble levert og/eller organisert hovedsakelig av fysioterapeuter i åtte studier [19, 22, 25, 28, 33-36, 38], av instruktører eller trenere i fem studier [23, 24, 26, 37, 39], av sykepleiere i to studier [21, 31], av forskere eller universitetsansatte i tre studier [29, 30, 32], av sykepleier og fysioterapeut i én studie [20] og av ernæringsfysiolog og trener eller instruktør i én studie [27]. Disse funnene samsvarer i høy grad med de faktiske forhold ved norske frisklivssentraler hvor fysioterapeutene i 2019 utgjorde den største utdanningsgruppen i antall årsverk (54 %) etterfulgt av fagpersoner med ernæringsfaglig bakgrunn (9 %), sykepleiere (8 %), pedagoger (7 %), ergoterapeuter (5 %), erfaringskonsulenter (1 %), psykologer (1 %) og «andre» (15 %) [7].

Hvem som deltok på de organiserte oppfølgingstiltakene, varierte både med tanke på diagnose og helseutfordring så vel som alder og kjønn. I en overvekt av studiene vi har sammenstilt, er det flest

kvinner. Gjennomsnittsalderen er mellom 50-77 år. Dette kan igjen utfordre oss på om tiltakene egentlig er likeverdige og tilgjengelige for alle, i hvert fall i dette formatet. Er denne gruppen for eksempel mer motivert og har god egenmobilisering slik at de i denne gruppen har et bedre utgangspunkt enn de i andre grupper? I en norsk studie [177] som har sitt utspring i én av de inkluderte studiene [33, 34] undersøkte de hvem som deltok på frisklivskurs og fant at de fleste var middelaldrende kvinner med høy motivasjon. Er det andre egenskaper eller omstendigheter som gjør grupper med mennesker ulike?

Hvorvidt resultatene i denne kunnskapsoppsummeringen er overførbare på tvers av alder og kjønn er et viktig spørsmål. Vi kunne ha gjort subgruppeanalyser for å se hvem som har mest nytte av å delta på et slikt tiltak, men siden tiltakene skulle ha en bred og lavterskelnatur, så ga det ikke mening å splitte opp etter hvilken diagnose eller helseutfordring de som deltok hadde. Det som imidlertid kunne vært interessant, er å splitte opp analysene for å se om alder og kjønn hadde noe å si for resultatet. Dette var ikke mulig da vi hadde for få studier til dette. I en overvekt av studiene vi har sammenstilt, er det flest kvinner.

Hvor ofte tiltakene ble tilbudt varierte noe. Noen fikk tiltakene én gang i uka, mens andre fikk enten to eller tre ganger i uka eller til og med opptil seks ganger i uka. Dersom vi hadde hatt flere studier, kunne vi gjort subgruppeanalyser som kunne svart på om det er vesentlige forskjeller i effekt for de som deltar én gang i uka versus flere ganger i uka.

Da vi ikke fant noen studier som undersøkte organiserte oppfølgingstiltak gitt individuelt, er det ikke mulig å konkludere rundt dette alternativet.

Vi ekskluderte studier som ikke involverte fysisk oppmøte for å avgrense arbeidet og å sette søkelys på innholdet av tiltakene, ikke leveringsformatet. I neste runde vil det være naturlig å oppsummere studier som sammenligner ulike leveringsformater av det nøyaktig samme organiserte oppfølgingstiltaket for å se for eksempel for hvem fysisk, hel- eller halvdigitalt format passer for. I denne kunnskapsoppsummeringen har vi med intensjon begrenset oss til å tallfeste effekten av tiltak som oppfyller kriteriene om å være organiserte, strukturerte, helsefremmende, å ha en hyppighet på minst én gang i uka, med fysisk oppmøte og en varighet på 10-14 uker.

Å undersøke utfall ved hjelp av skalaer byr ofte på noen utfordringer når man skal tolke og senere generalisere resultatene. Selv om flere studier brukte samme skala, er det ikke alltid man kan dra nytte av å sitte med et gjennomsnittstall. I noen tilfeller kan det hende at personene som er med i studiene skårer høyt på det man skal undersøke for og at man på den måten ikke har mer å gå på i positiv retning. Det har oppstått en metning før man har startet fordi utfallet som måles er noe man i utgangspunktet skårer høyt på i positiv forstand. Kan dette oppstå i en viss gruppe av deltakere? For eksempel varierer poengskåren betydelig blant befolkningen avhengig av alder og kjønn ved bruk av et kjent instrument, SF-36, som måler livskvalitet og fungering [178].

En mulig løsning på utfordringen med å tolke kontinuerlige resultater (skala) kan være en dikotomisering av disse tallene ved å sette terskelverdier. Da kan man for eksempel telle antall personer som er over eller under en viss terskelverdi. Dersom man klarer å operasjonalisere skalaer til å gi en helt konkret betydning og tolkning for hver eneste verdi på skalaen, er det faktisk mulig å presentere dikotome tall og telle i stedet for å måtte presentere gjennomsnittsverdier på et kontinuum. Ofte følger det med en tolkning av ulike skår, og ved å inndeile og telle etter dette, kan det muligens bli lettere å påvise endring eller ikke-endring.

Et fiktivt eksempel kan være:

Måling av angstsymptomer ved bruk av et spørreskjema som gir poengskår (skala). Skåringen ligger mellom 0-40 poeng hvor høyere verdi betyr mer angstsymptomer. Kan man da gjøre det så enkelt at man kan dele inn i for eksempel tre terskelverdier?

1. 0-7 poeng: Ingen eller svært få angstsymptomer som ikke påvirker dagliglivet
2. 8-17 poeng: Noen angstsymptomer som påvirker dagliglivet til en viss grad (på grensen til å utvikle angst)
3. 18-40 poeng: Mange angstsymptomer som betydelig påvirker dagliglivet (mest sannsynlig en angstdiagnose)

Da kan en resultattabell for utfallet angst for eksempel se slik ut:

Utfall	Kontroll (ingen tiltak)		Tiltak	
	Før	Etter	Før	Etter
Ingen/få symptomer	10 av 120 personer	12 av 120 personer	11 av 122 personer	20 av 122 personer
På grensen til å utvikle angst	45 av 120 personer	44 av 120 personer	45 av 122 personer	51 av 122 personer
Angstdiagnose	65 av 120 personer	64 av 120 personer	66 av 122 personer	51 av 122 personer
Gjennomsnittlig poengskår	22 poeng	21 poeng	23 poeng	19 poeng

Eksempelen over viser at det kan være vanskelig å oppdage viktige forskjeller i et gjennomsnitt fra en skala (kontinuerlig tall) og at det kan være hensiktsmessig å i tillegg presentere resultater på en mer «hvor mange»-måte (dikotome tall) slik at man kan fange opp så mye som mulig i resultatene. I tabellen over er en reduksjon i angstsymptomer med fire poeng ansett å være på grensen til en liten klinisk viktig forskjell. Det at 14 færre personer av 122 personer nå er i angstdiagnosekategorien ville ikke blitt fanget opp dersom resultatene ikke hadde blitt presentert som personer som er over eller under visse terskelverdier tillegg. Hele og absolutte tall er enklere å tolke og å forstå og vil være til god hjelp for de som skal vurdere ulike tiltak for implementering i praksis.

Ved å slå sammen grupper av mennesker som skårer veldig forskjellig i utgangspunktet, kan vi gå glipp av viktige forskjeller, spesielt der hvor gruppen har et dårligere utgangspunkt for et spesifikt utfall. Et typisk eksempel er at det gir liten mening å måle smerter hos en gruppe mennesker som i utgangspunktet ikke plages med smerter for deretter å forvente en bedring. Det samme gjelder å ha som mål å redusere blodtrykket til personer som deltar uten å faktisk sjekke om de i utgangspunktet er i faresonen og trenger å justere dette.

Tolv av de tjue inkluderte studiene var fra land som anses å være sammenlignbare med Norge når det gjelder helsesystemene (Sverige, Danmark, Tyskland, Storbritannia, Spania og Australia). Over halvparten av disse studiene igjen var fra Skandinavia. Overførbarheten av resultatene i denne kunnskapsoppsummeringen, hvor alle studiene var utført i en kommunal setting, anser vi derfor som stor for den norske konteksten.

Potensielle svakheter i arbeidet med kunnskapsoppsummeringen

Store variasjoner i term- og begrepsbruk i dette forskningsfeltet har gjort søk etter relevante studier noe utfordrende. Vi har måttet søke bredt for å sikre oss at de fleste av de termene vi kjenner til kom med, og dette førte naturlig nok til et betydelig merarbeid i form av å måtte gå igjennom mange referanser. Det ble gjort en avveining med hensyn til ressurser og tid. Ideelt sett kunne vi sikkert ha gjort søket enda bredere, men ved å samtidig gjennomgå Cochrane-oversikter publisert de to siste årene på feltet, håpet vi å redusere sjansen for å ha gått glipp av for mange studier. Det viste seg å være en god strategi å søke usystematisk etter systematiske oversikter publisert i [Cochrane Library](#). Faktisk ble fem av de totalt 20 studiene som ble inkludert funnet gjennom slike usystematiske tilleggssøk. Ettersom vi fant noen studier gjennom usystematiske søk, kan vi derfor ikke utelukke at vi kan ha gått glipp av ytterligere relevante studier. I tillegg ble første screeningsrunden av referanser utført av kun én person, og det er dermed en sjanse for at vi kan 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, varierte mer enn vi vet. Dette vil naturligvis gjelde tiltakene som undersøkes også. Organiserte oppfølgingstiltak kan inkludere alt fra et enkelt tiltak som gjentas jevnlig til et mer komplekst tiltak. Det kan dermed hende at vi har puttet for mange ulike frukter i fruktskålen som var ment å kun skulle inneholde pærer og epler.

En annen mulig svakhet er knyttet til analysene. Vi regnet om totalskår til endringsskår for mange av utfallene da flesteparten av studiene ikke rapporterte endringsskår. Dette ekstra omregningssteget kan muligens ha ført til upresise resultater, men vi har brukt anerkjente metoder og anser å ha redusert denne risikoen. 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.

Konklusjon

[<< Tilbake til innhold](#)

Vi har undersøkt effekten av helsefremmende og forebyggende tiltak som tilsvarer norske frisklivstiltak for personer med, eller med økt risiko for å utvikle, sykdom eller andre helseutfordringer. Tiltakene som ble undersøkt var organiserte oppfølgingstiltak som varte mellom 10 til 14 uker og hadde minst ett ukentlig fysisk oppmøte. De organiserte oppfølgingstiltakene ble gitt i en kommunal setting (lokalsamfunnet) med et strukturert opplegg. Sammenligningen (kontrollgruppen) var ingen tiltak eller vanlig oppfølging. Vi fant 20 internasjonale studier som oppfylte kriteriene våre. I de fleste av disse studiene var tiltakene fysisk aktivitet i grupper med ulikt innhold og ulik hyppighet og varighet.

Organiserte oppfølgingstiltak tilsvarende norske frisklivstiltak ser ut til å ha en umiddelbar positiv effekt på utfall som sier noe om hvordan man fungerer i hverdagen og mestrer livet med helseutfordringer. Fysisk fungering, sosial fungering, fysisk rollefungering, mestringstro og livskvalitet er blant utfallene som bedres. Fysiske symptomer som smerter reduseres både på kort og lang sikt, mens en reduksjon i fatigue/utmattelse ses kun på lengre sikt. Effekten på egenomsorg, arbeidsstatus, følelsesmessig rollefungering, kognitiv fungering, generell helsestatus og kostholds- og søvnvaner er derimot mer usikker. Dette gjelder også utfall som sier noen om følelsesmessig fungering, eksempelvis generell psykisk helse, depresjon, angst og velvære. Brukermedvirkning i utvikling, planlegging, gjennomføring og evaluering av de organiserte oppfølgingstiltakene ble ikke rapportert. To studier (norske) oppga imidlertid å ha involvert personer med brukererfaring i planlegging og utførelse av selve studien.

På lengre sikt er det mye usikkerhet knyttet til resultatene da tilliten til resultatet ofte er liten eller svært liten. Vi har med andre ord begrenset kunnskap om hvorvidt de positive effektene som er observert rett etter at tiltakene er avsluttet faktisk vedvarer over tid. Det er spesielt behov for å styrke den forskningsbaserte kunnskapen rundt effekt på følelsesmessig fungering og brukermedvirkning samt effekt på lengre sikt for de fleste utfall knyttet til helse, fungering og mestring.

1. LMH, N., *Hva er læring og mestring*. 2018: <https://mestring.no/hva-er-laering-og-mestring/> (Accessed 2022).
2. Helsebiblioteket, *Kunnskapsbasert praksis*. n.d.: <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kunnskapsbasert-praksis/kunnskapsbasertpraksis.no#> (Accessed 2022).
3. LOVDATA, *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven)*. 2011: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=Lov%20om%20kommunale%20helse-%20og> (Accessed 2022).
4. LOVDATA, *Lov om folkehelsearbeid (folkehelseloven)*. 2011: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29> (Accessed 2022).
5. Helsedirektoratet, *Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator. Nasjonal veileder*. 2015: <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/rehabilitering-habilitering-individuell-plan-og-koordinator> (Accessed 2022).
6. Helsedirektoratet, *Veileder for kommunale frisklivssentraler. Etablering, organisering og tilbud. Veileder*. 2011: [https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:94a0131dab82438294c9705ce1155dcea34e7ec7/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.p](https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/kommunale-frisklivssentraler-etablering-organisering-og-tilbud/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf/_attachment/inline/7cbef5d9-65ee-468d-b8a0-786746db7d2f:94a0131dab82438294c9705ce1155dcea34e7ec7/Kommunale%20frisklivssentraler%20%E2%80%93%20Etablering,%20organisering%20og%20tilbud%20%E2%80%93%20Veileder.pdf) (Accessed 2022).
7. SSB, *Frisklivssentraler og tilsvarende helsefremmende tilbud i norske kommuner 2019*, in *Rapporter 2020/54*. 2020: <https://www.ssb.no/helse/artikler-og-publikasjoner/frisklivssentraler-og-tilsvarende-helsefremmende-tilbud-i-norske-kommuner-2019> (Accessed 2022).
8. Helsedirektoratet, *Hva er en frisklivssentral?* 2016: <https://www.helsedirektoratet.no/tema/frisklivssentraler/hva-er-en-frisklivssentral> (Accessed 2022).
9. Dodd, S., et al., *A taxonomy has been developed for outcomes in medical research to help improve knowledge discovery*. J Clin Epidemiol, 2018. **96**: p. 84-92.
10. NKLMH, *Brukermedvirkning*. 2018: <https://mestring.no/helsepedagogikk/brukermedvirkning/> (Accessed 2022).
11. LOVDATA, *Lov om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven)*. 1999: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Lov%20om%20pasient-%20og%20brukerrettigheter> (Accessed 2022).
12. Samdal, G.B., et al., *Effective behaviour change techniques for physical activity and healthy eating in overweight and obese adults; systematic review and meta-regression analyses*. Int J Behav Nutr Phys Act, 2017. **14**(1): p. 42.
13. Denison, E., et al., *Effects of Organised Follow-Up of Behaviour That May Increase Risk of Disease in Adults*, in *NIPH Systematic Reviews: Executive Summaries*. 2012, Knowledge Centre for the Health Services at The Norwegian Institute of Public Health (NIPH) Copyright ©2012 by The Norwegian Institute of Public Health (NIPH). Oslo, Norway.
14. Higgins, J.P.T.T., J.; Chandler, J.; Cumpston, M.; Li, T.; Page, M. J.; Welch, V. A. (editors), *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3 (updated February 2022)*. 2022. Available from: www.training.cochrane.org/handbook (Accessed 2022).
15. (RevMan), R.M., [Computer program]. Version 5.4. The Cochrane Collaboration, 2020, 2020.
16. Prime, M.U.a.E., *GRADEpro GDT: GRADEpro Guideline Development Tool [Software]*. 2022: www.gradepro.org
17. Glenton, C.R., 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>.

18. Fønhus, M.S.D., 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>.
19. Andersen, L.N., et al., *Efficacy of Tailored Physical Activity or Chronic Pain Self-Management Programme on return to work for sick-listed citizens: a 3-month randomised controlled trial*. Scandinavian journal of public health, 2015. **43**(7): p. 694-703.
20. Bringsvor, H.B., et al., *Effects of a COPD self-management support intervention: a randomized controlled trial*. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis, 2018. **13**: p. 3677-3688.
21. Casañas, R., et al., *Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial*. BMC psychiatry, 2012. **12**: p. 230.
22. Cruz-Diaz, D., et al., *Comparative effects of 12 weeks of equipment based and mat Pilates in patients with Chronic Low Back Pain on pain, function and transversus abdominis activation. A randomized controlled trial*. Complement Ther Med, 2017. **33**: p. 72-77.
23. Foltz, S.C., et al., *The StrongWomen-Healthy Hearts program: reducing cardiovascular disease risk factors in rural sedentary, overweight, and obese midlife and older women*. American journal of public health, 2009. **99**(7): p. 1271-1277.
24. Hall, A.M., et al., *Tai chi exercise for treatment of pain and disability in people with persistent low back pain: a randomized controlled trial*. Arthritis Care Res (Hoboken), 2011. **63**(11): p. 1576-83.
25. Halvarsson, A., E. Franzén, and A. Ståhle, *Balance training with multi-task exercises improves fall-related self-efficacy, gait, balance performance and physical function in older adults with osteoporosis: a randomized controlled trial*. Clinical rehabilitation, 2015. **29**(4): p. 365-375.
26. Hartman, C.A., et al., *Effects of T'ai Chi training on function and quality of life indicators in older adults with osteoarthritis*. Journal of the American Geriatrics Society, 2000. **48**(12): p. 1553-1559.
27. Harvie, M., et al., *The effectiveness of home versus community-based weight control programmes initiated soon after breast cancer diagnosis: a randomised controlled trial*. British journal of cancer, 2019. **121**(6): p. 443-454.
28. Henriksson, M., et al., *Effects of exercise on symptoms of anxiety in primary care patients: a randomized controlled trial*. Journal of affective disorders, 2021.
29. Mardani, A., et al., *Effect of the exercise programme on the quality of life of prostate cancer survivors: a randomized controlled trial*. International journal of nursing practice, 2021. **27**(2): p. e12883.
30. Muharram, A., et al., *Shadowboxing for Relief of Chronic Low Back Pain*. Human Kinetics - IJATT, 2011. **16**(6): p. 29-33.
31. Park, Y.H., et al., *The effects of an integrated health education and exercise program in community-dwelling older adults with hypertension: a randomized controlled trial*. Patient education and counseling, 2011. **82**(1): p. 133-137.
32. Salvo, V., et al., *Comparative effectiveness of mindfulness and mindful eating programmes among low-income overweight women in primary health care: a randomised controlled pragmatic study with psychological, biochemical, and anthropometric outcomes*. Appetite, 2022. **177**.
33. Samdal, G.B., et al., *Healthy and unhealthy eating after a behaviour change intervention in primary care*. Primary health care research & development, 2022. **23**: p. e23.
34. Samdal, G.B., et al., *The Norwegian Healthy Life Centre Study: a pragmatic RCT of physical activity in primary care*. Scandinavian journal of public health, 2019. **47**(1): p. 18-27.
35. Sauch Valmaña, G., et al., *Effects of a Physical Exercise Program on Patients Affected with Fibromyalgia*. Journal of primary care & community health, 2020. **11**: p. 2150132720965071.
36. Stanghelle, B., et al., *Physical fitness in older women with osteoporosis and vertebral fracture after a resistance and balance exercise programme: 3-month post-intervention follow-up of a randomised controlled trial*. BMC musculoskeletal disorders, 2020. **21**(1): p. 471.
37. Teut, M., et al., *Qigong or Yoga Versus No Intervention in Older Adults With Chronic Low Back Pain-A Randomized Controlled Trial*. J Pain, 2016. **17**(7): p. 796-805.

38. Vahlberg, B., et al., *Short-term and long-term effects of a progressive resistance and balance exercise program in individuals with chronic stroke: a randomized controlled trial*. Disability and rehabilitation, 2017. **39**(16): p. 1615-1622.
39. Young, H.J., et al., *The Effects of a Movement-to-Music (M2M) Intervention on Physical and Psychosocial Outcomes in People Poststroke: a Randomized Controlled Trial*. Archives of rehabilitation research and clinical translation, 2021.
40. Admiraal, W.M., et al., *Intensive Lifestyle Intervention in General Practice to Prevent Type 2 Diabetes among 18 to 60-Year-Old South Asians: 1-Year Effects on the Weight Status and Metabolic Profile of Participants in a Randomized Controlled Trial*. Plos one, 2013. **8**(7).
41. Aekplakorn, W., et al., *Evaluation of a Community-Based Diabetes Prevention Program in Thailand: a Cluster Randomized Controlled Trial*. Journal of primary care & community health, 2019. **10**: p. 2150132719847374.
42. Aguirrezabal, I., et al., *Effectiveness of a primary care-based group educational intervention in the management of patients with migraine: a randomized controlled trial*. Primary health care research & development, 2019. **20**: p. e155.
43. Akturk, Z., et al., *An exercise facility connected to family practice offices as a solution for female obesity*. Turkiye klinikleri cardiovascular sciences, 2010. **22**(2): p. 193-199.
44. Al-Ghafri, T.S., et al., *Changes in Self-Efficacy and Social Support after an Intervention to Increase Physical Activity Among Adults with Type 2 Diabetes in Oman: a 12-month follow-up of the MOVEdiabetes trial*. Sultan Qaboos University medical journal, 2021. **21**(1): p. e42-e49.
45. Alghafri, T.S., et al., *'MOVEdiabetes': a cluster randomized controlled trial to increase physical activity in adults with type 2 diabetes in primary health in Oman*. BMJ open diabetes research and care, 2018. **6**(1).
46. Altenburg, W.A., et al., *Short- and long-term effects of a physical activity counselling programme in COPD: a randomized controlled trial*. Respiratory medicine, 2015. **109**(1): p. 112-121.
47. Barclay, C., et al., *Can type 2 diabetes be prevented in UK general practice? A lifestyle-change feasibility study (ISAIAH)*. British journal of general practice, 2008. **58**(553): p. 541-547.
48. Battersby, M., et al., *A pragmatic randomized controlled trial of the Flinders Program of chronic condition management in community health care services*. Patient education and counseling, 2015. **98**(11): p. 1367-1375.
49. Baviskar, M.P., et al., *Assessment of a group-based comprehensive diabetes management program to improve glycemic control, quality of life and self-care behavior in patients with type 2 diabetes mellitus in a primary healthcare setting of a metropolitan city in India: CDMP MUM Trial*. International journal of diabetes in developing countries, 2020.
50. Becker, D.M., et al., *Impact of a community-based multiple risk factor intervention on cardiovascular risk in black families with a history of premature coronary disease*. Circulation, 2005. **111**(10): p. 1298-1304.
51. Bosley, F. and T.W. Allen, *Stress management training for hypertensives: cognitive and physiological effects*. Journal of behavioral medicine, 1989. **12**(1): p. 77-89.
52. Brosseau, L., et al., *The implementation of a community-based aerobic walking program for mild to moderate knee osteoarthritis: a knowledge translation randomized controlled trial: part II: clinical outcomes*. BMC public health, 2012. **12**: p. 1073.
53. Butler, S.J., et al., *Randomized controlled trial of community-based, post-rehabilitation exercise in COPD*. Respiratory medicine, 2020. **174**: p. 106195.
54. Cadmus, L., et al., *Community-based aquatic exercise and quality of life in persons with osteoarthritis*. Medicine and science in sports and exercise, 2010. **42**(1): p. 8-15.
55. Carbonell-Baeza, A., et al., *Efficacy of Biodanza for treating women with fibromyalgia*. Journal of alternative and complementary medicine (New York, N.Y.), 2010. **16**(11): p. 1191-1200.
56. Carter, N.D., et al., *Results of a 10 week community based strength and balance training programme to reduce fall risk factors: a randomised controlled trial in 65-75 year old women with osteoporosis*. British journal of sports medicine, 2001. **35**(5): p. 348-351.
57. Casas-Herrero, A., et al., *Effects of Vivifrail multicomponent intervention on functional capacity: a multicentre, randomized controlled trial*. Journal of cachexia, sarcopenia and muscle, 2022.

58. Chan, M.L.T. and D.S.F. Yu, *The effects of low-impact moderate-intensity stepping exercise on fatigue and other functional outcomes in older adults with multimorbidity: a randomized controlled trial*. Archives of gerontology and geriatrics, 2022. **98**.
59. Chang, K.J., et al., *A 12-week multi-domain lifestyle modification to reduce depressive symptoms in older adults: a preliminary report*. Psychiatry investigation, 2018. **15**(3): p. 279-284.
60. Conroy, M.B., et al., *Effectiveness of a physical activity and weight loss intervention for middle-aged women: healthy bodies, healthy hearts randomized trial*. Journal of general internal medicine, 2015. **30**(2): p. 207-213.
61. Cortell-Tormo, J.M., et al., *Effects of functional resistance training on fitness and quality of life in females with chronic nonspecific low-back pain*. J Back Musculoskelet Rehabil, 2018. **31**(1): p. 95-105.
62. Daley, A.J., et al., *The effects of exercise upon symptoms and quality of life in patients diagnosed with irritable bowel syndrome: a randomised controlled trial*. International journal of sports medicine, 2008. **29**(9): p. 778-782.
63. de Vos, B.C., J. Runhaar, and S.M. Bierma-Zeinstra, *Effectiveness of a tailor-made weight loss intervention in primary care*. European journal of nutrition, 2014. **53**(1): p. 95-104.
64. Dohrn, I.M., et al., *Short- and Long-Term Effects of Balance Training on Physical Activity in Older Adults With Osteoporosis: a Randomized Controlled Trial*. Journal of geriatric physical therapy (2001), 2017. **40**(2): p. 102-111.
65. Ely, A.C., et al., *Kansas primary care weighs in: a pilot randomized trial of a chronic care model program for obesity in 3 rural Kansas primary care practices*. Journal of rural health, 2008. **24**(2): p. 125-132.
66. Engberg, E., et al., *The effects of health counseling and exercise training on self-rated health and well-being in middle-aged men: a randomized trial*. Journal of sports medicine and physical fitness, 2017. **57**(6): p. 916-922.
67. Eriksson, K.M., C.J. Westborg, and M.C. Eliasson, *A randomized trial of lifestyle intervention in primary healthcare for the modification of cardiovascular risk factors*. Scandinavian journal of public health, 2006. **34**(5): p. 453-461.
68. Ersek, M., et al., *Results of a randomized controlled trial to examine the efficacy of a chronic pain self-management group for older adults*. Pain, 2008. **138**(1): p. 29-40.
69. Federman, A.D., et al., *Effect of a Self-management Support Intervention on Asthma Outcomes in Older Adults: the SAMBA Study Randomized Clinical Trial*. JAMA internal medicine, 2019.
70. Ferreira, G.E., et al., *Exercise Is Medicine, But Perhaps Not for Preventing Low Back Pain: a Randomized Trial of Exercise and Education to Prevent Low Back Pain Recurrence*. Journal of orthopaedic and sports physical therapy, 2021. **51**(4): p. 188-195.
71. Feys, P., et al., *Effects of an individual 12 weeks community located running program on physical capacity, walking, cognitive function, dual tasking and brain volumes and structures in persons with Multiple Sclerosis*. Multiple sclerosis (houndsmills, basingstoke, england), 2016. **22**: p. 73-74.
72. Fu, D., et al., *Implementation and quantitative evaluation of chronic disease self-management programme in Shanghai, China: randomized controlled trial*. Bulletin of the World Health Organization, 2003. **81**(3): p. 174-182.
73. Galaviz, K., L. Lévesque, and J. Kotecha, *Evaluating the effectiveness of a physical activity referral scheme among women*. Journal of primary care & community health, 2013. **4**(3): p. 167-171.
74. Gamage, D.G., et al., *Effectiveness of a scalable group-based education and monitoring program, delivered by health workers, to improve control of hypertension in rural India: a cluster randomised controlled trial*. PLoS medicine, 2020. **17**(1): p. e1002997.
75. Garrett, M., et al., *Exercise in the community for people with multiple sclerosis--a follow-up of people with minimal gait impairment*. Multiple sclerosis (Houndsmills, Basingstoke, England), 2013. **19**(6): p. 790-798.
76. Gaskin, C.J., et al., *Fitness outcomes from a randomised controlled trial of exercise training for men with prostate cancer: the ENGAGE study*. Journal of cancer survivorship, 2016. **10**(6): p. 972-980.

77. Goldhaber-Fiebert, J.D., et al., *Randomized controlled community-based nutrition and exercise intervention improves glycemia and cardiovascular risk factors in type 2 diabetic patients in rural Costa Rica*. Diabetes care, 2003. **26**(1): p. 24-29.
78. Gong, J., X. Chen, and S. Li, *Efficacy of a Community-Based Physical Activity Program KM2H2 for Stroke and Heart Attack Prevention among Senior Hypertensive Patients: a Cluster Randomized Controlled Phase-II Trial*. PloS one, 2015. **10**(10): p. e0139442.
79. Gong, J., et al., *Persistent effect at 30-month post intervention of a community-based randomized trial of KM2H2 in reducing stroke and heart attack among senior hypertensive patients*. International journal of behavioral nutrition and physical activity, 2018. **15**(1) (no pagination).
80. Greaney, M.L., et al., *The effect of a weight gain prevention intervention on moderate-vigorous physical activity among black women: the Shape Program*. International journal of behavioral nutrition and physical activity, 2017. **14**(1).
81. Greaves, C., et al., *Waste the waist: a pilot randomised controlled trial of a primary care based intervention to support lifestyle change in people with high cardiovascular risk*. International journal of behavioral nutrition and physical activity, 2015. **12**: p. 1.
82. Hammond, A. and K. Freeman, *Community patient education and exercise for people with fibromyalgia: a parallel group randomized controlled trial*. Clinical rehabilitation, 2006. **20**(10): p. 835-846.
83. Hansson, E.E., et al., *Effect of an education programme for patients with osteoarthritis in primary care--a randomized controlled trial*. BMC musculoskeletal disorders, 2010. **11**: p. 244.
84. Harris, M.F., et al., *A cluster randomised controlled trial of vascular risk factor management in general practice*. Medical journal of Australia, 2012. **197**(7): p. 387-393.
85. Hays, L.M., et al., *Effects of a Community-based Lifestyle Intervention on Change in Physical Activity Among Economically Disadvantaged Adults With Prediabetes*. American journal of health education, 2016. **47**(5): p. 266-278.
86. Hellgren, M.I., et al., *A lifestyle intervention in primary care prevents deterioration of insulin resistance in patients with impaired glucose tolerance: a randomised controlled trial*. Scandinavian journal of public health, 2016. -: p. -.
87. Herzig, K.H., et al., *Light physical activity determined by a motion sensor decreases insulin resistance, improves lipid homeostasis and reduces visceral fat in high-risk subjects: PreDiabEx study RCT*. Int J Obes (Lond), 2014. **38**(8): p. 1089-96.
88. Hung, H.M., S.H. Yeh, and C.H. Chen, *Effects of Qigong Exercise on Biomarkers and Mental and Physical Health in Adults With at Least One Risk Factor for Coronary Artery Disease*. Biological research for nursing, 2016. **18**(3): p. 264-273.
89. Hurley, M.V., et al., *Clinical effectiveness of a rehabilitation program integrating exercise, self-management, and active coping strategies for chronic knee pain: a cluster randomized trial*. Arthritis and rheumatism, 2007. **57**(7): p. 1211-1219.
90. Isaacs, A.J., et al., *Exercise Evaluation Randomised Trial (EXERT): a randomised trial comparing GP referral for leisure centre-based exercise, community-based walking and advice only*. Health technology assessment (Winchester, England), 2007. **11**(10): p. 1-165, iii-iv.
91. Jehn, M.L., et al., *One year follow-up of overweight and obese hypertensive adults following intensive lifestyle therapy*. Journal of human nutrition and dietetics, 2006. **19**(5): p. 349-354.
92. Jiang, Y., et al., *Lasting Effects of a Community-Based Self-Management Intervention for Patients With Type 2 Diabetes in China: outcomes at 2-Year Follow-up of a Randomized Trial*. Asia-pacific journal of public health, 2021. **33**(1): p. 30-38.
93. Juhakoski, R., et al., *A pragmatic randomized controlled study of the effectiveness and cost consequences of exercise therapy in hip osteoarthritis*. Clinical rehabilitation, 2011. **25**(4): p. 370-383.
94. Katula, J.A., et al., *The Healthy Living Partnerships to Prevent Diabetes study: 2-year outcomes of a randomized controlled trial*. American journal of preventive medicine, 2013. **44**(4 Suppl 4): p. S324-32.

95. Ketola, E., M. Mäkelä, and M. Klockars, *Individualised multifactorial lifestyle intervention trial for high-risk cardiovascular patients in primary care*. British journal of general practice, 2001. **51**(465): p. 291-294.
96. Khodneva, Y., et al., *Peer Support Intervention Improves Pain-Related Outcomes Among Rural Adults With Diabetes and Chronic Pain at 12-Month Follow-Up*. Journal of rural health, 2021. **37**(2): p. 394-405.
97. Kim, I.S., et al., *The effectiveness of an aquarobic exercise program for patients with osteoarthritis*. Applied nursing research, 2012. **25**(3): p. 181-189.
98. Kochevar, A.J., K.L. Smith, and M.A. Bernard, *Effects of a community-based intervention to increase activity in American Indian elders*. J Okla State Med Assoc, 2001. **94**(10): p. 455-60.
99. Kurban, S., et al., *Effect of chronic regular exercise on serum ischemia-modified albumin levels and oxidative stress in type 2 diabetes mellitus*. Endocr Res, 2011. **36**(3): p. 116-23.
100. Lakerveld, J., et al., *Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial*. International journal of behavioral nutrition and physical activity, 2013. **10**: p. 47.
101. Lakerveld, J., et al., *The effects of a lifestyle intervention on leisure-time sedentary behaviors in adults at risk: the Hoorn Prevention Study, a randomized controlled trial*. Preventive medicine, 2013. **57**(4): p. 351-356.
102. Lakoski, S.G., et al., *The safety and efficacy of early-initiation exercise training after acute venous thromboembolism: a randomized clinical trial*. Journal of thrombosis and haemostasis : JTH, 2015. **13**(7): p. 1238-1244.
103. Lambers, S., et al., *Influence of combined exercise training on indices of obesity, diabetes and cardiovascular risk in type 2 diabetes patients*. Clinical rehabilitation, 2008. **22**(6): p. 483-492.
104. Lean, M.E., et al., *Primary care-led weight management for remission of type 2 diabetes (DiRECT): an open-label, cluster-randomised trial*. Lancet (london, england), 2018. **391**(10120): p. 541-551.
105. Lean, M.E.J., et al., *Durability of a primary care-led weight-management intervention for remission of type 2 diabetes: 2-year results of the DiRECT open-label, cluster-randomised trial*. The lancet. Diabetes & endocrinology, 2019. **7**(5): p. 344-355.
106. Leonhardt, C., et al., *TTM-based motivational counselling does not increase physical activity of low back pain patients in a primary care setting--A cluster-randomized controlled trial*. Patient education and counseling, 2008. **70**(1): p. 50-60.
107. Liira, H., et al., *Exercise intervention and health checks for middle-aged men with elevated cardiovascular risk: a randomized controlled trial*. Scandinavian journal of primary health care, 2014. **32**(4): p. 156-162.
108. Lima, S.T., et al., *Dietary approach to hypertension based on low glycaemic index and principles of DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension): a randomised trial in a primary care service*. British journal of nutrition, 2013. **110**(8): p. 1472-1479.
109. Lima, S.T., et al., *Reductions in glycemic and lipid profiles in hypertensive patients undergoing the Brazilian Dietary Approach to Break Hypertension: a randomized clinical trial*. Nutrition research (New York, N.Y.), 2014. **34**(8): p. 682-687.
110. Liss, D.T., et al., *One-year effects of a group-based lifestyle intervention in adults with type 2 diabetes: a randomized encouragement trial*. Diabetes research and clinical practice, 2018. **140**: p. 36-44.
111. Liu, X., et al., *A randomized controlled trial assessing the effects of Tai Chi on indicators of health related quality of life in adults with elevated blood glucose level*. Journal of science and medicine in sport, 2012. **15**: p. S360-.
112. Liu, Y., et al., *Short-term effects of lifestyle intervention in the reversion to normoglycemia in people with prediabetes*. Primary care diabetes, 2021.
113. Liu, Y., et al., *Short-term effects of lifestyle intervention in the reversion to normoglycemia in people with prediabetes*. Primary care diabetes, 2022. **16**(1): p. 168-172.
114. Lo, S.W.S., S.Y. Chair, and I.F.K. Lee, *Effects of Lifestyle Intervention on Physiological Outcomes in Chinese Adults With, or at High Risk of, Metabolic Syndrome*. Journal of cardiovascular nursing, 2017. **32**(6): p. 514-521.

115. Marconcin, P., et al., *A randomized controlled trial of a combined self-management and exercise intervention for elderly people with osteoarthritis of the knee: the PLE2NO program*. Clinical rehabilitation, 2018. **32**(2): p. 223-232.
116. Marconcin, P., et al., *The effectiveness of a randomised clinical trial of PLE2 NO self-management and exercise programme for knee osteoarthritis to improve self-efficacy*. Musculoskeletal care, 2022. **20**(1): p. 137-144.
117. Marsden, D.L., et al., *A Home- and Community-Based Physical Activity Program Can Improve the Cardiorespiratory Fitness and Walking Capacity of Stroke Survivors*. Journal of stroke and cerebrovascular diseases, 2016. **25**(10): p. 2386-2398.
118. Mendham, A.E., et al., *Improved Sleep Quality and Depressive Symptoms With Exercise Training in Obese Women From a Low Socioeconomic Community: a Randomized Controlled Trial*. Journal of physical activity & health, 2021. **18**(4): p. 440-449.
119. Miller, J., et al., *Chronic Pain Self-Management Support With Pain Science Education and Exercise (COMMENCE) for People With Chronic Pain and Multiple Comorbidities: a Randomized Controlled Trial*. Archives of physical medicine and rehabilitation, 2020. **101**(5): p. 750-761.
120. Moffett, J.K., et al., *Randomised controlled trial of exercise for low back pain: clinical outcomes, costs, and preferences*. BMJ (Clinical research ed.), 1999. **319**(7205): p. 279-283.
121. Nguyen, H.Q., et al., *Effect of Physical Activity Coaching on Acute Care and Survival Among Patients With Chronic Obstructive Pulmonary Disease: a Pragmatic Randomized Clinical Trial*. JAMA network open, 2019. **2**(8): p. e199657.
122. Niiranen, T.J., et al., *Lack of impact of a comprehensive intervention on hypertension in the primary care setting*. American journal of hypertension, 2014. **27**(3): p. 489-496.
123. Osborn, D., et al., *Clinical and cost-effectiveness of an intervention for reducing cholesterol and cardiovascular risk for people with severe mental illness in English primary care: a cluster randomised controlled trial*. The lancet. Psychiatry, 2018. **5**(2): p. 145-154.
124. Østerås, N., et al., *Implementing a structured model for osteoarthritis care in primary healthcare: a stepped-wedge cluster-randomised trial*. PLoS medicine, 2019. **16**(10): p. e1002949.
125. Osterlind, J., et al., *The Swedish Bjorknas study: fewer physician visits in primary health care. A randomized study of intensive life style intervention*. Lakartidningen, 2010. **107**(15): p. 976-980.
126. Patel, R.M., et al., *Effectiveness of a Group-Based Culturally Tailored Lifestyle Intervention Program on Changes in Risk Factors for Type 2 Diabetes among Asian Indians in the United States*. Journal of diabetes research, 2017. **2017**: p. 2751980.
127. Pihl, E., et al., *Exercise in elderly patients with chronic heart failure in primary care: effects on physical capacity and health-related quality of life*. European journal of cardiovascular nursing, 2011. **10**(3): p. 150-158.
128. Rejeski, W.J., et al., *Translating weight loss and physical activity programs into the community to preserve mobility in older, obese adults in poor cardiovascular health*. Archives of internal medicine, 2011. **171**(10): p. 880-886.
129. Risch, S.V., et al., *Lumbar strengthening in chronic low back pain patients. Physiologic and psychological benefits*. Spine (Phila Pa 1976), 1993. **18**(2): p. 232-8.
130. Roh, H.W., et al., *A 12-week multidomain intervention for late-life depression: a community-based randomized controlled trial*. Journal of affective disorders, 2020. **263**: p. 437-444.
131. Rosales, C.B., et al., *Meta Salud Diabetes for cardiovascular disease prevention in Mexico: a cluster-randomized behavioural clinical trial*. International journal of epidemiology, 2021. **50**(4): p. 1272-1282.
132. Runhaar, J., et al., *Prevention of knee osteoarthritis in overweight females: the first preventive randomized controlled trial in osteoarthritis*. American journal of medicine, 2015. **128**(8): p. 888-895.e4.
133. Samdal, G.B., et al., *How are body mass and body attitude impacted by a behaviour change intervention in primary care? A pragmatic randomised controlled trial*. Scandinavian journal of public health, 2021. **49**(4): p. 393-401.

134. Sanchez, A., et al., *Effective translation of a type-2 diabetes primary prevention programme into routine primary care: the PreDE cluster randomised clinical trial*. Diabetes research and clinical practice, 2018. **139**: p. 32-42.
135. Sawyer, A.T., et al., *A Randomized Controlled Trial of a Motivational Interviewing Intervention to Improve Whole-Person Lifestyle*. Journal of primary care & community health, 2020. **11**: p. 2150132720922714.
136. Schenkman, M., et al., *Exercise to improve spinal flexibility and function for people with Parkinson's disease: a randomized, controlled trial*. Journal of the American Geriatrics Society, 1998. **46**(10): p. 1207-1216.
137. Schoenthaler, A., et al., *Comparative Effectiveness of a Practice-Based Comprehensive Lifestyle Intervention vs. Single Session Counseling in Hypertensive Blacks*. American journal of hypertension, 2016. **29**(2): p. 280-287.
138. Shah, K.N., et al., *Enhancing physical function in HIV-infected older adults: a randomized controlled clinical trial*. Health psychology, 2016. **35**(6): p. 563-573.
139. Sisman, F.N., et al., *Randomized Controlled Trial for the Effects of an Exercise Program for Functional Remission and Weight Control in Schizophrenia: A Community Mental Health Study*. Issues in mental health nursing, 2022: p. 1-10.
140. Skoro-Kondza, L., et al., *Community based yoga classes for type 2 diabetes: an exploratory randomised controlled trial*. BMC health services research, 2009. **9**.
141. Steffen, P.L.S., et al., *Motivational Interviewing in the Management of Type 2 Diabetes Mellitus and Arterial Hypertension in Primary Health Care: an RCT*. American journal of preventive medicine, 2021. **60**(5): p. e203-e212.
142. Sun, J. and N. Buys, *Community-Based Mind-Body Meditative Tai Chi Program and Its Effects on Improvement of Blood Pressure, Weight, Renal Function, Serum Lipoprotein, and Quality of Life in Chinese Adults With Hypertension*. American journal of cardiology, 2015. **116**(7): p. 1076-1081.
143. Taylor-Piliae, R.E., et al., *Effect of Tai Chi on physical function, fall rates and quality of life among older stroke survivors*. Archives of physical medicine and rehabilitation, 2014. **95**(5): p. 816-824.
144. Teixeira-Salmela, L.F., et al., *Muscle strengthening and physical conditioning to reduce impairment and disability in chronic stroke survivors*. Archives of physical medicine and rehabilitation, 1999. **80**(10): p. 1211-1218.
145. Thanh, H.T.K. and T.M. Tien, *Effect of Group Patient Education on Glycemic Control Among People Living with Type 2 Diabetes in Vietnam: a Randomized Controlled Single-Center Trial*. Diabetes therapy, 2021. **12**(5): p. 1503-1521.
146. Thomas, S., et al., *A pragmatic parallel arm multi-centre randomised controlled trial to assess the effectiveness and cost-effectiveness of a group-based fatigue management programme (FACETS) for people with multiple sclerosis*. Journal of neurology, neurosurgery, and psychiatry, 2013. **84**(10): p. 1092-1099.
147. Tucker, C.M., et al., *The effects of a culturally sensitive, empowerment-focused, community-based health promotion program on health outcomes of adults with type 2 diabetes*. Journal of health care for the poor and underserved, 2014. **25**(1): p. 292-307.
148. Tudor-Locke, C., et al., *Controlled outcome evaluation of the First Step Program: a daily physical activity intervention for individuals with type II diabetes*. Int J Obes Relat Metab Disord, 2004. **28**(1): p. 113-9.
149. Vahlberg, B., et al., *Body composition and physical function after progressive resistance and balance training among older adults after stroke: an exploratory randomized controlled trial*. Disability and rehabilitation, 2017. **39**(12): p. 1207-1214.
150. van Baar, M.E., et al., *Effectiveness of exercise in patients with osteoarthritis of hip or knee: nine months' follow up*. Annals of the rheumatic diseases, 2001. **60**(12): p. 1123-1130.
151. Van Gemert, W.A.M., et al., *Quality of life after diet or exercise-induced weight loss in overweight to obese postmenopausal women: the SHAPE-2 randomised controlled trial*. Plos one, 2015. **10**(6).
152. Van Name, M.A., et al., *Effective Translation of an Intensive Lifestyle Intervention for Hispanic Women With Prediabetes in a Community Health Center Setting*. Diabetes care, 2016. **39**(4): p. 525-531.

153. Wallis, J.A., et al., *A walking program for people with severe knee osteoarthritis did not reduce pain but may have benefits for cardiovascular health: a phase II randomised controlled trial.* Osteoarthritis Cartilage, 2017. **25**(12): p. 1969-1979.
154. Weobong, B., et al., *Sustained effectiveness and cost-effectiveness of the Healthy Activity Programme, a brief psychological treatment for depression delivered by lay counsellors in primary care: 12-month follow-up of a randomised controlled trial.* PLoS medicine, 2017. **14**(9): p. e1002385.
155. Wolf, A.M., et al., *Translating lifestyle intervention to practice in obese patients with type 2 diabetes: improving Control with Activity and Nutrition (ICAN) study.* Diabetes care, 2004. **27**(7): p. 1570-1576.
156. Wright, K.D., et al., *Mindfulness in Motion and Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) in Hypertensive African Americans.* Journal of the American Geriatrics Society, 2021. **69**(3): p. 773-778.
157. Wu, M.P., et al., *Health-promotion interventions enhance and maintain self-efficacy for adults at cardiometabolic risk: a randomized controlled trial.* Archives of gerontology and geriatrics, 2019. **82**: p. 61-66.
158. Yamashiro, T., et al., *The effect of group-based lifestyle interventions on risk factors and insulin resistance in subjects at risk for metabolic syndrome: the Tabaruzaka Study 1.* Diabetes Obes Metab, 2010. **12**(9): p. 790-7.
159. Yang, Z., et al., *Evaluation of a community-based behavioral weight loss program in Chinese adults: a randomized controlled trial.* Obesity (Silver Spring, Md.), 2016. **24**(7): p. 1464-1470.
160. Yeh, G.Y., et al., *Tai chi exercise in patients with chronic heart failure: a randomized clinical trial.* Archives of internal medicine, 2011. **171**(8): p. 750-757.
161. Yu, D.S., et al., *Non-pharmacological interventions in older people with heart failure: effects of exercise training and relaxation therapy.* Gerontology, 2007. **53**(2): p. 74-81.
162. Yun, Q., et al., *Can autonomy support have an effect on type 2 diabetes glycemic control? Results of a cluster randomized controlled trial.* BMJ open diabetes research & care, 2020. **8**(1).
163. Zamani-Alavijeh, F., et al., *The effectiveness of stress management training on blood glucose control in patients with type 2 diabetes.* Diabetology & metabolic syndrome, 2018. **10**(1).
164. Abraham, L.N., et al., *Exercise-based cardiac rehabilitation for adults after heart valve surgery.* Cochrane Database Syst Rev, 2021. **5**: p. CD010876.
165. Chastin, S., et al., *Interventions for reducing sedentary behaviour in community-dwelling older adults.* Cochrane Database Syst Rev, 2021. **6**: p. CD012784.
166. Conley, M.M., et al., *Interventions for weight loss in people with chronic kidney disease who are overweight or obese.* Cochrane Database Syst Rev, 2021. **3**: p. CD013119.
167. Dibben, G., et al., *Exercise-based cardiac rehabilitation for coronary heart disease.* Cochrane Database Syst Rev, 2021. **11**: p. CD001800.
168. Hayden, J.A., et al., *Exercise therapy for chronic low back pain.* Cochrane Database Syst Rev, 2021. **9**: p. CD009790.
169. Jones, K., et al., *Interventions for promoting physical activity in people with neuromuscular disease.* Cochrane Database Syst Rev, 2021. **5**: p. CD013544.
170. Lee, L.L., et al., *Walking for hypertension.* Cochrane Database Syst Rev, 2021. **2**: p. CD008823.
171. Saunders, D.H., et al., *Interventions for reducing sedentary behaviour in people with stroke.* Cochrane Database Syst Rev, 2021. **6**: p. CD012996.
172. Schrijver, J., et al., *Self-management interventions for people with chronic obstructive pulmonary disease.* Cochrane Database Syst Rev, 2022. **1**: p. CD002990.
173. Tully, A., et al., *Interventions for the management of obesity in people with bipolar disorder.* Cochrane Database Syst Rev, 2020. **7**: p. CD013006.
174. Regjeringen, *Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen 2019-2023.* 2019: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/strategi-for-a-oke-helsekompetansen-i-befolkningen-2019-2023/id2644707/> (accessed 2022).
175. Regjeringen, *NOU 2018: 16. Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester.* 2018:

<https://www.regjeringen.no/contentassets/013aba8272d3412794ff7c78deb83e77/no/pdfs/nou201820180016000dddpdfs.pdf> (Accessed 2022).

176. Wiig, O.R., K.; Aksnes, D. W.; Ekeland, E.; Aagestad, C.; Stenstadvold, M., *Forskning og innovasjon rettet mot kommunale helse- og omsorgstjenester. Kartlegging av resultater av forskningen og erfaringer fra kommunal sektor*. 2020. **Rapport 2020:28**. NIFU.
177. Samdal, G.B., et al., *Participants at Norwegian Healthy Life Centres: Who are they, why do they attend and how are they motivated? A cross-sectional study*. Scand J Public Health, 2018. **46**(7): p. 774-781.
178. Garratt, A.M. and K. Stavem, *Measurement properties and normative data for the Norwegian SF-36: results from a general population survey*. Health Qual Life Outcomes, 2017. **15**(1): p. 51.

Vedlegg 1. Ekskluderte studier

[<< Tilbake til innhold](#)

Ekskluderte studier (n=124)

Studie	Årsak for ekskludering
Admiraal 2013 [40]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Aekplakorn 2019 [41]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Aguirrezabal 2019 [42]	Under 10 ukers varighet på tiltaket
Akturk 2010 [43]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Al-Ghafri 2021 [44]	Under 10 ukers varighet på tiltaket
Alghafri 2018 [45]	Under 10 ukers varighet på tiltaket
Altenburg 2015 [46]	12 ukers varighet på tiltaket, men kun 5 oppfølginger
Barclay 2008 [47]	Under 10 ukers varighet på tiltaket
Battersby 2015 [48]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Baviskar 2020 [49]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Becker 2005 [50]	Ingen relevante utfall
Bosley & Allen 1989 [51]	Under 10 ukers varighet på tiltaket
Brosseau 2012 [52]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Butler 2020 [53]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Cadmus 2010 [54]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Carbonell-Baeza 2010 [55]	Ikke RCT
Carter 2001 [56]	Fullstendige absolutte tall er ikke presentert for relevant utfall og kan ikke brukes inn i metaanalyse (kun tall fra baseline)
Casas-Herrero 2022 [57]	Hjemmebasert treningstiltak
Chan 2022 [58]	Kun aktiv sammenligning
Chang 2018 [59]	12 ukers tiltak, men ikke et tiltak med fysisk ukentlig oppmøte (telefon ukentlig)
Conroy 2015 [60]	Kun aktiv sammenligning
Cortell-Tormo 2018 [61]	Færre enn 30 deltakere i studien
Daley 2008 [62]	12 ukers varighet på tiltaket, men kun 2 oppfølginger
de Vos 2014 [63]	Over 14 ukers varighet
Dohrn 2017 [64]	Fullstendige absolutte tall er ikke presentert for relevant utfall og kan ikke brukes inn i metaanalyse
Ely 2008 2017 [65]	Kompleks intervensjon, ikke fysisk oppfølging, kun telefonoppfølging
Engberg 2017 [66]	Fullstendige absolutte tall er ikke presentert for relevant utfall og kan ikke brukes inn i metaanalyse (kun figur)
Eriksson 2006 [67]	12 ukers varighet på tiltaket, men kun 5 oppfølginger. Total oppfølging var 1 år
Ersek 2008 [68]	Mindre enn 10 ukers varighet på tiltaket
Federman 2019 [69]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Ferreira 2021 [70]	Fullstendige absolutte tall er ikke presentert for relevant utfall og kan ikke brukes inn i metaanalyse
Feys 2016 [71]	Ikke fysisk oppmøte, kun epost
Fu 2003 [72]	Mindre enn 10 ukers varighet på tiltaket
Galaviz 2013 [73]	Mindre enn 10 ukers varighet på tiltaket
Gamage 2020 [74]	12 ukers varighet på tiltaket, men kun 6 oppfølginger
Garrett 2013 [75]	Kun aktive sammenligninger
Gaskin 2016 [76]	12 ukers varighet på tiltaket, men kun 2 oppfølginger
Goldhaber-Fiebert 2003 [77]	Ingen relevante utfallsmål
Gong 2015 [78]	3 måneders varighet på tiltaket, men 6 sesjoner og 2 booster
Gong 2018 [79]	3 måneders varighet på tiltaket, men 6 sesjoner og 2 booster
Greaney 2017 [80]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Greaves 2015 [81]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Hammond 2006 [82]	Kun aktive sammenligninger
Hansson 2010 [83]	Mindre enn 10 ukers varighet på tiltaket
Harris 2012 [84]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Hays 2016 [85]	Over 14 ukers varighet på tiltaket

Studie	Årsak for ekskludering
Hellgren 2016 [86]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Herzig 2014 [87]	Ingen relevante utfall
Hung 2016 [88]	Fullstendige absolutte tall er ikke presentert for relevant utfall og kan ikke brukes inn i metaanalyse (kun figur)
Hurley 2007 [89]	Under 10 ukers varighet på tiltaket
Isaacs 2007 [90]	For aktiv sammenligning.
Jehn 2006 [91]	Under 10 ukers varighet (9 uker) på tiltaket
Jiang 2021 [92]	12 ukers varighet på tiltaket, men lavere frekvens enn ukentlig (8 ganger)
Juhakoski 2011 [93]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Katula 2011 [94]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Ketola 2001 [95]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Khodneva 2021 [96]	12 ukers varighet på tiltaket, men lavere frekvens enn ukentlig (8 ganger)
Kim 2012 [97]	Ikke RCT
Kochevar 2001 [98]	Under 10 ukers varighet på tiltaket
Kurban 2011 [99]	Ingen relevante utfall
Lakerveld 2013 [100]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Lakerveld 2013 [101]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Lakoski 2015 [102]	3 mnd. varighet på tiltaket, men kun en treningsoppfølging og kosthold over telefon
Lambers 2008 [103]	Færre enn 30 deltakere i studien
Lean 2019 [104]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Lean 2018 [105]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Leonhardt 2008 [106]	Veiledning/rådgivning med under 3 møter og uklar lengde på tiltaket
Liira 2014 [107]	Fullstendige absolutte tall er ikke presentert for relevant utfall og kan ikke brukes inn i metaanalyse (kun figur)
Lima 2013 [108]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Lima 2014 [109]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Liss 2018 [110]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Liu 2012 [111]	Fullstendige absolutte tall er ikke presentert for relevant utfall og kan ikke brukes inn i metaanalyse (kun figur)
Liu 2021 [112]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Liu 2022 [113]	Uklar lengde på tiltaket, men kun oppfølging hver 3. mnd.
Lo 2017 [114]	12 uker på tiltaket, men ikke ukentlig oppfølging (3 ganger pluss 2 over telefon)
Marconcin 2018 [115]	Kun aktive sammenligninger
Marconcin 2022 [116]	Kun aktive sammenligninger
Marsden 2016 [117]	3 mnd. varighet på tiltaket, men kun en treningsoppfølging over telefon/epost
Mendham 2021 [118]	Fullstendige absolutte tall er ikke presentert for relevant utfall og kan ikke brukes inn i metaanalyse (kun figur)
Miller 2020 [119]	Under 10 ukers varighet på tiltaket
Moffett 1999 [120]	Under 10 ukers varighet på tiltaket
Nguyen 2019 [121]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Niiranen, 2014 [122]	Tiltak rettet mot helsepersonell
Osborn 2018 [123]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Osterlind 2010 [125]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Patel 2017 [126]	Religiøs/kulturell setting. Ikke i regi av myndigheter
Phil 2011 [127]	Ikke RCT
Rejeski 2011 [128]	Over 14 ukers varighet
Risch 1993 [129]	Spesialisert treningsopplegg. Fysioterapeut med utstyr til å drive spesiell styrketrening
Roh 2020 [130]	12 ukers varighet på tiltaket, men kun 4 møter og resten telefon
Rosales 2021 [131]	For aktiv sammenligning. Ingen relevante utfall
Runhaar 2015 [132]	Over 14 ukers varighet på tiltaket

Studie	Årsak for ekskludering
Samdal 2021 [133]	Ingen relevante utfall
Sanchez 2018 [134]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Sawyer 2020 [135]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Schenkeman 1998 [136]	Ingen relevante utfall
Schoenthaler 2016 [137]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Shah 2016 [138]	12 ukers varighet på tiltaket, men lavere frekvens enn ukentlig (6 ganger)
Sisman 2022 [139]	Under 10 ukers varighet på tiltaket
Skoro-Kondza 2009 [140]	Fullstendige absolutte tall er ikke presentert for relevant utfall og kan ikke brukes inn i metaanalyse
Steffen 2021 [141]	Motiverende intervju og kun to møter og uviss lengde på tiltaket
Sun, 2015 [142]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Taylor-Piliae 2014 [143]	For aktiv sammenligning
Teixeira-Salmela 1999 [144]	Fullstendige absolutte tall er ikke presentert for relevant utfall og kan ikke brukes inn i metaanalyse (kun figur)
Thanh 2021 [145]	12 ukers varighet på tiltaket, men lavere frekvens enn ukentlig (3 ganger)
Thomas 2013 [146]	Under 10 ukers varighet på tiltaket
Tucker 2014 [147]	Under 10 ukers varighet på tiltaket
Tudor-Locke 2004 [148]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Vahlberg 2017 [149]	Ingen relevante utfall
Van Baar 2001 [150]	Fullstendige absolutte tall er ikke presentert for relevant utfall og kan ikke brukes inn i metaanalyse (kun figur)
Van Gemert 2015 [151]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Van Name 2016 [152]	Ingen relevante utfall
Wallis 2017 [153]	Ikke et tiltak med ansikt-til-ansikt oppfølging
Weobong 2017 [154]	3 mnd. varighet på tiltak, men kun 6–8 ganger
Wolf 2004 [155]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Wright 2021 [156]	Under 10 ukers varighet på tiltaket
Wu 2019 [157]	Mindre enn 10 ukers varighet på tiltaket
Yamashiro 2010 [158]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Yang 2016 [159]	Over 14 ukers varighet på tiltaket
Yeh 2011 [160]	For aktiv sammenligning
Yu 2007 [161]	Ikke RCT
Yun 2020 [162]	12 ukers varighet på tiltaket, men lavere frekvens enn ukentlig (8 ganger)
Zamani-Alavijeh 2018 [163]	12 ukers varighet på tiltaket, men lavere frekvens enn ukentlig (8 ganger)
Østerås 2019 [124]	For komplekst tiltak

Referansene finnes i hoveddokumentet

Vedlegg 2.

Dataauthentingsskjemaer

[<< Tilbake til innhold](#)

Dataauthenting

Studie: Andersen 2015

Metode

Studiedesign	Antall studiearmert	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	3 (individuell helse-rådgivning er ikke med)	Individuelt	Mars 2011 – okt. 2013	Intention-to-treat (ITT)	NCT01356784

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Andersen 2015	Personer med smerte i rygg eller overkropp	Treningstiltak (tilpasset trening)	Vanlig oppfølging	Rollefungering 2 av 2 Fysiske symptomer 1 av 1	Kommunehelsetjenesten (helsesenter) Danmark

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med smerter i rygg eller overkropp (personer på sykemelding)
Alder:	Gj. snitt 45,2 år (10,5)
Kjønn:	56% kvinner
Antall i tiltaksgruppen:	47
Antall i sammenligningsgruppen:	47

Tiltak

Tiltak:	Tilpasset fysisk trening
Gruppe/individuell:	Gruppe (opptil 10)
Lengde på tiltak:	10 uker
Hyppighet av tiltak:	3 ganger pr uke
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	Fysioterapeut
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging hvor de, som alle som deltok, fikk en helseveiledningstime ved oppstart av studien
----------------	--

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering		
Sosial fungering		
Rollefungering	Arbeidsstatus «tilbake i jobb» (antall personer tilbake i jobb) Arbeidsevne (0-10 skala, høyest skår best)	Litt etter tiltaket (noen uker etter tiltaket var ferdig, 3 mnd.)
Følelsesmessig fungering		
Kognitiv fungering		
Livskvalitet		
Helsestatus		
Vaner/atferd		
Fysiske symptomer	Smerter (VAS 0-10, lavest skår er best)	Litt etter tiltaket (noen uker etter tiltaket var ferdig, 3 mnd.)

Setting

Setting:	Helsesenter, kommune, Danmark
----------	-------------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. To aktører
-------------------------	---------------------

Interessekonflikter

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

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i utforming av studie:	Ikke oppgitt
--	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Lav	“permuted blocks of 3 and 6, according to computer-generated random numbers, to participate in TPA, CPSMP or REF” (fra protokollen)
Allocation concealment (selection bias)	Lav	“To ensure concealment of the assigned intervention, the receptionist in the Health Care Centre will obtain the opaque, sealed envelope containing the participant’s assigned intervention after the participants have received health guidance and just before the intervention is initiated. Neither the investigator nor the health personnel in the Health Care Centre have any other role in the sequence generation and subsequent allocation concealment” (fra protokoll)
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Høy	Ingen blinding
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Lav	Evalueringen er blindet
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Lav	Frafall beskrevet og ITT-analyse
Selective reporting (reporting bias)	Lav	Protokoll
Other bias	Lav	

Merknader/notater

Artikkelen er publisert som Open Access og er fritt tilgjengelig for norske IP-adresser:

https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1403494815591687?casa_token=ExvriUKNFNQAAAAA:mQ7BnjFNwA04Ovhvk5U67QtfURszbs-pcU5HdBivRL_hW-pQcrEHMo2hAq9-u3Xr39BTCVoXIIvs

Effektestimater for utfall

Rollefungering	Arbeidsstatus «tilbake i jobb» (antall personer tilbake i jobb) Arbeidsevne (0-10 skala, høyest skår best)	Litt etter tiltaket (noen uker etter tiltaket var ferdig, 3 mnd.)
Fysiske symptomer	Smerter (VAS 0-10, lavest skår er best)	Litt etter tiltaket (noen uker etter tiltaket var ferdig, 3 mnd.)

Rollefungering
Arbeidssituasjon

Antall personer tilbake i jobb

Måletidspunkt	Tiltak		Ikke tiltak	
	Antall	Antall totalt	Antall	Antall totalt
Før start	46	46	47	47
Post (3 mnd.)	23	46	17	47

Arbeidsevne

Arbeidsevne, gj.snitt (SD) tot, skala 0-10, hvor høy er bra

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	3.1	2.7	45	2.9	2.8	44
Post (3 mnd.)	4.8	3.1	45	4.2	3	44

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Arbeidsevne, endringsskår, mean (SD)

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start						
Post (12 uker)	1.7	1.9	45	1.3	1.8	44

Fysiske symptomer

Smerte

Smerte (VAS 0-100) høy er verst

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	62.5	26.5	44	62.1	24.7	46
Post (3 mnd.)	47.8	29.4	44	56.6	29.9	46

Har selv regnet ut

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Smerte, endringsskår, mean (SD)

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start						
Post (12 uker)	-14.7	17.9	44	-5.5	17.9	46

Dataauthenting

Studie: Bringsvor 2018

Metode

Studiedesign	Antall studiearmene	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individuelt og kluster (for små kommuner)	Februar-juni 2015	Intention-to-treat (ITT) per-protocol (PPA)	NCT02479841

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Bringsvor 2018	Personer med kols	Mestringstiltak	Vanlig oppfølging	Fysisk fungering 1 av 1 Sosial fungering 1 av 1 Følelsesmessig fungering 1 av 3 Vaner/atferd 1 av 1	Lokalsamfunnet Norge

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med kols
Alder:	Gj.snitt 69 år
Kjønn:	29% kvinner
Antall i tiltaksgruppen:	92
Antall i sammenligningsgruppen:	90

Tiltak

Tiltak:	Mestringstiltak kalt «Better living with COPD». Problemløsning, målsettinger, symptomer, sosiale utfordringer, fysisk aktivitet, kosthold, medisiner, røykeslutt, forverring og psykiske tema
Gruppe/individuelt:	Gruppe
Lengde på tiltak:	11 uker
Hyppighet av tiltak:	1 gang per uke
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	Sykepleier og fysioterapeut (moderatorer)
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging
----------------	-------------------

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering	Egenomsorg (self-management), HeiQ komponent, 1-4 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltaket (etter 11 uker)
Sosial fungering	Social integration and support, HeiQ komponent, 1-4 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltaket (etter 11 uker)
Rollefungering		
Følelsesmessig fungering	Mestringstro, General Self-Efficacy Scale (GSE), 10-40 poeng, høyere skår er best, oppgir ikke tall Mestring (Sense of coherence) ble målt med Sense of Coherence Scale-13 (SOC-13), 13-91 poeng, høyere skår er best, oppgir ikke tall Velvære (positive and active engagement in life), HeiQ komponent, 1-4 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltaket (etter 11 uker)

Kognitiv fungering		
Livskvalitet		
Helsestatus		
Vaner/atferd	Gode helsevaner (health directed activities), HeiQ komponent, 1-4 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltaket (etter 11 uker)
Fysiske symptomer		

Setting

Setting:	Kommunen, Norge
----------	-----------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. To aktører
-------------------------	---------------------

Interessekonflikter

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

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i utforming av studie:	En brukerrepresentant har bidratt inn i planleggingen og utførelsen av studien (Mr Egge)
--	--

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Lav	En statistiker uten tilgang til deltakerlisten til arbeidet utførte randomiseringen
Allocation concealment (selection bias)	Uklart	Ikke beskrevet
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Høy	Ikke blindet
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Uklart	Ikke beskrevet
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Lav	Frafall beskrevet. Både ITT og PPA
Selective reporting (reporting bias)	Lav	Protokoll
Other bias	Lav	

Merknader/notater

Artikkelen er publisert som Open access og tilgjengelig fra norske IP-adresser: <https://www.dovepress.com/effects-of-a-copd-self-management-support-intervention-a-randomized-co-peer-reviewed-fulltext-article-COPD>

Effektestimater for utfall

Fysisk fungering	Egenomsorg (self-monitoring), HeiQ komponent, 1-4 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltaket (etter 11 uker)
Sosial fungering	Sosial støtte (social integration and support), HeiQ komponent, 1-4 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltaket (etter 11 uker)
Følelsesmessig fungering	Mestringstro, General Self-Efficacy Scale (GSE), 10-40 poeng, høyere skår er best), oppgir ikke tall Sense of coherence (mestring) ble målt med Sense of Coherence Scale-13 (SOC-13), 13-91 poeng, høyere skår er best), oppgir ikke tall Velvære (positive and active engagement in life), HeiQ komponent, 1-4 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltaket (etter 11 uker)
Vaner/atferd	Gode helsevaner (health directed activities), HeiQ komponent, 1-4 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltaket (etter 11 uker)

Fysisk fungering

Egenomsorg

Egenomsorg, HeiQ komp totalskår, means (SD), høy skår best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	2.78	0.44	54	2.68	0.45	68
Post (11 uker)	2.85	0.4	55	2.70	0.35	67

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Egenomsorg endringsskår (HeiQ), means (SD)

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start						
Post (11 uker)	0.07	0.26	55	0.02	0.26	67

Sosial fungering

Sosial støtte (sosial integrering og støtte)

Sosial støtte, HeiQ komp totalskår, means (SD), høy skår best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	2.8	0.46	53	2.79	0.48	69
Post (11 uker)	2.82	0.61	55	2.78	0.46	67

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Sosial støtte, endringsskår, means (SD), høy skår best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start						
Post (11 uker)	0.02	0.36	55	-0.01	0.3	67

Følelsesmessig fungering

Velvære (positivt og aktivt engasjement i livet)

Velvære, HeiQ komp totalskår, means (SD), høy skår best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	2.94	0.4	54	2.87	0.47	68
Post (11 uker)	3	0.32	54	2.91	0.49	68

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Velvære endringsskår, means (SD), høy skår best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	2.94	0.4	54	2.87	0.47	68
Post (11 uker)	0.06	0.25	54	0.04	0.3	68

Vaner/atferd

Helserettet atferd (lagt inn som fysisk aktivitet)

Fysisk aktivitet, HeiQ komp totalskår, means (SD), høy skår best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	2.53	0.71	54	2.6	0.54	67
Post (11 uker)	2.68	0.59	54	2.67	0.53	69

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Fysisk aktivitet, endringsskår, means (SD) høy skår best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	2.53	0.71	54	2.6	0.54	67
Post (11 uker)	0.15	0.42	54	0.07	0.33	69

Dataauthenting

Studie: Casañas 2012

Metode

Studiedesign	Antall studiearmar	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individuelt	Des 2008 til april 2010	Trolig intention-to-treat (ITT)	NCT00841737

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Casañas 2012	Personer med depresjon	Psykoedukasjon	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 2 av 2 Livskvalitet 1 av 1	Kommunehelsetjenesten (legekontor) Spania

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med mild til moderat depresjon
Alder:	Gj.snitt. 52-53 år
Kjønn:	89% kvinner
Antall i tiltaksgruppen:	119
Antall i sammenligningsgruppen:	112

Tiltak

Tiltak:	Psykoedukasjon hvor helseundervisning om depresjon samt pusteteknikker, problemløsning, selvfølelse- og tillit samt hyggelige aktiviteter og sosiale aspekter stod i sentrum
Gruppe/individuelt:	Gruppe
Lengde på tiltak:	12 uker
Hyppighet av tiltak:	1 gang per uke
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	2 sykepleiere pr legekontor
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging av fastlegen
----------------	--------------------------------

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering		
Sosial fungering		
Rollefungering		
Følelsesmessig fungering	Depresjon, Beck Depression Inventory scale (BDI), 0-63 poeng, lavere skår er best Bortfall av depresjonsdiagnose	Rett etter tiltaket (3 mnd.) og 3 mnd. (6 mnd.) og 6 mnd. (9 mnd.) etter tiltaket var ferdig
Kognitiv fungering		
Livskvalitet	Livskvalitet, EuroQol- 5D (EQ-5D), 0-1 poeng, høyere skår er best	Rett etter tiltaket (3 mnd.) og 3 mnd. (6 mnd.) og 6 mnd. (9 mnd.) etter tiltaket var ferdig
Helsestatus		
Vaner/atferd		
Fysiske symptomer		

Setting

Setting:	Legekontor i primærhelsetjenesten, Spania
----------	---

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. En aktør
-------------------------	-------------------

Interessekonflikter

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

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i utforming av studie:	Ikke oppgitt
--	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Lav	Computergenerert tilfeldig fordeling
Allocation concealment (selection bias)	Lav	En egen person hadde ansvaret for randomiseringslister og la disse i forseglede konvolutter som ble gitt til sykepleierne
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Høy	Ikke blindet
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Høy	Ikke blindet
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Lav	Beskrive frafall og ser ut til å ha brukt ITT
Selective reporting (reporting bias)	Lav	Har protokoll
Other bias	Lav	

Merknader/notater

Artikkelen er Open Access og er fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23249399/>

Effektestimater for utfall

Følelsesmessig fungering	Depresjon, Beck Depression Inventory scale (BDI), 0-63 poeng, lavere skår er best Bortfall av depresjonsdiagnose	Rett etter tiltaket (3 mnd.) og 3 mnd. (6 mnd.) og 6 mnd. (9 mnd.) etter tiltaket var ferdig
Livskvalitet	Livskvalitet, EuroQol- 5D (EQ-5D), 0-1 poeng, høyere skår er best	Rett etter tiltaket (3 mnd.) og 3 mnd. (6 mnd.) og 6 mnd. (9 mnd.) etter tiltaket var ferdig

Følelsesmessig fungering

Depresjon

Depresjon, BDI totalskår, mean (SD) lav betyr mindre depresjonssymptomer

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	20.90	5.68	119	19.62	5.79	112
Post (3 mnd.)	15.42	7.53	119	17.54	7.18	112
3 mnd. (6 mnd.)	15.37	8.74	119	16.51	7.6	112
6 mnd. (9 mnd.)	15.09	8.62	119	16.35	7.84	112

BDI endringsskår, mean (SD)

De oppgir bare 95%CI, så regnet ut SD fra [Cochrane handbooks anbefaling](#) (SE= upper limit - lower limit /3.92, deretter finner vi SD = SE√N)

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt endring	95% CI	antall		Gj.snitt endring	SD	antall	
Før start	20.90		119		19.62	5.79	112	
Post (3 mnd.)	-5.47	4.19 to 6.76	119	SE=0.655 SD=7.15	-2.07	1 to 3.1	112	SE=0.536 SD=5.67
3 mnd. (6 mnd.)	-5.52	3.19 to 7.08	119	SE=0.99 SD=10.82	-3.1	1.7 to 4.4	112	SE=0.689 SD=7.29
6 mnd. (9 mnd.)	-5.8	4.3 to 7.26	119	SE=0.775 SD=8.23	-3.26	1.9 to 4.6	112	SE=0.689 SD=7.29

BDI, bortfall av depresjonsdiagnose (antall personer)

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Antall	Prosent	Tot antall	Antall	Prosent	Tot antall
Før start	0	0	119	0	0	112
Post (3 mnd.)	41	34.45	119	21	18.75	112
3 mnd. (6 mnd.)	48	40.34	119	30	26.79	112
6 mnd. (9 mnd.)	48	40.34	119	30	26.79	112

Livskvalitet

Livskvalitet, EQ-5D (EuroQoL, som har 5 komponenter: mobility, self care, usual activities, pain & discomfort, anxiety & depression + en vas-skala (0-100 om generell helse))

EQ-5D totalskår, mean (SD) høy betyr bedre livskvalitet

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	50.76	18.73	119	53.25	17.63	112
Post (3 mnd.)	59.7	18.1	119	55.54	16.36	112
3 mnd. (6 mnd.)	57.9	20.7	119	57.05	16.97	112
6 mnd. (9 mnd.)	59.2	20.8	119	57.69	17.35	112

EQ-5D endringsskår, mean (SD)

De oppgir bare 95%CI, så regnet ut SD fra [Cochrane handbooks anbefaling](#) (SE= upper limit - lower limit /3.92, deretter finner vi SD = SE√N)

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt endring	95% CI	antall		Gj.snitt endring	SD	antall	
Før start	50.76	18.73	119		53.25	17.63	112	
Post (3 mnd.)	8.97	12.2 to 5.72	119	SE=0.655 SD=7.15	2.29	4.6 to -0.01	112	SE=1.199 SD=12.69
3 mnd. (6 mnd.)	7.09	10.78 to 3.39	119	SE=0.99 SD=10.82	2.98	6.98 to 0.61	112	SE=1.625 SD=17.20
6 mnd. (9 mnd.)	8.46	11.99 to 4.93	119	SE=0.775 SD=8.23	4.6	8.0 to 0.87	112	SE=1.819 SD=19.25

Dataauthenting

Studie: Cruz-Diaz 2017

Metode

Studiedesign	Antall studiearmene	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	3 (pilates med utstyr ble ikke med her)	Individuelt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	NCT02371837

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Cruz-Diaz 2017	Personer med ryggsmerte	Treningstiltak (pilates)	Ingen tiltak	Fysisk fungering 1 av 1 Fysiske symptomer 1 av 1	Lokalsamfunnet (helsesentre og universitet) Spania

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer mellom 18-50 år med kroniske korsryggsmerte
Alder:	Gj.snitt 35-37 år
Kjønn:	66% kvinner
Antall i tiltaksgruppen:	34
Antall i sammenligningsgruppen:	34

Tiltak

Tiltak:	Pilates (på matter uten utstyr)
Gruppe/individuelt:	Gruppe
Lengde på tiltak:	12 uker
Hyppighet av tiltak:	2 ganger per uke
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	fysioterapeut
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Ingen tiltak
----------------	--------------

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering	Disability, Roland-Morris Disability Questionnaire (RMQD), 0-24 poeng, lavere skår er best	Midt i tiltaket (6 uker) og rett etter tiltak (12 uker)
Sosial fungering		
Rollefungering		
Følelsesmessig fungering		
Kognitiv fungering		
Livskvalitet		
Helsestatus		
Vaner/atferd		
Fysiske symptomer	Smerter, VAS, 0-10 poeng lavere skår er best	Midt i tiltaket (6 uker) og rett etter tiltak (12 uker)

Setting

Setting:	Helse- og sportssentre og universitet, Spania
----------	---

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. To aktører
-------------------------	---------------------

Interessekonflikter

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

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i utforming av studie:	Ikke oppgitt
--	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Lav	computer-generated table of random numbers
Allocation concealment (selection bias)	Lav	Allocations were sealed in opaque and consecutively numbered envelopes kept in a locked location
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Høy	Ikke blindet
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Lav	Blindet evaluering
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Lav	Frafall beskrevet
Selective reporting (reporting bias)	Lav	Protokoll
Other bias	Lav	

Merknader/notater

Artikkel ikke fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser

Effektestimater for utfall

Fysisk fungering	Disability, Roland-Morris Disability Questionnaire (RMQD), 0-24 poeng, lavere skår er best	Midt i tiltaket (6 uker) og rett etter tiltak (12 uker)
Fysiske symptomer	Smerter, VAS, 0-10 poeng lavere skår er best	Midt i tiltaket (6 uker) og rett etter tiltak (12 uker)

Fysisk fungering

Funksjonsnedsettelse, Disability, RMQD totalskår, mean SD (0-24, lavere skår indikerer bedre status)

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	11.38	5.02	34	10.5	4.89	30
Post (12 uker)	6.35	5.3	34	10.41	5.6	30

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Funksjonsnedsettelse, endringsskår, mean SD, lav er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start			34			30

Post (12 uker)	-5.03	3.27	34	-0.09	3.39	30
----------------	-------	------	----	-------	------	----

Fysiske symptomer

Smerte

Smerte, VAS mean SD (0-10, lavere skår er best)

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	4.64	1.22	34	4.84	1.04	30
Post (12 uker)	2.1	1.36	34	4.96	1.31	30

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Smerte, VAS (0-100) endring, mean (SD) lavere indikerer mindre smerte

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start						
Post (12 uker)	-2.54	0.83	34	+0.12	0.79	30

Dataauthenting

Studie: Folta 2009

Metode

Studiedesign	Antall studiearmar	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Klynge (8 kommuner)	Vinter 2007-?	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Folta 2009	Lite aktive kvinner med overvekt eller fedme	Kombinert undervisnings- og treningstiltak	Ingen tiltak, venteliste	Følelsesmessig fungering 1 av 1 Vaner/atferd 2 av 2	Lokalsamfunnet, USA

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Kvinner, 40 år eller eldre, inaktive og med BMI på 24 eller mer
Alder:	Gj.snitt 57-58 år
Kjønn:	100% kvinner
Antall i tiltaksgruppen:	61
Antall i sammenligningsgruppen:	35

Tiltak

Tiltak:	Et kombinert undervisnings- og treningstiltak.
Gruppe/individuell:	Gruppe
Lengde på tiltak:	12 uker
Hyppighet av tiltak:	2 gang per uke
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	CSREES Educators
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Ventelistekontroll. Ingenting ble gitt.
----------------	---

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering		
Sosial fungering		
Rollefungering		
Følelsesmessig fungering	Mestringstro (fysisk aktivitet) (1-5 poeng) høyere skår best	Rett etter tiltak (12 uker)
Kognitiv fungering		
Livskvalitet		
Helsestatus		
Vaner/atferd	Fysisk aktivitet (antall skritt per dag) Matvaner (frukt og grønt per dag («servings per day»))	Rett etter tiltak (12 uker)
Fysiske symptomer		

Setting

Setting:	Kommune (county), USA
----------	-----------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. Flere aktører
-------------------------	------------------------

Interessekonflikter

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

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i utforming av studie:	Ikke oppgitt
--	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Uklart	Klynge-randomisering med kun 8 klynger
Allocation concealment (selection bias)	Uklart	Ikke oppgitt
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Uklart	Ikke oppgitt
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Uklart	Ikke oppgitt
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Uklart	De har beskrevet frafallet, men ikke noe om analyse
Selective reporting (reporting bias)	Uklart	Mangler protokoll
Other bias	Lav	

Merknader/notater

Artikkelen er fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2696662/>

Effektestimater for utfall

Følelsesmessig fungering	Mestringstro (fysisk aktivitet) (1-5 poeng) høyere skår best	Rett etter tiltak (12 uker)
Vaner/atferd	Fysisk aktivitet (antall skritt per dag) Matvaner (frukt og grønt per dag («servings per day»))	Rett etter tiltak (12 uker)

Følelsesmessig fungering

Mestringstro, Lickert scale

Mestringstro, total, mean (SD), høy skår er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	3	0.6	55	3	0.8	30
Post (12 uker)	3.4	0.7	55	3	0.9	30

Mestringstro, endringsskår, mean (SD), høy er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start						
Post (12 uker)	0.4	0.7	55	0	0.7	30

Vaner/atferd

Fysisk aktivitet, antall skritt/dag

Fysisk aktivitet, totalskår, mean (SD), høy er bra

Måletidspunkt	Tiltak	Ikke tiltak
---------------	--------	-------------

	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	4300	1691	46	4050	1444	28
Post (12 uker)	6327	2709	46	3976	1231	28

Fysisk aktivitet, endringsskår, mean (SD), høy er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start						
Post (12 uker)	1807	2545	46	-113	845	28

Matvaner, antall frukt og grønt per dag

Matvaner (antall frukt og grønt per dag) endringsskår, mean (SD), høy er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	4,3	2,5		4	1,9	
Post (12 uker)	0,3	2,0	46	-0.3	2,1	28

Dataauthenting

Studie: Hall 2011

Metode

Studiedesign	Antall studiearmene	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individuelt	Juli 2008-april 2010	Intention-to-treat (ITT)	ACTRN12608000270314

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Hall 2011	Personer med ryggsmerte	Treningstiltak (Tai chi)	Vanlig oppfølging, venteliste	Fysisk fungering 2 av 4 Fysiske symptomer 1 av 2	Lokalsamfunnet (Quay Spa), Australia

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer mellom 18-70 år med vedvarende korsryggsmerte
Alder:	Gj.snitt 43-44 år
Kjønn:	74% kvinner
Antall i tiltaksgruppen:	80
Antall i sammenligningsgruppen:	80

Tiltak

Tiltak:	Tai chi
Gruppe/individuelt:	Gruppe
Lengde på tiltak:	10 uker
Hyppighet av tiltak:	Ca. 2 ganger per uke (18 sesjoner)
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	Tai chi instruktør (med kurs)
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Venteliste vanlig oppfølging
----------------	------------------------------

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering	Funksjonsnedsettelse: Pain Disability Index (PDI), 0-70 poeng, hvor lavere skår er best Ikke rapportert her pga. overlapp Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ), 0-24 poeng, hvor lav skår er best Quebec Back Pain Disability Scale QBPDS, 20-100 poeng, hvor lavere skår er best Ikke rapportert av oss her pga. overlapp Fysisk fungering: Patient-Specific Functional Scale (0-10 poeng, høyere skår er best)	Rett etter tiltak (10 uker)
Sosial fungering		
Rollefungering		
Følelsesmessig fungering		
Kognitiv fungering		
Livskvalitet		

Helsestatus		
Vaner/atferd		
Fysiske symptomer	Plagsomme smerter, 1-10 poeng, hvor lavere er positivt) Ikke rapportert av oss her grunnet overlapp Smerter, VAS 0-10 poeng, lavere skår er best	Rett etter tiltak (10 uker)

Setting

Setting:	I kommunen, Quay Spa, Australia
----------	---------------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. Flere aktører
-------------------------	------------------------

Interessekonflikter

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

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i utforming av studie:	Ikke oppgitt
--	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Lav	Computer-generert (random numbers) av en av forskerne som ikke var involvert i rekrutteringen. Blokkstørrelse på åtte.
Allocation concealment (selection bias)	Lav	Opaque-forseglete konvolutter
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Høy	Ikke blindet
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Lav	Blindet evaluering
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Lav	Frafall rapportert, ITT-analyse
Selective reporting (reporting bias)	Lav	Protokoll
Other bias	Lav	

Merknader/notater

Fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser (kun online): <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/acr.20594>

Effektestimater for utfall

Fysisk fungering	Fysisk fungering Patient-Specific Functional Scale (0-10 poeng, høyere skår er best) Pain Disability Index (PDI), 0-70 poeng, hvor lavere skår er best Ikke rapportert her pga. overlapp Roland-Morris Disability Questionnaire (RMDQ), 0-24 poeng, hvor lav skår er best Ikke rapportert her pga. overlapp Quebec Back Pain Disability Scale (QBPDS), 20–100 poeng, hvor lavere skår er best Ikke rapportert av oss her pga. overlapp	Rett etter tiltak (10 uker)
------------------	---	-----------------------------

Fysiske symptomer	Plagsomme smerter, 1-10 poeng, hvor lavere er positivt) Ikke rapportert av oss her grunnet overlapp Smerter, VAS (0-10 poeng, lavere skår er best)	Rett etter tiltak (10 uker)
-------------------	--	-----------------------------

Fysisk fungering

Fysisk fungering, Patient-Specific Functional Scale

Fysisk fungering, totalskår, mean (SD), høyere er positivt

[Cochrane handbooks anbefaling](#) (SE= upper limit - lower limit /3.92, deretter finner vi SD = SE*√N)

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	3.5	3-4	80	6.86	4	3.5-4.5	80	6.86
Post (10 uker)	4.7	4.2-5.2	80	6.86	4.1	3.6-4.6	80	6.86

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Fysisk fungering, endringsskår, means (SD), høyere er positivt

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start			80			80
Post (10 uker)	1.2	4.34	80	0.1	4.34	80

Funksjonsnedsettelse, RMDQ

Funksjonsnedsettelse, totalskår, mean (SD), lav er positivt – **ikke med i analysene grunnet overlapp**

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	10.2	9.1-11-3	80	5.02	9.1	8-10.2	80	5.02
Post (10 uker)	7.01	5.88-8.14	80	5.16	8.1	7-9.3	80	5.25

Fysiske symptomer

Smerter (VAS)

Smerter totalskår, mean SD, lavere er best

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	4.4	4-4.9	80	2.05	4.44	3.98-4.89	80	2.08
Post (10 uker)	3.4	2.91-3.8	80	2.03	4.7	4.2-5.1	80	2.05

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Smerter, endringsskår, mean (SD), lavere er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start			80			80
Post (10 uker)	-1	1.29	80	0.26	1.31	80

Dataauthenting

Studie: Halvarsson 2015

Metode

Studiedesign	Antall studiearmert	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	3 (balansetrening med fysisk trening hjemme er ikke inkludert)	Individuelt	Vår 2010 – høst 2011	Per protocol	NCT01417598

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Halvarsson 2015 [25]	Personer (eldre) med beinskjørhet	Treningstiltak (balansetrening)	Ingen tiltak, venteliste	Fysisk fungering 1 av 1 Vaner/atferd 0 av 1	Lokalsamfunnet, Sverige

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Eldre (65 år eller eldre) med osteoporose og økt risiko for fall
Alder:	Gj. snitt 76,3 år (66-87)
Kjønn:	99% kvinner
Antall i tiltaksgruppen:	34
Antall i sammenligningsgruppen:	31

Tiltak

Tiltak:	Balansetrening
Gruppe/individuelt:	Gruppe
Lengde på tiltak:	12 uker
Hyppighet av tiltak:	3 ganger per uke
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	Fysioterapeut
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Venteliste, ingen tiltak
----------------	--------------------------

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering	Fysisk fungering, Late-Life Function and Disability Instrument (LLFDI), 0-100 poeng, høyere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Sosial fungering		
Rollefungering		
Følelsesmessig fungering		
Kognitiv fungering		
Livskvalitet		
Helsestatus		
Vaner/atferd	Fysisk aktivitet oppgitt som (skala 1-6) median (max-min) – ikke med	Rett etter tiltak (12 uker)
Fysiske symptomer		

Setting

Setting:	Kommune, Sverige
----------	------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. Tre aktører
-------------------------	----------------------

Interessekonflikter

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

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i utforming av studie:	Ikke oppgitt
--	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Lav	Blokkrandomisering 9 i 3 grupper ved bruk av web-basert software
Allocation concealment (selection bias)	Uklar	Ikke beskrevet
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Høy	Ingen blinding
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Høy	Ingen blinding
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Lav	Frafall beskrevet
Selective reporting (reporting bias)	Lav	Protokoll
Other bias	Lav	

Merknader/notater: Artikkelen er ikke fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser (ikke Open Access)

Effektestimater for utfall

Fysisk fungering	Fysisk fungering, Late-Life Function and Disability Instrument (LLFDI), 0-100 poeng, høyere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Vaner/atferd	Fysisk aktivitet oppgitt som (skala 1-6) median (max-min) – ikke med	Rett etter tiltak (12 uker)

Fysisk fungering

Fysisk fungering (LLFDI), gj.snitt (SD) tot, høy skår er bra

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	59.9	8.2	25	57.7	6.6	26
Post (3 mnd)	64.4	6.8	25	59.3	8.9	26

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Fysisk fungering, endringsskår, mean (SD)

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start						
Post (12 uker)	4.5	4.9	25	1.6	5.4	26

Vaner/atferd

Fysisk aktivitet: Rapportert som median og er dermed ikke med i analyse

Dataauthenting

Studie: Hartman 2000

Metode

Studiedesign	Antall studiearmene	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individuelt	Ikke oppgitt	Per protocol (PP)-analyse	Ikke oppgitt

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Hartman 2000	Personer med artrose	Treningstiltak (Tai chi)	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering Fysiske symptomer	Lokalsamfunnet (helsesenter ved universitet), USA

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer (mellom 49 til 81 år) med artrose (osteoartritt) fra kommunen
Alder:	Gj. snitt. 68 år (7)
Kjønn:	85% kvinner
Antall i tiltaksgruppen:	19
Antall i sammenligningsgruppen:	16

Tiltak

Tiltak:	Tai Chi trening
Gruppe/individuelt:	Gruppe
Lengde på tiltak:	12 uker
Hyppighet av tiltak:	1 gang per uke
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	Tai chi trener (sertifisert og erfaren)
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging, ingen tiltak
----------------	---------------------------------

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering		
Sosial fungering		
Rollefungering		
Følelsesmessig fungering	Mestringstro, Arthritis Self-Efficacy (ASE), 0-100 poeng, høyere skår er best Tilfredshet, Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS), 0-10 poeng, lavere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Kognitiv fungering		
Livskvalitet		
Helsestatus		
Vaner/atferd		
Fysiske symptomer	Smerter, Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS), 0-10 poeng, lavere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)

Setting

Setting:	Kommune, alliert helsesenter, universitet, USA
----------	--

Finansiering av studie

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

Interessekonflikter

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

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i utforming av studie:	Ikke oppgitt
--	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Lav	Randomisering ved bruk av table of random numbers
Allocation concealment (selection bias)	Uklar	Ikke beskrevet
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Høy	Ingen blinding
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Lav	Blindet evaluering
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Lav	Frafall beskrevet
Selective reporting (reporting bias)	Uklar	Mangler protokoll
Other bias	Lav	

Merknader/notater

Artikkelen er ikke fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser (ikke Open Access)

Effektestimater for utfall

Følelsesmessig fungering	Mestringstro, Arthritis Self-Efficacy (ASE), 0-100 poeng, høyere skår er best Tilfredshet, Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS), 0-10 poeng, lavere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Fysiske symptomer	Smerter, Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS), 0-10 poeng, lavere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)

Følelsesmessig fungering

Mestringstro (ASE)

Mestringstro totalskår, mean (SD), høy poengskår er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	220	39	18	232	28	15
Post (3 mnd)	243	29	18	231	33	15

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Mestringstro, endringsskår, mean (SD), høy er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall

Før start						
Post (12 uker)	23	24	18	-1	20	15

Tilfredshet (AIMS)

Tilfredshet, totalskår, means (SD), lav skår er positivt

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	3.3	1.5	18	2	1.0	15
Post (12 uker)	1.8	1	18	2	1.3	15

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Tilfredshet endringsskår, mean (SD), lavest er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start						
Post (12 uker)	-1.5	0.9	18	0	0.8	15

Smerter

Smerter (AIMS)

Smerter totalskår, mean (SD), lav skår er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	5.3	1.9	18	3.5	1.5	15
Post (12 uker)	4.2	2	18	3.8	1.6	15

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Smerter, endringsskår, mean (SD), lav skår er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start						
Post (12 uker)	-1.1	1.2	18	0.3	1	15

Dataauthenting

Studie: Harvie 2019

Metode

Studiedesign	Antall studiearmene	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	3 (hjemmebasert treningsprogram er ikke med)	Individ	Ikke oppgitt Aug 2008 – Feb 2011	Intention-to-treat (ITT)	ISRCTN68576140

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Harvie 2019 [27]	Kvinner med brystkreft	Kombinert kosthold- og treningstiltak	Skriftlig råd	Livskvalitet 1 av 1 Vaner/atferd 1 av 1 Fysiske symptomer 1 av 1	Lokalsamfunnet, Storbritannia

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Kvinner med brystkreft
Alder:	Gj.snitt 54-55 år
Kjønn:	100% kvinner
Antall i tiltaksgruppen:	137
Antall i sammenligningsgruppen:	138

Tiltak

Tiltak:	Kombinert kostholds- og fysisk aktivitetstiltak (1 time 50/50 fordeling). I tillegg fikk alle individuelt møte med ernæringsfysiolog og treningsinstruktør i starten samt samme skriftlige råd gitt til sammenligningsgruppen. De fikk også booster telefonsamtaler etter tiltaket (3 stk)
Gruppe/individuelt:	Grupper
Lengde på tiltak:	12 uker
Hyppighet av tiltak:	Ukentlig
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	Ernæringsfysiolog og treningsinstruktør
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Skriftlige råd. Brosjyre om vektkontroll og fysisk aktivitet
----------------	--

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering		
Sosial fungering		
Rollefungering		
Følelsesmessig fungering		
Kognitiv fungering		
Livskvalitet	Livskvalitet, FACT TOI breast cancer (TOI-BC) = PWB +FWB+BCS; 0-108 poeng, høy skår er best	Etter 3 mnd. (6 mnd.) og 9 mnd. (12 mnd.). Ikke rett etter (12 uker)
Helsestatus		
Vaner/atferd	Fysisk aktivitet (min/uke)	Etter 3 mnd. (6 mnd.) og 9 mnd. (12 mnd.). Ikke rett etter (12 uker)

Fysiske symptomer	Fatigue, FACT TOI-F, 0-108 poeng, høy skår er best	Etter 3 mnd. (6 mnd.) og 9 mnd. (12 mnd.). Ikke rett etter (12 uker)
-------------------	--	--

Setting

Setting:	Lokale møtepunkt ('different community locations'), Storbritannia
----------	---

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. Flere aktører
-------------------------	------------------------

Interessekonflikter

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

Brukermedvirkning i utforming av studie:

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

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Lav	Bruker 'minimization programme' for randomisering
Allocation concealment (selection bias)	Uklar	Ikke oppgitt
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Uklar	Ikke oppgitt
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Uklar	Ikke oppgitt
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Lav	De har beskrevet frafallet og brukt ITT-analyse
Selective reporting (reporting bias)	Lav	Protokoll
Other bias	Lav	

Merknader/notater

Artikkelen er fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser: <https://www.nature.com/articles/s41416-019-0522-6#additional-information>

Rapportering av utfall

Livskvalitet	Livskvalitet, FACT TOI breast cancer (TOI-BC) = PWB +FWB+BCS; 0-108 poeng, høy skår er best	Etter 3 mnd. (6 mnd.) og 9 mnd. (12 mnd.). Ikke rett etter (12 uker)
Vaner/atferd	Fysisk aktivitet (min/uke)	Etter 3 mnd. (6 mnd.) og 9 mnd. (12 mnd.). Ikke rett etter (12 uker)
Fysiske symptomer	Fatigue, FACT TOI-F, 0-108 poeng, høy skår er best	Etter 3 mnd. (6 mnd.) og 9 mnd. (12 mnd.). Ikke rett etter (12 uker)

Livskvalitet

Livskvalitet (FACT TOI-BS)

Livskvalitet brystkreft, endringsscore, mean (SD), høyere er bedre status

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	65.3		127	12.9	66		125	13.3
3 mnd (6 mnd.)	6.2	4.2-8.1	127	11.2	2.9	1-4.7	125	10.6
9 mnd (12 mnd.)	8.3	6.6-10	127	9.8	4.7	2.9-6.5	125	10.3

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet, minutter/uke

Fysisk aktivitet endringsskår, mean (SD), høyere er bedre status

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	488		127	329	506		125	368
3 mnd (6 mnd.)	168	96-240	127	414	88	25-151	125	359
9 mnd (12 mnd.)	210	133-285	127	437	85	21-148	125	362

Fysiske symptomer

Fatigue (FACT TOI-F)

Fatigue, endringsscore, mean (SD), høyere er bedre status

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	79.3		127	18.2	81.3		125	17.1
3 mnd (6 mnd.)	7.4	4.4-10.3	127	16.7	3.3	0.5-6	125	15.7
9 mnd (12 mnd.)	9.4	6.6-12.1	127	15.8	5.1	2.5-7.6	125	14.5

Dataauthenting

Studie: Henriksson 2021

Metode

Studiedesign	Antall studiearmert	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	3 (middels- til høyintensitetstrening er ikke med her)	Individ	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	NCT03247270

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Henriksson 2021	Personer med angst	Treningstiltak	Vanlig oppfølging	Følelsesmessig fungering 4 av 4	Lokalsamfunnet (treningssenter), Sverige

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med angst
Alder:	Gj.snitt 38 år
Kjønn:	70% kvinner
Antall i tiltaksgruppen:	73
Antall i sammenligningsgruppen:	74

Tiltak

Tiltak:	Lavintensitets trening
Gruppe/individuell:	Gruppe
Lengde på tiltak:	12 uker
Hyppighet av tiltak:	3 ganger per uke
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	Fysioterapeut
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig standard oppfølging. Alle fikk et møte med fysioterapeut hvor de fikk generelle råd ifølge offentlige anbefalinger og etter studieperioden fikk de et 3 måneders medlemskap på et treningssenter
----------------	---

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering		
Sosial fungering		
Rollefungering		
Følelsesmessig fungering	Angst (Beck Anxiety Inventory (BAI), 0-63 poeng, lavere skår er best Depresjon (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S), 0-60 poeng, lavere skår er best)	Rett etter tiltak (12 uker)
Kognitiv fungering		
Livskvalitet		
Helsestatus		
Vaner/atferd		
Fysiske symptomer		

Setting

Setting:	Lokalt treningssenter, Sverige
----------	--------------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. Flere aktører
-------------------------	------------------------

Interessekonflikter

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

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i utforming av studie:	Ikke oppgitt
--	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Lav	computer generated randomization
Allocation concealment (selection bias)	Lav	
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Høy	Fysioterapeuter ikke blindet
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Lav	All researchers who were involved in data assessments, except the physiotherapists who delivered the exercise interventions, were blinded to group allocations
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Høy	Høyt frafall og uklar analyse
Selective reporting (reporting bias)	Lav	Protokoll
Other bias	Lav	

Merknader/notater

Artikkelen er publisert som Open Access og er fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032721010739?via%3Dihub>

Effektestimater for utfall

Følelsesmessig fungering	Angst (Beck Anxiety Inventory (BAI), 0-63 poeng, lavere skår er best Depresjon (Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S), 0-60 poeng, lavere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
-----------------------------	---	-----------------------------

Følelsesmessig fungering

Depresjon (MADRS-S)

Depresjon, totalskår, mean (SD) lav skår betyr mindre depresjon

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	22.9	8.1	48	21.5	8.3	52
Post (12 uker)	14.8	8.8	48	18.7	9	52

Depresjon, endringsskår, mean (SD) lav skår betyr mindre depresjon

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	22.9	8.1	48	21.5	8.3	52
Post (12 uker)	-8.1	5.9	48	-2.8	5.5	52

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Antall med forbedring i depresjonssymptomer

Bedring i depresjonssymptomer

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Antall	Prosent	Tot antall	Antall	Prosent	Tot antall
Før start	0	0		0	0	
Post (12 uker)	37	77	48	24	48	50

Angst (BAI)

Angst, totalskår, mean (SD) lav skår betyr mindre angst

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	25	11.7	48	24.8	13.2	52
Post (12 uker)	15	9	48	19.9	14	52

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Angst, endringsskår, mean (SD) lav skår betyr mindre angst

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	25	11.7	48	24.8	13.2	52
Post (12 uker)	-10	7	48	-4.9	8.6	52

Antall med forbedring i angstsymptomer

Bedring i angstsymptomer

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Antall	Prosent	Tot antall	Antall	Prosent	Tot antall
Før start	0	0		0	0	
Post (12 uker)	32	67	48	22	43	51

Dataauthenting

Studie: Mardani 2021

Metode

Studiedesign	Antall studiearmene	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individ	April 2017-jan 2018	Ikke rapportert	RCT20180113038347N1

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Mardani 2021	Menn med prostatakreft	Treningstiltak	Vanlig oppfølging	Fysisk fungering 1 av 1 Sosial fungering 1 av 1 Rollefungering 1 av 1 Følelsesmessig fungering 1 av 1 Kognitiv fungering 1 av 1 Livskvalitet 1 av 1 Fysiske symptomer 2 av 2	Lokalsamfunnet (lokal park) Iran

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Menn over 45 år med prostatakreft
Alder:	Gj.snitt 70 år (5,5)
Kjønn:	100% menn
Antall i tiltaksgruppen:	40
Antall i sammenligningsgruppen:	40

Tiltak

Tiltak:	Treningstiltak hvor de trener i grupper i parken (1 gang per uke) og hjemme (3 ganger per uke) på egenhånd. Gåtrening i park var lett til moderat.
Gruppe/individuell:	Gruppe
Lengde på tiltak:	12 uker
Hyppighet av tiltak:	1 gang per uke
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	Forskere
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging. Ble bedt om å gjøre som de pleier med trim og kosthold
----------------	---

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering	Fysisk fungering, EORTC QLQ-C30, 0-100 poeng, høyere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Sosial fungering	Sosial fungering, EORTC QLQ-C30, 0-100 poeng, høyere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Rollefungering	Rollefungering, EORTC QLQ-C30, 0-100 poeng, høyere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Følelsesmessig fungering	Følelsesmessig fungering, EORTC QLQ-C30, 0-100 poeng, høyere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Kognitiv fungering	Kognitiv fungering, EORTC QLQ-C30, 0-100 poeng, høyere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)

Livskvalitet	Livskvalitet, EORTC QLQ-C30, 0-100 poeng, høyere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Helsestatus		
Vaner/atferd		
Fysiske symptomer	Smerter, EORTC QLQ-C30, 0-100 poeng, høyere skår er best Fatigue, EORTC QLQ-C30, 0-100 poeng, høyere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)

Setting

Setting:	Lokal park (I regi av sykehus), Iran
----------	--------------------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. Én aktør
-------------------------	-------------------

Interessekonflikter

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

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i utforming av studie:	Ikke oppgitt
--	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Lav	Randomisert blokkdesign
Allocation concealment (selection bias)	Lav	Nummererte opaqqonvolutter
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Høy	Ikke blindet
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Lav	Evaluerer var blindet
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Lav	Frafall beskrevet
Selective reporting (reporting bias)	Lav	Protokoll
Other bias	Lav	

Merknader/notater

Artikkelen er tilgjengelig fra norske IP-adresser: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/ijn.12883>

Effektestimater for utfall

Fysisk fungering	Fysisk fungering, EORTC QLQ-C30, 0-100 poeng, høyere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Sosial fungering	Sosial fungering, EORTC QLQ-C30, 0-100 poeng, høyere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Rollefungering	Rollefungering, EORTC QLQ-C30, 0-100 poeng, høyere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Følelsesmessig fungering	Følelsesmessig fungering, EORTC QLQ-C30, 0-100 poeng, høyere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Kognitiv fungering	Kognitiv fungering, EORTC QLQ-C30, 0-100 poeng, høyere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)

Livskvalitet	Livskvalitet, EORTC QLQ-C30, 0-100 poeng, høyere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Fysiske symptomer	Smerter, EORTC QLQ-C30, 0-100 poeng, høyere skår er best Fatigue, EORTC QLQ-C30, 0-100 poeng, høyere skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)

Fysisk fungering

Fysisk fungering, (EORTC QLQ-C30)

Fysisk fungering, totalskår, mean (SD), høy skår er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	60.2	14	35	55.7	14.2	36
Post (12 uker)	72.6	11.6	35	60.2	11.9	36

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Fysisk fungering, endringsskår, høy er bra

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	60.2	14	35	55.7	14.2	36
Post (12 uker)	12.4	8.4	35	4.5	8.5	36

Sosial fungering

Sosial fungering (EORTC QLQ-C30)

Sosial fungering, totalskår, mean (SD), høy skår er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	40.5	19.9	35	47.7	14.4	36
Post (12 uker)	58.1	14.2	35	53.2	12.5	36

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Sosial fungering, endringsskår, mean (SD), høy er bra

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	40.5	19.9	35	47.7	14.4	36
Post (12 uker)	17.6	12.1	35	5.5	8.7	36

Rollefungering

Rollefungering som ikke er spesifisert (EORTC QLQ-C30), dermed satt under «følelsesmessig rollefungering»

Følelsesmessig rollefungering, totalskår, mean (SD), høy skår er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	58.6	13	35	59.7	14	36
Post (12 uker)	71	11	35	61.6	13.1	36

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Følelsesmessig rollefungering endringsskår, mean (SD), høy er bra

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall

Før start	58.6	13	35	59.7	14	36
Post (12 uker)	12.4	7.8	35	1.9	8.6	36

Følelsesmessig fungering

Følelsesmessig fungering som ikke er spesifisert (EORTC QLQ-C30), går dermed under generell psykisk helse

Psykisk helse, totalskår, mean (SD), høy skår er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	53.6	12	35	55.8	11.1	36
Post (12 uker)	64.5	11.3	35	62	11.4	36

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Psykisk helse, endringsskår, mean (SD), høy er bra

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	53.6	12	35	55.8	11.1	36
Post (12 uker)	10.9	7.4	35	6.2	7.1	36

Kognitiv fungering

Kognitiv fungering (EORTC QLQ-C30)

Kognitiv fungering, totalskår, mean (SD), høy skår er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	73.8	19.1	35	81.9	14.6	36
Post (12 uker)	78.6	14.3	35	82.9	12.9	36

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Kognitiv fungering, endringsskår, mean (SD), høy er bra

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	73.8	19.1	35	81.9	14.6	36
Post (12 uker)	4.8	11.5	35	1	8.8	36

Livskvalitet

Livskvalitet (EORTC QLQ-C30)

Livskvalitet, totalskår, mean (SD), høy skår er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	34	13.3	35	36.6	11.3	36
Post (12 uker)	33.3	9.3	35	35.2	9.8	36

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Livskvalitet, endringsskår, mean (SD), høy er bra

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	34	13.3	35	36.6	11.3	36

Post (12 uker)	-0.7	8.1	35	-1.4	6.8	36
----------------	------	-----	----	------	-----	----

Fysiske symptomer

Smerter (EORTC QLQ-C30)

Smerter, totalskår, mean (SD), lav skår er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	41.9	16.6	35	29.2	17.1	36
Post (12 uker)	40.5	16.3	35	28.2	15.8	36

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Smerter, endringsskår, mean (SD), lav er bra

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	41.9	16.6	35	29.2	17.1	36
Post (12 uker)	-1.4	10.4	35	-1	10.5	36

Fatigue (EORTC QLQ-C30)

Fatigue, totalskår, mean (SD), lav skår er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	52.4	13.6	35	49.4	13.4	36
Post (12 uker)	34	10.1	35	42.6	11.4	36

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Fatigue, endringsskår, mean (SD), lav er bra

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	52.4	13.6	35	49.4	13.4	36
Post (12 uker)	-18.4	8.2	35	-5.8	8.1	36

Dataauthenting

Studie: Muharram 2011

Metode

Studiedesign	Antall studiearmar	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individuelt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Muharram 2011	Voksne med kroniske korsryggsmerter	Treningstiltak (skyggeboksing)	Ingen tiltak, venteliste	Livskvalitet 2 av 2 Fysiske symptomer 1 av 1	Ortopedisk poliklinikk/ universitet, Kina

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Voksne 40-60 år med kroniske korsryggsmerter
Alder:	Gj.snitt 43-44 år
Kjønn:	45% kvinner
Antall i tiltaksgruppen:	82
Antall i sammenligningsgruppen:	82

Tiltak

Tiltak:	Skyggeboksing
Gruppe/individuelt:	Gruppe?
Lengde på tiltak:	12 uker
Hyppighet av tiltak:	6 ganger i uka
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	Universitetslærere
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Ingen tiltak. Fikk forslag til sunn livsstil. Venteliste
----------------	--

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering		
Sosial fungering		
Rollefungering		
Følelsesmessig fungering		
Kognitiv fungering		
Livskvalitet	Livskvalitet, Psykisk komponent, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best Livskvalitet, Fysisk helse komponent, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Helsestatus		
Vaner/atferd		
Fysiske symptomer	Smerter, VAS 0-100 poeng, lavest skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)

Setting

Setting:	Ortopedisk poliklinikk/universitet, Kina
----------	--

Finansiering av studie

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

Interessekonflikter

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

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i utforming av studie:	Ikke oppgitt
--	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Uklar	Ikke beskrevet
Allocation concealment (selection bias)	Uklar	Ikke beskrevet
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Uklar	Ikke beskrevet
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Uklar	Ikke beskrevet
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Lav	Frafall beskrevet
Selective reporting (reporting bias)	Uklar	Mangler protokoll
Other bias	Lav	

Merknader/notater

Artikkel ikke fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser (ikke Open Access)

Effektestimater for utfall

Livskvalitet	Livskvalitet, Psykisk komponent, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best Livskvalitet, Fysisk helse komponent, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Fysiske symptomer	Smerter, VAS 0-100 poeng, lavest skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)

Livskvalitet

Livskvalitet, fysisk komponent, SF-36

Fysisk komponent, livskvalitet, totalskår, mean (SD) høy betyr bedre status

De oppgir bare 95%CI, så regnet ut SD fra [Cochrane handbooks anbefaling](#) (SE= upper limit - lower limit /3.92, deretter finner vi SD = SE√N)

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	45.8	41.5-50.1	82	20	45.1	40.5-49.7	82	21.4
Post (12 uker)	49.1	44.6-53.6	78	20.2	45.1	41.8-49.4	80	17.3

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Fysisk komponent, livskvalitet, endringsskår, mean (SD)

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start						
Post (12 uker)	3.3	12.7	78	0	12.8	80

Livskvalitet, psykisk komponent, SF-36

Psykisk komponent, totalskår, mean (SD) høy betyr bedre status

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	49.6	45.1-54.5	82	21.8	48.8	44.3-53.3	82	20.9
Post (12 uker)	51.4	47-55.8	78	19.8	48.5	44.4-52.6	80	18.6

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Psykisk komponent, endringsskår, mean (SD)

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start						
Post (12 uker)	1.8	13.3	78	-0.3	12.7	80

Smerter

Smerter (VAS 0-100)

Smerter, totalskår, mean (SD) lav indikerer mindre smerte

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	53.3	42.2-64.4	82	51.5	53.3	44.6-62	82	41.8
Post (12 uker)	41.2	33.4-49	78	35	53.1	44.8-61.4	80	37.7

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Smerte, endringsskår, mean (SD) lav indikerer mindre smerte

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start						
Post (12 uker)	-12.1	31.5	78	-0.2	25.4	80

Dataauthenting

Studie: Park 2011

Metode

Studiedesign	Antall studiearmar	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individuelt	Okt 2007 til des 2007	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Park 2011	Personer (eldre) med høyt blodtrykk	Kombinert trenings- og undervisnings-tiltak	«Kontroll»	Fysisk fungering 2 av 2 Sosial fungering 1 av 1 Rollefungering 2 av 2 Følelsesmessig fungering 2 av 2 Livskvalitet 0 av 2 Helsestatus 1 av 1 Vaner/atferd 1 av 1 Fysiske symptomer 2 av 2	Lokalsamfunnet (eldresenter) Sør-Korea

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Eldre over 65 år med høyt blodtrykk
Alder:	Gj. Snitt. 70-71 år
Kjønn:	68% kvinner
Antall i tiltaksgruppen:	22
Antall i sammenligningsgruppen:	23

Tiltak

Tiltak:	Undervisning, rådgivning innen helse, mat, trening og trening med strikk
Gruppe/individuelt:	Gruppe
Lengde på tiltak:	12 uker
Hyppighet av tiltak:	1 gang per uke
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	Sykepleiere
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Kun beskrevet som «kontrollgruppe»
----------------	------------------------------------

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering	Fysisk fungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best Egenomsorg, 16-item instrument, 16-80 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Sosial fungering	Sosial fungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Rollefungering	Fysisk rollefungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best Følelsesmessig rollefungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Følelsesmessig fungering	Psykisk helse total, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best Mestringstro, 8-item instrument, 100-800 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Kognitiv fungering		
Livskvalitet	SF-36, men ingen tall på total eller delkomponenter her	Rett etter tiltak (12 uker)
Helsestatus	Generell helse, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)

Vaner/atferd	Fysisk aktivitet	Rett etter tiltak (12 uker)
Fysiske symptomer	Smerter, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best Fatigue/vitalitet, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)

Setting

Setting:	Eldresenter, Sør-Korea
----------	------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. En aktør
-------------------------	-------------------

Interessekonflikter

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

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i utforming av studie:	Ikke oppgitt
--	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Uklart	Ikke beskrevet
Allocation concealment (selection bias)	Uklart	Ikke beskrevet
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Uklart	Ikke beskrevet
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Uklart	Ikke beskrevet
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Lav	Frafall beskrevet
Selective reporting (reporting bias)	Uklart	Mangler protokoll
Other bias	lav	

Merknader/notater

Artikkel er ikke fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser

Effektestimater for utfall

Fysisk fungering	Fysisk fungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best Egenomsorg, 16-item instrument, 16-80 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Sosial fungering	Sosial fungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Rollefungering	Fysisk rollefungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best Følelsesmessig rollefungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Følelsesmessig fungering	Psykisk helse total, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best Mestringstro, 8-item instrument, 100-800 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Livskvalitet	SF-36, men ingen tall på total eller delkomponenter her	Rett etter tiltak (12 uker)
Helsestatus	Generell helse, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Vaner/atferd	Fysisk aktivitet	Rett etter tiltak (12 uker)

Fysiske symptomer	Smerter, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best Fatigue/vitalitet, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
-------------------	--	-----------------------------

Fysisk fungering

Fysisk fungering (SF-36)

Fysisk fungering, totalskår, mean (SD), høyere er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	80.3	29.1	18	82.3	21.3	22
Post (12 uker)	85	18.1	18	77.3	20.9	22

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Fysisk fungering, endringsskår, mean (SD), høyere er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	80.3	29.1	18	82.3	21.3	22
Post (12 uker)	4.7	18.2	18	-5	13.3	22

Egenomsorg (ukjent 16-item instrument)

Egenomsorg, totalskår, mean (SD), høy er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	60.6	12.5	18	56.6	11.6	22
Post (12 uker)	67.6	8.5	18	59.8	8	22

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Egenomsorg, endringsskår, mean (SD), høy er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start			18			22
Post (12 uker)	7	7.6	18	3.2	7.1	22

Sosial fungering

Sosial fungering, SF-36

Sosial fungering, totalskår, mean (SD), høyere er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	65	17.9	18	69.1	18.2	22
Post (12 uker)	73.3	15.2	18	68.2	15.3	22

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Sosial fungering, endringsskår, mean (SD), høyere er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	65	17.9	18	69.1	18.2	22
Post (12 uker)	8.3	10.8	18	-0.9	10.9	22

Rollefungering

Fysisk rollefungering, SF-36

Fysisk rollefungering, totalskår, mean (SD), høyere er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	75.3	30.6	18	77.6	30.9	22
Post (12 uker)	79.5	25.7	18	81.8	19.9	22

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Fysisk rollefungering, endringsskår, mean (SD), , høyere er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start			18			22
Post (12 uker)	4.2	18.4	18	4.2	19.2	22

Psykisk rollefungering

Psykisk rollefungering, SF-36

Psykisk rollefungering, totalskår, mean (SD), høyere er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	84.3	24.1	18	87.9	28.8	22
Post (12 uker)	87.9	18.2	18	76.9	19.1	22

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Psykisk rollefungering, endringsskår, mean (SD), høyere er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start			18			22
Post (12 uker)	3.6	14.5	18	-11	17.7	22

Følelsesmessig fungering

Psykisk helse, SF-36

Psykisk helse, totalskår, mean (SD), høyere er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	70.3	24.8	18	76.4	20.7	22
Post (12 uker)	81.7	11.9	18	71.6	12.9	22

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Psykisk helse, endringsskår, mean (SD), høyere er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start			18			22
Post (12 uker)	11.4	16.9	18	-4.8	12.9	22

Mestringstro for fysisk aktivitet (ukjent instrument med 8 items)

Mestringstro, totalskår, mean (SD), høy er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	626	212	18	707	123	22
Post (12 uker)	643	186	18	636	153	22

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Mestringstro, endringsskår, mean (SD), høy er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start			18			22
Post (12 uker)	17	128	18	-71	88.5	22

Helsestatus

Generell helse, SF-36

Generell helse, totalskår, mean (SD), høyere er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	51.7	20.4	18	59.6	23.5	22
Post (12 uker)	68.9	18.2	18	54.3	17.1	22

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Generell helse, endringsskår, mean (SD), høyere er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start			18			22
Post (12 uker)	17.2	12.4	18	-5.3	14.2	22

Vaner/atferd

Fysisk aktivitet (MET-min/week)

Fysisk aktivitet totalskår, mean (SD), høyere er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	2826	2706	18	2698	5228	22
Post (12 uker)	4938	3598	18	3888	4066	22

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Fysisk aktivitet endringsskår, mean (SD), høyere er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start			18			22
Post (12 uker)	2112	2163	18	1190	3138	22

Fysiske symptomer

Smerter (SF-36)

Smerter, totalskår, mean (SD), høyere er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	69.4	32.4	18	63.2	35.1	22
Post (12 uker)	66.1	35	18	69.1	24.3	22

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Smerter, endringsskår, mean (SD), høyere er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start			18			22
Post (12 uker)	-3.3	21.5	18	5.9	21.4	22

Vitalitet/Fatigue (SF-36)

Fatigue/vitalitet, totalskår, mean (SD) høyere er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	57.9	30.4	18	64.2	24.7	22
Post (12 uker)	72.6	16.8	18	60.8	19	22

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Fatigue/vitalitet, endringsskår, mean (SD), høyere er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start			18			22
Post (12 uker)	14.7	19.7	18	-3.4	14.8	22

Dataauthenting

Studie: Salvo 2022

Metode

Studiedesign	Antall studiearmene	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	3 (mindfulbasert helsefremming er ikke med)	Individ	Mai 2017 – des 2019	Intention-to-treat (ITT)	NCT02893150 (registrert i ettertid)

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Salvo 2022	Kvinner med overvekt	Kostholdstiltak	Vanlig oppfølging, venteliste	Følelsesmessig fungering 2 av 2	Kommunehelsetjenesten (legekontor), Brasil

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Kvinner med overvekt og lav sosioøkonomisk status
Alder:	Gj.snitt. 40,4 år (10,4)
Kjønn:	100% kvinner
Antall i tiltaksgruppen:	95
Antall i sammenligningsgruppen:	96

Tiltak

Tiltak:	Mindful eating program
Gruppe/individuell:	Gruppe
Lengde på tiltak:	10 uker
Hyppighet av tiltak:	1 gang per uke
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	Hovedforsker
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging, venteliste
----------------	-------------------------------

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering		
Sosial fungering		
Rollefungering		
Følelsesmessig fungering	Depresjonssymptomer, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D), 0-21 poeng, lavere skår er bedre Angst Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS - A), 0-21 poeng, lavere skår er bedre	Rett etter tiltak (10 uker) og 3 mnd. Etter tiltaket var ferdig (etter ca. 5-6 mnd.)
Kognitiv fungering		
Livskvalitet		
Helsestatus		
Vaner/atferd		
Fysiske symptomer		

Setting

Setting:	Kommunehelsetjenesten, Brasil
----------	-------------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. Én aktør
-------------------------	-------------------

Interessekonflikter

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

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i utforming av studie:	Ikke oppgitt
--	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Uklar	Ikke beskrevet. Bare info om at det er stratifisert
Allocation concealment (selection bias)	Uklar	Ikke beskrevet
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Høy	Ikke blindet
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Lav	Blindet evaluering
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Lav	Frafall beskrevet. ITT-analyse
Selective reporting (reporting bias)	Lav	Protokoll
Other bias	Lav	

Artikkelen er publisert som Open Access og er fritt tilgjengelig for norske IP-adresser:

<https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0195666322002227?token=559ED414489E529172B13EAE67B2CC55F798439A4BCF6E5AF09011EC9D0E7DDF76750AC8514855762A840972D6948657&originRegion=eu-west-1&originCreation=20220808113622>

Effektestimater for utfall

Følelsesmessig fungering	Depresjonssymptomer, Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS-D), 0-21 poeng, lavere skår er bedre Angst Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS -A), 0-21 poeng, lavere skår er bedre	Rett etter tiltak (10 uker) og 3 mnd. Etter tiltaket var ferdig (etter ca. 5-6 mnd.)
-----------------------------	--	---

Følelsesmessig fungering

Angstsymptomer, (HADS-A)

Angst, totalskår, mean (SD), lav er bra

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	8.52	3.72	95	8.04	4.13	96
Post (10 uker)	6.53	3.7	47	6.72	3.36	58
3-6 mnd	6.89	4.32	45	7.31	3.64	48

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Angst, endringsskår, mean (SD), lav er bra

Måletidspunkt	Tiltak	Ikke tiltak
---------------	--------	-------------

	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start			95			96
Post (10 uker)	-1.99	2.35	47	-1.32	2.48	58
3-6 mnd	-1.63	2.6	45	-0.73	2.5	48

Depresjonssymptomer (HADS-D)

Depresjon, totalskår, mean (SD), lav er bra

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	6.51	3.26	95	6.99	3.74	96
Post (10 uker)	5.32	3.4	47	6.05	3.6	58
3-6 mnd	6.11	3.33	45	6.21	3.66	48

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Depresjon, endringsskår, mean (SD), lav er bra

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start			95			96
Post (10 uker)	-1.19	2.11	47	-0.94	2.33	58
3-6 mnd	-0.4	2.09	45	-0.78	2.34	48

Dataauthenting

Studie: Samdal 2019/2022 (to publikasjoner på samme studie)

Metode

Studiedesign	Antall studiearmene	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individuelt	Juni 2014-sept 2015	Ikke oppgitt	NCT02247219

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Samdal 2019/2022	Personer med eller med økt risiko for sykdom	Kombinert kosthold- og treningstiltak (kostholdstiltak var frivillig)	Ingen tiltak, venteliste	Vaner/atferd 2 av 2	Kommunehelsetjenesten, (Frisklivssentraler), Norge

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Ikke tydelig beskrevet hvem, men generelt skal alle som har sykdom eller økt risiko for sykdom eller andre helseutfordringer være i målgruppen til tilbud ved Frisklivssentraler. Et flertall av deltakerne hadde BMI på 30 eller høyere
Alder:	Gj. snitt 50,4 år (13,0)
Kjønn:	78 % kvinner
Antall i tiltaksgruppen:	57
Antall i sammenligningsgruppen:	61

Tiltak

Tiltak:	Ulike fysiske aktivitetstiltak ved Frisklivssentraler (f.eks. turgåing, lett styrketrening, strekking og tøying, lek). I tillegg var det et frivillig tilbud med ernæringsfysiolog to ganger per uke i 4-5 uker
Gruppe/individuelt:	Gruppe (med individuelle samtaler før og etter tiltaket)
Lengde på tiltak:	12 uker
Hyppighet av tiltak:	Minst to ganger per uke
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	Fysioterapeuter (eller andre fagfolk)
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Venteliste. Deltakerne mottok tiltak etter 6 mnd.
----------------	---

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering		
Sosial fungering		
Rollefungering		
Følelsesmessig fungering		
Kognitiv fungering		
Livskvalitet		
Helsestatus		

Vaner/atferd	Fysisk aktivitet, timer per dag med moderat til hard fysisk aktivitet (Samdal 2019) Kostholdsvaner (Samdal 2022), sunne kostholdsvaner målt med hyppighet av inntak av frukt, bær og grønnsaker	Ca. 3 mnd. Etter tiltaket er ferdig (etter 6 mnd.)
Fysiske symptomer		

Setting

Setting:	Frisklivssentraler, Norge
----------	---------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. En aktør
-------------------------	-------------------

Interessekonflikter

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

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i utforming av studie:	Oppgitt. Samarbeid med pasientorganisasjoner i utvikling og utførelse av studie
--	---

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Lav	"We used a simple randomisation procedure with 50% allocation probability to each group. A research coordinator, who was not part of the intervention, drew cards from sealed envelopes allocating treatment assignment."
Allocation concealment (selection bias)	Lav	«This ensured concealment of sequence to those enrolling the participants. randomisation was performed after the inclusion visit.»
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Høy	Ikke blindet
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Lav	Ikke oppgitt, men stor sannsynlighet for at det er blindet da det er elektronisk spørreskjema
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Lav	"Only 35% of those invited to participate in the present study accepted the invitation." "Of those randomised, the actual uptake (starters) varied from 35% to 100%." Lav rekruttering og moderat stort frafall. Dette er beskrevet
Selective reporting (reporting bias)	Lav	Har protokoll
Other bias	Lav	

Merknader/notater

Artikkelen Samdal 2019: er Open Access og er fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8991859/>

Artikkelen Samdal 2022: Open Access og er fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30074437/>

Effektestimater for utfall

Vaner/atferd	Fysisk aktivitet, timer per dag med moderat til hard fysisk aktivitet (Samdal 2019) Kostholdsvaner (Samdal 2022), sunne kostholdsvaner målt med hyppighet av inntak av frukt, bær og grønnsaker	Ca. 3 mnd. Etter tiltaket er ferdig (etter 6 mnd.)
--------------	--	--

Vaner/atferd

Fysisk aktivitet, timer per dag med moderat til hard fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet, totalskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	0,9	0,62	56	1,1	0,87	59
Post (3 mnd)						
3 mnd (6 mnd)	0,92	0,67	38	1,14	0,7	43

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Fysisk aktivitet, endringsskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start						
Post (3 mnd)						
3 mnd (6 mnd)	0,02	0,41	38	0,04	0,53	43

Kostholdsvaner, sunne kostholdsvaner målt med hyppighet av inntak av frukt, bær og grønnsaker

Kostholdsvaner, totalskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	0,7	0,39	42	0,83	0,35	44
Post (3 mnd)						
3 mnd (6 mnd)	0,86	0,28	42	0,83	0,28	44

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Fysisk aktivitet, endringsskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start						
Post (3 mnd)						
3 mnd (6 mnd)	0,16	0,24	42	0,0	0,2	44

Dataauthenting

Studie: Sauch Valmaña 2009

Metode

Studiedesign	Antall studiearmar	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individuelt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt	Ikke oppgitt

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Sauch Valmaña 2009	Kvinner med fibromyalgi	Treningstiltak	Ingen tiltak	Fysisk fungering 1 av 1 Livskvalitet 2 av 2 Smerte 1 av 1	Kommunehelsetjenesten (primærhelseteam) Spania

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Kvinner mellom 40-70 år med fibromyalgi
Alder:	Gj. snitt 53-55 år
Kjønn:	100% kvinner
Antall i tiltaksgruppen:	25
Antall i sammenligningsgruppen:	25

Tiltak

Tiltak:	Treningstiltak med fokus på styrke, utholdenhet og balanse
Gruppe/individuelt:	Gruppe
Lengde på tiltak:	12 uker
Hyppighet av tiltak:	2 ganger pr uke
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	Fysioterapeut
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Ingen tiltak
----------------	--------------

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering	Fysisk fungering, Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), 0-80 poeng, lav skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Sosial fungering		
Rollefungering		
Følelsesmessig fungering		
Kognitiv fungering		
Livskvalitet	Livskvalitet, Psykisk komponent, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best Livskvalitet, Fysisk helse komponent, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Helsestatus		
Vaner/atferd		
Fysiske symptomer	Smerter, VAS (EVA) 0-10 poeng, lav skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)

Setting

Setting:	Primærhelseteam, Spania
----------	-------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. To aktører
-------------------------	---------------------

Interessekonflikter

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

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i utforming av studie:	Ikke oppgitt
--	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Lav	Statistisk SPSS program
Allocation concealment (selection bias)	Uklart	Ikke oppgitt
Blinding of participants and personnel (performance bias). All outcomes	Høy	Ikke blindet
Blinding of outcome assessment (detection bias). All outcomes	Lav	Intervjuer var blindet
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Lav	Frafall beskrevet
Selective reporting (reporting bias)	Uklart	Mangler protokoll
Other bias	Lav	

Merknader/notater: Artikkelen er fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser:

https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2150132720965071?url_ver=Z39.88-2003&rft_id=ori:rid:crossref.org&rft_dat=cr_pub%20%20pubmed

Effektestimater for utfall

Fysisk fungering	Fysisk fungering, Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), 0-80 poeng, lav skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Livskvalitet	Livskvalitet, Psykisk komponent, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best Livskvalitet, Fysisk helse komponent, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)
Fysiske symptomer	Smerter, VAS (EVA) 0-10 poeng, lav skår er best	Rett etter tiltak (12 uker)

Fysisk fungering

Fysisk fungering (FIQ)

Fysisk fungering, mean (SD), lav er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	71.2	16.9	23	75.4	15.7	25
Post (12 uker)	68.4	18.2	23	76	12	25

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Fysisk fungering, endringsskår, mean (SD), lav er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	71.2	16.9	23	75.4	15.7	25
Post (12 uker)	-2.8	11.2	23	0.6	9.4	25

Livskvalitet

Psykisk komponent, SF-36

Psykisk komponent, totalskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	31.2	8.3	23	28.8	6	25
Post (12 uker)	32.4	7.7	23	29.5	4.8	25

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Psykisk komponent, endringskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start			23			25
Post (12 uker)	1.2	5.1	23	0.7	3.6	25

Fysisk komponent, SF-36

Fysisk komponent, totalskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	31.4	5.3	23	33.5	4.5	25
Post (12 uker)	32.9	5.5	23	32.9	3.7	25

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Fysisk komponent, endringskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start			23			25
Post (12 uker)	1.5	3.4	23	-0.6	2.7	25

Fysiske symptomer

Smerter (0-10 VAS (EVA))

Smerter, totalskår, mean (SD), lav er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	6.96	2.01	23	6.8	1.83	25
Post (12 uker)	6.78	2.26	23	6.96	2.01	25

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Smerter, endringsskår, mean (SD), lav er best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	6.96	2.01	23	6.8	1.83	25
Post (12 uker)	-0.18	1.4	23	0.16	1.5	25

Dataauthenting

Studie: Stanghelle 2020

Metode

Studiedesign	Antall studiearmar	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individuelt	Jan 2016-okt 2018	Intention-to-treat (ITT)	NCT02781974

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Stanghelle 2020	Kvinner med benskjørhet	Treningstiltak	Vanlig oppfølging	Fysisk fungering 1 av 2 Sosial fungering 1 av 2 Rollefungering 2 av 2 Følelsesmessig fungering 1 av 2 Livskvalitet 3 av 3 Helsestatus 1 av 1 Fysiske symptomer 2 av 3	Kommunehelsetjenesten (fysioterapiklinikk og universitet) Norge

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Kvinner 65 år eller eldre med osteoporose (benskjørhet)
Alder:	Gj. snitt 73-75 år
Kjønn:	100% kvinner
Antall i tiltaksgruppen:	76
Antall i sammenligningsgruppen:	73

Tiltak

Tiltak:	Treningstiltak med fokus på styrketrening og balanse (sirkeltrening)
Gruppe/individuelt:	Gruppe (med individuelle tilpasninger)
Lengde på tiltak:	12 uker
Hyppighet av tiltak:	2 ganger per uke
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	Fysioterapeuter
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging
----------------	-------------------

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering	Fysisk fungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt Fysisk fungering, QUALEFFO-41, 0-100 poeng, lav skår er positivt Ikke valgt ut pga. overlapp	Rett etter tiltak (12 uker) og 3 mnd. (etter 6 mnd.) oppfølging
Sosial fungering	Sosial fungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt Sosial fungering, QUALEFFO-41, 0-100 poeng, lav skår er positivt Ikke valgt ut pga. overlapp	Rett etter tiltak (12 uker) og 3 mnd. (etter 6 mnd.) oppfølging
Rollefungering	Fysisk rollefungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt Følelsesmessig rollefungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt	Rett etter tiltak (12 uker) og 3 mnd. (etter 6 mnd.) oppfølging
Følelsesmessig fungering	Psykisk helse, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt Psykisk fungering, QUALEFFO-41, 0-100 poeng, lav skår er positivt Ikke valgt ut pga. overlapp	Rett etter tiltak (12 uker) og 3 mnd. (etter 6 mnd.) oppfølging

Kognitiv fungering		
Livskvalitet	Livskvalitet, fysisk komponent, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt Livskvalitet, psykisk komponent, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt Livskvalitet, QUALEFFO-41, 0-100 poeng, lav skår er positivt	Rett etter tiltak (12 uker) og 3 mnd. (etter 6 mnd.) oppfølging
Helsestatus	Generell helse, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt	Rett etter tiltak (12 uker) og 3 mnd. (etter 6 mnd.) oppfølging
Vaner/atferd		
Fysiske symptomer	Smerter, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt Smerter: QUALEFFO-41 (0-100 lav er positivt) Ikke valgt ut pga. overlapp Fatigue/vitalitet, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt	Rett etter tiltak (12 uker) og 3 mnd. (etter 6 mnd.) oppfølging

Setting

Setting:	Kombinert ved fysioterapiklinikk og universitet, Norge
----------	--

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. En aktør
-------------------------	-------------------

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Oppgitt. En av forfatterne har en mulig interessekonflikt som er oppgitt.
----------------------	---

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i utforming av studie:	Ikke oppgitt
--	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Lav	computer- generated permuted block randomization av statistiker
Allocation concealment (selection bias)	Lav	Skjult allokering av en person som ikke deltok i programmet
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Høy	Ikke blindet
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Lav	Blindet evaluering
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Lav	Frafall beskrevet. ITT-analyse
Selective reporting (reporting bias)	Lav	Protokoll (retrospektiv registrert)
Other bias	Lav	

Merknader/notater

Artikkelen er Open Access og er fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser:

<https://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12891-020-03495-9>

Effektestimater for utfall

Fysisk fungering	Fysisk fungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt Fysisk fungering, QUALEFFO-41, 0-100 poeng, lav skår er positivt Ikke valgt ut pga. overlapp	Rett etter tiltak (12 uker) og 3 mnd. (etter 6 mnd.) oppfølging
Sosial fungering	Sosial fungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt Sosial fungering, QUALEFFO-41, 0-100 poeng, lav skår er positivt Ikke valgt ut pga. overlapp	Rett etter tiltak (12 uker) og 3 mnd. (etter 6 mnd.) oppfølging
Rollefungering	Fysisk rollefungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt Følelsesmessig rollefungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt	Rett etter tiltak (12 uker) og 3 mnd. (etter 6 mnd.) oppfølging
Følelsesmessig fungering	Psykisk helse, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt Psykisk fungering, QUALEFFO-41, 0-100 poeng, lav skår er positivt Ikke valgt ut pga. overlapp	Rett etter tiltak (12 uker) og 3 mnd. (etter 6 mnd.) oppfølging
Livskvalitet	Livskvalitet, fysisk komponent, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt Livskvalitet, psykisk komponent, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt Livskvalitet, QUALEFFO-41, 0-100 poeng, lav skår er positivt	Rett etter tiltak (12 uker) og 3 mnd. (etter 6 mnd.) oppfølging
Helsestatus	Generell helse, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt	Rett etter tiltak (12 uker) og 3 mnd. (etter 6 mnd.) oppfølging
Fysiske symptomer	Smerter, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt Smerter: QUALEFFO-41 (0-100 lav er positivt) Ikke valgt ut pga. overlapp Fatigue/vitalitet, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er positivt	Rett etter tiltak (12 uker) og 3 mnd. (etter 6 mnd.) oppfølging

Fysisk fungering

Fysisk fungering, SF-36

Fysisk fungering, totalskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	66.5	21	76	68.7	24.9	73
Post (3 mnd)	70.4	19.7	76	70.2	25.2	73
3 mnd (6 mnd)	69.4	20.2	76	70.7	25.5	73

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Fysisk fungering, endringsskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	66.5	21	76	68.7	24.9	73
Post (3 mnd)	3.9	12.9	76	1.5	15.8	73
3 mnd (6 mnd)	2.9	13	76	2	16	73

Fysisk fungering, QUALEFFO-41, lav er god status – **IKKE TATT MED I META-ANALYSE**

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	17.3	10.9	76	17.2	15.3	73
Post (3 mnd)	14.9	9.7	76	15.5	13.9	73
3 mnd (6 mnd)	16.4	11.3	76	16.7	16.5	73

Har ikke tatt med grunnet overlapp

Sosial fungering

Sosial fungering, SF-36

Sosial fungering, totalskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	85.2	19.3	76	82.9	21.8	73
Post (3 mnd)	86	19.6	76	84.9	23	73
3 mnd (6 mnd)	83.7	20.4	76	85.2	23.3	73

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Sosial fungering, endringsskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	85.2	19.3	76	82.9	21.8	73
Post (3 mnd)	0.8	12.3	76	2	14.2	73
3 mnd (6 mnd)	-1.5	12.6	76	2.3	14.3	73

Sosial fungering, QALEFFO-41, lav er god status – IKKE TATT MED I META-ANALYSE

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	28.2	20.4	76	23.4	21.7	73
Post (3 mnd)	24.1	17.7	76	20.6	19.1	73
3 mnd (6 mnd)	27.9	21.1	76	23.3	21.7	73

Har ikke tatt med grunnet overlapp

Rollefungering

Fysisk rollefungering, SF-36

Fysisk rollefungering, totalskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	60.6	27.8	76	65.6	30.1	73
Post (3 mnd)	67.0	28.2	76	67.2	31.1	73
3 mnd (6 mnd)	65.2	25.9	76	67.3	28.4	73

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Fysisk rollefungering, endringsskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	60.6	27.8	76	65.6	30.1	73
Post (3 mnd)	6.4	17.7	76	1.6	19.4	73
3 mnd (6 mnd)	4.6	17.1	76	1.7	18.6	73

Følelsesmessig rollefungering, SF-36

Følelsesmessig rollefungering, totalskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	63.7	20.3	76	62.6	20.9	73
Post (3 mnd)	67.2	13.9	76	65.4	18.5	73
3 mnd (6 mnd)	67.9	16.4	76	65.3	20.2	73

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Følelsesmessig rollefunktering, endringsskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	63.7	20.3	76	62.6	20.9	73
Post (3 mnd)	3.5	12.4	76	2.8	12.7	73
3 mnd (6 mnd)	4.2	12.2	76	2.7	13	73

Følelsesmessig fungering

Psykisk helse, SF-36

Psykisk helse, totalskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	72.6	10.4	76	70.6	15.5	73
Post (3 mnd)	73.8	9.6	76	71.7	13.9	73
3 mnd (6 mnd)	70.9	11.7	76	69.7	14.8	73

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Psykisk helse, endringsskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	72.6	10.4	76	70.6	15.5	73
Post (3 mnd)	1.2	6.4	76	1.1	9.4	73
3 mnd (6 mnd)	-1.7	7.1	76	-0.9	9.6	73

Psykisk fungering, QUALEFFO-41 (0-100 lav er positivt) Ikke valgt - ut pga. overlapp

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	34.0	11.9	76	34.5	14	73
Post (3 mnd)	32.9	10.8	76	33.7	14.1	73
3 mnd (6 mnd)	34.3	11.3	76	35.4	16.5	73

Ikke med pga. overlapp

Livskvalitet

Total livskvalitet, QUALEFFO-41

Livskvalitet alt i alt, mean (SD), totalskår lav er positivt

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	27.1	11.1	76	26.3	15	73
Post (3 mnd)	24.4	10.5	76	24.4	6.7	73
3 mnd (6 mnd)	26.4	11.8	76	26	16.6	73

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Livskvalitet alt i alt, endringsskår, mean (SD), totalskår lav er positivt

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall

Før start	27.1	11.1	76	26.3	15	73
Post (3 mnd)	-2.7	6.9	76	-1.9	10.4	73
3 mnd (6 mnd)	-0.7	7.2	76	-0.3	10.1	73

Livskvalitet, psykisk komponent, SF-36

Livskvalitet, psykisk komponent totalskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	50.4	5.5	76	48.9	7.5	73
Post (3 mnd)	50.5	5.3	76	49.6	6.7	73
3 mnd (6 mnd)	49.8	5.6	76	49	6.6	73

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Livskvalitet, psykisk komponent, endringsskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	50.4	5.5	76	48.9	7.5	73
Post (3 mnd)	0.1	3.4	76	0.7	4.6	73
3 mnd (6 mnd)	-0.6	3.5	76	0.1	4.5	73

Livskvalitet, fysisk komponent, SF-36

Livskvalitet, fysisk komponent totalskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	42.3	9.2	76	43.7	10.8	73
Post (3 mnd)	44	9.3	76	45	10.6	73
3 mnd (6 mnd)	43.5	9.5	76	44.5	11.4	73

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Livskvalitet, fysisk komponent, endringsskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start			76			73
Post (3 mnd)	1.7	5.8	76	1.3	6.8	73
3 mnd (6 mnd)	1.2	5.9	76	0.8	7	73

Helsestatus

Generell helse, SF-36

Generell helse, totalskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	63.9	22.3	76	63.4	24.4	73
Post (3 mnd)	63.7	20.3	76	64.9	23	73
3 mnd (6 mnd)	64	20.2	76	64.6	24.7	73

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Generell helse, endringsskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	63.9	22.3	76	63.4	24.4	73
Post (3 mnd)	-0.2	12.9	76	1.5	15.1	73
3 mnd (6 mnd)	0.1	12.9	76	0.2	15.5	73

Fysiske symptomer

Smerter, SF-36

Smerter, totalskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	57.6	22.7	76	60	24.9	73
Post (3 mnd)	62.9	23.6	76	64.8	25.2	73
3 mnd (6 mnd)	59.2	23	76	60.6	28.2	73

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Smerter, endringsskår, mean (SD), høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	57.6	22.7	76	60	24.9	73
Post (3 mnd)	5.3	14.7	76	4.8	15.8	73
3 mnd (6 mnd)	1.6	14.5	76	0.6	17.1	73

Smerter QUALEFFO-41, mean (SD), totalskår (lav er positivt)- ikke med pga. overlapp

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	34.7	25	76	35.8	25.4	73
Post (3 mnd)	29.3	25.9	76	28.9	24.8	73
3 mnd (6 mnd)	33.4	24	76	33.7	26.5	73

Ikke med pga. overlapp

Fatigue/mangel på vitalitet, SF-36

Fatigue/mangel på vitalitet, totalskår, mean (SD) høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	53.2	14.7	76	54.5	18.5	73
Post (3 mnd)	54.3	17.4	76	57	18.5	73
3 mnd (6 mnd)	54.1	14.4	76	53.7	18.3	73

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Fatigue/mangel på vitalitet, endringsskår, mean (SD) høy er god status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	53.2	14.7	76	54.5	18.5	73
Post (3 mnd)	1.1	10.5	76	2.5	11.7	73
3 mnd (6 mnd)	0.9	9.2	76	-0.8	11.6	73

Dataauthenting

Studie: Teut 2016**Metode**

Studiedesign	Antall studiearmar	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	3 (yoga er ikke med)	Individuelt	Mai 2011-april 2012	Intention- to treat (ITT)	NCT01303588

Innhold**Oppsummert**

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Teut 2016	Personer (eldre) med korsryggsmerter	Treningstiltak (Qigong)	Ingen tiltak, venteliste	Fysisk fungering 1 av 2 Sosial fungering 0 av 1 Rollefungering 0 av 2 Følelsesmessig fungering 1 av 3 Livskvalitet 2 av 2 Helsestatus 0 av 1 Fysiske symptomer 1 av 4	Lokalsamfunnet (eldrehjem og universitet) Tyskland

Detaljert**Deltakere**

Deltakere:	65 år og eldre med korsryggsmerter
Alder:	Gj.snitt 72-73 år
Kjønn:	89% kvinner
Antall i tiltaksgruppen:	58
Antall i sammenligningsgruppen:	57

Tiltak

Tiltak:	Qigong
Gruppe/individuelt:	Gruppe
Lengde på tiltak:	3 mnd.
Hyppighet av tiltak:	1 gang i uka (12 ganger til sammen)
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	Qigong-instruktør
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Ingen tiltak. De fikk tilbud om å delta på qigong eller yoga etter 6 mnd. (venteliste)
----------------	--

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering	Fysisk fungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre - Ikke mulig å finne endringsskår og ikke med i analysen Ryggfungering FFbHR (0-100) høy er bedre fungering	Rett etter tiltak (3 mnd.) og 3 mnd (6 mnd.) etter tiltak
Sosial fungering	Sosial fungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre - Ikke mulig å finne endringsskår og ikke med i analysen	Rett etter tiltak (3 mnd.) og 3 mnd (6 mnd.) etter tiltak
Rollefungering	Fysisk rollefungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre - Ikke mulig å finne endringsskår og ikke med i analysen Følelsesmessig rollefungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre - Ikke mulig å finne endringsskår og ikke med i analysen	Rett etter tiltak (3 mnd.) og 3 mnd (6 mnd.) etter tiltak
Følelsesmessig fungering	Psykisk helse, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre - Ikke mulig å finne endringsskår og ikke med i analysen Depresjon Geriatric Depression Scale, 0-15 poeng, lav skår er bedre	Rett etter tiltak (3 mnd.) og 3 mnd (6 mnd.) etter tiltak

	Mestringstro (Self-efficacy), Body efficacy expectation (BEE), 1-4 poeng, lav er bedre status - Ikke mulig å finne endringsskår og ikke med i analysen	
Kognitiv fungering		
Livskvalitet	Livskvalitet, Psykisk komponent, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre Livskvalitet, Fysisk helse komponent, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre	Rett etter tiltak (3 mnd.) og 3 mnd (6 mnd.) etter tiltak
Helsestatus	Generell helse, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre - Ikke mulig å finne endringsskår og ikke med i analysen	Rett etter tiltak (3 mnd.) og 3 mnd (6 mnd.) etter tiltak
Vaner/atferd		
Fysiske symptomer	Smerter, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre - Ikke mulig å finne endringsskår og ikke med i analysen Smerter, Functional rating index (FRI), 0-4 poeng, lav skår er bedre – ikke valgt grunnet overlapp Smerter 7 siste dager VAS, 0-100 poeng, lav indikerer bedre status Fatigue/mangel på vitalitet, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre - Ikke mulig å finne endringsskår og ikke med i analysen	Rett etter tiltak (3 mnd.) og 3 mnd (6 mnd.) etter tiltak

Setting

Setting:	I eldrehjem eller treningsfasiliteter ved universitetet, Tyskland
----------	---

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. En aktør
-------------------------	-------------------

Interessekonflikter

Interessekonflikter:	Oppgitt. Ingen interessekonflikter, men en av forfatterne, Judith Knilli, er utdannet yogainstruktør fra stedet som finansierte studien
----------------------	---

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i utforming av studie:	Ikke oppgitt
--	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Lav	Randomisering via et software program
Allocation concealment (selection bias)	Lav	Allokering ble skjult i en database uten tilgang for de involvert i randomiseringen eller tiltakene
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Høy	Ikke blindet
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Uklar	Ikke oppgitt
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Lav	Frafall beskrevet og brukt ITT-analyse

Selective reporting (reporting bias)	Lav	Protokoll
Other bias	Lav	

Merknader/notater

Artikkel ikke fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser (ikke Open Access)

Effektestimater for utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering	Fysisk fungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre - Ikke mulig å finne endringsskår og ikke med i analysen Ryggfungering FFbHR (0-100) høy er bedre fungering	Rett etter tiltak (3 mnd.) og 3 mnd (6 mnd.) etter tiltak
Sosial fungering	Sosial fungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre - Ikke mulig å finne endringsskår og ikke med i analysen	Rett etter tiltak (3 mnd.) og 3 mnd (6 mnd.) etter tiltak
Rollefungering	Fysisk rollefungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre - Ikke mulig å finne endringsskår og ikke med i analysen Følelsesmessig rollefungering, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre - Ikke mulig å finne endringsskår og ikke med i analysen	Rett etter tiltak (3 mnd.) og 3 mnd (6 mnd.) etter tiltak
Følelsesmessig fungering	Psykisk helse, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre - Ikke mulig å finne endringsskår og ikke med i analysen Depresjon Geriatric Depression Scale, 0-15 poeng, lav skår er bedre Mestringstro (Self-efficacy), Body efficacy expectation (BEE), 1-4 poeng, lav er bedre status - Ikke mulig å finne endringsskår og ikke med i analysen	Rett etter tiltak (3 mnd.) og 3 mnd (6 mnd.) etter tiltak
Livskvalitet	Livskvalitet, Psykisk komponent, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre Livskvalitet, Fysisk helse komponent, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre	Rett etter tiltak (3 mnd.) og 3 mnd (6 mnd.) etter tiltak
Helsestatus	Generell helse, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre - Ikke mulig å finne endringsskår og ikke med i analysen	Rett etter tiltak (3 mnd.) og 3 mnd (6 mnd.) etter tiltak
Fysiske symptomer	Smerter, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre - Ikke mulig å finne endringsskår og ikke med i analysen Smerter, Functional rating index (FRI), 0-4 poeng, lav skår er bedre – ikke valgt grunnet overlapp Smerter 7 siste dager VAS, 0-100 poeng, lav indikerer bedre status Fatigue/mangel på vitalitet, SF-36, 0-100 poeng, høy skår er bedre - Ikke mulig å finne endringsskår og ikke med i analysen	Rett etter tiltak (3 mnd.) og 3 mnd (6 mnd.) etter tiltak

Fysisk fungering

Fysisk fungering (SF-36)

Fysisk fungering totalskår, mean (SD), høy betyr bedre status **IKKE MED I ANALYSENE**

De oppgir bare 95%CI, så regnet ut SD fra [Cochrane handbooks anbefaling](#) (SE= upper limit - lower limit /3.92, deretter finner vi SD = SE√N)

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	N/A				N/A			
Post (3 mnd)	63.1	58.1-68.1	58	19.4	61.1	56.3-65.9	57	18.6
3 mnd (6 mnd)	61	55.9-66.1	58	19.8	61.2	56.3-66	57	18.8

Ryggfungering (FFbHR)

Fysisk fungering, totalskår, mean (SD), lavere er bedre status

De oppgir bare 95%CI, så regnet ut SD fra [Cochrane handbooks anbefaling](#) (SE= upper limit - lower limit /3.92, deretter finner vi SD = SE√N)

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	70.4			18.7	69.2			19.1
Post (3 mnd)	70.1	66.5-73.7	58	14	65.1	62.3-68	57	11.1
3 mnd (6 mnd)	69.2	66-72.5	58	12.6	65.3	62.6-72.5	57	19.2

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Fysisk fungering, endringsskår, mean (SD), lavere er bedre status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	70.4	18.7	58	69.2	19.1	57
Post (3 mnd)	-0.3	11.3	58	-4.1	12.2	57
3 mnd (6 mnd)	-1.2	11.4	58	-3.9	12.1	57

Sosial fungering

Sosial fungering (SF-36)

Sosial fungering totalskår, mean (SD), høy betyr bedre status **IKKE MED I ANALYSENE**

De oppgir bare 95%CI, så regnet ut SD fra [Cochrane handbooks anbefaling](#) (SE= upper limit - lower limit /3.92, deretter finner vi SD = SE√N)

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	N/A				N/A			
Post (3 mnd)	78	73.6-82.4	58	17.1	75.2	72.3-79.2	57	13.4
3 mnd (6 mnd)	79.5	75.1-83.9	58	17.1	74.1	69.5-78.7	57	17.8

Rollefungering

Fysisk rollefungering (SF-36)

Fysisk rollefungering, totalskår, mean (SD), høy betyr bedre status - **IKKE MED I ANALYSENE**

De oppgir bare 95%CI, så regnet ut SD fra [Cochrane handbooks anbefaling](#) (SE= upper limit - lower limit /3.92, deretter finner vi SD = SE√N)

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	N/A				N/A			
Post (3 mnd)	47.7	38.5-56.9	58	35.7	38.5	29.8-47.3	57	33.9
3 mnd (6 mnd)	50.5	38.9-62.2	58	45.2	40.7	30.8-50.5	57	38.2

Psykisk rollefungering (SF-36)

Psykisk rollefungering, totalskår, mean (SD), høy betyr bedre status - **IKKE MED I ANALYSENE**

De oppgir bare 95%CI, så regnet ut SD fra [Cochrane handbooks anbefaling](#) (SE= upper limit - lower limit /3.92, deretter finner vi SD = SE√N)

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	N/A				N/A			
Post (3 mnd)	63.6	51.6-75.7	58	46.7	63.6	52.7-74.6	57	42.2
3 mnd (6 mnd)	61.7	49.8-73.5	58	46.1	66.5	55.3-77.7	57	43.1

Følelsesmessig fungering

Psykisk helse (SF-36)

De oppgir bare 95%CI, så regnet ut SD fra [Cochrane handbooks anbefaling](#) (SE= upper limit - lower limit /3.92, deretter finner vi SD = SE√N)

Psykisk helse, totalskår, mean (SD) høy betyr bedre status - **IKKE MED I ANALYSENE**

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	N/A				N/A			
Post (3 mnd)	69.2	65.6-72.8	58	14	67	64-70.1	57	11.8
3 mnd (6 mnd)	68.4	65.2-71.6	58	12.4	65.7	62-69.3	57	14.1

Depresjon (Geriatric Depression Scale)

De oppgir bare 95%CI, så regnet ut SD fra [Cochrane handbooks anbefaling](#) (SE= upper limit - lower limit /3.92, deretter finner vi SD = SE√N)

Depresjonssymptomer, totalskår, mean (SD), lav er bedre status

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	2.1			2.5	2.8			2.8
Post (3 mnd)	3.3	2.6-3.9	58	2.5	3.2	2.6-3.9	57	2.5
3 mnd (6 mnd)	3.1	2.5-3.6	58	2.1	3.4	2.6-4.2	57	3.1

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Depresjonssymptomer, endringsskår, mean (SD), lav er bedre status

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	2.1	2.5	58	2.8	2.8	57
Post (3 mnd)	1.2	1.6	58	0.4	1.6	57
3 mnd (6 mnd)	1.0	1.5	58	0.6	1.9	57

Mestringstro (BEE)

Mestringstro, totalskår, mean (SD), lav er bedre status - **IKKE MED I ANALYSENE**

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	N/A				N/A			
Post (3 mnd)	2.8	2.6-2.9	58	0.6	2.7	2.6-2.9	57	0.6
3 mnd (6 mnd)	2.8	2.6-3	58	0.6	2.7	2.6-2.9	57	0.6

Livskvalitet

Livskvalitet, fysisk komponent (SF-36)

Livskvalitet, fysisk komponent, totalskår, mean (SD), høy betyr bedre status

De oppgir bare 95%CI, så regnet ut SD fra [Cochrane handbooks anbefaling](#) (SE= upper limit - lower limit /3.92, deretter finner vi SD = SE√N)

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	37.5		58	7.8	36.5		57	9.3
Post (3 mnd)	39	36.8-41.1	58	8.4	37	35.1-38.9	57	7.3
3 mnd (6 mnd)	40	37.7-42.3	58	8.9	37.6	35.5-39.8	57	8.3

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Livskvalitet, fysisk komponent, endringsskår, mean (SD), høy betyr bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	37.5	7.8	58	36.5	9.3	57
Post (3 mnd)	1.5	5.2	58	0.5	5.6	57
3 mnd (6 mnd)	2.5	5.4	58	1.1	5.7	57

Livskvalitet, psykisk komponent (SF-36)

Livskvalitet, psykisk komponent, totalskår, mean (SD), høy betyr bedre status

De oppgir bare 95%CI, så regnet ut SD fra [Cochrane handbooks anbefaling](#) (SE= upper limit - lower limit /3.92, deretter finner vi SD = SE√N)

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	50.6		58	11.1	49.9		57	10.3
Post (3 mnd)	48.8	46-51.7	58	11.1	48.8	46.6-51	57	8.5
3 mnd (6 mnd)	48.7	46.2-51.2	58	9.7	48.4	45.7-51.1	57	10.4

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Livskvalitet, psykisk komponent, endringsskår, mean (SD), høy er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	50.6	11.1	58	49.9	10.3	10.3
Post (3 mnd)	-1.8	7	58	-1.1	7.8	57
3 mnd (6 mnd)	-1.9	6.7	58	-1.5	5.4	57

Helsestatus

Generell helse (SF-36)

Generell helse persepsjon, totalskår, mean (SD), høy betyr bedre status - **IKKE MED I ANALYSENE**

De oppgir bare 95%CI, så regnet ut SD fra [Cochrane handbooks anbefaling](#) (SE= upper limit - lower limit /3.92, deretter finner vi SD = SE√N)

Måletidspunkt	Tiltak	Omregning SD*	Ikke tiltak	Omregning SD*
---------------	--------	---------------	-------------	---------------

	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	N/A				N/A			
Post (3 mnd)	57.2	53.1-61.4	58	16.1	56.1	52.5-59.7	57	13.9
3 mnd (6 mnd)	60.2	55.9-64.6	58	16.9	56.5	53-59	57	11.6

Fysiske symptomer

Smerter (VAS 0-100)

Smerter, totalskår, mean (SD), lav indikerer mindre smerte

De oppgir bare 95%CI, så regnet ut SD fra [Cochrane handbooks anbefaling](#) (SE= upper limit - lower limit /3.92, deretter finner vi SD = SE√N)

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	50.6		58	19.5	50.6		57	21.3
Post (3 mnd)	37.6	32.3-42.8	58	20.4	44.1	39-49.1	57	19.5
3 mnd (6 mnd)	34.1	28.5-39.8	58	22	41.3	36.1-46.4	57	19.8

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Smerter, endring, mean (SD), lav indikerer mindre smerte

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	50.6	19.5	58	50.6	21.3	57
Post (3 mnd)	-13	12.5	58	-6.5	13	57
3 mnd (6 mnd)	-16.5	13.3	58	-9.3	13.1	57

Smerter (SF-36)

Smerter, totalskår, mean (SD), høyere skår er bedre - **IKKE MED I ANALYSENE**

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	N/A		58		N/A		57	
Post (3 mnd)	51	45.9-56.1	58	19.8	44.9	41.1-48.6	57	14.4
3 mnd (6 mnd)	53.4	48.3-58.6	58	20	47.8	43.7-51.9	57	15.8

Smerter, Functional rating index (FRI)– **ikke med i analysene grunnet overlapp med VAS-skala**

Fatigue (SF-36)

Fatigue/mangel på vitalitet, SF-36 underkomponent, totalskår, mean (SD)- **IKKE MED I ANALYSENE**

Måletidspunkt	Tiltak			Omregning SD*	Ikke tiltak			Omregning SD*
	Gj.snitt	95% CI	antall		Gj.snitt	95% CI	antall	
Før start	N/A		58		N/A		57	
Post (3 mnd)	53.1	49.5-56.6	58	13.8	52.2	48.5-55.9	57	14.3
3 mnd (6 mnd)	54.6	51.2-57.9	58	13	52.2	48.4-55.9	57	14.3

Dataauthenting

Studie: Vahlberg 2017

Metode

Studiedesign	Antall studiearmar	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individuelt	Okt 2009- juli 2012	Intention-to-treat analyse (ITT)	NCT1161329

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Vahlberg 2017	Personer med slag	Kombinert treningstiltak og diskusjoner	Ingen tiltak	Følelsesmessig fungering 2 av 2 Livskvalitet 1 av 1 Vaner/atferd 1 av 1	Lokalsamfunnet Sverige

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer mellom 65-85 år med slag
Alder:	Gj.snitt 72-74 år
Kjønn:	24% kvinner
Antall i tiltaksgruppen:	34
Antall i sammenligningsgruppen:	33

Tiltak

Tiltak:	Treningstiltak med fokus på styrke og balanse (sirkeltrening) og diskusjoner
Gruppe/individuelt:	Gruppe
Lengde på tiltak:	3 mnd.
Hyppighet av tiltak:	2 ganger per uke
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	Fysioterapeut
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Ikke tiltak, vanlig oppfølging («leve som før»)
----------------	---

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering		
Sosial fungering		
Rollefungering		
Følelsesmessig fungering	Depresjon, Geriatric Depression Scale (GDS), 0-15 poeng, lavere skår er bedre Mestringstro, Fall-related self-efficacy (FSE(S)), 0-130 poeng, høyere skår er bedre	Rett etter tiltak (3 mnd.), 3 mnd. (6 mnd.), 12 mnd. (15 mnd.)
Kognitiv fungering		
Livskvalitet	Livskvalitet, Euro-QoL-5D (EQ-5D), 0-1 poeng, høyere skår er bedre	Rett etter tiltak (3 mnd.), 3 mnd. (6 mnd.), 12 mnd. (15 mnd.)
Helsestatus		
Vaner/atferd	Fysisk aktivitet, Physical Activity Scale for the Elderly (PASE), 0-over 400 poeng, høyere skår er bedre	Rett etter tiltak (3 mnd.), 3 mnd. (6 mnd.), 12 mnd. (15 mnd.)

Fysiske symptomer		
-------------------	--	--

Setting

Setting:	Lokalsamfunnet, Sverige
----------	-------------------------

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. To aktører
-------------------------	---------------------

Interessekonflikter

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

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i utforming av studie:	Ikke oppgitt
--	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Lav	computer-generated randomization process without restrictions performed by investigator not involved in assessments or intervention
Allocation concealment (selection bias)	Lav	Assigned according to printed list. En person uavhengig av studien fordelte deltakerne i gruppen de var randomisert til
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Høy	Ikke blindet
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Lav	Blindet evaluering
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Lav	Frafall beskrevet, ITT-analyse
Selective reporting (reporting bias)	Lav	Protokoll
Other bias	Lav	

Merknader/notater

Artikkelen er fritt tilgjengelig fra norske IP-adresser:

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/09638288.2016.1206631>

Effektestimater for utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Følelsesmessig fungering	Depresjon, Geriatric Depression Scale (GDS), 0-15 poeng, lavere skår er bedre Mestringstro, Fall-related self-efficacy (FSE(S)), 0-130 poeng, høyere skår er bedre	Rett etter tiltak (3 mnd.), 3 mnd. (6 mnd.), 12 mnd. (15 mnd.)
Livskvalitet	Livskvalitet, Euro-QoL-5D (EQ-5D), 0-1 poeng, høyere skår er bedre	Rett etter tiltak (3 mnd.), 3 mnd. (6 mnd.), 12 mnd. (15 mnd.)

Vaner/atferd	Fysisk aktivitet, Physical Activity Scale for the Elderly (PASE), 0- over 400 poeng, høyere skår er bedre	Rett etter tiltak (3 mnd.), 3 mnd. (6 mnd.), 12 mnd. (15 mnd.)
--------------	---	--

Følelsesmessig fungering

Depresjonssymptomer (GDS-20)

Depresjonssymptomer, endringskår, mean (SD), lavere skår er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	5.6	4.7	34	6.4	5	33
Post (3 mnd)	0.06	4.9	34	-0.5	3	33
3 mnd (6 mnd)	-0.6	4.9	34	-0.5	2.7	33
12 mnd (15 mnd)	-1	5	34	-1.5	4	33

Mestringstro (FES(S))

Mestringstro, endringskår, mean (SD), høyere skår betyr bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	109	20.9	34	110	26	33
Post (3 mnd)	-2.2	27.9	34	-3.5	27.2	33
3 mnd (6 mnd)	-4	26.5	34	-3.7	28.3	33
12 mnd (15 mnd)	-1.7	29.4	34	-10.6	32.8	33

Livskvalitet

Total livskvalitet (EQ-5D)

Livskvalitet, endringskår, mean (SD), høyere er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	0.68	0.26	34	0.67	0.26	33
Post (3 mnd)	0.07	0.27	34	0.001	0.28	33
3 mnd (6 mnd)	0.04	0.3	34	0.084	0.2	33
12 mnd (15 mnd)	0.03	0.28	34	0.044	0.3	33

Fysisk aktivitet

Fysisk aktivitet (PASE)

Fysisk aktivitet, endringskår, mean (SD), høyere er bedre

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	91	68	34	70	54	33
Post (3 mnd)	8	47	34	9	57	33
3 mnd (6 mnd)	-11	51	34	21	58	33
12 mnd (15 mnd)	3	58	34	13	66	33

Dataauthenting

Studie: Young 2021

Metode

Studiedesign	Antall studiearmar	Randomiseringsenhet	Studieperiode	Analysemetode	Protokoll
RCT	2	Individuelt	Aug 2016-aug 2017	Intention-to-treat (ITT)	NCT02533882

Innhold

Oppsummert

Studie	Deltakere	Tiltak	Sammenligning	Utfall	Setting
Young 2021	Personer med slag	Treningstiltak	Vanlig oppfølging, venteliste	Fysiske symptomer 2 av 2	Lokalsamfunnet (treningssenter), USA

Detaljert

Deltakere

Deltakere:	Personer med slag mellom 18-65 år
Alder:	Gj.snitt 49-52 år
Kjønn:	60% kvinner
Antall i tiltaksgruppen:	23
Antall i sammenligningsgruppen:	24

Tiltak

Tiltak:	Treningstiltak hvor de beveger seg til musikk (Dance-to-movement (M2M))
Gruppe/individuelt:	Gruppe
Lengde på tiltak:	12 uker
Hyppighet av tiltak:	3 ganger per uke
Hvem som arrangerer/tilbyr tiltak:	Danseinstruktører med opplæring innen helseutfordringer
Brukermedvirkning i utførelse/planlegging:	Ikke oppgitt

Sammenligning

Sammenligning:	Vanlig oppfølging. De fikk 6 nyhetsbrev annenhver uke om informasjon om kosthold, fatigue, helsepolitikk, motivasjon og coping, fysisk aktivitet. Innholdet var basert på nasjonale standrader
----------------	--

Utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysisk fungering		
Sosial fungering		
Rollefungering		
Følelsesmessig fungering		
Kognitiv fungering		
Livskvalitet		
Helsestatus		
Vaner/atferd		
Fysiske symptomer	Fatigue, Pain Interference-Short Form 8a (PROMIS), 8-40 poeng, lavere skår bedre Smerter, Pain Interference-Short Form 8a (PROMIS), 8-40 poeng, lavere skår bedre	Rett etter tiltak (12 uker)

Setting

Setting:	Lokalt treningssenter (community-based fitness facility), USA
----------	---

Finansiering av studie

Finansiering av studie:	Oppgitt. To aktører
-------------------------	---------------------

Interessekonflikter

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

Brukermedvirkning i utforming av studie:

Brukermedvirkning i utforming av studie:	Ikke oppgitt
--	--------------

Risk of bias

Type of bias	Risk	Explanation for judgement
Random sequence generation (selection bias)	Lav	Computer-generert randomiseringsliste utført av en statistiker som ikke var involvert i praktisk utførelse av tiltaket.
Allocation concealment (selection bias)	Lav	Forseglede opaquekonvolutter
Blinding of participants and personnel (performance bias) All outcomes	Høy	Ikke blindet
Blinding of outcome assessment (detection bias) All outcomes	Lav	Utfallsevaluerere blindet
Incomplete outcome data (attrition bias) All outcomes	Lav	Frafall beskrevet og ITT
Selective reporting (reporting bias)	Lav	Protokoll
Other bias	Lav	

Merknader/notater

Artikkelen er tilgjengelig fra norske IP-adresser:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2590109521000744?via%3Dihub>

Effektestimater for utfall

Utfall	Målemetode/instrument	Måletidspunkt
Fysiske symptomer	Fatigue, Pain Interference-Short Form 8a (PROMIS), 8-40 poeng, lavere skår bedre Smerter, Pain Interference-Short Form 8a (PROMIS), 8-40 poeng, lavere skår bedre	Rett etter tiltak (12 uker)

Fysiske symptomer

Fatigue (PROMIS)

Fatigue, totalskår, mean (SD), lavere skår best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	50.3	9.7	20	54.4	11.7	21
Post (12 uker)	48.8	8.5	18	54.3	10.5	17

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Fatigue, endringsskår, mean (SD), lavere skår best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	50.3	9.7	20	54.4	11.7	21
Post (12 uker)	-1.5	5.9	18	-0.1	7.1	17

Smerter (PROMIS)

Smerter, totalskår, mean (SD), lavere skår best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	51.5	9.1	20	53.7	10.4	20
Post (12 uker)	52.4	8.2	18	53.1	11.2	17

Har selv regnet ut endringsskår

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

Vi har antatt Corr å være 0.8

Smerter, endringsskår, mean (SD), lavere skår best

Måletidspunkt	Tiltak			Ikke tiltak		
	Gj.snitt	SD	antall	Gj.snitt	SD	antall
Før start	51.5	9.1	20	53.7	10.4	20
Post (12 uker)	0.9	5.5	18	-0.6	6.9	17

Vedlegg 3. PICO-tabell

[<< Tilbake til innhold](#)

PICO-tabell

PICO	Hva lette vi etter?	Hva fant vi?
Populasjon	Voksne med, eller med økt risiko for å utvikle, sykdom eller andre helseutfordringer	Deltakerne i studiene var personer med rygg smerter i fem studier, slag i to studier, kreft i to studier, overvekt i to studier, kols i én studie, depresjon i én studie, angst i én studie, fibromyalgi i én studie, beinskjørhet i én studie og artrose i én studie. Alder på personene som deltok i studiene var i gjennomsnitt fra 36-44 år i seks studier, 50-58 år i fem studier og 68-77 år i åtte studier. I én av studiene var alle menn, i to studier var det en overvekt av menn, i fem studier en relativt jevn fordeling mellom kvinner og menn, i seks studier en overvekt av kvinner og i seks studier så og si kun kvinner.
Tiltak og sammenligning	Organiserte oppfølgingstiltak tilsvarende norske frisklivstiltak. Tiltakene måtte være med fysisk oppmøte og ha en varighet på mellom 10 til 14 uker som tilsvarer en typisk reseptperiode i frisklivssentraler og kunne gis individuelt, i gruppe, eller i en kombinasjon av disse. Hyppigheten av oppfølgingen/oppmøte måtte være minst én gang i uken. Tiltakene skulle ha som formål å fremme psykisk og/eller fysisk helse gjennom for eksempel å øke fysisk aktivitet og/eller bidra til gode kostvaner. Sammenligningen (kontrollgruppene) skulle bestå i ingen tiltak eller vanlig oppfølging.	Tolv studier undersøkte rene treningsstiltak (fysisk aktivitet og avspenningsøvelser), én studie mestringstiltak, én studie psykoedukasjon, én studie kosthold, tre studier tiltak som kombinerte trening og undervisning/ erfaringsutveksling og to studier tiltak som kombinerte trening og kosthold. Tiltakene ble gitt i gruppe i 19 studier og det er ikke oppgitt i én studie. Gruppene møttes én gang i uka i åtte studier, to ganger i uka i sju studier, tre ganger i uka i fire studier og seks ganger i uka i én studie. Tiltakene ble levert og/eller organisert hovedsakelig av fysioterapeuter i åtte studier, av instruktører eller trenere i fem studier, av sykepleiere i to studier, av forskere eller universitetsansatte i tre studier, av sykepleier og fysioterapeut i én studie og av ernæringsfysiolog og trener/instruktør i én studie. Varigheten på de organiserte oppfølgingstiltakene var ti uker i tre studier, 11 uker i én studie, 12 uker i 14 studier og tre måneder i to studier. Ingen av studiene har oppgitt om selve tiltakene som ble testet hadde blitt utviklet, planlagt eller utført med, eller i samarbeid med, personer med brukererfaring. To av studiene oppga imidlertid å ha involvert personer med brukererfaring i planlegging og utførelse av studien uten videre utdypning av hvordan. Personene som var i sammenligningsgruppene («kontrollgruppene») fikk i ti studier vanlig oppfølging, i åtte studier [ingen tiltak, i én studie skriftlige råd og i én studie var ikke sammenligningen beskrevet som noe mer enn en kontrollgruppe. Uavhengig av om det var ingen tiltak eller vanlig oppfølging fikk deltakerne i sammenligningsgruppen tilbud om å få tiltaket etter studieperioden var avsluttet i åtte studier (såkalt venteliste).
Utfall	• Fysisk fungering • Sosial fungering • Rollefungering • Følelsesmessig fungering • Kognitiv fungering • Livskvalitet • Helsestatus • Vaner/atferd • Fysiske symptomer • Brukermidvirkning	Ni studier rapporterer på selvrapportert fysisk fungering, fem studier rapporterer på sosial fungering, fem studier rapporterer på rollefungering, ti studier rapporterer på følelsesmessig fungering, én studie rapporterer på kognitiv, ni studier rapporterer på livskvalitet, tre studier rapporterer på helsestatus, sju studier rapporterer på vaner/atferd og tolv studier rapporterer på fysiske symptomer som smerte eller fatigue. Utfallene ble målt ved bruk av ulike spørreskjemaer.

PICO	Hva lette vi etter?	Hva fant vi?
Setting	Folks nærområder eller lokalsamfunn (kommunal setting), både i og utenfor helse- og omsorgstjenesten.	Settingen studiene ble utført i tilsvarte alle en kommunal setting. I seks studier var det kommunehelsetjenesten, i 13 studier i lokalsamfunnet, og i én studie i en ortopedisk poliklinikk. Studiene var utført i Norge i tre studier, Sverige i tre studier, Danmark i én studie, Storbritannia i én studie, Tyskland i én studie, Spania, Australia i én studie, USA i tre studier, Brasil i én studie, Iran i én studie, Sør-Korea i én studie og Kina i én studie.
Tillit til resultatet	Vi brukte GRADE for å vurdere tilliten til resultatet	Tilliten til resultatet varierte mye for de ulike utfallene og etter ulik tidsoppfølging